

**PLAN PROJET TYPE POUR LA MISE EN PLACE D'UN  
SYSTEME D'INFORMATION EN MAISONS, PÔLES DE  
SANTE PLURI-PROFESSIONNELS ET CENTRES DE  
SANTE POLYVALENTS**

# Sommaire

Préambule.....	3
1 Cadrage du projet.....	6
Etape 1 : définir les objectifs et le périmètre du projet.....	7
Etape 2 : constituer une équipe-projet .....	10
Etape 3 : établir un calendrier de conception et de mise en œuvre .....	13
2 Définition du projet .....	14
Etape 4 : réaliser une étude de l'existant .....	15
Etape 5 : identifier les prestataires potentiels et analyser l'offre existante .....	17
Etape 6 : qualifier et formaliser les besoins fonctionnels et techniques .....	19
Etape 7 : définir les prestations attendues .....	23
Etape 8 : formaliser le cahier des charges .....	26
3 Choix de la solution .....	28
Etape 9 : lancer une consultation .....	29
Etape 10 : auditionner les candidats .....	30
Etape 11 : procéder au choix de la solution .....	31
4 Mise en œuvre de la solution.....	34
Etape 12 : définir et réaliser les paramétrages .....	35
Etape 13 : procéder à la reprise des données.....	38
Etape 14 : procéder à la recette de la solution .....	39
Etape 15 : réaliser la formation des utilisateurs.....	41
Etape 16 : gérer la maintenance et les évolutions.....	43
Etape 17 : réaliser un bilan du projet.....	45
Etape 18 : commander des prestations complémentaires.....	46
Annexes .....	48
Annexe 1 : glossaire .....	49
Annexe 2 : trame pour la définition des objectifs du système d'information .....	51
Annexe 3 : cahier des charges type .....	52

# Préambule

## CONTEXTE DU PRESENT DOCUMENT

Dans les nouvelles formes d'exercice regroupé (maisons et pôles de santé pluri-professionnels<sup>1</sup>), **le système d'information tient une place primordiale** pour répondre aux besoins de gestion de la structure et, surtout, d'échanges d'informations médicales et de coordination interdisciplinaire liés à la continuité des soins, aux nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé ou à des actions de prévention et d'éducation thérapeutique prévues dans un projet de santé.

Or, sa mise en œuvre représente **un investissement significatif pour les porteurs de projets**, notamment pour les professionnels de santé libéraux gestionnaires de leur propre structure, qui vient s'ajouter aux autres « chantiers » de mise en place d'une maison ou d'un pôle de santé (montage juridique, organisationnel, immobilier, financier...). En outre, dans les projets en cours, ce « chantier SI » se heurte souvent à **l'absence ou l'insuffisance de temps, de compétences et de méthode** : la définition d'objectifs pragmatiques et pertinents, la maîtrise de la relation contractuelle avec le prestataire retenu, les choix techniques associés à la mise en œuvre ainsi que les actions de formation des utilisateurs constituent autant de sujets qu'il est important de maîtriser.

C'est pourquoi, l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère en charge de la Santé, met à disposition des porteurs de projets de maisons et pôles de santé, dans le cadre d'une politique générale visant à favoriser l'équipement des maisons et pôles de santé en systèmes d'information, des outils pour les aider dans leur démarche d'informatisation<sup>2</sup> :

- une **Etude du système d'information des maisons et pôles de santé pluri-professionnels et des centres de santé polyvalents**, présentant différents modèles d'informatisation des maisons et pôles de santé, analysant les besoins fonctionnels et techniques y afférents et formulant quelques recommandations pour la réalisation des projets ;
- le présent **Plan projet type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluri-professionnels et des centres de santé polyvalents** : il s'agit d'un guide méthodologique décrivant les étapes d'un projet de mise en place d'un système d'information en pôle ou maison de santé et proposant des outils de mise en œuvre ;
- un **Cahier des charges type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluri-professionnels et des centres de santé polyvalents** adapté aux caractéristiques juridiques des pôles et maisons de santé (SISA) permettant de sécuriser la relation contractuelle tout en organisant les différentes prestations attendues (fourniture du logiciel, paramétrage, formation, maintenance).

## OBJET DU PRESENT DOCUMENT

Le présent *Plan projet type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluri-professionnels et centres de santé polyvalents* vise à offrir aux porteurs de projets un support méthodologique et un cadre pour :

- **s'organiser en « mode projet »** dans leur démarche ;
- articuler les actions techniques avec **la conduite du changement** indispensable à la réussite de ce type de projet ;

---

<sup>1</sup> Ces structures ou modes d'organisation sont définis aux articles L. 6323-3 et L. 6323-4 du code de la santé publique. Leur mise en place est encadrée par un cahier des charges national publié par voie de circulaire à l'attention des préfets de région et de département et des directeurs généraux des agences régionales de santé (27 juillet 2010).

<sup>2</sup> Ces documents sont disponibles sur le site de l'ASIP santé <http://esante.gouv.fr/>

- **choisir une solution** logicielle et technique adaptée à leurs besoins d'échanges et de coordination interdisciplinaires, de gestion de la structure et de pilotage de leur activité ;
- **se préparer** à l'exploitation et l'utilisation d'un nouvel outil ;
- **être acteurs de leur projet** de mise en œuvre du système d'information et, partant, maîtriser la relation contractuelle avec les prestataires, notamment après installation de la solution.

#### DESTINATAIRES DU PRESENT DOCUMENT

Le présent *Plan projet type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluri-professionnels et centres de santé polyvalents* s'adresse **aux porteurs de projets** souhaitant mettre en place un système d'information, **sur un « modèle intégré »**<sup>3</sup>, pour une maison de santé ou un pôle de santé **impliquant uniquement des professionnels de santé libéraux**. Il n'est donc pas approprié pour une démarche projet impliquant, dans le cadre d'un pôle de santé, des établissements ou services sanitaires ou médico-sociaux (centre hospitalier, établissement d'hébergement pour personnes âgées, services de soins à domicile, etc.). Il peut être utilisé pour élaborer une démarche de projet **dans le cadre d'un centre de santé polyvalent** sachant que ce document ne couvre pas la diversité des situations de ces organisations où un appui important peut être obtenu auprès de la Direction des Systèmes d'Informations des organismes dont ils dépendent.

#### ORGANISATION DU PRESENT DOCUMENT

La structuration du document suit les phases chronologiques d'un projet de système d'information :

1. Le **cadrage du projet** visant notamment à définir les objectifs et le calendrier visé, et à constituer une équipe-projet.
2. La **définition du projet**, incluant notamment les étapes de qualification et formalisation des besoins et des attentes vis-à-vis du prestataire.
3. La consultation des éditeurs, l'étude des offres et le **choix d'une solution**.
4. La **réalisation du projet**, de l'installation du (des) logiciel(s) à la formation des professionnels de santé utilisateurs.

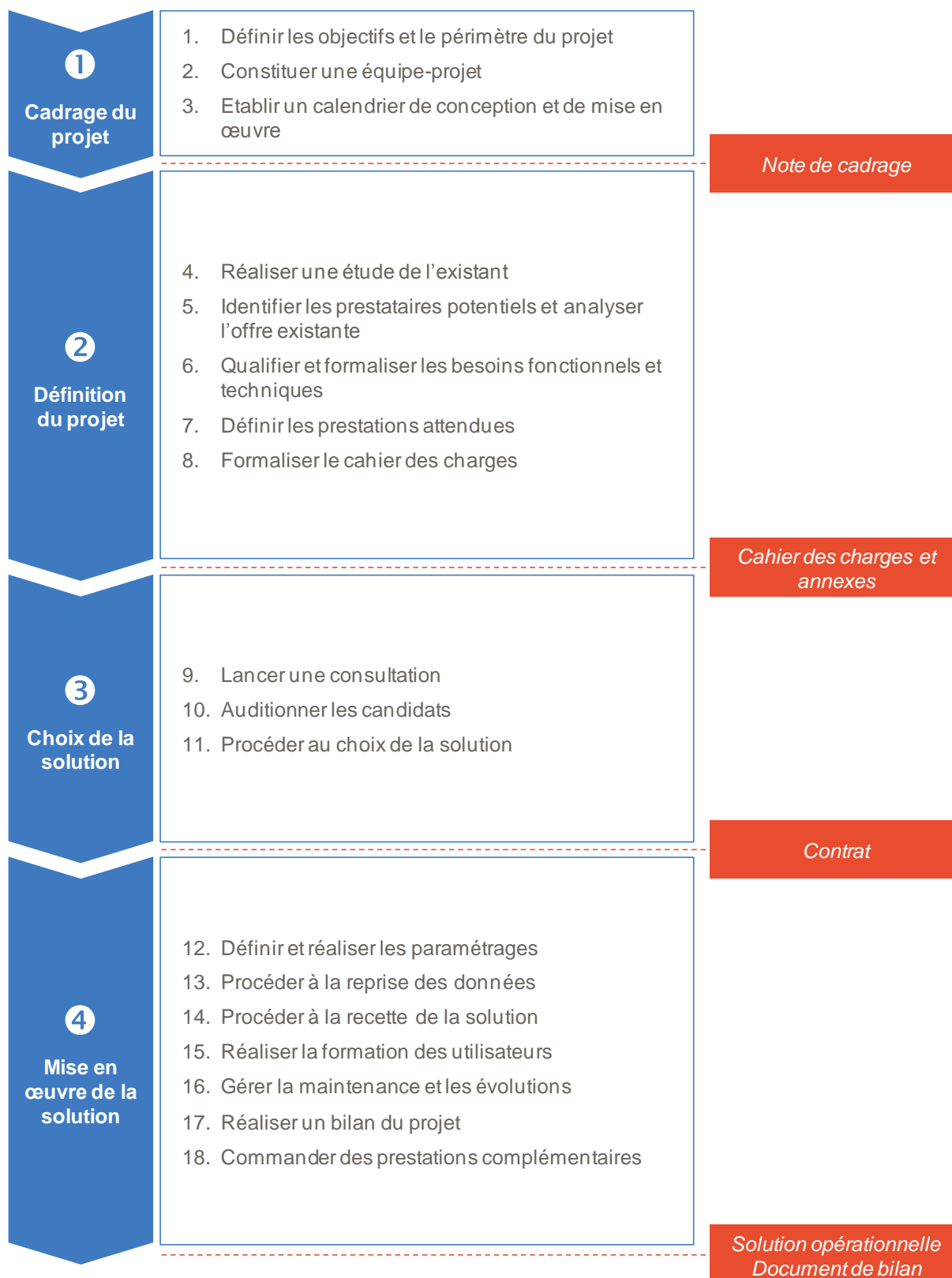
La plupart des termes techniques relatifs à la conduite de projets de mise en place de systèmes d'information est définie dans le glossaire en annexe 1.

Si la densité de certaines étapes de réalisation du projet dépend de la nature du projet, des acteurs mobilisés et de leur sensibilité à l'égard du système d'information, il est important de formaliser les livrables issus de chaque phase, qui doivent faire l'objet d'une validation collégiale. Ils sont indispensables pour la justification des éventuels financements destinés à l'élaboration du système d'information de l'organisation (ARS, collectivités locales, autres financeurs...)

