# Fondation de L'Elan Retrouvé

## Cahier des charges

## Dossier Patient informatisé

V10.2 du 14 janvier 2021

**Fondation l'Elan Retrouvé**

23 rue de La Rochefoucauld - 75009 Paris

SOMMAIRE


**1. Introduction ..... 7**
1.1. Objet du document ..... 7
1.2. Contacts ..... 7

**2. Conventions de dénomination et définition des termes ..... 9**
2.1. Abréviations et acronymes utilisés dans le projet..... 9
2.2. Définition des termes .....12

**3. Documents applicables ..... 16**
Tous les documents réglementaires et légaux produits par les instances gouvernementales et législatives. Plus particulièrement les documents suivants .....16
3.1. Les documents de référence .....16
3.2. Les décrets .....17
3.3. Les circulaires :.....18

**4. Présentation de Fondation de L'Elan Retrouvé ..... 20**
4.1. Les établissements Hospitaliers.....20
4.2. Les principaux chiffres .....25
4.3. Le système d'information de la Fondation.....25
*4.3.1. L'infrastructure réseau .....25*
*4.3.2. L'infrastructure serveurs.....28*

**5. Présentation du projet ..... 32**
5.1. Le projet .....32
5.2. Objet de la consultation .....34
*5.2.1. La fourniture logicielle .....38*
*5.2.1.1. Le dossier médical .....39*
*5.2.1.2. Le dossier de soins .....45*
*5.2.1.3. La bureautique .....46*
*5.2.1.4. Le codage du RIM-P et du PMSI SSR.....46*
*5.2.1.5. La gestion des services paramédicaux et socio-éducatifs (social, diététique,...).....46*
*5.2.1.6. Un circuit du médicament complet.....47*
*5.2.1.7. Une gestion des rendez-vous intégrant l'agenda patient .....48*
*5.2.1.8. Un moteur d'alertes.....52*
*5.2.1.9. Un composant décisionnel .....53*
*5.2.1.10. Une procédure dégradée.....55*
*5.2.2. Les prestations .....55*
5.3. Le Marché : Clauses administratives .....57
*5.3.1. Date de remise des offres.....57*
*5.3.2. Date de validité des offres.....57*
*5.3.3. Format de remise des offres .....57*
*5.3.4. Choix du/du soumissionnaire .....57*
5.4. Les objectifs du projet.....58
*5.4.1. Objectifs stratégiques .....58*

*5.4.2. Objectifs opérationnels* ..... *58*
*5.4.3. Le Dossier médical :* ..... *59*
*5.4.4. Le Dossier de Soins :* ..... *60*
*5.4.5. Le Circuit du médicament :* ..... *62*
**6. Parties prenantes au projet** ..... **65**
6.1. Maîtrise d'ouvrage ..... 65
**7. Les contraintes** ..... **66**
7.1. Contraintes liées à l'environnement ..... 66
*7.1.1. Contraintes sur la solution* ..... *66*
*7.1.2. Applications avec lesquelles le produit doit collaborer* ..... *66*
*7.1.2.1. La liste* ..... *66*
*7.1.2.2. Intégration avec les progiciels existants* ..... *67*
*7.1.3. Progiciels, logiciels de base et outils techniques* ..... *67*
*7.1.4. Contraintes de calendrier* ..... *68*
*7.1.5. Contraintes de budget* ..... *68*
7.2. Contraintes réglementaires ..... 68
*7.2.1. Exigences de conformité avec la Loi* ..... *69*
*7.2.2. Exigences de conformité normative* ..... *69*
*7.2.3. Pour le dossier médical* ..... *69*
*7.2.3.1. Constitution et tenue du dossier du patient* ..... *69*
*7.2.3.2. Contenu du dossier du patient* ..... *71*
*7.2.3.3. Dossier informatisé du patient* ..... *73*
*7.2.3.4. Communication du dossier médical* ..... *73*
*7.2.3.5. Gestion des autorisations et des refus de soins* ..... *74*
*7.2.4. Pour le dossier de soins :* ..... *75*
*7.2.4.1. Constitution du dossier de soins paramédical* ..... *75*
*7.2.4.2. Contenu du dossier de soins infirmiers* ..... *75*
*7.2.4.3. Autres dossiers de soins paramédicaux* ..... *77*
*7.2.5. Prescription et demande d'examens de laboratoire* ..... *78*
*7.2.6. Pour le circuit du médicament* ..... *81*
*7.2.6.1. Prescriptions* ..... *81*
*7.2.6.2. Dispensation- Préparation-Approvisionnement* ..... *82*
*7.2.6.3. Administration* ..... *86*
7.3. Exigences fonctionnelles et exigences sur les données ..... 87
*7.3.1. Le référentiel transverse* ..... *87*
*7.3.2. Pour le dossier médical les fonctions principales sont les suivantes :* ..... *87*
*7.3.2.1. Production clinique et médicotechniques intégrées au dossier médical* ..... *87*
*7.3.2.2. Diffusion des informations du dossier médical* ..... *91*
*7.3.2.3. Partage de la connaissance* ..... *91*
*7.3.2.4. Exploitation statistique* ..... *92*
*7.3.2.5. Dossier Médical Partagé (DMP)* ..... *93*
*7.3.3. Pour le dossier de soins les fonctions principales sont les suivantes :* ..... *95*
*7.3.4. Pour le circuit du médicament les fonctions principales sont les suivantes :* ..... *95*
*7.3.5. Pour l'agenda pluri-professionnel les fonctions principales sont les suivantes :* ..... *96*
*7.3.5.1. Paramétrage* ..... *96*
*7.3.5.2. Accès aux informations du patient* ..... *97*

*7.3.5.3. Planification d'un rendez-vous ..... 97*
*7.3.5.4. Enregistrement d'un rendez-vous ..... 99*
*7.3.5.5. Modification et suppression d'un rendez-vous ..... 99*
*7.3.6. Consultation des agendas ..... 100*
*7.3.6.1. Suivi du rendez-vous ..... 101*
*7.3.6.2. Éditions ..... 101*
*7.3.6.3. Statistiques ..... 101*
*7.3.7. Exigences sur les données ..... 102*
7.4. Exigences d'apparence et de style ..... 102
*7.4.1. Exigences d'apparence ..... 102*
*7.4.2. Exigences de style ..... 102*
7.5. Facilité d'utilisation et facteurs humains ..... 102
*7.5.1. Facilité d'utilisation ..... 102*
*7.5.2. Compatibilité ..... 103*
*7.5.3. Guidage ..... 103*
*7.5.4. Homogénéité ..... 103*
*7.5.5. Souplesse ..... 103*
*7.5.6. Contrôle explicite ..... 103*
*7.5.7. Gestion des erreurs ..... 104*
*7.5.8. Concision ..... 104*
*7.5.9. Exigences de personnalisation et d'internationalisation ..... 105*
*7.5.10. Exigences de facilité d'apprentissage ..... 105*
*7.5.11. Exigences de facilité de compréhension et politesse ..... 105*
*7.5.12. Exigences d'accessibilité ..... 105*
7.6. Exigences de performance ..... 106
*7.6.1. Exigences de rapidité d'exécution et de temps de latence ..... 106*
*7.6.2. Exigences d'innocuité ..... 107*
*7.6.3. Exigences de précision ou d'exactitude ..... 107*
*7.6.4. Exigences de fiabilité et de disponibilité ..... 107*
*7.6.5. Exigences de robustesse et tolérance aux pannes ..... 108*
*7.6.6. Exigences de dimensionnement et performances ..... 109*
*7.6.7. Exigences d'adaptabilité et d'extensibilité liées à la volumétrie ..... 109*
*7.6.8. Exigences de pérennité ..... 109*
*7.6.8.1. Engagement de maintenance ..... 109*
*7.6.8.2. Dépôt des codes sources ..... 110*
7.7. Exigences réglementaires d'interopérabilité ..... 110
*7.7.1. Exigences d'interopérabilité ..... 110*
*7.7.1.1. Intégration grâce aux demi-interfaces entre progiciels proposés ..... 111*
*7.7.1.2. Développement des demi-interfaces avec progiciels existants ..... 111*
*7.7.2. Les prérequis du programme Hôpital Numérique et programme Hop'PEN ..... 123*
*7.7.3. Exigences d'installation, de mise en exploitation et de généralisation ..... 123*
*7.7.4. Exigences concernant la livraison des versions ..... 123*
7.8. Exigences de maintenance et de support ..... 124
*7.8.1. Exigences de maintenance ..... 124*
*7.8.2. Exigences d'assistance ..... 124*
*7.8.3. Exigences d'adaptabilité ..... 125*
7.9. Exigences de sécurité ..... 125

*7.9.1. Exigences d'accès au système* ..... *125*
*7.9.2. Exigences d'intégrité* ..... *126*
*7.9.2.1. Non altération des données saisies* ..... *126*
*7.9.2.2. Sauvegardes des données* ..... *126*
*7.9.2.3. Archivage des données* ..... *126*
7.10. Exigences de confidentialité ..... 126
*7.10.1. Exigences d'auditabilité* ..... *127*
*7.10.1.1. Piste d'audit* ..... *127*
*7.10.2. Exigences d'immunité* ..... *128*
7.11. Exigences culturelles et politiques ..... 128
*7.11.1. Exigences culturelles* ..... *128*
*7.11.2. Exigences politiques* ..... *128*
7.12. Évolutions probables du projet et de l'environnement ..... 129
7.13. Progiciels sur étagère ou composants commerciaux ..... 129
7.14. Planning de mise en œuvre du projet ..... 129
7.15. Migration vers le nouveau produit ..... 130
*7.15.1. Exigences de migration* ..... *130*
*7.15.2. Données à migrer* ..... *130*
7.16. Coûts ..... 131
7.17. Exigences de documentation utilisateur et de formation ..... 131
*7.17.1. Exigences de documentation utilisateur* ..... *131*
*7.17.2. Exigences de formation utilisateur* ..... *131*
*7.17.2.1. Personnel Informatique* ..... *131*
*7.17.2.2. Utilisateurs finaux* ..... *132*

**8. Le Marché ..... 133**
8.1. Documents contractuels ..... 133
8.2. Le marché ..... 133
8.3. Modalités d'exécution de la prestation ..... 134
*8.3.1. Calendrier de réalisation* ..... *134*
*8.3.2. Lieu d'exécution de la prestation* ..... *134*
*8.3.3. Réception d'un ordre de service* ..... *134*
*8.3.4. Déroulement* ..... *135*
*8.3.5. Contrôle et réception des prestations* ..... *135*
*8.3.6. Vérification et admission des progiciels (applicatifs et techniques)* ..... *135*
*8.3.7. Vérification et admission des interfaces* ..... *139*
*8.3.8. Prestations* ..... *140*
*8.3.9. Formation du groupe projet et référents* ..... *140*
*8.3.10. Maintenance et support technique (progiciels)* ..... *140*
*8.3.11. Modalités de règlement* ..... *141*
*8.3.12. Modalités en cas de retard* ..... *142*

**9. L'évaluation des offres ..... 144**
9.1. La qualité de l'offre ..... 144
9.2. La qualité du planning ..... 146
9.3. Qualité de l'accompagnement au changement proposé ..... 146
9.4. Le prix ..... 146
9.5. Le support et le suivi des logiciels ..... 146

9.6. Maintenance et/ou extension de garantie proposée.....147
**10. Annexes ..... 148**

# 1. Introduction

## 1.1. Objet du document

Ce document constitue le cahier des charges de la Fondation de L'Elan retrouvé concernant la fourniture clés en mains d'une solution de production de soins pour l'ensemble de ses établissements. La solution doit par conséquent être multi-sites, avec des activités autonomes et distinctes.

Ce document précise les besoins en termes de services, périmètre, contraintes et planning. Pour cela il reprend les recommandations de l'ANAP et de l'ASIP Santé.

Il est conforme aux exigences posées par HOP'EN.

**Une matrice d'exigences est jointe à ce c**ahier des charges.

Seules des sociétés dont les solutions respectent la DMP compatibilité, la certification des LAP, capables de répondre aux besoins de tous les établissements de la **Fondation de L'Elan retrouvé** sont habilitées à répondre à la présente consultation.

Les réponses seront adressées sous la forme de deux exemplaires papier **et d'un envoi** numérique dans un format classique de type word, pdf, open office (Le format pourra être verrouillé en modification, mais devra **permettre l'ajout de commentaire**s et annotations).

## 1.2. Contacts

Pour toute information sur ce document, prendre contact avec :

Monsieur Michel Moulin- Médecin directeur de la Fondation

Michel.moulin@elan-retrouve.org

Madame Alexandra BOYER - DGA

alexandra.boyer@elan-retrouve.org

Monsieur Jean-Charles Olivier- DIM

Jean-charles.olivier@elan-retrouve.org

Madame Nathalie GOUSSARD –Adjointe de Direction Qualité et gestion des risques

Nathalie.goussard@elan-retrouve.org

Monsieur Robert COLIN- **Responsable de l'informatique**

Robert.colin@elan-retrouve.org

Monsieur Eric Leduc- Consultant SIH

Eric.leduc@elan-retrouve.org

# 2. Conventions de dénomination et définition des termes

## 2.1. Abréviations et acronymes utilisés dans le projet.

| | |
|---|---|
| ACE | Actes et Consultations Externes |
| ALD | Affection de Longue Durée |
| AMC | Assurance Maladie Complémentaire |
| AMO | Assurance Maladie Obligatoire |
| ANAES | Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé |
| ANS | Agence du Numérique en Santé (remplace l'ASIP) |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| ASIP | Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (remplacée par l'ANS) |
| ATIH | Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation |
| ATU | Autorisation Temporaire d'Utilisation (médicaments) |
| B2 | Norme de formatage des données pour la télétransmission |
| BI | Business Intelligence |
| BMR | Bactérie Multi Résistante |
| CCAM | Classification Commune des Actes Médicaux |
| CG | Coefficient Géographique |
| CIM | Classification Internationale des Maladies |
| CIM10 | Classification internationale des Maladies |
| CIO | Codification Inter Opérable (référentiel des spécialités pharmaceutiques) |
| CISI | Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information |
| CLIN | Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| CNIL | Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés |
| CPAM | Caisse primaire d'Assurance Maladie |
| CPS | Carte Professionnelle de Santé |
| CSARR | Catalogue des Actes de Rééducation et de Réadaptation |

| | |
|---|---|
| CSP | Code de Santé Publique |
| CTR | Centre de Traitement et de Réadaptation |
| DCI | Dénomination Commune Internationale |
| DGOS | Direction Générale de l'Organisation des Soins |
| DMP | Dossier Médical Partagé |
| DP | Dossier Pharmaceutique |
| DPI | Dossier Patient Informatisé |
| EAI/ESB | Enterprise Application Intégration / Enterprise Service Bus, Outils et méthodes visant à permettre les échanges entre les applications qui ne sont pas originalement conçues pour communiquer entre elles. |
| EDGAR | E = Entretien, D = Démarche, G = Groupe, A = Accompagnement, ou R = Réunion |
| EJA | Espace jeunes adultes |
| ESAT | Etablissement et service d'aide par le travail |
| ESPIC | Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif |
| ETAP | Etude et traitement analytique par le psychodrame |
| ETL | Extract Transform Load |
| FEHAP | Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne |
| GAM/GAP | Gestion Administrative du Malade / Patient |
| GED | Gestion Electronique de Documents |
| GMSIH | Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier |
| HAD | Hospitalisation à domicile |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HDS | Hébergeur de Données de Santé |
| HOP'EN | Hôpital Numérique ouvert sur son environnement |
| HC | Hospitalisation Complète |
| IDE | Infirmier/Infirmière Diplômé(e) d'Etat |
| IHE | Integrating the Healthcare Enterprise |
| INS | Identifiant National de Santé |

| | |
|---|---|
| INS-C | Identifiant National de Santé Calculé |
| IPAQSS | Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins |
| IPP | Identifiant Permanent du Patient |
| ITIL | Information Technology Infrastructure Library |
| LDAP | Lightweight Directory Access Protocol |
| LAP | Logiciel d'Aide à la Prescription |
| MOM | Mise en Ordre de Marche (du système) |
| NGAP | Nomenclature Générale des Actes Professionnels |
| NIR | Numéro d'Inscription au Registre (INSEE) (n° de sécurité sociale) |
| PCA | Plan de continuité d'Activité |
| PEC | Prise En Charge |
| PMSI | Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information |
| PRA | Plan de Reprise d'Activité |
| PS | Professionnel de Santé |
| PUI | Pharmacie à Usage Intérieur |
| RASS | Référentiel des Acteurs de Santé Sociaux |
| RIM-P | Recueil d'informations Médicalisé en Psychiatrie |
| RNIV | Référentiel National d'Identitovigilance |
| RPPS | Répertoire Partagé des Professionnels de Santé |
| SGBDR | Système de Gestion de Base de Données Relationnelles |
| SIIPS | Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée |
| SIS | Système d'Information de Santé |
| SMTP | Simple Mail Transfer Protocol – Protocole de communication |
| SNOMED CT | Systematized Nomenclature Of Medicine Clinical Terms |
| SQL | Structured Query Language |
| SSO | Single Sign On, signature unique : méthode permettant à un utilisateur de ne procéder qu'à une seule authentification pour accéder à plusieurs applications informatiques |
| SSR | Soins de Suite et de Réadaptation |

| | |
|---|---|
| T2A | Tarification A l'Activité |
| UCD | Unité Commune de Dispensation |
| UF | Unité Fonctionnelle |
| VA | Vérification d'Aptitude |
| VSR | Vérification de Service Régulier |
| WIFI | WIreless FIdelity est un ensemble de protocoles de communication sans fil régis par les normes du groupe IEEE 802.11. |

## 2.2. Définition des termes

Calendrier : Système de repérage des dates en fonction du temps (années, mois, semaines, jours et heures)

Défusion : séparation pour revenir à la situation antérieure à une fusion.

Demande externe : c'est le patient lui-même, son médecin traitant ou l'établissement qui l'héberge qui demande le rendez-vous par téléphone, courriel, etc.

Demande interne : Pour un patient en consultation ou hospitalisé dans l'établissement, c'est la secrétaire ou l'équipe soignante qui se charge de l'organisation de la prise des rendez-vous en s'adressant à la secrétaire de spécialité ou en inscrivant directement le rendez-vous dans les plages ouvertes des agendas ou le prescripteur

Demandeur : personne qui demande le rendez-vous (professionnel de santé ou secrétaire médicale).

Document : élément constitutif du dossier du patient produit dans le cadre de son parcours de soins.

Consentement : permission donnée par un patient pour procéder à une étude ou une intervention spécifique.

Décharge : document produit dans le cadre d'un refus de soins, décharge la responsabilité de l'institution lorsqu'un patient est informé des risques qu'il prend en refusant un acte ou traitement ou en décidant de quitter le service contre l'avis médical et qui, malgré l'avertissement, persiste dans sa décision.

Dépôt de valeurs : description de l'ensemble des valeurs matérielles, monétaires ou autre, appartenant à un patient et dont l'établissement prend la responsabilité.

Dossier patient : dossier comprenant l'ensemble des informations médicales, administratives, soignantes ou paramédicales nécessaires à la prise en charge et à la continuité des soins d'un patient au sein d'une unité clinique. Ces informations sont regroupées au sein d'un seul et unique dossier.

Dossier de spécialités : ensemble de données médicales propres à une spécialité. Certains dossiers de spécialité nécessitent une application spécifique pour le traitement de leurs données.

Dossier de venue : regroupement des informations du dossier patient correspondant aux périodes comprises entre un mouvement d'entrée et un mouvement de sortie donnés.

Elément de connaissance : élément de la base de connaissance regroupant les informations non confidentielles et d'intérêt général pour les professionnels de santé dans l'exercice de leur métier, tel que la SNOMED, le livret thérapeutique, les recommandations de vigilances, les référentiels de codage des actes et des diagnostics (CCAM, EDGAR, CIM10) et les diverses nomenclatures.

Formulaire : collecteur de données structuré de façon logique et cohérente, il permet de faciliter la capture, l'organisation, l'affichage et la modification des informations (données).

Fusion : combinaison d'informations hétérogènes issues de plusieurs sources.

