

## Annexe: Note explicative concernant le programme 'accélérateur' afin d'implémenter un DPI intégré dans les hôpitaux belges

## Table des matières

Note explicative du programme accélérateur DPI.....	3
1. Introduction .....	3
2. Programme d'accélération .....	4
2.1. Belgian Meaningful Use Model.....	4
2.2. Mécanisme de financement .....	5
3. Plan d'approche .....	6
3.1. AS IS.....	6
3.1.1. État des lieux en ce qui concerne les logiciels liés au patient.....	6
3.1.2. État des lieux en ce qui concerne les BMUC.....	7
3.1.3. Les moyens IT actuels permettent-ils de relever les défis liés à un DPI intégré?.....	7
3.2. TO BE.....	7
3.2.1. Objectifs stratégiques .....	7
3.2.2. Fonctionnalités prévues dans le Belgian Meaningful Use Model.....	7
3.2.2.1. Fonctionnalités de base .....	8
3.2.2.2. Fonctionnalités de menu .....	8
3.3. Choix d'un DPI intégré .....	8
3.3.1. Cahier des charges .....	9
3.4. Implémentation .....	10
3.4.1. Gestion du programme .....	10
3.4.2. Gestion de l'implémentation .....	12
3.5. Stratégie du changement.....	12

# Note explicative du programme accélérateur DPI

## 1. Introduction

Mi-octobre 2015, les neuf ministres de la Santé publique ont présenté la nouvelle Feuille de route e-santé 2.0. Cette feuille de route rassemble 20 points d'action pour les services d'e-santé belges. Le point d'action 2 porte sur l'implémentation d'un dossier de patient informatisé (DPI) intégré au sein des hôpitaux belges.

En effet, de nombreux hôpitaux belges n'ont pas encore de véritable DPI intégré à l'hôpital et ils utilisent encore différentes applications, certaines intégrées, d'autres non, ce qui leur permet de travailler de façon plus ou moins performante.

Un programme accélérateur a été lancé afin d'amener l'ensemble des hôpitaux à avoir en production et à utiliser effectivement un DPI intégré d'ici fin 2018. Par ailleurs, chaque hôpital doit avoir approuvé un plan ICT opérationnel pluriannuel et élaboré une structure de gestion (équipe de coordination multidisciplinaire) afin de garantir la mise en œuvre, l'évaluation et l'actualisation du plan d'action pluriannuel.

Le contenu du DPI intégré ne fait pas l'objet d'une définition généralement admise. Pour éviter de s'enliser dans d'interminables discussions sémantiques sur ce qui doit ou non être inclus dans le DPI, on a établi des BMUC ou *Belgian Meaningful Use Criteria*. Ces BMUC correspondent à une approche purement fonctionnelle requérant un certain nombre de fonctionnalités et l'implémentation de celles-ci. Les objectifs sont ambitieux mais réalisables pour les hôpitaux, même s'ils nécessitent un investissement important en termes de financement et de mise en œuvre. Les moyens prévus par les autorités dans ce cadre aideront les hôpitaux à implémenter cette accélération ICT.

Parmi les objectifs majeurs du projet, on peut citer le partage, entre toutes les parties concernées, des informations concernant le patient grâce à des applications intégrées et un portail unique. Un autre objectif majeur du projet est le *Clinical Decision Support*, qui implique de prendre en compte, dès le départ, une structuration et une codification systématiques des données. De plus, il est indispensable de créer une plus-value sur le plan médical.

Le DPI doit s'inscrire dans le cadre de la plate-forme eHealth et soutenir la collaboration extra-muros.

## 2. Programme d'accélération

### 2.1. Belgian Meaningful Use Model

Une feuille de route pour progresser vers un DPI entièrement intégré a été élaborée en collaboration avec le secteur hospitalier. Deux groupes de travail ont été mis en place : le premier pour les hôpitaux généraux et le second pour les autres hôpitaux.

Le résultat final a été nommé "Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC)". On a délibérément choisi de se limiter à la définition d'un certain nombre de fonctionnalités 'Meaningful Use', pour éviter de se perdre dans un débat sémantique ou d'imposer une architecture particulière aux hôpitaux. L'implémentation des fonctionnalités définies implique l'existence d'un DPI intégré.