---

<sup>3</sup> C'est-à-dire une unique solution modulaire pour tous les professionnels libéraux d'une même organisation, couvrant les besoins de partage de données médicales, de planification de l'activité de chacun (agenda, gestionnaire de tâches), de pilotage de l'activité globale de la structure (production d'indicateurs). Ce modèle s'oppose à un « modèle distribué », construit autour du Dossier médical partagé, support du partage d'informations médicales, des logiciels que chaque professionnel utilise pour son activité propre et d'éventuels logiciels communs supplémentaires offrant des fonctionnalités additionnelles (agenda et gestionnaire de tâches partagés, outils de pilotage de l'activité, etc.). Pour plus de détails, se reporter au document publié par l'ASIP Santé sur son site Internet et intitulé *Etude du système d'information des maisons et pôles de santé pluri-professionnels et des centres de santé polyvalents*.

## Phases et étapes d'un projet type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluri-professionnels et centres de santé polyvalents



# 1 Cadrage du projet

*La phase de cadrage vise à définir collégialement les objectifs du projet de mise en place du système d'information, son calendrier, les moyens humains et financiers à mobiliser et l'organisation à mettre en place en conséquence.*

*La note de cadrage est l'aboutissement de cette première phase. Approuvée par tous les professionnels de santé du projet, elle constitue le document de référence pour son déroulement.*

## Etape 1 : définir les objectifs et le périmètre du projet

---

1

Cadrage du projet

### Objectifs

---

Cette première étape doit permettre de **définir les objectifs ainsi que le périmètre du projet** (fonctions couvertes et non couvertes, degré d'intégration des différentes fonctions couvertes, type d'informations partagées et modalités de partage) et des professionnels de santé utilisateurs.

### Contenu des travaux

---

2

Définition du projet

#### 1. Définir les objectifs relatifs au degré d'intégration

Le **degré de partage de l'information et d'intégration souhaité** doit être défini pour trois axes du système d'information :

- le partage des dossiers patients (informations administratives, vue de synthèse du dossier patient, données médicales détaillées, etc.) ;
- la coordination interprofessionnelle (planification, agenda, gestion de protocoles de soins, fiche de suivi par pathologie, plan de prévention personnalisé, formulaires et aide-mémoires, etc.) ;
- le pilotage de l'activité de la structure (extraction de données statistiques, calcul d'indicateurs d'activités et de pilotage).

Ainsi, en fonction de leur projet de santé, de leurs habitudes et de leurs souhaits, les professionnels de santé peuvent se donner, pour chacun des axes ci-dessus, un palier à atteindre<sup>4</sup>. Il n'est pas possible pour une organisation abordant l'informatisation de son activité de répondre instantanément à des objectifs trop avancés ou nécessitant des pré-requis trop importants. Il est préférable d'établir un programme de projet autour d'un objectif se situant sur un palier accessible pour chacun des axes.

3

Choix de la solution

#### 2. Définir les objectifs du système d'information et son périmètre fonctionnel cible au regard des objectifs du projet de santé et du projet professionnel

Le système d'information doit être considéré comme un **outil facilitant la mise en œuvre du projet de santé** et du projet professionnel de la maison ou du pôle de santé. Ainsi, ses objectifs et son périmètre sont à définir **en fonction des objectifs stratégiques du projet de santé** : continuité des soins, prise en charge coordonnée et protocolée des patients, coordination des acteurs, mise en œuvre d'actions de prévention, participation aux nouveaux modes de rémunération, télémédecine, etc.

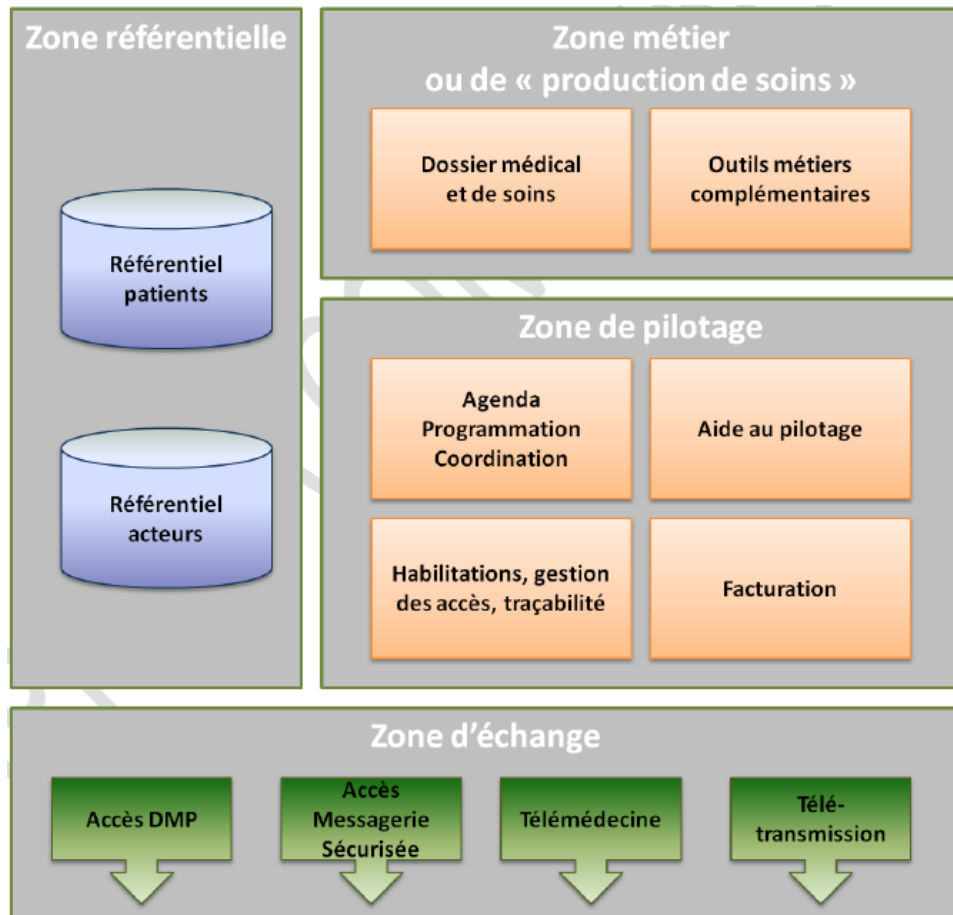
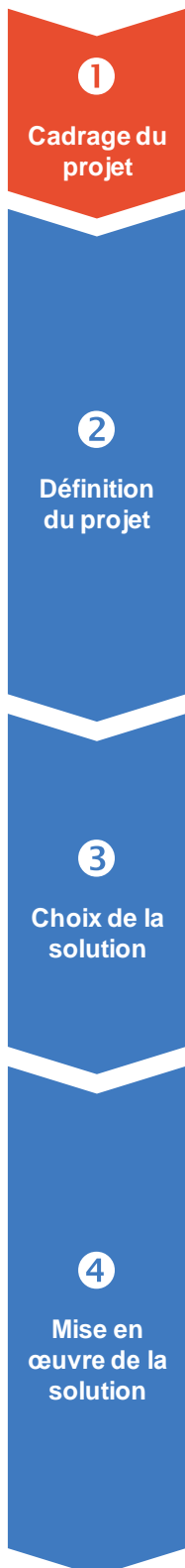
4

Mise en œuvre de la solution

---

<sup>4</sup> L'approche par paliers ici proposée est détaillée dans l'*Etude du système d'information des maisons et pôles de santé pluri-professionnels et des centres de santé polyvalents* publiée par l'ASIP santé et disponible sur son site <http://esante.gouv.fr/>

Schématiquement, la définition du périmètre du système d'information nécessite **d'évaluer l'utilité des modules ou groupes de fonctionnalités suivants, au regard du contexte propre à l'organisation concernée :**



Corollairement, il conviendra de définir les **fonctions exclues du périmètre du projet**, éventuellement prises en charge par d'autres logiciels, ou non informatisées, ou devant être mises en œuvre dans un second temps.

### 3. Définir le périmètre des utilisateurs du système d'information

Le système d'information n'est pas nécessairement utilisé par l'ensemble des professionnels exerçant ou intervenant dans le cadre de la maison ou du pôle de santé (ex. : professions très spécialisées, vacataires extérieurs, acteurs du médico-social). Dans tous les cas, **le périmètre des utilisateurs réguliers du système d'information doit être défini** dès le départ.

#### Acteurs mobilisés

Tous les professionnels de santé du projet et acteurs de l'organisation (secrétaires médicales, assistantes sociales, etc.).

#### Outils et méthodes



Une **réunion préalable au lancement du projet**, rassemblant tous les professionnels de santé du projet et acteurs de l'organisation pour définir le périmètre fonctionnel global du SI.

Une **contribution écrite de chaque professionnel** de santé précisant ses attentes vis-à-vis du système d'information et le degré d'intégration envisagé.

La définition de la contribution des acteurs non professionnels de santé à la gestion du SI.

#### Documents produits

---

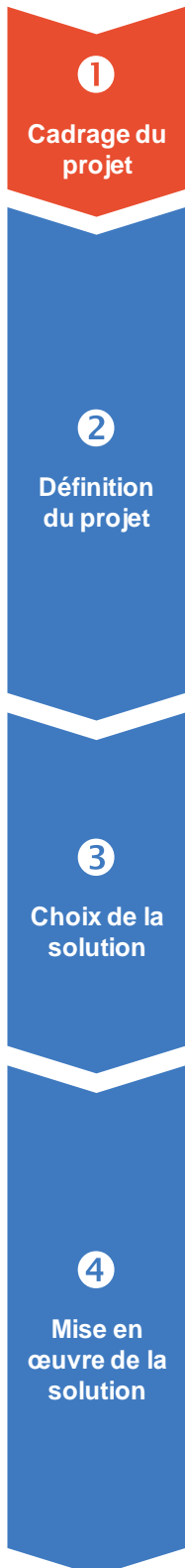
**Note de cadrage** : définition des objectifs du projet, du périmètre fonctionnel et du périmètre des professionnels de santé utilisateurs.

#### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

Si les objectifs du système d'information mis en œuvre dépendent avant tout des objectifs stratégiques du projet de santé, ils doivent également, pour rester réalistes et pertinents, tenir compte :

- de la maturité de l'organisation et des pratiques antérieures (informatisation préalable ? système de partage de données déjà existant ?),
- de la volonté globale des professionnels de se fixer des objectifs ambitieux ou mesurés,
- des ressources et des moyens mobilisables (financiers, humains, techniques).



## Etape 2 : constituer une équipe-projet

1  
Cadrage du projet

### Objectifs

Cette étape, brève, mais indispensable, a pour objectif la **définition des structures de mise en œuvre du projet et leur composition**.

### Contenu des travaux

#### 1. Constituer l'équipe-projet de la maîtrise d'ouvrage

La maîtrise d'ouvrage du projet (MOA) est assurée par la structure juridique porteuse<sup>5</sup> de l'organisation en maison ou pôle de santé. Le maître d'ouvrage, pour s'organiser en « mode projet », doit **structurer une équipe-projet**, composée *a minima* :

- d'un **chef de projet**, désigné collégialement par l'ensemble des professionnels de la structure. Il a pour rôle :
  - d'assurer l'organisation et la coordination des travaux, en lien avec le maître d'œuvre (MOE) et l'éventuel assistant à maîtrise d'ouvrage, dont il est le principal interlocuteur ;
  - de participer à toutes les étapes du projet ;
  - de faciliter la circulation et la diffusion de l'information entre les parties prenantes au projet.
- d'un **réfèrent métier par profession** : pour chacune des professions représentées dans la maison ou le pôle de santé, un référent métier est désigné par ses pairs. Les référents métier interviennent en appui au chef de projet, à chaque phase, et notamment pour les étapes d'étude de l'existant, de définition des besoins fonctionnels, de choix de la solution, puis de recette utilisateurs, de paramétrages et de formation.
- de **réfèrents fonctionnels** chargés de la définition de certains besoins transversaux et des paramétrages d'un domaine particulier (ex. : référent « indicateurs de pilotage » ; référent « politique de sécurité et habilitations » ; etc.)