Hospitalisation/Séjour hospitalier : Admission d'un patient dans un établissement de santé. Il peut s'agir d'un séjour à temps complet ou à temps partiel (hospitalisation de jour ou de nuit). Le séjour est caractérisé par une date de début et une date de fin, et correspond à la période pendant lequel le patient est accueilli au sein de la Fondation. Un patient peut avoir plusieurs séjours en cours (ex : Foyer Post Cure et hospitalisation de jour). Durant un séjour, des mouvements et des périodes d'absence peuvent être renseignés.

Identifiant de venue : numéro du dossier administratif.

Identité : ensemble des données qui déterminent chaque personne.

Identité provisoire : identité en attente de vérification formelle à partir d'un document officiel (Carte d'identité, passeport…).

Identité définitive : identité validée à partir d'un document officiel (Carte d'identité, passeport…) avec IPP (identifiant Permanent du Patient).

Mouvement : événement qui décrit un changement dans la situation du patient entraînant, le cas échéant, une modification dans la responsabilité de prise en charge, dans le contexte de sa venue dans l'établissement.

Offreur : personne qui met des plages horaires à disposition des rendez-vous. Généralement un professionnel de santé.

Personnel paramédical : auxiliaires médicaux tels que définis par le livre III du code de la santé publique. On peut les répartir en trois catégories : les professions de soins (dont les IDE), les professionnels de rééducation et de réadaptation, les professionnels médicotechniques.

Plage horaire : espace de temps occupé par une activité.

Plan de soins : planning détaillé de l'ensemble des événements liés à la venue d'un patient (soins, actes, rendez-vous, mouvement, déplacement, etc.). Ce planning permet de suivre également la réalisation ou la non réalisation des événements programmés.

Pôle : Regroupement de spécialités médicales ou regroupement de services administratifs

Préadmission : permet d'organiser le séjour des patients et de définir le taux d'occupation des places / lits sur une période donnée en prenant en compte le type de venue.

Prescripteur : personne autorisée à prescrire : médecin.

Protocole : description précise d'une procédure, d'un mode opératoire à suivre (à respecter). Le protocole thérapeutique est un recueil d'indications rappelant les examens ou les règles du traitement pour un contexte ou une pathologie donnée. Les moyens d'explorations comme les divers traitements sont codifiés et le protocole aide à soumettre le patient à ce qui est nécessaire tout en lui évitant ce qui est superflu. Un protocole est un guide pour le médecin, il ne représente pas des obligations absolues.

Rendez-vous : rencontre prévue entre deux ou plusieurs personnes à une même heure dans un même lieu. Dans ce document, le terme rendez-vous désigne spécifiquement une rencontre prévue entre un patient et un ou plusieurs professionnels de santé, et éventuellement une ou plusieurs ressources matérielles, sur une plage horaire, et dans certains cas, sur plusieurs plages horaires. Des dispositifs spécifiques pourront être définis dans le cadre du futur projet de télémédecine de la Fondation.

Rendez-vous simple : association d'un acte, d'un professionnel de santé (l'offreur), d'une plage horaire et d'un patient.

Rendez-vous multi-ressources : association d'un acte, d'un ou plusieurs professionnels de santé, d'une plage horaire, d'une ou plusieurs ressources matérielles et d'un Ou plusieurs patient.

Rendez-vous itératif : association d'un acte, d'un ou plusieurs professionnels de santé, de plusieurs plages horaires successives, d'une ou plusieurs ressources matérielles et d'un ou plusieurs patients.

Rendez-vous protocolisé : Rendez-vous, pris dans le cadre d'un protocole, offrant la possibilité de combiner plusieurs actes avec les ressources et durées associées.

Surbooking : Possibilité offerte par le système de faire une réservation sur une plage horaire déjà réservée (partiellement ou en totalité).

Synthèse : résumé qui rend compte d'un ensemble de documents produits par les professionnels de santé ayant participé à la prise en charge d'un patient, sous une présentation commune à l'ensemble de l'établissement.

Traits d'identité : les traits d'identité permettent de caractériser un individu. Trois types de traits ont été définis :

- les traits stricts qui sont nécessaires à l'identification mais pas toujours suffisants (par exemple : nom d'usage, nom de famille, nom marital, prénoms, date de naissance, sexe)
- les traits étendus (par exemple : alias, code commune du lieu de naissance, adresse domicile, numéro de téléphone, nom de la mère / nom du père)
- les traits complémentaires qui améliorent l'identification d'un patient (par exemple : Informations socioprofessionnelles, informations médicales caractéristiques, employeur, régime de sécurité sociale, numéro d'assurance obligatoire, numéro d'assurance complémentaire, nationalité, élément de biométrie).

UF d'hébergement : unité fonctionnelle dans laquelle le patient est hébergé.

UF de responsabilité médicale : unité fonctionnelle ayant la responsabilité médicale du patient.

Venue : passage continu du patient dans l'établissement de santé (y compris HAD, rétrocession, séance). Les cas de permission de sortie et de prestation inter-établissement n'interrompent pas la venue.

# 3. Documents applicables

## Tous les documents réglementaires et légaux produits par les instances gouvernementales et législatives. Plus particulièrement les documents suivants

### 3.1. Les documents de référence

Les documents de référence du programme Hôpital Numérique sont les suivants :

- CP_DGOS_Programme_Hopital_numerique_-_Politique_nationale_relative_aux_SIH_-_mai_2012
- DGOS_HN_Feuille de route_1811_V0.6
- DGOS_Guide_d_indicateurs_Programme_Hopital_Numerique_-_avril_2012
- Guide_accompagnement_ES_HN_20120223-2
- Hopital_numerique_-_Synthese_des_indicateurs-2
- Guide_CPOM_2012
- Guide facturation –procédure d'admission des patients - MEAH
- Guide des règles de facturation des soins dans les établissements de santé – MEAH

La sécurisation de la chaîne d'approvisionnement des médicaments est strictement encadrée depuis la publication de l'ordonnance n° 2012-1427 du 19 décembre 2012 et des décrets n° 2012-1562 du 31 décembre 2012 et n° 2018-291 du 20 avril 2018 relatifs au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments. Ces dispositions sont issues de la transposition de la directive 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011.

Les articles R. 5121-138-1 à R. 5121-138-4 du code de la santé publique prévoient la mise en place de dispositifs de sécurité sur certains médicaments afin de vérifier leur authenticité, leur identification individuelle ainsi que leur intégrité.

Le règlement délégué (RD) de la Commission européenne publié le 9 février 2016 complète la directive 2011/62/UE relative aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l'introduction dans la chaîne d'approvisionnement légale de médicaments falsifiés.

Les dispositifs de sécurité consistent en la mise en place d'un identifiant unique sur chaque boite de médicament, c'est le dispositif de sérialisation, ainsi qu'un dispositif antieffraction.

Les Guides établis par l'ANAP en ce qui concerne les Cahiers des Charges types.

Les exigences du Programme HOP'EN devront être intégrées.

## 3.2. Les décrets

Les décrets suivants :

- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Journal Officiel n° 101 du 30 avril 2002.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel n° 54 du 5 mars 2002 page 4118.
- Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal Officiel n° 40 du 16 février 2002.
- Décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 pris pour l'application de l'article 1316-4 du code civil et relatif à la signature électronique. Journal Officiel n° 77 du 31 mars 2001.
- Décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). Journal Officiel n° 302 du 30 décembre 2001.
- Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Journal Officiel n° 231 du 5 octobre 2000.
- Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique. Journal Officiel n° 62 du 14 mars 2000.
- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur, mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique. Journal Officiel n° 77 du 1er

avril 1999.

- Décret n° 99-150 du 4 mars 1999 relatif à l'hémovigilance et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). Journal Officiel n° 54 du 5 mars 1999.
- Décret n° 94-666 du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). Journal Officiel n° 180 du 5 août 1994.
- Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Journal Officiel n°41 du 18 février 1993.
- Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). Journal Officiel n° 78 du 1er avril 1992.
- Loi n° 78-17 du 06 janvier 1978. Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Journal Officiel du 07 février 1978.
- Arrêté ministériel du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières. Journal Officiel 25 octobre 1968.

### 3.3. Les circulaires :

- Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
- Circulaire DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.
- Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
- Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
- Circulaire DGS/PS3/DH/FH1/ n° 96-31 du 19 janvier 1996 relative aux rôles et missions des aides-soignants et auxiliaires de puériculture dans les établissements de santé.
- Circulaire DGS/DH n° 92 du 30 décembre 1994 relative à la traçabilité.

- Ordonnance n° 2017-29 du 12 janvier 2019 relative aux conditions de reconnaissance de la force probante des documents comportant des données de santé à caractère personnel créés ou reproduits sous forme numérique et de destruction des documents conservés sous une autre forme que numérique.
- Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison pris en application de l'article 95 de la loi n°2016-41 du 26/01/16.
- Réglementation Identitovigilance : instruction 2013.
- Réglementation RIMP et PMSI SSR : Guides méthodologiques.

# 4. Présentation de Fondation de L'Elan Retrouvé

## 4.1. Les établissements Hospitaliers

La Fondation l'Élan Retrouvé, créée sous une forme associative en 1948 par le Pr P. Sivadon, Médecin psychiatre, et Madame S. Baumé, Conseillère du travail à l'Hôpital psychiatrique de Ville Evrard, a vu le jour et a été reconnue d'utilité publique par décret du 17 aout 2016.

Elle assure la gestion d'établissements sanitaires non sectorisés qui sont des Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) et Participant au Service Publique Hospitalier (PSPH), des établissements médico-sociaux et des établissements sociaux.

La Fondation compte près de 625 salariés répartis sur l'ensemble des sites, dont 80 % exercent leur activité auprès de la personne accueillie, qu'elle soit engagée dans un processus de soin ou d'insertion. Elle reçoit, chaque année, plus de 7 600 personnes.

La Fondation gère 16 établissements sanitaires implantés sur les départements :

**De Paris**

- Institut Paul Sivadon - 155 places

- 9è arrdt : hôpital de jour
  120 places d'hôpital de jour, et consultations : services de psychiatrie, de psychothérapie, de médecine psychosomatique et de psychopathologie du travail – Unités d'hypnothérapie et de thérapies corporelles - Centre de thérapies et de recherche pour le couple et la famille
  23 rue de La Rochefoucauld, 75009 Paris

- 11è arrdt : Hôpital de jour addictologie et psychiatrie
  35 places

  55 rue de la Folie-Regnault, 75011 Paris

- 13è arrdt - **Foyer de l'Élan**

  25 places

  6 rue Trolley de Prévaux, 75013 Paris

- 5è arrdt - Centre Psycho-Médical et Social

  40 rue des Boulangers, 75005 Paris

- Centre Françoise Grémy/Hôpital de jour

  12 places

  Site principal : 25 villa Santos-Dumont, 75015 Paris

- U.M.I. Centre

  6 rue Gager-Gabillot, 75015 Paris

- Hôpital de jour pour enfants Haxo

  16 places

  89 rue Haxo, 75020 Paris

- Centre Médico Psychologique pour enfants Haxo

  93 rue Haxo, 75020 Paris

Des Hauts de Seine

- Hôpital de jour avec atelier thérapeutique

  40 places

  240 rue Gabriel Péri, 92700 Colombes

- Hôpital de jour de Malakoff

  17 places

  Résidence Georges Brassens

  1/3/5 allée Jacques Brel, 92240 Malakoff

- **Hôpital de jour d'Antony**

  14 places

37 avenue Léon Jouhaux, 92160 Antony

- Hôpital de Jour de Fontenay-aux-Roses

  13 places

  45 avenue Gabriel Péri, 92260 Fontenay-aux-Roses

Du Val-de-Marne

- **Hôpital de jour d'Orly**

  21 places

  14/18 allée Louis Bréguet, 94310 Orly

- Hôpital de jour de Chevilly-Larue

  12 places

  50 rue du Lieutenant Petit Leroy, 94550 Chevilly-Larue

Des Yvelines

- Centre Gilbert Raby

  60 lits SSR, 50 lits Psychiatrie temps plein et 15 places Hôpital de jour psychiatrie et SSR

  2 avenue du Maréchal Joffre, 78250 Meulan

**De l'Indre et Loire**

- Centre Malvau

  62 lits SSR

  21 quai des Violettes 37400 Amboise

Ces 16 établissements accueillent des personnes souffrant de handicap psychique en psychiatrie adulte et en psychiatrie infanto juvénile et participent tous au service public hospitalier.

Ils sont non-sectorisés.

Dans le cadre de son dispositif sanitaire la Fondation réalise des actes d'hôpital de jour, de foyer de Postcure, de consultations, d'hospitalisations temps psychiatriques et SSR.

La Fondation gère 8 établissements médico-sociaux :

A Paris

- **Établissement et Service d'Aide par le Travail de l'Élan**

  177 places

  20-26 passage Trubert-Bellier, 75013 Paris

- **Service d'Accompagnement à la Vie Sociale**-Cadet

  57 places

  18 rue Cadet, 75009 Paris

- **Service d'Accompagnement à la Vie Sociale**-Championnet

  70 places
  74/76 rue Championnet, 75018 Paris

- **Service d'Accompagnement à la Vie Sociale**-Iris

  65 places

  5 rue des Messageries, 75018 Paris

- **Service d'Aide à l'Insert**ion Professionnelle des Personnes Handicapées

  190 places

  42/52 rue de l'Aqueduc, 75010 Paris

- **Centre d'Accueil de Jour Médicalisé Atypique Le Relais**

15 places

15 rue du Pôle Nord, 75018 Paris

- Plateforme de compétence et de prestations externalisées

  15 rue du Pôle Nord, 75018 Paris

Dans le Val de Marne

- **Service d'Accompagnement à la Vie Sociale**-Orly

  47 places

  25 rue Jean Mermoz, 94310 Orly

La Fondation gère 3 établissements sociaux :

Des résidences accueil :

- Résidence Accueil Cléry

  12 places

  69 rue de Cléry 75002 PARIS

- Résidence Accueil Sentier

  18 places

  41 rue d'Aboukir 75002 PARIS

- Résidence accueil Choisy

  26 places

  20 avenue Raymond Poincaré 94600 Choisy Le Roi

La Fondation l'Élan Retrouvé parraine 3 Groupes d'Entraide Mutuelle :

- le GEM « SAPC » à Choisy le Roi (Val de Marne) ;
- le GEM « SAPC » à Vitry-sur-Seine (Val de Marne) ;
- le GEM « La maison bleue » à Perpignan ;

## 4.2. Les principaux chiffres

80 % des personnes employées par la Fondation exercent leur activité auprès de la personne accueillie, qu'elle soit engagée dans un processus de soin ou d'insertion.

Elle reçoit, chaque année, plus de 8.500 personnes.

La Fondation emploie un effectif de 625 salariés pour 517,93 ETP, dont :

- Médecins (psychiatres et somatique) : 59
- Cadres Supérieurs et de Santé : 10
- Infirmiers et aides-soignants : 115
- Autres paramédicaux : 34
- Personnel éducatif : 173
- Secrétaires médicales : 28
- Psychologues : 67

| Année | Catégorie et statut | Personnels de direction et personnels administratifs | Personnels des services de soins | Personnels éducatifs et sociaux | Personnels médicaux | Personnels médico techniques | Personnels techniques et ouvriers | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2017 | Effectif au 31-12-2017 | 107 | 213 | 133 | 57 | 1 | 55 | 566 |
| | cadre | 36 | 68 | 5 | 57 | 0 | 0 | 166 |
| | non cadre | 71 | 145 | 128 | 0 | 1 | 55 | 400 |
| | Féminin | 86 | 156 | 79 | 27 | 1 | 32 | 381 |
| | Masculin | 21 | 57 | 54 | 30 | 0 | 23 | 185 |
| 2018 | Effectif au 31-12-2018 | 115 | 209 | 142 | 56 | 2 | 54 | 578 |
| | cadre | 40 | 66 | 6 | 56 | 0 | 0 | 168 |
| | non cadre | 75 | 143 | 136 | 0 | 2 | 54 | 410 |
| | Féminin | 89 | 160 | 81 | 29 | 2 | 31 | 392 |
| | Masculin | 26 | 49 | 61 | 27 | 0 | 23 | 186 |
| 2019 | Effectif au 31-12-2019 | 122 | 216 | 173 | 59 | 2 | 53 | 625 |
| | cadre | 43 | 69 | 7 | 59 | 1 | 0 | 179 |
| | non cadre | 79 | 147 | 166 | 0 | 1 | 53 | 446 |
| | Féminin | 92 | 160 | 95 | 30 | 2 | 29 | 408 |
| | Masculin | 30 | 56 | 78 | 29 | 0 | 24 | 217 |

## 4.3. Le système d'information de la Fondation

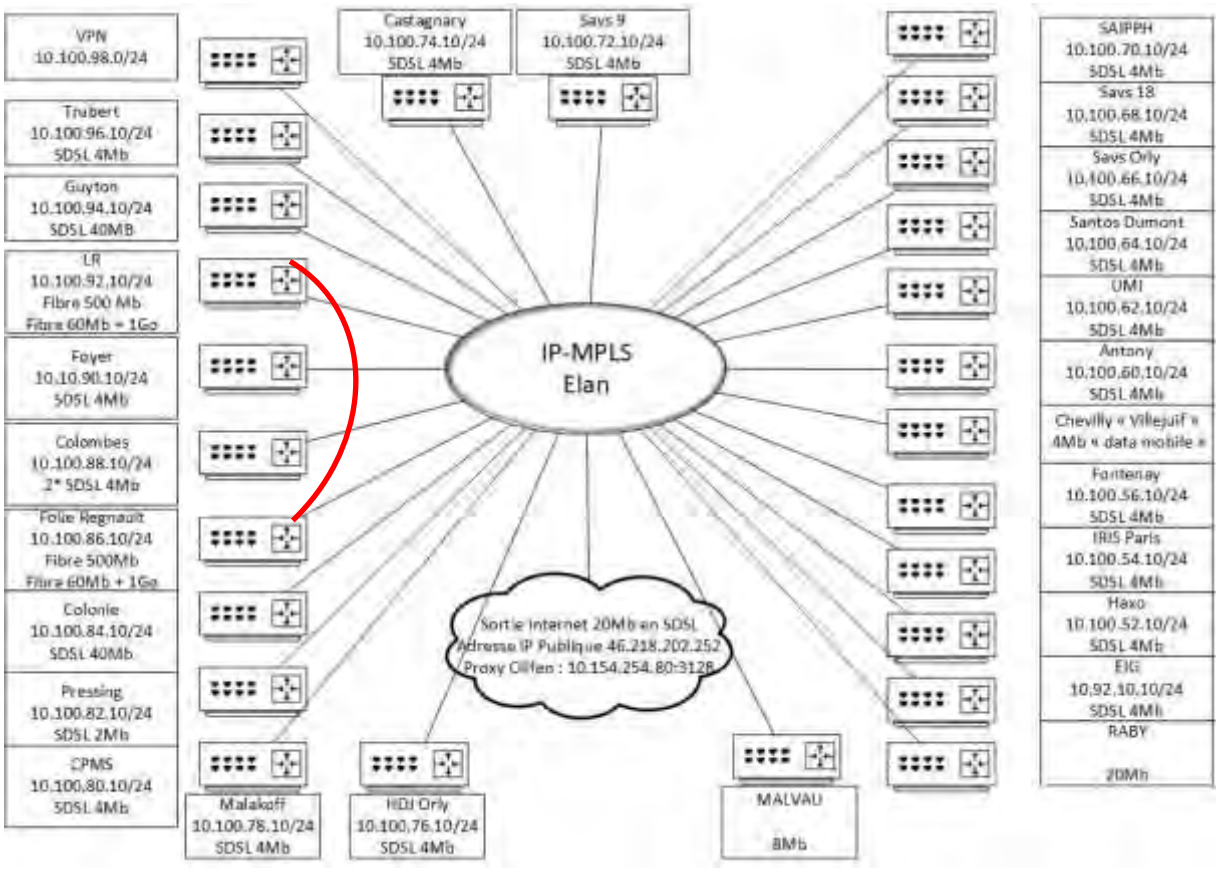
### 4.3.1. **L'infrastructure** réseau

- **Infrastructure réseau de tous les sites (sauf exception signalé dans les points suivants)**
  - Tous les sites ont un réseau privé interne (LAN : Local aera network)
  - Les communications réseaux se font exclusivement en IPV4 (protocole de communication internet)
  - Chaque site à un plan d'adressage qui lui est propre et qui n'interfère pas avec les réseaux des autres sites, afin de permettre un accès de n'importe quel site vers n'importe quel site, même si l'essentiel des connexions se fait des sites vers le siège qui est le point central du réseau et de l'informatique.
  - Tous les sites ont un seul VLAN (Virtual LAN), et l'ensemble des postes et

imprimantes réseaux sont reliés à ce VLAN (voir exception pour le siège)