Les fonctionnalités définies se subdivisent en fonctionnalités de base (obligatoires) et fonctionnalités de 'menu' (liste non exhaustive).

15 fonctionnalités de base ont été définies. Ces fonctionnalités constituent la base d'un DPI intégré et sont les fondements nécessaires sur lesquels les autres fonctionnalités peuvent être construites. Les experts qui ont élaboré cette liste de fonctionnalités de base estiment que ces 15 critères doivent être rencontrés pour pouvoir parler de DPI intégré.

Vous trouverez ci-joint un aperçu des fonctionnalités de base définies pour les hôpitaux généraux et pour les autres hôpitaux, ainsi que des critères mesurables respectifs pour chaque étape. Les fonctionnalités peuvent être évaluées objectivement car elles sont exprimées en numérateur et dénominateur. Par exemple, le nombre de patients uniques pour lesquels une lettre électronique de sortie a été envoyée (numérateur) / le nombre total de patients uniques qui sont sortis de l'hôpital au cours de la période considérée (dénominateur). Pour obtenir de plus amples informations à cet égard, on peut également se reporter au document 'Belgian Meaningful Use Criteria'.

Le déploiement des 15 fonctionnalités de base est étalé dans le temps. Pour l'instant, quatre étapes ont été définies pour implémenter les 15 fonctionnalités de base dans l'ensemble de l'hôpital (=98%, excepté certains cas spécifiques). Aucun calendrier concret n'a encore été défini par rapport à ces différentes étapes au-delà de 2019. Le mécanisme de financement prévoit qu'à partir de 2019, l'implémentation des fonctionnalités décrites à l'étape 1 constituera une condition obligatoire pour l'obtention (d'une partie) du budget accélérateur.

La série de fonctionnalités "menu" est une liste non exhaustive de fonctionnalités parmi lesquelles un choix est possible. Les fonctionnalités "menu" ne sont pas obligatoires jusque fin 2019, mais des recommandations seront rédigées précisant qu'un certain nombre (au choix de l'hôpital en fonction des priorités internes) de ces fonctionnalités 'menu' doit au minimum être implémenté afin d'atteindre une certaine phase (un certain stade). Certaines fonctionnalités 'menu' pourront en outre devenir des fonctionnalités de base dans une phase ultérieure (stade ultérieur). Cette méthode permet une évolution progressive vers un DPI intégré qui soutient pleinement l'aide à la décision clinique.

## 2.2. Mécanisme de financement

À l'heure actuelle, un certain nombre d'hôpitaux qui n'ont pas encore atteint un haut niveau de maturité en matière d'implémentation d'un DPI intégré doivent encore être soutenus en vue de se préparer au nouveau mécanisme de financement. Ils doivent à la fois faire les choix stratégiques nécessaires et préparer leur département IT ainsi que les processus sous-jacents. Au cours des deux premières années, des moyens supplémentaires vont être investis en vue de combler les actuels écarts de maturité. À partir de la troisième année, le 'Modèle belge Meaningful Use' sera démarré afin de pouvoir, dès la quatrième année, atteindre les étapes suivantes du modèle. En effet, les processus décisionnels hospitaliers sont complexes et impliquent de nombreux acteurs différents. C'est la raison pour laquelle on octroie un incitant afin d'accélérer ces processus, d'une part, et d'introduire progressivement l'implémentation du 'Modèle belge Meaningful Use' au sein des hôpitaux, d'autre part.

Dans le cadre du point d'action 2 de la Feuille de route 2.0 du Plan e-Santé, il a été décidé de mettre en place un « programme accélérateur » devant amener tous les hôpitaux à avoir, à terme, un DPI intégré en production et à l'utiliser effectivement. À cette fin, le budget de 16,2 millions d'euros prévu pour le forfait informatique (actuellement réglé par les articles 55 et 63, §3, de l'arrêté royal du 25 avril 2002)<sup>1</sup> et le nouveau budget B4 de 40,2 millions d'euros, seront utilisés pour soutenir le programme accélérateur.

