ANNEXES

Projet d'Établissement





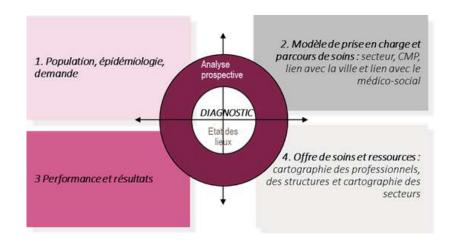
3

DIAGNOSTIC

25

PROJET SYSTÈME D'INFORMATION

ANNEXE N°1



DIAGNOSTIC

Population et épidémiologie

Rappel : la santé mentale en France

En France, **une personne sur 3** est susceptible de développer un trouble en santé mentale au cours de sa vie. Si cette prévalence des troubles mentaux reste relativement stable dans le temps, on observe cependant un recours croissant aux services de santé mentale. 4 phénomènes semblent à l'origine de ce constat :

- La psychologisation / psychiatrisation des problèmes de la vie quotidienne
- Un développement des maladies de la démence dues au vieillissement de la population
- Une meilleure détection des troubles psychiques
- La disposition accrue de la population à recourir à l'aide de professionnels, du fait d'une certaine dé stigmatisation de ce secteur de la santé



1,6 M

1,6 millions de personnes en France sont atteintes de troubles bipolaires



2.5 M

La dépression affecte 2,5 millions de Français chaque année.



Cause majeure de décès prématuré, on enregistre + de 9 000 décès par suicide en France métropo. en 2014



10 - 20 ans

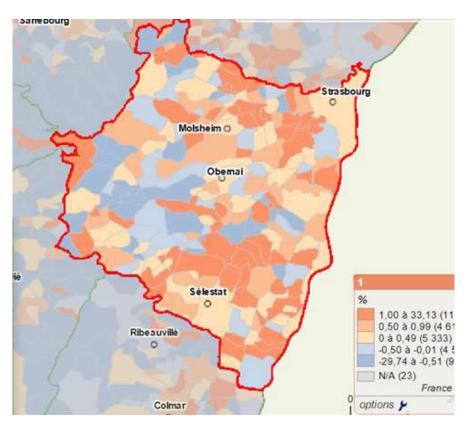
L'espérance de vie des patients atteints de troubles psychiatriques serait réduite de 10 à 20 années

Démographie et indicateurs sociaux économiques

Le Centre Hospitalier d'Erstein dessert, sur le département du Bas-Rhin, un bassin de population très dense de 320 000 personnes, dont 254 000 adultes et 66 000 enfants.

Cette population se caractérise par une croissance plus faible que la moyenne française : en effet, entre 2009 et 2014, l'évolution de la population des secteurs du CH d'Erstein s'est située autour de +1,3%, alors que la moyenne française se situait à +2,8%.

Ce territoire connaît une densité élevée de 317 habitants/km²

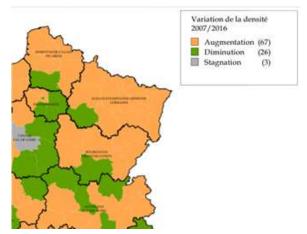


Carte - Evolution annuelle moyen de la population, 2010-2015, en %

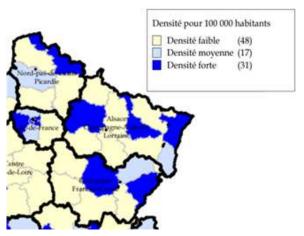
- Le taux de chômage est identique au taux moyen national, qui se situe à 14%
- L'indice de pauvreté est quant à lui moins élevé que la moyenne française : 12% contre 14,5% en France métropolitaine.
- Enfin, l'indice de vieillissement est de 65,9 quand la moyenne nationale est à 76,1 : la population du bassin du CHE vieillit moins vite que la population française dans son ensemble.

Densité et implantation des psychiatres

La densité de psychiatres de tout statut sur le département du Bas-Rhin est plutôt élevée, comparativement à la densité moyenne française, avec 25,4 psychiatres pour 100.000 habitants contre 22,9 au niveau national.

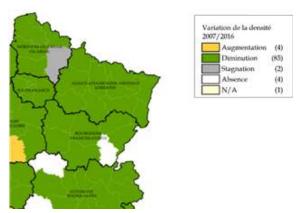


Carte - Variation de la densité des psychiatres, 2016 (Source : Cartographie du CNOM)

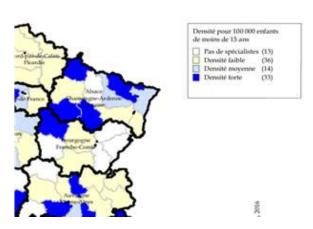


Carte - Densité des psychiatres en 2016 (Source : Cartographie du CNOM)

La densité de psychiatres spécialisés dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent correspond à la moyenne, mais est toutefois en diminution, comme dans la majorité des départements. En effet, Le Bas-Rhin bénéficie d'une densité de 6,5 psychiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, supérieure aux moyennes régionale et nationale (respectivement 6 et 5,2). Néanmoins, les effectifs ont connu entre 2007 et 2016 une diminution conséquente, à hauteur de -48,4% au niveau de la métropole et de -47% au niveau de la région.



Carte - Variation de la densité des pédopsychiatres, 2016 (Source : Cartographie du CNOM)



Carte - Densité des pédopsychiatres en 2016 (Source : Cartographie du CNOM)

La densité de psychiatres de tout statut sur le département du Bas-Rhin est plutôt élevée, comparativement à la densité moyenne française, avec 25,4 psychiatres pour 100.000 habitants contre 22,9 au niveau national.



L'implantation des psychiatres libéraux est très concentrée sur Strasbourg et l'Eurométropole, et plus globalement sur le sud du département. A noter également qu'Haguenau et Saverne forment deux pôles au Nord sur lesquels sont installés plusieurs psychiatres libéraux.

Carte - Implantation des psychiatres libéraux du Bas-Rhin



Concernant la pédopsychiatrie, tous les praticiens libéraux sont installés à Strasbourg excepté un, installé à Matzenheim. La couverture des soins ne couvre pas de ce fait l'ensemble des besoins territoriaux.

Carte - Implantation des pédopsychiatres libéraux du Bas-Rhin

Densité et implantation des psychiatres

Trois établissements de santé mentale sont présents sur le Bas-Rhin et font partie du GHT 10 : le Centre Hospitalier d'Erstein, l'EPSAN et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg – hôpital support du GHT. Le CH d'Erstein est le 2e établissement du territoire en terme de DAF et de lits d'hospitalisation complète.

Indicateurs	EPSAN	CH Erstein	HUS
Population Adultes / enfants (source: ARS)	595 525 / 105 782	244 548 / 74 577	44 797 / 51 430
Km2 secteurs adultes / enfants (source: ARS)	3 559 / 2 856	1229/1880	8/60
File active (source: ARS)	17 993	8 525	10780
- Dont : file active Psychiatrie Générale	13 402	5 963	8 201
- Dont : file active Psychiatrie infanto-juvénile	3 321	2 621	2 643
DAF (source: ARS)	69 587 563	34 450 718	17 607 546
Lits HC (source: ARS)	348	206	78
ETP PM (source: SAE)	68,77	24,51	26,25
ETP PNM soignants (source: SAE)	841,71	416,98	120,30

Le projet médical partagé du GHT a permis de définir 4 objectifs majeurs autour de la santé mentale :

- Améliorer l'organisation des soins en particulier avec le somatique et la filière gériatrie
- Réaffirmer l'importance du secteur associé à la transversalité des parcours tout en améliorant la lisibilité et la transversalité des parcours (poursuite de l'ouverture de la psychiatrie vers la cité)
- Être force de propositions et obtenir des garanties pour l'ensemble des acteurs de la filière via une gouvernance adaptée
- Aller vers la transversalité de la santé mentale :
 - Renforcer la psychiatrie de liaison
 - o Poursuivre l'ouverture vers la cité en développant la psychiatrie communautaire



Focus

Au delà du GHT : les liens avec EPSAN

L'appui apporté par l'établissement support, notamment en matière de démographie médicale, ne permettra pas de résoudre toutes les difficultés.

De part ce constat, il apparaît que la survie de la croissance de ses moyens, se joue tout autant en intra qu'en extra hospitalier, incluant de fait ses liens avec les différents acteurs de santé. La poursuite de son développement semble inexorablement lié aux projets et partenariats qui seront construits ou renforcés par exemple avec l'EPSAN



Focus La concurrence hospitalière privée sur le département du Bas-Rhin

Appréhender le contexte hospitalier du territoire nécessite d'observer les bouleversements à venir. De fait, l'ARS Grand Est a pour projet d'ouvrir un certain nombre de lits sur le Bas-Rhin, et d'en confier l'autorisation au privé, particulièrement sur la géronto-psychiatrie.

Il s'agit d'une menace importante, pas uniquement en termes d'activité mais

également financière, pour les établissements publics du bassin dans un contexte de DAF globale stable. En effet, l'activité sur laquelle se positionnera désormais le privé sera de facto une activité « en moins » réalisée par les établissements publics, et en l'occurrence par le Centre Hospitalier d'Esrtein, pouvant donc engendrer une réduction de la DAF.

Dans ce contexte, le renforcement des liens entre les acteurs du GHT 10 (par exemple avec des projets communs), mais également avec les hôpitaux en proximité des structures extrahospitalières (par exemple Sélestat) devient un élément d'autant plus stratégique pour garantir le développement et la prospérité au long cours de l'établissement.

Densité et implantation de la médecine générale

La densité médecins généralistes sur le département du Bas-Rhin est plutôt élevée comparativement à la densité moyenne française. En effet, le Bas-Rhin compte 172 généralistes pour 100 000 habitants soit un peu plus que la moyenne française, qui s'élève à 155,2.

Toutefois, de la même façon que pour la densité de psychiatres, on relève de fortes inégalités sur le territoire avec une forte concentration sur la ville de Strasbourg.



Carte - Densité de médecins généralistes en 2015 (Source : Atlas de la Santé mentale)

Une sous dotation de l'offre médico-sociale

L'analyse du taux d'équipement en structures médico-sociales infanto-juvéniles (SESSAD et autres structures d'hébergement) montre que le Bas-Rhin est sous-doté comparativement à la métropole et à la région Grand-Est.

Un constat similaire de sous dotation est dressé pour les structures dédiées aux adultes, à l'exception des Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM).