- **Interconnexion des sites**
  - L'ensemble des sites est interconnecté via un réseau MPLS (Multi Protocol Label Switching). Ce qui sécurise les échanges entre les sites. C'est SFR qui fournit ce service. Le schéma vous donne les débits actuels.
  - Il y a à ce jour les sites du PCPE et du CAJM qui ne sont pas connecté au MPLS. Ils ont leur propre connexion et réseau privé en attendant début 2019 leur installation définitive et regroupée dans de nouveaux locaux.
- **Liaison internet**
  - L'ensemble des sites ont accès à internet via une liaison 20 Mb hébergé chez SFR (sauf l'exception mentionné ci-dessus)
  - Cette liaison est protégée en utilisant un proxy pour l'accès et un firewall avec filtrage d'url de type OLFEO.
  - Le service informatique n'a qu'un accès limité sur les paramétrages de ce firewall, les demandes spécifiques (ouverture de port) doivent passer par un ticket auprès du prestataire SFR.
  - Beaucoup de sites ont un accès supplémentaire par une box internet protégée en frontal par un firewall de type stormshield (ces boitiers sont en cours de déploiement) ; le service informatique a un contrôle total sur ces boitiers et leur paramétrage. Cette connexion est essentiellement utilisée dans le cadre d'atelier avec les patients, mais peut parfois être utilisé en secours ou pour des applications bien spécifiques ceci afin d'éviter de surcharge la bande passante du réseau réservé aux professionnels
- **Particularité du Siège et du site de la Folie Régnault**
  - Liaison LAN to LAN de 500 MB entre ces 2 sites, en plus de la connexion au MPLS de chaque site.
  - Le site de la Folie Régnault est utilisé comme site de secours (voir partie serveur pour plus de détail)
  - Le siège a 2 VLAN, pour pallier les limitations d'adresse ip du réseau historique d'une part, et pour séparer la partie serveur du reste du réseau d'autre part, ceci afin d'améliorer la sécurité de l'infrastructure (cette partie est en cours de réalisation et n'impacte pas la production)
- **Connexion à EIG (logiciel de gestion, comptabilité et ressources humaines)**
  - La connexion se fait aussi par le réseau MPLS : cette société est vue comme un site supplémentaire de la fondation au point de vue réseau.
  - Tous les échanges de données avec la comptabilité passeront par ce lien qui devra être défini avec les responsables techniques d'EIG.
- **Information complémentaire**
  - Il est envisagé de déplacer le centre de secours sur le site du Centre Gilbert RABY dont les locaux sont plus adaptés pour cette fonction. Il n'y a pas d'incidence sur le déploiement du logiciel
  - Le fournisseur actuel des liaisons intersites pourra changer en janvier 2020 date de la fin de nos engagements avec SFR. Si un changement intervient, il sera à périmètre égal ou avec une augmentation des débits.

# SchemaLiaisonSFR2018




La liaison en rouge représente le lien LAN to LAN entre le site principal du siège et celui de secours de la Folie Régnault.

Liste des liaisons telle que présentée par SFR

| Etat_Service | Type | Site | Designation_Principale |
|---|---|---|---|
| Fonctionnel | Liaison | MALVAU | Liaison SDSL 8M |
| Fonctionnel | Liaison | HAXO | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | HDJ FOLIE REGNAULT | Liaison Fibre 60M |
| Fonctionnel | Liaison | HDJ FOLIE REGNAULT | Liaison Service 500M |
| Fonctionnel | Liaison | HDJ FOLIE REGNAULT | Liaison Fibre 1G+ |
| Fonctionnel | Liaison | SIEGE - FONDATION L'ELAN RETROUVE | Liaison Service 500M |
| Fonctionnel | Liaison | SIEGE - FONDATION L'ELAN RETROUVE | Liaison Fibre 1G+ |
| Fonctionnel | Liaison | IRIS Paris | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | ASSOC L ELAN RETROUVE | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | CASTAGNARY | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | EIG | Liaison SDSL 4M |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fonctionnel | Liaison | SAIPPH | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | UMI | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | FONDATION L ELAN RETROUVE | Liaison Data Mobile |
| Fonctionnel | Liaison | HDJ ANTHONY | Liaison SDSL 4M Zone1 |
| Fonctionnel | Liaison | HDJ SANTOS DUMONT/Centre Françoise Grémy | Liaison SDSL 4M Zone1 |
| Fonctionnel | Liaison | SAVS CHAMPIONNET | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | SAVS ORLY | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | DMZ | Liaison Hebergement 20M+ |
| Fonctionnel | Liaison | SAVS CADET | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | ESAT COLONIE | Liaison Service 40M |
| Fonctionnel | Liaison | ESAT GUYTON | Liaison Service 40M |
| Fonctionnel | Liaison | ESAT PRESSING | Liaison SDSL 2M |
| Fonctionnel | Liaison | CPMS | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | ESAT TRUBERT | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | HDJ COLOMBES | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | HDJ MALAKOFF | Liaison SDSL 4M |
| Fonctionnel | Liaison | HDJ ORLY | Liaison SDSL 4M |
| | Liaison | FOYER | Liaison SDSL 4M |

### 4.3.2. **L'infrastructure** serveurs

Vous avez ici l'ensemble des serveurs de la fondation avec des informations plus précises sur ceux du siège et du site de secours, c'est sur ces derniers que sera installée la solution.

- **Le site de Malvau (Amboise)**
  - Serveur HP double proc intel xeon E5-2650 v3 2,3 ghz 64 bit 32 Go de mémoire vive
    - Système Windows 2012R2 Standard
    - Serveur RDP pour les applications et aussi serveur de sécurité AD de secours (Système d'annuaire de sécurité de réseau de entreprise Microsoft Active Directory).
    - Suite office
    - Logiciel médical Osiris
    - Ce serveur ne sera pas utilisé pour la mise en place du logiciel médical, Il sera remplacé par un serveur au moins identique en 2019
  - Serveur HP proc intel xeon 5620 2,4 ghz 64 bit 12 Go de mémoire vive
    - Système Windows 2008R2 Standard
    - Serveur de sécurité AD principal

    - Ce serveur ne sera plus utilisé fin 2019 et sera remplacé par le serveur ci-dessus
- **Le site de l'ESAT Colonie**
  - Serveur DELL
    - Système de virtualisation XEN server
    - VM pour le serveur de sécurité de type AD (voir infrastructure de sécurité ci-dessous)
    - VM pour des applicatifs spécifiques de l'ESAT et le stockage des données
    - Ce serveur sera utilisé jusqu'en décembre 2022
    - Il n'intervient pas dans la mise en place du logiciel médical
- **Le site de l'ESAT Guyton**
  - Serveur DELL
    - Système de virtualisation XEN server
    - VM pour des applicatifs spécifique de l'ESAT et le stockage des données
    - Possibilité d'ajout de VM selon les besoins
    - Ce serveur sera utilisé jusqu'en décembre 2022
    - Il n'intervient pas dans la mise en place du logiciel médical
- **Le site du Centre Gilbert Raby**
  - Serveur LENOVO : 2 serveurs identiques X3550 M5
    - Biprocesseur Xeon 8C E5-2620 v4 85W 2.1GHz/2133MHz/20MB
    - Alimentation redondante
    - Mémoire 64 GB extensible à 1,5 To
    - 4 interfaces réseaux plus une pour la gestion IMM (Integrated Management Module) - prise en main à distance dès le démarrage, et possibilité de gérer le serveur depuis une interface web.
    - Système de virtualisation VMware Esx 6.0 pouvant évoluer en fonction des besoins ;
    - Les machines virtuelles peuvent être déplacées d'un serveur à un autre. La licence additionnelle VMware HA (high availability) permettrait de réaliser ses déplacements en production et de manière automatique sur incident au niveau d'un des serveurs.
  - Les serveurs LENOVO sont connectés à une baie de disques centrale LENOVO V3700 :
    - Licence turbo opérationnelle (gestion améliorée des cycles lecture/écriture notamment)
    - 6 disques de 600 go en raid 6 pour une capacité allouée actuelle de 1,6 To + une unité de secours à chaud. Il est possible d'affecter encore 18 disques dans cette baie.
  - Sont hébergées sur la baie de disques les machines virtuelles suivantes :
    - Contrôleur principal & secondaire de domaine de type Active Directory gérant l'authentification des utilisateurs sur le réseau local du centre (accès aux ressources). Aucun système SSO n'a été mis en place à l'heure actuelle, la gestion des accès aux applications se fait par l'attribution d'un couple identifiant / mot de passe propre à chaque outil métier, un super-utilisateur

(par outil) disposant des droits permettant de gérer les accès.
    - Serveur de partage de fichiers bureautiques.
    - Serveur OCTIME pour la gestion des horaires + anciennes bases de données ALFA (ressources humaines, admissions patients, comptabilité) & CEGID (comptabilité) pour historique
    - Serveur de base de données médicale de production CORTEXTE.
    - Serveur de '' '' formation CORTEXTE + base de données pharmaceutique MEDIPHAR + base de données VIDAL interfacée avec CORTEXTE.
    - Serveur PMSi pilot.
    - Serveur d'impression.
    - Tous les serveurs sont de type Windows server 2008 R2 standard à Windows server 2019, à jour des correctifs Microsoft. Seul le serveur PMSi est architecturé autour de Linux (CentOS).
- Serveur HP ML150 Gen9
    - Processeur Xeon 6C E5-2609 1.9GHz
    - Mémoire 8 GB
    - 2 interfaces réseaux
    - 2 Disques durs 1 To en Raid1
    - Système de virtualisation VMware Esxi 6.0 pouvant évoluer en fonction des besoins ;
    - Ce serveur héberge une machine virtuelle contenant le portail PMSi Pilot BI sous Linux (CentOS).

- **Le site de La Rochefoucauld (le plus important il héberge les serveurs principaux) et le site de la Folie Régnaut (site de secours hébergeant une infrastructure identique en termes de serveur physique)**
    - Serveur DELL : 4 serveurs Identiques (2 sur chaque site)
        - Biprocesseur xeon 2630 v4 2,2 Ghz
        - Mémoire 192 GB extensible à 1To
        - Disque dur : 18 disques sas de 1,8 To (téra octets) chacun réparti en 3 volumes de respectivement 1,05 To raid 0 ; 7,6 To raid 5 ; 7,6 To raid 5. Chaque serveur peut encore accueillir 8 disques supplémentaires de même capacité (soit 7,6 To en raid 5) voir des disques SSD si des performances disques supérieures étaient nécessaires
        - 8 interfaces réseaux plus une pour la gestion idrac (prise en main à distance dès le démarrage, et possibilité de redémarrer ou démarrer le serveur depuis une interface web. Gestion de la plupart des paramétrages depuis cette interface)
        - Système de virtualisation XEN server en version 7.0 pouvant évoluer en fonction des besoins
        - Les machines virtuelles peuvent être déplacées d'un serveur à un autre même en production, ceci sans qu'il y ait de perturbation de la production. Ce qui permet des maintenances sur l'hyperviseur xen sans perturber le service.
        - Les machines virtuelles tournant sur ces serveurs
            - Les deux serveurs de sécurité de type AD. Ces serveurs vérifient les droits

des utilisateurs pour l'accès aux ressources réseaux local, à la messagerie, à internet, au logiciel de suivi du parc informatique et des demandes d'interventions et suivi des incidents (GLPI). Nous essayons dans la mesure du possible d'utiliser l'AD pour les authentifications sur nos applicatifs. Si un système SSO doit être mis en place, il faudrait qu'il soit compatible avec l'AD de la fondation. Chaque serveur AD est sur un site diffèrent pour garantir une continuité de service en cas de coupure réseaux ou électrique de longue durée ou de maintenance de l'un des serveurs.

  - Les deux serveurs de messagerie Exchange. Ils sont redondant l'un de l'autre pour garantir la continuité de service et permettre une maintenance sans coupure de messagerie.
  - Le serveur RDS pour l'application Gesper (ressources humaines). Ce serveur virtuel disparaitra lorsque nous aurons finalisé la mise en place du nouveau système RDS, finalisation prévue en novembre 2018 (voir ci-dessous)
  - Le serveur WSUS : système de centralisation des mises à jour de Microsoft
  - Le serveur GLPI sur un système linux : suivi du parc informatique, des demandes d'intervention et suivi des incidents.
  - Le serveur MDT : Système de déploiement des systèmes d'exploitation et application sur les postes utilisateurs.
  - Serveur XDA : serveur pour le suivi des consommables des imprimantes et centraliser leur gestion.
  - Serveur broker RDS : pour la mise en place d'un système RDS (bureau à distance pour les sessions utilisateur). Permet la gestion de bascule et de répartition des sessions entre les différents serveurs disponibles sur la grappe de serveur d'application. En cours de test et de déploiement finalisation prévue en novembre 2018.
  - Serveur de licence et de passerelle RDS : comme le précèdent, il gère le service de bureau à distance et permet l'accès de l'extérieur si nécessaire. En cours de généralisation.
  - 4 Serveurs d'applications RDS : permettent aux utilisateurs de se connecter à leur session de n'importe quel site de la fondation et retrouve l'ensemble des applicatifs métiers et bureautique. En cours de test et de déploiement finalisation prévue en novembre 2018.

- C'est sur ces serveurs que seront installés le logiciel médical et l'ensemble des composants associés. Le ou les serveurs devront donc pouvoir être visualisé sur ce système. Si des augmentations de capacité de stockage ou de mémoire vive sont à prévoir, il faudra clairement le préciser dans la proposition.

# 5. Présentation du projet

## 5.1. Le projet

La Fondation de L'Elan Retrouvé dispose de l'offre Medsphere de Corwin-Evolucare pour le volet administratif, généralisé à l'ensemble de ces établissements. Elle souhaite, au même titre, déployer un logiciel DPI unique à l'ensemble de la Fondation, respectant les exigences du programme HOP'EN en termes de sécurité, d'interopérabilité et de production d'indicateurs. Ce DPI devra garantir une totale conformité avec le référentiel national d'identitovigilance (RNIV).

La fourniture proposée devra s'intégrer avec l'environnement existant, notamment la Gestion Administrative du patient.

Le logiciel administratif étant le logiciel maître des identités, cette intégration doit garantir :

- Une gestion unique et partagée de l'identité du patient entre les différents applicatifs de l'ensemble du système d'information de santé.
- Une interface entre le logiciel qui est définie comme maitre d'identité et de mouvement et les autres logiciels de gestion du patient.

Cette fourniture pourrait être hébergée chez un hébergeur agréé hébergeur de données de santé ; la présentation des pièces justificatives[1] telles que la certification et l'agrément sera exigée et contrôlée.

Le présent cahier des charges recouvre deux phases :

- la première est le déploiement du DPI au sein des établissements sanitaires enfants et adultes de l'Élan historique en

[1] Se référer au site de l'ANS : https://esante.gouv.fr/labels-certifications/hebergement-des-donnees-de-sante et plus particulièrement https://esante.gouv.fr/labels-certifications/hds/certification-des-hebergeurs-de-donnees-de-sante pour la certification.

remplacement du logici**el CIMAISE de l'éditeur SOFTWAY** MEDICAL.

On entend par Élan historique :

- l'hôpital de jour de la Rochefoucauld ;
- l'hôpital de jour de la Folie Régnault ;
- l'hôpital de jour de Santos Dumont/ Centre Françoise Grémy et UMI Centre ;
- l'hôpital de jour d'Haxo ;
- le foyer de postcure ;
- les consultations ;
- le CPMS ;
- l'Unité mobile interdépartementale ;
- la consultation génétique ;
- le CMP d'Haxo ;
- l'hôpital de jour avec atelier thérapeutique de Colombes ;
- l'hôpital de jour de Malakoff ;
- l'hôpital de jour d'Antony ;
- l'hôpital de jour de Fontenay aux Roses ;
- l'hôpital de jour d'Orly ;
- l'hôpital de jour de Chevilly-Larue

➢ la seconde est le déploiement du DPI dans le Centre Gilbert Raby puis enfin le Centre Malvau, en remplacement respectivement des logiciels CORTEXTE (société CAPCIR) et OSIRIS (société EVOLUCARE).

La reprise des données (cf. 7.15 ci-dessous), critère déterminant du choix du DPI, devra prendre en compte cette hétérogénéité et fournir une même qualité d'intégration des données source.

La Direction générale au sein de ces deux phases prend comme principes :

➢ l'existence d'un logiciel maitre commun qui est le logiciel administratif (Mesphère) qui devra impérativement respecter les nouvelles normes en vigueur notamment dans le cadre du programme Hop'En tel que le RNIV et l'INS.
➢ La fonction pharmacie et la gestion des stocks sont réalisées uniquement par PHARMA, édité par la société COMPUTER ENGINEERING. Le logiciel pharma doit rester au cœur du circuit.

En ce qui concerne la prescription, deux options sont possibles :

➢ Option 1 : l'éditeur du DPI intègre la prescription médicamenteuse directement au sein du DPI (comme c'est le cas dans OSIRIS / CORTEXTE) et garantit son

interopérabilité avec PHARMA pour le circuit du médicament, sans surcoût pour la Fondation. Cette interopérabilité devra être décrite dans la réponse tant au niveau du mode opératoire (interconnexion, passerelle, autres) qu'au niveau des prérequis attendus pour en garantir le bon fonctionnement.

- Option 2 : l'éditeur du DPI n'intègre pas la prescription, mais s'appuie sur Pharma pour ce faire. Cette solution plus contraignante pour les utilisateurs doit être totalement documentée dans la réponse (cf. item précédent) à la consultation.

## 5.2. Objet de la consultation

Le marché qui sera attribué est un marché de droit privé.

**Le marché fait l'objet d'une fourniture unique, adaptée à l'ensemble des** activités des établissements de la Fo**ndation de L'Elan Retrouvé**, susceptible **d'être** hébergée chez un hébergeur agréé, livrée clé en main, avec **l'intégralité du** transfert de compétences nécessaire à sa bonne mise en route.

La fourniture doit être complète, intégrée, sécurisée, cohérente, et sans bug.

Le périmètre concerne un ensemble de livrables et des options.

Le périmètre ferme concerne :

- **La fourniture d'un livrable** multi-entités géographiques global, paramétrable, cohérent et intégré, à déployer sur les sites de la **Fondation de L'Elan Retr**ouvé.

- **La fourniture d'une production des soin**s, d'**aide au** codage et d'**assurance qualité** des informations RIM-P et PMSI SSR.

- **La fourniture d'un composant** de saisie intégrant les contraintes de la règle des demi-journées et journées pour la saisie des informations nécessaires au RIM-P. Le composant devra proposer une automatisation paramétrable par unité de soins, hebdomadaire ou mensuelle, de la gestion des présences en journées ou demi-journées pour le RIM-P. Le composant devra proposer des listes de contrôle sur une période paramétrable

    - comportant le cumul total des présences par patient,
    - les présences détaillées par date pour chacun en précisant

Journée / demi-journée,
- listes des entrées ou des sorties en hôpital de Jour.

Le composant devra proposer des listes de contrôle mensuelles ou hebdomadaires destinées aux utilisateurs responsables de la qualité et **de l'exhaust**ivité des informations du RIM-P ambulatoire: liste des patients par unité médicale dont le statut du rdv (présent, absent, excusé) n'est pas renseigné, liste des patients ayant un acte **ambulatoire noté sur une unité d'hospitalisation** (HJ LR) et n'ayant pas de venue dans le séjour, liste détaillée de l'activité ambulatoire par unité médicale sur une période paramétrable. Le composant devra pouvoir produire pour une période PMSI paramétrable les listes de contrôle détaillées par patient et par séjour pour les GME de type 2 et notamment pour les codes de précarité. Le composant devra produire pour une période PMSI paramétrable les listes de contrôle PMSI pour des seuils de dépendance paramétrables.

