

# Schéma directeur régional des systèmes d'information de santé et médico-sociaux 2014-2018

## Volet SI de Santé

# Préambule

---

L'ARS Idf, avec l'appui du GCS D-SISIF, a élaboré le schéma directeur des systèmes d'information de santé et médico-sociaux en Ile de France pour la période 2014-2018. La société SOLUCOM a accompagné l'ARS et le GCS D-SISIF tout au long de cette démarche.

Ce schéma directeur couvre 2 volets complémentaires l'un de l'autre :

- **Le SI de l'ARS** qui concerne l'ensemble des activités métier de l'agence (gestion des autorisations, des allocations de ressources, des alertes sanitaires...) ainsi que ses fonctions supports (gestion des ressources humaines, communication...);
- **Le SI dit « de santé »** qui concerne les activités des professionnels de santé d'Ile-de-France. Ce second volet couvre plus particulièrement les services et outils qui peuvent être conçus de manière mutualisée. Sont visés notamment les services favorisant l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information mais également tout service répondant aux besoins de coordination et de partage. Ce volet n'a pas pour objet de traiter le SI propre à chaque acteur.

Le présent document constitue le livrable du volet SI de Santé.

Ce travail a été initié en septembre 2012 et a duré près de 15 mois. La décision de lancer une démarche de schéma directeur a été prise du fait d'un contexte qui a largement été modifié en peu de temps et il est apparu nécessaire de prendre du recul afin de donner de la lisibilité et de la cohérence aux actions systèmes d'information pour la région Ile de France.

Le changement majeur intervenu récemment est la création des ARS auxquelles ont été attribué un champ de compétence et d'intervention couvrant à la fois les volets sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires. De fait, aucune des actions conduites jusqu'alors sur les systèmes d'informations ne reflétaient cette transversalité ; c'est une des composantes majeures de la réflexion conduite tout au long du schéma directeur. Les groupes de travail ont été d'ailleurs organisés dans ce sens et les différentes actions qui ont émergées sont à porter en regard des orientations stratégiques du PRS auxquelles elles tendent à répondre.

Afin de conduire l'ensemble des travaux du schéma directeur, l'ARS s'est dotée de capacités d'intervention, tant du point de vue du pilotage stratégique avec la création récente du COSSIS en mai 2012 que du point de vue opérationnel avec la consolidation du rôle du GCS-DSISIF dans le pilotage opérationnel des projets d'intérêts communs pour ses membres.

Par ailleurs, nombre d'actions ou de projets nationaux modèlent notre environnement. Le schéma directeur avait également pour ambition d'éclairer les acteurs de la région Ile de France et de fixer cap à tenir à leur rencontre, en termes de positionnement, de priorité ou encore de modalité d'application. Il s'agit notamment du programme Hôpital Numérique, du DMP, du DP, des programmes PAERPA ou Territoire de Soins Numériques...

Dans ce contexte, il a été fixé comme objectifs au schéma directeur de donner de la perspective, de fixer les orientations et de mettre en place une organisation régionale pour piloter les chantiers qui en découlent.

Le présent document décrit :

- Les principes directeurs qui ont présidé à la construction des initiatives visant à donner les axes principaux de développement du SI de santé pour soutenir la stratégie de santé ;
- Les initiatives SI ;
- La trajectoire de mise en œuvre associée ;
- Le budget prévisionnel ;
- Le portefeuille projets.

Il est accompagné des annexes suivantes :

- **Annexe 1** : Analyse du Projet Régional de Santé (PRS) réalisée lors de l'étape de cadrage stratégique
- **Annexe 2** : Bilan de l'existant SI de Santé au niveau national et régional
- **Annexe 3** : Analyse détaillée visant à éclairer les choix restant à faire sur certaines initiatives
- **Annexe 4** : Synthèse des besoins opérationnels présentée aux participants à la démarche d'élaboration du SDRSI le 21 janvier 2013.

**Nous tenons à remercier l'ensemble des participants à la démarche d'élaboration de ce Schéma Directeur** et en particulier les représentants du Collectif Interassociatif Sur la Santé (**CISS**) d'Ile-de France, des fédérations hospitalières (**FHF, FHP, FEHAP, FNEHAD**), des Unions Régionales des Professionnels de Santé (**URPS Médecins, Infirmiers, Masseurs Kinésithérapeutes, Pharmaciens**), de l'**AP-HP**, de la **Conférence des Présidents de CME**, des **Hôpitaux militaires**, de la Fédération de lutte contre le cancer (**FLCC-Unicancer**), des Conseils Généraux (**CG**), le conseil Régional (**CR**), de l'Association Régionale pour le Déploiement des Outils Communicants (**ARDOC**), de l'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (**URIOPSS**) Ile-de-France, du Collectif Réseaux de Santé (**CRS**) Ile-de-France, de la Fédération Nationale des Centres de Santé (**FNCS**), de la Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques (**FRSG**) d'Ile-de-France, de la **Coordination Régionale des CPAM**, de l'Observatoire Régional de Santé (**ORS**) d'Ile-de-France, de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (**ANAP**) et de la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé du Ministère de la Santé (**DSSIS**).

# Table des matières

1.	Préambule de M. Claude EVIN, Directeur Général de l'ARS Ile de France.....	5
2.	Les recommandations du COSSIS.....	7
3.	Introduction .....	9
4.	Principes directeurs.....	13
4.1.	Principes directeurs de construction de la cible.....	13
4.1.1.	<i>Stratégie.....</i>	13
4.1.2.	<i>Programmes nationaux et réglementations.....</i>	17
4.1.3.	<i>Besoins opérationnels .....</i>	20
4.1.4.	<i>Rationalisation et urbanisation du SI.....</i>	22
4.2.	Synthèse des objectifs SI de santé.....	23
5.	Les initiatives régionales sur le SI de Santé .....	24
5.1.	Initiatives sur les services métiers .....	26
5.1.1.	<i>Initiative 1 – Mettre en œuvre les outils de la coordination dans le cadre d'un parcours de Santé/Social.....</i>	26
5.1.2.	<i>Initiative 2 – Construire une feuille de route urbanisée du domaine « SI Urgences » ...</i>	32
5.1.3.	<i>Initiative 3 – Faciliter les échanges des résultats de Laboratoire.....</i>	37
5.2.	Initiatives sur les services SI.....	41
5.2.1.	<i>Initiative 4 – Mettre en œuvre la Messagerie de santé sécurisée .....</i>	41
5.2.2.	<i>Initiative 5 – Mettre en œuvre une Plateforme d'Échanges entre PS/S.....</i>	45
5.2.3.	<i>Initiative 6 – Mutualiser les services communs et urbaniser le domaine Télémedecine</i>	48
5.2.4.	<i>Initiative 7 – Mettre en œuvre un système d'Identification partagée du Patient/Usager</i>	53
5.2.5.	<i>Initiative 8 – Mettre en œuvre un système de partage d'information Patient/Usager ....</i>	58
5.2.6.	<i>Initiative 9 – Construire une feuille de route urbanisée du domaine « Référentiel des acteurs de santé » .....</i>	64
5.3.	Initiatives de type « Support au SI de Santé/Social » .....	69
5.3.1.	<i>Initiative 10 – Créer un dispositif régional d'accompagnement SSI &amp; « Hôpital Numérique » .....</i>	69
5.3.2.	<i>Initiative 11 – Construire une feuille de route pluriannuelle du projet réseau Très Haut Débit.....</i>	73
5.3.3.	<i>Initiative 12 – Construire une feuille de route pluriannuelle du projet Hébergement/Externalisation .....</i>	76
6.	Trajectoire .....	79
6.1.	Calendrier général .....	79
6.2.	Budget et ressources .....	82
7.	Gouvernance.....	83
	Glossaire.....	84

# 1. Préambule de M. Claude EVIN, Directeur Général de l'ARS Ile de France

---

Notre système de santé doit changer : conçu principalement pour la prise en charge des patients atteints de pathologies aiguës, il fait actuellement face à une demande différente, celle des patients chroniques, âgés, de plus en plus dépendants, demande qui produit 80 % de l'augmentation des dépenses de santé aujourd'hui dans notre pays.

Pour exemple, en Ile-de-France, la population de plus de 75 ans progressera de plus de 20% d'ici 2020.

Face à ce défi, la prise en charge des patients appelle des bouleversements profonds : la prise en charge coordonnée par les professionnels de santé, médico-sociaux, aidants et le patient lui-même, basée sur un travail des professionnels en réseau, intégrant la prévention, l'éducation thérapeutique des patients et la collaboration des acteurs du champ médico-social pour constituer des parcours de santé.

Pour répondre à ces bouleversements, le plan régional de santé d'Ile de France, publié en 2012, a mis en avant 3 priorités :

1. Assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé
2. Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé
3. Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs, au plus près de la réalité des territoires

Le développement des SI de santé représente un **des leviers identifiés et une condition de la réussite** pour modifier en profondeur le système de santé en respectant ces priorités. **Nous sommes rentrés désormais dans l'ère de la e-santé ; les systèmes d'information font partie de l'arsenal diagnostique, thérapeutique et préventif du professionnel de terrain, du chercheur, du financeur et du pilote des stratégies de santé.**

C'est pourquoi, j'ai souhaité, dans la continuité du PRS, l'élaboration d'un nouveau schéma directeur francilien des SI de santé.

Le nouveau SDSI s'inscrit dans la continuité du celui de 2007 et prend en compte les projets menés ces dernières années. Plus de 29 projets sont actuellement en cours de déploiement dans notre région. Certains comme Région sans Film ont terminé leur déploiement, d'autres seront finalisés courant 2014.

Le schéma directeur des systèmes d'information d'Ile de France s'inscrit dans les projets nationaux comme Hôpital numérique et l'aide forfaitaire de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Le schéma directeur 2014-2018 fixe les axes fondateurs du SI ayant pour but d'orienter son évolution sur le long terme. Il est organisé autour de 12 nouvelles initiatives, déclinées de 4 idées forces et d'une même ambition : l'innovation.

Tout d'abord les initiatives autour de métiers des professionnels de santé qui visent à améliorer la prise en charge coordonnée de l'utilisateur/patient, et consistent à gérer l'information le concernant : son contexte social et médical, son suivi, les professionnels qui le suivent, les aides et services mis en œuvre, les protocoles déclenchés, l'évaluation permanente de la situation, les diagnostics, les avis ... nécessitant le partage et l'échange d'informations entre les professionnels impliqués dans cette prise en charge. Ces initiatives seront mises au service du développement des parcours et de la coordination. Ceci sera d'ailleurs mis en œuvre très rapidement dans le cadre du territoire pilote sélectionné pour l'expérimentation PAERPA, mais également dans le développement d'un outil SI pour les réseaux de périnatalité et la mise en place des volets SI du plan cancer. Si nous sommes retenus, le projet Territoire de soins numériques sera une formidable opportunité pour accélérer la mise en œuvre du SDSI.

Afin de rationaliser nos efforts et bénéficier d'expériences d'autres régions pour le développement de ces outils, nous avons renouvelé avec l'ARS Rhône-Alpes, en juin dernier, une convention de partenariat. Celle-ci a déjà permis à la région Ile de France de bénéficier des développements de l'outil Trajectoire et la mise en place d'un portail Internet ; parallèlement, la région Rhône-Alpes a pu utiliser l'outil ROR développé en Ile de France. J'ai souhaité que ce partenariat s'intensifie dans la mise au point d'outils d'échanges de données et d'un dossier patient partagé.

Un système d'information doit s'appuyer sur des référentiels et des normes. Ces travaux sont pour la plupart le résultat d'initiatives nationales voire internationales. Néanmoins, leur mise en pratique revient au niveau local. L'ARS Ile de France a publié une charte régionale d'identification du patient. Issue de travaux menés au plan régional et prenant en compte l'ensemble des contraintes et des normes actuelles, elle sera rendu opposable à l'ensemble des projets financés par l'ARS. Dans le cadre du SDSI, nous allons déployer un système régional d'identification du patient, outil indispensable à des échanges sécurisés notamment au service des parcours de santé.

La place du numérique dans le système de santé sera de plus en plus prépondérante. C'est un atout, mais c'est également un risque supplémentaire dans la chaîne globale de prise en charge. Plus la place du SI croît et s'insère dans le processus de prise en charge et plus le niveau de sensibilité de cette composante augmente.

Le risque grandissant que fait porter le système d'information sur les processus de prise en charge incite à mettre en place une politique de management des risques dans ce domaine.

Je suis conscient que ces exigences vont nécessiter des efforts conséquents notamment pour que chaque structure se dote d'une infrastructure technique particulièrement robuste et performante. Néanmoins, il n'est pas réaliste de penser qu'elles investissent lourdement dans des installations techniques et dans des compétences rares. C'est pourquoi le schéma directeur prévoit d'apporter un appui régional sur la sécurité des SI ainsi qu'une offre régionale d'externalisation et d'infogérance des SI hospitaliers.

Tout cela ne saurait être entrepris sans une gouvernance forte, réunissant l'ensemble des opérateurs et professionnels des champs sanitaire et médico-social de la région. Le COSSIS que j'ai créé en juin 2012 doit prendre toute sa place dans la mise en œuvre de ce schéma.

Le succès de ce projet reposera aussi sur la qualité des travaux du GCS D SISIF à qui j'ai confié la réalisation de nombreux projets.

Je tiens à remercier l'ensemble des participants qui se sont mobilisés dans l'élaboration du schéma directeur et qui, j'en suis assuré, mettront leur énergie dans sa réussite.

Claude Evin

## 2. Les recommandations du COSSIS

L'ARS Idf, avec l'appui du GCS DSISIF, a élaboré le schéma directeur des systèmes d'information de santé et médico-sociaux en Ile de France pour la période 2014-2018. Les conclusions ont été présentées au COSSIS du 12 novembre 2013 suite auquel le COSSIS formule un certain nombre de recommandations.

Le COSSIS souligne la démarche participative poursuivie par l'ARS IDF et le GCS DSISIF. La mobilisation des représentants des différentes institutions membres du COSSIS a été soutenue, ce qui a permis de recueillir les avis de chacun, d'échanger sur les objectifs et initiatives projets à lancer et de mesurer les contraintes, impacts et risques pour l'ensemble des parties prenantes.

Le COSSIS est en accord avec les conclusions du schéma directeur ; ce dernier fixe une feuille de route ambitieuse pour les années à venir et répond concrètement aux objectifs qui étaient attendus. Les membres du COSSIS soulignent à ce titre que les besoins et attentes des acteurs de santé ont été entendus et pris en considération à travers les initiatives qui en sont issues. C'est dans cet état d'esprit que le COSSIS émet ses recommandations. Il apparaît notamment important de souligner la nécessité d'une gouvernance appropriée et de garantir un bon niveau d'implication des différentes catégories d'acteurs concernés dans son déroulé.

Ci-après, les recommandations du COSSIS :

- Quels que soient les systèmes d'information mis en œuvre, qu'ils soient une déclinaison d'un projet national ou le fruit d'une initiative régionale, le patient/usager doit rester acteur de sa prise en charge. Le système doit rester accessible à tous et apporter une garantie de sécurité et de confidentialité sur les données concernant le patient/usager. **Le COSSIS recommande que des actions spécifiques visent à ce que le patient / usager soit correctement informé** des modalités mises en œuvre et de ses capacités à connaître l'usage qui est fait des données qui le concerne.
- La coordination constitue l'axe de développement majeur des nouvelles modalités de prise en charge. Dans cette perspective, l'efficacité des systèmes d'information mise en place sera totale si la réflexion menée dans leur déploiement se fait de manière transverse (sanitaire, médico-social et ambulatoire). **Le COSSIS recommande que la transversalité intersectorielle prime** dans l'approche des projets afin que soient abordés concomitamment les impacts sur le secteur libéral, médico-social et sanitaire.
- Le COSSIS souligne que la démarche de parcours qui prévaut dans la stratégie de santé implique très fortement les organismes médicosociaux, les structures d'accompagnement social et les patients eux-mêmes. **Le COSSIS recommande d'impliquer systématiquement ces acteurs** dans l'analyse des besoins et le choix des solutions qui seront proposées.
- En complément à cette recommandation, **le COSSIS recommande également que des actions d'information et de communication soient engagés** afin que l'ensemble des acteurs, notamment les structures de petites tailles ou les professionnels libéraux soient informés et puissent bénéficier des nouveaux services offerts au niveau régional en terme de système d'information. Au-delà de l'approche transversale ou de la gestion de l'aval de l'hôpital, il est nécessaire d'engager en 2014 une véritable stratégie pour **faire émerger en 2015 les besoins en matière de système d'information concernant les trois secteurs médico-sociaux** (handicap, personnes âgées et personnes en difficultés spécifiques) en assurant un pont vers le secteur social de ces populations ainsi que celle des malades chroniques à domicile.

- L'ensemble des projets (encours géré jusqu'ici par le GCS D-SISIF auquel s'ajoutent les 12 initiatives issues du schéma directeur) nécessite un pilotage fort. Leur nombre est trop important pour que le COSSIS puisse les piloter individuellement. **Le COSSIS recommande que soit installée une gestion de programmes** (regroupement de plusieurs projets par thématiques) au sein du GCS D-SISIF. Le COSSIS s'engage, via la nomination d'un sponsor pour chacun d'eux, à porter l'engagement de sa réalisation au côté de l'ARS et du GCS D-SISIF.
- Le schéma directeur a permis de construire un bloc cohérent d'initiatives qui sont complémentaires. Il est donc difficile de donner un ordre de priorité dans l'absolu. Aussi, **le COSSIS recommande que si des arbitrages devaient intervenir**, notamment en cas de restrictions de moyens, **cela soit fait en analysant l'ensemble de la construction** et non en privilégiant une initiative au détriment d'une autre qui serait repoussée à des horizons beaucoup plus lointain. Il y aurait un fort risque de déséquilibre dans la construction générale.
- De même, **le COSSIS**, dans un souci de pragmatisme et pour obtenir l'adhésion des acteurs, facteur de succès souligné par le schéma directeur, **recommande que l'approche de proximité, au niveau infra-territoire constitue une modalité de conduite des projets**. Cette approche ne doit pas être vue comme la construction de systèmes juxtaposés mais comme une volonté d'intégrer les services proposés dans les organisations locales plutôt que d'imposer un outil commun à tous. Ceci tout en respectant les règles et cadre de cohérence définis régionalement.
- Le COSSIS souligne l'importance de tenir compte de l'impact sur les SI existants dans les différents projets lancés. A ce titre, **le COSSIS recommande qu'une démarche régionale soit entreprise auprès des éditeurs** afin que leur soient présentées les orientations fixées par la région et qu'ainsi leur offre s'adapte aux ambitions et priorités de l'ARS.
- Afin de garantir une approche commune et homogène de la relation avec les professionnels, **le COSSIS recommande que les services rendus aux professionnels délivrés par l'ARS ou les agences nationales soient intégrés dans la réflexion de l'ensemble des projets**.

## 3. Introduction

### Les Agences Régionales de Santé (ARS)

Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont les clés de voute de la nouvelle organisation de santé prévue par la loi 'Hôpital Patients Santé Territoires' (loi HPST) du 21 juillet 2009 (article 118). Créées le 1<sup>er</sup> avril 2010, les ARS ont pour missions de :

- Mettre en œuvre la politique de santé publique en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé ;
- Réguler, orienter et organiser en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux ;
- Garantir l'efficacité du système de santé dans la région.

Les ARS interviennent sur le périmètre du champ ambulatoire, hospitalier, médico-social mais également sur des problématiques de prévention et de veille sanitaire.

La loi HPST définit plusieurs missions pour les ARS :

- Mener les programmes permettant de répondre aux enjeux de la politique de santé publique à travers la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la lutte contre les épidémies, la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités, l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes, l'information et l'éducation à la santé et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires, l'identification et la réduction des risques pour la santé, la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé et le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics, la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé, l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps, la démographie des professions de santé.
- Contribuer au respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie
- Mener les programmes permettant de répondre aux enjeux de l'action sociale et médico-sociale à travers la promotion de l'autonomie et de la protection des personnes, de la cohésion sociale, de l'exercice à la citoyenneté, de la prévention des exclusions. Il s'agit d'évaluer en continu les besoins de la population, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté.
- Mener les programmes permettant de garantir l'accès aux soins.
- Prendre en charge les problématiques de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile à travers l'organisation de la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires, l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire, l'établissement d'un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, la réalisation de prélèvements, d'analyses et de vérifications prévus dans ce programme et la mise en œuvre des inspections nécessaires, la définition et le financement des actions visant à promouvoir la santé, l'éducation de la population à la santé et à la prévention des maladies, des handicaps et à la perte d'autonomie
- Réguler, orienter et organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

Cette dernière mission se traduit par l'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé, l'autorisation des créations et des activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux.

Les ARS contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence.

Elles veillent également à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population, elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé, elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ;

Les ARS contribuent également, avec les services de l'état compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

Elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires.

Enfin, en relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel.

Par ailleurs, les ARS ont rôle primordial dans le développement des systèmes d'information partagés en santé.

### **La nécessaire coordination liée à une nouvelle organisation du système de santé**

Avec plus de 11 millions d'habitants, l'Ile-de-France est la région française la plus peuplée. Ses habitants sont jeunes (56,5% ont moins de 40 ans, source INSEE) et l'espérance de vie y est légèrement plus élevée que dans les autres régions. Cependant, l'Ile-de-France présente certaines spécificités préoccupantes, notamment une mortalité prématurée élevée et des pathologies dites « métropolitaines » (VIH, saturnisme, toxicomanie...) particulièrement répandues. Face à une population grandissante, les défis à relever par l'ARS Ile-de-France (ARSIF) sont nombreux : coordination entre professionnels, accès aux soins, prise en compte de la précarité...

Ces défis devraient être pris en considération dans la construction du SDRSI dans la mesure où ils ont un impact fort sur la construction des systèmes d'information. C'est notamment dans cette optique que les différentes initiatives sont proposées.

## Le Programme Régional de Santé (PRS)

Le PRS décrit le plan d'actions stratégiques défini par l'ARSIF. Paru en octobre 2012, portant sur une période de cinq ans, il est validé par le Directeur général de l'ARS, après avis officiel du Préfet de région, du Conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). Le schéma directeur est aligné sur la durée du PRS.

Le PRS, c'est :

- Un pilotage stratégique unifié de la politique de santé en Île-de-France. Il s'agit de décloisonner l'organisation du système de santé régional en intégrant dans le plan régional tous les secteurs d'activité sanitaire (organisation des soins, santé publique, santé au travail, santé environnementale)
- Un processus d'élaboration partagé. La construction du PRS appelle une large concertation avec l'ensemble des acteurs de la santé :
  - ▶ Représentants des professionnels de santé,
  - ▶ Usagers,
  - ▶ Établissements de santé et médico-sociaux,
  - ▶ Élus locaux...

Le plan est constitué :

- Du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui définit les objectifs et les priorités de santé en Ile-de-France
- Des Schémas Régionaux d'Organisation (SRO) qui mettent en œuvre cette stratégie pour l'organisation des soins, de la prévention et du secteur médico-social
- Des programmes de santé, qui déclinent ces schémas notamment au niveau des territoires

Il a pour ambition de réduire les inégalités territoriales de santé et de répondre à 3 objectifs :

- Adapter le parcours de santé aux besoins des Franciliens
- Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous
- Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

Ces objectifs ont nécessairement des implications au niveau du SI de Santé qui seront explicitées dans la suite de ce document.

## Le Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information (SDRSI)

L'ARS Ile-de-France met en place une gouvernance renouvelée des systèmes d'information partagés en santé au sein de la région. Cette mission de coordination était précédemment assurée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) à laquelle contribuaient les fédérations hospitalières et les médecins libéraux. Depuis la loi HPST, de nouveaux acteurs sont invités à prendre part à cette gouvernance : le Conseil Régional, les Conseils Généraux, les unions régionales des professionnels libéraux, les structures médico-sociales, les réseaux de santé, les centres de santé, les usagers, etc.

Le budget consacré aux Systèmes d'Information santé est en augmentation depuis la création de l'ARSIF. La modernisation des systèmes d'information passant également par des investissements, l'ARSIF a augmenté le budget qui était précédemment consacré à ces activités. En 2011, elle y a consacré 13 millions d'euros dont 7 millions proviennent des crédits nationaux FMESPP (fond d'intervention pour la modernisation des établissements de santé publics et privés) pour la modernisation des SAMU, la télémédecine, l'informatisation de la gestion des risques en établissements de santé. Le financement propre de l'ARS s'élève à 6 millions, en augmentation par rapport aux années précédentes, notamment grâce à des financements consacrés aux projets de télémédecine déployés dans les établissements médico-sociaux.

La définition d'orientations communes au niveau du SI de Santé est une nécessité pour rendre cohérents les outils mis en place et rationaliser les ressources allouées au SI.

Le premier Schéma Directeur Régional de SI de Santé a été réalisé sous l'égide l'ARH en 2007. Il couvrait la période 2007 – 2012 et concernait uniquement les établissements de santé.

Le Groupement de Coopération Sanitaire pour le Développement des Systèmes d'Information partagés en Santé en Ile-de-France (GCS D-SISIF) a été créé en 2008 à l'issue de ce premier schéma directeur pour porter les principaux projets de Systèmes d'Information partagés sur la région.

Pour construire et animer un SI partagé en Ile-de-France, et dans le cadre du projet « Émergence », il est apparu nécessaire de mettre en place une structure force d'impulsion et de cadrage des grandes orientations régionales : le comité d'orientation stratégique des SI de santé et médico-sociaux (COSSIS). Le COSSIS a été installé en mai 2012 et s'est réuni pour la première fois en septembre 2012.