Enfin, Le département du Bas-Rhin est plutôt sous-doté en établissements médicosociaux pour personnes âgées, s'agissant particulièrement des structures intervenant à domicile. Pour exemple, le taux d'équipement en structures SSIAD et SPASAD est inférieur de 25% dans le Bas-Rhin comparativement au Grand-Est et à la France.

Type de structures	Nb total de places dans le Bas-Rhin	Taux d'équipement du dpt du Bas-Rhin	Taux d'équipement de la région Grand-Est	Taux d'équipement national (métropole)	
		Pour 1000 habitants de moins de 20 ans			
SESSAD	735	2,8	3,2	3,1	
Etablissements d'hébergement hors SESSAD	1 665	6,2	8,0	6,5	
TOTAL	2 400	9,0	11,2	9,6	

Type de structures	Nb total de places dans le Bas-Rhin	Taux d'équipement du dpt du Bas-Rhin	Taux d'équipement de la région Grand Est	Taux d'équipement national (métropole)		
		Pour 1000 habitants entre 20 et 59 ans				
ESAT	1 851	3,1	4,0	3,6		
FAM	615	1,0	0,7	0,8		
MAS	400	0,7	1,0	0,8		
SAMSAH	728	1,2	1,7	1,5		
TOTAL	3 594	6,0	7,4	6,7		

Type de structures	Nb total de places dans le Bas-Rhin	Taux d'équipement du dpt du Bas-Rhin	Taux d'équipement de la région Grand Est	Taux d'équipement national (métropole)	
		Pour 1000 habitants de plus de 75 ans			
EHPAD	9 129	100,9	101,3	101,4	
Non-EHPAD	2 169	23,2	28	25,4	
SSIAD et SPASAD	522	14,8	19,5	20,7	
TOTAL	11820	138,9	148,8	147,5	

Tableaux - Taux d'équipement en structures médico-sociales (source : ScanSanté)

Activité et positionnement sur le territoire

Taux d'équipement

L'analyse du taux d'équipement (cf tableau ci-après) indique que le Centre Hospitalier d'Erstein est relativement bien doté en places d'Hospitalisation complète comme d'hôpital de jour.

Il s'agit en revanche de relever que le taux d'équipement en hôpital de jour en psychiatrie infanto-juvénile est faible en comparaison avec les établissements de son GHT ou encore avec les moyennes régionales et nationales.

Lits/places	EPSAN	HUS	Erstein	Alsace	GrandEst
Nombre de lits pour 1 000 habitants HC adulte	0,58	1,74	0,84	0,81	0,87
Nombre de places pour 1 000 habitants HDJ adulte	0,36	0,27	0,43	0,37	0,27
Nombre de lits pour 1 000 habitants HC enfant	0,09	0,23	-	0,10	0,12
Nombre de places pour 1 000 habitants HDJ enfant	0,85	0,95	0,52	0,75	0,68

Tableau - Nombre de lits/places pour 1 000 habitants selon le mode d'hospitalisation

Recours

Le Centre Hospitalier d'Erstein détient la seconde file active globale du Bas-Rhin. Son taux de recours (file active rapportée à la population), qui est légèrement supérieur à celui de l'EPSAN, reste néanmoins bien inférieur à ceux des HUS, et plus généralement de l'Alsace et du Grand Est, démontrant un faible recours à la psychiatrie sur le bassin du Centre Hospitalier d'Erstein.

Ce taux de recours, l'un des plus faibles de la région Grand-Est, pourrait s'expliquer par une forte tension de la démographie médicale des psychiatres avec des difficultés de recrutement.

	Erstein	HUS	EPSAN	Alsace	Grand Est	Moyenne
File active sur population	2,67%	11,20%	2,57%	6,25%	3,48%	4,33%
File Active	8 525	10 780	17 993	65 341	185 168	9 334

Tableau - Taux de recours global 2017 du CH d'Erstein (sources : SAE & ARS, tableau de péréquation)

Activité et positionnement sur le territoire

RECOURS EN PSYCHIATRIE GENERALE

En psychiatrie générale, le taux de recours du CH d'Erstein est en seconde position sur le Bas Rhin. Il est cependant inférieur de moitié au taux de recours moyen en France. Il faut noter qu'en moyenne, les établissements psychiatriques en France gèrent une file active d'environ 7000 adultes, or la file active de du CH d'Erstein est légèrement moindre.

	Erstein	EPSAN	HUS	Alsace	Grand Est	Moyenne
File active sur population	2,44%	2,25%	18,31%	3,03%	3,48%	5,61%
File Active	5 963	13 402	8 201	44 309	152 713	7 385

Tableau - Taux de recours adulte 2017 du CHE d'Erstein (sources : SAE & ARS, tableau de péréquation)

RECOURS EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

En psychiatrie infanto-juvénile, si la file active du CH d'Erstein reste la plus faible des établissements du Bas-Rhin, son taux de recours est à la fois supérieur au taux de recours de l'EPSAN, mais également au taux moyen alsacien : l'établissement couvre efficacement son territoire.

	Erstein	EPSAN	HUS	Alsace	Grand Est	Moyenne
File active sur population	3,51%	3,14%	5,14%	3,14%	4,16%	3,83%
File Active	2 621	3 321	2 643	12 539	48 867	2 508

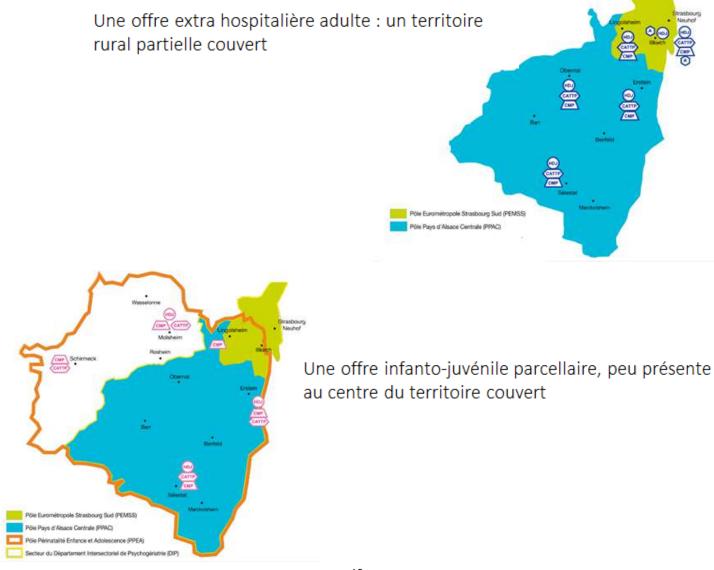
Tableau - Taux de recours infanto-juvénile 2017 du CHE d'Erstein (sources : SAE & ARS, tableau de péréquation)

Activité et positionnement sur le territoire

Positionnement de l'activité extra-hospitalière

Si les structures extra hospitalières du Centre Hospitalier d'Erstein sont diverses et semblent refléter les besoins du territoire (CATTP, HDJ, Centres de consultation et CMP ouverts plus de 5 jours sur 7), elles sont cependant inégalement implantées et développées sur le territoire.

Les entretiens réalisés dans le cadre de ce diagnostic ont fait ressortir la demande d'un investissement sur l'extra hospitalier, qui doit davantage être perçu comme une véritable alternative à l'hospitalisation.



Patientèle et modalités de prise en charge

Diagnostic principaux

Il s'agit d'une spécificité forte de l'établissement : environ 40% des patients en hospitalisation complète comme en hôpital de jour présentent un diagnostic principal de schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.

Principaux diagnostics des séjours en HC, 2018	% Erstein	% Catégorie	% Région	% France
F2 - Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	38,4%	28,8%	27,9%	24,7%
F3 - Troubles de l'humeur (affectifs)	19,1%	20,2%	21,4%	28,4%
F4 - Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	13,3%	11,2%	17,9%	11,6%
F1 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	12,4%	10,3%	10,4%	9,6%
F6 - Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	7,2%	6,5%	6,6%	6,1%
Autres diagnostics	9,6%	23%	15,8%	19,6%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Principaux diagnostics des séjours en HP, 2018	% Erstein	% Catégorie	% Région	% France
F2 - Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	44,6%	37,1%	34,9%	33,6%
F3 - Troubles de l'humeur (affectifs)	15,7%	13,2%	13,7%	17%
F8 - Troubles du développement psychologique	14,2%	15%	16,6%	16,2%
F4 - Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	6,9%	6,5%	9,7%	6,6%
F1 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	5,3%	5,4%	4,4%	4,6%
F6 - Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	4,5%	4,7%	5%	5,1%
Autres diagnostic	8,8%	18,1%	15,7%	16,9%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Entrées et sorties

Les modalités d'entrée varient des standards : les patients arrivent bien plus fortement du domicile au Centre Hospitalier d'Erstein (+27,6 points par rapport aux établissements de la même catégorie), avec par ailleurs un très faible niveau d'arrivée depuis les urgences. Les modes de sorties sont globalement similaires aux établissements de la même catégorie.

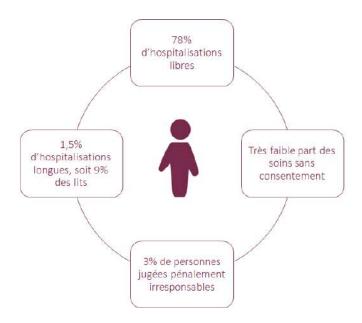
Modes d'entrée, 2018	Erstein	Catégorie	Région	France
Mutation	0,3%	2,3%	2%	4,1%
Transfert	6%	14,7%	13,6%	13,1%
Domicile (hors urgences, hors ESMS)	90,1%	62,5%	65,7%	67%
Urgences	3,2%	18,4%	18%	13,9%
Médico-social (dont EHPAD)	0,4%	1,4%	0,8%	1,2%
N.C	-	0,7%	-	0,7%

Modes de sortie, 2018	Erstein	Catégorie	Région	France
Mutation	0,4%	1,5%	1%	1,8%
Transfert	6,1%	8,4%	9,1%	7,7%
Domicile (hors urgences, hors ESMS)	93,3%	89,7%	89,7%	90,1%
Urgences	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
Médico-social (dont EHPAD)	-	0,2%	-	0,2%

Patientèle et modalités de prise en charge

Des modalités d'hospitalisations favorables

En comparaison avec les standards et moyennes nationaux, le Centre Hospitalier d'Erstein présente des modalités d'hospitalisation globalement favorables pour son efficience interne ainsi que pour la bonne prise en charge de ses patients.