- **La fourniture d'un composant d'aide à l'assurance qualité et** exhaustivité des informations du dossier patient : informations structurées de base, informations structurées périodiques définies de type recueil clinique évolutif.

- **La fourniture d'un composant de** gestion des rendez-vous et de planification avancée, protocolisée, intégrant les contraintes de non redondance de saisie et de définition des actes ayant trait au recueil **de l'activité ambulatoi**re du RIM-P. Le composant de gestion de rendez-vous devra permettre une inscription sans délai compte tenu des flux téléphoniques de demande.

- Le dispositif de gestion de documents médicaux devra être en mesure de garantir la valeur probante des données numériques en cas de **litiges. Les mécanismes à mettre en œuvre devront répondre à des** normes telles **que l'authentification forte, la signature numérique,** conservation dans un coffre-fort électronique. Les dispositifs devront **garantir l'authenticité (garantie de l'horodatage et de l'auteur) et l'intégrité des documents numériques (garantie que les données n'ont** pas été modifiées, traçabilité des accès). Ordonnance n° 2017-29 du 12 janvier 2019 relative aux conditions de reconnaissance de la force probante des documents comportant des données de santé à caractère personnel créés ou reproduits sous forme numérique et de destruction des documents conservés sous une autre forme que numérique.

- **Le dispositif devra permettre l'application du Décret n° 2016**-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison pris en application de l'article 95

de la loi n°2016-41 du 26/01/16.

- Le dispositif devra permettre une détection paramétrable (pourcentage **de similitude) par la cellule opérationnelle d'**identitovigilance des doublons potentiels, la fusion de dossiers et la possibilité de garder trace des éléments fusionnés.

- Le dispositif de gestion des accès au dossier patient devra permettre une auditabilité complète de ces derniers avec un journal des accès comportant précisément les éléments visualisés ou modifiés du dossier patient informatisé. Le dispositif **devra permettre d'alerter certain**s professionnels référents du dossier et aux administrateurs un accès **atypique susceptible d'être analysé**, ainsi que réaliser des requêtes automatisées sur les indicateurs nationaux.

- **L'intégralité des connecteurs et interfaces nécessaires à l'intégration de** la fourniture **au système d'information actuel et nécessaires à son bon** fonctionnement, et ce, clés en mains. La cible de la solution proposée devra permettre dans un délai de 3 secondes la mise à disposition de **l'identité, du séjour, du rendez-vous ou de l'acte codé aux logiciels** connectés. Le soumissionnaire devra détailler **l'environnement de test** et le processus de validation.

- **L'ens**emble des transferts de données pour une interface devra se dérouler dans un temps inférieur à 3 secondes dans 80% des transferts, et un maximum de 10 secondes lorsque la quantité de données à transférer est importante, par exemple plus de 20 patients ou 30 mouvements (correspondant à une mise à jour massive de présence par exemple). Ce temps permet de garder une grande souplesse pour **l'utilisateur qui n'a pas à patienter pendant le passage d'une information d'un logiciel à l'autre**.

- Les éventuels outils techniques nécessaires au bon fonctionnement de la solution.

- **La fourniture d'un requêteur documenté (cf. 5.2.1.9)**.

- **La fourniture d'un module permettant la** création de courriers et de certificats paramétrables, avec fusion des entêtes et des options **d'éditi**on (cf. 7.3.2.1 ci-dessous **– création et mise à jour d'un document**)

- **L'intégration d'une GED. Dans la réponse au présent cahier des**

**charges, il sera nécessaire de détailler les processus d'interconnexions possibles avec d'aut**res outils. Il devra être possible de scanner les courriers, bilans, etc.

- La nécessaire compatibilité avec MS-Santé.

- **La maîtrise d'œuvre, la gestion de projet et l'assurance qualité** nécessaires.

- Le dimensionnement des ressources techniques nécessaires au bon fonctionnement de la fourniture (bande passante nécessaire, serveurs, ...**), en intégrant les contraintes de l'existant (techniques, organisationnelles, financières,…).**

- **L'installation et le démarrage des différents composants de la fourniture.**

- La **fourniture des outils et procédures nécessaires à l'administration de** la fourniture globale.

- La sauvegarde des informations **avec l'ensemble de ses procédures de** restauration.

- Les prestations nécessaires et qui engagent la société quant au bon démarrage de la solution.

- **Les CV de l'équipe qui réalisera le projet.**

- **La reprise de l'existant** (notamment les données du RIMP-P, du PMSI SSR, des observations, prescriptions, ordonnances et documents structurés ou non structurés) **en vue d'alimenter les différents** composants. Une annexe en fin de document vient compléter cet objectif en détaillant **l'intégralité de chaque fiche pour la reprise de l'existant**.

- Les supports de cours ainsi que les formations sur chacun des différents **composants et sur l'offre globale po**ur les utilisateurs préparant **l'accompagnement au changement.**

- Les manuels, **les procédures d'exploitation**, les procédures dégradées, **et les guides techniques et d'utilisation de chaque composant de la** solution.

- Le support et le suivi des logiciels avec le**s horaires d'ouverture.**

- La maintenance de la solution couvrant toutes ses composantes (corrective, évolutive).

- **Le coût standard du paramétrage d'un formulaire type simple,** complexe et très complexe.

- Le montant TTC journalier des différents profils nécessaires au projet, frais de déplacement inclus.

Une gestion de la pharmacie pourra être intégrée au système global (voir les deux options).

A défaut, la solution pourrait également être externalisée. Le **soumissionnaire présentera le prix du projet d'externa**lisation et le prix **mensuel de l'abonnement. Le soumissionnaire précisera s'il** est son propre **hébergeur et/ou s'il a des accords avec des hébergeurs agréés**.

Si la fourniture proposée comporte des limitations techniques vis-à-vis d'un hébergement chez un hébergeur agréé, alors le soumissionnaire doit les indiquer explicitement. Toute absence de signalement sur ce point vaut pour absence de limitations et de contre-indications et engage le soumissionnaire.

### 5.2.1. La fourniture logicielle

La fourniture attendue comprend :

- **Un dossier de synthèse d'accueil**

A la connexion du professionnel, un dossier de synthèse présente les informations importantes relevant du patient avec un chronogramme et les alertes le concernant. Ce dossier doit pouvoir être paramétrable par fonction et par utilisateur.

- **Un dossier patient informatisé complet à l'état de l'art des évolutions** réglementaires.

Ce dossier patient comprend un dossier médical, un dossier de soins, des dossiers de sites et de spécialités (psychiatrique, éducateur…), un

traitement de texte intégré permettant de saisir et de recevoir des documents Word. La liste des spécialités n'est pas fermée, nous devons pouvoir, à tout moment, en rajouter. Il est intégré avec la gestion administrative et la facturation de la Fondation de L'Elan Retrouvé et avec les laboratoires et les composants techniques nécessaires au soin du patient.

Il doit pouvoir être utilisé par l'ESAT au même titre que tous les sites de la Fondation de L'Elan Retrouvé.

#### 5.2.1.1. Le dossier médical

**L'observation médic**ale

Cette fonctionnalité doit permettre aux médecins de renseigner et suivre l'observation médicale des patients. Cette observation doit pouvoir être structurée ou libre et la recherche par mots clés doit être possible. Elle ne doit pas être limitée en taille, par contre s'agissant de dossier parfois lourd en psychiatrie, il doit être possible de n'afficher que les informations les plus récentes. Toute mise à jour de l'observation doit être datée, signée et tracée. En d'autres termes il doit être possible de retrouver toutes les modifications apportées à l'observation.

Les diagnostics

Un système de reprise des diagnostics d'une semaine à l'autre, s'il n'y a pas eu de nouvelle saisie, doit pouvoir être implémenté, le système permettant en outre de proposer automatiquement le codage du précédent séjour en cas de ré-hospitalisation.

Le recueil clinique évolutif

Utilisable par les médecins à la première rencontre ainsi que pendant les bilans de prise en charge, le recueil clinique évolutif est un outil qui devra être optimisé pour mettre en lumière les différentes étapes de la prise en charge du patient. Une synthèse pourra être mise en forme et éditée.
Le recueil des observations et les points à 6 mois ou 1 an doivent pouvoir se retrouver facilement dans les observations régulières de chaque patient.

La gestion des antécédents : dans le recueil clinique évolutif

Il s'agit d'un chapitre particulier du recueil clinique évolutif et qui doit être rempli dès l'entrée d'un nouveau patient et complété à chacune de ses venues.

La gestion des allergies, dans le recueil clinique évolutif doit faire l'objet d'un traitement particulier permettant à chaque soignant d'en avoir connaissance dès lors qu'elles sont enregistrées.

La gestion des allergies

Les allergies pourront apparaître sous forme d'alerte sur le dossier du patient

La lettre de liaison et le compte-**rendu d'hospitalisation**

Le logiciel proposera la production d'une lettre de liaison et d'un compte-rendu d'hospitalisation.
La rédaction de ces deux éléments sera facilitée par la convocation des différents éléments déjà présents dans le dossier patient. Ces deux éléments pourront fusionner avec des modèles à entête (pour chaque structure de la fondation) prédéfinis dans le logiciel, ceci afin de les éditer.

Le rédacteur pourra modifier/ajouter des éléments avant son édition.

La lettre de liaison devra comporter les éléments suivants :

1° Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien « adresseur », ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;

2° Motif d'hospitalisation ;

3° Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multi résistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;

4° Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;

5° Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;

6° Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières. » (Voir Annexe pour le modèle)

Le compte rendu d'hospitalisation reprendra ces mêmes éléments et permettra au rédacteur d'y ajouter des bilans spécifiques des autres professions (paramédicaux, psychologues, éducateurs et rééducateurs) qu'ils auront préalablement renseignés dans le logiciel.

Les prescriptions de médicaments

C'est un des points essentiels du dossier patient. Les prescriptions de médicaments doivent alimenter le plan de soin des IDE dès qu'elles sont enregistrées et validées par le médecin. La prescription de tout type de produit doit être possible. Les prescriptions doivent être faites en lien avec le livret thérapeutique de l'établissement.
Un outil d'aide à la prescription doit être intégré dans le logiciel et accessible en temps réel lors d'une prescription. Cet outil doit permettre entre-autre la mise en évidence d'incompatibilité dans le traitement. Des protocoles personnalisables pour chaque médecin doivent permettre de générer rapidement les traitements les plus courants. Lorsque le pharmacien fait un commentaire sur une prescription, celui-ci doit être facilement visible par le médecin. De même, si le pharmacien met un générique à la place du produit initialement prescrit, cela doit être clairement indiqué dans le plan de soins.

Le médecin doit pouvoir facilement ajouter un commentaire par molécule, ou pour la prescription entière. Ce commentaire apparaîtra dans le plan de soin et visible par l'équipe soignante.
La question de l'autonomie de la prise des traitements est essentielle et doit pouvoir être clairement visible sur la prescription et le plan de soin. Ainsi, les médicaments sur lesquels le patient est autonome dans ses prises, et ceux nécessitant une action de la part de l'IDE doivent être différenciés sur la prescription et le plan de soin.

La conciliation médicamenteuse doit être intégrée à l'offre.

L'intégration d'une base de donnée actualisée sur les médicaments (BCB ou Vidal par exemple) doit être prévue et en capacité de générer des alertes.

**Les prescriptions d'examen**s de laboratoire

Celles-ci devront également être fiables, ergonomiques et possibles au travers de protocoles. Les prescriptions d'examens de laboratoire alimenteront le plan de soins et devront facilement être repérables dans celui-ci. Comme pour les prescriptions de médicaments, les infirmières devront automatiquement être prévenues des nouvelles prescriptions. La validation des prélèvements dans le plan de soins devra générer une demande automatique au laboratoire et les résultats en retour devront s'insérer automatiquement dans le dossier du patient. La lecture des

examens de laboratoire devra être simple, tracée et efficace, en particulier elle devra permettre au médecin de mettre en corrélation les résultats obtenus avec le traitement en cours. Il sera possible au médecin de préciser que l'examen soit réalisé de manière autonome en ville.

Les prescriptions de soins

Elles sont générées par les médecins ou les IDE et doivent alimenter automatiquement le plan de soins. Certaines prescriptions, en fonction d'un paramétrage défini en amont, pourront également alimenter l'agenda du patient. Une nomenclature propre à chacun des métiers et paramétrable en interne permettra de définir les listes d'actes pouvant être prescrits.

Au vu des spécificités des prises en charges médicamenteuses au sein de la Fondation, le plan de soin pourra permettre à l'IDE de valider les actes d'aide à la préparation des piluliers sans que cela ne corresponde à une administration. Par exemple, un patient autonome dans ses prises mais nécessitant une aide à la préparation du pilulier verra sur son plan de soin l'acte pouvant être coché globalement et non pas médicament par médicament.

Cas particulier des soins en psychiatrie et notamment à l'hôpital de jour qui devront faire l'objet d'un composant permettant l'établissement d'un agenda patient comprenant des actes détaillés prescrits et prodigués par les médecins et les paramédicaux. Cet agenda devra pouvoir contribuer au dispositif d'assurance qualité des informations RIM-P et PMSI SSR placé sous la responsabilité du Médecin Responsable de l'Information Médicale.

Le système doit laisser la possibilité de prescrire des examens complémentaires ou des avis spécialisés venant compléter l'agenda du patient.

La création de protocoles

Les protocoles qu'ils soient liés aux médicaments, aux examens de laboratoires ou aux prescriptions des actes paramédicaux devront pouvoir être paramétrés en interne, par des utilisateurs ne disposant pas obligatoirement de compétences informatiques. Nous rappelons que l'ensemble du logiciel doit être accessible à des utilisateurs ne disposant pas de compétences informatiques. Les protocoles validés doivent pouvoir être partagés (par exemple par lien hypertexte).

Le Projet individuel de soins et son suivi doivent être possibles dans le DPI et doivent pouvoir alimenter directement l'agenda du patient et des professionnels.

Le codage des actes, des pathologies et des descripteurs des patients.

Toute personne habilitée, en fonction de ses habilitations devra pouvoir coder les activités qu'il réalise auprès du patient. Ce codage devra être accessible lors de la validation des actes dans le plan de soins ou dans l'agenda des patients ou des thérapeutes. Dans certains cas, en fonction de l'acte réalisé, il devra être possible de renseigner automatiquement le codage EDGAR ou le codage CSARR à partir de la simple validation d'un acte.

Plus généralement, il doit être possible d'encoder :

- la dépendance-grille d'autonomie.
- les actes CSARR avec contrôles (nb d'intervenants, nb de patients, +/- type d'intervenant).
- les actes CCAM.

Des listes d'alertes, générées à partir des activités planifiées et non validées, rappelleront automatiquement aux thérapeutes leurs obligations dans ce domaine, notamment pour le codage des pathologies en CIM 10 et des dépendances, en lien avec les exigences réglementaires décrites par le médecin responsable de l'information médicale. La pertinence et l'actualisation de ces informations étant indispensables au RIM-P et au PMSI.

La possibilité de créer des actes « favoris » pour chaque utilisateur est souhaitée.

Le suivi des infections nosocomiales et des risques

Les infections nosocomiales doivent faire l'objet d'un suivi particulier permettant au minimum de dater le début, la fin de l'infection et de tracer le type, l'origine et les traitements mis en œuvre. Un système d'alerte doit également prévenir automatiquement l'hygiéniste des infections déclarées. Si un traitement antibiotique est mis en œuvre, il est impératif qu'une alerte rappelle aux médecins de réajuster le traitement antibiotique au minimum tous les trois jours et que soit tracée l'information donnée au patient. Par contre, toute mesure complémentaire en hygiène (Pour BHR, Gale, Grippe, varicelle, …) doit générer une information en temps réel pour l'ensemble des soignants et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Des questionnaires paramétrables

Plusieurs questionnaires devront être fournis pour le démarrage de la solution.
Ces questionnaires figurent en annexes.

On aura notamment :

- La fiche de présentation de la situation
- La fiche d'admission
- Le bilan d'autonomie (EGF)
- Les observations médicales
- La synthèse de la réunion clinique
- Les fiches EPP (évaluations pratiques professionnelles)
- Les fiches ETP (Education thérapeutique du patient)
- Fiches sociales

Dans la réponse attendue, il est expressément demandé que soient précisés les questionnaires de cette liste livrés en standard.

Les questionnaires paramétrables devront rendre compte de la structuration des questionnaires déjà présents dans les Dossiers Patients Informatisés et notamment ceux de psychiatrie.

Il devra intégrer :

- Un outil de gestion des lits (entrées, sorties).
- Un outil de gestion des permissions thérapeutiques et des mouvements (absences…).
- Gestion des éléments réglementaires et administratifs (personne de confiance, personnes à prévenir, correspondants médicaux ou sociaux…etc.)

Accès aux documents

Les informations à caractère médical, les documents et les traitements terminés devront toujours être disponibles et facilement accessibles à chaque nouveau séjour d'un patient.

Connexion avec la messagerie sécurisée

Les documents disponibles dans le dossier médical doivent pouvoir être envoyés via messagerie sécurisée directement depuis l'application.

Connexion avec le DMP

Le dossier médical doit être connecté avec le DMP du patient. Le répondeur devra préciser, dans son offre, les modalités de connexion et le travail préparatoire pour réaliser cette connexion.

Connexion avec le DP

Le dossier médical doit être connecté au DP

Sérialisation des médicaments

La solution fournie doit respecter le cadre réglementaire de la sérialisation des médicaments et intégrer le connecteur nécessaire à sa mise en œuvre.

Les calculs automatiques de scores

Tous les scores standards doivent être implémentés et calculés automatiquement.

#### 5.2.1.2. Le dossier de soins

Le dossier de soins doit être complet.
Les différentes composantes de ce dossier sont les suivantes :

- La fiche d'admission avec les renseignements de type administratif
- La fiche de renseignements médicaux
- La fiche de renseignements sociaux
- La fiche de transmissions infirmières
- Le diagramme de soins
- Le diagramme de surveillance
- Les feuilles de prescriptions médicales (radios, laboratoire, examens externes, médicaments, pansements …)
- Le codage de la dépendance des patients
- Le résumé des soins infirmiers
- La fiche de liaison externe
- Les transmissions ciblées personnalisables selon les unités
- Entretien IDE d'entrée
- Questionnaires multiples : AVQ , Score de CUSHMAN, Dépistage multi drogues…
- Notes d'un tiers

Les activités de soins liées à une prescription médicale devront être validées et tracées dans le dossier de soins. Pour cela, l'infirmier note, date et signe les résultats des soins infirmiers prodigués à la personne soignée, note, date et signe ses observations sur l'évolution de l'état de la personne soignée et toutes informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale.

L'IDE doit pouvoir saisir toutes les constantes (poids, taille, température, tension…) depuis la même fiche de travail. Pour l'affichage des courbes de surveillance, avoir la possibilité d'ajuster le paramétrage des courbes.

Le plan de soins doit être hiérarchisé et doté de filtres. Le plan de soins doit être très lisible avec les médicaments à administrer très visibles, avec leurs unités, classés par mode d'administration (injectables, per os,…).

Les traitements « retard », automatiques, si-besoin, ou à la demande doivent être différenciés.

Le plan de soin différenciera une partie « informative » : les médicaments pour lesquels l'IDE n'a pas d'action, d'une partie « active » : les médicaments pour lesquels une action est attendue.

Les substitutions et les remarques éventuelles des prescripteurs ou du pharmacien doivent être clairement identifiées dans le plan de soins.

#### 5.2.1.3. La bureautique

Le composant bureautique doit permettre l'intégration automatique et sans ressaisie sous Word des informations déjà présentes au sein du dossier patient.
Les dossiers spécifiques à chaque unité doivent être présents.

#### 5.2.1.4. Le codage du RIM-P et du PMSI SSR

Le système doit permettre la production du RIM-P et du PMSI SSR en conformité avec les Guides Méthodologiques RIM-P et PMSI SSR.
Le codage de l'activité en ambulatoire en psychiatrie doit respecter la grille EDGAR. L'accès au formulaire de saisie doit être le plus possible chainé au formulaire de saisie des observations afin de réduire les manipulations des utilisateurs, qui doivent être alertés si des items ne sont pas renseignés.
Le logiciel doit également permettre de procéder à des tests de cohérence et de contrôle de qualité des données, avant leur production, et alerter les intervenants en cas de données manquantes ou incohérentes.