Il est important d'identifier la personne qui jouera le rôle de promoteur du projet vis-à-vis des membres de l'organisation, mais également des partenaires (ARS, établissements de santé du territoire, réseaux de santé, responsables de structures médico-sociales...). Il devra être en capacité d'expliquer la démarche du projet et ses enjeux pour l'organisation interne et sa contribution en tant qu'offres de soins sur le territoire de santé. Ce rôle d'explication voire de médiation peut être pris en compte par un des membres de l'équipe projet de la maîtrise d'ouvrage.

En outre, il convient de **désigner dès maintenant les futurs administrateurs du système**. Cette fonction peut-être assurée en interne ou externalisée :

- Administration système internalisée : les administrateurs système sont le chef de projet et les référents.
- Administration système externalisée : un prestataire externe local, pouvant intervenir rapidement sur place, doit être sollicité. Il assurerait le rôle d'administrateur du système et d'assistance aux paramétrages lors du fonctionnement normal du système. Il devra participer aux formations spécifiques pour les administrateurs du système (cf. étape 15).

<sup>5</sup> Cas les plus fréquents : société interprofessionnelle en soins ambulatoires (SISA), société civile de moyens (SCM), association « loi 1901 »

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

## 2. Analyser les charges et compétences nécessaires à la conduite du projet

La mise en œuvre d'un projet d'informatisation représente une charge de travail et requiert un panel de compétences (informatiques, fonctionnelles, techniques, organisationnelles, ...) qui **doivent être bien pris en compte** par le chef de projet de la maîtrise d'ouvrage.

Il convient donc pour ce dernier de s'assurer, **dès la phase de constitution de l'équipe projet**, de la disponibilité au sein de l'organisation de ressources présentant les compétences requises et disposant de suffisamment de temps à consacrer au projet, en particulier lors de ses phases amont (cadrage, définition du projet, expression de besoin et choix de la solution), généralement les plus chronophages pour la maîtrise d'ouvrage.

Dans l'hypothèse où ces conditions ne seraient que partiellement réunies (adéquation insuffisante des moyens internes, ...), le chef de projet de la maîtrise d'ouvrage **peut envisager de solliciter un soutien externe** (GCS e-Santé régional, cabinet de conseil...) endossant le rôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage auprès du chef de projet et des professionnels de santé de l'organisation, auxquels il prodigue une assistance méthodologique et opérationnelle).

Dans la mesure où le recours à une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) peut représenter des coûts supplémentaires pour l'organisation (en particulier en cas d'appui sur un cabinet de conseil externe), l'opportunité d'y recourir doit **faire l'objet d'une analyse préalable coûts / avantages** par le chef de projet de la MOA. Cette analyse peut notamment s'appuyer sur les critères suivants :

- Complexité du projet (maturité de l'organisation actuelle, niveau d'intégration et objectifs visés).
- Taille du projet (nombre de professionnels concernés, nombre de professions représentées) : pour les projets d'informatisation impliquant plus de dix professionnels de santé, le recours à une AMOA peut commencer à faire sens afin de professionnaliser la conduite de projet et d'éviter la mobilisation excessive du chef de projet.
- Disponibilité (prévisionnelle) des professionnels de santé de la structure ;

Dans tous les cas, le recours à une AMOA ne s'entend que ci celle-ci est en mesure d'apporter **une véritable valeur ajoutée au porteur de projet, par :**

- La mise à disposition de ressources dédiées et compétentes dans la conduite de projet d'informatisation (dont peu d'organisations de santé pluri professionnelles disposent *a priori*) ;
- L'apport d'un appui méthodologique et opérationnel aux MOA **dans la mise en place de leur organisation** (processus et modes opératoires en matière de circulation et de partage d'information entre professionnels de santé de l'organisation...), non seulement sur les problématiques d'informatisation ;
- Une assistance opérationnelle avérée dans les tâches qui incombent aux MOA et qu'elles ont du mal à réaliser par elles-mêmes (faute de temps...) ;
- ...

Le cas échéant, les relations entre la MOA, l'AMOA et la future MOE (et son chef de projet) sont à formaliser (généralement, au sein d'un Plan d'Assurance Qualité du projet ou, *a minima*, au sein de la note de cadrage du projet – Rôles et responsabilités respectives des différents intervenants).

### Acteurs mobilisés

Tous les professionnels de santé du projet et acteurs de l'organisation.



## Outils / Méthodes

---

- Appel à candidatures pour les fonctions de chef de projet et de référents.
- Appel d'offres pour le choix de l'assistant à maîtrise d'ouvrage (le cas échéant).
- Vote en Assemblée générale ou réunion de fonctionnement.

## Documents produits

---

**Note de cadrage** : composition nominative de l'équipe-projet et formalisation des rôles de chacun (chef de projet, équipe-projet et éventuel assistant à maîtrise d'ouvrage) et des relations MOA / AMOA / MOE.

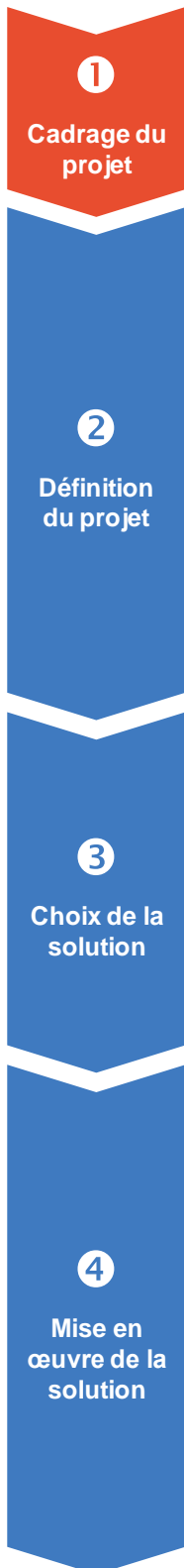
## Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- La fonction de chef de projet peut représenter une charge de travail importante. C'est pourquoi, en fonction de la complexité et la taille du projet et à défaut d'un recours à un AMOA, deux chefs de projet pourront être désignés.
- L'indemnisation du (des) chef(s) de projet et des référents peut être envisagée, soit par un dédommagement direct par les autres professionnels de santé, soit par une allocation des forfaits du module 1 des nouveaux modes de rémunération<sup>6</sup>.
- Enfin, lorsque le recours à une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) paraît indispensable au chef de projet :
  - Analyser dans un premier temps les possibilités d'assistance offertes en la matière par le GCS e-santé régional :
    - Mise à disposition ponctuelle d'experts pour aider le chef de projet et le conseiller tout au long du projet ;
    - Partage de retours d'expérience de projets d'informatisation d'autres organisations de santé pluri professionnelles du territoire... ;
    - ...
  - Solliciter l'Agence régionale de santé, gestionnaire du Fonds d'intervention régional (FIR)<sup>7</sup>, pour savoir dans quelle mesure elle peut contribuer au financement de cet accompagnement, qui peut être commun à plusieurs projets à l'échelle régionale.

<sup>6</sup> Cf. *Etude du système d'information des maisons et pôles de santé pluri-professionnels et des centres de santé polyvalents*, ASIP Santé, 2011

<sup>7</sup> Jusqu'en 2011 : « FIQCS : Fonds pour la qualité et la coordination des soins »



## **Etape 3 : établir un calendrier de conception et de mise en œuvre**

---

### Objectifs

---

Cette étape à pour objectifs :

- **d'établir un calendrier du projet**, prévoyant pour chaque étape, les tâches et échéances associées, ainsi que les rôles et responsabilités de chacun ;
- **d'élaborer le cadre de fonctionnement du projet** : organisation du travail (disponibilité des acteurs), calendrier des instances.

### Acteurs mobilisés

---

Chef de projet (et AMOA le cas échéant).

### Outils et méthodes

---

- Le présent plan projet type et le calendrier résumant les étapes du projet, proposé en préambule.
- Une réunion de l'équipe projet devant permettre de partager et ajuster le présent plan projet type.

### Documents produits

---

**Note de cadrage** : calendrier du projet, avec les principaux jalons.

### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

La mise en œuvre des différents modules fonctionnels peut être envisagée par vagues successives, afin de garantir un démarrage au plus tôt avec un périmètre fonctionnel suffisant, progressivement complété au cours de vagues ultérieures.

## 2 Définition du projet

*La phase de définition du projet vise, in fine, à la formalisation d'un cahier des charges complet, permettant le lancement d'une consultation des entreprises. Ce cahier des charges pourra être rédigé sur la base du Cahier des charges type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluri-professionnels proposé par l'ASIP Santé et complété par les professionnels de santé, notamment en fonction d'une analyse précise des besoins techniques et fonctionnels et des prestations attendues.*

## Etape 4 : réaliser une étude de l'existant

---

①  
Cadrage du projet

②  
Définition du projet

③  
Choix de la solution

④  
Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

---

Cette étape consiste à **dresser un diagnostic fonctionnel, technique et organisationnel** de la structure.

L'analyse de l'existant est à destination du futur prestataire, pour l'informer sur le cadre technique et les contraintes du projet et mieux identifier les besoins. A ce titre, elle doit être formalisée dans le cahier des charges produit par le porteur de projet (cf. étape 8).

### Contenu des travaux

---

#### 1. Réaliser un état des lieux de l'organisation

- Date de démarrage de la structure, si déjà en fonctionnement, sinon, date prévisionnelle de démarrage.
- Structure juridique de l'organisation.
- Nombre et spécialité (généraliste, dentiste, infirmier, pharmacien, etc.) de professionnels utilisateurs du futur système d'information et perspective à cinq ans (si des arrivées ou départs sont d'ores et déjà prévus).
- Dans le cas d'un pôle de santé, nombre de sites géographiques sur lesquels sont répartis les professionnels de santé, nombre et spécialité des professionnels exerçant sur chacun des sites.
- Nombre de secrétariats et de postes à équiper.
- Nombre de patients dans la file active de chaque professionnel.
- Nombre de patients total pris en charge par le pôle ou la maison de santé.
- Principales pathologies chroniques prises en charge parmi la patientèle et faisant l'objet d'un protocole particulier (ex : diabète, HTA, Alzheimer, etc.)

#### 2. Réaliser un diagnostic de l'existant informatique

- Maturité de l'organisation et pratiques actuelles :
  - Nombre de professionnels déjà informatisés, logiciels métiers utilisés et fonctions couvertes par ces logiciels.
  - Préexistence de pratiques voire d'outils de coordination entre professionnels de santé
  - Qualité du recueil et de la saisie de l'information médicale par les professionnels de santé utilisateurs d'un logiciel métier
- Postes de travail actuellement utilisés par les professionnels de santé et les personnels (secrétariat) : nombre et environnement.
- Principaux logiciels utilisés (navigateur web notamment)
- Environnement technique de l'éventuel serveur déjà utilisé sur lequel se déploient les logiciels métiers actuels des professionnels de santé.
- Caractéristiques du réseau local.
- Caractéristiques du réseau de télécommunication (téléphonie, connexion internet : débit montant et descendant garantis).