HOSPITALISATION LIBRE

En hospitalisation complète, le mode d'hospitalisation libre est plus conséquent qu'au niveau régional (+3 points). A noter cependant que l'établissement possède une proportion 2 fois plus importante de personnes jugées pénalement irresponsables que la proportion Alsacienne - patientèle restant cependant très minoritaire sur son activité totale.

Mode d'hospitalisation	Erst	ein	н	JS	EPS	AN	Als	ace	Gran	nd Est
HC - Libre	78,21%	49 666	73,86%	19 296	74,69%	89 597	74,13%	265 922	75,25%	846 408
HC - Demande d'un tiers	8,48%	5 388	14,23%	3 718	7,90%	9 479	12,29%	44 079	12,66%	142 403
HC - Péril imminent	6,17%	3 9 1 7	5,58%	1 458	8,66%	10 388	6,47%	23 228	5,59%	62 765
HC - Sur décision d'un représentant de l'Etat	4,11%	2 609	6,12%	1 598	6,65%	7 977	5,36%	19 244	5,58%	62 820
HC - Personnes jugées pénalement irresponsables	3,03%	1922	0%	1	1,99%	2 391	1,55%	5 548	0,84%	9 539
HC - Détenus	0%	0	0,21%	54	0,10%	121	0,20%	714	0,08%	859

Patientèle et modalités de prise en charge

SOINS SANS CONSENTEMENT

La proportion de soins sans consentement est nettement inférieure aux niveaux nationaux et régionaux, en psychiatrie adulte comme infanto-juvénile.

- Le taux d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie adulte est en réduction depuis 2015 (-4,8% entre 2015 et 2017), tandis que les taux régionaux et nationaux se sont légèrement stabilisés à la hausse sur ces deux dernières années (+5% entre 2015 et 2017).
- Les taux d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie infanto-juvénile au CH d'Erstein sont continuellement inférieurs aux moyennes régionale et nationale.

Soins	Soins sans consentement – PSY ADULTE			Soins sans	consentement-	- PSY INFANT	O-JUVENILE
Année	Etablissement	Région (ets DAF)	National (ets DAF)	Année	Etablissement	Région (ets DAF)	National (ets DAF)
2013	25,5%	25,2%	27,8%	2013	2,4%	7,4%	4,0%
2014	25,2%	26,5%	28,5%	2014	0,3%	7,9%	4,6%
2015	23,0%	28,2%	29,9%	2015	0,0%	10,3%	4,5%
2016	19,6%	28,8%	29,8%	2016	2,5%	12,5%	4,5%
2017	21,9%	29,6%	30,8%	2017	2,8%	9,4%	5,3%

Tableau - Part des soins sans consentement, en psychiatrie adulte et infanto-juvénile, 2013-2017

HOSPITALISATIONS LONGUES (1 an et plus)

Les hospitalisations longues de l'établissement correspondent aux moyennes régionales et nationales. En revanche, deux spécificités sont à relever :

- Le taux de nouveaux patients en hospitalisation longue n'est que légèrement supérieur à celui de la France mais bien supérieur à celui de la région avec 10 points d'écarts.
- Les modes légaux de soins ne sont pas similaires aux schémas régionaux et nationaux, avec davantage de demande d'un représentant de l'état et d'autres modes légaux.

Patientèle en hospitalisation longue, 2018	ERSTEIN	EPSAN	Région	France
Nb patients hospitalisés à temps plein plus de 1 an	20	47		
Part sur l'ensemble des patients	1,5%	1,8%	2%	2,8%
Part des lits occupés	9,3%	13,5%	-	-
% de nouveaux patients en hospit longue par rapport à 2017	25%	19,1%	14,6%	10,4%

Répartition des patients selon le mode légal	ERSTEIN	Région	National
de soins en hospitalisation longues, 2018	LIGILIA	DAF	DAF
A la demande d'un tiers (≥ 1 journée SDT)	0%	12,1%	16,2%
A la demande d'un représentant de l'Etat (≥ 1 journée)	15%	8,3%	9,8%
Hospitalisation libre (uniquement)	70%	75,3%	68,2%
Autre mode légal de soins	15%	4,7%	^{7,1%} 16

Tableau - Caractérisation des hospitalisations longues, 2018

Des indicateurs de performance globalement positifs

DUREE MOYENNE D'HOSPITALISATION

La durée moyenne d'hospitalisation sur les unités d'hospitalisation complète du Centre Hospitalier d'Erstein augmente de 12,2% entre 2016 et 2018, passant de 46 jours à environ 52 jours. Elle reste cependant nettement inférieure à la moyenne nationale, qui se situe en 2018 à 57 jours selon l'ATIH.

A noter qu'en matière d'activité d'hébergement au sein du pôle PPA, la DMH est en recul au sein de l'EHPAD et de l'USLD (-8% en moyenne entre 2016 et 2018).

DMH d'hospitalisation complète								
Pôle	2018	% d'évolution 2016-2018						
PPAC	42,01	4,90%						
PEMSS	54,41	19,2%						
PPEA	5,75	71,10%						
Moyenne (hors PPA)	52,40	+12,2%						
PPA	238,69							
EHPAD	260,83	-8,10%						
UHR	224,86	12,50%						
USLD	230,4	-8,90%						

TAUX D'OCCUPATION

Globalement, le CHE possède un taux d'occupation supérieur à la moyenne française (d'environ 88%), avec un taux d'occupation sur ses différents pôles en nette croissance, sans atteindre pour autant une situation de sur occupation.

- Les taux d'occupation les plus élevés s'observent en hospitalisation complète du pôle PPAC (93,32%), du pôle PEMSS (93,15%), ainsi que dans l'EHPAD (96,79%) et l'USLD (96,96%) du pôle PPA.
- L'hospitalisation partielle du pôle PPEA possède le taux d'occupation le plus faible : 60.30%

Pôle		2016	2017	2018	Evolution 2016-2018
	нс	85,67%	83,26%	93,32%	8,9%
PPAC	HP	72,50%	76,40%	84,50%	16,6%
	нс	87,62%	84,80%	93,15%	6,3%
PEMSS	HP	62,20%	73,40%	86,60%	39,2%
PPEA	НР	37,40%	60,60%	60,30%	61,2%
	EHPAD	96,92%	88,79%	96,79%	-0,1%
PPA	UHR	х	95,53%	91,29%	-4,4% (2017-2018)
	USLD	96,54%	92,61%	96,96%	0,4%

SUIVI EXCLUSIF EN AMBULATOIRE

La part des patients suivis exclusivement en ambulatoire est plus faible que la moyenne régionale et française pour les adultes, avec plus de 10 points de différence. Elle est en revanche relativement similaire pour la psychiatrie infanto juvénile.

Psychiatrie ADULTE						
Année	Etablissement	Région (ets DAF)	National (ets DAF)			
2013	66,9%	79,1%	78,6%			
2014	67,1%	79,5%	79,1%			
2015	68%	80%	79,4%			
2016	67,9%	81%	80,4%			
2017	68,7%	81,4%	80,7%			

Psychiatrie INFANTO-JUVENILE									
Année	Etablissement	Région (ets DAF)	National (ets DAF)						
2013	90,4%	91%	90,4%						
2014	91,3%	91%	90,6%						
2015	90,5%	91%	90,4%						
2016	90,8%	91%	90,4%						
2017	89,4%	90,8%	90,4%						

Tableau - Part des patients suivis exclusivement en ambulatoire, 2013-2017

Un dispositif de contractualisation performant

Le dispositif de contractualisation du CHE apparaît particulièrement performant, avec notamment :

- Un contrat de pôle revu annuellement (charte de fonctionnement, suivi des objectifs, intéressement...)
- Des objectifs par pôle élaborés et évalués sur plusieurs thématiques : projets de pôles, finances-activité, qualité, codage, RH...
- Une animation de la contractualisation reposant sur :
 - Un Bureau de Pôle mensuel avec la Direction
 - o Un staff de cadres de pôle hebdomadaire
 - Un conseil de pôle trimestriel
 - Une cellule médico-économique mensuelle

	PPAC	PEMSS	PPEA	PPA	Prestat.
Projets de pôle	60%	45%	64%	81%	50%
Activité HC	50%	54%	-	-	-
Activité HP	67%	100%	35%	-	-
Activité ambulatoire	68%	55%	61%	-	-
Qualité	39%	31%	23%	41%	30%

Contrat de pôle 2019

Pôle XXXXX

Contractualisation entre le Directeur de

Une certification HAS de niveau B

Le Centre Hospitalier d'Erstein s'est vu attribué une certification de niveau B par la HAS, avec comme présenté ci-dessous, de nombreux indicateurs tout aussi, si ce n'est plus positifs, que les établissements comparable.

	ERSTEIN B	B	B	Rouffach	Cent. Med Roggenberg	Solisana	Hasenrain	Louis Pasteur
Droits des patients	А	В	В	Α	А	А	А	А
Parcours des patients	A	А	В	A	A	Α	Α	A
Médicaments	A	В	А	A	В	Α	C	В
Management qualité/risques	В	А	В	А	А	Α	В	В
Dossier patient	A	В	В	A	A	Α	А	А
Procéd. logistiques	11//	А	1///	1///	Α	1///	1///	1///
Qualité de vie au travai	ı	1///	7///	А	1///	11//	1///	1///
Urgences		А	1///				А	А

Rapport du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté

De manière générale, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dont la visite de l'établissement eu lieu en 2019, ne relève « pas de violation préoccupante des droits fondamentaux des patients entraînant des recommandations d'urgence », avec par ailleurs un nombre certain d'éléments positifs relevés sur la restriction des libertés, les droits des patients, l'isolement et la contention.



Le Contrôleur a relevé une limite à incident majeur. Elle concerne les modalités d'intervention de l'équipe de sécurité en CI, qui apparaissent non conformes et seraient une atteinte majeure aux droits du patient, avec des participations aux entretiens médicaux, une présence systématique à l'ouverture des CI, et ce peu importe la clinique du patient.

Le contrôleur a rappelé que ces actions relèvent de la fonction des soignants, et ne doivent en aucun cas être déléguées à l'équipe de sécurité.

Il demande ainsi une modification du protocole et une révision des pratiques, notamment par une formation des soignants et un positionnement de l'équipe de sécurité sur des fonctions non soignantes. Des travaux ont été initiés par l'établissement en ce sens.