#### 5.2.1.5. La gestion des services paramédicaux et socio-éducatifs (social, diététique,...)

Le dossier des paramédicaux et des personnels socio-éducatifs, tout comme les dossiers des autres professionnels de santé, est une partie du dossier unique du patient destiné à l'ensemble du personnel de santé.

Ce dossier devra pouvoir être structuré selon les modalités d'exercice, l'activité et le contexte de chaque professionnel ou centre de soins. La personne qui remplit le dossier doit être identifiée et le dossier doit être simple d'utilisation. Il contient des informations spécifiques à la pratique de chaque profession, la gestion du dossier doit respecter la confidentialité des données concernant le patient. Les paramédicaux doivent pouvoir récupérer automatiquement dans leurs dossiers les informations

administratives et médicales déjà enregistrées dans les dossiers des patients.

Les utilisateurs devront pouvoir réaliser les mesures et bilans qui permettent d'établir le diagnostic principal et secondaire, définir les objectifs thérapeutiques, évaluer les progrès du patient et suivre les effets du traitement car ces éléments constituent une aide pratique et objective à la décision tout au long du séjour du patient aux moyens de bilans ou fiche spécifiques.

Pour ce faire, des modèles de bilans devront pouvoir être paramétrés à la demande en fonction des professionnels et des besoins. La conception et le paramétrage des modèles devront pouvoir être réalisés en interne, au moyen d'outils spécifiques intégrés au logiciel, par les utilisateurs formés et pas seulement limités aux informaticiens. Les données saisies dans les bilans font partie intégrante de la base de données et peuvent être requêtées.

Le dossier patient complet doit être connecté au moteur d'alertes qui sera facilement paramétrable :

- Alerte lié au dossier de soin : allergie, rappel d'acte de soin, rappel d'antériorité du bilan biologique, rappel d'une mesure de soin particulière sous prescription médicale
- Alerte lié au dossier social : renouvellement de droits sociaux, allocations en fin de droit, fin de la mesure de justice en cours
- Alerte administrative : rappel de rendez-vous extérieur paramétrable

De nouvelles alertes pourront être paramétrables par les utilisateurs.

#### 5.2.1.6. Un circuit du médicament complet

Ce circuit du médicament comprend la prescription, la validation pharmaceutique, la gestion de la pharmacie, le suivi de l'administration des médicaments. La sérialisation des médicaments doit être incluse.

La dispensation doit pouvoir être nominative.

Ce circuit doit être intégré à la gestion économique et financière de la Fondation de L'Elan Retrouvé.

Les arrêts de traitements doivent être parfaitement identifiés et visibles.

La substitution doit être parfaitement fonctionnelle.

La solution doit permettre de produire les statistiques réglementaires (SAE, Etudes de Couts, ...) et de produire les statistiques internes (gestion par produit par catégorie par famille par service.

La solution doit permettre les listes de contrôles des statistiques produites avec le niveau de détail pertinent pour les utilisateurs.

Le circuit du médicament doit être connecté au moteur d'alertes demandé (voir ci-après).

L'outil doit permettre d'extraire simplement les éléments FICHCOMP et FICHSUP.

La présence des traitements personnels doit pouvoir être tracée dans le dossier.

Le circuit du médicament doit être connecté au moteur d'alertes demandé :

- Médicaments à risque ;
- Patients à risque ;
- Avis pharmaceutique ;
- Bilan biologique (avec une périodicité) ;
- Consentement du patient pour certains médicaments ;
- Médicaments nécessitants une ordonnance sécurisée.

La solution doit permettre la gestion des médicaments et patients à risques par le pharmacien.

L'ergonomie de la solution proposée doit être excellente et intuitive et constitue un critère éliminatoire.

#### 5.2.1.7. Une gestion des rendez-vous intégrant l'agenda patient

Le planning des patients

Le planning du patient ou agenda du patient est un outil qui permet de formaliser le projet thérapeutique du patient. Il doit contribuer à l'amélioration de la qualité des soins en favorisant l'équilibre entre la répartition des différents soins

Ce planning devra être modulable, ergonomique et affichable sur différentes périodes de temps (journalier, hebdomadaire, mensuel). Les secteurs de soins peuvent être modifiés en fonction des IDE et autres

professionnels. Il doit être reproductible d'une semaine à l'autre. Les rendez-vous avec les différents professionnels des structures pourront être initiés via le planning. Le planning du patient affichera les rendez-vous ambulatoire ainsi que les groupes thérapeutiques.

La possibilité que la validation de la réalisation du RDV se traduise automatiquement en acte serait une plus-value appréciable.

Gestion des droits

Des droits associés aux thérapeutes permettront de règlementer leurs possibilités d'actions sur les activités gérées dans les agendas, ainsi à chaque thérapeute et pour chaque activité ou groupe d'activités, on devra pouvoir affecter le droit de consulter, modifier, planifier ou valider une activité. De plus des contrôles automatiques, implémentés dans l'application permettront de vérifier la validité de certaines actions (par exemple l'impossibilité de valider une activité sur un séjour prévu d'un patient). Une activité qui doit être réalisée par un thérapeute ne pourra être modifiée, arrêtée, ou, sous certaines conditions, effacées, que par le prescripteur ou le réalisateur de l'activité Si un rendez-vous est annulé sur une plage horaire pour un thérapeute cette plage redevient libre pour un autre rendez-vous. Ce qui permet de garder une trace d'un RDV annulé.

Pour pallier l'absence d'un thérapeute, une notion de délégation de planning devra être possible de manière à permettre par exemple à un thérapeute remplaçant de gérer les activités du réalisateur qu'il remplace sans refaire le planning des patients qui lui ont été affectés.

Les activités thérapeutiques pourront être facilement créées dans l'agenda du patient, et pourront être reproductibles sur les semaines. Au sein de l'acte, le thérapeute pourra valider les présences des patients et permettra d'alimenter l'activité. La modulation des personnes inscrites dans les groupes devra être simple et optimisé pour que chaque thérapeute de groupe puisse facilement se l'approprier.

Alimentation des agendas

Chaque prescription planifiée de rééducation ou autres activités devra alimenter l'agenda du patient concerné ainsi que celui des thérapeutes concernés. Chaque activité planifiée devra pouvoir être validée et éventuellement codée par rapport au RIM-P et au PMSI SSR, directement à partir de l'agenda patient lors de la phase de validation de l'activité. Il est souhaité que la première plage disponible pour un intervenant soit

systématiquement proposée au professionnel en charge de la prise de rendez-vous.

Exploitation

De multiples exploitations multicritères devront être possibles à partir de l'agenda patient, ainsi il devra être possible de visualiser l'agenda d'un patient, d'un médecin, d'un éducateur, d'un infirmier, etc. et ce, sur au minimum, une semaine entière à l'écran. L'impression des agendas devra être possible, en particulier l'agenda hebdomadaire qui doit être communiqué aux patients.

Paramétrage des activités planifiées

Chaque activité devra pouvoir être paramétrée de manière à préciser ses caractéristiques comme par exemple : si l'activité est liée à un patient ou pas, si elle doit être validée ou pas, si elle doit être codée ou pas, le type d'écran de saisie qui doit être utilisé, si elle doit être imprimée sur le planning du patient ou pas, le libellé d'impression. De plus, un acte pourra être saisi dans un module de saisie ou directement dans le planning.

Continuité entre les séjours

Si le planning des patients est lié aux séjours, un transfert (ou recopie) automatique des activités d'un planning devra être possible entre deux séjours successifs, pour éviter une recopie manuelle des activités déjà planifiées lors de courtes ruptures de séjours comme des permissions supérieures à 48H00. Dans le cadre de longs séjours, la fin d'une prise en charge n'étant pas toujours prévisible lors de la planification des activités, il doit être possible de ne pas indiquer à priori la date de fin des prescriptions. Une activité bornée ou non par une date de fin, ne devra plus apparaître sur le planning du patient après la date de sortie définitive prescrite par le médecin. De plus, si une date de sortie prescrite existe pour le séjour d'un patient, alors une alerte devra attirer l'attention du planificateur lors du traitement de la prescription.

De plus, la fondation possédant différentes structures sanitaires impliquant plusieurs types de prise en charge (hospitalisation complète, partielle, ambulatoire), un patient peut être suivi dans ces différentes structures sans que cela ne provoque de conflits.

Modes de planification

Il devra être possible de planifier des activités répétitives en une seule opération.

**L'agenda des utilisateurs**

Pour chaque activité il devra être possible de spécifier une liste de réalisateurs potentiels parmi lesquels on pourra choisir, lors de la saisie de la demande, le réalisateur souhaité de celle-ci. Le réalisateur souhaité d'une activité est par défaut celui qui saisit la demande, mais un autre réalisateur peut éventuellement être désigné si la liste définie ci-dessus a été renseignée, ce mode de fonctionnement pourra par exemple être utilisé dans le cadre d'une planification centralisée des activités des patients.

La liste des activités qu'elles soient ou non liées à un patient devra être paramétrable et gérable en interne.

Le partage des agendas utilisateurs devra être possible entre plusieurs utilisateurs. Chaque utilisateur doit être responsable du partage de son agenda avec d'autres utilisateurs. Le réalisateur d'une activité devra pouvoir valider, effacer, ou indiquer l'absence avec motivation du patient, directement à partir de son agenda ou celui du patient. Si l'absence est prévisible (patient que l'on considère comme « excusé ») il faut que l'utilisateur puisse non seulement indiquer l'absence, mais que la plage devienne disponible pour un autre RDV. A ce moment-là, le planning gardera en mémoire qu'un patient est excusé mais qu'un autre a pris rendez-vous sur la même plage horaire.

(Dans le cas de la validation d'une activité, si celle-ci est liée au RIM-P et au PMSI SSR alors le programme devra proposer, lors de la validation de l'acte, le codage de l'activité à partir de la nomenclature en vigueur).

**L'agenda des services**

A partir des activités planifiées, il devra être possible de paramétrer des vues permettant de visualiser sur un même planning un groupe d'activités. Pour réaliser ces vues, les activités devront pouvoir être filtrées par type, par réalisateur, par groupe d'activités, et pour les activités liées aux patients, par médecin, par secteur ou service. Une vue ainsi définie sera appelée un agenda de service, car de manière générale, un tel regroupement d'activités correspond aux besoins d'un service.

**L'exploitation des activités planifiées**

Il devra être possible de lister les activités, par période, par service, par secteur, par prescripteur, par réalisateur, par statut, par type et une combinaison de tous ces critères devra être possible. Le but de ces analyses est de vérifier la bonne utilisation des moyens mis en œuvre, de faciliter la rédaction de rapport d'activités au niveau des services ou prévoir le dimensionnement et l'impact de nouvelles organisations. Ces

listes pourront être paramétrables et être en lien avec le projet individualisé de soins

La gestion des rendez-vous de consultation

Cette fonctionnalité doit permettre aux secrétaires ou autres professionnels de gérer les rendez-vous des patients et des familles avec les médecins. Pour cela, un professionnel doit avoir la possibilité de créer le dossier de consultation, de consulter et modifier le planning des médecins consultants. Le programme doit être en capacité de proposer pour chaque médecin consultant les horaires de consultations disponibles en fonction des plages de consultation paramétrées pour chacun et des activités déjà programmées et des lieux de consultation. De plus, chaque secrétaire doit pouvoir éditer automatiquement les lettres de convocations et les relances éventuelles pour les rendez-vous.

Ces courriers doivent pouvoir être paramétrés en interne, pour tenir compte de la spécialité des médecins consultants. Une trace des convocations envoyées doit être conservée et visualisable à l'écran. Les actes médicaux et paramédicaux réalisés lors des consultations devront pouvoir être codés en temps réel soit par le médecin, soit par les secrétaires médicales et une facture devra pouvoir être éditée en temps réel à destination du patient et / ou des tiers payants.

Ce composant doit permettre de planifier des protocoles, de planifier des rendez-vous, de visualiser les rendez-vous et l'agenda du patient.

On doit pouvoir obtenir le planning du patient, le planning du professionnel de santé.

Les rendez-vous externes doivent pouvoir figurer au planning, intégrant s'il faut appeler une ambulance ou un véhicule de transport ou non. Les bons de transport doivent être générés directement par impression du bon CERFA.

#### 5.2.1.8. **Un moteur d'alert**es

La fourniture doit intégrer un moteur d'alertes.

Ce moteur doit permettre la tenue d'échéanciers, activés à la saisie des informations dont la durée de validité est déterminée. Par exemple, il doit générer des relances des agents ayant en charge le patient pour les demandes initiales ou le renouvellement.

- Alerte liée au dossier de soin : allergie, rappel d'acte de soin, rappel d'antériorité du bilan biologique, rappel d'une mesure de soin particulière sous prescription médicale
- Alerte liée au dossier social : renouvellement de droits sociaux, allocations en fin de droit, fin de la mesure de justice en cours ;Alerte administrative : rappel de rendez-vous extérieur paramétrable

En dehors des alertes liées à des procédures bien définies, il doit être possible de positionner des alertes personnelles, pour permettre de s'affranchir d'un support papier.

Il sera possible de générer des alertes en fonction des saisies de champs.

#### 5.2.1.9. Un composant décisionnel

Le composant doit permettre d'établir des statistiques en lançant des requêtes ouvertes.

Le système doit permettre la production de nos propres tableaux de bord standards, préformatés, sur l'activité des services, la patientèle, etc. Ces tableaux doivent être disponibles au sein de l'application, et il doit être possible de l'en extraire les données pour les intégrer dans un tableur.

Les exemples de tableaux de bord standards sont fournis en annexes et devront être livrés avec la solution d'infocentre médical proposée. Les utilisateurs habilités devront pouvoir être autonome dans l'amélioration ou la création de tableaux de bord standards.

Le système doit permettre la production automatisée des tableaux présentés en annexe 6 ; le tableau 1 doit pouvoir être produit avec les ruptures supplémentaires par type d'acte (EDGAR), par type d'intervenant. Ce tableau doit inclure les lignes d'unités des activités médico-sociales et proposer les ruptures propres au dispositif médico-social.

Le logiciel doit permettre d'exclure les actes hors RIM-P non transmissibles (actes de type EDGAR décrivant le détail pendant une hospitalisation, actes ambulatoires particuliers ou activité médico-sociale) des extractions RIM-P pour transmission e-PMSI et des tableaux de bord.

Pour une sélection de la patientèle critérisée sur un ou plusieurs descripteurs, le système doit permettre la production automatisée des tableaux présentés en annexe.

Le système doit permettre d'associer pour chaque ligne du tableau 1 un lien dynamique hypertextuel avec la liste des patients concernés et accès direct au dossier médical ou usager.

Le système doit permettre la production automatisée du tableau 3 (donné à titre d'exemple) et ce pour tous les descripteurs des patients ou des usagers ; le lien dynamique hypertextuel doit afficher les patients concernés pour la ligne « non renseigné » par exemple mais aussi pour les autres lignes, avec accès direct au dossier médical ou usager.

Le système doit permettre l'élaboration par le médecin DIM de listes de contrôles qualités paramétrables avec l'assistance d'un moteur de règles, ces listes de contrôles doivent être associées à un dispositif intégré de communication avec le ou les soignants ou professionnels responsables de la cotation de l'acte ou du descripteur du patient ou de l'usager.

Le système doit permettre de connaître en temps réel la fréquence des cotations d'une sélection de descripteurs ou d'actes, notamment le diagnostic principal, pour l'établissement, le pôle, le service, l'unité, le professionnel soignant. Le diagnostic secondaire doit également pouvoir être renseigné et modifié.

Les indicateurs IPAQSS, CAQES, ainsi que les indicateurs nationaux actuels et à venir décidés par l'établissement, doivent être automatiquement alimentés.

Les indicateurs Hôpital Numérique, ainsi que ceux du programme HOP'EN doivent être automatiquement alimentés. A minima, la solution de Business Object proposée doit permettre à l'utilisateur de générer les requêtes permettant la production régulière de ces indicateurs.

Un export vers un tableur doit être possible pour toutes les données du système.

**Un exemple d'extraction est donné en annexe afin de permettre l'étude** pluriannuelle de la patientèle des Hôpitaux de Jour franciliens. Il devra être livré par la solution et devra être paramétrable notamment concernant les périodes **d'études.**

L'ergonomie de la solution proposée doit être excellente et intuitive et constitue un critère éliminatoire. De plus, que le composant décisionnel soit nativement intégré à l'application ou fourni en tant que produit tiers (exemple : Business object), nous attacherons une attention particulière à la qualité de la documentation fournie pour son utilisation, ainsi qu'au contenu des modules de formation qui pourront s'y rapporter.

#### 5.2.1.10. Une procédure dégradée

Un composant mettant en œuvre une solution dégradée sur la base d'un PC déporté couplé à une imprimante locale doit pouvoir être proposé.
Ce dispositif doit être conforme aux exigences du Programme Hôpital Numérique et de ses prérequis ainsi qu'aux exigences du Programme HO'PEN. . Il doit permettre l'édition des prescriptions et du plan de soins notamment. La procédure pour passer en mode dégradé devra être fournie avec une grande précision ; un scénario de test devra être proposé qui sera intégré au PRA de la Fondation après avoir été validé sur le terrain.

### 5.2.2. Les prestations

Les prestations attendues sont :

- **La maîtrise d'œuvre, la gestion de projet et l'assurance qualité** nécessaires.
- Le dimensionnement des ressources techniques nécessaires au bon fonctionnement de la fourniture

  Le titulaire du marché devra fournir les préconisations techniques qui l'engagent (bande passante nécessaire, serveurs,...), en intégrant les contraintes de l'existant (techniques, organisationnelles, financières,...). Ce dimensionnement, conditionne les performances et engage le soumissionnaire.

- **L'installation de la fourniture**

  La fourniture sera installée et configurée par le fournisseur, un moteur de base de données couramment utilisé de type MySQL, Oracle ou Microsoft SQL server ou équivalent répondant aux normes actuelles SQL sera fourni.
  Un environnement de paramétrage et de test, un environnement de formation et un environnement de production seront configurés par le fournisseur.
  Une solution de bascule sur un serveur de secours en cas de panne ou de destruction du site principal sera proposée, assortie d'une procédure détaillée qui sera testée.

- **La fourniture des outils et procédures nécessaires à l'administration de** la fourniture globale.

  Les procédures d'installation, et d'exploitation devront être fournies à la Fondation de L'Elan Retrouvé.
  Les manuels et les guides techniques et d'utilisation de chaque composant.

Les guides d'exploitation des différents composants.

- **L'intégration de la fourniture avec le SIS existant** de la Fondation

  L'intégralité des connecteurs nécessaires à l'intégration de la fourniture au système d'information de santé actuel ainsi que les connecteurs ou mécanismes techniques nécessaires au respect des exigences réglementaires.

- Le paramétrage de la fourniture

  La fourniture doit être paramétrée et testée.

- **La reprise de l'existant**

  Les données présentes nécessaires (définies par chaque unité) seront reprises par le soumissionnaire pour le démarrage de la solution.

- **La formation et l'accompagnement au changement**

  Un plan de formation, l'ingénierie pédagogique, les supports de cours et les formations nécessaires seront fournis.

- **L'assistance au démarrage**

  Le fournisseur assistera la Fondation de L'Elan Retrouvé dans ses démarrages de services.

- Le support et le suivi des logiciels.
- La maintenance annuelle.

Pour chacune de ces fournitures et prestations, le soumissionnaire apportera une description détaillée de son fonctionnement et de sa mise en œuvre. Il indiquera ses limites s'il y en a.

Cette description détaillée comprendra les aspects techniques, les aspects fonctionnels et les aspects organisationnels nécessaires à son démarrage et à sa mise en œuvre.

Le soumissionnaire doit inclure dans sa proposition financière l'ensemble des coûts, y compris les suivants :

- Logiciels tiers nécessaires au fonctionnement de la solution (ex : middleware, SGBD, utilitaires, etc…)
- API ou interfaces avec les progiciels existants.
- Installation et paramétrage du ou des serveurs nécessaire ainsi que les licences du système d'exploitation.