### 3. Qualifier les relations de l'organisation avec les acteurs du bassin de santé :

- Echange d'informations avec les différents acteurs (laboratoires, hôpitaux, réseaux de santé, dispositif d'intégration SSIAD, EHPAD...)
- Inscription de l'organisation dans un ou plusieurs projets de télémédecine

**Ces besoins s'appuient sur l'utilisation du DMP et de la messagerie sécurisée.**

#### Acteurs mobilisés

---

Référents métier (éventuellement assistés par l'AMOA si une AMOA a été retenue).

#### Outils et méthodes

---

- Chaque professionnel est sollicité par le référent métier de sa profession.
- L'équipe-projet formalise le paragraphe du cahier des charges relatif à l'analyse de l'existant (cf. étape 8).

#### Documents produits

---

Paragraphe du cahier des charges relatif à l'analyse de l'existant organisationnel, fonctionnel et technique.

#### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

Formaliser l'analyse de l'existant directement dans le cahier des charges final, en prenant comme base le paragraphe *Présentation de l'organisation de santé pluriprofessionnelle du cahier des charges type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluri-professionnels* proposé par l'ASIP, mis à disposition en annexe 3 du présent plan projet.



## Etape 5 : identifier les prestataires potentiels et analyser l'offre existante

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

Cette étape a pour objectifs **d'identifier les prestataires potentiels** et **d'adapter l'expression des besoins** à la lumière de l'état du marché pour préparer la rédaction du cahier des charges.

### Contenu des travaux

- Identifier les éditeurs existant sur le marché et répondant globalement aux besoins fonctionnels des maisons et pôles de santé<sup>8</sup> :
  - liste des « éditeurs labellisés » diffusée sur le site de l'ASIP Santé<sup>9</sup>,
  - recherches Internet,
  - prise de contact avec les correspondants commerciaux des logiciels déjà utilisés,
  - sollicitations de la MOA Régionale adossée à l'ARS (GCS/GIE e-santé régional) et de la Fédération régionale des maisons et pôles de santé (ou référent régional de la Fédération nationale)<sup>10</sup>.
- Rencontrer des éditeurs identifiés et organiser des démonstrations générales de leurs solutions.
- Organiser des visites de structures de taille et d'organisation similaires, déjà en fonctionnement.

### Acteurs mobilisés

Chef de projet (et AMOA le cas échéant).

Référents métier (pour les visites uniquement).

### Outils et méthodes

Recherches, prises de contacts, rencontres, visites.

<sup>8</sup> Se reporter à l'*Etude du système d'information des maisons et pôles de santé pluri-professionnels et des centres de santé polyvalents*, ASIP santé, 2011, pour une liste des éditeurs identifiés par l'ASIP Santé

<sup>9</sup> L'ASIP Santé a mis en place auprès des éditeurs de solutions logicielles pour pôles, maisons ou centres de santé un processus leur permettant d'obtenir une labellisation de leur solution, sur la base du volontariat. L'obtention du label est conditionnée à la conformité de leur solution aux exigences fonctionnelles exprimées dans l'*Etude du système d'information des maisons et pôles de santé pluri-professionnels et des centres de santé polyvalents*. Ce label ne porte pas sur la qualité des prestations offertes lors de la mise en œuvre de la solution (réalisation, formation, assistance au démarrage, maintenance, etc.) La liste des éditeurs ainsi labellisés est disponible sur le site de l'ASIP : <http://esante.gouv.fr/>

<sup>10</sup> Cf. annexe 5 : liste et coordonnées des Fédérations régionales de maisons et pôles de santé.



## Documents produits

---

Bilan de l'étude du marché :

- Domaines fonctionnels couverts / non couverts par les solutions étudiées.
- Points forts / points faibles de chaque solution étudiée.

## Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- Eliminer dès cette étape les éditeurs ne répondant aux besoins.

## Etape 6 : qualifier et formaliser les besoins fonctionnels et techniques

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

Cette étape vise à :

- qualifier de façon précise les **besoins actuels et à venir des utilisateurs et les préférences et souhaits fonctionnels, ergonomiques et techniques**, pour l'ensemble du périmètre du projet défini à l'étape 1 ;
- identifier les besoins non initialement inclus dans le périmètre du projet.

Ces travaux constitueront la **base du cahier des charges**.

### Contenu des travaux

#### 1. Etude et qualification des besoins fonctionnels

Les besoins fonctionnels auxquels le SI doit répondre correspondent à ceux issus de la pratique individuelle des professionnels de santé et ceux associés à l'activité de la maison ou du pôle de santé. Il s'agit donc pour l'ensemble du périmètre fonctionnel défini à l'étape 1 de **décrire les besoins individuels et transversaux** en termes de données (définitions, règles de gestion,...), fonctionnalités (descriptions, enchaînements,...) et ergonomie (présentation à l'écran, éditions).

Les besoins individuels couvrent les **fonctions et fonctionnalités utilisées dans la pratique individuelle** de chaque professionnel de santé.

Ils doivent être décrits en s'appuyant sur les expériences acquises par chaque professionnel de santé dans l'utilisation d'un outil individuel et consolidés au niveau de l'organisation pluri-professionnelle. Parmi ceux-ci, les besoins prioritaires doivent être identifiés : ils feront l'objet d'un arbitrage au moment du choix de la solution pour déterminer lorsqu'ils ne sont pas couverts s'il convient de recourir à une solution complémentaire adaptée à des spécificités métier absentes de la solution commune.

Les besoins collectifs transversaux couvrent le périmètre suivant :

- Module de **gestion administrative et médicale et de partage des dossiers patients** : contenu, présentation (vue de synthèse) et ergonomie.
- Module de **coordination des soins (fiche de suivi par pathologie)** et outils de planification (agenda, gestionnaire de tâches, planification des rendez-vous, formulaires et alertes).
- Fonctions de **paramétrage** :
  - pour les **accès et habilitations** (médecins, paramédicaux, secrétariat, vacataires, etc.),
  - pour les préférences de présentation, d'édition et d'ergonomie,
  - pour les **alertes**,
  - pour le **calcul d'indicateurs** d'activité et de pilotage,
  - pour les **outils de planification** (agenda, gestionnaire de tâches),
  - pour l'outil de la **facturation**.
- Recueil du **consentement du patient** et gestion de l'information due au patient : partage d'informations médicales entre professionnels de la maison ou du pôle de santé, DMP, télétransmission sécurisée des données vers l'extérieur.



- Fonctions de **facturation**.
- Fonctions **d'aide au pilotage** (calculs d'indicateurs, états).
- Fonctions **d'échanges internes** (messagerie interne).
- Fonctions **d'échanges externes** (télémédecine, liens DMP, messagerie sécurisée externe, etc.).

Pour permettre aux prestataires de comprendre au mieux ces besoins collectifs transversaux, **les processus et modes opératoires attendus en matière de circulation et de partage d'information entre professionnels de santé de l'organisation doivent impérativement être définis dès cette étape.**

## 2. Préférence d'une architecture technique

L'organisation peut faire le choix **d'internaliser ou d'externaliser l'environnement technique**. Dans le premier cas, les matériels nécessaires (serveur, réseau) sont implantés dans la structure et requièrent la mise en place de procédures d'exploitation, la sécurisation et la maintenance de ces matériels. Dans le second cas, les données sont hébergées par le prestataire, nécessairement agréé pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel.

Le choix de la solution à privilégier dépend :

- du caractère multi-sites de l'organisation (cas du pôle de santé),
- du matériel déjà existant et des équipements à acquérir,
- de la qualité du réseau de télécommunication sur le territoire (débit garantis, « stabilité du réseau...),
- de la volonté de l'organisation en matière de modalités d'achat : facturation à l'utilisation (mode service, facturation couvrant l'ensemble des prestations permettant à l'utilisateur de se servir de la solution logicielle) ou facturation par poste (droits d'usage de la solution, maintenance de la solution, hébergement / exploitation de la solution).

	Avantages	Inconvénients
<b>Externalisation de l'hébergement</b>	Pas de contrainte de gestion et de maintenance du serveur Facturation simplifiée à l'utilisation (mode service)	Dépendance accrue à la qualité du réseau de télécommunication (risques de pannes ou de dysfonctionnements liés à des défaillances réseau) nécessitant selon les technologies utilisées le recours à une connexion à haut débit.
<b>Internalisation de l'hébergement</b>	Plus faible dépendance à la qualité du réseau de télécommunication, risques d'indisponibilité de la solution plus limités (par combinaison de postes en réseau local avec des postes en accès distant)	Acquisition, gestion et maintenance du serveur à assurer en interne (ou par un prestataire)

### Acteurs mobilisés

Chef de projet (et AMOA le cas échéant).

Référents métier (pour les besoins fonctionnels).

## Outils et méthodes

---

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Besoins fonctionnels

- Recensement précis et priorisation des besoins fonctionnels de chaque profession au cours de groupes de travail organisés par les référents métier.
- Recensement des besoins fonctionnels transversaux aux cours de groupes de travail organisés par le chef de projet (et l'AMOA si une AMOA a été retenue).
- Synthèse des besoins fonctionnels au cours d'une réunion de travail chef de projet / AMOA / référents métier, et formalisation dans le cadre d'une grille hiérarchisée des fonctionnalités requises<sup>11</sup> qui sera annexée au cahier des charges.

### Préférences techniques

- Etude des besoins réalisée en fonction des moyens déjà existants, des contraintes et des préférences des professionnels de santé.

***Le cahier des charges type et l'exemple de grille hiérarchisée de fonctionnalités proposés par l'ASIP (annexes 3 et 4 du présent plan projet) sont maximalistes. Ils ont vocation à être adaptés aux besoins identifiés (compléments, amendements, suppression ou ajout de fonctionnalités).***

### Documents produits

---

- Paragraphes du cahier des charges relatifs aux besoins fonctionnels et grille hiérarchisée des fonctionnalités requises, à annexer au cahier des charges.
- Paragraphes du cahier des charges relatifs aux exigences et préférences techniques.

***En cas de recours à une AMOA, la formalisation de ces documents doit lui être confiée.***

### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

#### Besoins fonctionnels

- Utiliser comme base **l'exemple de grille hiérarchisée des fonctionnalités requises**<sup>12</sup> proposée par l'ASIP Santé. Compléter cette grille par une liste priorisée de fonctionnalités attendues par profession.
- Maîtriser la créativité des groupes de travail, composés des futurs utilisateurs, pour éviter d'avoir recours à des développements spécifiques, source de coûts supplémentaires et de « maintenabilité » plus complexe de la solution proposée : savoir « raisonner » l'expression de besoin, en la confrontant notamment aux fonctionnalités offertes par les solutions du marché.
- Prendre en compte dans l'expression des besoins l'existant sur le marché (cf. étape 5).

<sup>11</sup> Cf. exemple proposé en annexe 4.

<sup>12</sup> Cf. exemple de grille de fonctionnalité proposée par l'ASIP en annexe 4.



- Définir un niveau de priorité pour chaque fonctionnalité (afin de pouvoir procéder aux arbitrages requis si toutes les fonctionnalités souhaitées n'étaient pas couvertes de façon également satisfaisante par les solutions identifiées).

#### Préférences techniques

- Utiliser comme base le **cahier des charges type** proposé par l'ASIP Santé<sup>13</sup>.
- Sauf contre-indication liée à l'existant informatique ou au réseau de télécommunication, **préférer une architecture externalisée**, car elle dégage l'organisation des contraintes d'exploitation et de fonctionnement et lui permet d'utiliser le système d'information en mode service, minimisant de fait les contraintes associées pour la MOA.

---

<sup>13</sup> Cf. cahier des charges type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluri-professionnels en annexe 3.