Continuité des soins

La continuité de soins au sein de l'établissement est challengée par différents groupes professionnels, avec pour principale demande une organisation médicale permettant un suivi plus optimal des patients, une plus grande responsabilisation et coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge.

Il est notamment relevé au sein des services un manque de coordination et d'anticipation des congés de chacun ; ou encore des situations où les médecins d'un même service ne sont pas assermentés auprès du procureur, pour une mesure de sécurisation.

Est par ailleurs ressorti lors des entretiens un sentiment de tension sur les lits, aux causes multiples :

- Une souplesse médicale relative sur les sorties d'hospitalisation
- Un manque de places et de services d'aval
- Un certain nombre d'hospitalisation sous contrainte

Il s'agit cependant de nuancer ce point de vue, au regard à la fois de la proportion d'hospitalisations sous contrainte mais aussi des taux d'occupation.

Ressources humaines

En 2018, le Centre Hospitalier d'Erstein dénombrait un effectif total de plus de 706 Equivalent Temps Plein Réel (ETPR), dont 34 ETPR de professionnels médicaux (hors étudiants et internes).

Taux d'encadrement

Le ratio d'encadrement par les personnels d'encadrement infirmiers est de 4,8% au sein de l'établissement, soit un taux équivalent aux établissements comparables, et ce malgré des disparités fortes entre les différents pôles.

	PPAC	PEMSS	PPEA	PPA
Personnels d'encadrement in firmiers (ETPR)	5,25	6,57	3,42	1,40
IDE/AS/éducateurs (ETPR)	119,59	128,86	47,84	50,71
Tauxd'encadrement	4,4%	5,1%	7,1%	2,8%

Tableau - Taux d'encadrement, 2018

Ratio de soignants rapporté aux lits d'hospitalisation

Le ratio de soignants par lits d'hospitalisation complète du CHE en psychiatrie adulte est très légèrement inférieur à celui des établissements comparables de la région et aux moyennes régionales et nationales. La répartition des ressources IDE/AS est quant à elle équivalente aux autres établissements et aux moyennes régionales et nationales.

	CH. D	Erstein	Etabliss compa	ements rables*	Gran	d Est	Frai	nce
Nombre de lits HC	20	06	10:	33	383	33	215	88
ETP IDE	148,28	74,2%	737,79	76%	2788,78	72%	16824,72	73%
ETP AS	51,64	25,8%	228,73	24%	1059,26	28%	6220,64	27%
Ratio soignants	0,	97	0,99		1	Ļ	1,0)7
Ratio IDE	0,	71	0,	71	0,7	73	0,7	78

*CH d'Erstein, Centre médical le Roggenberg (UGECAM), Groupe hospitalier région Mulhouse & Sud Alsace, HUS, CH de Rouffach, EPSAN de Brumath, CH de Colmar

Ressources humaines

Ratio de médecins rapporté à la file active

Les ratios de file active par médecin sont supérieurs à la fois aux moyennes des établissements comparables mais également aux moyennes nationales, et ce à la fois pour la psychiatrie infanto-juvénile, et d'autant plus pour la psychiatrie adulte. A noter cependant que ce ratio reste inférieur au ratio régional pour la psychiatrie infanto-juvénile.

	CHE	Etablissements comparables*	Ecart		Grand Est	Eca	art	FRANCE	Eca	art
Ratio file active par ETP médicaux	363,37	295,12	+68,5	+23%	341,76	+21,61	+6%	265,38	+97,99	+37%
Ratio file active glo	bale par E1	TP médicaux, psych	niatrie infa	anto-juvé	nile (2017)					
	СНЕ	Etablissements comparables*	Eca	art	Grand Est	Eca	art	FRANCE	Eca	ırt
				_						

^{*}CH d'Erstein, Centre médical le Roggenberg (UGECAM), Groupe hospitalier région Mulhouse & Sud Alsace, HUS, CH de Rouffach, EPSAN de Brumath, CH de Colmar

Taux d'absentéisme

Si le taux d'absentéisme reste relativement modéré, on observe une croissance entre 2012 et 2018, notamment notable pour ce qui concerne le personnel médical.

Absentéisme par motif en		Mot	TOTAL boro	For locations			
2018 en ETP (pour un ETP à 365 jours)	МО	CLM et CLD	Accident du travail	Accident trajet	MP	TOTAL hors mat pat	Evolution 2016-2018
Personnel médical (PM)	4,14%	0,61%	-	-	-	4,75%	+77%
Personnel non médical (PNM)	3,72%	1,66%	0,55%	0,12%	0,48%	6,53%	+10%
- Dont infirmiers	3,20%	2,40%	0,42%	0,01%	0,01%	7,32%	+15%
- Dont aides soignants	4,91%	2,48%	1,59%	-	1,87%	10,85%	+84%
TOTAL	3,74%	1,61%	0,52%	0,11%	0,46%	6,44%	+12%

Ressources humaines

Attractivité médicale

En 2018, l'établissement d'Erstein comptabilisait 3 postes vacants de PH, 2 sur le pôle PEMSS et 1 sur le pôle PPEA. Ces chiffres semblent refléter un phénomène plus global de pénurie médicale : ainsi à l'échelle nationale en 2018, plus de 27% des postes de praticien hospitalier en temps plein étaient vacants.

Au regard de ce contexte local comme national de pénurie médicale, il parait aujourd'hui d'autant plus crucial d'être à l'écoute des attentes du corps médical, et des différentes pistes qui rendront tout établissement plus attractif pour les nouvelles générations comme pour celles déjà installées.

De fait, au sein du Centre Hospitalier d'Erstein, c'est une demande de re-responsabilisation du corps médical qui s'élève.

En effet, les jeunes médecins insistent sur l'image d'un établissement à deux vitesses, amenant à une répartition inégale des tâches et des charges entre « anciens » et « jeunes » médecins.

De ce fait, les jeunes médecins rencontrent de grandes difficultés à s'impliquer dans la gouvernance de l'établissement comme de leurs unités, et partagent leur sentiment d'être traités comme des quasi internes. La re-responsabilisation de l'ensemble des médecins apparaît ainsi comme une demande première.

Un second enjeu soulevé par le corps médical dans son ensemble est celui de la nécessité d'une plus grande réactivité et anticipation des recrutement - enjeu d'autant plus crucial, au regard du contexte local du GHT, les HUS ayant une politique très volontariste de recrutement, et dont la concurrence plutôt que le partenariat est jugée défavorablement.

ANNEXE N°2



PROJET SYSTÈME D'INFORMATION

Projet système d'information

La convergence des systèmes d'information du GHT n°10

Les groupements hospitaliers de territoire (Loi de modernisation de notre système de santé, janvier 2016), portent dorénavant la responsabilité de mettre en œuvre la convergence des systèmes d'information autour d'un établissement support, ici les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS).

L'article. L. 6132-3.-1. du code de la Santé publique prévoit que « l'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement [...] la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement ».

Le guide méthodologique de la DGOS de juillet 2016, diffusé aux établissements de santé « Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT » définit le périmètre d'un SIH. Ce dernier comprend cinq grands domaines fonctionnels que sont :

- 1. La production de soins cliniques,
- 2. La production de soins médicotechniques,
- 3. Le pilotage médico-économique,
- 4.Le support
- 5. L'infrastructure

Dans ce cadre, le système d'information convergent comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels (principalement avec la mise en place du dossier patient informatisé) et les établissements faisant partie du groupement utilisent un identifiant unique commun pour chaque patient. Il conviendra également de prendre en compte les attentes qualitatives de la nouvelle version du manuel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS), y compris pour les critères qui concerneront les politiques de GHT. En effet, lévaluation de la qualité des soins en établissements de santé sera la priorité de la nouvelle démarche.

L'homogénéisation des systèmes d'information reste un processus complexe qui va mobiliser d'importantes ressources humaines et financières encore à évaluer. La position retenue par le comité stratégique du GHT n°10 BASM est celle d'une convergence progressive vers les solutions communes, sous réserve de leur efficience.

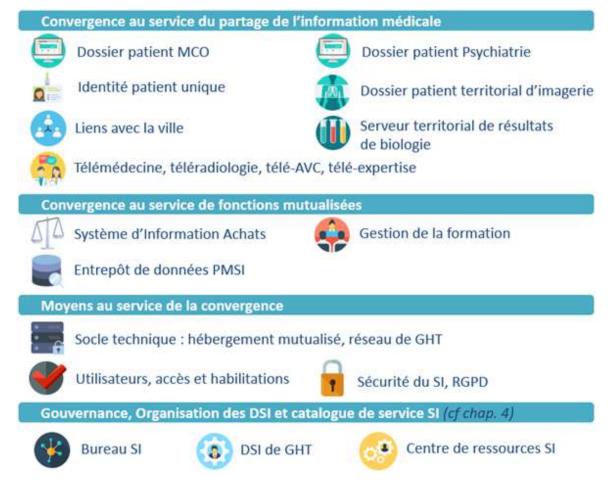
Synthèse des priorités de convergence :

Le groupement priorise la convergence sur les domaines qui présentent un fort intérêt pour les professionnels et les patients, ou qui permettent une simplification et une valeur ajoutée importante.

En ce sens, deux enjeux sont particulièrement importants et structurent le schéma directeur :

- Le partage de l'information médicale au service du projet médical.
- La contribution du système d'information à l'efficience des fonctions mutualisées et à l'apport de valeurs qu'elles portent.

Les axes de convergence sont les suivants :



Ces axes de convergence sont le fruit commun de la mobilisation des acteurs de tous les établissements dans les ateliers menés pour la construction du Schéma Directeur du SIH. Leur réalisation, leur calendrier de mise en œuvre, leur déclinaison en plans d'actions et projets sont coordonnés par le bureau SI du GHT, selon les règles de gouvernance définies dans ce schéma, sous l'autorité du Costrat du GHT n°10 et d'un directeur du système d'information du GHT désigné en octobre 2020.

Ils constituent une feuille de route et n'interdisent pas de saisir de nouvelles opportunités de convergence. Ainsi, la feuille de route sera adaptée en fonction des nouvelles opportunités, des nouveaux besoins ou des nouvelles capacités de financement (internes ou externes).