Le COSSIS représente l'ensemble des acteurs impliqués dans les systèmes d'information de santé. Le bureau exécutif est composé des acteurs historiquement impliqués dans sa gouvernance et de représentants du nouveau champ d'action de l'ARSIF.

Le COSSIS :

- contribue à la définition d'une stratégie de modernisation des systèmes d'information de santé et médico-sociaux et permet d'assurer le pilotage des actions mises en œuvre ;
- organise le dialogue entre les représentants des patients, les acteurs de santé et médico-sociaux, l'ARS et l'ensemble des interlocuteurs compétents sur les SI régionaux pour émettre ses recommandations et avis ;
- peut mobiliser les structures de l'Espace Numérique Régional de Santé telles que la maîtrise d'ouvrage opérationnelle qu'est le GCS D-SISIF, l'Observatoire des usages, les maîtres d'œuvre... ;
- peut être sollicité par le Directeur Général de l'ARS sur tout dossier portant sur les SI de santé et médico-sociaux en Ile de France.

### Les objectifs du SDRSI

Trois objectifs ont été fixés pour la conduite du schéma directeur :

1. placer le patient au centre des réflexions pour apporter toute la valeur ajoutée en matière de coordination entre les acteurs de santé (établissements de santé, Professionnels de Santé (PS),... ) ;
2. définir les règles et cadres garantissant le développement urbanisé du SI sur le territoire régional ;
3. construire des systèmes d'information efficaces, interopérables, qui respectent les règles de sécurité et de confidentialité des données.

## 4. Principes directeurs

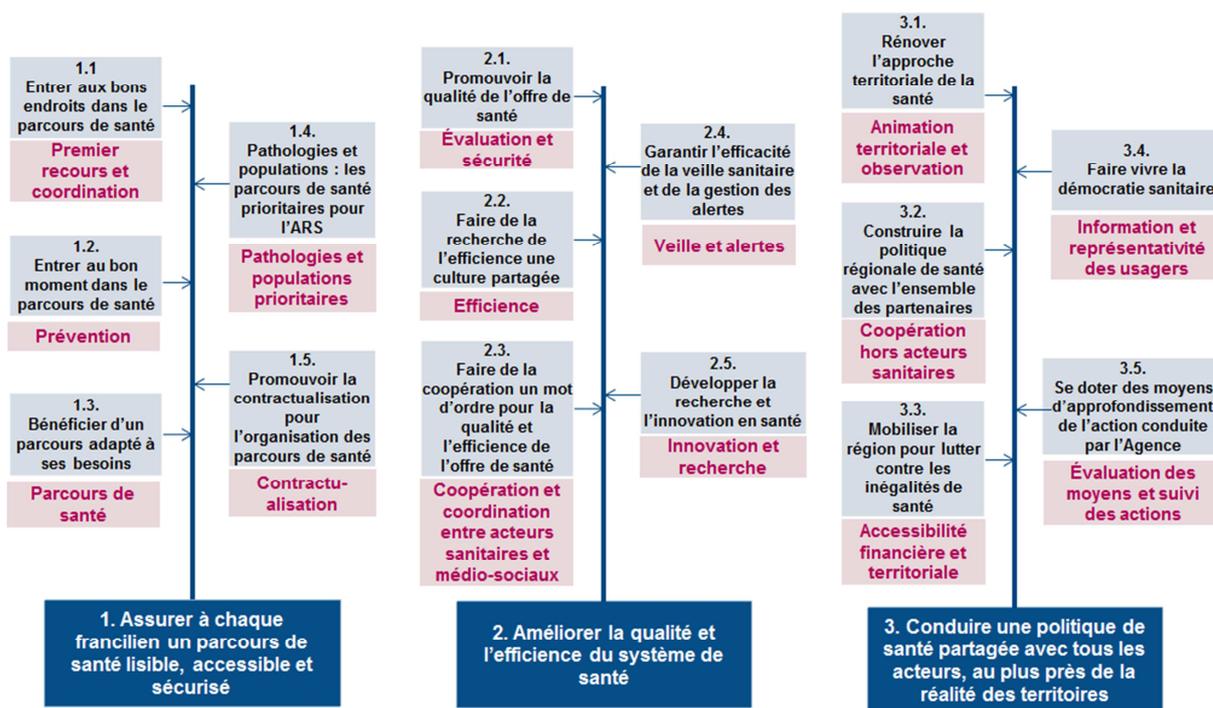
La cible SI de Santé a été construite en s'appuyant sur différentes sources d'information. D'ordre stratégique tout d'abord en exploitant les résultats du Projet Régional de Santé (PRS). Les projets nationaux, les besoins exprimés par les acteurs de santé et les réglementations en vigueur ont aussi alimenté cette construction.

Par ailleurs, afin de proposer une cible répondant précisément aux attentes des acteurs de santé et aux métiers de l'ARS, des ateliers et entretiens ont été organisés afin de recueillir leurs besoins et leur vision. Enfin, en fil rouge, les principes généraux d'urbanisation et de rationalisation des SI ont été pris en compte pour construire une cible cohérente.

### 4.1. Principes directeurs de construction de la cible

#### 4.1.1. Stratégie

Les 3 objectifs stratégiques du PSRS en Ile-de-France, déclinés chacun en 5 sous-objectifs peuvent se représentés ainsi :



Comme précisé supra, le SDRSI doit permettre d'accompagner la politique régionale de santé et contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

L'analyse du PRS<sup>1</sup> menée dans le cadre de ce schéma directeur a permis d'identifier les domaines pour lesquels le SI de Santé peut contribuer de façon significative.

<sup>1</sup> Cette analyse est annexée au présent document (Annexe n°1)

## 1) Une politique centrée sur le **parcours de santé** du patient / usager

Bien que l'offre de santé se voie segmentée par des logiques d'organisation intradisciplinaire entre structures de santé, médico-sociales et sociales, elle doit, dans ses fonctions, se mettre au service du parcours de vie et de santé choisi par le patient-usager. Les ruptures de prise en charge (PEC) constituent un problème majeur de qualité et de sécurité et, de ce fait, d'efficacité du système de santé. C'est **l'un des trois défis majeurs du plan stratégique du PRS**.

La prise en charge transverse du patient et de l'utilisateur est ainsi une réelle nécessité pour le système de santé. Ce besoin est accentué par l'évolution des pathologies que doit gérer l'ARS : les pathologies chroniques, les polyopathologies, l'interpénétration de différentes catégories d'hospitalisation, le vieillissement des populations, le sanitaire et le médico-social, la prévention, la prise en charge du handicap et la précarité.

Les lieux d'interventions de soins ne sont plus seulement le professionnel ou l'établissement de santé. La réduction des durées de séjour en ES fait que le domicile et les EMS médicalisés sont aussi des lieux de soins nécessitant la mise à disposition de documents partagés. Les solutions alternatives comme la Télémédecine ont également ce besoin. Cette multiplicité des lieux ainsi que la raréfaction de certaines spécialités médicales impliquent la transversalité des solutions.

Les systèmes d'information partagés ont également un rôle à jouer dans le développement de la culture du « travailler ensemble ». Cela peut se traduire par la mise à disposition d'un dossier patient permettant le partage de documents par exemple. Le parcours du patient et le service qu'il reçoit n'en sont qu'améliorés.

La fluidité des parcours nécessite, quant à elle, d'importants échanges d'informations entre les différents corps professionnels. Il leur est nécessaire d'être réactifs, d'être en mesure de mettre à disposition et de suivre les informations sur le patient-usager mais aussi de diffuser des protocoles afin de personnaliser les prises en charge.

## 2) **Coopération et coordination entre acteurs de santé sur des pathologies et populations prioritaires**

**Le deuxième défi du PRS** est la coordination des acteurs de santé et sociaux pour améliorer la transversalité, la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Cela se traduit par :

- la diffusion et la traçabilité des objectifs définis avec le patient, des prescriptions et pratiques mises en œuvre, des suivis décidés, en concertation entre les professionnels et le patient ;
- la diffusion et la traçabilité des connaissances validées, protocoles, normes, procédures de gestion de la qualité, degrés d'atteinte de ces objectifs.

L'identification partagée du patient est un prérequis à la coordination ainsi que la normalisation de l'offre santé/sociale. Les systèmes d'échanges et de partage d'information ainsi que les outils de planification et de suivi des parcours de santé en sont des facilitateurs.

Huit thèmes prioritaires ont été identifiés comme moteurs pour la coordination entre professionnels de santé et sociaux :

- **Périnatalité et petite enfance** : La région est jeune et les inégalités fortes en terme de santé des femmes et taux de mortalité infantile, notamment sur le plan géographique. Un effort est souhaité sur l'axe périnatalité – petite enfance – protection maternelle et infantile – planification familiale ;

- **Personnes âgées** : Il s'agit d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées, quelle que soit leur condition sociale, matérielle ou géographique. Cela permet d'améliorer sur un plan individuel, leur qualité de vie et celle de leurs aidants, et sur un plan collectif, l'efficacité de leur prise en charge dans une logique de parcours de santé
- **Maladies chroniques** : ces maladies représentent 80% des coûts de santé et sont en augmentation constante. Beaucoup de maladies sont devenues chroniques : certains cancers, des maladies cardio-vasculaires, le diabète, etc... Il s'agit d'essayer de les prévenir et si elles surviennent, de faciliter leur prise en charge par un parcours de santé fluide, coordonné et efficace ;
- **Cancérologie** : Les axes stratégiques du PRS soulignent le cas particulier de l'Ile-de-France avec une sous-mortalité masculine et une surmortalité féminine, des facteurs de risque spécifiques en terme de cancer du poumon chez les femmes, de sur-incidence du cancer du sein, de risques environnementaux et professionnels et d'inégalités sociales ;
- **Précarité** : La précarité est un problème important de santé publique en Ile-de-France auquel est consacré un programme régional (le PRAPS, Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins) dont l'enjeu est de faciliter l'accès des personnes démunies au système santé et social. La précarité engendre des situations sanitaires et médico-sociales entrant dans le champ d'intervention de l'ARSIF et au-delà en ce qui concerne les aspects sociaux. Des ponts avec les organismes qui en ont la charge doivent être mis en œuvre pour éviter les ruptures de prise en charge.
- **Personnes handicapées** : Le PRS souligne l'ampleur du champ qui peut concerner tous les âges : le handicap sensoriel, physique, mental, cognitif, psychique, congénital, acquis ou bien lié à l'âge. Le PRS préconise la nécessité de construire un système d'information régional qui devra être nécessairement collectif associant les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les différents acteurs pour s'orienter à terme vers un observatoire du handicap.
- **Addictologie** : L'Ile-de-France par la jeunesse de sa population, les phénomènes urbains et de quartiers sensibles, est particulièrement concernée par les problématiques d'addictions. L'addictologie est à la croisée de nombreux domaines en termes de déterminants, de prévention et de prises en charge.
- **Santé mentale** : Les orientations en santé mentale qui, comme le souligne le PRS, ne se limitent pas aux prises en charge psychiatriques, visent une déstigmatisation des pathologies mentales et une mobilisation coordonnée des ressources sanitaires et médico-sociales. Il s'agit d'améliorer la visibilité de l'offre avec en perspective la publication d'un guide de santé mentale pour chaque département.

### 3) Premier recours, territorialisation et accessibilité de l'offre

Les thématiques du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> recours sont des priorités du PRS. Les soins de premier recours se recentrent autour du médecin généraliste, qui assure l'orientation du patient dans le système de soins. Les soins de second recours, quant à eux, sont dispensés par les médecins spécialistes et les hôpitaux.

L'objectif visé est d'offrir une réponse rapide, de qualité, sécurisée et efficace à la demande de soins non programmée des franciliens. L'organisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDES) est définie par l'ARSIF et actualisée régulièrement.

Par ailleurs, la politique de santé doit s'appuyer sur une approche territoriale (**3<sup>ème</sup> défi du PRS**) adaptée à chaque degré et spécificité de problème en matière sanitaire et sociale. L'objectif, selon les niveaux de mobilisation et de coordination, est une prise en charge au plus près des patients et usagers en tenant compte au moins des facteurs qualité, sécurité, efficacité, égalité d'accès aux soins.

L'ARSIF prépare une méthodologie sur la déclinaison territoriale de l'organisation de l'offre de santé et explore la dimension géographique/décisionnelle dans ses différentes composantes. Ces éléments éminemment structurants seront utilisés pour les travaux de mise en œuvre du PRS par l'ensemble des directions de l'ARS, que ce soit les métiers ou les directions territoriales (DT).

Enfin, l'égalité d'accès aux soins et à la santé, axe majeur du PRS, répond aux inégalités de santé observées en Ile-de-France. Pour ce faire, le maillage de l'offre sanitaire et sociale doit s'adapter aux besoins du territoire et à la correction des inégalités. L'observation de l'offre de soins et d'action de santé, mise en relation avec l'état de santé de la population par territoire est un point important du pilotage et de l'évaluation de la mise en œuvre du PRS et de son système d'information.

La constitution et la mise à disposition des informations sur l'offre de soins sont des facteurs pouvant améliorer l'accès à cette offre.

La mise en place d'un système d'échange et de partage d'informations relatives au patient/usager permet de faciliter, d'accélérer et de sécuriser son parcours. Ceci est d'autant plus prégnant dans l'organisation du 1<sup>er</sup> recours et dans les cas de prise en charge en urgence.

#### 4) Télémédecine : une innovation dans la prise en charge

Le développement de la télémédecine (TLM) est une priorité dans le PRS qui évoque différentes filières de prise en charge concernées. Ainsi elle évoque en particulier le besoin de soutenir de nouvelles organisations radiologiques agencées autour de plateaux territoriaux partagés d'imagerie permettant de mutualiser les équipes médicales et les équipements, dans un projet médical commun. Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) est entièrement consacré à ce thème.

Le SI est par essence le vecteur du développement de l'offre en TLM (distance entre l'expertise médicale et le patient, prise en charge à domicile, des personnes détenues, des personnes âgées ou handicapées...). Pour être efficiente, la TLM doit s'appuyer sur une infrastructure réactive, disponible, performante et sécurisée. Elle doit également tirer parti des outils de partage de coordination et de partage d'information.

#### 5) Efficience : une mutualisation de ressources et de moyens

D'une part, les parcours des usagers sont inadaptés et des inégalités d'accès à la santé subsistent. D'autre part, en se basant sur les orientations (transversalité, coordination, accessibilité géographique et économique) et dans un contexte de contrainte budgétaire, il est nécessaire de chercher à réduire les redondances, les empilements d'offre de services et de structures, les chevauchements de responsabilité mais également de combler les manques d'offre, d'actions, de qualité, de coordination dans le parcours des usagers sur le plan technique, géographique ou économique.

Une meilleure allocation des ressources et moyens est à mettre en œuvre en cherchant les possibles mutualisations et répartition des tâches dans le parcours de santé et sur le plan géographique.

Cette répartition des tâches doit aboutir à une meilleure organisation que le SI doit aider à rendre lisible, à bien orienter les patients/usagers et à en mesurer l'efficience.

Enfin, la recherche de mutualisation peut également se faire au travers des actions liées aux systèmes d'information eux-mêmes.

#### 4.1.2. Programmes nationaux et réglementations

Les directives, réglementations, programmes ou projets nationaux structurent les orientations du schéma directeur régional et peuvent notamment servir de catalyseurs aux projets régionaux.

##### 1) Programme Hôpital Numérique (HN) : un accélérateur pour la modernisation et la sécurisation des SI

La stratégie Hôpital Numérique définit un plan de développement et de modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) et a pour but de fixer des priorités et des objectifs à 6 ans (2013 – 2019), en mobilisant tous les acteurs concernés et en accompagnant les établissements de santé dans leur transformation par les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).

La stratégie Hôpital Numérique se décline en un programme agissant sur un ensemble de leviers :

- La détermination d'un socle de priorités assorti d'un plan de financement et que tous les établissements de santé doivent atteindre :
  - 3 prérequis ((a) identités-mouvements, (b) fiabilité-disponibilité, (c) confidentialité)
  - 5 domaines fonctionnels ((i) résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie, (ii) Dossier Patient Informatisé et Interopérable et communication extérieure, (iii) prescription électronique alimentant le plan de soins, (iv) programmation des ressources et agenda du patient, (v) pilotage médico-économique,
- Le renforcement des compétences des équipes et des professionnels de santé sur les aspects SI,
- La mutualisation des compétences SI et des SI en tant que tels ;
- La déclinaison concrète des objectifs SI du niveau national au niveau local pour favoriser l'implication des professionnels de santé et des décideurs ;
- Des mesures visant à stimuler et à structurer l'offre de solutions (homologation, création et pilotage de référentiels et de modules fonctionnels communs, facilitation et encadrement du partage, de la mutualisation et de l'externalisation du SIH, soutien de projets innovants).

Ce programme prend la suite de H2007, puis H2012 qui avait permis de subventionner plus de 60 opérations d'amélioration du SI des ES.

HN rentre pleinement dans la réflexion du SDRSI sur les modalités de mise en œuvre : doit-on laisser chaque établissement mener sa propre action, favorise-t-on la mutualisation, selon quelles modalités ?

##### 2) Territoire de soins numériques (TSN) : pour soutenir le développement de projets innovants en associant tous les acteurs de la chaîne de soins et les patients

Dans le cadre du « programme d'action numérique » lancée début 2013 par le gouvernement français, la mesure n°17 est spécifiquement consacrée à la santé. Elle vise à « moderniser l'offre de soins en mobilisant les technologies numériques par le biais d'un territoire de soins numérique ». Il s'agit de s'intéresser à la modernisation de l'offre de soins hors de l'hôpital, pour permettre l'émergence d'une offre de soins cohérente et coordonnée à l'échelle du territoire.

Un appel à projets doté d'un financement de 80 millions d'euros est prévu en 2013, dans le cadre du programme d'investissements d'avenir. L'objectif est de soutenir le développement de projets innovants et globaux à l'échelle des territoires, en associant tous les acteurs de la chaîne de soins et les patients. L'Ile de France va se porter candidate.

Ce programme est un levier de mise en œuvre des orientations issues du SDRSI et peut influencer fortement les initiatives et leurs priorités. Cela devra être pris en compte dans la décision finale pour le choix du scénario.

### 3) **Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) : Un dispositif améliorant la prise en charge des personnes âgées**

Le programme « Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) » est une expérimentation nationale d'une durée maximale de 5 ans. Il a pour objectif d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées. Il s'agit ainsi d'améliorer, sur un plan individuel, leur qualité de vie et celle de leurs aidants, et sur un plan collectif, l'efficacité de leur prise en charge dans une logique de parcours de santé. Ces objectifs peuvent se décliner en trois grandes séries de sous-objectifs, la première à destination des personnes et de leurs aidants, les deux suivantes à destination des professionnels:

- Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants ;
- Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

La région Ile-de-France a répondu à l'Appel d'Offre (AO) national de janvier 2013 pour être pilote sur ce sujet et a été retenue sur le territoire de PARIS (9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup>).

Cette expérimentation a été prise compte dans les options des scénarios envisagés.

### 4) **Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) : une approche de la rémunération favorisant l'amélioration de la qualité de la pratique**

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) est une initiative de l'Assurance Maladie lancée le 1er janvier 2012. Elle complète la rémunération du paiement à l'acte qui reste le socle de la rémunération de la médecine libérale.

Elle favorise l'amélioration de la qualité de la pratique en l'appréciant au travers d'indicateurs calculés sur l'ensemble de la patientèle, et non par individu.

Ce dispositif de rémunération donne les moyens au médecin :

- D'évaluer à l'échelle de sa patientèle sa pratique professionnelle globale ;
- De valoriser ses efforts pour la faire évoluer, et améliorer ainsi la qualité des soins.

La ROSP incite au développement de l'usage des SI de Santé en particulier en ce qui concerne la mise en place d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) et la rédaction des Volets Médicaux de Synthèse (VMS). L'informatisation des professionnels libéraux doit être intégrée dans la démarche de construction du SI de santé régional afin de garantir l'interopérabilité et la cohérence des solutions envisagées.

## 5) Projets nationaux et exigences SI de Santé (SIS) : un cadre et des orientations pour la construction d'un SI de Santé partagé

De nombreux projets ou travaux sont menés au niveau national, principalement par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé).

- **Le Répertoire National des Référentiels (RNR)** qui comprend à l'heure actuelle un volet professionnel (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé, RPPS) et un volet patient (Identifiant National de Santé, INS). L'extension du RPPS aux autres professions est en cours (2015).
- **Le Cadre d'Interopérabilité des SI de Santé (CI-SIS)** qui définit les standards d'échanges et de partage de données de santé entre SIS. Les standards sont modulaires et répartis en trois couches : Contenus (interopérabilité sémantique), Services et Transport (interopérabilité technique).
- **Le Dossier Médical Personnel (DMP)** dont l'objectif est de favoriser le partage d'informations médicales pour assurer une meilleure coordination des soins. En dehors des situations d'urgence, l'accès au DMP nécessite la présence du patient et est limité aux professionnels autorisés par lui. La situation actuelle du DMP et la réflexion en cours pour sa relance sont exposées plus loin dans ce document.
- **La Messagerie Sécurisée de Santé (MSS)** dont l'objectif est de fournir un service d'échanges sécurisés de données de santé entre acteurs dûment certifiés et authentifiés.
- **L'authentification des Professionnels de Santé (PS) par « Carte de Professionnel de Santé (CPS) »** qui concerne tous les PS (à ordre ou non), indépendamment de leur situation d'exercice. Elle est distribuée gratuitement à l'ensemble des PS qui en font la demande.
- **L'hébergement de données de santé** à caractère personnel, encadré par la loi, concerne toute structure (Établissement de Santé (ES), Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)...) qui met son système d'hébergement de données de santé à disposition de tiers.
- **La Politique Générale de Sécurité des SI de Santé (PGSSI-S)** élaborée pour faire face aux enjeux et risques liés au développement de l'usage des Technologies de l'Information (TI) dans le secteur de la santé. Il s'agit de renforcer la confiance et l'adhésion des professionnels, des patients et du grand public. La PGSSI-S s'inscrit dans le cadre du Référentiel Général de Sécurité (RGS) qui définit un ensemble de règles de sécurité qui s'imposent aux autorités administratives dans la sécurisation de leurs systèmes d'information.
- **Autres travaux significatifs** : cadre de construction des SI des maisons de santé, réseaux de santé, schéma directeur du SI médico-social...

### 4.1.3. Besoins opérationnels

Les besoins opérationnels ont été exprimés par les acteurs métier lors de 8 ateliers traitant de différents thèmes :

- ▶ Coordination, information, orientation ;
- ▶ PEC amont et PEC aval ;
- ▶ Production de soins ;
- ▶ Maladies chroniques, personnes âgées, observation-prévention-promotion ;
- ▶ Veille, alertes et gestion de crise

Une synthèse de ces besoins a été présentée le 21 janvier 2013 aux différents participants à la démarche d'élaboration du SDRSI<sup>2</sup> (cf. la liste des organismes présentée dans le préambule).

La suite de ce chapitre présente les thématiques où la contribution du SI de Santé est déterminante.

#### 1) Recueillir et partager les informations sur le contexte patient/Usager

Ce thème a été cité majoritairement dans l'ensemble des ateliers liés au parcours de soins, et en particulier aux interfaces des différentes étapes de la prise en charge impliquant différents acteurs (premier recours, infirmiers et maintien à domicile, établissement médico-social, établissement de santé...)

L'objectif général est de partager une information de synthèse des données concernant le patient et les épisodes de PEC pour permettre aux PS et aux acteurs du secteur social une prise en charge globale et assurer ainsi une meilleure coordination, décider de la bonne orientation (par ex. : orientation aval, gériatrie ...), et éviter ainsi les ruptures dans la chaîne de soins.

L'information partagée, pour être utile, doit être suffisamment complète et couvrir les différents aspects de la prise en charge d'un usager/patient : administratif, médical et social.

A ces éléments descriptifs doivent être ajoutés des éléments dynamiques associés au parcours : partage d'un PPS, signaler un événement nécessitant une intervention, signaler la réalisation d'une action, répondre à des sollicitations, suivre l'évolution de certains indicateurs.

Une identification commune du patient est indispensable pour la mise en œuvre de ces services.

#### 2) Disposer d'une description effective et partagée de l'offre santé-social

Il s'agit d'abord de permettre d'identifier l'ensemble des acteurs de santé (professionnels du premier recours, professions libérales, professionnels et établissements sociaux, ES, EMS, ...) de disposer d'une description la plus précise possible des offres allant au-delà de la seule profession (qualifications diverses, aptitudes particulières, spécialisations nursing, pansements, kiné maxillo-faciale...), accessibilité, disponibilité, horaires...

Ce besoin est d'autant plus saillant aux interfaces des étapes de la PEC, qu'il s'agisse de proximité géographique (le territoire) ou autres (filières de PEC), ou changement de responsabilité administrative.

<sup>2</sup> Cette synthèse est annexée au présent document (**Annexe n°4**)

### 3) Disposer des outils permettant la mise en œuvre effective de la coordination

Les ateliers ont permis d'identifier la nécessité de disposer d'outils permettant d'assurer la continuité des soins, d'améliorer l'orientation du patient et de fluidifier son parcours mais également de disposer d'outils d'échange d'information adaptés à la coordination dans le domaine de la santé (messagerie sécurisée, espace collaboratif sécurisé).

### 4) Veiller à l'interopérabilité des SI de Santé-social

Il est nécessaire de veiller à l'interopérabilité et à l'intégration des SI. Pour cela, il s'agit plus particulièrement de :

- S'appuyer sur les outils existants et intégrer le juste niveau nécessaire à la coopération ;
- Éviter la double saisie ;
- Communiquer au travers de référentiels communs et homogènes pour l'ensemble du parcours de santé-social (ex. ES, PS, professionnels du secteur social, laboratoires) ;
- Embarquer dans les logiciels métiers (système d'information hospitalier (SIH), SI des EMS, logiciels de professionnels de santé (LPS),...) les accès aux dossiers patients et à la description de l'offre de santé-social.