## Etape 7 : définir les prestations attendues

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

Cette étape vise à **définir les prestations attendues de la part de la MOE** (éditeur / intégrateur) une fois celui-ci sélectionné par la MOA. Ces prestations couvrent les étapes de réalisation (spécification, installation, paramétrages, recette...) puis de formation, d'assistance au démarrage, de maintenance et d'exploitation de la solution, ainsi que les prestations complémentaires susceptibles d'être commandées *post* installation initiale (reprise de données en cas d'installation d'un nouveau professionnel, formation pour les nouveaux arrivants... cf. étape 18).

### Contenu des travaux

Il s'agit de **définir les attentes de la MOA et les exigences vis-à-vis de la MOE** en termes :

- de **pilotage global du projet**

*Exemples : désignation d'un chef de projet MOE, composition d'une équipe de pilotage, formalisation d'un dispositif qualité*

- de **préparation de la mise en œuvre**

*Exemples : prise de connaissance du contexte, analyse et approfondissement des besoins fonctionnels, spécification détaillée des fonctionnalités à paramétrer, formation de base de l'équipe-projet*

- **d'installation et de paramétrages** de la solution, conformément aux spécifications (et le cas échéant de réalisation des développements complémentaires)

- de **reprise de données**

*Il conviendra de cibler précisément en amont les données à reprendre, les bases de données et logiciels sources et de définir les formats de la reprise de ces données, afin de préciser les exigences associées dans le cahier des charges. Par ailleurs, il pourra être demandé au fournisseur d'intégrer après la phase de démarrage les données d'un nouvel arrivant au sein de l'organisation.*

- de **recette fonctionnelle et technique**

*Exemples : composition d'un Comité de recette se réunissant chaque semaine pendant la période de recette, formalisation d'un compte-rendu de recette, association ou non des futurs utilisateurs à la recette fonctionnelle (ou appui sur l'AMOA ou directement sur la MOE pour l'exécution de tout ou partie de celle-ci), recette réalisée lors des sessions de formation des administrateurs (chef de projet et référents ou prestataire externe)...*

- de **formation des utilisateurs** (consigner les exigences au sein d'un plan de formation)

*Exemples : usage de l'« e-learning », formation générale de tous les utilisateurs (nombre de sessions de formation collectives ou par spécialité professionnelle), formation des secrétaires médicales, formation approfondie du chef de projet et des référents métier et référents fonctionnels (session de formation aux paramétrages et aux opérations simples de maintenance...), formation de formateurs, d'administrateurs fonctionnels....*

- **d'assistance au démarrage**

*Exemples : présence d'un représentant de la MOE sur site pendant la première semaine de fonctionnement ou hotline dédiée pour le « coaching » des utilisateurs, rapidité d'intervention et de résolution des anomalies (SLA – niveau de service attendu, à préciser au cahier des charges).*

- d'exploitation, de **maintenance** de la solution et **support aux utilisateurs**



*Exemples : engagements de la MOE en matière de garantie de bon fonctionnement : disponibilité, intégrité, confidentialité, accessibilité (DICA), délais d'intervention pour des anomalies majeures/mineures, durée de la garantie et de la période de maintenance, utilité et modalités du support aux utilisateurs (« hotline ») (SLA – niveau de service attendu, à préciser au cahier des charges).*

- de **réversibilité** totale en fin de contrat ou partielle en cas de départ d'un professionnel de l'organisation pendant la durée d'exécution du contrat.

*Exemples : il pourra être demandé au fournisseur de définir une prestation forfaitaire correspondant à la fourniture d'un fichier d'extraction représentant l'ensemble des données (dossier et pièces jointes) dans un format tabulaire accompagné d'une documentation descriptive des formats utilisés. Cette prestation pourra être commandée pour un ou plusieurs professionnels et les règles associées à l'évolution de son tarif dans le temps seront précisées.*

Par ailleurs, les **prestations complémentaires** qui pourraient être demandées au fournisseur, après mise en œuvre de la solution, doivent être désignées dès maintenant. Il peut s'agir par exemple des besoins nouveaux liés à l'arrivée ou au départ de professionnels de santé (reprises de données, réversibilité, sessions de formation complémentaire, nouveaux paramétrages, etc.)

Les **engagements demandés au fournisseur** en matière de prestations complémentaires sont à définir (ex. : nombre d'années après la mise en œuvre pendant lesquelles le fournisseur est engagé à répondre aux demandes complémentaires, coût de ces prestations : inclus ou non dans le contrat de base, etc.)

#### Acteurs mobilisés

---

Chef de projet (et AMOA le cas échéant).

Référents métier et référents fonctionnels.

#### Outils et méthodes

---

Le **cahier des charges type proposé par l'ASIP Santé** peut constituer une base utile pour la définition et la formalisation des prestations attendues et exigences vis-à-vis de la MOE. Il doit toutefois être **adapté aux besoins et attentes de l'organisation**.

**Une à deux réunions de travail** de l'équipe-projet permettront de compléter et amender ce cahier des charges en fonction des besoins et préférences de l'organisation.

***En cas de recours à une AMOA, la formalisation de ces documents peut lui être confiée.***

#### Documents produits

---

Partie du cahier des charges relative aux prestations attendues et aux exigences vis-à-vis de la MOE.

#### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- Les **prestations réalisées par la MOE** dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet SI sont **primordiales à la qualité et à la réussite du projet**. C'est pourquoi la qualification et la formalisation des attentes de la MOA (notamment maintenance, formation et assistance) doivent être respectivement précises et claires.





- Il est recommandé de **s'appuyer sur des retours d'expériences de mise en œuvre de systèmes d'information** dans d'autres structures, afin d'éviter les écueils et de prévenir certains risques. A cette fin, le chef de projet peut se rapprocher de la **Fédération régionale des maisons et pôles de santé**<sup>14</sup> ou de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS).

---

<sup>14</sup> Cf. annexe 5 : liste et coordonnées des Fédérations régionales de maisons et pôles de santé.



## Etape 8 : formaliser le cahier des charges

---

### Objectifs

---

Cette étape vise à **formaliser le cahier des charges et ses annexes**, synthèse des travaux réalisés aux étapes précédentes, décrivant les caractéristiques obligatoires ou souhaitées de la solution, les prestations attendues et les exigences vis-à-vis de la MOE. La bonne formalisation de ce cahier des charges **est primordiale**, dans la mesure où **ce document sert de base au contrat signé entre l'Organisme acheteur et le prestataire retenu**. Seuls les éléments y figurant explicitement **sont opposables** vis-à-vis du fournisseur retenu.

### Contenu des travaux

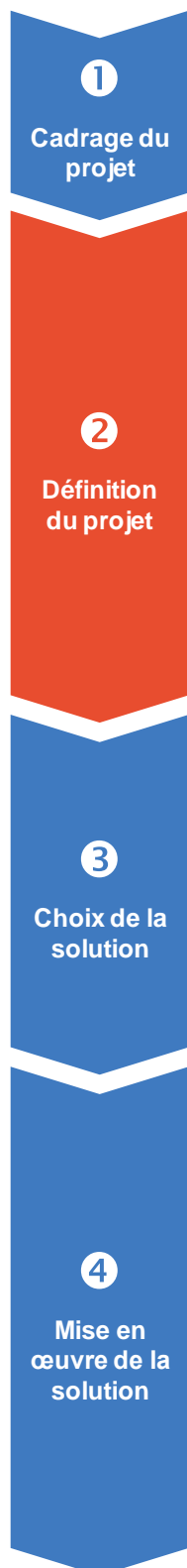
---

#### 1. Le cahier des charges est composé des parties suivantes :

- Contexte, objectifs et périmètre du projet (arrêtés lors des étapes 1 et 4 de la présente démarche projet)
- Spécifications générales (fonctionnalités attendues) de l'application cible (étapes 6)
- Description de l'architecture technique privilégiée (étape 6)
- Prestations demandées (étape 7) :
  - Définitions et mise en œuvre des spécifications détaillées (paramétrages)
  - Modalités de déploiement et planning prévisionnel
  - Reprise éventuelle des données existantes
  - Recette de l'application
  - Formation et l'assistance au démarrage : description des modalités
  - Maintenance et support utilisateurs
  - Réversibilité et prestations complémentaires attendues après mise en œuvre de la solution
- Clauses administratives (durée du contrat, tarification...)

#### 2. Les annexes au cahier des charges sont (*a minima*) :

- la grille hiérarchisée des fonctionnalités requises ;
- un **cadre de réponse** reprenant les besoins fonctionnels exprimés, les préférences techniques et les prestations exigées, à remplir par le prestataire consulté.



## Acteurs mobilisés

---

Chef de projet (et AMOA le cas échéant).

***En cas de recours à une AMOA, la formalisation finale du cahier des charges et de ses annexes peut lui être confiée.***

## Outils et méthodes

---

***Le cahier des charges final doit correspondre précisément aux besoins identifiés. Le cahier des charges type proposé par l'ASIP en annexe 3 est maximaliste et doit donc être complété, amendé, élagué, notamment pour ce qui concerne les fonctionnalités requises (modèle de grille des fonctionnalités requises), les préférences techniques et les prestations attendues.***

## Documents produits

---

Cahier des charges et ses annexes (notamment grille de fonctionnalités et cadre de réponse pouvant être confondus).

## Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- Intégrer une retranscription détaillée des besoins propres à l'organisation dans le cahier des charges. **Eviter un cahier des charges trop généraliste** ou ne traduisant que partiellement ou imparfaitement les besoins de l'Organisme acheteur. Toute zone d'imprécision ou demande non formalisée risque en effet d'engendrer des surcoûts liés à l'appréciation par les soumissionnaires du manque de maturité du projet (caractère inabouti de l'expression de besoin de l'Organisme acheteur).
- Annexer également le projet de santé, le règlement intérieur et les statuts de la structure juridique porteuse de la maison ou du pôle de santé au cahier des charges.
- Assurer une relecture globale du cahier des charges par les référents.
- Solliciter la Fédération régionale des pôles et maisons de santé pour une relecture du cahier des charges.

## 3 Choix de la solution

*La phase de choix de la solution vise à sélectionner un prestataire maître d'œuvre, éditeur et/ou intégrateur d'une solution répondant aux besoins exprimés. Cette phase s'articule autour du lancement d'une consultation auprès de prestataires pré-identifiés.*

## Etape 9 : lancer une consultation

---

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

---

L'objectif de cette étape est de **lancer la consultation auprès de prestataires pré-identifiés** au cours de la première analyse des solutions du marché (étape 5).

### Contenu des travaux

---

- Informer les prestataires pré-identifiés au cours de l'étude de marché du lancement de l'appel d'offres.
- Leur adresser une lettre d'appel d'offres, le cahier des charges et ses annexes (notamment le cadre de réponse).

### Acteurs mobilisés

---

Chef de projet (et AMOA le cas échéant).

### Outils et méthodes

---

Le cadre de réponse (annexe 4) reprend les besoins fonctionnels exprimés dans le cahier des charges et invite les candidats à se prononcer sur :

- les fonctionnalités couvertes ;
- les fonctionnalités non couvertes, mais pouvant faire l'objet de développements spécifiques (avec l'échéance et le coût du développement) ;
- les fonctionnalités impossibles à couvrir ;
- le prix global forfaitaire distinguant la fourniture de la solution logicielle, sa maintenance et les prestations de mise en œuvre ou le droit d'usage par utilisateur.

### Documents produits

---

Lettres d'appel d'offres.

Cahier des charges.

Cadre de réponse<sup>15</sup>.

### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- Limiter le nombre de candidats sollicités à cinq (trois étant un objectif raisonnable) : il est inutile de solliciter les prestataires dont les solutions ne correspondent pas du tout aux besoins.
- Fixer un délai de réponse à l'appel d'offres dans la lettre d'appel d'offres.

---

<sup>15</sup> Cf. annexe 4 : exemple de grille des fonctionnalités et cadre de réponse

## Etape 10 : auditionner les candidats

---

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

---

Cette étape vise à **recueillir auprès des candidats des précisions sur leur offre**. L'audition peut également permettre la **négociation du prix ou de certaines clauses contractuelles** (durée de la maintenance, réversibilité, etc.)

Si un seul candidat semble répondre aux besoins, au regard des offres reçues, cette étape est inutile.

### Contenu des travaux

---

- Prendre connaissance des offres reçues des candidats et identifier les questions, précisions nécessaires.
- Convoquer les candidats ayant répondu à l'appel d'offres : deux à trois candidats peuvent être convoqués ; les éventuels autres candidats répondant le moins bien aux besoins sont à éliminer dès cette étape.

### Acteurs mobilisés

---

Chef de projet (et AMOA le cas échéant).

Référents métier.

### Outils et méthodes

---

Lettres de convocation.

Auditions.

### Documents produits

---

Synthèse des auditions.

Eventuels compléments aux offres *post* auditions (produits par les candidats).

### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- Organiser les auditions **une fois seulement les offres des candidats reçues** (afin que ces offres servent de document en entrée aux échanges, et que les auditions ne consistent pas uniquement en présentations généralistes, non contextualisées, des solutions) ;
- Préparer l'audition des candidats convoqués et en assurer l'animation par le chef de projet (ou l'AMOA) pour éviter une « démonstration commerciale ».
- Poser des questions précises aux candidats (éventuellement transmises au préalable au moment de la convocation à l'audition) et leur demander de préparer l'audition (pour éviter encore une fois une démonstration générique, non contextualisée, ne permettant pas une prise de décision par l'organisation acheteuse).

## Etape 11 : procéder au choix de la solution

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

L'objectif de cette étape est **d'identifier la solution la plus adaptée** et en adéquation avec la stratégie et l'organisation de la structure (projet de santé et règlement intérieur) et son budget.

### Contenu des travaux

- Réaliser une **analyse des réponses reçues** sur la base du cadre de réponse renseigné par les candidats et des précisions et éléments complémentaires recueillis lors des auditions, et selon les critères d'évaluation retenus :
  - Couvertures des besoins fonctionnels
  - Proposition d'architecture technique
  - Réponse aux prestations demandées, qualité des prestations
  - Description de la mise en œuvre
  - Coût total : il s'agit de reconstituer le coût total de la solution proposée, qui peut comporter des coûts « cachés » (matériels requis, période de garantie réduite, prestations non incluses dans le prix global forfaitaire, etc.). Ces coûts doivent être évalués sur une durée minimale de trois ans en incluant la commande de prestations complémentaires (formation, nouvel arrivant, prise en compte de besoins complémentaires relatifs aux paramétrages...).
- Rédiger le dossier de choix:
  - Synthèse de l'analyse des offres
  - Classement final établi par notation de chaque offre selon les critères d'évaluation retenus.
- Informer le prestataire retenu.
- Signer un contrat avec le prestataire retenu, en s'assurant que celui-ci tient bien compte des besoins structurants exprimés au cahier des charges.

Au cas où la solution envisagée possède des points faibles ou des manques, il est nécessaire de dialoguer avec le fournisseur afin d'identifier la manière d'y répondre. Les réponses apportées doivent être formalisées dans le contrat signé entre l'Organisme acheteur et le prestataire retenu.

Dans l'éventualité où un besoin fonctionnel métier spécifique ne serait pas couvert par la solution et nécessiterait l'acquisition d'un logiciel complémentaire, il faut préciser le mode d'intégration fonctionnelle éventuellement disponible pour minimiser l'impact sur l'utilisabilité de la solution globale (logiciel commun + logiciel de spécialité) pour les utilisateurs concernés. La solution choisie doit être décrite et sa mise en œuvre garantie par les deux fournisseurs

Il faut ainsi correctement apprécier le risque de choisir une solution généraliste convenant à tout le monde versus une solution fonctionnellement plus aboutie, mais ne couvrant pas toutes les spécificités métier attendues.

## Acteurs mobilisés

---

- Chef de projet (et AMOA le cas échéant) et référents métier pour l'analyse détaillée des offres.
  - Tous les professionnels de santé pour le choix final de la solution (vote en Assemblée générale).
  - Autres acteurs pouvant être associés à la Commission d'appel d'offres : représentants des Ordres professionnels ou des URPS, représentants de la Fédération régionale des maisons et pôles de santé<sup>16</sup>, personnes qualifiées ayant une expérience significative sur le sujet...

## Outils et méthodes

---

- Réunions d'analyse des offres.
- Entretiens et rencontres complémentaires avec le fournisseur pressenti matérialisés par un compte-rendu ;
- Dossier de choix (intégrant la synthèse de l'analyse des offres et le classement final)
- Commission d'appel d'offres (Assemblée générale).
- Contrat.

L'analyse comparative des offres nécessite la définition de **critères de sélection par la MOA**. Il convient de distinguer :

- les **critères indispensables** (ceux dont le non-respect est rédhibitoire) ;

*Par exemple : couverture de certains domaines fonctionnels essentiels, labellisation ASIP Santé, DMP compatibilité de la solution, agrément du prestataire en tant qu'hébergeur de données de santé à caractère personnel, coût global de la solution, etc.*

- les **critères secondaires** devant être hiérarchisés et pondérés.

*Par exemple : architecture technique proposée, santé financière de l'entreprise, couverture de fonctionnalités secondaires, qualité des prestations).*

## Documents produits

---

Rapport de choix (grille d'analyse des offres, compte-rendu de la réunion d'analyse des offres).

Compte-rendu d'entretiens avec les candidats.

## Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- Choisir un **éditeur « labellisé ASIP Santé »**<sup>17</sup> et une **solution DMP compatible** (afin de pouvoir contribuer à la coordination des soins par la mise en partage dans le DMP des éléments utiles).

<sup>16</sup> Cf. annexe 5 : listes et coordonnées des Fédérations régionales des maisons et pôles de santé

<sup>17</sup> L'ASIP Santé met en place auprès des éditeurs de solutions logicielles pour pôles, maisons ou centres de santé, un processus leur permettant d'obtenir une labellisation de leur solution, sur la base du volontariat. L'obtention du label est conditionnée à la conformité de leur solution aux exigences fonctionnelles exprimées dans l'*Etude du système du système d'information des*





- Bien vérifier le niveau de version de la solution proposée par chaque éditeur, ainsi que sa couverture fonctionnelle (professions couvertes, ...).
- Privilégier, parmi les critères de sélection, la couverture fonctionnelle par rapport aux préférences techniques.

---

*maisons et pôles de santé pluri-professionnels et des centres de santé polyvalents. Ce label ne porte pas sur la qualité des prestations offertes lors de la mise en œuvre de la solution (réalisation, formation, assistance au démarrage, maintenance, etc.) La liste des éditeurs ainsi labellisés est disponible sur le site de l'ASIP : <http://esante.gouv.fr/>*

## 4 Mise en œuvre de la solution

*Cette dernière phase de mise en œuvre doit aboutir à la mise en fonctionnement du système d'information. Si elle a été correctement préparée par l'équipe-projet en amont, elle reste largement à la charge du maître d'œuvre (MOE), le fournisseur retenu – le MOA (et son AMOA éventuelle) ayant un simple rôle de pilotage et de supervision des travaux (suivis dans le cadre d'instances de pilotage à définir conjointement avec le prestataire retenu lors du lancement des travaux<sup>18</sup>). Les utilisateurs sont toutefois sollicités pour l'assistance à la réalisation des paramétrages, la formation et, éventuellement, la recette fonctionnelle de l'application.*

---

<sup>18</sup> Sur ce point, voir les caractéristiques de l'instance proposée dans le **Cahier des charges type pour la mise en place d'un système d'information partagé en pôles et maisons de santé pluri-professionnels** (Paragraphe « Pilotage du marché »).

## Etape 12 : définir et réaliser les paramétrages

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

Cette étape vise à **élaborer les règles de gestion** utiles, puis à **réaliser les paramétrages** du système d'information.

Elle est partiellement **déléguée au MOE** et intervient après l'installation éventuelle du (des) logiciel(s), l'installation et la configuration du serveur (en cas d'hébergement interne).

Elle implique en outre la réalisation de certaines actions relatives à la politique de sécurité et d'habilitation.

### Contenu des travaux

Les principaux paramétrages à réaliser recouvrent trois types de données ou domaines fonctionnels :

- les **fonctionnalités métier spécifiques** à chaque profession (formulaire, courrier) ;
- les **utilisateurs** et les **droits d'accès**, qui sous-tendent la définition d'une **politique d'habilitation et de sécurité** ;
- les **indicateurs** d'activité, de pilotage et d'évaluation.

Pour chacun de ces types de données ou domaines fonctionnels, il s'agit de :

- documenter le paramétrage (règles de gestion, procédures, description des rôles en fonction du projet de santé et du règlement intérieur...) ;
- préparer les informations à saisir pour le paramétrage (tables de données) ;
- réaliser le paramétrage.

#### 1. Elaborer les règles de gestion utiles aux paramétrages

- Le paramétrage des **droits d'accès** sous-tend la définition d'une **politique de sécurité, de confidentialité et d'habilitation/autorisation** : l'accès aux données doit pouvoir être différencié en fonction des professions (médecins, paramédicaux, dentistes), des statuts (professionnels de santé exerçant à titre principal dans la maison ou le pôle de santé, professionnels de santé vacataires, personnels de secrétariat...) ou de l'activité des utilisateurs. **Les principales règles d'accès, de consultation et d'édition des données doivent être définies en conséquence** en vue des paramétrages.

→ Une fois la politique de sécurité élaborée, la **déclaration du traitement informatisé doit être réalisée selon les recommandations de la CNIL<sup>19</sup>** et les patients doivent être informés de la politique d'habilitation, d'accès à leurs données et de sécurité (affichage en salle d'attente, distribution d'une note explicative). Leur consentement exprès est à recueillir progressivement au cours des consultations. Dans le cas où les données sont externalisées auprès d'un hébergeur agréé, le recueil du consentement exprès doit intégrer cet élément.

- Les maisons et pôles de santé doivent disposer d'outils leur permettant d'élaborer des **indicateurs d'activité, de pilotage et d'évaluation**

<sup>19</sup>[http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides\\_pratiques/CNIL-Guide\\_professionnels\\_de\\_sante.pdf](http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf)



**multicritères**. Les **indicateurs standardisés**, accessibles à tout utilisateur en fonction de son rôle dans l'organisation, sont à définir en vue de leur paramétrage. Des **indicateurs spécifiques** doivent pouvoir être calculés par des utilisateurs disposant de compétences particulières (réfèrent « indicateurs de pilotage ») sur la base de requêtes interrogeant le plus large spectre de données possible (dossier médical, planification, facturation, etc.)

## 2. Préparer les paramétrages

La MOE a la charge de préparer des données à saisir lors de la réalisation des paramétrages et, en particulier, de produire les tables de données paramétrées selon les indications du fournisseur (modèles de courrier, formulaires spécifiques...)