## 5.3. Le Marché : Clauses administratives

### 5.3.1. Date de remise des offres

Publication prévisionnelle : le 15 janvier 2021

Date prévisionnelle de remise des offres : 1er mars 2021

### 5.3.2. Date de validité des offres

120 jours à compter de la date limite de réception des offres (1er mars 2021)

### 5.3.3. Format de remise des offres

Les réponses seront adressées sous la forme de deux exemplaires papier **et d'un envoi électronique.**

Un seul envoi électrique est insuffisant.

Lieu de remise : **Fondation l'Elan Retrouvé**

23, rue de la Rochefoucauld

75009 PARIS

Mail : service.informatique@elan-retrouve.org

### 5.3.4. Choix du/du soumissionnaire

Une rencontre aura lieu entre la Commission de sélection de la Fondation et les organismes présélectionnés. Ces rencontres pourront être, d'un commun accord, organisées par visioconférence au vu de la situation sanitaire actuelle.

La période de rencontre du soumissionnaire : du 15 mars au 15 mai 2019

A l'issue la commission sélectionnera le ou les bénéficiaires, après négociation le cas échéant.

Réponse définitive : 1er juin 2021

## 5.4. Les objectifs du projet

### 5.4.1. Objectifs stratégiques

Les objectifs stratégiques de La Fondation l'Élan Retrouvé en matière de Dossier patient et pour son informatisation sont :

- respecter les critères d'accréditation quant à la tenue du dossier (unicité de dossier, confidentialité et traçabilité liées à l'accès aux données, …),
- respecter les obligations réglementaires qui s'imposent aux établissements publics de santé, en particulier :
  - décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison ;
  - l'arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité des EPS ;
  - arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé ;
  - le décret du 4 mars 2002 relatif à la mise à disposition sur demande d'informations concernant le séjour d'un patient ;
  - le Guide méthodologique psychiatrie 2017.

- inscrire le Dossier Patient Informatisé (DPI) dans l'architecture fonctionnelle et technique de la Fondation l'Élan Retrouvé: suite administrative MEDSPHERE, postes informatique avec les systèmes d'exploitation Windows (seven et plus), mac osx version 10.8 et plus, linux noyau 3.5 et plus et clients légers RDP, virtualisation Xen en serveur. des serveurs, qui sera complétée ou upgradé en fonction des besoins ; associer les personnels concernés de La Fondation l'Élan Retrouvé à la démarche, en particulier le Groupe DPA ayant permis la définition d'un Dossier Patient standard.

### 5.4.2. Objectifs opérationnels

Les objectifs opérationnels de la Fondation l'Élan Retrouvé sont de :

- permettre d'améliorer l'organisation des soins et du suivi du patient Le cas du dossier médico-social sera examiné par la suite ;
- donner à chaque professionnel un outil adapté à sa pratique afin qu'il puisse y noter les éléments de la prise en charge et améliorer ainsi les transmissions et la traçabilité des soins ;
- rendre rapide, permanente et organisée la consultation du dossier de tout patient arrivant dans une structure d'hospitalisation ou ambulatoire ;
- intégrer au sein du dossier des éléments provenant d'autres établissements (comptes rendus d'hospitalisation, de radiologie, de biologie) ;
- faciliter et sécuriser la transmission d'éléments du dossier vers des partenaires extérieurs (établissements, médecins libéraux,..) ;
- permettre l'informatisation du circuit du médicament.

- permettre le relevé de l'activité médicale via des outils adaptés à la saisie des données du RIM-P (relevé d'information médicale en psychiatrie) et du PMSI SSR et la production de statistiques d'activité
- permettre un archivage et une sauvegarde sécurisés des données concernant le patient.

### 5.4.3. Le Dossier médical :

**Objectif N°1 : Améliorer l'efficacité de la prise en charge du patient**

GMSIH SI32ASSIV1
HAS/DAQSS/SIPAQH

Améliorer l'efficacité de la prise en charge du patient en facilitant la coordination des soins entre les différents professionnels de santé, en recherchant la performance des circuits et en s'ouvrant sur la ville.

Objectif N°2 : Structurer et partager les informations médicales

GMSIH SI32ASSIV1
DGOS 28 juin 2011

Bénéfices attendus

Pour un établissement de santé :

- Produire des indicateurs dont l'exploitation facilite le pilotage de l'établissement de santé
- Faciliter l'accès et la mise en perspective des données techniques, de gestion ou administratives pertinentes
- Améliorer la prise de décision
- Réduire les coûts en évitant la ressaisie d'informations et les erreurs qui peuvent en découler (ex : redondance d'examens)

Pour les professionnels de santé :

- Obtenir un recueil d'informations standardisées dans un objectif de recherche ou d'évaluation
- Aider à l'organisation des tâches journalières : aide à la saisie, aide à la décision, optimisation des processus (workflow)
- Favoriser les échanges entre établissements, mais aussi entre les établissements et les réseaux de soins tels que la médecine de ville, les cliniques spécialisées

Pour le patient :

- Disposer d'une information claire (droit à l'information dont il bénéficie)
- Alimenter le DMP par l'ajout de documents jugés utiles pour la coordination de ses soins

### 5.4.4. Le Dossier de Soins :

Objectif N°1 : Répondre au questionnement médical

GT1 07/11/2011

Bénéfices attendus

GT2 16/01/2012

Pour la Fondation

- Garantir une meilleure visibilité sur l'activité

Pour les professionnels de santé :

- Offrir un outil d'évaluation des pratiques professionnelles
- Permettre une meilleure gestion des risques

Pour le patient

- Bénéficier d'une meilleure qualité de sa prise en charge

Indicateur de mesure

Évolution du nombre d'infections liées aux soins

Évolution des indicateurs réglementaires

Objectif N°2 : Prendre en charge les besoins des patients de manière adaptée et individualisée

Bénéfices attendus

GT2 16/01/2012

Pour la fondation :

- Améliorer la perception du service rendu (image de marque)
- Améliorer la qualité et la sécurité de la réponse apportée au patient

Pour les professionnels de santé :

- Améliorer la satisfaction des professionnels de santé internes et externes à l'établissement
- Fiabiliser et sécuriser la prise en charge

Pour le patient :

- Bénéficier d'une meilleure qualité de prise en charge

Indicateur de mesure

Évolution des indicateurs HAS correspondants

Satisfaction des patients dans le temps

Satisfaction des utilisateurs du système dans le temps

Objectif N°3 : Partager l'information entre acteurs

Bénéfices attendus

Pour la fondation :

- Produire des indicateurs dont l'exploitation facilite le pilotage de l'établissement de santé
- Améliorer la prise de décision
- Réduire les coûts en évitant la ressaisie d'informations et les erreurs qui peuvent en découler (ex : redondance d'examens)
- Améliorer le délai de transmission des courriers
- Améliorer les transmissions transversales

Pour les professionnels de santé :

- Donner une meilleure visibilité de l'ensemble des soins donnés aux patients
- Améliorer l'efficacité de la continuité des soins
- Obtenir un recueil d'informations standardisées dans un objectif de recherche ou d'évaluation
- Favoriser les échanges intra et inter établissements, mais aussi entre les établissements et les réseaux de soins tels que la médecine de ville, les cliniques spécialisées

Pour le patient :

- Faciliter l'accès au dossier du patient
- Disposer d'une information claire (droit à l'information dont il bénéficie)
- Alimenter le DMP par l'ajout de documents jugés utiles pour la coordination de ses soins

Objectif N°4 : Apporter une preuve irréfutable du soin par la traçabilité

GT1 07/11/2011

Bénéfices attendus

GT2 16/01/2012

Pour la fondation

- Sécuriser le parcours du patient

Pour les professionnels de santé

- Prouver la pertinence du soin
- Harmoniser les pratiques

Pour le patient

- Apporter une assurance quant à la qualité de la prise en charge

Indicateur de mesure

Satisfaction des patients dans le temps

Indicateurs réglementaires dans le temps

Indicateurs financiers dans le temps

Objectif N°5 : Améliorer la gestion des ressources matérielles et humaines

Bénéfices attendus

Pour la fondation

- Rationaliser ses coûts par une optimisation de la production de soins
- Intégrer une démarche de développement durable

Pour les professionnels de santé

- Permettre un travail d'une meilleure qualité
- Placer les professionnels de santé dans leur cœur de métier

Pour le patient :

- Bénéficier d'une meilleure qualité de sa prise en charge

Indicateur de mesure

Indicateurs financiers dans le temps

### 5.4.5. Le Circuit du médicament :

Le circuit du médicament doit respecter les obligations réglementaires et les recommandations du référentiel de certification des logiciels **hospitaliers d'aide à la prescription (HAS version de juin 2012, critères de** juin 2012 puis mise à jour). Il doit de plus intégrer le dispositif permettant de réaliser la sérialisation des médicaments reçus.

**Aider à la réalisation des prescriptions et à l'évaluation des protocoles**

*Enjeu*

Pour le prescripteur : assurer la sécurité et la qualité des prescriptions conformément à l'arrêté du 31 mars 1999, et leur traçabilité.

Pour le prescripteur : disposer en temps utile de toutes les informations nécessaires (informations sur les médicaments : quantités en stock, données pharmacologiques, pharmacocinétiques, pharmacovigilance …) pour la réalisation d'une prescription pharmaceutique sécurisée et pertinente.

Pour le personnel soignant : améliorer la qualité des soins en disposant de documents validés (prescriptions, protocoles) et de toutes les informations utiles en amont et en aval de l'administration des médicaments aux patients (information sur les médicaments, protocoles pour la préparation de solutions extemporanées, plan d'administration des médicaments par patient …).

Pour l'hôpital : assurer une bonne utilisation du médicament en termes d'efficacité, de sécurité, de traçabilité.

Pour l'hôpital : mettre en œuvre une coopération dynamique des différents acteurs autour du médicament et du patient.

*Mesure de la performance*

Satisfaction des prescripteurs ; satisfaction du personnel soignant ; traçabilité

Améliorer la qualité des soins

*Enjeu*

Pour le prescripteur : gagner en temps et en précision par la sélection de protocoles préétablis.

Pour le pharmacien et son équipe : réaliser un acte pharmaceutique de qualité, en temps réel, couplant l'analyse de prescription à la préparation et délivrance du médicament.

Pour le personnel soignant : assurer la sécurité et la qualité de soins conformément à l'arrêté du 31 mars 1999, et leur traçabilité, ainsi que l'arrêté du 6 avril 2011.

Pour le patient : bénéficier d'une sécurité en matière de thérapeutique médicamenteuse, notamment par la prévention des erreurs, parfois dues à la transcription d'informations, et par l'analyse pharmaceutique.

Pour le personnel soignant : contrôler et valider, au vu de la prescription, l'administration des thérapeutiques médicamenteuses aux patients, et sécuriser l'administration nominative.

Pour le personnel soignant : supprimer les tâches de transcription et simplifier les procédures de gestion du circuit du médicament, afin de recentrer son activité sur les besoins du patient.

*Mesure de la performance*

Temps de prescription ; mesure de la traçabilité ; nombre d'erreurs détectées ; Qualité des informations échangées au cours de l'hospitalisation entre les services de soins et les services administratifs ; Respect par le système des habitudes de travail.

A**ccroitre l'efficience médico**-économique

*Enjeu*

Pour le prescripteur : gagner en temps par la sélection de protocoles préétablis.

Pour le personnel soignant : disposer de documents validés (prescriptions, protocoles) et de toutes les informations utiles en amont et en aval de l'administration des médicaments aux patients.

Pour le personnel soignant : supprimer les tâches de transcription.

*Mesure de la performance*

Dépenses en médicaments ; temps et liées aux tâches administratives ; temps d'échange des informations entre les différents acteurs.

**Valoriser les informations utiles à l'établissement**

*Enjeu*

Pour l'hôpital : permettre une évaluation économique des prescriptions et du coût des thérapeutiques.

Pour le pharmacien et son équipe : mettre en œuvre des études de pharmaco épidémiologie, de pharmaco économie et d'évaluation des prescriptions.

Pour le pharmacien et son équipe : informer sur le médicament.

Pour l'établissement : acquérir des informations économiques pour la valorisation de l'analyse des prescriptions.

*Mesure de la performance*

Disponibilité des informations.

Valoriser les informations demandées par les tutelles

*Enjeu*

Pour les tutelles : disposer d'informations fiables, exhaustives et récentes pour une maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

*Mesure de la performance*

Evolutivité du système en fonction des demandes, des contraintes tutélaires ou des nouvelles orientations de l'hôpital ; Qualité des informations échangées dans le cadre du parcours de soins (médecin traitant, transfert inter hospitalier, réseau de santé, DMP).

Production FICHCOMP PMSI SSR

# 6. Parties prenantes au projet

## 6.1. Maîtrise d'ouvrage

La Direction générale de La Fondation de L'Elan Retrouvé assure la maîtrise d'ouvrage stratégique du projet.

Elle suit le projet et est amenée à décider des grandes orientations prises lors de certaines des réunions du comité de pilotage.

Elle est assistée dans sa tâche par un Comité de Pilotage constitué d'un membre de chaque métier impliqué dans le projet et de décideurs à même de rendre les arbitrages nécessaires à la conduite du projet (allocations de ressources ou de budget, révision du périmètre du projet, révision des délais).

La MOA opérationnelle est constituée de :

- Représentants de la Direction générale
- Représentants du corps médical
- Représentants du service informatique
- Responsable Qualité Gestion des Risques
- Médecin Responsable de l'Information Médicale
- D'experts désignés

# 7. Les contraintes

## 7.1. Contraintes liées à l'environnement

### 7.1.1. Contraintes sur la solution

L'évolution de l'infrastructure réseau étendu (cf. 4.3.1 ci-dessus) aura lieu au cours de l'année 2021. Les augmentations de débit se feront à périmètre constant sans arrêt de la partie logicielle du système d'information médical.

Les ralentissements ponctuels éventuels sur les sites concernés par une opération sur un lien ne seront pas portés au débit du soumissionnaire. Une fois le retour à la vitesse nominale du lien constaté par le service informatique en liaison avec l'opérateur réseau, les accès au DPI devront se faire normalement.

L'accès au DPI devra être possible depuis un ordinateur de bureau, un ordinateur portable ou une tablette. Les cas de restrictions / impossibilités d'utilisation liées au système d'exploitation embarqué sur chacun de ces équipements doivent être explicitement mentionnés dans la réponse du soumissionnaire.

Le fonctionnement devra être compatible avec la solution de bureau à distance de Microsoft.

Le(s) serveur(s) hôte(s) de la solution devra(ont) être virtualisable(s) sous un l'environnement Xen. L'incompatibilité avec certaines déclinaisons de cet hyperviseur devra être expressément renseignée.

L'utilisation de la base de données Microsoft SQL Server dans une déclinaison récente est fortement souhaitée. A défaut, le soumissionnaire devra impérativement proposer un SGBDR respectant les normes SQL et fournir les outils nécessaires à l'interrogation de la base.

### 7.1.2. Applications avec lesquelles le produit doit collaborer

#### 7.1.2.1. La liste

Le soumissionnaire devra intégrer sa fourniture avec les applications suivantes :

- Medsphere
- Pharma : qui pourra prendre en charge le circuit du médicament si

la solution ne fournit pas cette fonctionnalité.

#### 7.1.2.2. Intégration avec les progiciels existants

Le soumissionnaire proposera tous les connecteurs et/ou interfaces nécessaires au bon fonctionnement de la solution et ce sur l'ensemble de ses composants.

Tout oubli dans la proposition devra être réintégré lors de la mise en place du système sans modification du prix.

Les mécanismes d'intégration doivent reposer sur les préconisations et exigences de l'ASIP Santé en matière d'interopérabilité et respecter les exigences des programmes Hôpital Numérique et HOP'EN, ainsi que la conformité au RNIV.

Le système doit reposer sur le référentiel de l'établissement constitué :

- Des structures et nomenclatures de l'Établissement, géographiques, de coût, de responsabilité médicale.
- De l'ensemble des annuaires et référentiels.

Le soumissionnaire précisera sa capacité à s'interfacer avec ce référentiel.

Connecteur DMP

Pour la consultation et l'alimentation du DMP.

Connecteur DP

Pour la consultation et l'alimentation du Dossier Pharmaceutique.

Réseau Ville/Hôpital

Pour les échanges de données médicales entre praticiens hospitaliers et médecins de ville.

### 7.1.3. Progiciels, logiciels de base et outils techniques

Navigateurs : si le système fonctionne pour tout ou partie en technologie WEB, le navigateur sera compatible avec Firefox, Safari, Chrome, Microsoft Edge Chromium et tout navigateur standard (si possible sans ajout de module ou plugin spécifique).

La Fondation souhaite également une compatibilité du système avec Mircrosoft office et libre office.

Le système doit permettre d'intégrer les outils de dictée numérique et de reconnaissance vocale à la saisie des données et à l'outil bureautique.

Le système doit permettre de se connecter avec des solutions de gestion de rendez-vous web à disposition des patients, ces derniers proposent notamment des fonctionnalités de rappels par mail et/ou sms des patients, la consultation des agendas sur des tablettes ou smartphones personnels, sécurisés par authentification forte.

### 7.1.4. Contraintes de calendrier

Le calendrier requis commande un démarrage du projet en mai 2021 avec une fin de projet en octobre 2021 pour l'Elan historique.

Ce délai est impératif en raison du calendrier fixé par Hop En. Si le délai est dépassé ou si le système ne satisfait aux conditions techniques d'hop en, la subvention allouée pour l'acquisition du logiciel ne pourra pas être versée.

Ainsi, l'éditeur est dans l'obligation de résultat par rapport à HOP EN.

La deuxième phase devra être enclenchée dès la stabilisation de la phase 1, avec un calendrier dès le mois de décembre 2021.

### 7.1.5. Contraintes de budget

La Fondation de L'Elan Retrouvé analysera les offres en prenant en compte les coûts d'investissement de déploiement, et les dépenses de fonctionnement sur 5 ans.

La comparaison avec les tarifs connus en particulier les niveaux de financement retenus dans le projet "Hôpital Numérique" sera systématiquement utilisée pour l'analyse des offres.

Il est demandé aux fournisseurs de ne **pas prévoir de clauses d'indexation** des tarifs des coûts de fonctionnement supérieures à +2% par an. Cet élément doit explicitement être mentionné dans la réponse fournie et constitue un élément important du choix pour **La Fondation de L'Elan** Retrouvé.

## 7.2. Contraintes réglementaires

Les contraintes suivantes ont été publiées par l'ANAP dans ses cahiers des charges respectifs et doivent être intégralement appliquées.

### 7.2.1. Exigences de conformité avec la Loi

Le soumissionnaire précisera les caractéristiques RGPD compatibles de la solution proposée.

Le soumissionnaire devra impérativement être compatible avec le RGPD.

Le soumissionnaire précisera les démarches de déclaration à la CNIL à laquelle son produit est soumis et les conditions techniques d'acceptation si des architectures techniques spécialisées étaient nécessaires.

Le soumissionnaire précisera les modalités de recueil des formulaires individuels signés relatifs au droit à l'information du patient.

### 7.2.2. Exigences de conformité normative

Tous les composants utilisés par le système, objet de la présente consultation, tels que bases de données, navigateurs, outils d'impression, ou EAI si proposé, doivent répondre aux standards du marché.

### 7.2.3. Pour le dossier médical

CSP
ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles - "Dossier du patient : réglementation et recommandations", juin 2003
Article 1316-3 du Code civil
Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

#### 7.2.3.1. Constitution et tenue du dossier du patient

Réglementation

Le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 confirme dans son article 9 l'obligation de constituer un dossier pour tout patient hospitalisé ou consultant dans un établissement de santé public ou privé. Le décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 reprend cette obligation dans son article R. 1112-2.

Article R. 1112-2 modifié du CSP

1° Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

- Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour

hospitalier,..."

- Chaque pièce du dossier doit comporter l'identification du patient et chaque écrit doit être daté et mentionner l'identité du professionnel qui l'a réalisé.

Article R. 1112-3 du CSP

- "Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations."