### 5) Assurer la sécurité des données et des systèmes

Il est nécessaire d'accompagner des structures (ES et EMS) au niveau de la sécurité du SI :

- Sur les aspects juridiques liés aux plans de continuité d'activité (dans le cadre de l'externalisation par exemple) ;
- Sur la sécurisation des accès : authentification des acteurs, gestion des droits et traçabilité d'accès... ;
- Sur les thématiques d'hébergement et d'archivage des données (administratives et médicales), notamment pour les structures hors ES (ex. structure d'exercice collectif).

### 6) Autres facteurs clés de succès

En plus des précédentes thématiques, les facteurs clés de succès suivants ont été identifiés lors des ateliers.

- Au niveau du contenu du SI de Santé :
  - ▶ Mettre en place des moyens permettant de s'assurer de la qualité des informations (référents, procédures de contrôle et d'alerte, ...) ;
  - ▶ Assurer le niveau de performance et de service nécessaire au déploiement des SI de santé, en traitant notamment le sujet des infrastructures régionales comme le réseau Haut débit ou l'hébergement des données de santé,
- Au niveau de la construction du SI de Santé :
  - ▶ Faciliter l'interopérabilité des systèmes ;
  - ▶ Rendre le dispositif SI lisible en communiquant sur les outils mis en place et sur les projets à venir ;
  - ▶ Développer des dispositifs ergonomiques et limiter les doubles saisies ;
  - ▶ Construire un dispositif SI évolutif en lui permettant de s'adapter aux changements pouvant intervenir sur l'organisation dans l'avenir ;
  - ▶ Prendre en compte l'existant et capitaliser dessus ;

- ▶ Réaliser des expérimentations et pilotes avant de généraliser les outils ;
- ▶ Clarifier les articulations entre les projets/programmes régionaux et nationaux ;
- ▶ Bien définir le périmètre du projet (acteurs fournissant les informations et acteurs les utilisant) ;
- ▶ Prendre en compte la mobilité du patient et assurer la compatibilité avec les autres régions (changements fréquents d'établissement, soins à domicile, etc.),
- Au niveau de la conduite de changement :
  - ▶ Adhésion et implication de l'ensemble des acteurs (santé, social, CG...) ;
  - ▶ Impliquer les PS dans l'élaboration des outils SI, et les accompagner dans leur appropriation ;
  - ▶ Prendre en compte les différents niveaux de maturité des SI entre les acteurs (notamment différence entre structures ES et en libéral) et notamment combler le retard du champ médico-social en termes de SI

#### 4.1.4. Rationalisation et urbanisation du SI

Les principes d'urbanisation jugés utiles et applicables au contexte du SI de Santé sont les suivants :

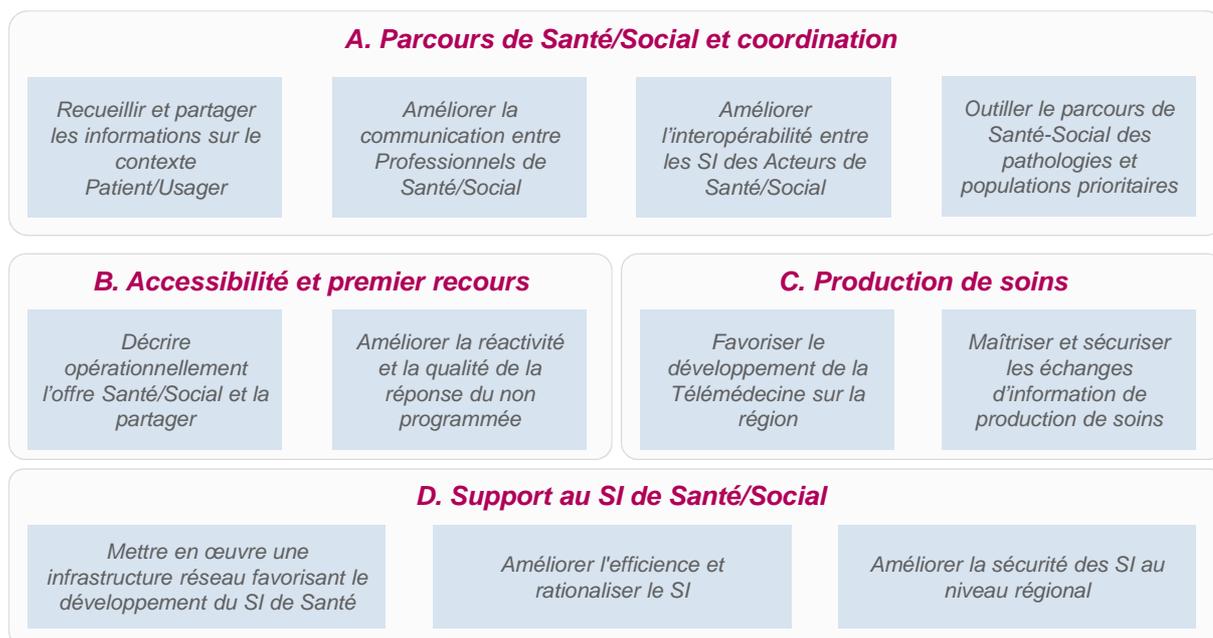
- Couvrir uniquement les fonctions déclarées éligibles au SI de Santé lors des ateliers (par exemple, des fonctions de type gestion de l'anesthésie ou gestion du bloc opératoire ont été exclues) ;
- Mutualiser autant que possible lors de l'outillage des fonctions :
  - ▶ Construire le SI selon le principe de mutualisation de fonctions ;
  - ▶ Mettre en œuvre les SI support pouvant favoriser la mutualisation (comme le réseau Très Haut Débit ou l'externalisation de l'hébergement par exemple).
- Gérer les données référentielles :
  - ▶ Outiller la gestion « référentielle » des données concernées (acteurs de santé et identifiant patient) afin de n'avoir qu'une seule application « maître », qui garantit l'existence, l'unicité, l'exhaustivité, l'exactitude, la conformité, la cohérence, la fraîcheur et l'intégrité de la donnée référentielle et permettre la propagation de ces données vers les applications bénéficiaires,
- Proposer des systèmes interopérables permettant les échanges inter-applicatifs
  - ▶ Supprimer la redondance et prévenir la double saisie pour favoriser les échanges entre applications,
  - ▶ Privilégier l'utilisation d'un outil d'orchestration des échanges (tel qu'un EAI : Enterprise Application Integration) afin de rationaliser les échanges, que ce soit au sein ou en dehors de l'ENRS,
- Sécurisation du SI
  - ▶ Mettre en place un point d'accès unique au SI de Santé à travers le portail d'accès à l'ENRS ;
  - ▶ Mettre en place une gestion sécurisée unifiée pour les accès à l'ENRS (un seul code d'accès, des mécanismes d'authentification et de propagation de l'identité communs),
- Normalisation et Gouvernance des données
  - ▶ Mettre en place les modalités nécessaires à la normalisation des données (thésaurus, format et flux d'échanges...) qui constitue un préalable incontournable pour l'urbanisation des SI ;

- ▶ Mettre en place un dispositif de gouvernance des données transversal aux SI de Santé et de l'ARS nécessaire à la coordination des travaux de normalisation.

Par ailleurs, la rationalisation du SI devrait être recherchée dès lors qu'il est possible de mutualiser des composants logiciels ou d'infrastructure. Ce principe de rationalisation s'applique également à la mutualisation entre le SI de Santé et le SI de l'ARS qui est également un principe de construction du SDRSI.

## 4.2. Synthèse des objectifs SI de santé

Les principes directeurs explicités précédemment ont conduit à l'identification d'objectifs auxquels doit répondre le SI. Ces objectifs ont été organisés en 4 domaines :



## 5. Les initiatives régionales sur le SI de Santé

A l'image du PRS, les objectifs présentés ci-dessus sont ambitieux.

En réponse, le schéma directeur fixe les axes fondateurs du SI ayant pour but d'orienter son évolution sur le long terme. Il en découle un certain nombre d'initiatives structurantes dans la mesure où elles sont applicables sur l'ensemble des champs adressés. D'autres initiatives répondent à des besoins plus ciblés. Ces initiatives sont de trois natures :

- **Initiatives sur les services métiers.** Ces initiatives couvrent trois natures de métier : l'orientation, la coordination et la production de soin. Elles visent principalement à outiller les métiers relatifs à la prise en charge coordonnée de l'utilisateur/patient, et consistent à gérer l'information le concernant : son contexte social et médical, son suivi, les professionnels qui le suivent, les aides et services mis en œuvre, les protocoles déclenchés, l'évaluation permanente de la situation, les diagnostics, les avis ... nécessitant le partage et l'échange d'informations entre les professionnels impliqués dans cette prise en charge.
  - Mettre en œuvre les **outils de la coordination** dans le cadre d'un parcours de Santé/Social ;
  - Construire une feuille de route urbanisée du domaine « **SI Urgences** » ;
  - Mettre en œuvre une solution permettant de **faciliter les échanges des résultats de Laboratoire**,
  
- **Initiatives sur les services SI.** Ces initiatives constituent une offre « technique » non contextualisée dans le sens où elles ne s'inscrivent pas dans un processus de prise en charge déterminé. Il s'agit par exemple de la messagerie sécurisée. Ces initiatives rendent un premier niveau de service, notamment en termes d'échange ou de partage, mais elles ne constituent que des modalités. Ces services ne structurent pas l'information métier.
  - Construire une feuille de route urbanisée du « **Référentiel des Acteurs de Santé/Social** » ;
  - Mettre en œuvre la **Messagerie sécurisée** ;
  - Mettre en œuvre une **Plateforme d'Échanges entre PS/S** ;
  - Mettre en œuvre un **système d'identification patient/usager** ;
  - Mettre en œuvre un **système de partage d'information sur Patient/Usager** ;
  - Mutualiser les services communs et **urbaniser le domaine Télémédecine**,
  
- **Initiatives de « Support » au SI de Santé/Social.** Ces initiatives répondent à des besoins de qualité de service et sont portées essentiellement par les responsables SI. Il s'agit par exemple de l'initiative sur l'« externalisation » de l'informatique.
  - Créer un dispositif régional **d'accompagnement pour la sécurisation des SI & « Hôpital Numérique »** ;
  - Construire une feuille de route pluriannuelle du projet réseau **Très Haut Débit** ;
  - Construire une feuille de route pluriannuelle du projet **Hébergement/Externalisation**.

L'ensemble de ces initiatives ont une certaine interdépendance. Leur mise en œuvre nécessite d'être orchestrée globalement.

La suite de ce chapitre présente pour chaque initiative :

- La problématique posée et la contribution aux enjeux
- L'analyse de l'existant et la définition de la cible sur le périmètre
- Les recommandations et les principes d'urbanisation.

## Précisions préliminaires

### Normalisation et Gouvernance des données

Les règles de normalisation des échanges doivent être décrites de manière très précise pour permettre la mise en œuvre des principes d'urbanisation.

Cette remarque est valable pour l'ensemble des principes d'urbanisation définis dans ce document.

De plus, la normalisation constitue un préalable incontournable pour l'urbanisation des SI en vue d'une meilleure orientation des patients et une meilleure coordination des parcours de santé. La mise en œuvre des projets de l'ENRS (ROR, Trajectoire, Cerveau...) a amplement fait la preuve de ce besoin.

## 5.1. Initiatives sur les services métiers

### 5.1.1. Initiative 1 – Mettre en œuvre les outils de la coordination dans le cadre d'un parcours de Santé/Social

#### 1) Problématique posée

La coordination entre professionnels dans le cadre d'un parcours de santé est une priorité du PRS et de la stratégie nationale de santé qui impulse un certain nombre de projets de cette nature (PAERPA, Territoire de soins numérique). Les principaux enjeux sont d'assurer la continuité des soins, de fluidifier le parcours du patient et d'optimiser son orientation en vue d'améliorer la qualité des soins. Se pose également les questions du recours aux soins, des modèles médico-économiques et du déplacement des patients.

Cette logique de parcours induit une transversalité de la prise en charge, impliquant l'ensemble des professionnels de santé qui interviennent auprès du patient.

La coordination a lieu dans différentes situations qui nécessitent des outils ad hoc :

- La coordination dans le cadre de la prise en charge ponctuelle des patients qui nécessite l'accès à des outils standards de partage et d'échange de données patient/usager (Dossier Patient pour connaître son état médico-psycho-social, Messagerie Sécurisée de Santé (MSS), espace d'échange sécurisé...) ou des outils simples de coordination (prise de rendez-vous, signalement...).
- La coordination dans le cadre d'un parcours de santé déterminé (par exemple dans la prise en charge de pathologies ou populations spécifiques comme les maladies chroniques, la pédiatrie-périnatalité, les personnes âgées, la précarité) qui nécessite des outils de planification, de suivi du parcours, de thésaurus ou encore de protocoles. Dans ce cas, l'activité de coordination se situe à plusieurs niveaux :
  - ▶ **La coordination de proximité** : menée par les acteurs de la PEC (médecin traitant, Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pharmacien, travailleur social...),
  - ▶ **La coordination territoriale d'appui** : reposant sur les dispositifs de coordination et d'intégration existants sur le territoire (centres locaux d'information et de coordination-CLIC, réseaux de santé, filières, MAIA),
  - ▶ **La gestion des flux de Patient** : consistant à faire une gestion active des différentes transitions du parcours (ville-hôpital, hôpital-ville, EHPAD-hôpital, etc.) en prenant en compte les spécificités des patients.

Compte-tenu de la diversité des filières et des situations de PEC, la réflexion dans le cadre du SDRSI doit permettre d'identifier les fonctions SI communes, de définir un projet de mise en œuvre de ces fonctions et des principes d'urbanisation associés.

#### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Parcours de Santé/Social et Coordination :

-  **Moyenne** pour l'objectif de « Recueillir et partager les informations Patient/Usager »
-  **Significative** pour l'objectif d'« Améliorer la communication entre PS/Social »
-  **Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer l'interopérabilité entre les SI »
-  **Majeure** pour l'objectif de « Outiller le parcours de Santé-Social »

Pour le Domaine Production de soins :

-  **Faible** pour l'objectif de « Favoriser le développement de la Télémédecine »
-  **Moyenne** pour l'objectif de « Maîtriser et sécuriser les échanges d'information »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

-  **Significativement** l'ambulatoire
-  **Significativement** l'hospitalier
-  **Significativement** la prévention
-  **Significativement** le médico-social et
-  **Significativement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

La cible sur le périmètre comprend des fonctions dédiées à la coordination de proximité :

Fonctions	Description
Gestion des demandes de PEC	Gestion des demandes de prise en charge dans un parcours de santé coordonné : Identification du patient, recueil des informations patient (contacts, lieu de résidence, PS prenant en charge le patient, aidants, expertise nécessaire au type de PEC, contraintes de suivi...)
Gestion du dossier de coordination	Gestion des informations spécifiques à partager : Documents et fiches de synthèse médicale (VMS), sociale (VSS), Fiches de liaisons normalisées, DLU...
Intégration Dossier Patient	Intégration d'une partie du dossier patient des acteurs dans le dossier de coordination Dans le sens Acteur vers Coordination pour la mise à disposition des documents préalables Dans le sens inverse pour réintégration des éléments liés à la coordination
Gestion des réunions de concertation	Réservation des ressources et organisation de la réunion Partage des informations nécessaire à la réunion Diffusion de la synthèse de la réunion (ex. RCP)
Gestion du PPS	Proposer des modèles type de PPS selon le protocole de PEC Aide au partage, au suivi et à l'élaboration du PPS sur les différents volets : sanitaire, médico-social, psychologique, social...) Gestion du plan d'action d'aides et de soins avec des indicateurs de suivi par acteur et une date de réévaluation.
Planification du parcours	Gestion de l'agenda patient : Planification des rendez-vous selon le protocole défini Gestion de la disponibilité des ressources : offrir la possibilité, quand c'est nécessaire, de publier les informations sur la disponibilité des ressources nécessaires à la coordination.
Suivi du parcours	Suivi de la réalisation des actions (récupération de la réalisation des actions avec la possibilité de mettre des commentaires sur l'action) Gestion des notifications et des alertes vers le patient

Des fonctions dédiées à la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) :

Fonctions	Description
Suivi opérationnel de l'activité	Suivi des dossiers passant par la CTA (remontées des informations sur les dossiers traités, les actions réalisées... à partir des outils métiers) Connaissance des cas suivis par une coordination de proximité
Pilotage de l'activité	Consolidation d'informations à des fins de pilotage et d'évaluation des territoires ou de la filière ou d'épidémiologie

Des fonctions dédiées à l'orientation et la gestion des flux de patients :

Fonctions	Description
Gestion des demandes d'orientation par les acteurs amont	Renseignement des données administratives médicales, sociales du patient Propositions de plusieurs services destinataires en fonction des critères choisis (Type de structure, souhaits du patient, lieu géographique, état du patient, date d'admission...) Envoi de demandes d'admission
Gestion des admissions par les acteurs aval	Acceptation / refus de la demande initiale Confirmation et programmation de l'admission

Ainsi que des fonctions « supports à la coordination » :

Fonctions	Description
Annuaire des ressources	Annuaire des ressources impliquées dans la coordination (ROR + compléments)
Identifiant Patient	Mise en place d'un identifiant patient partagé (n'est pas requis mais favorise l'intégration avec les SI existants)
Échanges sécurisés	Une messagerie sécurisée commune à l'ensemble des acteurs ou Une solution de d'échanges sécurisés (espaces de partage pour échanges de documents...)
Partage documentaire	Protocoles de réseaux, Protocoles de PEC, thésaurus, Procédures, Supports de formation...
Gestion de la Visio et Web conférence	Gestion du système de Visioconférence incluant les fonctions de web conférence (fonctions de partage de documents, de partage de curseur...) (utilisant le système régional cf. Initiative n°2)

La plupart des fonctions « supports à la coordination » sont des fonctions de la plateforme d'échange entre Professionnel de santé présentée dans le chapitre suivant (Initiative n°2). Il y a donc dépendance forte entre ces deux initiatives.

#### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Peu d'outils répondent actuellement aux besoins de la coordination inter-structures ou professionnels (trajectoire, outils des CLIC, logiciels de réseau de santé...). Ces outils ne sont pas communicants. Les échanges d'information se font encore essentiellement par mail, téléphone ou fax.

L'absence de Dossier Patient Partagé ainsi que d'une messagerie sécurisée, n'a pas non plus favorisé l'émergence d'outils de coordination « standards ».

Un projet ambitieux d'informatisation des réseaux de santé de la région (projet R-MES) a lancé en 2006 par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) Ile-de-France, mais il a été interrompu en 2011 essentiellement pour les raisons suivantes :

- Le projet cherchait à prendre en compte les spécificités et besoins métiers de tous les acteurs impliqués dans les réseaux, générant un modèle complexe, difficile à modéliser et ne correspondant à aucune solution sur le marché. Le coût du projet était donc très important, au-delà du budget initialement prévu .
- Les données étaient définies de manière très structurées, sans tenir compte de la capacité de récupérer les informations détaillées dans les logiciels utilisés par les professionnels partenaires. La solution ne pouvait aboutir qu'à des ressaisies multiples.
- La situation des réseaux de santé était compliquée en 2011, et leur avenir discuté. Il était difficile dans ce cadre d'obtenir une adhésion au projet par les acteurs.
- Une difficulté de gouvernance d'un secteur se trouvant sous l'autorité de plusieurs tutelles (ARH, URCAM).

Les réseaux de santé se sont développés historiquement selon 2 approches :

- **Thématique** : soins palliatifs, oncologie, diabète, personnes âgées...
- **Territoriale** : sud Yvelines, quelques arrondissements de Paris, S/E Val de Marne...

L'orientation donnée par les pouvoirs publics est de constituer des réseaux polyvalents territoriaux. Ce peut être l'occasion de constituer des SI pour accompagner cette transformation. C'est actuellement en cours pour Paris Intra-Muros.

En 2012, suite aux travaux du PRS et aux instructions nationales sur les réseaux, l'ARSIF juge que le contexte a changé et qu'il est indispensable que les travaux sur l'informatisation des réseaux de santé franciliens soient relancés.

Afin d'éviter de reproduire les erreurs faites dans le projet R-MES, et après un cadrage initial réalisé par le GCS D-SISIF, il a été décidé de privilégier une approche système d'information globale, plutôt que la réalisation d'un outil dédié aux réseaux de santé. La priorité a été ainsi donnée aux outils utilisés par les professionnels de santé, en travaillant à leur intégration, pour éviter toute double saisie ou incohérence de dossier. Cette analyse a naturellement alimenté les premières réflexions sur la nécessité d'une identification commune du patient et de l'utilisateur, la nécessité de mise en place d'un espace de partage d'informations sur le patient et l'utilisateur et la nécessité de partage d'informations entre les acteurs du réseau.

C'est dans ce cadre que le projet d'informatisation des réseaux périnataux et pédiatriques (Projet HYGIE) a été lancé avec 2 volets :

- Sous-projet 1 – Réseau Périnatal :
  - ▶ Suivi du Parcours « libre » de la femme enceinte,
  - ▶ Suivi du Parcours des enfants vulnérables ;
- Sous-projet 2 – Réseaux Onco 94 et Osmose :
  - ▶ Sécurisation des solutions existantes de réseaux ONCO 94 et OSMOSE et intégration à l'ENRS.

Dans le cadrage initial, il est apparu que les coordinateurs du réseau ne possédaient pas d'outil, et qu'il n'en existait pas actuellement sur le marché. Il apparaît donc nécessaire de travailler à la conception d'un tel outil. Ces réflexions ont été partagées avec le GCS SISRA (région Rhône Alpes) qui, travaillant à la mise d'un outil pour les réseaux de cancérologie, est arrivé à la même conclusion.

Un outil de coordination pourra ainsi être adapté pour les réseaux qui en éprouvent le besoin. Des solutions spécifiques pourront être mises en place suivant les besoins des autres réseaux (une centaine en Ile-de-France), et basées sur le socle commun de partage d'information. Ces besoins doivent être considérés dans le cadre de la présente initiative.

Par ailleurs, de nombreux réseaux en Ile-de-France se sont équipés de solutions logicielles plus ou moins sécurisées, rarement interfacées avec les outils métiers et hébergées de manière parfois fragile. La consolidation de ces solutions dans un espace sécurisé pourra permettre d'augmenter la qualité et le niveau de service dont les réseaux disposent. C'est l'objet du travail actuellement mené avec les réseaux ONCO 94 et OSMOSE.

Par ailleurs, l'ARH RA a mis en œuvre l'outil « Trajectoire » qui permet de gérer différents cas de transitions du parcours. En Ile-de-France, Trajectoire couvre aujourd'hui les demandes de transition des services MCO vers les services SSR, HAD et ULSD. La maîtrise d'ouvrage de Trajectoire est le GCS SISRA. À ce jour, 16 régions sont engagées dans la démarche et 5 sont en cours de signature. Le GCS SISRA a développé « Via Trajectoire médico-social », actuellement testé sur 4 régions, et qui permet l'orientation :

- des services MCO vers les EHPAD/EHPA ;
- de la médecine de ville vers les services MCO et les EHPAD/EHPA.

Une étude a été conduite en 2013 pour étudier le déploiement de Via Trajectoire médico-social en Ile-de-France. Les résultats de cette étude ont été présentés au pôle médico-social de la DOSMS à l'ARSIF qui a montré son intérêt pour le projet.

Le déploiement de « Via Trajectoire médico-social » au niveau de la région semble représenter une opportunité pour inscrire les établissements médico-sociaux dans la démarche de construction de l'ENRS.

En conclusion, la demande est forte et aucun outil ne répond à la totalité de ce besoin. On est encore au stade expérimental. Les programmes nationaux tels que PAERPA ou TSN sont dès lors d'excellentes opportunités de déployer de nouvelles solutions tenant compte de ces diverses expériences.

## 5) Scénario envisagé : une mise en œuvre tirée par les usages

Il apparaît que le SI de coordination porte en lui une complexité certaine car il nécessite que soient mises en œuvre différentes strates du SI.

Elaborer un SI de coordination doit viser à rendre les services métiers (prendre un rendez-vous entre un professionnel et un patient, signaler une situation concernant un patient à son médecin traitant, élaborer un plan personnalisé de santé pour un patient...).

Néanmoins, pour que ces services puissent être dématérialisés et outillés, il est nécessaire de disposer de règles, normes et outils qui permettent ces échanges.

2 stratégies pouvaient prévaloir :

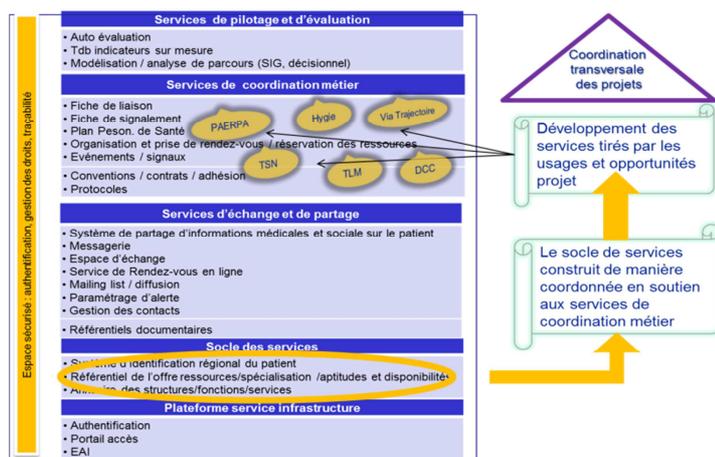
1. choisir de réaliser en premier lieu les services SI (messagerie, plateforme d'échange...) et réaliser dans un second temps les services métiers adossés à ces services ;
2. privilégier la mise à disposition rapide de services métiers conçus en fonction des services SI disponibles et procéder à leur amélioration au fur et à mesure que les strates du SI se constituent.