## 3. Réaliser les paramétrages

Sur la base des travaux précédents, la MOE et les référents fonctionnels réalisent les paramétrages relatifs :

- aux référentiels et nomenclatures ;
- aux profils utilisateurs et notamment les paramétrages relatifs aux habilitations et à l'accès aux données (saisie et paramétrages des profils utilisateurs) ;
- à la production d'indicateurs standards et spécifiques ;
- aux fonctions d'agenda et de coordination ;
- aux fonctions de facturation.

Le chef de projet (et l'AMOA le cas échéant) supervise les travaux du MOE et des référents fonctionnels.

### Acteurs mobilisés

---

MOE (éditeur).

Chef de projet (et AMOA le cas échéant).

Référents métier et référents « indicateurs de pilotage » & « politique de sécurité et habilitations ».

### Outils et méthodes

---

- Méthode de paramétrage définie par le MOE.
- Groupes de travail par domaine fonctionnel ou type de données (nomenclatures, habilitations, etc.)
- Séances de paramétrages, éventuellement réalisées au cours de la formation des référents.

### Documents produits

---

- Formalisation des règles de gestion et processus utiles aux paramétrages.
- Tables de données paramétrées (produites par la MOE).

### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- Contrôler le paramétrage et la saisie des données (cohérence, uniformité, etc.) :  
*cf. Etape 14 : procéder à la recette de la solution*

- Les fonctionnalités de gestion des habilitations doivent être **très paramétrables** compte tenu des attentes évolutives d'organisations en formation et des évolutions du cadre légal.
- Certains éditeurs proposent de réaliser les paramétrages au moment de la formation des administrateurs (chef de projet, référents ou prestataire externe). Cette solution doit être considérée comme une opportunité de gagner du temps, sous réserve que la réalisation des paramétrages ait été bien préparée.
- Les règles de gestion et paramétrages doivent être  **systématiquement documentées** par le fournisseur.

## Etape 13 : procéder à la reprise des données

---

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

---

Cette étape vise à **reprendre les données identifiées à l'étape 7**. Elle est **déléguée au MOE**, sous la supervision du chef de l'équipe-projet des professionnels de santé.

### Contenu des travaux

---

Le MOE procède à la reprise des données, identifiées par les professionnels de santé, notamment des dossiers patients. La reprise des données sans ressaisie ne sera possible que si les données sources (issues des logiciels préexistants) sont structurées.

Pour rappel, **les données à reprendre doivent être précisées dans le cahier des charges** (cf. § *Reprise initiale des données* du cahier des charges type proposé par l'ASIP Santé).

### Acteurs mobilisés

---

Chef de projet (et AMOA le cas échéant).

MOE.

### Outils

---

Outils fournis et exploités par la MOE.

### Documents produits

---

Modalités de reprise documentées par la MOE : périmètre et nature des données reprises, limitations le cas échéant, table de réception / format pivot...

### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- Il pourra être demandé au MOE de communiquer au MOA une note explicative précisant la méthode de reprise des données utilisée.
- La reprise des données doit être vérifiée, de la même façon que la mise à disposition des fonctionnalités attendues : l'intégrité des données au terme du processus de reprise est contrôlée en phase de recette de la solution (cf. *étape 14*).

## Etape 14 : procéder à la recette de la solution

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

Cette étape vise à **vérifier le bon fonctionnement** de la solution installée et à **contrôler les paramètres et la reprise de données**.

### Contenu des travaux

Avant l'installation, le MOE procède à des tests (d'ordre technique) visant à vérifier le bon fonctionnement du système. Toutefois, la vérification des principales fonctionnalités (réponse aux besoins exprimés dans le cahier des charges) et le contrôle de la bonne installation du logiciel (absence de « bugs »), des paramètres et de la reprise des données doivent être réalisés par le MOA. Il s'agit de la « **recette utilisateurs** ».

La recette utilisateurs doit **impliquer, a minima, le chef de projet et les référents**. L'ensemble des utilisateurs peut également être sollicité. En fonction de la disponibilité des acteurs, l'exécution de la recette peut être pour partie déléguée à l'AMOA, voire à la MOE (qui exécute et rend compte à la MOA chaque jour des résultats des tests passés sur la solution installée). Néanmoins, l'implication de la MOA constitue une condition importante de l'appropriation de la solution par ses futurs utilisateurs.

### Acteurs mobilisés

Chef de projet (et AMOA le cas échéant).

Référents.

Autres utilisateurs (éventuellement).

### Outils et méthodes

Suivre un protocole de recette formalisé (par l'AMOA ou la MOE, selon l'organisation retenue).

### Documents produits

- Protocole de recette : stratégie de recette précisant le rôle des différents acteurs, le planning et les modalités de recette (modalités de remontée et de traitement des anomalies...);
- Jeux de tests : ensemble des cas de tests à passer pour s'assurer du bon fonctionnement de la solution installée. Ces cas de tests doivent permettre de tester les principales fonctionnalités attendues ainsi que les données de base issues de la reprise, notamment. Ils servent de fil directeur aux utilisateurs mobilisés pour recetter la solution (transactions à vérifier, données à saisir...).
- Fiches anomalies : fiches synthétiques précisant les dysfonctionnements ou anomalies rencontrés au cours de la recette.

### Recommandations / Facteurs clés de succès

- La recette peut être un moment fort de communication vers les utilisateurs du nouveau système qui peuvent vérifier de manière opérationnelle la réponse aux besoins exprimés.
- La nature et la taille de ces systèmes d'information permettent de limiter la recette à une vérification des paramètres, de la reprise des données et des

principales fonctionnalités. Certains éditeurs proposent de **réaliser la recette utilisateurs au moment de la formation des administrateurs** (chef de projet, référents ou prestataire externe). Cette solution doit être considérée comme une opportunité de gagner du temps.

- Prévoir une phase contractuelle de deux mois après recette utilisateurs pendant laquelle le prestataire devra être particulièrement réactif pour la résolution des anomalies restantes (*cf. § Assistance à la recette de la solution* du cahier des charges type proposé par l'ASIP Santé).



## Etape 15 : réaliser la formation des utilisateurs

1

Cadrage du projet

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

### Objectifs

Cette étape consiste à **préparer et assurer la formation des administrateurs** du système (chef de projet et référents ou prestataire externe) et **de l'ensemble des utilisateurs** (professionnels de santé et secrétaires médicales)

### Contenu des travaux

La formation des administrateurs et utilisateurs du système d'information peut débuter après la recette de l'outil. Préalablement à la réalisation des formations, le chef de projet, en lien avec la MOE :

- constitue des groupes d'utilisateurs à former (ex : administrateurs, utilisateurs professionnels de santé, utilisateurs secrétaires médicales et personnel d'accueil) ;
- élabore un planning de formation et gère la logistique (convocations, disponibilité des salles et des matériels).

Les modalités de formation, issues du plan de formation prédéfini à l'étape 7, sont celles précisées par le MOA dans son cahier des charges (*cf. § Formation des administrateurs fonctionnels et formation(s) utilisateurs* du cahier des charges type proposé par l'ASIP Santé) ou, à défaut de ces précisions, celles proposées par le MOE dans son offre commerciale. Ces modalités peuvent inclure :

- des sessions de formation organisées dans ses locaux ou sur place ;
- un apprentissage en ligne (*e-learning*) accessible depuis la solution logicielle ;
- la formation de formateurs (relayant l'apprentissage aux autres utilisateurs) ;
- la réalisation des paramétrages et de la recette utilisateurs au cours de ces sessions de formation.

### Acteurs mobilisés

Chef de projet : préparation des formations (planning, logistique, organisation).

MOE : conception des supports et réalisation des sessions de formation.

Chef de projet et référents : participation aux sessions de formation en tant qu'administrateurs (si cette fonction n'est pas assurée par un prestataire externe).

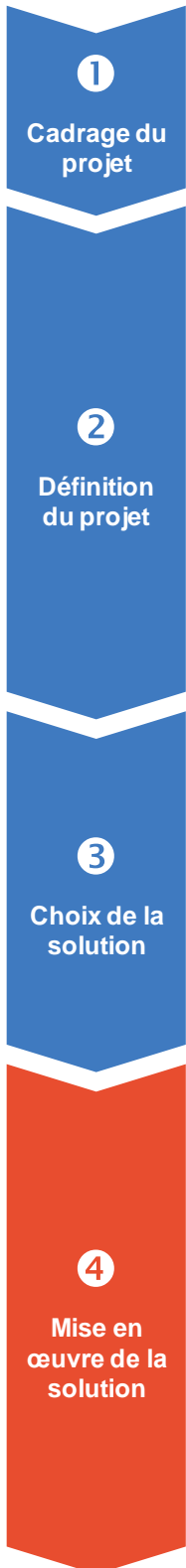
Tous les professionnels de santé du projet et acteurs de l'organisation (secrétaires médicales notamment) : participation aux sessions de formation en tant qu'utilisateurs.

### Outils et méthodes

Selon les dispositions prévues dans le cahier des charges. Dans tous les cas, la conception des supports de formation et études de cas revient à la MOE.

### Documents produits

Manuels utilisateurs et documentation par profil (MOE).



### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- Procéder impérativement à des sessions de formation (aux paramétrages, à l'exploitation du système) *de visu* pour les administrateurs. La solution « e-learning » peut être utilisée pour les utilisateurs *lambda*.
- Réaliser la formation des utilisateurs **alors que le démarrage est imminent (éviter de former les acteurs trop longtemps avant la mise en service de la solution ou trop longtemps après)**.
- Adapter le planning des formations en fonction des disponibilités des professionnels de santé.
- **Porter une attention particulière à la formation des secrétaires médicales et des personnels d'accueil**, utilisateurs quotidiens du SI. Pour ces acteurs, la formation doit être approfondie sur le champ fonctionnel qu'ils utilisent, ce d'autant qu'ils ne sont pas tous nécessairement habitués a priori à l'usage quotidien d'une solution informatique.

## Etape 16 : gérer la maintenance et les évolutions

---

1

Cadrage du projet

### Objectifs

---

Cette étape vise à définir les **modalités de gestion des corrections et évolutions fonctionnelles** (ajout ou optimisation de fonctionnalités, amélioration de l'ergonomie).

### Contenu des travaux

---

#### 1. Maintenance corrective

Après la mise en service de l'outil, les utilisateurs peuvent être confrontés à des anomalies résiduelles, devant être corrigées dans le cadre d'une maintenance corrective, selon les dispositions contractuelles prévues (cf. § *Maintenance et mises à jour logicielles* du cahier des charges type proposé par l'ASIP Santé) :

- Les anomalies bloquantes doivent faire l'objet d'une intervention immédiate et donc être rapportées au prestataire (éditeur / intégrateur) sans délai.
- Les anomalies non bloquantes peuvent être **consignées dans un document adressé** au prestataire (éditeur / intégrateur) selon une fréquence définie avec lui.

#### 2. Evolutions et mises à jour

Les solutions proposées par les éditeurs de systèmes d'information pour maison et pôle de santé sont généralement des produits « standardisés » et il n'est pas possible de demander des évolutions importantes nécessitant des développements spécifiques.

Cependant, ces produits peuvent évoluer afin de faire face à de nouvelles exigences réglementaires ou fonctionnelles, ou de prendre en compte des retours d'expériences d'utilisateurs (notamment par l'intermédiaire du « Club utilisateurs », lorsqu'il existe, qui est chargé de qualifier les demandes d'évolutions).

Ainsi, le contrat avec le fournisseur doit prévoir la **mise à jour du logiciel** lorsque de nouvelles versions sont éditées.