En ce qui concerne les prescriptions médicales, celles-ci doivent être horodatées et signées par le médecin prescripteur et comporter le nom lisible du médecin.

Article R. 1112-3 du CSP

"Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles."

Recommandations

Des recommandations incitent à la constitution d'un dossier unifié du patient.

Manuel d'accréditation, critère DPA.1.b

Une politique vise à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient dans l'établissement.

La notion de dossier unifié a pour objet de permettre à tout professionnel de santé intervenant dans le processus de soins, d'accéder à tout moment, y compris en urgence, à l'ensemble des informations pertinentes concernant le patient qu'il prend en charge. Il s'agit d'un dossier regroupé et partagé.

Manuel d'accréditation (4), une référence concerne la tenue du dossier du patient :
DPA - Référence 4 -

La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.

DPA.4.a.

Le dossier du patient comporte l'ensemble des éléments nécessaires à son identification.

DPA.4.b.

Les responsabilités des différents intervenants (infirmier(ère)s, praticiens, internes, secrétaires médicales, étudiants hospitaliers, autres intervenants) sur la tenue du dossier du patient sont établies par écrit.

DPA.4.c.

Les prescriptions médicales sont rédigées par le praticien prescripteur, datées, et comportent le nom et la signature du praticien.

DPA.4.d.

Le dossier du patient est organisé et classé.

### 7.2.3.2. Contenu du dossier du patient

Réglementation

Article R1112-2 Modifié par Décret n°2006-119 du 6 février 2006 - art. 2 JORF 7 février 2006

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- Les motifs d'hospitalisation ;
- La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- Le dossier d'anesthésie ;
- Le compte rendu opératoire ;
- Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;

- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Recommandations

Manuel d'accréditation (4)
DPA - Référence 5 -

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

DPA.5.a.

Le dossier du patient comporte, sous l'autorité du praticien responsable, dans les meilleurs délais après son admission, les motifs d'hospitalisation et les conclusions de l'évaluation initiale de la situation du patient.

DPA.5.b.

Le dossier du patient comporte des informations actualisées sur l'évolution de son état clinique et de sa prise en charge.

DPA.5.c.

Le dossier du patient permet à tout moment de connaître les traitements, les examens et les soins reçus ou devant être reçus par le patient.

DPA.5.d.

Le dossier du patient comporte, lorsque sa prise en charge l'exige, des éléments d'information spécialisés.

DPA.5.e.

Le dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfice-risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.

DPA.5.f.

Le dossier du patient comporte, après sa sortie, les conclusions du séjour et les éventuelles modalités de suivi.

DPA.5.g.

Le médecin désigné par le patient est destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge.

### 7.2.3.3. Dossier informatisé du patient

*La valeur juridique de l'écrit sous forme électronique est désormais reconnue.*

Article 1316-3 du Code civil inséré par la loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 :

L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier.

Le décret n° 2001- 272 du 30 mars 2001 précise les conditions de mise en œuvre de la signature électronique.

Le droit d'accès aux informations est identique quel que soit le support du dossier à quelques différences près qui résultent de la mise en œuvre de la loi du 6 janvier 1978. Les seuls éléments qui diffèrent du dossier papier concernent les droits du patient et les devoirs des médecins vis-à-vis des dossiers médicaux informatisés.

Sont ainsi précisés :

- L'obligation de déclaration à la CNIL ;
- Le droit à l'information du patient ;
- Le droit à l'opposition ;
- Le droit à l'oubli ;
- Le droit de contestation et de rectification ;
- Le droit à la sécurité.

### 7.2.3.4. Communication du dossier médical

Le dossier du patient constitué d'éléments relatifs au patient est un document qui relève à la fois des règles du secret professionnel et du droit à la communication des informations qu'il contient.

Secret professionnel

Les règles de respect du secret des informations concernant le patient sont précisées dans l'article L. 1110-4 du CSP modifié par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

Le dossier et les informations médicales qui y sont contenues sont confidentiels et relèvent du secret professionnel. Les informations

médicales ne peuvent être partagées qu'entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge et la continuité des soins du patient.

Droit à la communication du dossier du patient

Loi du 4 mars 2002 : la communication des informations contenues dans le dossier du patient peut se faire soit :

- au médecin, désigné par le patient, qui a ou non prescrit l'hospitalisation mais qui assurera la continuité des soins ;
- au patient lui-même s'il est majeur et, de son vivant, uniquement à lui, à l'exclusion de tout autre.

Bénéficiaires du droit d'accès au dossier du patient

A son choix le demandeur obtient communication de son dossier : Soit sur consultation sur place avec, le cas échéant, remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies de documents.

Le praticien communique les informations médicales au patient ou à son représentant légal dans les règles de déontologie et aux ayants droit dans le respect des règles du secret médical. Avant toute communication du dossier médical, le médecin doit s'assurer de l'identité du demandeur et tracer les demandes et interventions.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a posé le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé le concernant et le décret du 29 avril 2002 a organisé cet accès.

- Pour la demande de communication du dossier (Article R.1111-1 du code de la santé publique)
- Pour les modalités de communication (Article R.1111-2 du code de la santé publique)
- Pour l'accès par les ayants droits (Article R.1111-7 du code de la santé publique)
- Pour identifier la personne chargée de communiquer les informations du dossier patient (Article R 1112-1 du code de la santé publique)
- Pour l'accès par le médecin désigné (Article R. 1112-4 du code de la santé publique)

#### 7.2.3.5. Gestion des autorisations et des refus de soins

En fonction du contexte et des besoins, ces fonctions permettent de recueillir les autorisations relatives aux soins, actes ou traitements

nécessitant l'information ou l'accord du patient ou de son entourage. De même, en cas de refus du patient ou de son entourage, elles permettent de gérer les décharges. (Cf. Code de la santé publique articles Livre 1er - Titre 1er L1111-1 et suivants)

La décharge de responsabilité va au-delà du refus d'un soin ou d'une hospitalisation vise à décharger la responsabilité de l'institution lorsqu'un patient est informé des risques qu'il prend en refusant un acte ou traitement ou en décidant de quitter le service contre l'avis médical et qui, malgré l'avertissement, persiste dans sa décision.

### 7.2.4. Pour le dossier de soins :

ANAES EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ - DOSSIER DU PATIENT : REGLEMENTATION ET RECOMMANDATIONS - JUIN 2003 -
Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

#### 7.2.4.1. Constitution du dossier de soins paramédical

Article R. 1112-2 du CSP

Le dossier de soins paramédical est une composante essentielle du dossier du patient dont il fait partie intégrante. Il comporte le dossier de soins infirmiers ou à défaut les informations relatives aux soins infirmiers et les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé éventuellement organisées en «sous dossiers.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

La constitution du dossier de soins infirmiers comporte notamment la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques, des informations utiles aux autres professionnels, dont les médecins, pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions.

Article R. 4311-3 du décret n° 2004-802

L'infirmier est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

La responsabilité de réaliser un dossier de soins infirmiers relève du rôle propre de l'infirmier.

#### 7.2.4.2. Contenu du dossier de soins infirmiers

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, Article R4311-3

L'IDE a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier,

formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.

Article R4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, Article R. 4311-7 et R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, Article R. 4311-8 :

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, Article R. 4311-14 :

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet d'un compte-rendu écrits, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Le dossier de soins doit contenir toutes les informations pertinentes sur les problèmes de santé, les diagnostics infirmiers, les observations pendant le séjour, les feuilles de transmissions infirmières, les interventions de soins, les fiches de liaison interservices, la fiche de synthèse élaborée à la sortie du patient et la fiche de liaison pour les modalités de suivi. Toutes les informations du dossier de soins doivent être authentifiées (signées, datées), le responsable des écrits et des actes devant être clairement identifié (nom, fonction).

La réalisation de protocoles de soins spécifiques à la prise en charge de la douleur, obligatoirement datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service, doit permettre la prise en charge optimale de la douleur.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, Article R. 4311-8

Ces protocoles sont considérés comme des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir. Le protocole de lutte contre la douleur individualisé du patient, comme toute prescription, doit être retrouvé dans le dossier du patient.

Arrêté du 22 juillet 1994 et circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996

Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture consignent dans le dossier de soins leurs observations et leurs actions.

#### 7.2.4.3. Autres dossiers de soins paramédicaux

Article R. 1112-2 du décret n° 2003-462 du 21 mai 2003

Il n'existe pas de législation imposant précisément la tenue de dossier à d'autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, etc.) cependant les informations ayant trait aux soins qu'ils ont dispensés doivent être retrouvées dans le dossier du patient.

Arrêté du 4 octobre 2000

Chaque professionnel peut constituer un sous-dossier propre à sa profession qui fera partie intégrante du dossier du patient. Par exemple les kinésithérapeutes sont invités à regrouper les informations concernant leurs soins dans un «sous-dossier » de masso-kinésithérapie.

Droit d'accès au dossier de soins paramédical

*Ce chapitre est traité dans la partie Dossier médical*

Gestion des autorisations et refus de soins

*Ce chapitre est traité dans la partie Dossier médical*

Recommandations

ANAES - recommandations pour la pratique clinique concernant le dossier du patient en masso-kinésithérapie (mars 2000) (9), en ergothérapie (mai 2001) (10) et en pédicurie-podologie (mai 2001) (11).
Guide du service de soins infirmiers, DHOS, septembre 2001 - norme 1-3 dossier de soins infirmiers

Dès l'arrivée de la personne soignée, l'IDE ouvre un dossier de soins infirmiers qu'elle renseignera tout au long du séjour.

L'IDE, après chaque intervention

- note, date et signe les résultats des soins infirmiers prodigués à la personne soignée

- note, date et signe ses observations sur l'évolution de l'état de la personne soignée et toutes informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale

L'IDE, tout au long du séjour de la personne soignée

- renseigne le dossier de soins infirmiers, elle veille à l'exactitude et au respect de la confidentialité des informations notées par elle-même, par les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les aides médico-psychologiques et les stagiaires du service infirmier
- exige que toutes les prescriptions médicales soient notées, datées et signées par les médecins prescripteurs dans le dossier de soins infirmiers. Elle s'assure également que toutes les informations et observations écrites soient datées et signées

L'IDE, lors de la sortie de la personne soignée, établit par écrit une synthèse de la prise en charge infirmière du patient et renseigne la fiche de liaison infirmière.

### 7.2.5. Prescription et demande d'examens de laboratoire

Arrêté du 30 septembre 1997, NOR: MESP9723184A

Les demandes d'examens de biologie doivent être prescrites par les médecins et, dans la limite de leurs compétences, par les sages-femmes.

Article R. 161-45 du code de la sécurité sociale
Article L. 162-4 du code de la sécurité sociale

La prescription doit mentionner le nom et prénom(s)du bénéficiaire des actes ou prestations, l'identifiant du prescripteur, la date de la prescription, la référence de la prescription, le cas échéant, le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent, et la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.

Activité de prélèvement

Identification du prélèvement

Arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale modifié par l'arrêté du 26 avril 2002 - GUIDE DE BONNE EXECUTION DES ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

L'étiquetage des tubes ou récipients contenant l'échantillon biologique doit être fait au moment du prélèvement par la personne ayant réalisé celui-ci.

L'étiquetage doit être conçu pour éviter toute erreur sur l'identité de la personne.

Prélèvement des échantillons biologiques

Arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale modifié par l'arrêté du 26 avril 2002 - GUIDE DE BONNE EXECUTION DES ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

Le biologiste fournit aux médecins prescripteurs toutes les précisions utiles aux conditions de mise en œuvre des analyses médicales.

Dans le cas où l'échantillon n'est pas conforme et est refusé par le laboratoire, le motif de ce refus sera porté à la connaissance du médecin prescripteur.

Résultats des demandes de biologie

Arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale modifié par l'arrêté du 26 avril 2002 - GUIDE DE BONNE EXECUTION DES ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

L'expression des résultats doit être précise et sans équivoque.

Les valeurs de référence doivent être indiquées. La méthode d'analyse et/ou les réactifs utilisé(e)(s) doivent être mentionné(e)(s) chaque fois qu'ils peuvent influer sur l'expression du résultat ainsi que lorsque la réglementation l'exige. Pour les résultats quantitatifs, le cas échéant, les performances analytiques de la méthode peuvent être indiquées. Les unités du système international doivent être utilisées quand elles existent.

Le biologiste doit, en accord avec les dispositions réglementaires :

- valider les résultats des examens biologiques après s'être assuré que leur exécution est conforme aux recommandations du guide ;
- signer les comptes rendus d'analyses ;
- s'assurer que leur transmission se fait dans les délais compatibles avec leur bonne utilisation clinique et dans des conditions de confidentialité préservant le secret professionnel.

Les comptes rendus ne peuvent être communiqués qu'après les opérations de validation. Toutefois, pour les patients hospitalisés et dans le cas des examens demandés en urgence, des résultats partiels peuvent être transmis dans des conditions définies par le biologiste et sous sa responsabilité, avant la validation biologique de l'ensemble des résultats demandés.

Ils doivent être confirmés dès que celle-ci aura été effectuée par un biologiste et le médecin prescripteur doit être informé de cette particularité.

Demande d'examens de laboratoire

Norme 15189 - AFNOR - Laboratoires d'analyses de biologie médicale — Exigences particulières concernant la qualité et la compétence

La feuille de prescription doit contenir les informations nécessaires pour identifier le patient et le prescripteur autorisé. Elle doit également fournir les

données cliniques pertinentes. Les exigences nationales, régionales ou locales doivent s'appliquer.

Il convient que la feuille de prescription ou un équivalent électronique prévoit suffisamment d'espace pour indiquer, sans s'y limiter les éléments suivants :

- l'identification univoque du patient ;
- le nom ou tout autre moyen d'identification unique du médecin ou de toute autre personne légalement habilitée à prescrire des analyses ou à utiliser des informations cliniques ;
- le type d'échantillon et le site anatomique d'origine, le cas échéant ;
- la nature des analyses prescrites ;
- les renseignements cliniques relatifs au patient, comprenant au minimum le sexe et la date de naissance, pour les besoins de l'interprétation du résultat ;
- la date et l'heure du prélèvement de l'échantillon ;
- la date et l'heure de réception des échantillons par le laboratoire.

Il convient que le format des feuilles de prescription (par exemple papier ou électronique) et la manière dont les prescriptions doivent être communiquées au laboratoire soient déterminés en accord avec les utilisateurs des prestations du laboratoire.

Résultats des examens de laboratoire

> Norme 15189 - AFNOR Laboratoires d'analyses de biologie médicale — Exigences particulières concernant la qualité et la compétence

Les résultats doivent être lisibles, ne présenter aucune erreur de transcription et être diffusés aux personnes habilitées à recevoir et à utiliser les informations médicales. Le compte rendu doit comprendre, sans y être limité, les renseignements suivants :

- l'identification univoque et claire de l'analyse, y compris, le cas échéant, la méthode de mesure ;
- l'identification du laboratoire ayant édité le compte rendu ;
- l'identification unique du patient et, si possible, du lieu où il se trouve et la destination du compte rendu ;
- le nom ou tout autre moyen d'identification unique du prescripteur ;
- la date et l'heure du prélèvement de l'échantillon, si elles sont disponibles et pertinentes pour les soins prodigués au patient, et l'heure de réception par le laboratoire ;
- la date et l'heure de la diffusion du compte rendu ;
- l'origine ou le type de l'échantillon ;

- les résultats de l'analyse ;
- les intervalles de référence biologiques, le cas échéant ;
- l'interprétation des résultats, le cas échéant ;
- tous les autres commentaires ;
- l'identification de la personne autorisant la diffusion du compte rendu ;
- le cas échéant, les résultats initiaux et les résultats corrigés ;
- si possible, la signature ou l'autorisation de la personne vérifiant ou transmettant le compte rendu.

Le compte rendu doit indiquer si la qualité de l'échantillon primaire reçu était insuffisante pour l'analyse ou si elle pourrait avoir compromis le résultat.

Le laboratoire doit disposer de procédures permettant d'avertir immédiatement un médecin (ou tout autre personnel chargé des soins du patient) lorsque les résultats des analyses effectuées se situent dans les intervalles «d'alerte» ou «critiques» établis.

En cas de modification, le compte rendu doit indiquer l'heure, la date et le nom de la personne responsable de la modification.

Les données initiales doivent rester lisibles en cas de modifications.

Les enregistrements électroniques d'origine doivent être conservés et les modifications ajoutées au compte rendu sous forme de procédures appropriées de sorte que les comptes rendus indiquent clairement la modification.

Les résultats déjà communiqués pour une décision clinique doivent être conservés dans les comptes rendus cumulatifs ultérieurs et être clairement identifiés comme ayant été modifiés. Une alerte doit informer d'un nouveau résultat d'examen.

### 7.2.6. Pour le circuit du médicament

**Le référentiel pour la certification des logiciels d'aide à la** prescription (HAS juin 2012) doit être respecté dans sa totalité.

#### 7.2.6.1. Prescriptions

La prescription, pour les patients hospitalisés, est saisie par un médecin.

Dans tous les cas de figure la prescription est signée électroniquement par le prescripteur.

La prescription est établie pour une durée donnée et il ne peut y avoir de prescriptions établies sans date de fin.

Quand un patient entre dans l'unité de soins avec un traitement habituel, le prescripteur doit prescrire ce traitement, éventuellement modifié en fonction de sa décision.

Les prescriptions par téléphone ne sont pas autorisées.

Le prescripteur doit pouvoir renseigner dans une case « commentaire prescription », applicable à l'ensemble de la prescription, permettant d'indiquer des informations comme : le nom du prescripteur initial, le mode de gestion du traitement (type autonomie du patient).

Le prescripteur a la possibilité de prescrire toutes les molécules disponibles dans le Vidal (spécialités pharmaceutiques, dispositifs médicaux, spécialités diététiques, cosmétiques, parapharmacie et accessoires).

Le prescripteur a la possibilité de repérer les médicaments à risque sélectionnés au livret thérapeutique par la COMEDIMS.

Arrêté du 18 novembre 2013

Le prescripteur a la possibilité de porter au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à prescrire.

L'ordonnance de sortie (patient hospitalisé ou consultation externe) doit pouvoir être établie en dénomination commune.

L'ordonnance de sortie doit comporter le numéro FINESS de l'établissement et

- Si le médecin prescripteur est inscrit à l'ordre des médecins, le numéro RPPS du médecin prescripteur.
- Sinon, le numéro RPPS du responsable médical du service.

#### 7.2.6.2. Dispensation- Préparation- Approvisionnement

Le pharmacien a réglementairement la possibilité de substituer un médicament d'une molécule donnée par un autre médicament comportant la même molécule.

Sur son initiative le pharmacien ne peut remplacer un médicament prescrit par un autre sans demander l'avis du prescripteur, sauf si ce remplacement concerne des médicaments comportant la même molécule.

#### 7.2.6.2.1 Dispensation

> Arrêté du 6 avril 2011, Version consolidée au 23 mars 2013, article 13

Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

1. L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
2. La préparation éventuelle des doses à administrer ;
3. La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

L'informatisation doit permettre à la pharmacie à usage intérieur l'accès aux informations nécessaires à l'analyse pharmaceutique des prescriptions.

L'établissement s'organise pour garantir une priorisation de la validation pharmaceutique des médicaments à risque.

La dispensation de la pharmacie vers les services doit se faire sous forme de demande de service mensuelle au vu des distances existantes entre la PUI et les services / renouvellement hebdomadaire des dotations de service

Toutes les dispensations de médicaments listés doivent être au préalable prescrites au nom du patient devant en bénéficier.

Les dispensations sont globalisées mais devraient à terme être nominatives dans un premier temps pour les médicaments à risque puis pour tous les traitements « habituels ».

Doit être ménagée la possibilité de dispensation nominative hebdomadaire ou sur un nombre de jours définis, par casier patient, avec possibilité de dispensation par prise, des « si besoin » séparément.

#### 7.2.6.2.2 Préparation

> Arrêté du 6 avril 2011, Version consolidée au 23 mars 2013, article 13

Le présent arrêté concerne les préparations mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et les préparations rendues nécessaires par les recherches biomédicales y compris la préparation des médicaments expérimentaux définis à l'article L. 5121-1-1 du code de la santé publique.