Fiches actions du projet système d'information



AXE 1

Fiche action : Déployer la V8 DPI Cariatides - Commune CHE EPSAN

Objectif(s) recherché(s): Dossier informatisé mise à jour et accessible nouvelle version V8

Public ciblé : médecins et soignants Mise en œuvre : 1 semestre 2020

Responsable : COPILS Cariatides, responsables opérationnels Chargés de mission Cariatides

Calendrier: fin 2020 au 30 juin 2021

Ressources et financements : 1 ETP par établissement sur 1 an

Coût convergence en cours d'évaluation

Actions	Indicateurs	Priorisation	Suivi
Mise en place du COPIL GHT piloté par la DSI GHT avec plan d'action Mise en place du COPIL Clinique dossier patient (EPSAN, CHE, CHEV, HUS) avec plan d'action	Septembre 2020Octobre 2020		
 Travaux préparatoires : Par les responsables Cariatides CHE et EPSAN : ergonomie du dossier, fiche, prescription, livret thérapeutique Paramétrage mené par le DIM de territoire : Fiches et grilles Bloc d'observations et leurs droits d'accès spécifiques Documents standards : modèles pour ordonnances, modèle de correspondance Autres référentiels métiers : transmission ciblées, actes de soins, examen complémentaires, consignes 	D'octobre à décembre 2020		
Validation des prérequis attendus par Symaris par les groupes métiers. Transmission à Symaris	Décembre 2020		
Déroulement des étapes techniques back office : reprise des historiques	De janvier à juin 2021		
Déploiement sur le terrain de la nouvelle version sur le terrain : Formation, e-learning CF démarche Symaris	• De janvier à juin 2021		



AXE 1

Fiche action : Mise en place de la dictée numérique par reconnaissance vocale - Commune CHE EPSAN

Objectif(s) recherché(s) : déployer la fonctionnalité dictée numérique de Cariatides

Public ciblé : médecins, psychologues, et secrétaires Mise en œuvre : semestre 2022 après déploiement V8

Responsable : Chargé de mission Cariatides

Calendrier: de juin à décembre 2021 pour la démarche projet

Ressources et financements : coût à définir

Actions	Indicateurs	Priorisation	Suivi
Création d'un groupe de travail expert inter établissement : groupe technique du COPIL	2ème semestre 2021		
Présentation par Symaris de la solution	2ème semestre 2020		
Déploiement de la solution : formation des secrétaires formation des médecins	2ème semestre 2021		



AXE 1

Fiche action: Migration univers MAC vers Windows

Objectif(s) recherché(s) : Renouvellement d'un parc orienté Apple vers un parc orienté Windows, référentiels d'identité unique, changer de messagerie vers Exhange, volonté d'uniformisation vis à vis des autres établissement du GHT

Public ciblé : Tous professionnels ayant signé la charte du SI du CHE

Mise en œuvre : 1 semestre 2021 Responsable : Vincent Bollack Calendrier : 1 semestre 2021

Ressources et financements incluant l'étude : 35000 € entre 2020 et 2021 et 50000 € de

remplacement d'ordinateurs par an sur 5 ans

Actions	Indicateurs	Priorisation	Suivi
Etude de faisabilité avec proposition d'un plan d'action	Fait de juin 2020 à octobre 2021		
 Présentation aux instances et aux différents acteurs de l'établissement 	Décision équipe de direction le 9 novembre	Importante	
Infrastructure : créer l'environnement par la mis en place des			
nouveaux serveurs	Janvier 2021		
Campagne d'information			

Actions	Indicateurs	Priorisation	Suivi
 Identité : migration de l'annuaire d'entreprise pour tendre vers une véritable SSO. Indentification unique Campagne d'information sur le changement d'identifiant et de mot de passe 	Février 2021		
Fichier : migrer les fichiers partagés sur l'environnement Windows.Campagne d'information	• Mars 2021		
Messagerie : migration de la messagerie	• Mars 2021		
Egroupeware vers Exhange 2016 (récupération de la boite mail pour 100VIP)			
Campagne d'information pour le personnel accompagnée d'un mode opératoire			
Installation d'un outil de gestion automatisée, installation du parc (SCCM)	• Avril 2021		
Remplacement du parc MAC par un parc Windows par remplace- ment annuelle de 50 à 60 machines /an sur 5 ans	• De 2020 à 2025		
Evaluation de la démarche	Septembre 2021		



AXE 2:

Fiche action projet : Mise en place de la télé-consultation - CHE

Objectif(s) recherché(s): Permettre la consultation à distance de patients sur les différentes structures extérieures pour les patients pris en charge au sein du CH d'Erstein, avec possible présence d'un soignant lors de la téléconsultation avec un système léger à partir d'ordinateurs ou systèmes lourds à partir de salle

Public ciblé : Patients du CH d'Erstein ; Résidents du Pôle Personnes Agées ; Personnels utilisateurs

Médecins ; Secrétaires ; agents des structures extérieures

Mise en œuvre: 2021

Responsable : Système d'information

Calendrier: Janvier 2021

Ressources et financements :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Suivi
Phase de déploiement : Identification du besoin médical Identification des acteurs concernés Achat du matériel Calendrier de déploiement Contrat de maintenance Plan de communication Etude de l'infrastructure Installation du matériel Test	 Procédure en cas de panne technique Organisation d'une session de télétransmission 	Fait	
Phase de réalisation : • Former les médecins, les secrétaires, certains agents des structures extérieures	 Disponibilité de la salle de formation informatique Programmation de la formation avec Pulsy Délivrance de la formation Test Traçabilité du consentement ou non dans le dossier patient 	Fait En cours	
 Information du patient de la nouvelle technique de consultation Recueil du consentement du patient Oui Non, autre procédure ? 	Traçabilité de la téléconsultation dans le dossier du patient	Décembre 2020	
 Modalités de fonctionnement de la téléconsultation Autorisation de la téléconsultation par la CNIL ? Tarification de la téléconsultation 	 Description détaillée de la séance Un soignant assiste à la téléconsultation 		
Phase évaluation – retour d'expérience	 Recueil des impressions du patient (enquête de satisfaction, échange avec les soignants Recueil des incidents Analyse des incidents 		



AXE 2:

Fiche action projet : Mise en place de la visio conférence Pulsy - CHE

Objectif(s) recherché(s) : Permettre la tenue de réunions par visio conférence avec les différentes

structures extérieures

Public ciblé : Patients; Résidents du Pôle Personnes Agées

Personnels utilisateurs : Médecins ; Secrétaires ; agents des structures extérieures

Mise en œuvre: 2021

Responsable : Système d'information

Calendrier: Janvier 2021

Ressources et financements :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Suivi
Réunions virtuelles	Septembre 2020		
phasage de la démarcheachat du matérielformation	Premier trimestre 2021		
Evaluation du dispositif	Second semestre 2021		



AXE 2:

Fiche action projet : Mise en place de la télé-consultation somatique - UPSS - CHE

Objectif(s) recherché(s): Permettre la consultation à distance de patients, y compris éventuellement sur les différentes structures extérieures pour les patients pris en charge, avec possible présence d'un soignant lors de la téléconsultation avec un système léger à partir d'ordinateurs ou systèmes lourds à partir de salle

Public ciblé : Patients ; Résidents du Pôle Personnes Agées ;

Personnels utilisateurs : Médecins ; Secrétaires ; agents des structures extérieures

Mise en œuvre: 2021

Responsable : Système d'information

Calendrier: Janvier 2021

Ressources et financements :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Suivi
Phase de déploiement : Identification du besoin médical Identification des acteurs concernés Achat du matériel Calendrier de déploiement Contrat de maintenance de communication Etude de l'infrastructure Installation du matériel Test	 Procédure en cas de panne technique Organisation d'une session de télétransmission 	Second semestre 2021	
Phase de réalisation : Former les médecins, les secrétaires, certains agents des structures extérieures Information du patient de la nouvelle tech-	 Disponibilité de la salle de formation informatique Programmation de la formation avec Pulsy Délivrance de la formation Test Traçabilité du consentement ou non dans le dossier patient 		
nique de consultation Recueil du consentement du patient Oui Non, autre procédure ?	Traçabilité de la téléconsultation dans le dossier du patient		
 Modalités de fonctionnement de la téléconsultation Autorisation de la téléconsultation par la CNIL ? Tarification de la téléconsultation 	 Description détaillée de la séance Un soignant assiste à la téléconsultation 		
Phase évaluation – retour d'expérience	 Recueil des impressions du patient (enquête de satisfaction, échange avec les soignants Recueil des incidents Analyse des incidents 		



<u>AXE 3</u>:

Fiche action projet : Mise en œuvre du SI du GHT - COMMUNE CHE EPSAN

Objectif(s) recherché(s): Convergence SI

Public ciblé: EPS du GHT 10

Mise en œuvre : En cours depuis 2019

Responsable: Costrat GHT 10

Calendrier:

Ressources et financements:

	Actions		Indicateurs	Priorisation	Suivi
• Mise	en œuvre des projets convergents	•	CF Schéma directeur GHT		
Mise organ	en œuvre de la nouvelle isation : Directeur SI commun	•	1 ^{er} janvier 2021		
• Actua	lisation du schéma directeur GHT	•	04/2021		
neme	nisation et optimisation du fonction- nt au bureau SI. ipation active	•	2021		

En annexe 3, la synthèse du SI GHT.