Grâce à cette augmentation substantielle du forfait informatique actuel, les systèmes IT des hôpitaux devront évoluer vers un DPI entièrement intégré qui soutiendra l'aide à la décision clinique ainsi que l'amélioration continue de la qualité, et permettra l'échange de données gérées en interne et en externe de la façon la plus structurée possible. Une première condition importante pour avoir droit à ce budget d'accélérateur est de fournir un Plan d'approche décrivant les mesures que l'hôpital va prendre pour atteindre les objectifs définis.

On prévoit de répartir chaque année la totalité du budget de 56,4 millions entre les hôpitaux qui atteignent les objectifs. Si un hôpital ne remplit pas les conditions, le budget est redistribué entre les autres hôpitaux qui, eux, répondent aux conditions. Le montant de 56,4 millions d'euros qui a été octroyé sera dès lors subdivisé en différents sous-budgets à partir du 1/7/2016.

Compte tenu des ressources financières que les hôpitaux reçoivent actuellement pour le développement du Dossier Patient Informatisé (article 55, § 2, 1° et 63, § 3), un financement minimum ('Socle') reste garanti. Mais, en plus de celui-ci, on octroie un incitant supplémentaire pour accélérer le processus ('Accélérateur'), ainsi qu'un incitant à l'innovation ('Early Adopter').

Ce mécanisme de financement s'applique à tous les hôpitaux relevant de la compétence de l'autorité fédérale. Le budget total est scindé en deux sous-budgets, le premier pour les hôpitaux généraux et le second pour les autres hôpitaux (principalement des hôpitaux psychiatriques), conformément à la répartition actuelle du budget global, à savoir 84% pour les hôpitaux généraux et 16% pour les autres hôpitaux.<sup>2</sup> Les hôpitaux relevant de la compétence fédérale et ne répondant ni à la définition de l'hôpital

---

<sup>1</sup> Les 16,4 millions d'euros actuellement prévus moins les 0,2 million d'euros pour les hôpitaux qui relèvent de la compétence des entités fédérées depuis la sixième réforme de l'État.

<sup>2</sup> Sur la totalité du budget global de 7,366 milliards d'euros en 2016, un montant de 1,179 milliards (16%) est destiné aux autres hôpitaux et un montant de 6,188 milliards (84%) aux hôpitaux généraux.

général ni à la définition de l'hôpital psychiatrique (p.ex. les hôpitaux ayant uniquement des lits A/T avec G et/ou Sp) sont repris dans le sous-budget pour les autres hôpitaux puisque les exigences liées au DPI dans ces hôpitaux (sans soins intensifs, quartier opératoire, par exemple) se rapprochent davantage des exigences liées au DPI d'un hôpital psychiatrique que de celles d'un hôpital général.

### 3. Plan d'approche

La circulaire du 12 janvier 2016 concernant le programme 'accélérateur' vous annonçait déjà que vous alliez être invités à fournir, d'ici la fin du mois de juin, un plan d'approche relatif à l'implémentation (progressive) d'un DPI intégré au sein de votre institution.

La finalité du plan d'approche est de permettre à l'hôpital de disposer d'un plan qui le guide vers la réalisation de l'objectif fixé, en l'occurrence avoir en production un DPI intégré et l'utiliser effectivement d'ici la fin 2018. Il importe qu'à cet effet, chaque hôpital ait approuvé un plan opérationnel informatique pluriannuel et mis au point une structure de gouvernance (équipe de coordination multidisciplinaire) afin de garantir l'implémentation, l'évaluation et la mise à jour de ce plan. Un premier jalon consistera pour l'hôpital à passer un contrat avec un fournisseur de logiciels en vue de la mise en œuvre d'un DPI intégré. Dans l'hypothèse où un hôpital ne choisirait pas de travailler avec un fournisseur externe de logiciels, il devra fournir certaines pièces justificatives concrètes qui permettront d'évaluer le résultat final défini dans la feuille de route.

En annexe, nous vous envoyons un questionnaire qui pourra vous servir de modèle de plan d'approche. Ce modèle contient une liste de questions à traiter. Il va sans dire que ce plan d'approche devra être adapté à la réalité de chaque institution.

Le modèle se décompose en cinq volets principaux : la description de la situation 'AS IS', la description de la situation souhaitée 'TO BE', la façon dont votre hôpital va choisir un DPI intégré, une description des préparatifs du processus de mise en œuvre et, enfin, les processus de changement associés à la mise en œuvre d'un nouveau DPI.