Le choix s'est porté sur la seconde stratégie. Le champ de la coordination étant encore peu mature en termes de système d'information, il a été jugé plus opportun d'impliquer les acteurs au plus tôt dans la conception des solutions, dans leur construction et leur modalité d'intégration dans les SI existants et dans leur déploiement.

En effet, les usages sont encore très divers parmi les différents acteurs intervenant dans la coordination. Cette stratégie fixe comme approche prioritaire l'objectif d'intégration des services dans le quotidien des acteurs. La volonté mise en avant ici consiste donc à privilégier une approche itérative et progressive mais intégrée plutôt que de concevoir un nouvel outil juxtaposé à ceux déjà existants, ce qui pourrait être perçu comme une lourdeur supplémentaire et non une valeur ajoutée.

La mise en œuvre de ces services doit constituer l'objectif à atteindre pour améliorer la coordination de la prise en charge.

Le succès sera au rendez-vous si leur construction se fait en abordant les processus de coordination dans leur globalité et du point de vue du patient. La transversalité intersectorielle doit être intégrée dans la réflexion dès le début et non acteur par acteur.



Pour garantir la réussite et l'adhésion, le choix a été fait de confier prioritairement la construction de ces services et outils selon les opportunités et les projets afin de rendre leur construction opérationnelle, pragmatique, adaptée à l'organisation et inscrite dans un calendrier déterminé.

Toutefois, le succès de cette stratégie implique que 2 actions soient menées :

- une action de communication doit être menée auprès des acteurs de la région afin de faire connaître la démarche et les outils mis en place et éviter de multiples outils hétérogènes se construisent en parallèle. Cette action doit être suivie, lorsque nécessaire, d'actions d'accompagnement pour garantir l'homogénéité des solutions développées.
- la mise en place d'un pilotage fort : cette action est primordiale pour assurer la cohérence des projets et garantir la complémentarité et l'interopérabilité des services mis en œuvre. Les conditions de financement des projets doivent être assujetties à la réutilisation d'outils existants et à la recherche de l'adaptabilité des services développés.

## 5.1.2. Initiative 2 – Construire une feuille de route urbanisée du domaine « SI Urgences »

### 1) Problématique posée

Les thématiques du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> recours sont des priorités du PRS. L'objectif visé est d'offrir une réponse rapide, de qualité, sécurisée et efficiente à la demande de soins non programmée des Franciliens.

L'organisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) est définie par l'ARSIF et actualisée régulièrement.

Le cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoire a été publié en octobre 2012 et actualisé en mars 2013 (arrêté DGARS du 29 mars 2013 n°DOSMS-2013-041).

La PDSA, définie comme une mission de service public dans la loi HPST, y est décrite et organisée quant à la régulation des appels, l'effectif mobile et fixe en associant les acteurs publics et libéraux au sein d'une organisation territoriale. Cette nouvelle organisation se met en place en 2013.

Au niveau national, l'ASIP Santé mène un projet de modernisation des systèmes d'information et télécoms des « SAMU-centres 15 ».

Au niveau régional, plusieurs applications ou projets sont en cours : pour offrir des outils opérationnels aux acteurs des urgences (ROR, CERVEAU), favoriser la coopération entre les 8 SAMU de la région (Interconnexion 15/15-18, Portail SAMU Régional, ANTARES, RISC) ou suivre et analyser l'activité de la PDSA.

Ces applications ou projets sont construits dans une logique de « silo » définie dans le précédent SDRSI afin de permettre d'accélérer leur mise en œuvre opérationnelle. Le besoin est pressant de redonner de la cohérence à l'ensemble des projets dans leur globalité et de les positionner clairement par rapport au socle de services ENRS.

### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Parcours de Santé/Social et Coordination :



**Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer la communication entre PS/Social »



**Significative** pour l'objectif de « Outiller le parcours de Santé-Social »

Pour le Accessibilité et premier recours :



**Majeure** pour l'objectif de « Décrire opérationnellement l'offre Santé/Social et la partager »

Pour le Domaine Production de soins :



**Majeure** pour l'objectif de « Maîtriser et sécuriser les échanges d'information »

Pour le Domaine Support :

 **Significative** pour l'objectif d' « Améliorer la sécurité des SI au niveau régional »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

 **Significativement** l'ambulatoire

 **Significativement** l'hospitalier

 **Nullement** la prévention

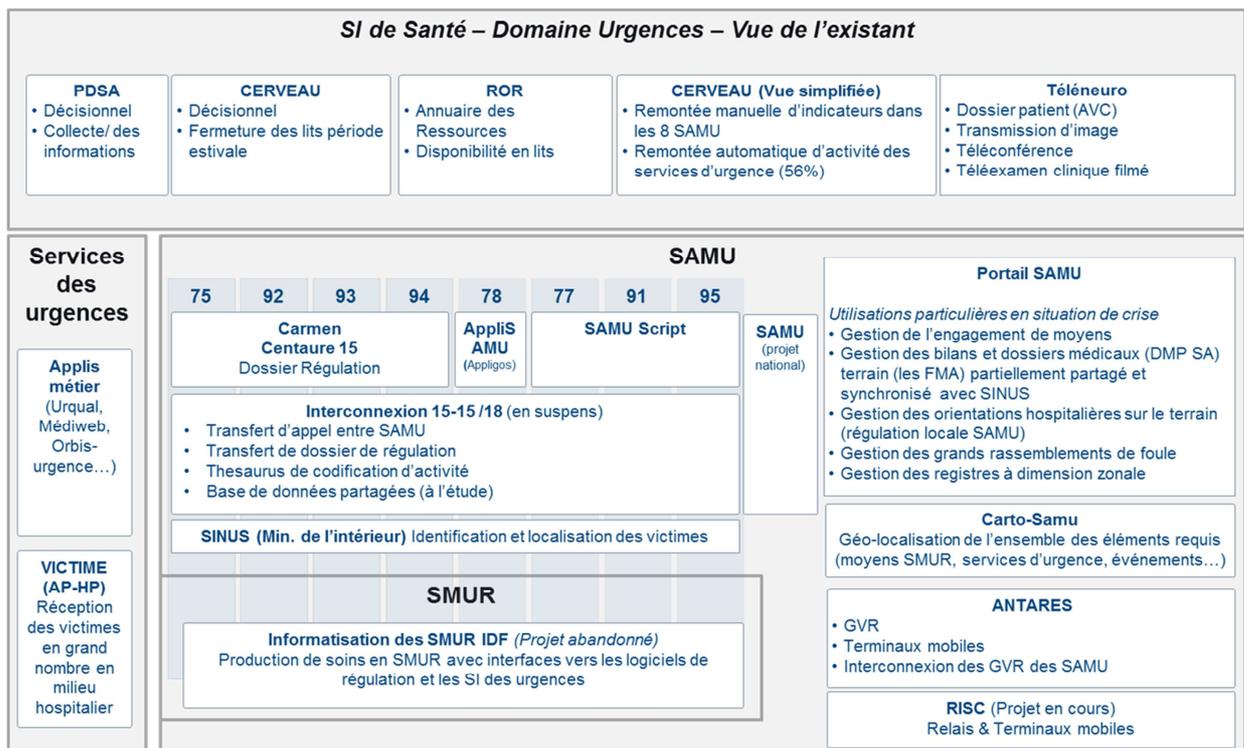
 **Moyennement** le médico-social et

 **Faiblement** le social

### 3) Analyse de l'existant sur le périmètre

Au niveau national, la DGOS a confié à l'ASIP Santé la mission de conduire une réflexion sur la modernisation des SI et télécoms des « SAMU-centres 15 ». L'étude publiée en mars 2012 préconisait la mise en place d'une solution unique et mutualisée, où applications et téléphonie sont intégrées et disponibles en mode service (SaaS) sur l'ensemble du territoire (les 101 SAMU sont à couvrir sur les 10 prochaines années). L'étude de faisabilité a démarré en janvier 2013 par l'ASIP Santé qui a été désignée Maîtrise d'ouvrage du projet.

Au niveau régional, l'ENRS comprend plusieurs outils et projets sur le domaine des urgences dont voici la cartographie :



La construction de ces outils a été faite en réponse à des incidents majeurs et donc de manière indépendante. La mutualisation n'était pas un objectif en soi, elle n'est apparue que tardivement, une fois les outils en place et lorsque le besoin de communication et d'échange s'est fait ressentir.

Les exemples le plus criants sont ceux concernant les référentiels des acteurs de santé, la sécurisation des accès et les échanges inter-applicatifs sur lesquels des travaux d'urbanisation importants ont été menés récemment par le GCS D-SISIF.

Une réflexion sur une urbanisation plus large (Portail, Interconnexion, lien avec les applications SINUS/Victime...) a été entreprise en 2011 dans cadre du projet Portail SAMU dont la mise en œuvre doit répondre à une partie des problématiques mais ce projet n'a pas encore abouti et il n'existe pas à ce jour une vue unifiée et cohérente de l'ensemble des services fonctionnels du domaine Urgences.

Afin d'avoir une approche transverse et coordonnées des projets, un groupe utilisateurs du domaine « Urgences » a été mis en place récemment, avec comme objectifs de définir la cible et définir l'articulation des chantiers du domaine.

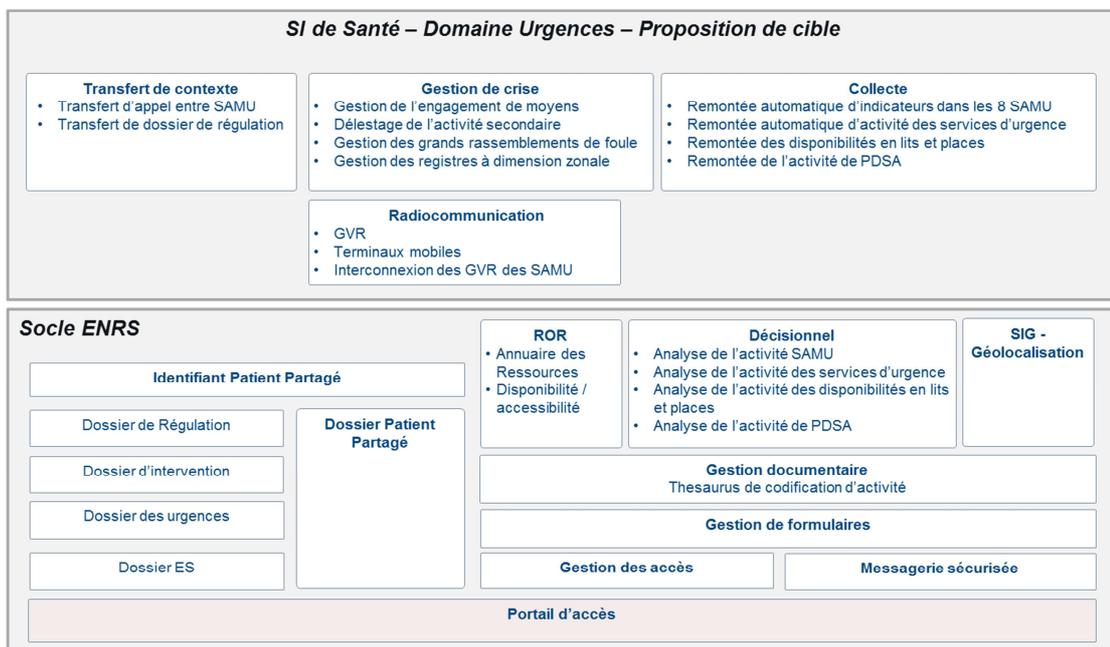
#### 4) Cible sur le périmètre

Compte-tenu de la multiplicité des outils de l'ENRS destinés au domaine « Urgences », il est nécessaire d'offrir une vue fonctionnelle cohérente et unifiée du domaine, tout en gardant l'agilité obtenue par l'approche projets. Pour ce faire, il faut pouvoir adopter :

- Une approche Projets/Applications portée par des équipes projet déterminées ;
- Une approche orientée services portée par des ressources dédiées pour faire vivre le bouquet de services et accompagner les utilisateurs sur le domaine.



Le schéma suivant présente une proposition d'une première version d'une cible urbanisée du domaine « Urgences » :



Un des axes fort de cette cible est d'ancrer les applications de ce domaine sur le socle de l'ENRS dont l'objet est d'offrir un ensemble de services d'intérêt commun aux différents domaines fonctionnels.

Une étude préalable doit être menée avec le groupe utilisateurs du domaine « Urgences » pour affiner et amender cette première version et la mettre en perspective avec les travaux réalisés dans le cadre du projet national porté par l'ASIP Santé (NB : à ce jour le calendrier des travaux n'est pas publié par l'ASIP Santé).

## 5) Scénario envisagé

Les projets suivants sont à réorganiser selon la cible présentée supra :

- **Interconnexion 15/15-18** : Relancer la réflexion et remettre le projet en route compte-tenu des enjeux importants et de disponibilité des moyens financiers. Ce projet devrait être mené indépendamment du projet Portail SAMU.
- **Portail SAMU** : Redéfinir le périmètre fonctionnel du projet actuel au regard de cette cible fonctionnelle selon les principes suivants :
  - ▶ s'appuyer sur les briques fonctionnelles et techniques de l'ENRS (cf. schéma de couverture cible ci-dessus) et les adapter aux besoins du SAMU ;
  - ▶ développer les briques fonctionnelles et techniques manquantes (essentiellement les fonctions liées à la « Gestion de crise ») ;
  - ▶ intégrer l'ensemble dans le bouquet de services « Urgences ».
- **Projets de réseau de radiocommunication** : arrêter le déploiement du réseau RISC – qui, malgré ses spécificités santé, ne peut à terme concurrencer le projet ANTARES – et poursuivre le déploiement d'ANTARES sur les autres départements ;
- **Projet dossier patient** : un projet de normalisation/standardisation des informations du dossier patient doit être réalisé pour faciliter l'interopérabilité entre tous les outils du domaine urgence. Cela constitue aujourd'hui un frein important aux échanges entre système générant des ruptures dans le suivi de prise en charge faisant porté un risque, tant pour le patient que pour le professionnel. Ce projet est connexe à l'initiative sur le système de partage d'information relative au patient/usager.
- **Refonte CERVEAU (Partie Collecte)** : Poursuivre la mise en œuvre de la feuille de route définie et plus particulièrement en ce qui concerne l'automatisation de la remontée des données des SAMU et des services d'urgence.
- **Refonte CERVEAU (Partie Décisionnelle)** : l'entrepôt de données CERVEAU est étendu aux autres domaines de l'ENRS et sorti du domaine urgences (cf. schéma de couverture cible ci-dessous)
- **ROR** : le répertoire des ressources est étendu à tous les domaines et devient un service du socle de l'ENRS pour l'ensemble des domaines fonctionnels.

Le projet suivant est mis en suspens :

- **SIMURIF** : ce projet est très onéreux nécessite quelques préalables de normalisation, notamment sur le dossier patient, dont les résultats ne seront pas utilisables rapidement. Ce projet n'est donc pas jugé prioritaire et n'est pas intégré dans la feuille de route de schéma directeur.

À propos du **Système d'Information Décisionnel**, le projet de refonte de CERVEAU en cours en 2013 prévoit la mise en place d'un entrepôt de données du domaine Urgences. Nous préconisons de faire en sorte que l'entrepôt de données CERVEAU puisse à terme être étendu aux autres domaines de l'ENRS et sortir du domaine exclusif « Urgences ». Cet entrepôt et le décisionnel qui l'accompagne doivent permettre de stocker toutes les données relatives à la production de soin et permettre, tant au GCS-DSISIF, qu'à l'ARSIF et aux acteurs de santé de bénéficier d'une capacité d'analyse. L'ARS doit en outre être en capacité de croiser ces informations avec son propre entrepôt de données (Diamant) et par la suite le croiser également avec les données de la veille sanitaire.

### 5.1.3. Initiative 3 – Faciliter les échanges des résultats de Laboratoire

#### 1) Problématique posée

Le PRS met un accent particulier sur ce domaine et il existe un schéma dédié à la biologie qui évoque le besoin de :

- favoriser le dialogue entre biologistes et cliniciens ;
- maîtriser et sécuriser les différentes étapes de la réalisation d'un examen (de la prescription au rendu de résultats) et des processus supports (logistique, traçabilité, chaîne de l'information) ;
- appuyer les projets de coopération et de regroupement dans les territoires franciliens (permettant notamment une mutualisation des plateformes techniques).

Ce mouvement de regroupement et de réorganisation est actuellement en cours sur la région Ile-de-France qui comptabilisait, avant la publication de l'ordonnance du 13 janvier 2010, environ 800 laboratoires privés et 200 laboratoires publics. En avril 2011, environ un quart des laboratoires privés se sont transformés en laboratoire multi-sites.

Pour leur part, les acteurs de santé ont évoqué, lors des ateliers de recueil des besoins, une attente forte concernant la normalisation des échanges des résultats de laboratoire et leur intégration dans les logiciels des acteurs de santé. La mutualisation du Système d'Information de Gestion des Laboratoires (SGL) n'a, quant à elle, pas été jugée opportune par les acteurs de santé.

Le besoin de normalisation des échanges concerne plus particulièrement les prescripteurs et les structures qui sous-traitent la réalisation des examens à un laboratoire externe et dans une moindre mesure les structures disposant d'un laboratoire interne.

#### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Parcours de Santé/Social et Coordination :

-  **Majeure** pour l'objectif de « Recueillir et partager les informations Patient/Usager »
-  **Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer la communication entre PS/Social »
-  **Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer l'interopérabilité entre les SI »
-  **Faible** pour l'objectif de « Outiller le parcours de Santé-Social »

Pour le Domaine Production de soins :

-  **Moyenne** pour l'objectif de « Favoriser le développement de la Télémédecine »
-  **Majeure** pour l'objectif de « Maîtriser et sécuriser les échanges d'information »

Pour le Domaine Support :

-  **Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer la sécurité des SI au niveau régional »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

-  **Significativement** l'ambulatoire
-  **Significativement** l'hospitalier
-  **Moyennement** la prévention
-  **Moyennement** le médico-social et
-  **Nullement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

Cette initiative vise à faciliter, au niveau de la région, l'échange des résultats de laboratoire entre producteurs et consommateurs. La cible fonctionnelle sur le périmètre comprend les fonctions suivantes :

Fonctions	Description
Échanges point à point des résultats d'analyses biologiques standardisés & intégration aux LPS	Diffusion des résultats d'analyse de biologie entre SIS producteurs (des SI de laboratoires de biologie médicale) [système initiateur], et SIS consommateurs (médecins, ou autres professionnels de santé, y compris laboratoires) [système cible] <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion des résultats d'examen selon un protocole d'échange</li> <li>• Affichage des comptes rendus dans la présentation prévue par le SIS producteur</li> <li>• Import de tout ou partie des résultats biologiques structurés dans les dossiers patients des SI consommateurs</li> </ul>
Partage des résultats d'analyses biologiques standardisés & intégration aux LPS	Dans un contexte de partage, mettant en œuvre un système d'information de santé partagé, les SIS consommateurs [système initiateur] viennent interroger ce SIS partagé et en retirer les documents qui les intéressent [système cible] <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous-fonctions identiques à la fonction précédente</li> <li>• Nécessité d'un identifiant partagé dans ce cas</li> </ul>
Mise en œuvre du workflow complet entre 2 acteurs identifiés	Ce <i>workflow</i> est spécifié dans le profil IHE-LAB-LTW ( <i>Laboratory Testing Workflow</i> ) dont voici une version simplifiée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des demandes d'examens (prescription)</li> <li>• Gestion de la planification et de l'ordonnancement des examens (SGL)</li> <li>• Production des résultats d'examen</li> <li>• Diffusion des résultats d'examen selon un protocole d'échange</li> </ul>

#### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Au niveau régional, il est à noter l'action de l'AP-HP qui participe au consortium<sup>3</sup> mis en place par l'ASIP Santé pour la maintenance du jeu de valeurs LOINC© pour l'expression des résultats de biologie en français.

Avant de détailler l'existant au niveau national, voici quelques précisions terminologiques préalables :

- **NABM** est la nomenclature des actes de biologie. Prise en application de l'article R. 162-18 du code de la sécurité sociale, elle est gérée par la sécurité sociale (UNCAM) et établit, avec leur cotation, la liste des actes susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie qu'effectuent les directeurs, les directeurs adjoints et, sous leur responsabilité, les techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale, dans la limite de leur compétence.
- **LOINC©** (Logical Observation Identifiers Names & Codes) est une terminologie de référence internationale pour le codage des observations et des documents électroniques. Elle fournit un jeu de valeur pour l'expression des résultats de biologie, elle est traduite en français et maintenue par le consortium cité plus haut.
- **HPRIM** (Sigle signifiant Harmoniser et PRomouvoir l'Informatique Médicale) Santé est une recommandation qui permet l'échange d'informations structurées entre Professionnels de Santé (laboratoires d'analyses médicales, services cliniques et hospitaliers, prescripteurs, établissements de transfusion, cabinets de radiologie et cabinet de médecins)
- **Interop'Santé**, est une association régie par la loi de 1901 créée en 2009 par le regroupement de plusieurs organisations qui œuvrent pour la standardisation des échanges informatiques dans le domaine de la santé : HL7 France, HPRIM et IHE.

Historiquement, HPRIM a été développée pour les laboratoires d'analyse médicale pour leur permettre de communiquer entre eux, cette norme a ensuite été utilisée pour transmettre les résultats aux médecins prescripteurs.

L'utilisation de la codification d'analyses LOINC a été recommandée dans l'usage HPRIM Santé. Cependant, le faible niveau de normalisation de HPRIM a fait que trop d'éditeurs ont pris des libertés avec les recommandations HPRIM Santé : il y a aujourd'hui presque autant de formats HPRIM Santé qu'il y a d'éditeurs.

Pour cette raison, l'association Interop'Santé a décidé d'arrêter la maintenance de HPRIM Santé considérant que la situation n'était pas saine et qu'elle était contraire aux règles d'interopérabilité qu'elle promeut<sup>4</sup>.

Interop'Santé encourage les éditeurs à développer et à mettre en place les transactions du profil IHE-LAB-LTW (Laboratory Testing Workflow) présenté dans le Cadre Technique IHE du domaine Laboratoire (IHE Laboratory Technical Framework).

Par ailleurs, l'ASIP Santé publie, dans la couche « Contenu » de son cadre d'interopérabilité du SI de Santé (CI-SIS), un Volet Compte Rendu d'Examens de Biologie Médicale qui spécifie le format de partage et d'échange des comptes rendus de biologie médicale sous la forme d'un document électronique qui permet à la fois de présenter le compte rendu aux médecins sur leurs postes de travail, et d'intégrer les résultats des examens de biologie dans leur dossier médical informatisé. La spécification s'appuie sur le Cadre Technique IHE et plus particulièrement sur :

<sup>3</sup> Outre l'AP-HP, ce consortium regroupe les sociétés Vidal et Mondéca, et la Société Française d'Informatique de Laboratoire (SFIL).

<sup>4</sup> cf. le guide d'interopérabilité édité par l'association en 2012.

- Le standard HL7 (en-tête CDA) pour le format et la structure du compte rendu,
- Le jeu de valeur LOINC en français pour le codage des résultats d'examens.

La problématique d'échange des résultats de laboratoire continue à poser des difficultés aux établissements de santé et médico-sociaux qui doivent faire des adaptations au coup par coup pour mettre en place ces échanges qui utilisent largement la norme HPRIM Santé.

## 5) Scénario envisagé

Trois niveaux gradués de politique régionale sont envisagés :

- La définition et diffusion au niveau régional d'un cadre normatif qui synthétise et complète les travaux menés au niveau national ;
- Le lancement d'une expérimentation sur une échelle restreinte impliquant des établissements de santé et médico-sociaux, des laboratoires publics et privés ainsi que des éditeurs (SIH, SI-EMS, SGL, LGC...) afin de faciliter la diffusion de la norme IHE ;
- La mise en place d'un accompagnement régional afin de généraliser cette expérimentation.

La réalisation de l'expérimentation semble une nécessité au vu des travaux réalisés dans le cadre du présent SDRSI mais compte-tenu du manque de visibilité sur l'état des lieux régional, il est nécessaire de mener une étude plus poussée sur ce sujet avant de pouvoir éclairer la décision sur cette initiative.

Cette étude doit en particulier faire un point de situation sur le niveau d'équipement des ES/MS, la part des ES/MS qui sous-traitent les analyses de laboratoire, le niveau d'hétérogénéité des solutions en place (au niveau des professionnels de santé et des laboratoires d'analyse), le niveau de disparité des normes d'échange utilisées....

L'étude doit définir un périmètre d'expérimentation, les exigences et les spécifications sur ce périmètre et le plan d'actions de passage à la nouvelle norme avec en particulier l'identification :

- Des principaux acteurs (partenaires, associations...) pouvant contribuer à impulser le sujet au niveau régional ;
- Des principaux producteurs de résultats (laboratoires et leurs éditeurs) de la région ;
- Des structures pouvant faire partie d'une expérimentation pilote sur les 3 niveaux :
  - ▶ Échange de résultats entre producteur et consommateur,
  - ▶ Partage des CR d'examen dans un Dossier Patient Partagé (DMP ou Dossier Patient Régional selon le scénario retenu),
  - ▶ Mise en œuvre du workflow de production des résultats complets.

La problématique de normalisation des échanges est particulièrement importante dans cette initiative.

## 5.2. Initiatives sur les services SI

### 5.2.1. Initiative 4 – Mettre en œuvre la Messagerie de santé sécurisée

#### 1) Problématique posée

L'usage d'une messagerie électronique courante ne permet pas de répondre aux exigences de confidentialité et de sécurité attendues dans un échange dématérialisé contenant des données de santé d'un patient entre professionnels de santé.