<u>AXE 3</u>:

Fiche action projet : Mise en œuvre de la RGPD - COMMUNE CHE EPSAN

Objectif(s) recherché(s) : se mettre en phase avec les attentes réglementaires

Public ciblé : Tous les secteurs ayant accès à des traitements de données

Mise en œuvre : d'octobre 2020 à Décembre 2021

Responsable : Directeur SI

Calendrier: d'octobre 2020 à décembre 2021

Ressources et financements : Aucune

	Actions		Indicateurs	Priorisation	Suivi
•	Nomination d'une DPO mutualisé dans le cadre du GHT avec information à la CNIL - Mme POTHIER désignée par Costrat	•	CHE: sous la responsabilité du directeur SI décision faite et envoyé à la CNIL septembre 2020 EPSAN décembre 2020	Fait En cours	
•	Nomination d'une réfèrente RGPD au sein de l'établissement qui travaillera sous la responsabilité de Mme Pothier.		CHE Décision de nomination faite en septembre 2020 EPSAN : décembre 2020	Fait En cours	
•	Lancement de la démarche en interne avec Mme Pothier.	•	Fait en octobre pour le CHE et décembre 2020 pour l'EPSAN		
•	Elaboration du plan d'action dans la ligne directive du GHT proposée par Mme Pothier.: - Cartographier les traitements de données personnelles dans tous les secteurs de l'établissement : registre obligatoire, fiches partagés, registre RT et registre ST - Organiser les processus internes : Pilotage et gouvernance - Elaboration de la documentation de conformité comme par exemple la gestion des violations de données à caractère personnel.		1 ^{er} semestre 2021 Décembre 2020 1 ^{er} semestre 2021		
pré	se en conformité avec les attentes des requis P3 HOP'EN pour conforter les aides endues sur ce programme : - avoir un plan d'action - registre en place - rapport d'activité	•	Décembre 2020 Pour fin 2020		



AXE 4:

Fiche action projet : Evoluer vers un SI commun entre EPSAN et CHE/CHEV

Objectif(s) recherché(s): Mutualisation des compétences

Public ciblé : Equipe SI

Mise en œuvre: 1er semestre 2020

Responsable : Directeurs SI **Calendrier :** 1^{er} semestre 2021

Ressources et financements : A définir

Actions	Indicateurs	Priorisation	Suivi
 Elaboration de la cartographie des compétences en place sur les deux équipes Réflexion et formalisation sur les scenarios de convergence 	1 ^{er} semestre 2021		
Présentation aux différents intervenants (DRH, partenaires	1er semestre 2021		
Choix du scénario	Fin 1 ^{er} semestre 2021		



<u>AXE 4</u>:

Fiche action projet : Finaliser la politique et gestion des équipements

Objectif(s) recherché(s): homogénéisation et visibilité sur les équipements SI

Public ciblé: DSI

Mise en œuvre : début de la démarche 2ème semestre 2021

Responsable: Directeurs DSI

Calendrier: 1er semestre réflexion et formalisation

Ressources et financements : A évaluer

	Actions		Indicateurs	Priorisation	Suivi
•	Réflexion sur le choix des axes à mutualiser : téléphonie	•	1 ^{er} semestre 2021		
•	Plan de convergence élaborée pour 2021	•	Fin 2021		
•	Validation de la convergence par GHT et instances internes.	•	2 ^{ème} semestre 2021		

ANNEXE N°3

























Schéma Directeur du SI du GHT Basse-Alsace Sud-Moselle

Synthèse stratégique

du Schéma Directeur SI

V1 - 12/2018

- Présentée au Séminaire SI du GHT le 11 janvier 2019
- Présentée au Comité Stratégique du GHT en février 2019

<u>Remarque</u>: Ce document est la synthèse stratégique du Schéma Directeur SI du GHT BASM, détaillé dans le rapport complet « Rapport SDSI GHT BASM »

1 PRINCIPES POLITIQUES ET STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

1.1 LE SCHEMA DIRECTEUR DU SI CONVERGENT, PLAN STRATEGIQUE

La réforme des GHT place les Systèmes d'Information au cœur de la démarche de convergence engagée par les pouvoirs publics. Parce qu'ils sont aujourd'hui partie prenante aux activités de quasiment tous les métiers de l'Hôpital, les Systèmes d'Information sont l'une des clés de voûte de la double transformation impulsée par la loi de Santé. Ils participent auprès des professionnels et en particulier des médico-soignants à l'émergence de nouveaux modes de travail en coopération. Et ce tout particulièrement dans le cadre des filières de soins comme des fonctions transversales mutualisées.

Les Systèmes d'Information contribuent ainsi de façon décisive à la performance, à l'efficience et à la qualité de nos prises en charge. Dans tous les cas ils sont un outil puissant et incontournable au service des partages qui doivent se mettre en place entre les établissements et entre les professionnels du GHT.

Après l'élaboration du Projet Médical du GHT en 2017, il convient désormais d'engager résolument la construction des Systèmes d'Information qui le supporteront, pour répondre aux attentes de la communauté médicale et soignante. L'expérience montre que l'évolution des Systèmes d'Information Hospitaliers prend du temps, les financements et l'investissement humain nécessaires sont importants et difficiles à obtenir, et toute transformation aussi ambitieuse soit-elle se heurtera de fait au premier obstacle de l'hétérogénéité des contextes entre les 13 établissements du GHT.

Ces contraintes nécessitent de définir une convergence pragmatique et soutenable par les établissements, qui permette à chacun de se projeter dans les étapes qui lui permettront d'atteindre les objectifs fixés en commun.

Cette convergence donne cependant une responsabilité spécifique aux HUS en tant qu'établissement support, puisque selon la loi il doit assurer « la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent » pour le compte des établissements parties au groupement. Il sera donc un acteur clé du pilotage et de la mise en œuvre des systèmes d'information convergents du GHT.



Le schéma directeur des Systèmes d'Information a pour but premier de servir les objectifs du Projet Médical

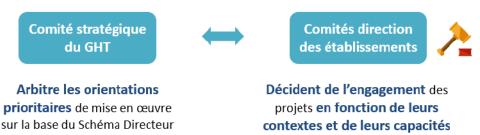
- Il doit outiller les stratégies de filières, les projets de coopération et de mutualisation, en priorisant la valeur ajoutée pour les professionnels du GHT
- La priorité du SDSI est de partager une cible et de construire une trajectoire par étapes intermédiaires qui soient pragmatiques et soutenables par les établissements

1.2 Principes politiques de sa mise en œuvre

Le Schéma Directeur des Systèmes d'Information du GHT BASM a pour objet de donner une référence en définissant une vision partagée, des axes stratégiques ainsi qu'une cible applicative, technique et organisationnelle qui permet de les décliner. Pour les décideurs des établissements du GHT il donne les éléments clés pour orienter les investissements des prochaines années dans la perspective d'une réalisation collective progressive.

La démarche de construction de la cible proposée se veut non contraignante pour les établissements du GHT, qui partagent les objectifs énoncés mais restent maîtres de la réalisation opérationnelle des projets de ce Schéma Directeur pour ce qui les concerne. Les contraintes de ressources et les stratégies doivent en effet être évaluées dans le contexte local de chaque établissement et au regard de ses capacités. Une décision de niveau GHT ne saurait se substituer au libre arbitre de l'établissement.

Cette philosophie se traduit très clairement dans le schéma de gouvernance retenu. Les arbitrages rendus par le Comité Stratégique ne valent pas engagement des projets dans les établissements du GHT. Ils proposent une orientation des décisions d'investissement au regard des priorités du GHT. Les instances de direction concernées des établissements sont ensuite responsables de l'évaluation de l'intérêt du projet pour leur contexte et de leur propre capacité à suivre cette direction. La cible d'un projet convergent de GHT sera donc atteinte de manière progressive au fil des décisions des établissements.



Enfin, le Schéma Directeur ne fige pas définitivement la feuille de route de la convergence des Systèmes d'Information. Au travers des principes de gouvernance définis, le GHT pourra faire évoluer ses priorités, ses cibles pour saisir de nouvelles opportunités, qu'elles soient financières, politiques, organisationnelles, ...

2 GOUVERNANCE DU SCHEMA DIRECTEUR

2.1 Une instance dediee pour piloter la mise en œuvre : le bureau SI du GHT

La mise en œuvre et le suivi du Schéma Directeur comme ses évolutions nécessitent un pilotage opérationnel qui sera assuré par le bureau SI du GHT.

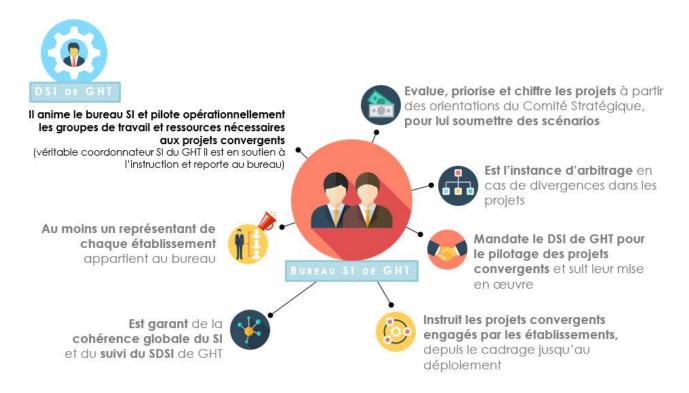
Le bureau SI est composé d'au moins un représentant de chaque établissement et regroupe des profils mixtes : représentants des équipes SI (Directeurs des Systèmes d'Information, Responsables des Systèmes d'Information), représentants de la communauté médicale (Docteurs de l'Information Médicale) et représentants des directions.

Le bureau SI sera chargé d'instruire les projets validés par le Comité Stratégique avec les établissements qui décideront de les engager. Il les cadrera, les organisera et les pilotera opérationnellement depuis l'étape de définition des besoins jusqu'à leur déploiement dans les établissements. Ces activités seront assurées en coopération avec les équipes de chaque établissement.

Le bureau SI adaptera la feuille de route en fonction des évolutions qui pourraient découler d'un nouveau contexte budgétaire, réglementaire ou organisationnel et de nouvelles opportunités. Il proposera au comité stratégique de GHT les adaptations ou évolutions aux orientations ainsi qu'un suivi synthétique de l'avancement du schéma directeur.

Le bureau SI saisira les opportunités de financements nationaux ou régionaux. Ainsi, il devra nécessairement être tenu compte du plan d'accompagnement national Hop'EN pour adapter les cibles stratégiques si nécessaire et détailler les calendriers des projets de convergence.

Le pilotage opérationnel des projets validés sera assuré par le DSI de GHT. Outre un soutien aux missions du bureau de GHT (animation, instruction, suivis, éléments d'apports aux arbitrages), il jouera le rôle d'un coordonnateur SI de projets et de ressources. Le DSI de GHT sera rattaché hiérarchiquement à la Direction de l'établissement support et les Directeurs et Responsables des SI des autres établissements n'auront pas de lien hiérarchique avec lui. Il rapportera au bureau SI et assurera la permanence de l'activité (suivi et pilotage de la mise en œuvre des projets convergents) selon le mandat de gestion que lui donnera le bureau. Il sera garant du respect des budgets et des plannings définis pour les projets convergents.