#### 3.1. AS IS

L'analyse 'AS IS' consiste à décrire la situation actuelle au niveau de l'informatisation de l'hôpital. Si l'on veut choisir une approche en s'appuyant sur des bases solides, il faut tenir compte de différents facteurs préexistants. La description 'AS IS' doit se faire en fonction du dossier patient informatisé.

##### 3.1.1. État des lieux en ce qui concerne les logiciels liés au patient

Le DPI intégré se compose d'un petit nombre de modules qui, devant être intégrés les uns aux autres, ont été développés ou configurés dans une perspective d'interopérabilité.

Le questionnaire vous demande à cet égard de dresser un inventaire des logiciels système et de l'infrastructure, et d'indiquer comment ces différentes composantes s'articulent les unes par rapport aux autres. Cette description est le point de départ qui permettra d'avoir une vision claire de l'architecture IT pour l'avenir, et sur lequel on pourra s'appuyer pour choisir du nouveau matériel et de nouveaux logiciels.

### 3.1.2. État des lieux en ce qui concerne les BMUC

Pour éviter de se perdre dans un débat sémantique sur la définition d'un DPI intégré, les hôpitaux belges ont défini un certain nombre de fonctionnalités. La conformité à ces critères implique l'existence d'un DPI intégré.

Le questionnaire vous demande à cet égard d'indiquer où votre hôpital se situe par rapport aux fonctionnalités décrites dans le document 'Belgian Meaningful Use Criteria for General Hospitals' ou dans le document 'Belgian Meaningful Use Criteria for Other Hospitals'.

### 3.1.3. Les moyens IT actuels permettent-ils de relever les défis liés à un DPI intégré?

Dans la mesure où l'implémentation d'un nouveau DPI se répercute sur différents processus dont certains revêtent une importance vitale pour l'établissement, il importe que l'infrastructure sous-jacente permette de répondre aux besoins. Il va sans dire que les besoins informatiques sont étroitement liés aux choix faits au niveau d'un DPI intégré. Il peut y avoir un net décalage entre les besoins actuels et futurs en termes de moyens et l'utilisation des moyens que l'hôpital met à disposition pour le développement et l'organisation de l'ICT. On pense à cet égard à l'organisation actuelle de l'ICT, à l'infrastructure prévue, aux ressources humaines disponibles et au budget disponible pour les licences.

## 3.2. TO BE

### 3.2.1. Objectifs stratégiques

Il est indispensable de fournir une justification business du projet afin de soutenir la prise de décision concernant les futurs investissements dont le projet bénéficiera. Il importe donc de formuler les objectifs stratégiques et de fixer des priorités pour l'organisation.

### 3.2.2. Fonctionnalités prévues dans le Belgian Meaningful Use Model

Les critères liés au 'Belgian Meaningful Use Model' se répartissent en critères de base obligatoires et en items à sélectionner par les hôpitaux à l'intérieur d'un menu. Les critères de base sont essentiels parce qu'ils constituent le socle des autres étapes. Plusieurs items de menu peuvent être sélectionnés par l'hôpital sur une base annuelle en vue d'intensifier la mise en œuvre du DPI intégré.

### 3.2.2.1. Fonctionnalités de base

Voir également les annexes 'Belgian Meaningful Use Criteria

### 3.2.2.2. Fonctionnalités de menu

Voir également les annexes 'Belgian Meaningful Use Criteria for General Hospitals'

## 3.3. Choix d'un DPI intégré

Une fois que l'hôpital a terminé l'analyse interne et identifié les mesures qu'il lui reste à prendre pour atteindre les objectifs fixés en matière de DPI intégré, il peut passer à l'étape du choix d'un DPI intégré. Certains hôpitaux ont déjà choisi un DPI, d'autres doivent encore le faire. Dans la présente section, nous porterons surtout notre attention sur les hôpitaux qui doivent encore faire un choix. En plus de la sélection d'un fournisseur de logiciels, on distingue deux autres acteurs clés, à savoir les intégrateurs et les entreprises de consultance en gestion du changement. Ces trois parties peuvent éventuellement agir en consortium ou signer chacune séparément un contrat avec un hôpital.