Les critères attendus dans l'usage d'une messagerie sécurisée concernent :

- l'authenticité de l'émetteur et du récepteur ;
- la non répudiation : a valeur d'accusé de réception lors des échanges électroniques ;
- la confidentialité : le message ne peut être lu que par son destinataire uniquement ;
- l'intégrité : le message est intact et ne peut être modifié.

Le décret confidentialité du 15 mai 2007, vertueux dans son contenu s'est révélé inapplicable dans les faits. Sans orientation ou politique claire, les outils du marché se sont faiblement déployés sans accoutumance des problématiques d'échanges de données de santé.

Pour ceux qui ont tenté l'expérience, la barrière technique s'est révélée complexe à franchir sans un accompagnement conséquent.

Le besoin dans un usage intégré dans les pratiques courantes est aujourd'hui très largement exprimé par les professionnels de santé.

La multiplication des outils dématérialisés, tels la télémédecine ou les plateformes collaboratives vont rendre indispensable l'usage d'un tel outil.

#### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Parcours de Santé/Social et Coordination :

-  **Moyenne** pour l'objectif de « Recueillir et partager les informations Patient/Usager »
-  **Majeure** pour l'objectif d'« Améliorer la communication entre PS/Social »
-  **Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer l'interopérabilité entre les SI »
-  **Majeure** pour l'objectif de « Outiller le parcours de Santé-Social »

Pour le Domaine Production de soins :

-  **Faible** pour l'objectif de « Favoriser le développement de la Télémédecine »
-  **Majeure** pour l'objectif de « Maîtriser et sécuriser les échanges d'information »

Pour le Domaine Support :

-  **Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer la sécurité des SI au niveau régional »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

-  **Fortement** l'ambulatoire
-  **Fortement** l'hospitalier
-  **Fortement** la prévention
-  **Fortement** le médico-social et
-  **Fortement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

La cible sur le périmètre comprend les fonctions suivantes :

Fonctions	Description
Messagerie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échanges sécurisés point-à-point ou point-multipoints entre professionnels fonctionnant en :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode web sécurisé ou webmail,</li> <li>• À travers un client de messagerie</li> <li>• Par intégration aux logiciels des acteurs de santé</li> </ul> </li> </ul>
Espace de confiance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre d'un annuaire des utilisateurs partagé et certifié</li> <li>• Mise en œuvre des mécanismes d'authentification forte des utilisateurs</li> <li>• Mise en œuvre des mécanismes de confidentialité et de contrôle de diffusion</li> <li>• Traçabilité des connexions aux boîtes de messagerie ou à l'espace de partage</li> </ul>
Gestion des listes de diffusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de listes de diffusion thématiques</li> </ul>

### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Dans le silence d'une orientation nationale ou régionale, seule la messagerie « apicrypt » s'est développée tant en établissement, notamment à l'AP-HP, qu'auprès des professionnels de santé libéraux (7000 utilisateurs à ce jour en Ile de France).

Même si les conditions régissant la sphère de confiance (authentification, identification) ne sont pas pleinement remplies, son fonctionnement en toutes circonstances s'est révélé efficace pour un coût d'usage modeste.

Au niveau national, la stratégie de messagerie sécurisée de santé (MSS) portée par l'ASIP Santé a été finalisée en septembre 2013. Les spécifications ont été publiées mais aucune visibilité n'a été fournie quant à leur prise en compte par les éditeurs.

La MSS, telle que proposée par l'ASIP Santé est un système universel qui prend en compte les systèmes existants et qui comprend un espace de confiance qui :

- Intègre un annuaire national fiable contenant les identités de tous les professionnels hospitaliers comme libéraux (au périmètre RPPS dans un premier temps puis ADELI ensuite). Ce qui exclut de fait les professions du champ social (toutefois, on notera que hormis les Assistants de Service Social, il n'existe aucun annuaire pour ce domaine).

- Est constitué des différents domaines de messagerie MSS (de type @pro.mss.fr) et de différents opérateurs de messagerie qui se sont engagés à en respecter les exigences (de type @opérateur.mss.fr ou @opérateursécurisé.fr) (concept de liste blanche)
- Protège rigoureusement les données personnelles par :
  - ▶ L'échange entre un Groupe Fermé d'Utilisateurs (GFU) : les utilisateurs des domaines certifiés ;
  - ▶ La gestion des certificats électroniques et de l'infrastructure de Gestion des clés (IGC) par l'ASIP Santé afin de garantir un espace de confiance commun aux opérateurs publics ou privés de messagerie.

Une solution simple permettant l'accès à ces messageries via un navigateur internet (mode hébergé), a été mise en œuvre pour permettre d'amorcer le système et équiper les professionnels à ordre qui souhaitent disposer d'une boîte aux lettres sécurisée. Il s'agit d'un webmail dont l'accès est sécurisé par carte CPS et réservé aux membres des professions à ordre enregistrés au RPPS.

La solution mise en place par l'ASIP offre un cadre indispensable pour la généralisation d'une messagerie sécurisée de santé. Elle permet d'envisager des projets de déploiement sur la région basée sur des mécanismes clairs et peu intrusifs.

La solution ne couvre cependant pas la question de l'intégration aux logiciels des professionnels de santé et des ES, pourtant indispensable pour généraliser le déploiement à tous les usages identifiés.

Par ailleurs, plusieurs solutions de messagerie sécurisée ont été mises en œuvre au niveau des autres régions (Aquitaine, Lorraine, Pays de Loire...). Il s'agit en général d'un web mail sécurisé qui répond à la problématique de sécurisation des échanges entre professionnels – principalement entre les établissements de santé et les médecins de ville référents – mais pas à la problématique d'interopérabilité et d'intégration dans les logiciels des établissements et des professionnels. En conséquence, on constate sur ces expériences que les usages ne se sont pas généralisés du fait de cette carence.

Une solution d'échange régionale originale a été mise en œuvre en Rhône-Alpes (système ZEPRA pour Zéro Papier en RA mise en œuvre par le GCS SISRA).

Elle consiste à effectuer des échanges sécurisés entre PS à travers un site web sécurisé (un module du DPPR décrit ci-dessus) sans avoir recours à une messagerie sécurisée à proprement parler (protocole SMTPS). Son mode de fonctionnement est le suivant :

- Dans le sens : Établissement vers les PS libéraux :
  - ▶ L'ES référence dans un DPPR (Dossier patient partagé et réparti) les documents (courriers de sortie, de consultations...) dont il est dépositaire pour chaque patient considéré ;
  - ▶ Les médecins abonnés reçoivent une alerte mail ZEPRA qui contient un lien permettant de se connecter après authentification CPS au DPPR du patient et de télécharger le document PDF soit sur la plateforme commune, soit sur une plateforme de l'ES.
- Dans le sens inverse : PS libéraux vers Établissement :
  - ▶ Cet échange est possible en se connectant à la plateforme, toujours en mode sécurisé par CPS ; les médecins libéraux accèdent au DPPR et y déposent un courrier en PDF en alertant le correspondant de l'établissement par ZEPRA de la présence du courrier.

En pratique, dans les services ne disposant pas de lecteurs CPS, les praticiens hospitaliers ne pouvaient accéder à la plateforme. Pour remédier à cette carence, SISRA a mis en place ZEPRA IN qui permet de s'affranchir de l'authentification CPS à partir du moment où la connexion à la plateforme se fait à partir d'un ordinateur du réseau de l'établissement.

En complément de ce mécanisme, SISRA a également mis en place un webmail classique sécurisé par CPS (ZEPRA ECHANGES).

Pour faciliter la consultation des documents échangés, la compatibilité avec Apicrypt a été développée par routage des messages sur l'adresse Apicrypt.

La solution ZEPRA s'appuie sur le DPPR pour faciliter l'intégration avec les logiciels des professionnels de santé, en ce sens elle offre une réponse à l'un des principaux freins du déploiement d'une messagerie sécurisée. En revanche, elle n'offre pas à ce jour de compatibilité avec la MSS.

## 5) Scénario envisagé : organiser le déploiement de la MSS de l'ASIP et offrir une alternative d'échange sur le modèle de l'ARS Rhône-Alpes

Le service de messagerie prend tout son sens si l'ensemble des acteurs d'un même territoire ont déployé ce service concomitamment. Ainsi, cette initiative est autant technique qu'organisationnelle.

Le déploiement de la messagerie MSS de l'ASIP repose sur la volonté des éditeurs de solution de messagerie d'intégrer les spécifications dans une nouvelle version de leur outil et de procéder à son déploiement auprès de ses clients. Cette relation éditeur est menée tant par l'ASIP que par le ministère, aucune information de calendrier n'est disponible à ce jour.

Prenant fait de ce point, la stratégie retenue dans le cadre du schéma directeur propose d'accompagner le déploiement de la MSS de l'ASIP Santé et de réaliser une offre alternative inspirée de l'expérience réussie de Rhône Alpes conjointement avec cette région.

La stratégie de mise en œuvre se fait selon 3 axes :

1/ Identifier un territoire d'expérimentation sur lequel il pourra être possible d'impliquer suffisamment d'acteurs pour construire un environnement propice au déploiement de la solution ASIP. Le programme national Territoire de Soins Numériques constitue une excellente opportunité. La région Ile de France répond à l'appel d'offres national.

2/ Identifier un territoire d'expérimentation pour déployer des solutions de messagerie alternative :

- La solution Webmail, telle que proposée par l'ASIP,
- La solution de la région Rhône Alpes, mais qui nécessite un délai de construction.

L'expérimentation PAERPA pourra servir de territoire pilote pour la solution webmail puisqu'elle fait partie du cahier des charges.

La solution alternative de Rhône Alpes sera également proposée dans ce cadre. Il faudra toutefois valider que le calendrier de mise en œuvre est compatible avec le calendrier du programme PAERPA.

3/ En fonction du bilan des 2 expérimentations ci-dessus, proposer pour les structures n'ayant pas la capacité d'installer une messagerie sécurisée, une solution de messagerie régionale.

## 5.2.2. Initiative 5 – Mettre en œuvre une Plateforme d'Échanges entre PS/S

### 1) Problématique posée

En dehors du partage d'information indexée sur un patient (via un Dossier Patient) et de l'échange d'information sanitaire (via un système de MSS), les professionnels de santé ont exprimé le besoin de disposer d'une plateforme qui leur permette de partager des connaissances et d'échanger des informations, non indexées sur le patient, dans le cadre d'une filière, d'une prise en charge ou d'une situation d'exercice particulières.

Cette plateforme doit comporter principalement : un espace de travail collaboratif sécurisé, un espace de partage documentaire, un espace d'échange et de communication entre PS autour de thématiques particulières, un accès à l'annuaire des acteurs de santé, la possibilité de gérer des réseaux de professionnels ainsi que la possibilité de réaliser des réunions en ligne. Le concept de Réseau Social d'Entreprise (RSE) a été cité pour illustrer ce besoin.

### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Parcours de Santé/Social et Coordination :

-  **Moyenne** pour l'objectif de « Recueillir et partager les informations Patient/Usager »
-  **Majeure** pour l'objectif d'« Améliorer la communication entre PS/Social »
-  **Faible** pour l'objectif d'« Améliorer l'interopérabilité entre les SI »
-  **Significative** pour l'objectif de « Outiller le parcours de Santé-Social »

Pour le Domaine Production de soins :

-  **Moyenne** pour l'objectif de « Favoriser le développement de la Télémédecine »
-  **Significative** pour l'objectif de « Maîtriser et sécuriser les échanges d'information »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

-  **Fortement** l'ambulatoire
-  **Fortement** l'hospitalier
-  **Fortement** la prévention
-  **Fortement** le médico-social et
-  **Fortement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

La cible sur le périmètre concerne la mise en place d'une plateforme de services génériques de collaboration qui permettrait à des communautés de se doter d'espaces dédiés ou de profiter des services communs. Elle comprend les fonctions suivantes :

Fonctions	Description
Gestion des accès	Gestion des profils, des droits et des autorisations Identification et authentification unique des utilisateurs <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les ES-MS : accès par délégation d'annuaire</li> <li>• Pour les professionnels libéraux, Authentification par carte CPS</li> <li>• Pour un accès sur le portail : Utilisation de mots de passe à usage unique</li> </ul> Propagation de l'authentification sur les applications (SSO) Traçabilité des accès Assurance du respect de la charte d'utilisation
Fédération de services	Accès aux services fonctionnels de l'ENRS (à travers des liens ou avec la mise à disposition directe (encapsulation) de services fonctionnels (exemple : alertes sur la disponibilité en lits)
Espace de partage documentaire (GED) et de travail collaboratif sécurisé (groupware)	Publication et partage de documents (exemples : Protocoles de prise en charge, procédures...) dans un espace organisé (GED) Gestion de contenu des documents et des versions Recherche multicritères et <i>full text</i> Possibilité de mise en place de formulaires de saisie dédiés à une problématique donnée
Espace d'échange et de communication entre PS autour de thématiques (type réseau social)	Accès à l'annuaire des acteurs de santé du référentiel Possibilité d'enrichir l'annuaire avec les acteurs de la communauté Espaces thématiques (ex. animateur de territoire), Forum...
Réunion en ligne (en option)	Réservation des ressources de la réunion Invitation et notification de RDV Mise en relation à distance des intervenants (visio/audio conférence). NB : Techniquement il pourrait s'agir de mettre en place un pont de visioconférence pour interconnecter plusieurs systèmes de visioconférence existants.

L'accès à la plateforme d'échanges entre PS dont il est question ici est réservé à un groupe fermé d'utilisateurs. Cette plateforme sera segmentée en communautés. Les différents types d'information qui seront disponibles sur la plateforme ne seront pas accessibles par tous. Suivant la communauté, les acteurs membres auront seulement accès à des informations ou des services bien déterminés.

#### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Aujourd'hui, le projet Portail ENRS (<https://pro.sante-idf.fr>) permet de fournir un point d'accès technique unifié (SSO) et sécurisé (notamment à travers la carte CPS) à l'ensemble des SI de l'ENRS utilisés par les professionnels. Il est prévu sur le très court terme le développement du concept de fédération d'identités des professionnels de santé entre l'ENRS et les établissements utilisateurs afin de faciliter son utilisation en établissements.

Par ailleurs, conformément à la directive nationale, chaque ARS a mis en place une Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) qui a pour objectif de proposer des informations et des services à tous les professionnels de santé qui ont pour projet de s'installer ou sont déjà installés dans la région et fournir des informations liées à la carrière des PS (formations initiales, choix de mode d'exercice, projets d'exercice coordonné, suivi du développement professionnel). De plus, elle permet de relayer les initiatives proposées par les acteurs mobilisés dans la région et propose des informations sur la politique régionale de santé, les événements dédiés aux professionnels de santé et les démarches à effectuer... Cette plateforme est hébergée sur le site de l'ARSIF.

A ce jour, il n'existe pas de lien entre ces 2 plateformes.

#### 5) Scénario envisagé : développement en soutien au déploiement des services de coordination

Le projet PLATERFORME existant est un portail d'accès aux applications de l'ENRS qui nécessitent une authentification et à des applications fournissant du contenu. Il a vocation à donner la vision unifiée à un professionnel des applications dont il a usage et sur lesquelles il a des droits. Il couvre de ce fait les besoins de « Gestion des accès » et de « Fédération de services ».

Le but de la présente initiative est d'étendre le périmètre du projet PLATERFORME pour pouvoir mettre en place des espaces de partage.

La palette de services est vaste et le niveau de sophistication peut varier fortement d'un besoin à l'autre.

Ces services ont vocation à soutenir les processus de prise en charge des usagers/patients. Leur conception, construction et déploiement doit être organisée en fonction de ces usages.

Ces services ont leur raison d'être en eux-mêmes, néanmoins la modalité de déploiement doit être guidée par le service rendu et la simplicité d'accès et d'usage.

La stratégie retenue est de faire porter la mise en œuvre des services selon les opportunités de projets métier qui se présentent et qui expriment le besoin de mettre en place un des services d'échange et de partage.

Ces services devront être conçus dans un souci de réutilisation en privilégiant la construction « générique ». Leur promotion auprès de l'ensemble des acteurs de la région devra être organisée notamment auprès des petites structures qui se trouvent rarement dans le premier cercle des acteurs les mieux informés.

Des actions de communication, d'information, voire de formation devront être envisagées afin de faire connaître la mise en place de ces services et d'aider à leur prise en main par les acteurs intéressés.

Leur coût de mise en œuvre peut être considéré comme relativement faible au regard des bénéfices attendus.

### 5.2.3. Initiative 6 – Mutualiser les services communs et urbaniser le domaine Télémedecine

#### 1) Problématique posée

Le développement de la télémedecine (TLM) est une priorité du PRS qui évoque différentes thématiques de Prise en charge concernées et en particulier le besoin de soutenir de nouvelles organisations radiologiques organisées autour de plateaux territoriaux partagés d'imagerie permettant de mutualiser les équipes médicales et les équipements, autour d'un projet médical commun.

Aujourd'hui, à travers le Programme Régional de Télémedecine (PRT), l'ARSIF a fait le choix d'impulser les projets de télémedecine sur la région, en vue d'accélérer la diffusion de cette pratique et de répondre aux attentes prioritaires dans certains domaines (AVC, UNV, santé des détenus (dermatologie), néonatalogie...).

Pour ne pas ralentir la mise en œuvre de ces projets, l'ARSIF n'a pas cherché à les mettre en perspective ni à mutualiser les moyens.

Dans le cadre du SDRSI, il est opportun de mener une réflexion sur le socle commun afin de rationaliser les développements et de mettre en cohérence les projets de télémedecine.

L'enjeu majeur de ce domaine consiste à laisser les projets actuels avancer pour répondre aux attentes métier tout en :

- Menant une réflexion prospective sur la rationalisation ;
- Prenant en considération les contraintes des marchés publics car, généralement, chaque projet métier fait l'objet d'un marché public distinct.

#### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Parcours de Santé/Social et Coordination :

-  **Moyenne** pour l'objectif de « Recueillir et partager les informations Patient/Usager »
-  **Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer la communication entre PS/Social »
-  **Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer l'interopérabilité entre les SI »
-  **Moyenne** pour l'objectif de « Outiller le parcours de Santé-Social »

Pour le Domaine Production de soins :

-  **Majeure** pour l'objectif de « Favoriser le développement de la Télémedecine »
-  **Moyenne** pour l'objectif de « Maîtriser et sécuriser les échanges d'information »

Pour le Domaine Support :

-  **Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer la sécurité des SI au niveau régional »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

-  **Faiblement** l'ambulatoire
-  **Significativement** l'hospitalier
-  **Moyennement** la prévention
-  **Moyennement** le médico-social et
-  **Nullement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

Pour rappel, les actes définis dans le décret Télémedecine d'octobre 2010 sont :

- La **téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.
- La **téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
- La **télesurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;
- La **téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- La **réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale.

Le socle commun de télémedecine défini dans le cadre des travaux du SDRSI comprend les fonctions suivantes :

Fonctions	Description
Gestion de <i>workflow</i>	Fonctions destinés aux actes de téléexpertise, de téléconsultation, de t��lesurveillance et de réponse médicale : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de la demande et de la réponse et de son circuit (traçabilité)</li> </ul>
Gestion du Télé – Dossier	Gestion de l'ensemble des informations nécessaires à la session de télé médecine <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des informations spécifiques à partager (contexte clinique, images, documents, données de surveillance...)</li> <li>• Production et mise à disposition de CR d'examen sur la plateforme de TLM</li> </ul>
Intégration Dossier Patient (option)	Intégration d'une partie du dossier patient des acteurs dans le dossier de TLM <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le sens requérant – requis pour la mise à disposition des documents préalables</li> <li>• Dans le sens inverse pour réintégration des résultats d'examen</li> </ul>

La télémédecine fait appel à des fonctions supports couvertes par d'autres initiatives du SDRSI :

Fonctions	Description
Annuaire des ressources	Annuaire des ressources impliquées dans l'acte de TLM
Identifiant Patient (option)	Mise en place d'un identifiant patient partagé (n'est pas requis mais favorise l'intégration avec les SI existants)
Échanges sécurisés	Une messagerie sécurisée commune à l'ensemble des acteurs Une solution de d'échanges sécurisés (espaces de partage pour échanges de documents...)
Partage documentaire	Protocoles de TLM, Protocoles médicaux d'ES, Procédures, Supports de formation...
Réseau Télécom	Réseau Très Haut Débit permettant l'échange des éléments nécessaires à l'acte.
Gestion de la Visio et Web conférence	Gestion du système de Visioconférence incluant les fonctions de web conférence (fonctions de partage de documents, de partage de curseur...)

#### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Les projets de Télémédecine du PRT sont :

Projet	Description
TELEGERIA	Plateforme de télémédecine au service des personnes âgées en EHPAD
Téléconsultations d'Ophthalmologie [91]	Téléconsultations d'ophtalmologie
Projet régional de télé pathologie	Téléexpertise en anatomo-pathologie
Plateforme de Téléradiologie mutualisée [RIP93]	Mutualisation d'une plateforme de télé radiologie de l'IMPF
MATRIX	Réseau de relecture d'imagerie pédiatrique pour les grands prématurés
DITE ROP	Téléexpertise pour le dépistage de la rétinopathie du prématuré
Hôpitaux de Saint-Maurice	Télémédecine dans différentes thématiques spécialisées des Hôpitaux de Saint-Maurice
Santé Service HAD	Télémédecine pour la prise en charge postopératoire orthopédique en HAD
PIMP's	Plateforme e-santé concernant l'insuffisance cardiaque chronique
Télédermatologie pour les détenus	Téléexpertise dermatologique pour les personnes détenues (UCSA)
ORTIF TELENEURO	Solution de téléexpertise neurologique / neurochirurgicale depuis les services d'urgence
TMG 91	Plateforme de télé-suivi et de téléconsultations au service des personnes âgées en EHPAD
TéO	Plateforme pour le suivi des personnes atteintes d'obésité sévère
eVline	Réseau de télémédecine pour la gestion des urgences en EHPAD

Début 2013, la plupart de ces projets sont lancés et en cours de cadrage ou de consultation du marché avec pour la plupart des objectifs de mise en œuvre en 2014.

Par ailleurs, le projet Région Sans Film (RSF), largement déployé au niveau des établissements de santé de la région Ile-de-France, propose des services de RIS/PACS mutualisés et offre des possibilités de partage d'images pouvant servir à la téléexpertise sans pour autant que ce partage soit réalisé de façon « industrielle ». À terme (à l'horizon 2015), certains établissements participant à RSF seront raccordés à Ortif-Téléneuro ce qui permettra d'implémenter des services de gestion des workflows manquants actuellement.

En effet, le projet Ortif-Téléneuro en cours vise – au-delà de sa couverture fonctionnelle sur les urgences neurologiques – à servir de socle commun « générique » pour les futurs projets de TLM. Sa consultation doit se terminer en juillet 2013 avec trois priorités :

- *Neuro-chirurgie* : Remplacer l'outil TELIF actuellement en place sur une cinquantaine d'établissements franciliens, puis généraliser sur l'ensemble des sites d'urgence ;
- *AVC* : Déployer la solution sur deux territoires pilotes puis généraliser sur toute la région (extension à l'ensemble des 19 UNV et aux sites d'urgences de la région)
- *MATRIX* : déploiement d'un démonstrateur sur 13 sites

Le déploiement démarrera au dernier trimestre 2013. Il faudra a priori attendre la fin du déploiement sur les périmètres prioritaires avant d'envisager la réutilisation du socle commun. Les réseaux de télémédecine non gérés par le GCS devront également respecter les principes d'urbanisme.

## 5) Scénario envisagé : bâtir un socle commun à partir de Télé-Neuro et expérimenter sur la télésurveillance et la téléassistance

Le principe d'urbanisation adopté est de mettre en place une logique de cohérence globale construite dans le temps sans pour autant freiner les initiatives en cours. Ainsi, tout projet de télémédecine doit faire l'objet d'une étude initiale pour déterminer :

- S'il existe une solution technique en place capable de couvrir le projet,
- Si ce n'est pas le cas (pour des raisons techniques ou de calendrier), veiller à la mise en cohérence du projet avec l'architecture régionale qui se met en place,
- Réciproquement, si l'architecture régionale semble ne pas pouvoir couvrir ce type de besoin, identifier les manques.

Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) a permis de lancer 14 projets de télémédecine (TLM) auxquels se sont ajoutés depuis des appels à projets de télémédecine relatifs au handicap

Le besoin de mettre en place un socle d'outils communs aux projets de télémédecine a été identifié préalablement au SDRSI. Le projet ORTIF TELENEURO en cours a été conçu pour fournir un socle commun pour les projets de TLM. Ce socle devra pouvoir répondre aux futurs projets de télémédecine telle que la téléconsultation ou la téléexpertise.

Toutefois, le domaine de la télémédecine est encore peu structuré, tant du point de vue de l'expression des besoins (hétérogénéité des demandes et des niveaux de service attendus) que du point de vue industriel (faible lisibilité des prix et des alliances). Les travaux menés à l'échelle de la région doivent chercher à construire des solutions industrialisables. Il est essentiel de rester en veille sur les projets réalisés dans les autres régions et de partager les expériences sur des problèmes similaires.

Par ailleurs, la TLM devenant un nouveau mode de prise en charge, elle doit s'intégrer dans l'environnement des professionnels, au même titre que les autres outils. Dès lors, il faut définir les règles et les modalités d'interopérabilité avec les SI métier des différents acteurs et prendre en considération :

- Les impacts sur les niveaux de services attendus et les coûts associés. Il faudrait idéalement pouvoir distinguer plusieurs niveaux de services correspondants à la criticité de la thématique adressée par le projet de TLM (Urgence vitale ou non, hors urgence...)
- Les conséquences en termes de changement d'organisation et de modifications des pratiques ainsi que la nécessité d'une évaluation médico-économique.