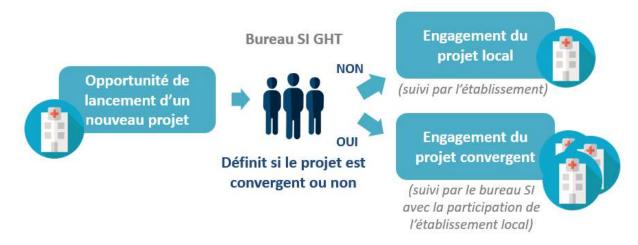


2.2 COORDINATION DES STRATEGIES SI DES ETABLISSEMENTS DU GHT

Au-delà des projets qu'il porte, le Schéma Directeur définit un cadre d'évolution cohérent pour les Systèmes d'Information du GHT. Il vise à éviter que des projets similaires soient menés par différents établissements sans concertation ou dans des directions manifestement opposées, alors même que l'esprit de la réforme et du projet médical est de mettre en place des outils mutualisés.

Chaque établissement continuera à lancer des projets localement, dont certains constitueront des opportunités de convergence. Le bureau SI devra donc s'assurer au préalable que leur périmètre ne recouvre pas celui d'un projet du GHT ou proposer d'instruire un potentiel projet convergent. Les établissements s'engagent à signaler ces projets en amont de leur réalisation dès lors qu'ils représentent des projets d'évolution majeure ou de nature à rajouter de nouvelles fonctions à leur SI.

Les Schémas Directeurs de chaque établissement feront référence au Schéma Directeur du GHT et à la gouvernance qu'il définit pour les projets convergents, soit par voie d'avenant soit par rédaction d'un nouveau Schéma Directeur. Cette association des Schémas Directeurs locaux au Schéma Directeur du GHT garantira la cohérence de leurs feuilles de route respectives.



3 SYNTHESE DE LA CIBLE

3.1 Synthese des priorites de convergence

Le groupement priorise la convergence sur les domaines qui présentent un fort intérêt pour les professionnels et les patients, ou qui permettent une simplification et une valeur ajoutée importante. Deux enjeux sont particulièrement importants et structurent le schéma directeur :

- Le partage de l'information médicale au service du projet médical.
- La contribution du système d'information à l'efficience des fonctions mutualisées et à l'apport de valeurs qu'elles ont à apporter.

Les axes de convergence retenus sont les suivants :

Convergence au service du partage de l'information médicale



Dossier patient MCO



Dossier patient Psychiatrie



Identité patient unique



Dossier patient territorial d'imagerie



Liens avec la ville



Serveur territorial de résultats de biologie



Télémédecine, téléradiologie, télé-AVC, télé-expertise

Convergence au service de fonctions mutualisées



Système d'Information Achats



Gestion de la formation



Entrepôt de données PMSI

Moyens au service de la convergence



Socle technique : hébergement mutualisé, réseau de GHT



Utilisateurs, accès et habilitations



Sécurité du SI, RGPD

Gouvernance, Organisation des DSI et catalogue de service SI (cf chap. 4)



Bureau SI



DSI de GHT



Centre de ressources SI

Ces axes de convergence sont le fruit commun par la mobilisation des acteurs de tous les établissements dans les ateliers menés pour la construction du Schéma Directeur. Leur réalisation, leur calendrier de mise en œuvre, leur déclinaison en plans d'actions et projets seront construits par le bureau SI du GHT, selon les règles de gouvernance définies dans ce Schéma Directeur.

Ils constituent une feuille de route et n'interdisent pas de saisir de nouvelles opportunités de convergence. Ainsi la feuille de route sera adaptée en fonction des nouvelles opportunités, des nouveaux besoins ou des nouvelles capacités de financement (internes ou externes).

3.1.1 Partage de l'information médicale

Convergences des dossiers patients MCO et des dossiers patients PSY

Les professionnels des services cliniques du GHT pourront facilement partager les dossiers patients dans le cadre des parcours de soins, et sécuriser les prises en charge avec un accès immédiat à toutes les données produites au sein des établissements du GHT.

Partage d'examens d'imagerie et de biologie

Les filières de soins du GHT ont besoin d'accéder aux résultats d'imagerie et de biologie produits au sein du GHT depuis n'importe quel établissement, au moyen de plateformes communes centralisant ces résultats.

• Identité patient Unique

Le GHT doit se doter d'un fédérateur d'Identités de GHT, indispensable pour le partage de l'information médicale multi-sources dans un contexte où chaque établissement disposera de son propre identifiant patient au travers de sa gestion administrative. Ce fédérateur permettra la constitution d'une identité patient unique de GHT facilitée par l'arrivée progressive de l'Identifiant National de Santé (INS)

Liens avec la ville

Les professionnels de ville doivent accéder de façon simple et efficace aux lettres de liaison dès la sortie du patient, aux résultats produits par le GHT et doivent pouvoir partager avec les professionnels du GHT les documents médicaux essentiels. Le DMP et la messagerie sécurisée de santé en seront les pivots privilégiés.

• Télémédecine, téléradiologie, télé-AVC, télé-expertise

Des outils convergents de télémédecine doivent être mis en place pour permettre l'organisation des filières, la gradation des soins et l'amélioration de la prise en charge des patients au sein du GHT et avec les partenaires.

3.1.2 Service aux fonctions mutualisées

PMSI

Le GHT doit pouvoir consolider les données PMSI produites dans un entrepôt de données de GHT et permettre au DIM de territoire de réaliser des analyses fiables et pertinentes au service des filières.

Achats

La fonction Achats mutualisés doit se doter d'un outil de gestion du processus Achats, permettant, d'orchestrer et de mieux coordonner la fonction à l'échelle du GHT, d'automatiser les tâches chronophages et de fournir des indicateurs et analyse au service d'une bonne visibilité stratégique de la fonction, et d'une évaluation de sa performance

• Gestion de la formation

Le GHT doit coordonner les plans de formation des établissements du GHT dans un outil commun et étudier l'opportunité d'acquérir des outils de formation innovants.

3.1.3 Moyens au service de la convergence

Socle technique

Le GHT doit mutualiser les infrastructures coûteuses, celles nécessaires aux projets convergents et les expertises rares dont la maîtrise est indispensable pour assurer la qualité et la sécurité des projets convergents du GHT.

• Utilisateurs, accès et habilitations

Le GHT doit mettre en place une politique commune de gestion de la confidentialité. Elle sera servie par un serveur d'habilitations centralisé gérant comptes et habilitations avec le niveau d'automatisation exigé et sera en lien avec les solutions d'authentification unique (SSO).

Sécurité du SI, RGPD

Le GHT doit élaborer une politique commune de sécurité du SI tenant compte des enjeux du RGPD, et mettre à disposition des expertises Sécurité du SI et RGPD pour les établissements qui en ont besoin.

3.1.4 Fonctions n'entrant pas dans le périmètre actuel du Schéma Directeur

A l'inverse les domaines qui ne présentent pas d'intérêt de convergence à court terme, qui ne sont pas matures, qui sont trop complexes ou qui dépendent de facteurs externes, ne font pas partie des priorités. Ils peuvent néanmoins faire l'objet d'actions de coordination ponctuelles, pour les établissements qui le souhaitent :

Maintien de l'existant à court terme

- Maintien de l'existant pour les autres domaines fonctionnels
 - La convergence présente peu d'intérêt à court terme (ex : codage PMSI)
 - La réflexion commune n'est pas mature dans ce domaine (ex : logistique, qualité)
 - La convergence dépend de facteurs externes au domaine (ex : projets régionaux)
 - La convergence a valeur ajoutée faible ou trop complexe (ex : Gestion des Ressources Humaines, Gestion Economique et Financière, Réanimation, ...)
- Maintien de l'existant pour les infrastructures locales

3.1.5 Opportunités à saisir

Les premières opportunités prioritaires identifiées portent sur la prise de rendez-vous en ligne et sur une plateforme territoriale de gestion des transports patients.

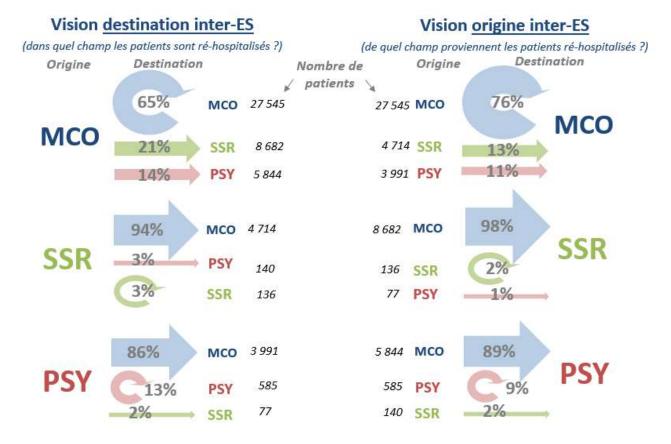
3.2 Focus sur la convergence des dossiers patients

Le dossier patient est un outil clé d'échange pour les professionnels du GHT, que ce soit entre établissements du GHT, au sein du même établissement, avec des partenaires externes au GHT, ou même avec les patients. Au fil de l'informatisation des services il est devenu pour la plupart des établissements le réceptacle d'une importante partie de l'information médicale du GHT. Par ailleurs il est l'outil quotidien d'un très grand nombre de professionnels médico-soignants ce qui le place au cœur de l'enjeu de convergence des Systèmes d'Information du GHT.

La convergence des dossiers patients des établissements du GHT a donc été évaluée en termes de valeur ajoutée attendue et de capacité à mettre en œuvre ces projets. Une analyse des flux de patients entre les établissements du GHT a été réalisée et elle a mis en évidence :

- Une forte prédominance des échanges de patients intra-champ en MCO dans les situations de parcours
- Dans un volume beaucoup plus réduit, une très large majorité d'échanges avec le MCO pour les champs
 PSY et SSR (pour ce dernier champ les échanges sont quasi-exclusivement avec le MCO)
- Pour la Psychiatrie une part significative d'échanges de patients intra-champ

Une synthèse de cette analyse est présentée ci-dessous :



Ces constats ont permis de prioriser trois besoins de convergence :

- La convergence des dossiers patient de MCO: actuellement trois établissements MCO sur cinq (représentant 90% des séjours MCO du GHT) possèdent un outil du même éditeur (DxCare de Medasys). Une base unique DxCare sera créée pour ce dossier patient convergé. Un CH actuellement non informatisé pour le dossier patient (CH de Sarrebourg) pourra rejoindre cet outil commun.
- La mise en œuvre d'un moyen d'accès ou de partage des informations médicales MCO du dossier patient convergé DxCare, pour les champs PSY et SSR. Un établissement MCO n'ayant pas encore convergé pourrait également utiliser ce moyen.
- La convergence des dossiers patient de Psychiatrie: actuellement deux établissements PSY sur trois (en comptant le service de Psychiatrie Santé Mentale des HUS) possèdent un outil du même éditeur (Cariatides de Symaris). Une base unique Cariatides sera créée dans un premier temps pour ce dossier patient convergé, rejoint ensuite par le service de Psychiatrie Santé Mentale des HUS.