Il existe plusieurs options pour parvenir à un DPI intégré :

- a) L'hôpital peut décider de se charger lui-même – soit seul, soit en collaboration avec un autre hôpital – du développement d'un DPI intégré et de son implémentation.
- b) L'hôpital peut s'associer à un hôpital qui a déjà développé un DPI intégré à part entière.
- c) L'hôpital peut consulter les opérateurs commerciaux du marché au sujet de l'achat ou du développement d'un DPI intégré.

L'hôpital peut choisir de développer en interne un DPI intégré possédant les fonctionnalités décrites dans le Belgian Meaningful Use Model. Dans ce cas, il devra fournir en juin 2017 certaines pièces justificatives concrètes qui permettront d'évaluer le résultat final défini dans la feuille de route.

L'hôpital peut choisir de s'associer à un hôpital qui a déjà développé en interne un DPI intégré à part entière. Plusieurs modes de collaboration sont possibles à cet égard: soit une association médicale, soit une association de partage des coûts sous forme d'indivision ou d'asbl. Cette forme de collaboration est soumise à différentes restrictions. Elle ne peut en effet entraver la concurrence.

Dans l'option C<sup>3</sup>, nous recommandons la création d'un accord-cadre global par une centrale d'achats ou de marchés mise sur pied par un pouvoir adjudicateur. Un tel accord-cadre global offre la flexibilité requise pour opérer une sélection de plusieurs fournisseurs de logiciels, de plusieurs implémentateurs et de plusieurs gestionnaires du changement. Cette sélection pourra être réalisée en scindant le marché en plusieurs lots. On pourrait également rédiger l'accord-cadre initial de façon modulaire. Cela permettrait de définir au mieux les conditions minimales et les fonctionnalités les plus avancées. Le plus grand défi consistera à créer dans le cahier spécial des charges un menu à l'intérieur duquel les hôpitaux

---

<sup>3</sup> Une note complémentaire précisant les aspects juridiques de façon plus approfondie sera envoyée aux hôpitaux.



pourront faire des choix en fonction de leurs besoins. Un contrat-cadre global suit la procédure normale d'attribution, une fois que la loi aura été modifiée<sup>4</sup>, il sera également possible d'appliquer d'autres critères d'attribution aux marchés partiels.

Nous recommandons une centrale de marchés, comme pouvoir adjudicateur. La responsabilité n'incombera ainsi pas à la centrale de marchés, mais aux pouvoirs adjudicateurs participants. Un lien contractuel est en effet créé ainsi entre l'adjudicataire et les pouvoirs adjudicateurs qui participent à la centrale de marchés. Il est en outre possible que, dans le cas d'une centrale de marchés la plus simple sans conventions établies officiellement avec d'autres participants, un hôpital puisse lancer une procédure de passation de marché en vue de l'achat ou de la fourniture de certains produits (assortis ou non des services y afférents) et indiquer que d'autres administrations voudraient peut-être participer aux mêmes conditions (sans aucune exclusivité et sous la forme d'une centrale de marchés). Un tel système est juridiquement cohérent, sans aucun(e) accord/convention de collaboration officiel(le).

Les hôpitaux peuvent s'associer et créer ensemble une centrale de marchés ou recourir à une centrale de marchés existante. Il peuvent diviser les coûts entre eux. Dans ce cas, l'hôpital qui prendra la direction administrative sera le pouvoir adjudicateur, sur le plan juridique seul cet hôpital devra accomplir tous les actes nécessaires au déroulement correct de la procédure d'adjudication. Les hôpitaux participants disposeront ensuite toujours de suffisamment de flexibilité pour chercher un partenaire qui leur convient en lançant une mini-mise en concurrence au sein de la centrale de marchés. Une clause peut être ajoutée afin de s'assurer qu'un fournisseur garantira un même prix (éventuellement pour chaque module/heure-personne) à chaque hôpital désireux de passer un contrat avec un même fournisseur. Cette clause oblige le fournisseur à garantir le même prix aux autres hôpitaux. On peut également poser la question sans engagement de savoir si un fournisseur est en mesure de fournir à X hôpitaux potentiels.