En revanche, les projets de télésurveillance ou de téléassistance sont encore très peu nombreux. Il semble encore un peu tôt pour définir un socle commun sur ces 2 volets. Il est préconisé de lancer d'autres projets afin de mieux maîtriser les besoins et usages.

## 5.2.4. Initiative 7 – Mettre en œuvre un système d'Identification partagée du Patient/Usager

### 1) Problématique posée

Les orientations issues du domaine « Parcours Santé/Social et Coordination » mettent en évidence la nécessité de partager entre professionnels des informations sur les patients et usagers impliqués. Ce partage doit nécessairement s'appuyer sur des règles d'identification des patients et usagers permettant de garantir et sécuriser ce partage.

À ce jour, chaque logiciel professionnel utilise son propre mécanisme d'identification, basé sur ses propres règles d'identito-vigilance. Si des rapprochements et consolidations existent dans les établissements, la mise en commun de ces informations n'a pas été envisagée à l'échelle régionale.

L'inexistence d'une solution nationale couvrant 100% des patients bloque considérablement le développement des solutions de partage d'information.

Toutefois, indépendamment d'un identifiant reconnu, les données d'identification associée à l'identifiant doivent également faire l'objet d'une normalisation si l'on veut pouvoir échanger de l'information de manière fiable et sécurisée.

Et in fine, pour que l'on puisse mettre en regard l'ensemble des identités détenues par chaque acteur de santé, il va falloir déterminer les règles pour déterminer la bonne information en d'écart constaté.

### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Parcours de Santé/Social et Coordination :

-  **Majeure** pour l'objectif de « Recueillir et partager les informations Patient/Usager »
-  **Significative** pour l'objectif d'« Améliorer la communication entre PS/Social »
-  **Significative** pour l'objectif d'« Améliorer l'interopérabilité entre les SI »
-  **Majeure** pour l'objectif de « Outiller le parcours de Santé-Social »

Pour le Domaine Production de soins :

-  **Faible** pour l'objectif de « Favoriser le développement de la Télémédecine »
-  **Significative** pour l'objectif de « Maîtriser et sécuriser les échanges d'information »

Pour le Domaine Support :

-  **Significative** pour l'objectif d'« Améliorer la sécurité des SI au niveau régional »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

-  **Fortement** l'ambulatoire
-  **Fortement** l'hospitalier
-  **Fortement** la prévention
-  **Fortement** le médico-social et
-  **Fortement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

La cible fonctionnelle sur le périmètre concerne la mise en place d'une organisation permettant le rapprochement des identités en y associant la création d'un identifiant géré au niveau régional permettant l'échange et le partage sécurisés des informations liées au Patient.

L'identifiant doit couvrir l'ensemble de la population pouvant potentiellement faire l'objet d'une prise en charge médicale, médico-sociale ou sociale.

### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Au niveau régional, à ce jour aucune application de l'ENRS n'utilise d'identification du Patient Partagé. Les projets à venir, notamment ceux concernant la coordination entre PS vont nécessiter la mise en œuvre d'un identifiant partagé permettant l'échange des données entre les acteurs de santé.

En dehors de l'ENRS :

- Certains projets de coopération entre établissements ont donné lieu à des solutions locales de rapprochement d'identité Patient
- L'AP-HP a entrepris un vaste chantier de mise en œuvre d'un identifiant unique à l'ensemble de ses établissements à l'occasion de la mise en œuvre de son dossier patient (ORBIS)

Ces expériences restent limitées et ne permettent pas une généralisation à plus grande échelle d'où la nécessité de lancer une initiative sur ce sujet.

Au niveau national, la stratégie portée par l'ASIP Santé est de mettre en place à terme un Identifiant National de Santé attribué aléatoirement (INS-A) à tout bénéficiaire de l'Assurance Maladie. Dans l'attente de l'INS-A, un algorithme partagé de génération d'identifiant a été mis en œuvre. Les identifiants ainsi calculés sont appelés INS-C (INS-Calculé). L'INS-C peut être calculé localement dans tout SI de Santé en appliquant un algorithme connu de tous les acteurs sur un nombre réduit de traits d'identité extraits de la carte Vitale du patient (NSS, prénoms et date de naissance).

La mise en place d'un identifiant national, implémenté dans les applications utilisées par les professionnels de santé permettrait de répondre à la problématique rencontrée. Cependant la stratégie et l'avancement du déploiement de l'INS ne permettent pas de baser les outils de la coordination et du partage sur cette information :

- L'INS-C, qui ne peut être généré à ce jour pour les ayants-droits, ne couvre qu'une partie de la population ;
- L'avancement du déploiement à l'échelle nationale et sa répercussion dans les outils métiers est difficilement quantifiable. Les chiffres de l'OSIS (Observatoire des Systèmes d'Information de Santé) montrent que l'INS-C n'est quasiment pas déployé en Ile-de-France.

Par construction et pour éviter la propagation d'erreurs liées à l'absence de charte d'identito-vigilance partagée, l'INS ne peut être transféré lors du rapprochement de deux identités, l'une des deux véhiculant l'INS.

Ceci limite fortement la généralisation de l'usage, surtout dans des domaines où la population concernée est exclue de facto du périmètre de l'INS-C comme par exemple la petite enfance.

Néanmoins la mise en place de l'INS présente des avantages qui à plus long terme peuvent favoriser le déploiement des Systèmes d'information partagés :

- L'existence d'une politique d' « INS compatibilité » avec la définition de spécifications d'intégration et la mise en place d'un référencement des logiciels intégrant le calcul de l'INS-C (référencement géré par le centre national de dépôt et d'agrément (CNDA))
- La compatibilité avec le DMP dont la clé d'indexation est l'INS

En septembre 2013, la DGOS a sollicité la CNIL pour examiner à nouveau l'utilisation du NIR comme identifiant partagé. La réponse de la CNIL n'est pas encore connue. La possibilité de l'usage du NIR dans les échanges simplifierait fortement le déploiement de solutions partagées, même si à elle seule elle ne peut résoudre les problématiques de rapprochement d'identité.

D'autres approches d'identification Patient partagée régionalement ont été mises en place dans les autres régions. Celle qui retient le plus d'attention ici est l'approche de la région Rhône-Alpes.

En effet, cette région a mis en œuvre en 2005 un Identifiant Patient Régional Partagé (IPPR) qui fonctionne de la façon suivante :

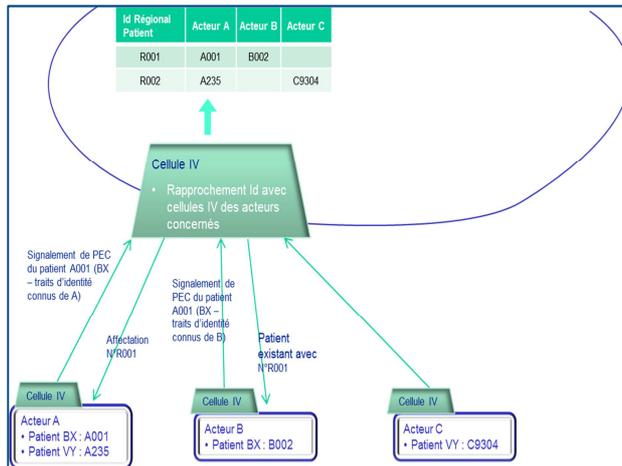
- Chaque patient dispose d'un IPPR unique associé à un Identifiant Patient Permanent Local (IPPL) pour chacun des établissements ayant participé à sa prise en charge (PEC) ;
- L'IPPR est attribué par un serveur central (le STIC : Serveur Télématique d'Identité Communautaire) dès lors qu'un identifiant local est créé dans un établissement.
- Le STIC stocke l'IPPR et assure le lien entre l'IPPR et les identifiants locaux des patients dans chaque établissement ;
- Une cellule d'Identito-vigilance régionale garantit l'unicité de l'IPPR ;
- Ce fonctionnement est corrélé à l'utilisation par les établissements de la Charte Régionale d'Identification du Patient (CRIP) ;

L'IPPR permet l'échange de dossiers informatisés entre professionnels de santé, principalement à travers le Dossier Patient Régional Réparti (DPPR) et un système d'échange faisant office de messagerie sécurisée, le système ZEPRA (Zéro Papier en Rhône-Alpes). À fin 2012, près d'3,5 millions d'IPPR étaient gérés par le STIC.

## 5) Scénario envisagé : mise en place d'un système d'identification régional du patient

Un système d'identification régional consiste à mettre en place une organisation qui permette de rapprocher les identités existantes et futures en leur associant un identifiant après avoir confronté et validé les traits d'identité.

L'objectif poursuivi dans cette stratégie est d'installer une solution pérenne de rapprochement d'identité qui s'appuie sur les organisations locales d'identito-vigilance.



L'objectif est de pouvoir s'appuyer sur un référentiel d'identité fiable et partagé à partir duquel pourront se déployer des services d'échange et de partage en toute confiance.

Indépendamment du choix qui sera en définitif retenu au niveau national (INS-A ou NIR), il faudra de toute façon organiser son déploiement et s'assurer que l'affectation d'un identifiant à une identité se fait correctement et sans ambiguïté.

La mise en place de place du système d'identification régional du patient apportera ainsi une approche opérationnelle de propagation d'un identifiant national partagé une fois que celui-ci aura été défini.

Le fait d'installer un système régional donne une garantie de sécurité aux services qui s'adosseront à ce partage d'identité. L'identifiant régional doit être perçu comme un identifiant technique d'échange et de qualité de l'identité. Comme cela sera décliné dans l'initiative relative au système de partage d'information sur la patient/usager, cet identifiant régional permet à chaque acteur de dialoguer avec tout autre acteur sans avoir à connaître le système d'identification interne de chacun d'eux.

Les principaux impacts de ce scénario sont :

- La nécessité de mise en place d'une cellule d'Identito-Vigilance et des procédures associées (comprenant l'adoption d'une charte commune d'Identification) ;
- Une phase d'amorçage potentiellement longue avant de pouvoir généraliser les usages.

## 5.2.5. Initiative 8 – Mettre en œuvre un système de partage d'information Patient/Usager

### 1) Problématique posée

Le partage des données patient entre professionnels est un besoin prioritaire cité dans l'ensemble des ateliers d'expression des besoins. Il concerne l'ensemble des acteurs (Ambulatoire, hospitalier, médico-psycho, social...) et est d'autant plus prégnant que le nombre d'acteurs impliqués dans une prise en charge est important.

Selon le besoin identifié, les données à partager pourront concerner :

- des données médico-psycho-sociales de synthèse (dossier de synthèse) concernant le patient et les épisodes de PEC ;
- des fiches de liaison et de suivi utilisées lors des transitions entre les différentes étapes du parcours de santé<sup>5</sup> ;
- le plan de santé personnalisé<sup>5</sup> dans le cadre d'un parcours de santé planifié ou suivi ;
- ...

Peu de documents sont normalisés pour le parcours de santé : fiche de liaison, PPS, dossier social...et ceux qui existent sont le plus souvent le fruit d'un travail bilatéral entre 2 acteurs qui a un moment donné éprouvent le besoin de « protocoliser » leurs échanges.

Plusieurs projets ont été constitués en France pour parvenir à couvrir ce besoin. À l'échelle nationale, le projet DMP, s'est positionné comme la solution de référence pour le partage d'informations entre les professionnels. À moindre échelle, certaines régions (Rhône-Alpes, Franche-Comté) avaient fait le choix de mettre en place un dossier patient partagé régional (DPPR).

Après plusieurs années d'effort, le déploiement du DMP reste faible. Peu d'établissements sont en capacité d'alimenter, et peu de professionnels l'utilisent. Sa mise en place se révèle complexe, son déploiement long alors que les usages tardent à apparaître.

Cette situation est accentuée par le contexte national difficile du projet DMP. Le DMP est en cours de recadrage par une commission décidée par la ministre de la santé en mars 2013 et pilotée par la DSSIS.

Certaines régions ont fait le choix d'un Dossier Médical régional à usage professionnel et sont parvenues à un niveau de déploiement plus important, même si les usages ont été difficiles à démarrer.

La région Ile-de-France avait fait le choix lors du précédent SDRSI de ne pas développer un dossier patient régional en attendant de disposer d'un Dossier Médical Personnel au niveau national. Cette position n'est aujourd'hui plus tenable. La région Ile-de-France se trouve devant un choix déterminant pour l'avenir de son SI de Santé Partagé. Une stratégie régionale concernant le Dossier Patient doit être définie et des orientations doivent être fixées pour permettre le partage des données Patient/Usager. Cette stratégie doit s'articuler autour d'usages clairement définis, pour favoriser un déploiement rapide par zones d'intérêt et une prise en main immédiate par les professionnels.

<sup>5</sup> On décrit ici uniquement le besoin de partage de ces fiches et documents et non leur production et leur gestion qui font quant à eux partie du dossier de coordination décrit dans le § Annexe 1.5.1.1 « Initiative 1 – Mettre en œuvre les outils de la coordination dans le cadre d'un parcours de Santé/Social » décrit ci-dessous.

Le DMP est constitué de documents issus pour la plupart des dossiers patients des ES ou des professionnels. Si ces acteurs ne disposent pas de dossier professionnel, le DMP ne sera jamais alimenté. De plus, l'intégration du DMP doit être native dans les SIH, SI-EMS et LGC.

## 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Parcours de Santé/Social et Coordination :

-  **Majeure** pour l'objectif de « Recueillir et partager les informations Patient/Usager »
-  **Significative** pour l'objectif d'« Améliorer la communication entre PS/Social »
-  **Faible** pour l'objectif d'« Améliorer l'interopérabilité entre les SI »
-  **Majeure** pour l'objectif de « Outiller le parcours de Santé-Social »

Pour le Domaine Production de soins :

-  **Moyenne** pour l'objectif de « Favoriser le développement de la Télémédecine »
-  **Significative** pour l'objectif de « Maîtriser et sécuriser les échanges d'information »

Pour le Domaine Support :

-  **Significative** pour l'objectif d'« Améliorer la sécurité des SI au niveau régional »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

-  **Fortement** l'ambulatoire
-  **Fortement** l'hospitalier
-  **Fortement** la prévention
-  **Fortement** le médico-social et
-  **Fortement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

La cible sur le périmètre devra être précisément définie suivant chaque usage identifié et en fonction des capacités de production d'informations par les acteurs de santé. Cette cible pourra comprendre les fonctions suivantes :

Fonctions	Description
Gestion du dossier administratif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des informations liées à l'identité (adresse, contacts, entourage)</li> <li>• Identification des acteurs de la prise en charge (MT et d'autres Professionnels prenant en charge le patient...)</li> <li>• Gestion des informations de PEC (AM, Mutuelle, aide médicales...) et leur mise à jour</li> <li>• Gestion des consentements et souhaits patient (consentement sur le partage de données, personne de confiance, directives anticipées, dons d'organes...)</li> </ul>
Gestion du dossier médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergies, antécédents,...</li> <li>• Dossier de synthèse (par épisode de soin)</li> <li>• CR de consultation, d'hospitalisation, d'examen...</li> </ul>
Accès au dossier pharmaceutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès à l'historique des médicaments délivrés</li> </ul>
Gestion du dossier social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation de patient/usager nécessitant une prise en charge particulière : isolement logement, précarité, handicap, etc</li> </ul>

Le dossier Patient décrit ici est principalement à usage professionnel. Les mécanismes de gestion des droits d'accès du DPPR peuvent être reproduits à savoir : Les professionnels de santé des établissements dans lequel le patient est pris en charge ont par défaut accès aux données patient dans la mesure où celui-ci a donné son consentement. Ce qui assoupli la gestion contrairement au DMP où le patient détient la responsabilité de la gestion des accès.

### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Au niveau régional il n'existe pas aujourd'hui une solution unique de partage des données Patient/Usager. Les projets émergents nécessitant le partage de données patient (Informatisation des réseaux Pédiatrie-Périnatalité, certains projets de télémédecine) doivent étudier des solutions de partage au cas par cas.

Par ailleurs, le projet national DMP est très faiblement déployé sur la région : 25 ES de santé sont concernés sur 450 et près de 8500 DMP ont été créés au niveau de la région (en janvier 2014, il existait environ 425 000 DMP au niveau national).

Au niveau national, la stratégie portée par l'ASIP Santé au niveau du DMP reste aujourd'hui critiquée. Dans son intervention du 28 mars, la ministre de la santé a souhaité redonner une nouvelle orientation au DMP avec utilisation prioritaire dans des cas de prises en charge spécifiques (Maladies chroniques) et possibilité d'assouplissement des règles d'utilisation pour les cas les plus usuels. Une commission est mise en place pour instruire ce sujet. Elle est pilotée par la DSSIS et devrait rendre son rapport en juin 2013.

Dans sa mouture actuelle, le DMP est prévu pour contenir essentiellement des informations médicales : antécédents, allergies, traitements, comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, résultats d'examen (radios, analyses biologiques...). Le volet social n'est pas développé, ce qui occulte une grande partie de la problématique d'organisation de la prise en charge du patient. Certaines initiatives de cette nature voient le jour (CG du 78) qu'il faudrait analyser pour étudier leur apport et leur possible généralisation.

Les principales forces du projet DMP sont d'avoir développé une politique de « DMP compatibilité » avec la définition de spécifications d'intégration et la mise en place d'un référencement des logiciels compatibles (référencement géré par le centre national de dépôt et d'agrément (CNDA)). Le projet DMP a également franchi les obstacles juridiques liés au partage de données médicales, y compris la gestion du consentement Patient. Il a permis de mettre en œuvre un espace de confiance garantissant la confidentialité et la sécurité des données, indispensable au développement de l'usage.

Cependant, pour réussir, le DMP a donné au patient la responsabilité entière de la gestion de ses données et de la visibilité sur ces données. Ceci nuit à un usage professionnel qui nécessite que tout professionnel intervenant dans le parcours du patient puisse avoir une visibilité sur certaines informations nécessaires à la prise en charge.

Une fois créé, le patient aura accès librement à son DMP. En revanche, il devra donner à chacun de ses professionnels de santé l'autorisation d'accéder à son DMP, pour leur permettre de le consulter et d'y ajouter les informations qu'ils jugent utiles à la coordination des soins. Chacun des accès est tracé (date et heure de l'accès, nature – consultation ou ajout de document). Ainsi, le patient peut suivre les informations qui constituent son dossier, mais aussi s'assurer que seuls des professionnels de santé qu'il a habilités y accèdent. Tout accès non autorisé est passible de poursuites pénales.

Le DMP dans l'état actuel est assimilé à un coffre-fort : même s'il contient des éléments, il est très difficile pour les professionnels de santé d'y accéder et de trouver l'information recherchée (absence de hiérarchie dans les documents, absence de vue synthétique...). Il est donc très difficile d'identifier les informations en lien direct avec une prise en charge spécifique. Ainsi construit, plus il sera alimenté et plus il sera difficile à utiliser.

La clé d'identification du DMP est aujourd'hui l'INS-C ce qui exclut les non-bénéficiaires de l'INS-C (ex. enfants vulnérables devant être suivis dans le cadre du projet d'informatisation du réseau Pédiatrie-Périnat).

Au niveau d'autres régions, plusieurs approches de dossier patient partagé existent, celle qui retient le plus d'attention est l'approche de la région Rhône-Alpes.

En effet, le Dossier Patient Régional Réparti (DPPR), développé par le GCS SISRA, est un dossier internet partagé entre le patient, les praticiens de la Ville et de l'Hôpital dont l'accès est sécurisé soit par utilisation de la carte CPS soit à travers les systèmes d'information des adhérents.

À la différence du DMP, le DPPR ne conserve pas toutes les informations produites par les acteurs de santé, mais seulement leurs références. Les informations restent majoritairement réparties chez les acteurs les ayant créés dans leur format d'origine et sans altération. Néanmoins, le DPPR offre la possibilité de partager des documents en cas de besoin.

Les méthodes d'accès sont multiples et seul le professionnel de santé qui prend en charge le patient a le droit d'accéder au dossier :

- S'il est habilité, c'est-à-dire autorisé à voir le dossier suite à la signature d'un formulaire par le patient ou s'il fait partie de l'équipe du médecin habilité ;
- Si le patient lui confie sa carte Vitale pour lui autoriser l'accès le temps de la visite ;
- Dans le cas d'une hospitalisation en urgence ;
- S'il est référent du patient (médecin traitant par exemple), il peut être amené à recevoir des messages de type ZEPRA<sup>6</sup> permettant l'accès à un document en particulier.

<sup>6</sup> ZEPRA (Zéro Papier en RA mise en œuvre) est un système d'échange mis en œuvre par le GCS SISRA en Rhône-Alpes. Il est décrit dans le § Annexe 1.555.2.1 « Initiative 4 – Mettre en œuvre la Messagerie de santé sécurisée »

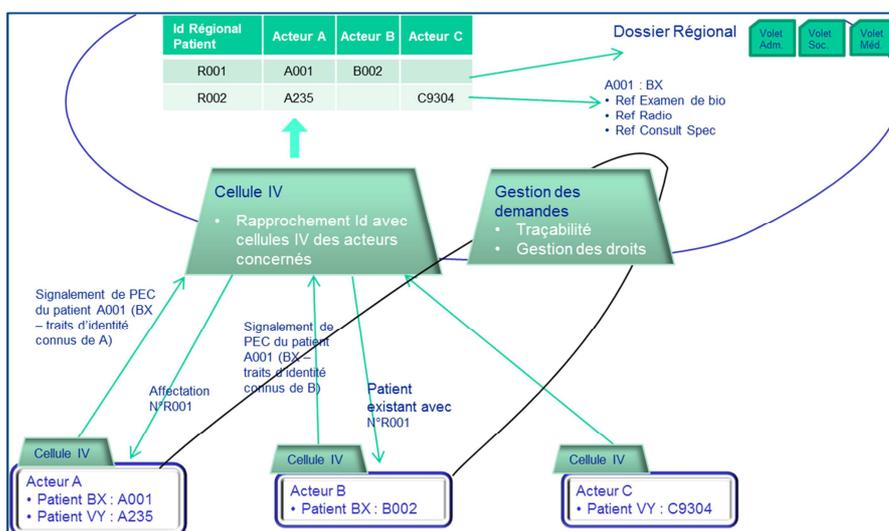
Mis en œuvre en 2005, le DPPR comprenait en octobre 2012 1,5 millions de dossiers, 7 millions d'informations partagées et 2500 utilisateurs du dispositif.

La méthode privilégiée en Rhône-Alpes, non intrusive dans le SI des établissements de santé et basée sur une infrastructure légère, a permis un déploiement rapide et large du DPPR. Cependant l'utilisation du dossier partagé en lui-même s'est avérée dans les premiers temps décevante et limitée à des usages très spécifiques.

Le succès de l'approche a été mis en évidence par la mise en œuvre d'outils dédiés à des usages particuliers basés sur le DPPR, comme la réalisation de réunions de concertation pluri-professionnels (RCP), l'organisation des parcours de santé, la télémédecine, ou le système de dématérialisation des échanges (ZEPRA).

## 5) Scénario envisagé : mettre en place un système de dossier régional réparti

Cette stratégie implique la mise en place du système d'Identification Patient Partagé au niveau régional. Le DPPR développé en Rhône-Alpes pourrait servir de modèle pour la construction d'une solution en Ile-de-France.



Un acteur A ayant besoin d'un document détenu par un acteur B, peut lui adresser une demande sans connaître l'identification interne de cet acteur, la table de référencement régional permet de s'affranchir de cette connaissance.

L'acteur B répond favorablement en mettant à disposition les documents sur une plateforme de dépôt sécurisé (soit sur l'ENRS, soit qui lui est propre) et renvoie au demandeur l'URL d'accès.

Cette stratégie nécessite de définir de nouvelles modalités d'intégration mais la réussite du projet en Rhône-Alpes peut être mise à profit pour impulser la mise en œuvre en Ile de France.

La solution DPPR de Rhône Alpes n'intègre pas les professionnels libéraux et le médico-social, le déploiement en Ile de France devra étudier cet élargissement avant toute chose.

Pour sécuriser la stratégie, il a été décidé de s'associer à la région Rhône-Alpes pour élaborer cette solution qu'elle pourra également mettre en œuvre dans sa région. L'apport de son expérience pourra permettre d'accélérer la mise en place et réduire les coûts initiaux.

Par ailleurs, une phase d'amorçage potentiellement longue pourrait être nécessaire avant de pouvoir généraliser les usages. Il est donc nécessaire de bien gérer une phase transitoire en apportant une réponse appropriée aux besoins urgents.

De plus, la problématique de normalisation des échanges est particulièrement importante dans cette initiative du fait de la nécessité d'interopérabilité entre les dossiers patient propres à chaque acteur et le Dossier Partagé.

Cette solution présente l'avantage d'être complémentaire au DMP. Dans ce système, le DMP est vu comme une plateforme de dépôt dans laquelle il est possible d'aller chercher un document mis à disposition qui aura été référencé au niveau régional. Ainsi, quelle que soit la stratégie nationale retenue pour le DMP et l'usage qui en sera fait, la solution retenue dans le cadre du SDRSI, sur le modèle de Rhône Alpes, l'intègre parfaitement comme un composant du système.

## 5.2.6. Initiative 9 – Construire une feuille de route urbanisée du domaine « Référentiel des acteurs de santé »

### 1) Problématique posée

La connaissance de l'offre est un besoin prioritaire exprimé par les acteurs de santé et une priorité du PRS. Elle doit à terme être exhaustive et concerner tous les acteurs :

- Structures sanitaires et médico-sociales dans FINESS ;
- Structures médico-sociales hors FINESS (ex. CLIC, MAIA, MDPH, Maison d'insertion/thérapeutique/d'addiction...) ;
- Structures d'exercice collectif (Maisons et centres de santé), Réseaux de santé (Annuaire et description du réseau et des points d'entrées) ;
- Structures de services (Transports, livraison de repas, autres services à la personne...) ;
- Professionnels de santé en exercice libéral ;
- Réseaux ;
- ...