Toute intervention dans le cadre de la maintenance devra **faire l'objet d'une planification et d'une communication**, afin d'indisposer le moins possible les professionnels dans leur activité. Le cas échéant, elle nécessitera également la mise en œuvre d'une **recette** (cf. étape 14) et d'un **plan de formation** (cf. étape 15) sur le périmètre nouvellement déployé.

### Acteurs mobilisés

---

Chef de projet.

Référents métier.

### Documents produits

---

- Listes des demandes d'évolutions et de corrections (chef de projet et référents métier).
- Document de planification pour l'installation des évolutions ou corrections (chef de projet).
- Documentation mise à jour (MOE).





### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- Recueillir l'avis d'autres structures pluri-professionnelles utilisant la même solution pour le recensement et la priorisation des évolutions.
- Participer au « club utilisateurs » de l'éditeur (s'il existe) pour bénéficier du retour d'expérience d'autres structures, affirmer les demandes d'évolutions, et effectuer une veille fonctionnelle pour être informé du devenir de l'outil.

## Etape 17 : réaliser un bilan du projet

---

1

Cadrage du projet

### Objectifs

---

Cette étape consiste à réaliser un **bilan économique** et une **évaluation globale de la solution**, afin d'envisager la définition de nouveaux objectifs (approfondissement du degré d'intégration, extension du périmètre fonctionnel, etc.) ou de corrections importantes.

Elle peut être réalisée à l'issue de la première année de fonctionnement.

### Contenu des travaux

---

- Réaliser un bilan économique : chiffrer le coût total du projet.
- Réaliser une évaluation globale du système d'information :
  - Satisfaction des utilisateurs
  - Facilité de prise en main et d'utilisation, ergonomie de l'outil
  - Qualité de fonctionnement (« bugs », temps de réponse, disponibilité)
  - Qualité fonctionnelle
  - Etude d'impact sur la qualité de la coordination interprofessionnelle, du pilotage de l'activité, de la prise en charge des patients
  - Qualité des relations avec le prestataire
- Définir les prochaines évolutions du système à réaliser « au fil de l'eau » ou en mode projet

### Acteurs mobilisés

---

Chef de projet et référents.

Tous les professionnels de santé du projet et acteurs de l'organisation (consultation des utilisateurs).

### Outils

---

Questionnaires de satisfaction.

Réunions de travail pour l'évaluation.

### Documents produits

---

Rapport de bilan.

### Recommandations / Facteurs clés de succès

---

- S'appuyer sur le rapport de bilan pour justifier une extension du périmètre fonctionnel ou un renforcement du degré d'intégration, ou, *a contrario*, conserver le *statu quo*.
- Communiquer autour du rapport de bilan.
- Profiter le cas échéant du bilan pour revoir certaines clauses contractuelles avec le prestataire (ajustement de certaines prestations...).

2

Définition du projet

3

Choix de la solution

4

Mise en œuvre de la solution

## Etape 18 : commander des prestations complémentaires

①

Cadrage du projet

### Objectifs

Cette étape peut intervenir après la phase initiale de mise en œuvre. Elle permet de commander, *post* installation initiale, des prestations complémentaires prévues au cahier des charges, afin de répondre à de nouveaux besoins (évolution de l'organisation, réversibilité partielle...).

### Contenu des travaux

- **Qualifier les besoins** relatifs à une prestation complémentaire. Il peut s'agir par exemple :
  - de prestations de reprise de données, en cas d'intégration d'un nouveau professionnel,
  - de l'installation d'un module complémentaire ou d'une interface avec un logiciel métier spécifique, notamment en cas d'intégration d'un nouveau professionnel,
  - de prestations de formation pour les nouveaux arrivants ou en cas d'installation d'une mise à jour du logiciel,
  - de besoins complémentaires relatifs à des paramétrages (ex : développement de nouveaux indicateurs, ou de nouveaux protocoles de soins),
  - de mettre en œuvre une réversibilité partielle (en cas de départ d'un professionnel).
  - ...
- Formaliser ces besoins au sein d'un bon de commande à destination du fournisseur.

②

Définition du projet

③

Choix de la solution

### Acteurs mobilisés

Chef de projet.

Référents métier.

Nouveaux arrivants ou utilisateur à l'origine de la demande.

④

Mise en œuvre de la solution

### Outils

Qualification précise des besoins complémentaires et étude d'opportunité au regard du coût éventuel.

Eventuellement, organisation de réunions de travail avec le fournisseur pour la qualification des besoins.

### Documents produits

Formalisation précise des besoins relatifs à une prestation complémentaire (objet et périmètre détaillé de la demande, calendrier de réalisation, date au plus tard de mise à disposition, ...).

Bon de commande.

### Recommandations / Facteurs clés de succès

- Il pourra être fait recours à des prestations complémentaires uniquement si elles sont prévues dans le cahier des charges au moment de la signature du contrat. Les prestations complémentaires susceptibles d'être commandées post installation initiale doivent donc être identifiées, dans la mesure du possible, dès l'expression des besoins (cf. étapes 6, 7 et 8).

# Annexes



## Annexe 1 : glossaire

### Assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA)

L'assistant à maîtrise d'ouvrage (AMOA) a pour missions d'aider le maître d'ouvrage à définir le projet de système d'information, à faire le choix d'une solution et à piloter sa mise en œuvre. L'assistant a un rôle de conseil et de proposition, le décideur restant le maître d'ouvrage. Il intervient en particulier pour l'élaboration des documents du projet dont la responsabilité revient au maître d'ouvrage

Dans un projet de système d'information en maison ou pôle de santé, l'assistant à maîtrise d'ouvrage est généralement un prestataire externe (société privée) choisi par les professionnels de santé, ou, éventuellement, mis à disposition par l'ARS.

### Maîtrise d'ouvrage (MOA)

Le maître d'ouvrage est le donneur d'ordre au profit duquel le projet de système d'information est réalisé. Il peut s'adjoindre les compétences d'un assistant à maîtrise d'ouvrage.

Dans un projet de système d'information en maison ou pôle de santé, la maîtrise d'ouvrage est assurée par la structure juridique porteuse de l'organisation pluri-professionnelle (SISA, SCM, association).

### Maîtrise d'œuvre (MOE)

Le maître d'œuvre est le prestataire en charge de la fourniture et de la réalisation de la solution logicielle auprès du maître d'ouvrage. Ses prestations incluent notamment : fourniture des solutions logicielles et, éventuellement, matérielles (serveur), installation, paramétrages, recette applicative, formation et maintenance de la solution.

Pour un projet de mise en place d'un système d'information, la maîtrise d'œuvre peut-être assurée par un binôme éditeur (le fournisseur du logiciel et des licences) / intégrateur (le prestataire chargé de la réalisation de la solution auprès du maître d'ouvrage). Cependant, dans le cadre de projet de petite taille, ces deux fonctions sont généralement confondues, l'éditeur assurant les prestations d'intégration. **Par MOE, on désigne donc le fournisseur** de la solution.

### Recette

Dans le cadre d'un projet de mise en place d'un système d'information, la recette d'une solution consiste à vérifier la bonne installation, le bon fonctionnement et la conformité aux spécifications de la solution, avant la mise en production. On distingue la « recette usine » réalisée par le maître d'œuvre avant livraison de la « recette utilisateurs » réalisée par le maître d'ouvrage, sur la base de jeux de tests et de scénarios. Les dysfonctionnements, non-conformités ou anomalies repérés en période de recette sont immédiatement corrigés par le maître d'œuvre avant la mise en production.

Dans le cadre d'un projet de système d'information pour une maison ou un pôle de santé, la recette consiste surtout à vérifier le bon paramétrage de l'application (notamment paramétrages de sécurité et d'habilitation) et le bon fonctionnement des principales fonctionnalités.

### Réversibilité

La réversibilité s'entend dans le cadre d'un contrat de gestion externalisée et totale du système informatique par une seule société. En cas de rupture du contrat, le prestataire informatique doit permettre à son successeur d'assurer la reprise de la gestion du système informatique du client en lui transmettant les informations utiles dont il dispose. La faisabilité de la réversibilité implique que le prestataire informatique ait mis en œuvre des solutions standards. La clause de réversibilité doit être prévue avant la signature du contrat et implique généralement une contrepartie financière. Cette clause assure au client de ne pas être totalement dépendant de son prestataire informatique en cas de rupture ou fin de contrat, même si ce dernier s'achève de façon conflictuelle.

## **Solution / Solution cible**

La solution désigne l'ensemble des composants fonctionnels et techniques installés et mis en œuvre pour répondre aux besoins d'une organisation : logiciels, applications, serveur, réseau, poste de travail, etc.

La solution cible est celle qui est décrite dans le cahier des charges.

## **Spécifications**

Les spécifications désignent la formalisation des besoins et des attentes vis-à-vis du système d'information. On distingue les spécifications fonctionnelles (relatives à l'application) des spécifications techniques (relatives à l'environnement technique dans lequel est réalisée la solution : réseau, serveur, postes de travail).

Les spécifications dites « générales », se rapportant aux principales fonctions et fonctionnalités que doit couvrir l'application et aux principales exigences techniques, sont formalisées dans le cahier des charges à destination des candidats. Les spécifications dites « détaillées » (paramétrages de l'application, configuration du serveur) sont le plus souvent formalisées en lien avec le maître d'œuvre.

## **Utilisateurs**

Les utilisateurs sont les personnes qui font usage de la solution au quotidien. Ils disposent d'un profil enregistré et paramétré, auquel sont rattachés des habilitations et droits d'accès. Ce profil leur permet d'accéder aux bases de données (par un moyen d'identification : carte de professionnel de santé ou mot de passe). On distingue les utilisateurs des « administrateurs du système » qui disposent de droits d'accès et d'habilitations plus larges, notamment pour les paramétrages et la création, modification, suppression de profils.

Dans un projet de système d'information de maison ou pôle de santé, les administrateurs sont le chef de projet et les référents identifiés par leurs pairs ou un prestataire externe local, et les utilisateurs sont tous les professionnels de santé du projet et acteurs de l'organisation.

## Annexe 2 : trame pour la définition des objectifs du système d'information

Objectifs stratégiques du projet de santé	Objectifs opérationnels / Périmètre fonctionnel du SI
Coordination pluri-professionnelle des soins	Partage des dossiers patients sous la forme d'une fiche de synthèse : antécédents personnels médicaux et chirurgicaux, antécédents familiaux, maladies et pathologies chroniques, résultats d'examens, problèmes en cours et traitements prescrits, ordonnances, correspondants (médecin traitant, infirmier, pharmacie, gynécologue, etc.) Gestion des habilitations et des accès, traçabilité Agenda partagé
Prise en charge coordonnée et protocolée des patients	Agenda et gestionnaire de tâches partagés Messagerie sécurisée (interne) Fiche de suivi par pathologie (informations relatives à une maladie chronique, aide-mémoire, bonnes pratiques, schéma du protocole de prise en charge)
Accueil de vacataires et de stagiaires Formation	Modules de gestion des ressources (salles, matériels)
Prévention	Plan de prévention personnalisé Aide-mémoires (vaccination, bilan de surveillance, etc.)
Télémédecine	Télétransmission de données (clichés, synthèse du dossier patient, ordonnances, résultats d'analyse, etc.) Messagerie sécurisée (externe)
Nouveaux modes de rémunération (NMR)	Indicateurs de gestion et de pilotage de l'activité Module de facturation adapté

## **Annexe 3 : cahier des charges type**

*Cette annexe constitue un document séparé téléchargeable sur le site de l'ASIP.*

**\*\*\***