Si l'hôpital choisit de consulter le marché, il faudra établir un cahier des charges. Un ou plusieurs hôpitaux se chargeront de l'essentiel du travail. Il est recommandé à cet égard de chercher des synergies avec des hôpitaux qui ont déjà procédé à une adjudication ou en ont une en cours. Un bon cahier spécial des charges requiert beaucoup de préparation. Différentes considérations revêtent en effet une grande importance. On souhaite choisir un bon fournisseur, tout en ne voulant pas être trop restrictif, et il faut que le produit soit également modulable. Il faut que le résultat final puisse être appliqué en dehors du contexte de l'hôpital qui a lancé le cahier spécial des charges. Tous les hôpitaux doivent ensuite pouvoir s'en servir.

### 3.3.1. Cahier des charges

Lorsqu'il s'agira pour eux de rédiger un cahier des charges, nous invitons les hôpitaux à rechercher des synergies et à apprendre des initiatives existantes. En tout état de cause, le cahier des charges devra

---

<sup>4</sup> Le 24 Septembre 2015, le Conseil des Ministres a approuvé un projet de loi concernant l'intégration de deux directives européennes sur les marchés publiques dans la loi belge.

être adapté aux spécificités de l'institution concernée. À cet égard, nous songeons notamment aux différents types d'interface et à l'interopérabilité des différents systèmes présents.

Les objectifs du cahier des charges sont les suivants:

- Identifier et définir les besoins ;
- Inciter les fournisseurs ;
- Promouvoir une réponse claire et précise du fournisseur ;
- Faciliter l'analyse des offres.

Pour rédiger un cahier des charges, nous vous recommandons d'examiner les caractéristiques suivantes:

- L'intégration complète des fonctionnalités énumérées dans le BMUC et de celles figurant dans la feuille de route e-santé.
- Nous vous renvoyons également à la littérature internationale relative au HIMSS « EMR Adoption Model » et au modèle générationnel d'un DPI de Gartner. À cet égard, les éléments essentiels sont le développement continu, la facilité d'utilisation, la sécurité, le caractère modulable et paramétrable et l'appui décisionnel.
- Les exigences fonctionnelles et techniques
- Les exigences liées à l'implémentation
- Les exigences commerciales
- Les exigences administratives
- Les critères d'évaluation
- Le calendrier pour la mise en œuvre du matériel et des logiciels
- L'acceptation et la méthode d'essai
- La formation et le soutien en faveur des utilisateurs clés et des utilisateurs finaux
- ...

### 3.4. Implémentation

Nous opérons une distinction entre la sélection d'un logiciel et l'implémentation de celui-ci. Tant la sélection que l'implémentation peuvent être scindées en plusieurs phases. L'implémentation d'un DPI est en effet un vaste processus, dans cadre duquel il faut ajuster le logiciel à l'organisation et l'intégrer aux autres systèmes. Le phasage permet de définir des jalons pour la prise de décisions quant à la suite de la mise en œuvre du projet. On peut ainsi établir un planning détaillé pour chaque phase à réaliser, et définir des tâches concrètes.

#### 3.4.1. Gestion du programme

Pour réussir l'implémentation d'un DPI, la gestion des projets et du portfolio, avec IT-governance, est d'une importance cruciale. En ce qui concerne les projets IT, cela implique de désigner un responsable par projet et de formaliser les éléments essentiels tels que les objectifs, la portée, les délais, les livrables, les ressources humaines, la « gouvernance-structure ».

La sélection et l'implémentation d'un DPI est un projet à grande échelle, de longue durée et nécessitant un investissement important en termes de financement et de personnel, ainsi qu'un intérêt actif de la part de la direction, qui doit en outre participer et s'impliquer dans chacune des phases du projet.

Il faut que les gestionnaires de l'hôpital mettent pleinement en avant les nouvelles technologies qui permettent d'améliorer la qualité des soins de santé. Et que les membres dirigeants fassent connaître les avantages potentiels de ces nouvelles technologies et militent en leur faveur.

Le groupe de pilotage sera de préférence constitué de responsables issus de différents domaines, comme par exemple :

- Coordinateur de projet
- Directeur général
- Directeur médical
- Directeur Nursing
- Directeur IT
- Directeur de la pharmacie ou pharmacien en chef
- Directeur du secrétariat médical ou directeur personnel et organisation
- ...