L'opportunité de la convergence des dossiers patient de SSR avec le dossier patient MCO a également été évaluée pour répondre à l'enjeu du partage inter-champ. A court terme, elle représente un important investissement financier pour les établissements concernés. Ce sont donc les moyens d'échange qui sont priorisés en première intention pour ces établissements à l'horizon du Schéma Directeur : accès ou interopérabilité avec le dossier patient MCO convergé, échanges par messageries sécurisées de santé.

Enfin, la convergence des dossiers patients telle que présentée sur les champs MCO et PSY permettra aux professionnels de disposer d'un environnement de travail unique d'accès et d'usage des fonctions ainsi unifiées.

4 Organisation des DSI

4.1 Organisation des DSI et catalogue de service

La convergence progressive du Système d'Information du GHT BASM va transformer progressivement la façon dont les équipes informatiques travaillent et collaborent, notamment dans leur activité opérationnelle de construction et d'exploitation des Systèmes d'Information. Confrontés à une capacité faible en équipes informatiques, les établissements doivent organiser de nouveaux modes de travail en s'appuyant sur les opportunités que permet le travail en commun à l'échelle du GHT.

A l'exception des HUS, chaque établissement seul ne dispose pas de l'ensemble des compétences nécessaires pour assurer les projets et garantir l'atteinte de nombreuses exigences (réglementaires, conformités, certification, innovation) qui portent sur les Systèmes d'Information. Et lorsqu'elles existent aucun établissement ne peut pas les solliciter autant que le nécessiterait la réalisation des projets (convergents ou locaux). Le GHT va permettre de spécialiser des ressources et d'optimiser leur utilisation au service de projets communs pour tous les établissements. Ces ressources partagées seront mises à disposition au travers d'un centre de ressources SI, associé à un catalogue de services SI. Les responsabilités des projets seront donc réparties entre ce centre de ressources et les établissements.

Le centre de ressources regroupera les moyens fonctionnels ou techniques nécessaires pour la réussite des projets de Systèmes d'Information convergents. Il pourra s'agir de moyens projets, ou de ressources rares des établissements mises à disposition de tous dans des conditions définies.

Cependant le bureau SI ne peut pas piloter, instruire et suivre tous les projets et leurs ressources, il lui faut donc un relai opérationnel ayant la responsabilité de ces activités et devant lui rendre compte. Ce relais sera le DSI du GHT, coordonnateur SI du GHT.

Cette nouvelle organisation devra répondre aux enjeux suivants :



4.2 LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS CONVERGENTS

Le centre de ressources apportera les compétences suivantes dans les projets de déploiement de Systèmes d'Information convergents. Il organisera la mise à disposition des ressources selon leur disponibilité et dans un cadre contractuel à définir entre l'établissement support et les établissements parties.

Phases des projets	Responsabilité centre de ressources	Responsabilité équipe établissement		
Maîtrise d'ouvrage	Maîtrise d'ouvrage centralisée assurée par le DIM de territoire pour les projets médicaux	Maîtrise d'ouvrage (MOA) locale assurée par un sponsor MOA local		
Pilotage du projet	Pilotage opérationnel (suivi planning, ressources, arbitrages, lien bureau SI)	Pilotage local (un chef de projet local)		
Conception Paramétrage Développement Recette	Gestion : De l'interopérabilité (parties communes) Du paramétrage De l'hébergement De l'intégration	Gestion du volet technique local (réseau, poste de travail, interopérabilité) Participation à la conception, au paramétrage et à la recette de la solution		
Déploiement	Déploiement sur infrastructure centrale Formation des référents	Déploiement sur infrastructure locale		
Maintenance	Partie fonctionnelle et technique (hors poste de travail)	Partie dépendant du poste de travail		
Moyens réseaux	Moyens inter-établissement	Moyens intra-établissement		
Formation des En option et si nécessaire sous la responsabilité du centre de ressources		-		

Les établissements devront s'assurer de la nomination d'un sponsor MOA local pour chaque projet convergent, de façon à garantir la réussite du projet à toutes les étapes. L'existence de ce rôle permet en effet :

- L'application de bonnes pratiques de gestion de projet,
- Une bonne réactivité dans la réponse aux besoins métiers,
- La pertinence des solutions mise en œuvre en réponse aux besoins métiers

Ces ressources seront mises à disposition du DSI de GHT pour leur temps consacré aux projets convergents. On y retrouvera du temps ETP de ressource partagée par un établissement pour un projet donné. Cela nécessitera que les établissements déterminent quelles ressources ils mettent à disposition pour les projets convergents. Chaque ressource restant un effectif des équipes informatiques locales et sous l'autorité hiérarchique de l'établissement.

Le centre de ressources devra se doter d'un outillage adapté lui permettant de gérer son portefeuille de projets, de gérer chacun d'entre eux, et gérer le temps consacré par chaque ressource à ces projets. Quant au cadre financier liés aux projets convergents il reste à définir notamment vis-à-vis de ces ressources contributives.

4.3 LE PARTAGE DE L'EXPERTISE RARE

Un catalogue de service permettra d'offrir des prestations supplémentaires aux établissements, dans un cadre contractuel et organisationnel restant à définir. Plusieurs sujets ont été identifiés pour lesquels les établissements ont un fort besoin d'expertise mutualisée.

Les compétences rares et les besoins qui seront intégrés à la première version du catalogue de service sont les suivants. Ils nécessitent de mettre en place un dispositif de gestion des activités assurées pour le compte du GHT .



Catalogue de services SI du GHT



Sécurité du SI : mise à disposition de temps de RSSI, mutualiser l'achat de prestations



DPO et expertise RGPD : mise à disposition de temps de DPO, de formations



Hébergement : mise à disposition de ressources assurant la gestion de l'hébergement (et notamment des applications convergées)



Bases de données : expertise d'administration, optimisation, maintenance, sauvegarde, licensing, impacts BD des projets



Interopérabilité : mise à disposition d'expertise d'intégration / supervision dans le cadre des projets convergents



Serveurs : partage de connaissances sur le stockage, la virtualisation, les réseaux de sauvegarde

Dans certains cas il pourra s'agir de mise à disposition de temps dédié, dans d'autres cas du partage de connaissance, avec toujours la même finalité de s'entraider au sein du GHT en fonction de ses capacités. Ces moyens seront mis à disposition sur la base du volontariat cependant pour que cela ait du sens à l'échelle du GHT il faudra poser les conditions minimales d'efficience (notamment hauteur d'adhésion des établissements à ce principe) et définir la répartition des contributions qui le feront fonctionner. Le catalogue de service, les partages d'expertise comme les moyens associés devront être précisés par le bureau SI et validés en Comité Stratégique.

La réponse à ce besoin d'expertises rares pourra également se construire au moyen des opportunités permises par les futurs départs à la retraite. Le recrutement d'une nouvelle ressource pourra alors être orienté en fonction des besoins d'expertise du GHT, partagés au sein du bureau SI du GHT, pour permettre de renforcer les équipes SI là où les manques les plus importants sont identifiés.

4.4 RESPONSABILITES DES ETABLISSEMENTS

Dans le cadre du déploiement de Systèmes d'Information convergents, le GHT devra mettre en œuvre une infrastructure technique et applicative centralisée. Parmi les composants les plus important on peut citer notamment la mise en œuvre de bases de données uniques, par exemple pour le dossier patient convergé MCO ou pour le dossier patient convergé PSY. L'infrastructure des SI convergents sera donc, sauf exception, hébergée et exploitée par l'établissement support qui en assurera sécurité, continuité, performance et conformités.

L'établissement support et les établissements parties seront co-responsables des traitements convergés dès lors que des données sont mises en commun au service d'un traitement pour le GHT (c'est notamment le cas d'une base patient unique nécessaire à une prise en charge coordonnée des patients). Les responsabilités respectives devront être définies dans le cadre de conventions entre l'établissement support et chaque établissement partie.

Chaque établissement reste en revanche responsable des traitements du Système d'Information non convergés. Il en assurera la réponse aux exigences sous-jacentes (par exemple définition d'une politique de sécurité SI, mise en conformité RGPD). Il pourra faire appel au catalogue de services pour répondre à certaines d'entre elles.

5 CONCLUSION

Avec ce Schéma Directeur le GHT BASM se donne une ambition forte mais pragmatique pour ses professionnels. En priorisant des projets à forte valeur ajoutée et dont la mise en œuvre est soutenable pour les établissements, il se veut réaliste.

La cible définie se donne comme ambition de répondre à deux enjeux clés : celui du partage de l'information médicale et l'efficience des fonctions mutualisées. Elle comporte ainsi l'émergence d'un dossier patient convergé pour le champ MCO et un autre pour le champ Psychiatrie, ce qui constituera le socle d'un grand nombre de filières et de parcours patients au sein du GHT.

Pour réussir cette mise en œuvre une nouvelle gouvernance est mise en place sous le pilotage d'un bureau SI. Le DSI de GHT s'appuyant sur un centre de ressources, recevra mandat du bureau Si et aura notamment la responsabilité de coordonner la mise en œuvre des Systèmes d'Information convergents.

•

ANNEXE: ACRONYMES ET TERMINOLOGIES UTILISES 6

6.1 **TERMINOLOGIES**

Cible: C'est un ensemble de projets à engager pour réaliser les objectifs de convergence définis au Schéma Directeur

Trajectoire : C'est la feuille de route définie pour atteindre la cible (étapes composées de projets à engager)

6.2 ACRONYMES

DMP: Dossier Médical Partagé

DPI: Dossier Patient Informatisé

GEF: Gestion Economique et Flnancière

GRH: Gestion des Ressources Humaines

INS: Identifiant National de Santé

MSS: Messagerie Sécurisée de Santé

NIR: Numéro d'Inscription au Répertoire des personnes physiques

PACS: Picture Archiving and Communication System

PCA/PRA: Plan de Continuité d'Activité / Plan de Reprise d'Activité

PMSI: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PSSI : Politique de Sécurité du Système d'Information

RGPD: Règlement Général sur la Protection des Données

SI: Système d'Information

SIH: Système d'Information Hospitalier

SSO: Single Sign-On (système d'authentification unique)