Le champ étant très vaste et le niveau de description pouvant être très fin, il est nécessaire de procéder par paliers fonctionnels progressifs correspondant à des besoins métiers.

Au-delà de l'identification et de la description réglementaire de l'offre de santé, le besoin d'une meilleure connaissance de l'offre porte sur « la réalité opérationnelle » de l'offre, comme la description des structures organisationnelles des ES/ESMS, les contacts, l'accessibilité, la disponibilité... (cf. § « Cible sur le périmètre » ci-dessous.)

Il est à noter que la problématique d'annuaire pose la difficulté de mise à jour et de fraîcheur des données. Aussi, il est nécessaire que l'ensemble des acteurs concernés participe à la l'alimentation et à la mise en jour des données.

### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Parcours de Santé/Social et Coordination :

 **Majeure** pour l'objectif d'« Améliorer la communication entre PS/Social »

 **Moyenne** pour l'objectif de « Outiller le parcours de Santé-Social »

Pour le Accessibilité et premier recours :

 **Majeure** pour l'objectif de « Décrire opérationnellement l'offre Santé/Social et la partager »

Pour le Domaine Production de soins :

 **Majeure** pour l'objectif de « Favoriser le développement de la Télémédecine »

 **Faible** pour l'objectif de « Maîtriser et sécuriser les échanges d'information »

Pour le Domaine Support :

 **Majeure** pour l'objectif d' « Améliorer la sécurité des SI au niveau régional »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

 **Fortement** l'ambulatoire

 **Fortement** l'hospitalier

 **Fortement** la prévention

 **Fortement** le médico-social et

 **Fortement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

La cible sur le périmètre comprend les fonctions suivantes concernant :

Les structures sanitaires et médico-sociales :

Fonctions	Description
Identification structures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification : ES et EMS juridique et géographique (Finess, SIREN/SIRET),</li> <li>• Structures de coordination et groupes d'ES et EMS (GH, GCS...),</li> <li>• Cabinets et SEC,</li> <li>• Médecine de travail, médecine scolaire, PMI...</li> <li>• Statut juridique, Types d'établissement, Nom, adresse, téléphone, courriel ...</li> </ul>
Description de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorisations de soins, Autorisation d'activité MS, équipement lourds (EML)</li> <li>• Spécialités (liste de spécialités de l'ordre des médecins)</li> <li>• Unités opérationnelles (UO) (Plus petite entité organisationnelle dédiée à une offre de soins) [cf. Nomenclature ROR]</li> <li>• Aptitudes (offre de soins Médicotechnique particulière répondant à une activité d'une UO) [cf. Nomenclature ROR]</li> <li>• Compétences particulières : (Centres de référence, centre de compétences...) [cf. Nomenclature ORPHANET]</li> <li>• Capacité d'accueil (lits et places)</li> <li>• Organisation médico-administratif : Pôles, départements, structure médicale (services, unités fonctionnelles...), Unités opérationnelles, Unités Administration</li> </ul>
Description de la PEC financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en compte de l'aide sociale ou non</li> <li>• Tarification (conventionné (secteur) ou non)</li> <li>• Tarifs</li> </ul>
Annuaire de services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacts (N° de tél, N° de portable, DECT, fax, email) par unité organisationnelle</li> <li>• Contacts destinés aux Institutionnels, dédiés aux ES/PS, dédiés au Patients</li> </ul>

Données dynamiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité : Lits ouverts, lits occupés...</li> <li>• Accessibilité : Horaires d'ouvertures, fermetures (prévisionnelles, temporaires, travaux, indisponibilité, vacances...) d'unités, de consultations (estivales, hivernales, etc.),</li> <li>• Accessibilité physique : Accès au handicapé, accessibilité géographique</li> </ul>
--------------------	---

Les professionnels de santé/social :

Fonctions	Description
Identification Professionnels (santé et social)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification RPPS, ADELI. Profession, Coordonnées</li> </ul>
Description de la PEC financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarification (conventionné (secteur) ou non)</li> <li>• Prise en compte de l'aide sociale ou pas</li> </ul>
Description de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spécialités (liste de spécialités de l'ordre des médecins)</li> <li>• Aptitudes (offre de soins Médicotechnique particulière répondant à une activité d'une UO) [cf. Nomenclature ROR]</li> </ul>
Données dynamiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horaires d'ouverture (estivales, hivernales, etc.)</li> </ul>

Fonctions	Description
Nomenclatures et formats communs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discipline, spécialités, Unités opérationnelles, aptitude, patientée, filière</li> <li>• Normalisation/standardisation des formats de données/description (adresses, téléphone, etc)</li> </ul>
Gestion de la qualité de la donnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de la qualité de la donnée multi-sources, qui permet aux acteurs de modifier directement les informations qui leur sont propres et de signaler des écarts entre les informations fédérales et les informations opérationnelles</li> </ul>

La cible comprend également les fonctions transversales suivantes :

#### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Un projet majeur existe au niveau régional et inter-régional : le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR). Sa feuille de route est à arrimer avec la cible SDRSI.

L'objectif du Répertoire Opérationnel des Ressources (<https://www.ror-if.fr/ror/>) est de fournir un répertoire complet, opérationnel et à jour de l'offre de soins à destination des Professionnels de santé. Au niveau de la description de l'offre de soins, le ROR couvre aujourd'hui :

- L'ensemble des établissements de santé MCO de la région (~450 ES) ;
- L'extension – en cours - du périmètre aux structures SSR, HAD et PSY ainsi qu'aux Laboratoires d'Imagerie médicale ;

- L'extension – à horizon 2013 – du périmètre à l'ambulatoire (Les médecins libéraux participant à la permanence de soins).

Des travaux d'intégration avec les autres applications de l'ENRS ont été menés ou sont planifiés pour enrichir le contenu et améliorer la cohérence d'ensemble :

- Avec le Portail d'accès à l'ENRS pour la gestion et la sécurité des accès ;
- Avec CERVEAU pour la disponibilité en lits et l'activité des urgences ;
- Avec Trajectoire pour la description de l'offre SSR, HAD... ;
- Avec ARHGOS pour les informations réglementaires liées aux autorisations ;
- Avec Orphanet et Basins pour l'alimentation automatisée de l'offre de soin à partir de la nomenclature de l'AP-HP (Basins change sa nomenclature de description de l'offre de soins, et transmet de façon automatisée son offre de soins au ROR).

Le projet REPSIF, quant à lui, a pour but d'assurer l'approvisionnement, la mise en cohérence et la fédération des référentiels sanitaires et MS.

REPSIF jouera à terme le rôle de point d'accès unique pour l'identification et la description des acteurs de santé au niveau de l'ENRS (ROR et autres applications de l'ENRS) et sur le plan régional.

REPSIF est un composant applicatif en cours de mise en place qui permet de fédérer les accès aux référentiels nationaux (FINESS, RPPS, ADELI) et de mettre à disposition ces informations pour des usages régionaux (ARS, GCS, établissements...).

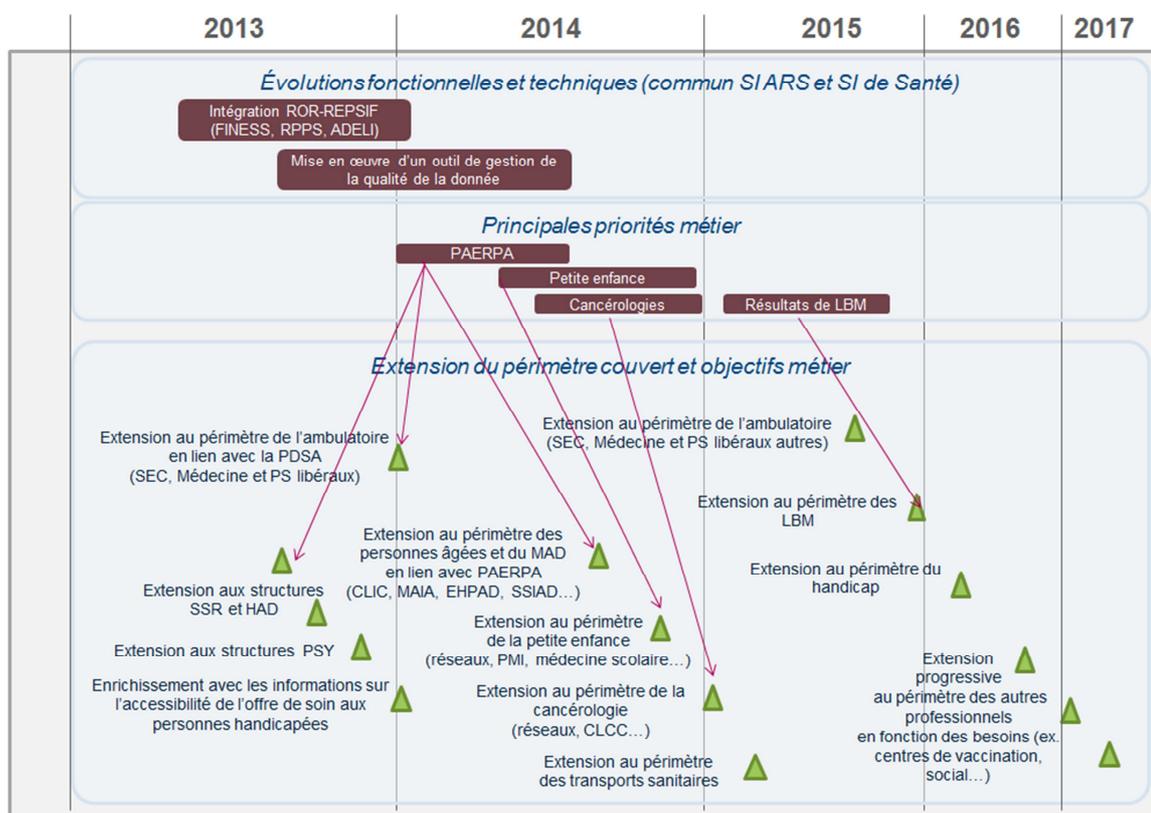
REPSIF sert également pour la data quality management dans la mesure où il va permettre – à travers la mise en place d'un outil et de l'organisation associée – de détecter les écarts entre les différentes origines d'information (réglementaires et déclaratives) afin qu'ils soient corrigés ou expliqués.

Par ailleurs, des travaux ont été menés pour articuler la nomenclature entre Trajectoire et le ROR (qui est maître au niveau du fichier structure qui décrit l'organisation médicale des établissements). Une interface automatique permet aujourd'hui la mise à niveau des nomenclatures entre les 2 outils. Les écarts persistants sont gérés manuellement à l'aide d'une table de correspondance alimentée par l'interface.

Au niveau des autres applications de l'ENRS, aujourd'hui, il n'y a pas de référentiel unique ou un point d'accès unique aux référentiels nationaux.

## 5) Scénario envisagé : le référentiel ROR-REPSIF au cœur du système de santé

La feuille de route présentée ci-dessous est arrimée aux objectifs métiers liés aux projets de coordination décrits précédemment.



Le projet ROR couvrira en 2013 la description de l'offre hospitalière (MCO, SSR, HAD et PSY...) et ambulatoire. L'intégration du ROR avec REPSIF est indispensable pour garantir la cohérence avec les référentiels nationaux (FINESS, RPPS et ADELI). L'extension du périmètre fonctionnel du ROR à l'ensemble du périmètre de responsabilité de l'ARS est nécessaire pour aller vers davantage d'exhaustivité et pour répondre aux besoins en coordination sur les thématiques « métier » prioritaires. En effet, la connaissance de l'offre sur une filière et un territoire donnés sont des conditions préalables à la mise en place des activités de coordination.

Cette extension ne peut se faire sans s'assurer de la qualité des données. Au-delà de l'extension fonctionnelle, l'organisation pour gérer la qualité de l'information est un investissement important qu'il faudrait prendre en considération.

Aussi, l'ensemble des acteurs concernés doivent s'impliquer pour contribuer au maintien de la fraîcheur des données : en vérifiant la qualité des informations, en effectuant les démarches nécessaires pour améliorer cette qualité. Ces démarches devront être définies dans le cadre de la mise en œuvre de l'outil de gestion de la qualité de la donnée.

### 5.3. Initiatives de type « Support au SI de Santé/Social »

#### 5.3.1. Initiative 10 – Créer un dispositif régional d'accompagnement SSI & « Hôpital Numérique »

##### 1) Problématique posée

###### Sécurité des SI

Les ateliers de recueil des besoins ont fait apparaître une attente importante au niveau de la sécurité des SI (SSI) de la part des acteurs métier et des DSI.

De plus, le domaine de la sécurité fait partie des prérequis Hôpital Numérique (HN) et entre en compte dans la certification des ES.

Des prestations d'accompagnement SSI encadrées par un contrat de service existent dans le cadre d'un marché UniHA. Elles sont toutefois peu connues par les acteurs de santé et peu adaptées aux structures de petite taille.

Certaines régions (Pays de la Loire, Bretagne, Midi-Pyrénées...) ont lancé des projets pour amorcer le dispositif et permettre aux établissements d'atteindre les prérequis d'HN.

###### Hôpital Numérique

Concernant Hôpital Numérique, les établissements de santé sont les premiers bénéficiaires du Programme Hôpital Numérique, qui vise à les amener à un niveau de maturité de leurs systèmes d'information suffisant pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires, sur un socle assurant la sécurité des données.

La problématique posée concernant HN est de pouvoir informer et accompagner les ES dans l'appropriation et la mise en œuvre de ce programme en vue d'améliorer le niveau de maturité du SI : Sécurité et couverture fonctionnelle du SI principalement.

##### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Support :

-  **Majeure** pour l'objectif d' « Améliorer l'efficacité et de rationaliser le SI »
-  **Majeure** pour l'objectif d' « Améliorer la sécurité des SI au niveau régional »
-  **Significative** pour l'objectif de « Mettre en œuvre une infrastructure favorisant le développement du SI de Santé »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

-  **Significativement** l'ambulatoire
-  **Moyennement** l'hospitalier
-  **Nullement** la prévention
-  **Significativement** le médico-social et
-  **Moyennement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

Le dispositif d'accompagnement couvre les fonctions suivantes :

Fonctions	Description
Animation régionale de la SSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création et animation d'un réseau régional d'expertise SSI</li> <li>• Diffusion et partage de connaissance SSI</li> <li>• Formation – Veille SSI</li> <li>• Aide à l'accès à des prestations d'accompagnement SSI de type UNIHA</li> </ul>
Accompagnement à l'atteinte des prérequis HN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement à la réalisation de diagnostic « flash »</li> <li>• Accompagnement à la détermination de scénarii de risques et de plans de traitement des risques types</li> <li>• Formation des référents à la sécurité des SI</li> <li>• Accompagnement à la rédaction des PSSI des établissements</li> </ul>

### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Lancé en 2011, le Programme Hôpital Numérique a pour objectifs :

- d'amener l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité de leurs systèmes d'information, permettant l'amélioration significative de la qualité et de la sécurité des soins dans les domaines fonctionnels prioritaires ;
- de soutenir les projets innovants ;
- et de coordonner l'ensemble des acteurs (établissements, industriels, ARS, ministère) autour d'une feuille de route commune pour les SIH.

Il définit 4 leviers d'action : Financer, Renforcer la gouvernance SIH, Renforcer les compétences liées aux SIH et Stimuler et structurer l'offre de solutions.

Pour être éligible à un financement de l'ARS, les ES doivent satisfaire trois prérequis :

- Gestion des Identités-mouvements (ex : existence d'une cellule d'identito-vigilance opérationnelle),
- Fiabilité-disponibilité du SI (ex : existence d'un Plan de Reprise d'Activité (PRA) formalisé et testé)
- Confidentialité (ex : existence d'une procédure d'information des patients sur les conditions d'utilisation des informations de santé à caractère personnel – livret d'accueil...)

Ces prérequis sont assortis de critères d'évaluation et 27 indicateurs Hôpital Numérique ont été intégrés à la certification des établissements par la HAS ; des indicateurs sont également intégrés dans les CPOM établissement.

La DGOS a mis en place une boîte à outils pour accompagner les établissements à l'atteinte des prérequis HN.

Au niveau des domaines fonctionnels, un chantier va être mené, par l'ANAP, dès 2013 sur le plan national en vue d'accompagner les établissements de santé pour l'atteinte de la cible.

L'ANAP va accompagner les établissements sur l'atteinte des cibles des domaines fonctionnels. Cinq services seront proposés :

- Diffusion de contenu via une plateforme
- Expertise (forum / FAQ)
- Appui métier, mise en place d'un réseau d'ambassadeurs en région
- Appui ponctuel de l'ANAP
- Journées d'information (régionales / nationales)

Une réunion nationale de présentation de l'« accompagnement Hôpital 2012 - Hôpital Numérique » s'est tenue le 20 Juin 2013.

Certaines autres régions ont lancé des actions pour soutenir ce programme au niveau régional. Le 24 avril 2013, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a organisé un séminaire d'échange dédié à HN. À cette occasion trois ARS (Pays de la Loire, Bretagne et Midi-Pyrénées) ont présenté leurs retours d'expérience des actions réalisées et prévues dans leur région.

Dans la majorité des cas, l'analyse de l'Observatoire oSIS a démontré que la plupart des établissements ne remplit pas les prérequis Hôpital Numérique et qu'ils souhaitent bénéficier d'un accompagnement.

Les ARS Pays de la Loire et Midi-Pyrénées ont défini un plan d'action pour accompagner les établissements à l'atteinte des prérequis avec entre autres :

- Des réunions territoriales d'informations sont organisées afin de présenter le programme Hôpital Numérique et ses avancements.
- Des formations / actions des établissements à l'utilisation de l'outil d'autodiagnostic sont proposées (avec une remontée des résultats à l'ARS qui les étudie afin d'adapter le dispositif) ;
- Des formations des référents à la sécurité des SI sont proposées
- Le recrutement d'un prestataire pour l'élaboration d'un outil d'appréciation des risques « flash » avec pour objectifs :
  - ▶ La formation / action des référents aux risques SI ;
  - ▶ La détermination de scénarii de risques et de plans de traitement types ;
  - ▶ L'assistance à la rédaction des PSSI des établissements.

Les ARS des Pays de la Loire, de Bretagne et l'IDF également ont par ailleurs recruté un RSSI au niveau régional.

## 5) Scénario envisagé : mettre en place une équipe d'appui régionale

### La sécurité du système d'information

La problématique de la sécurité des SI est particulièrement importante dans le secteur de la santé et plus particulièrement dans un contexte de médicalisation croissante du SI.

Les contraintes réglementaires sont complexes et ne sont pas suffisamment appréhendées par les acteurs de santé, et notamment par les petites et moyennes structures, qu'elles soient hospitalières, médico-sociales ou des structures d'exercice collectif.

Le risque médical que représentent les failles de sécurité, est aggravé par la « discrétion » des structures quand il s'agit d'établir et de formaliser un diagnostic au niveau de la sécurité combinée à un manque de moyens qui rend difficile le traitement des risques majeurs.

La certification des comptes prévus par la réglementation impose un certain nombre de règles de sécurité sur le SI qui feront partie des actions d'accompagnement à mener par cette cellule d'appui régionale.

Le recrutement d'un RSSI au niveau régional et la mise en place d'une organisation commune doivent être envisagés à l'occasion de la mise en œuvre du dispositif d'accompagnement régional sur la Sécurité des SI. Sous la responsabilité du RSSI, ce dispositif pourrait adresser les problématiques de sécurité sur le périmètre du SI de santé ou au niveau des établissements.

### Le programme Hôpital Numérique

À l'instar des autres régions, la région Ile-de-France doit mener une action d'accompagnement à destination des établissements de santé pour les aider à atteindre les prérequis d'HN et à mettre en œuvre les domaines fonctionnels prioritaires.

Cet accompagnement peut être gradué en fonction des ambitions que l'ARSIF souhaite se fixer et des moyens disponibles pour cet accompagnement.

Les modalités d'intervention ou d'accompagnement des établissements par la cellule d'appui seront à définir de manière rigoureuse afin que les responsabilités soient bien établies et que chaque établissement puisse bénéficier de cet appui.

### 5.3.2. Initiative 11 – Construire une feuille de route pluriannuelle du projet réseau Très Haut Débit

#### 1) Problématique posée

La mise en place d'un réseau Très Haut Débit performant et sécurisé sous-tend le développement des SI de Santé partagés.

Tous les échanges sont concernés et plus particulièrement les échanges réalisés :

- Dans le cadre de la télémédecine, surtout lorsqu'il s'agit de médias volumineux issus des modalités d'imagerie médicale ou d'anatomopathologie ;
- Pour accéder aux services de SI partagés, notamment ceux de l'ENRS ;
- Pour développer des nouveaux usages comme l'externalisation de l'hébergement des données et des systèmes sur un datacenter distant.

Pour apporter une réponse rapide aux besoins émergents en télémédecine, un projet de mise en place d'un réseau Haut Débit a été lancé par le GCS D-SISIF.

À plus long terme, une stratégie régionale devrait être menée pour aller vers le Très Haut Débit (THD).

#### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Parcours de Santé/Social et Coordination :

-  **Faible** pour l'objectif de « Recueillir et partager les informations Patient/Usager »
-  **Moyenne** pour l'objectif d'« Améliorer la communication entre PS/Social »
-  **Faible** pour l'objectif d'« Améliorer l'interopérabilité entre les SI »
-  **Faible** pour l'objectif de « Outiller le parcours de Santé-Social »

Pour le Domaine Production de soins :

-  **Moyenne** pour l'objectif de « Favoriser le développement de la Télémédecine »
-  **Majeure** pour l'objectif de « Maîtriser et sécuriser les échanges d'information »

Pour le Domaine Support :

-  **Majeure** pour l'objectif d'« Améliorer la sécurité des SI au niveau régional »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

-  **Significativement** l'ambulatoire
-  **Significativement** l'hospitalier
-  **Significativement** la prévention
-  **Significativement** le médico-social et
-  **Moyennement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

La cible concerne la mise en place d'un réseau THD :

- Dédié aux acteurs de santé (GFU) ;
- Sécurisé (Espace de confiance pour garantir la confidentialité) ;
- Garantissant des niveaux de services définis ;
- Permettant l'accès aux SI de Santé partagés de l'ENRS, l'interconnexion d'équipements de télémédecine, d'imagerie médicale, de médecine à distance...

Les principaux objectifs en terme de déploiement de l'offre de santé sont l'hébergement externalisé, les échanges pour les besoins d'imagerie médicale, la Télémédecine et l'utilisation du dossier Patient/Usager partagé.

La cible doit assurer une certaine équité territoriale au niveau de la qualité de service : performance, disponibilité, évolutivité et sécurité.

### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Afin d'apporter une réponse rapide aux besoins émergents en télémédecine, un projet de mise en place d'un Réseau Haut Débit (RHD) est en cours au GCS D-SISIF pour permettre à un groupe fermé d'utilisateurs (GFU) de communiquer à travers un réseau sécurisé (réseau MPLS) avec un niveau de service garanti (disponibilité, performance).

Ce réseau s'appuiera sur l'infrastructure d'un opérateur privé. Du fait que cette solution s'appuie sur l'infrastructure unique représente un risque et ne fait pas d'elle la meilleure solution pour généraliser l'usage et favoriser le service d'externalisation de l'hébergement des données et des systèmes.

Par ailleurs, dans le cadre de l'aménagement numérique du territoire (ANT), des Schémas Directeurs Territoriaux d'Aménagement Numérique (SDTAN) sont définis au niveau départemental, encadrés par un Schéma de Cohérence Régionale d'Aménagement Numérique (SCoRAN). En Ile-de-France, le projet du Grand Paris est aussi un catalyseur pour le développement du réseau Très Haut Débit (THD).

À la demande de l'ARS, le GCS D-SISIF mène actuellement une étude consistant à analyser les scénarios de mise en œuvre d'un réseau THD dédié à la santé. Cette étude implique l'ensemble des acteurs concernés (Caisse des Dépôts et Consignations, Préfecture de région, Education Nationale, Région, Départements...). L'étude doit être finalisée pendant l'été 2013 pour permettre une prise décision fin 2013.

Le lancement du marché du réseau RHD est mis en suspens dans l'attente des conclusions de l'étude THD.

Aujourd'hui deux scénarios se dégagent :

- **Scénario 1** (Extension de la solution MPLS actuelle) : Rester dans la solution MPLS actuelle en l'étendant aux autres structures de santé. Cette solution présente l'avantage d'être dans la continuité de la solution actuelle et d'offrir un niveau de service acceptable ;
- **Scénario 2** (Réseau d'initiative publique) : Louer des droits de passage sur la fibre noire existante en Ile-de-France, avec des financements de la Caisse des Dépôts et Consignations et du Conseil Régional, pour compléter le maillage du réseau avec un THD garanti. Une entité publique (GCS ou autre) sera chargée d'opérer le réseau niveau 3 (routage IP) et un acteur privé pourrait opérer le niveau 2.

Il est à noter que l'utilisation de RENATER a été écartée pour des raisons de non adéquation aux usages liés à la santé et de complexité de gouvernance du projet.

La combinaison des deux scénarios est possible avec la mise en place de deux solutions interopérables : MPLS pour les petites structures et THD pour les autres.

Les premiers résultats de l'étude technique en cours donnent l'avantage au scénario 2. Cependant, compte-tenu des enjeux financiers colossaux de cette initiative (plusieurs dizaines de millions d'euros sont en jeu), une étude complémentaire doit être menée sur le dernier trimestre de 2013 en partenariat avec la Caisse des Dépôts afin de définir plus finement le modèle économique et d'évaluer les impacts en termes d'organisation et de coûts.