Le groupe de pilotage sera notamment responsable :

- d'exécuter la stratégie IT.
- de cartographier l'impact possible du DPI sur les systèmes d'information clinique existants
- de déterminer les facteurs de succès
- de développer des outils permettant d'assurer le suivi de l'implémentation et la continuité
- d'élaborer des procédures de suivi des conséquences liées aux changements inhérents à l'implémentation d'un DPI
- de mettre en place des canaux robustes pour le feed-back des utilisateurs et la diffusion des informations relatives au processus d'implémentation du DPI auprès des utilisateurs finaux.

Le groupe de pilotage se réunit en moyenne tous les deux mois pour discuter des points principaux suivants :

- la progression du projet
- les décisions à prendre afin de résoudre les problèmes soulevés.

L'implémentation d'un DPI comporte de nombreux risques potentiels, comme les relations entre les différentes parties concernées, les attentes de l'organisation et des utilisateurs finaux, les différents besoins des stakeholders, les exigences organisationnelles, etc. Une implémentation réussie du DPI requiert dès lors une gestion efficace à long terme, sous différentes formes et à différents niveaux de l'organisation. Il faut prévoir le temps et les moyens nécessaires pour pouvoir remplir ce rôle. Il faut s'assurer que les personnes concernées aient le temps nécessaire pour collaborer avec l'équipe technique, qu'elles aient le temps de communiquer les informations aux utilisateurs finaux etc.

Le groupe de projet, dirigé par le coordinateur de programme, est un organe opérationnel chargé de diriger les différents projets. Il est recommandé d'y intégrer également des dirigeants cliniques et des personnes-ressources.

### 3.4.2. Gestion de l'implémentation

L'implémentation d'un DPI intégré doit être considérée comme une initiative qui aura un impact durable sur les processus du business opérationnel. Un élément clé de la réussite du projet consiste à surveiller et à aider les business process owners, qui participent aux activités quotidiennes du processus d'implémentation. L'implémentation peut échouer si l'on sous-estime l'ampleur du projet et si l'on élabore un plan de projet associé à un calendrier irréaliste n'anticipant aucun retard imprévu ni aucune circonstance imprévue. Planifier et gérer les jalons du projet sont des facteurs essentiels de réussite pour la mise en œuvre d'une gestion réussie de l'implémentation du DPI.

Nous vous demandons de fournir dans le plan d'approche une description claire du résultat final prévu, laquelle sera de préférence formulée dans des termes les plus concrets et les plus mesurables possibles. Au niveau de l'implémentation, nous accordons de l'importance à la présence d'une structure de gestion claire et au fait que vous fassiez ressortir celle-ci. Nous souhaitons également évaluer la façon dont votre établissement prépare l'implémentation et la met en œuvre de façon méthodique.

### 3.5. Stratégie du changement

L'implémentation du logiciel sélectionné demandera des moyens et un suivi substantiels. Le logiciel générique sera ajusté à votre organisation. Le logiciel générique sera adapté aux méthodes et pratiques spécifiques à votre organisation. Il faudra probablement aussi adapter les processus ayant cours au sein de votre organisation au logiciel acheté. Il faudra que l'organisation et le fournisseur acquièrent tous deux certaines connaissances. L'organisation va devoir se familiariser avec le logiciel, et le fournisseur devra apprendre à connaître l'organisation. La façon dont ce changement sera géré pourra orienter le projet vers la réussite ou vers l'échec. Il est donc essentiel de mettre en œuvre une bonne stratégie du changement dans ce cadre.

Le changement qui découle de l'intégration d'un nouveau DPI se répercute sur 3 concepts fondamentaux, à savoir la structure de gouvernance, les processus et les personnes au sein de l'organisation.

Il importe que les différents stakeholders aient conscience de l'impact que ce changement peut avoir. Il est dès lors recommandé de porter l'attention voulue aux différents aspects du changement, et d'assurer l'accompagnement des stakeholders respectifs par rapport à ces différents aspects.

À partir d'un questionnaire succinct, nous vérifierons comment votre organisation entend encadrer les changements. Le schéma ci-dessous constituera à cet égard un fil conducteur de première importance.