Aussi, il est indispensable d'attendre les résultats de ces deux études avant de pouvoir éclairer la décision sur cette initiative.

### 5.3.3. Initiative 12 – Construire une feuille de route pluriannuelle du projet Hébergement/Externalisation

#### 1) Problématique posée

Le secteur de la santé est confronté à :

- Une croissance du niveau d'informatisation qui nécessite une maîtrise fonctionnelle du SI plus importante et des compétences plus étendues ;
- Une contraction des moyens, en particulier les moyens humains ;
- La sous-estimation par les directions d'établissements des risques associés à une exploitation des sites très mal sécurisée (plan de secours, plan de continuité...).

Par ailleurs, la standardisation des technologies constitue quant à elle une opportunité de mutualiser les compétences et les ressources.

L'externalisation des ressources (système et données) est une solution permettant aux structures de taille moyenne ou de petite taille de dédier leurs ressources internes à la maîtrise fonctionnelle du SI tout en mutualisant, avec d'autres structures, les coûts et les compétences liés à l'hébergement et à l'exploitation.

L'externalisation est également un moyen permettant de sécuriser le SI de Santé en définissant des niveaux de service adaptés et en mettant en œuvre des services de sauvegarde, d'archivage ou de secours informatique (24/7).

La qualité et la performance des réseaux de communication en place entre la structure et le site d'hébergement ont un impact sur la faisabilité de l'externalisation.

Il existe depuis novembre 2012 un marché au GCS D-SISIF portant sur l'externalisation, prévu pour couvrir les besoins de l'ENRS et des adhérents. Ce marché a été construit sur une durée courte étant donné la faible visibilité que le GCS D-SISIF avait sur les besoins des adhérents au moment de sa publication. Actuellement, le GCS D-SISIF est sollicité par de nombreux établissements de santé qui souhaitent bénéficier du marché en cours. Il convient donc de construire un projet de grande ampleur, à l'issue du marché actuel, pour définir une offre de service d'externalisation cohérente à l'échelle de la région.

#### 2) Contribution aux enjeux et acteurs concernés

La contribution de cette initiative est :

Pour le Domaine Support :

-  **Majeure** pour l'objectif d' « Améliorer la sécurité des SI au niveau régional »
-  **Significative** pour l'objectif de « Mettre en œuvre une infrastructure favorisant le développement du SI de Santé »

De plus, d'un point de vue métier, cette initiative concerne :

-  **Significativement** l'ambulatoire
-  **Fortement** l'hospitalier
-  **Significativement** la prévention
-  **Fortement** le médico-social et
-  **Nullement** le social

### 3) Cible sur le périmètre

Les fonctions devant être offertes par la cible sont les suivantes :

Fonctions	Description
Hébergement et exploitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'hébergement externe d'équipements informatiques et de données chez un ou plusieurs prestataires agréés (Hébergement des données de santé si besoin)</li> <li>• Services de location de ressources informatiques dédiées, partagées ou mutualisées</li> <li>• Services d'exploitation et l'administration des données et systèmes hébergés (supervision, administration, reporting/statistique ...)</li> </ul>
Sauvegarde de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service de sauvegarde des données hébergées avec plusieurs niveaux de services</li> </ul>
Archivage long terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service d'archivage long terme (y compris données de santé)</li> </ul>
Secours informatique (PSI/PRI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service de secours/repli informatique en cas de panne (ex. salle de secours)</li> <li>• Aide à la mise en place d'un PSI/PRI</li> </ul>

### 4) Analyse de l'existant sur le périmètre

Le GCS D-SISIF a mis en place un marché cadre dont l'objectif est de fournir une offre de services d'hébergement et d'exploitation informatique à la carte pour les établissements de santé et médico-sociaux souhaitant externaliser tout ou partie des services supports de leur SI.

Aujourd'hui, l'ensemble de la prestation est assuré par un seul prestataire agréé hébergeur de données de santé. Les prestations proposées sont :

- Hébergement « sec »
- Fournitures de machines virtuelles (VM)
- Fournitures de serveurs physiques type x86
- Fournitures de solutions de stockage
- Prestations optionnelles : supervision, exploitation systèmes, administration applicative

Le marché actuel a été lancé pour amorcer le sujet et couvrir les besoins liés à l'hébergement de l'ENRS et ceux des 3 établissements pilotes. Il permet d'ores et déjà d'offrir une réponse concernant la sécurisation du SI pour les structures qui en ont besoin.

Cependant, ce marché présente quelques limites en cas d'extension de son usage :

- Le marché est mono-attributaire. Étendre son déploiement et son usage présente un risque technique et financier. Il est nécessaire de réfléchir à une stratégie permettant de diversifier l'offre pour mieux contenir ce risque.
- Le besoin spécifique de secours informatique (PSI/PRI) n'est pas couvert par le présent marché notamment car les industriels spécialisés du secteur ne disposent pas de l'agrément sur l'hébergement des données de santé. Ce besoin permettrait cependant aux établissements d'atteindre plus facilement les prérequis du programme « Hôpital Numérique » concernant la sécurité des SI (PSI/PRI en particulier).

Une étude a été menée par le GCS D-SISIF fin 2012 et un cahier des charges est rédigé pour la mise en place de plans de secours mais n'a pas encore été publié en attendant l'émergence des besoins.

De nombreux acteurs régionaux sont en demande et en attente d'une solution pour se lancer dans des projets d'externalisation (plusieurs appels sont reçus par le GCS D-SISIF mensuellement concernant cette offre de service).

Certains établissements sont actuellement en limite de capacité pour exploiter correctement leur SI. Des solutions adaptées doivent leur être proposées.

## 5) Scénario envisagé : proposer une offre d'externalisation / hébergement

Il est nécessaire de définir une stratégie régionale liée à l'externalisation permettant de :

- Sécuriser le dispositif en passant d'un marché mono-attributaire à une solution permettant de diversifier l'offre, comme par exemple : un marché cadre multi-attributaires avec éventuellement une répartition géographique des sites des industriels, un marché avec un intégrateur et plusieurs opérateurs avec garantie de prix offerte par l'intégrateur, la mise en place d'un centre expert au GCS D-SISIF sans passer de marché.... ;
- Étendre le bouquet de service pour couvrir les besoins de secours informatique et d'archivage des données de santé ;
- Adapter les niveaux de service à la couverture géographique du dispositif en créant des liens de dépendance avec le projet réseau THD ;
- Accompagner les petits et les moyens établissements dans les choix d'externalisation pour réduire les risques de déperdition de compétences.

Une étude préalable doit être menée tout début 2014 afin de :

- Dresser un bilan du marché actuel en terme d'attractivité, d'usage et de risques ;
- Définir une solution permettant de sécuriser le dispositif d'hébergement et de diversifier l'offre ;
- Définir les actions d'accompagnement et de promotion du dispositif d'externalisation auprès des acteurs de santé de la région.

## 6. Trajectoire

L'élaboration de la trajectoire de construction des initiatives a été consolidée avec la trajectoire des projets déjà initiés au sein du GCS DSISIF.

Cette approche a permis de prendre en compte deux contraintes majeures de réalisation que sont le budget global affecté au système d'information et la capacité à faire en terme de ressources humaines.

### 6.1. Calendrier général

Afin d'affiner la démarche, diverses hypothèses de priorisation ont été envisagées afin de d'identifier les projets qui pourraient être enclenchés plus tardivement.

Concernant les initiatives nouvellement issues du schéma directeur,

- Les 4 initiatives suivantes sont incontournables et leur lancement ne peut en aucun cas être reporté :
  - **Outils de coordination** : cette initiative constitue l'axe fédérateur du SDRSI et est en droite ligne avec les objectifs du PRS
  - **Système d'identification patient** : la coordination passe par la mise en place d'un système d'identification. L'analyse de l'existant a démontré que c'était un vrai frein au déploiement des outils de la coordination.
  - **Messagerie sécurisée** : c'est un attendu de tous les professionnels. Par extension, cette initiative entraîne dans son sillage l'initiative sur le système de partage d'information Patient/Usager car il s'agit d'une alternative à la messagerie sécurisée. A partir du moment où il est attendu prioritairement qu'un système d'échange sécurisé se mette en place, cette initiative doit également être lancée au plus tôt.
  - **L'interconnexion 15/18** : tant la sécurité des patients que des professionnels est en jeu. Le dysfonctionnement de cette interconnexion laisse planer un doute sur la capacité à garantir l'égalité de l'accès selon que l'on est pris en charge selon une modalité ou une autre. Il est affirmé dans le cadre de ce schéma directeur que cette initiative est une nécessité et doit être maintenant rendu opérante au plus vite.
- Les initiatives ci-dessous concernent des domaines dans lesquels les opérations sont déjà enclenchés ou sont sous contraintes réglementaires et ne peuvent donc pas être reportés :
  - l'initiative relative à la **ré-urbanisation du domaine « SI Urgences »** concerne un ensemble d'applications existantes. Les éventuels arbitrages sur cette initiative seront rendus en allongeant ou en réduisant les délais de réalisation.
  - L'initiative relative à **l'urbanisation de la Télémédecine** est intégrée au projet ORTIF-Téléneuro, le retarder mettrait en péril l'émergence d'une plateforme de services réutilisables au risque qu'il soit impossible par la suite de l'imposer comme un standard régional.

- L'initiative relative à **l'urbanisation du référentiel des acteurs de santé** consiste, comme cela a été présenté supra, en un élargissement du référentiel ROR existant afin qu'il s'inscrive dorénavant dans le socle de l'ENRS et soit utilisable pour l'ensemble des domaines fonctionnels. Son extension se fait par opportunité projet et par domaine fonctionnel. Les arbitrages seront rendus en fonction des arbitrages des projets utilisateurs.
- L'initiative sur **l'offre d'hébergement/externalisation** consiste à généraliser et sécuriser une offre déjà en place. L'objectif est de préparer le nouveau cadre de service pour la fin du marché actuel. Cette initiative ne peut pas être reportée.
- L'initiative sur l'accompagnement des acteurs de santé sur la **sécurisation des SI et sur Hôpital Numérique** est contrainte par 2 actions :
  - le planning HN qui fixe des échéances à fin 2016 au plus tard pour pouvoir bénéficier des aides financières associées ;
  - la certification des comptes de 25 établissements qui doit intervenir dans les 3 ans qui viennent,

Cette initiative ne peut donc être reportée.

- L'initiative relative au **Très Haut Débit** fait l'objet d'une étude spécifique afin de comparer 2 scénarios de mise en œuvre dont les conclusions doivent être présentées début 2014. Il a déjà été montré au cours de l'étude que le déploiement d'une solution Très Haut Débit était incontournable pour favoriser et sécuriser le déploiement des services énumérés ci-dessus et notamment l'externalisation des SI et la télémédecine. Il a été également indiqué que les délais de mise en service étaient de minimum 2 ans. Retarder le lancement pourrait nuire au développement de la e-santé en Ile de France. Ce projet doit démarrer au plus tôt.
- L'initiative relative à la **dématérialisation des comptes-rendus de biologie** reste la seule initiative sur laquelle nous avons une marge de manœuvre.

Concernant les projets existants, les contraintes ne permettent quasi aucune latitude de report de calendrier. Là encore, l'ajustement en terme budgétaire ou en capacité à faire, se fera sur le périmètre de chaque projet.

Ainsi, compte tenu de cette analyse, ces contraintes de budget, des contraintes réglementaires, des engagements déjà pris sur certains projets ou de leur échéance proche, le calendrier général des projets auquel on aboutit est présenté ci-dessous.

		2014	2015	2016	2017	2018
<b>Parcours et coordination</b>						
Pilotage / coordination		Comité de pilotage transverse à l'ensemble des projets de coordination				
Animation / accompagnement		Animation / accompagnement de l'ensemble des acteurs / communication / information / ...				
<b>services métier de coordination</b>		Projets pilotes PAERPA / Hygie / Trajectoire / TLM			Généralisation des meilleures pratiques	
PPS, fiche signalement		TSN / ...			Normalisation	
Fiche de liaison						
Rdv en ligne						
<b>Projets de coordination</b>		déploiement protocole enfants vulnérables (migration questionnaire) déploiement OSCARS / étude OSCARS intégration ROR/TRAJ...				
Hygie		déploiement MS				
Trajectoire						
<b>TLM</b>	Urbanisation du SI	ORTIF				
	AO TLM	AAP (PRT)		AAP (PRT)		
<b>SI des urgences</b>	Antarès	déploiement GVR / terminaux mobiles				
	disponibilité en lits	migration serdeau				
	Portail samu (gestion crise)	Conception			Portail	
	Inteconnexion 15/15/18					
<b>Production de soins</b>						
<b>Biologie</b>		Pilote généralisation				
<b>Services d'échange</b>	Messagerie	Accompagnement déploiement cadre ASIP Santé capacité d'échange alternative : ZEPRA			Opérateur de messagerie	
	Système de partage d'information sur le patient	conception DPPR modèle RA (repose sur Id. partagé)	construction et déploiement lien DMP / DP			
	Espace d'échange	sélection outillage			pilotes	
<b>Socle d'échange</b>		Conception		Construction et déploiement		Accompagnement généralisation
	Système d'identification patient	charte IV déployée				
	Référentiel de l'offre	Consolidation des services				
	MS	Connexion aux référentiels nationaux				
	Ambu / sociale	Animation de la qualité / nomenclatures / process / accompagnement				
<b>Sécurisation du SI</b>		Evaluation besoin.		Certification des comptes : 24 ES		
	SSI	Analyse de risque / diag flah / Communication / information		Accompagnement pré-requis		
	HN	déploiement continu au sein des ESMS.				
<b>Infrastructure</b>		Equipe pilotage MOA				
	THD / MPLS	MPLS			THD	
	Imagerie	RSF	Exploitation		Nouveau marché RSF V2 Nouveaux déploiements	
	EAI	TMA				
	plateforme	Portail / authentification	Interconnexion des applications au portail			
	Annuaire	conception / réflexion : fédération annuaire, gestion des droits, harmonisation				
	Externalisation	Marché en cours. Acc. Migration Etb réflexion stratégique sur renouvellement marché Mise en place équipe référente Sécurité / animation référents SI nouveau marché				
<b>communication</b>	SIS GP	Premier recours		médico-social		
<b>Pilotage</b>	SIG	Infra-T, recompo offre		Urgences		TLM
	Cerveau décisionnel	raccord. SAU extension PDSA		généralisation ENRS		
	Observatoire (AMO)	Mise en place organisation		exploitation thématique des données		

Ce qu'il faut retenir : les nouvelles initiatives sont à organiser. La première année va être une montée en puissance progressive, le temps de cadrer, organiser, planifier et recruter les équipes ad hoc. Cette montée en puissance sera compensée en partie par la fin ou la réduction de des affectations à certains projets.

L'année 2014 va donc être une année charnière qu'il va falloir piloter de très près afin de gérer au mieux cette transition.

## 6.2. Budget et ressources

L'évaluation budgétaire et ressources correspondant à ce calendrier est présentée dans le tableau ci-dessous.

	Budget	disponible <2014	2014		2015		2016		2017		2018	
			dépenses	RH (GCS)	dépenses	RH (GCS)	Budget	RH (GCS)	Budget	RH (GCS)	Budget	RH (GCS)
<b>Services de coordination</b>												
Pilotage / coordination : multi-projets (PAERPA, Hygie, TSN, CLIC-MAIA, trajectoire...)	2 000		400	4	400	4	400	4	400	4	400	4
Accompagnement, Animation, formation, process, usage, intégration	1 400		150	2	300	4	300	4	300	4	350	5
conception générale : stratégie de construction (progression) & mise en œuvre	2 900		500	2	700	3	700	3	500	2	500	2
Trajectoire	1 290		300	3	360	4	360	4	270	2,5		
Trajectoire MS	1 740		300	3	380	4,5	380	4,5	380	4,5	300	3
Hygie	170	400	470	1	100	0,5						
Ambulatoire	2 660		380	3	500	4	700	5	700	5	380	3
Paerpa (permet de financer la conception et le déploiement de certains services)	-											
<b>TLM</b>												
Urbanisation du SI TLM	900		180	2	180	2	180	2	180	2	180	2
AO Télémedecine	4 000	1 740	1 440	3	1 300	5	1 000	5	1 000	5	1 000	5
<b>Biologie</b>												
Cr de résultats (projet pilote)	260				60	0,5	200	1				
<b>Si des urgences</b>												
Antarès	470	950	1 420	1								
Risc	-											
Interconnexion 15/15	230	620	600	0,5	250	0,5						
Portail samu	100	70	170	0,5								
<b>Services d'échange</b>												
Système d'échange d'information médico-social sur le patient	4 300		300	1	1 000	2	1 000	2	1 000	3	1 000	3
Accompagnement DMP	-											
Partage de documents entre professionnels (modele ZEPRA).	1 500		300	0,5	300	0,5	300	1	300	1	300	1
Messagerie sécurisée	1 850		100	0,5	250	0,5	400	2	400	3	700	4
Espace d'échange entre professionnels	650		50		150	0,5	150	1	150	1	150	1
<b>Socle d'échange</b>												
ROR+ (capacité de généralisation + déploiement par usage et opportunité)	1 500		700	3	200		200		200		200	
ROR : animation territoriale (garantie de qualité)	750		150	2	150		150		150		150	
Système d'identification patient	1 600		200	1	500	2	300	2	300	3	300	3
<b>SSI et HN</b>												
Certification des comptes (recrutements de référents / experts en SSI) : 24 Etb	200	1 900	500	3	600	4	700	5	300	2		
Assistance atteinte des pré-requis (ide au diag, formation, analyse de risque)	450		150	1	150	1	150	1				
Animation SSI	300							150	1	150	1	
<b>Infrastructure</b>												
Portail / authentification / annuaire des acteurs / support	1 100		300	1	200		200		200		200	
EAI/REPSIF	1 510	- 160	350	1	250	1	250	1	250	1	250	1
Externalisation (accompagnement déploiement etb)	1 850	1 000	600	1	700	1	700	1	700	1	150	1
RSF	360	820	920	3	80	1	60	1	60	1	60	1
MPLS	230	70	200	1	100	1						
THD	2 250		450	1	450	1	450	2	450	2	450	3
invest initial THD	3 000				1 000		1 000		1 000			
<b>Communication</b>												
SIS GP	1 100	1 100	1 000	2	300	2	300	2	300	2	300	2
<b>Services de pilotage / évaluation</b>												
décisionnel (cerveau)	1 790	920	1 510	4	300	2	300	2	300	2	300	2
PDSA	850	-	700	2	150	1						
SIG	840	300	440	1,5	250	1,5	150	1,5	150	1,5	150	1,5
<b>TOTAL Budget</b>	<b>46 100</b>	<b>9 730</b>	<b>15 230</b>		<b>11 610</b>		<b>10 980</b>		<b>10 090</b>		<b>7 920</b>	
<b>TOTAL RH</b>				<b>54,5</b>		<b>54</b>		<b>57</b>		<b>53,5</b>		<b>48,5</b>

Les ordres de grandeur à retenir sont les suivants :

- Budget annuel : 10 M€
- Nb de personnes au GCS pour conduire ces projets : 53 en moyenne

## 7. Gouvernance

Devant le nombre de projets, le budget investi (environ 10 M€ / an), la complexité des projets, la diversité et le nombre d'acteurs impliqués, l'organisation de la gouvernance a été adaptée afin de piloter au mieux l'ensemble de ces projets et gérer les risques associés dans les meilleures conditions.

La gouvernance actuelle est composée de 2 étages :

- Le COSSIS avec une instance plénière et un bureau. Son objet est essentiellement stratégique et politique. Le COSSIS donne un avis au lancement des projets mais se trouve quelque peu en incapacité de suivre leur déroulé de manière suffisamment proche pour intervenir et éventuellement les ré-orienter.
- Les comités de pilotage de projet. Leur périmètre d'action et de décisions est retreint au projet et la transversalité est prise en compte si elle est anticipée dès le lancement du projet.

Or, comme il l'a été indiqué tout au long de ce document, et la trajectoire en est le point d'Orgues, les projets ont de fortes adhérences, notamment dû à la volonté de faire de l'ENRS un socle commun à l'ensemble des projets et à la nécessité de ré-urbaniser certains pans du SI (tels le SI des Urgences ou le référentiel des acteurs de santé).

De plus, l'approche par les usages, axe fédérateur de la construction des SI futurs, induit une grande inter-dépendance des projets SI, lesquels par nature, sont plutôt orthogonaux aux usages (les services SI sont indépendants de leurs usages métiers).

La gouvernance actuelle ne permet guère de gérer cette transversalité et garantir que la convergence et la cohérence s'opère correctement dans sa globalité.

En conséquence, il a été décidé de mettre en place une strate intermédiaire entre le COSSIS et les comités de pilotage projet en instaurant une logique de gestion de programmes. Cette organisation reste à installer et doit se mettre en place au cours du premier trimestre 2014.

Les principes arrêtés sont les suivants :

- Un programme est constitué d'un ensemble de projets ayant une certaine cohérence. 5 programmes maximum devront être institués.
- Chaque programme aura :
  - Un Sponsor (représentant du COSSIS) engagé sur la réalisation du programme ;
  - 1 appui technique par un responsable « technique » (directeur programme GCS) ;
  - Un comité composé de personnes qualifiées et mandatées ;
- Chaque programme sera suivi par 1 référent de l'ARS
- La mission du comité programme :
  - Décider de l'organisation des projets et de la trajectoire du programme
  - Vérifier l'atteinte des objectifs et l'adéquation aux besoins des utilisateurs
  - Préparer le reporting au COSSIS

# Glossaire

ADELI	Automatisation DEs Listes
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
AO	Appel d'Offre
ARDOC	Association Régionale pour le Déploiement des Outils Communicants
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ARSIF	Agence Régionale de Santé d'Ile de France
ASIP Santé	Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé
CG	Conseil Général
CH	Centre Hospitalier
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CI-SIS	Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé
CISS	Collectif Inter-associatif Sur la Santé
CLIC	Centre Locaux d'Information et de Coordination
CMS	Centre Municipal de Santé
CNDA	Centre National de Dépôt d'Agrément
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CR	Conseil Régional
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
DGOS	Direction Générale de l'Organisation des Soins
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence
DMP	Dossier Médical Personnel
DPII	Dossier Patient Informatisé et Interopérable
DPPR	Dossier Patient Partagé et Réparti
DPRR	Dossier Patient Régional Réparti
DPU	Dossier Patient/Usager
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DSSIS	Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Informations de Santé
DT	Délégations Territoriales
EAI	Enterprise Application Intégration
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMS	Établissements Médico-Sociaux
ENRS	Espace Numérique Régional de Santé
ES	Établissement de Santé
ESAT	Établissement de Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissements de Santé Médicaux-Sociaux
FAQ	Foire Aux Questions
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCS D-SISIF	Groupement de Coopération Sanitaire pour le Développement des Systèmes d'Information partagés en Santé en Ile-de-France
GFU	Groupe Fermé d'Utilisateurs
HAD	Hospitalisation À Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HN	Hôpital Numérique
HPRIM	Harmoniser et PRomouvoir l'Informatique Médicale
HPST	Loi Hôpital Patients Santé Territoires
IdF	Ile-de-France
IGC	Infrastructure de Gestion des Clés

INS	Identifiant National de Santé
INS-A	Identifiant National de Santé Aléatoire
INS-C	Identifiant National de Santé Calculé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPPL	Identifiant Patient Permanent Local
IPPR	Identifiant Patient Régional Partagé
IPU	Identification Patient/Usager
IV	Identito-Vigilance
LBM	Laboratoire de Biologie Médicale
LOINC	Logical Observation Identifiers Names & Codes
LPS	Logiciels de Professionnels de Santé
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MOA	Maîtrise d'Ouvrage
MSS	Messagerie Sécurisée de Santé
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NSS	Numéro de Sécurité Sociale
ORS	Observatoire Régional de la Santé
oSIS	observatoire des Systèmes d'Informations de Santé
PAERPA	Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
PAPS	PlateForme d'Appui aux Professionnels de Santé
PDSES	Permanence Des Soins et Établissements de Santé
PEARPA	PErsonnes Âgées en Perte d'Autonomie
PEC	Prise En Charge
PFIS	PlateForme d'Information Santé
PGSSI-S	Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé
PPS	Plan Personnalisé de Santé
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Projet Régional de Santé
PRT	Programme Régional de Télémédecine
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
RCP	Réunion de Concertation Pluri-professionnels
REPSIF	REpertoire des Professionnels de Santé d'Ile-de-France
RNR	Répertoire National des Référentiels
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSE	Réseau Social d'Entreprise
RSF	Région Sans Film
SDRSI	Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information
SDSI	Schéma Directeur des Systèmes d'Information
SGL	Système d'information de Gestion des Laboratoires
SI	Système d'Information
SIH	Systèmes d'Information Hospitaliers
SIMURIF	Systèmes d'Information des Services Mobiles d'Urgence – Ile-de-France
SIS	Système d'Information de Santé
SISRA	Systèmes d'Information Santé Rhône-Alpes
SRO	Schémas Régionaux d'Organisation
SSI	Sécurité des Systèmes d'Information
SSO	Single Sign-On (Point d'Accès Technique Unifié)
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STIC	Serveur Télématique d'Identité Communautaire
TELIF	Réseau de TELémédecine en Ile de France (pour la prise en charge des urgences Neurochirurgicales)
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TLM	TéLéMédecine

TSN	Territoire de soins numérique
USLD	Unité de Soin Longue Durée
URIOPSS	Union Régionale interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VMS	Volets Médicaux de Synthèse
ZEPRA	Zéro Papier en Rhône-Alpes