Ces préparations sont réalisées conformément aux bonnes pratiques de préparation dans les établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur dûment autorisée ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-2 du code de la santé publique.

### 7.2.6.2.3 Approvisionnement

Arrêté du 6 avril 2011, Version consolidée au 23 mars 2013, article 13

Les actions entreprises dans le domaine de l'achat-approvisionnement en produits pharmaceutiques doivent respecter les réglementations concernées et notamment le code de la santé publique, le code des marchés publics pour les établissements concernés, le code de la sécurité sociale, le code de commerce, la réglementation dans le domaine de la concurrence et intégrer la prévention des risques liés au médicament.

La fonction approvisionnement doit permettre la sécurité d'approvisionnement et de stockage des produits entrants dans l'établissement.

**Cette étape de sécurisation de l'approvisionnement es**t devenue réglementaire via la sérialisation.

#### 1.1 Les textes

La sécurisation de la chaîne d'approvisionnement des médicaments est strictement encadrée depuis la publication de l'ordonnance n° 2012-1427 du 19 décembre 2012 et des décrets n° 2012-1562 du 31 décembre 2012 et n° 2018-291 du 20 avril 2018 relatifs au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments.

Les articles R. 5121-138-1 à R. 5121-138-4 du code de la santé publique prévoient la mise en place de dispositifs de sécurité sur certains médicaments afin de vérifier leur authenticité, leur identification individuelle ainsi que leur intégrité. Ces dispositions sont issues de la transposition de la directive 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011.

Le règlement délégué (RD) 2016/161 de la Commission européenne du 2 octobre 2015 complète la directive 2011/62/UE relative aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l'introduction dans la chaîne d'approvisionnement légale de médicaments falsifiés.

Le dispositif de sérialisation implique la mise en place d'un identifiant unique sur chaque boite de médicament ainsi qu'un dispositif antieffraction, qui constituent c'est le dispositif de sérialisation.

Ce règlement s'impose aux fabricants, exploitants d'AMM, distributeurs en gros/grossistes répartiteurs, dépositaires, et aux personnes autorisées ou habilitées à délivrer des médicaments soumis à prescription au public.

L'article 23 du règlement délégué précise la liste des structures concernées. Il s'agit essentiellement des pharmacies d'officine ; des PUI des établissements de santé publics et privés ; des structures de soins (centre de radiothérapie).

### 1.2 Le champ d'application de la sérialisation

En France, le champ d'application vise :

- les médicaments soumis à prescription médicale obligatoire sauf ceux de la liste établie à l'annexe I du règlement délégué n° 2016/161 : homéopathie, générateurs de nucléotides, kits, précurseurs de radionucléides, médicaments de thérapie innovante composés de tissus ou cellules, gaz à usage médical, certaines solutions à usage parentéral, certains solvants et diluants incluant les solutions d'irrigation, certains produits de contraste, tests pour affections allergiques, extraits d'allergènes à code.

ATC précisé dans le Règlement Délégué :

- les médicaments à prescription médicale facultative figurant sur la liste établie à l'annexe II du règlement délégué (oméprazole gélules 20 et 40 mg).

Des dispositifs antieffraction doivent être apposés sur tous les médicaments pour les médicaments identifiés dans l'annexe 1 du règlement délégué.

- les médicaments à prescription médicale facultative figurant sur la liste établie à l'annexe II du règlement délégué (oméprazole gélules 20 et 40 mg).

Des dispositifs antieffraction doivent être apposés sur tous les médicaments pour les médicaments identifiés dans l'annexe 1 du règlement délégué.

Il est nécessaire de préciser que les médicaments non soumis à prescription ne sont pas concernés par un dispositif d'authentification.

### 1.3 Les obligations qui s'appliquent

Le règlement impose aux personnes autorisées ou habilitées à délivrer des médicaments au public au sein des établissements de santé, l'obligation de vérifier des dispositifs de sécurité.

La vérification de ces dispositifs de sécurité constituera des opérations nouvelles que devront réaliser les établissements de santé à compter du 9 février 2019.

Ces dispositifs de sécurité consistent en :

- un dispositif antieffraction, permettant de vérifier si l'emballage d'un médicament a fait l'objet d'une tentative d'effraction ;
- un identifiant unique codé dans un code bidimensionnel (Data Matrix) permettant d'identifier et d'authentifier individuellement chaque boite de médicaments. Cet identifiant unique est chargé, par les fabricants, dans le répertoire européen et hébergé dans le répertoire national.

Pour assurer la vérification de l'identifiant unique, le règlement délégué impose que les établissements de santé soient équipés d'un système permettant de le vérifier pour chaque boite de médicaments en réalisant les opérations suivantes :

- Lecture du code bidimensionnel « Data Matrix » apposé sur la boite par le fabricant ;
- Connexion au répertoire français qui vérifie l'authenticité de l'identifiant unique ;
- Désactivation du code.

Les opérations de vérification du dispositif antieffraction et la désactivation de l'identifiant unique doivent être réalisées avant la délivrance des médicaments au patient aussi longtemps que le médicament est en la possession matérielle de l'établissement (article 25 du RD). Il est proposé de réaliser dans un premier ces étapes de vérification et désactivation au sein de la PUI.

#### 7.2.6.3. Administration

Il ne peut y avoir d'administration de médicament sans prescription correspondante sauf si l'administration est faite sur un protocole validé (cas de l'absence de médecin la nuit par exemple).

L'IDE doit impérativement saisir l'administration ou la non administration.

L'acte de donner des médicaments pendant X jours par les infirmiers est une pratique à prendre en compte dans le plan de soins infirmiers.

Les validations d'administration doivent être facilement accessibles par le médecin et le pharmacien.

Remarques générales : La stricte conformité à la réglementation en vigueur et à ses évolutions constitue une exigence du cahier des charges.

## 7.3. Exigences fonctionnelles et exigences sur les données

### 7.3.1. Le référentiel transverse

Un référentiel global transverse de structures, de nomenclatures et de référentiels médicaux et non médicaux, ainsi que l'annuaire sécurité en liaison avec les RPPS, doit être présent dans l'offre.

Il sera lié à l'annuaire du personnel de chaque établissement.

Ce référentiel doit respecter les contraintes de prérequis du programme Hôpital Numérique.

Structures de l'établissement

Le système doit permettre de paramétrer les structures selon trois axes :

- L'axe géographique.
- L'axe de responsabilité médicale
- L'axe de coûts

Le système doit permettre de paramétrer les éléments suivants :

- Une ou plusieurs entités juridiques
- Les structures de la Fondation de L'Elan Retrouvé, y compris l'ESAT.

Le soumissionnaire détaillera les modalités de paramétrage et d'administration de la structure. Il décrira les modalités de gestion de plusieurs structures au sein d'un même établissement.

Le système doit permettre de paramétrer la liste des personnels, des différents métiers avec leur affectation afin de pouvoir créer le plan d'habilitation (attribution des droits d'accès et habilitations).

### 7.3.2. Pour le dossier médical les fonctions principales sont les suivantes :

#### 7.3.2.1. Production clinique et médicotechniques intégrées au dossier médical

Le soumissionnaire précisera le workflow relatif aux fonctions de production documentaire.

Saisie des données

Le système doit permettre de saisir les données du dossier médical. Chaque donnée saisie est horodatée et signée.

Le système doit permettre de créer une synthèse des données à partir des données enregistrées.

Le système doit permettre d'enregistrer les données.

Le système doit permettre de valider les données.

Le système doit permettre d'indiquer, au moment de la saisie, quand un code nécessite un niveau de précision plus important.

Le système doit permettre de rendre obligatoires certaines données pour empêcher l'enregistrement en leur absence.

Le système doit permettre de rendre obligatoires certaines données pour la clôture d'une venue.

Le système doit permettre à l'utilisateur de consulter des données selon ses droits et habilitations.

Le système doit permettre à l'utilisateur de modifier des données selon ses droits et habilitations.

Le système doit permettre à l'utilisateur de supprimer des données selon ses droits et habilitations.

Le système doit permettre de visualiser l'ensemble des actions de création, modification et suppression des données du dossier médical.

Recherche d'informations médicales du patient

Le système doit permettre la recherche multicritère des informations du dossier médical d'un patient (exemple : période où le patient dépassait une mesure de poids, nombre d'absence sur une période donnée).

Création et mise à jour d'un document

Le système doit intégrer des fonctions de traitement de texte via un logiciel externe ou via des fonctions propriétaires.

Le système doit proposer des modèles de documents par défaut et permettre d'en créer de nouveaux, à partir des modèles existants ou d'un canevas vierge. Il est dès lors impératif que la documentation soit adaptée à la production de ces éléments.

Le système doit permettre d'associer un modèle de document :
- à l'ensemble de l'établissement
- à un service
- à une spécialité
- à un médecin
- à un soignant

Cette association pourra se fera à partir d'un texte libre. Le système doit permettre de créer un document pour un patient donné et une venue donnée. La proposition doit inclure la maquette de seize documents types au minimum (un par structure).

Le système doit permettre d'intégrer les documents créés au dossier médical d'un patient. Cette intégration permettra de relier entre elles les actions des différents professionnels intervenant sur un même dossier et de les tenir informés en temps réel.

Le système doit permettre de créer un document

- depuis un document type
- sous forme de texte libre
- en intégrant des données enregistrées issues de l'ensemble du dossier patient

Le système doit permettre d'enregistrer un document en prenant en compte les informations stockées dans le dictionnaire de données.

Le système doit permettre d'attribuer un statut au document permettant son suivi de sa dictée ou de sa saisie à son envoi. Les statuts sont les suivants

- à compléter : le document est en cours de rédaction
- à signer : le document est prêt, il doit être signé par le responsable
- à modifier : le responsable a visualisé le document et demande des modifications au rédacteur
- à envoyer : le document a été signé par le responsable, il est prêt à être envoyé à ses destinataires
- envoyé : le document a été envoyé à ses destinataires, il n'est plus modifiable

Il serait souhaitable de pouvoir créer un addendum au document en cas d'anomalie constatée ou besoin d'un complément d'information nécessaire sur un compte-rendu.

Le système doit permettre d'assurer le suivi des statuts de l'ensemble des courriers.

Le système doit permettre la génération automatique de documents à partir des données enregistrées.

Le système doit permettre à l'utilisateur de consulter un document selon ses droits et habilitations et selon le statut du document. Le fournisseur devra préciser la méthode permettant cette sécurité.

Le système doit permettre à l'utilisateur de modifier un document selon ses droits et habilitations et selon le statut du document.

Le système doit permettre à l'utilisateur de supprimer un document selon ses droits et habilitations et selon le statut du document.

Le système doit permettre de visualiser l'ensemble des actions de création, modification et suppression du document.

Attention, la suppression doit simplement être un indicateur de suppression, les données doivent bien être conservées.

Edition et envoi d'un document

Le système doit permettre d'assurer le publipostage d'un document en sélectionnant les données enregistrées relatives au(x) destinataires ou par ajout manuel.

Le système doit permettre l'édition automatique d'un document au format papier en fonction de l'écran de l'utilisateur. Par exemple, l'écran ordonnance sera lié automatiquement au modèle de l'ordonnance, l'écran, plan de soin infirmier proposera une impression, le module courrier administratif pourra proposer plusieurs associations de modèle.

Le système doit permettre l'envoi automatique d'un document par messagerie de manière sécurisée.

Le système doit permettre d'éditer un document manuellement.

Le système doit permettre d'envoyer manuellement un document par messagerie de manière sécurisée.

Recherche et de documents

Le système doit proposer différents modes de recherche de documents en prenant en compte les différents éléments liés au patient à ses venues et aux documents.

Une vision synthétique du suivi doit être possible.

Import de documents des correspondants extérieurs

Le système doit permettre l'import de documents de correspondants extérieurs.

Le système doit permettre de rattacher un document importé à un patient.

Le système doit permettre de rattacher un document importé à la venue d'un patient. Le fournisseur devra préciser s'il y a des types de documents numérique qu'il ne peut pas importer, les types les plus courant étant tous les formats d'image (jpeg, tif, JPG…), les documents de type office ou open office, les documents de type PDF, voir les documents de type son.

Le système doit indiquer, le cas échéant, la taille maximale unitaire autorisée pour chaque type de document insérable dans le dossier.

Les documents importés doivent avoir des règles d'accès comme pour les autres données en terme de visualisation, édition, suppression, seule des personnes habilité peuvent utiliser une ou plusieurs de ces actions en fonction de ces droits. Ces documents doivent impérativement être sécurisés pour interdire tout accès illicite.

Accès (ou imports) aux résultats des systèmes satellites

Le système doit pouvoir permettre à termes de développer l'accès aux images numérisées directement ou depuis un serveur d'images, la réception des examens de laboratoire, la réception d'informations provenant des équipements biomédicaux.

Équipements biomédicaux

Le système doit permettre à termes de développer l'intégration au dossier médical des données issues des appareils ou dispositifs biomédicaux.

#### 7.3.2.2. Diffusion des informations du dossier médical

Le système doit offrir la possibilité de paramétrer des exports compatibles avec des réseaux de santé locaux, régionaux ou nationaux.

Le système doit permettre de reporter dans le DMP, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. Le fournisseur doit préciser les modalités d'échanges ainsi que le cout annuel si un abonnement est nécessaire

#### 7.3.2.3. Partage de la connaissance

Recherche, consultation et édition

Le système doit permettre d'effectuer une recherche multicritères d'un élément de connaissance pour un groupe de patient identifié.

Le système doit permettre de consulter le livret thérapeutique.

A partir d'un diagnostic spécifique, le système doit permettre d'éditer pour le patient, un document, issu de la base de connaissance, exposant les préconisations d'hygiène de vie correspondantes.

Assistance au diagnostic

Le système doit permettre la présentation de la liste des codes CIM10 possibles étant donné le diagnostic considéré.

Le système doit permettre d'identifier les examens complémentaires à mener pour confirmer le diagnostic.

Le système doit permettre à l'utilisateur de créer son propre thésaurus.

Le système doit permettre la présentation des éléments de recommandations associés à un diagnostic.

Aide au codage des actes

Le système doit permettre la présentation de la liste de la codification EDGAR et CSARR (chaque code étant associé à une description).

Le système doit permettre la sélection et l'enregistrement d'un de ces codes.

Le système doit permettre la consultation des informations associées à un élément codé.

Le système permet la recherche d'un acte.

Le système doit permettre à l'utilisateur de créer son propre thésaurus.

Le système doit permettre la validation du codage.

#### 7.3.2.4. Exploitation statistique

Le système doit permettre d'anonymiser les données du dossier médical de façon irréversible.

Le système doit permettre d'exporter les données anonymisées extraites du dossier médical.

Le soumissionnaire précisera le procédé d'anonymisation retenu.

Le système permet de fournir des statistiques de pilotage et de gestion pour une période donnée, dont à minima les indicateurs de mesure de la performance de l'efficacité de la prise en charge du patient.

Le système doit pouvoir être connecté à un infocentre médical. Les fonctionnalités de cet infocentre devront permettre l'automatisation de tableaux de bord d'activité ou de descripteurs de patients utiles à l'élaboration du rapport d'activité par les responsables des unités médicales (exemples de tableaux en annexe). Cet infocentre devra également permettre les extractions utiles à l'élaboration d'études

pluriannuelles telles que celle élaborée par le médecin de l'information médicale de la Fondation.

La fondation utilise Business Objet en liaison avec le logiciel et à la base administrative simplifiée pour faire les statistiques sur la partie administrative. Une méthode de travail identique avec le même logiciel serait un plus, il faudra dans ce cas évaluer le nombre de licences supplémentaires nécessaires et le coût de ces licences.

#### 7.3.2.5. Dossier Médical Partagé (DMP)

www.dmp.gouv.fr (GIP ASIP Santé)

Attention : Les progiciels ne respectant pas la DMP compatibilité seront exclus.

Le logiciel doit permettre la consultation du DMP avec toutes les fonctionnalités opérationnelles dans le respect des obligations légales liées au DMP.

Recueil du consentement du patient

Le système doit permettre de recueillir le consentement du patient.

Création d'un DMP

Le logiciel de Gestion administrative des patients (GAP/GAM) doit être compatible avec le DMP pour créer directement un DMP.

Le système doit permettre de lire la carte CPS d'un professionnel de santé de l'établissement.

Le soumissionnaire précisera et validera le type de matériel à utiliser, marque et type de lecteur approprié. Il en précisera les conditions d'exploitation.

Le système doit permettre de récupérer l'identifiant national de santé du patient à partir de la lecture de la carte Vitale du patient.

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient de créer son DMP.

Ajout de documents dans un DMP

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient :

- D'ajouter automatiquement un document à son DMP ;
- De rendre invisible pour le patient certains documents ajoutés à son DMP.

Gestion des documents d'un DMP

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient de recevoir une notification à l'arrivée d'un nouveau document ajouté par un confrère au DMP.

Le système doit permettre au professionnel de santé autorisé par le patient d'archiver un document du DMP.

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient d'avoir accès aux documents archivés du DMP.

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient de rendre visible, au patient, un document de son DMP, que le PS lui avait préalablement rendu invisible.

Le système doit permettre de masquer un document au professionnel de santé à la demande du patient.

Le système ne permet pas de détruire un document déposé dans le DMP (Cette opération ne peut être réalisée qu'à la demande du patient auprès du médecin de l'hébergeur. Cette destruction est irréversible).

Consultation d'un DMP

Le système doit intégrer une matrice qui permet de définir les droits et habilitations des utilisateurs.

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient de rechercher un document dans son DMP.

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient de trier les documents de son DMP.

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient de consulter un document de son DMP.

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient de consulter un document placé en accès réservé par un confrère dans le DMP.

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient de consulter un document masqué par le patient s'il en est l'auteur.

En cas d'urgence, le système doit permettre de pouvoir consulter le DMP en mode "bris de glace". Avec toute la traçabilité nécessaire et la diffusion de cette information à la (ou aux) personne(s) chargée du contrôle des accès

Le système doit permettre au professionnel de santé de l'établissement autorisé par le patient d'importer un document de son DMP.

### 7.3.3. Pour le dossier de soins les fonctions principales sont les suivantes :

- Paramétrage du système avec une base patient unique commune à l'ensemble des éléments du dossier patient
- Dictionnaire de concepts
- Composant sécurité unique pour l'ensemble de l'offre intégrant le RPPS, le RASS et la CPS 3
- Création du dossier de soins paramédical
- Consultation du dossier de soins paramédical
- Mise à jour du dossier de soins paramédical
- Partage des informations patient en interne et avec les partenaires extérieurs à l'établissement

### 7.3.4. Pour le circuit du médicament les fonctions principales sont les suivantes :

- Prescription médicamenteuse
- Analyse pharmaceutique de la prescription
- Préparation et délivrance
- Administration du médicament
- Consulter et mettre à jour le livret thérapeutique
- Formuler un avis pharmaceutique
- Consulter et répondre à l'avis pharmaceutique
- Valider « pharmaceutiquement » une prescription
- Echanger autour d'une surveillance du patient :
    - Demander une surveillance
    - Saisir les données de surveillance
    - Consulter les données de surveillance
- Saisir une prescription et la valider médicalement
- Saisir une prescription rétrocédée
- Consulter les informations du patient : identité, mouvements, séjour
- Contrôler les interactions physiopathologiques
- Administrer les médicaments
- Alimenter et consulter le plan de soins
- Enregistrer les entrées et sorties de stock
- Rapatrier les informations sur les produits
- Dispenser les médicaments

- Intégrer la conciliation médicamenteuse
- Possibilité de notifier la prescription hors AMM

### 7.3.5. **Pour l'agenda pluri**-professionnel les fonctions principales sont les suivantes :

#### 7.3.5.1. Paramétrage

En cas de système administratif existant dans le logiciel, il sera interfacé au système gestion des rendez-vous de MEDSPHERE en esclave et partagera les informations relatives à la structure hospitalière et au personnel.

Paramétrage des structures

Le système permet de paramétrer :
- La structure hospitalière,
- La liste des personnels des différents métiers avec leur affectation afin de pouvoir créer le plan d'habilitation (attribution des droits d'accès et habilitations).

Paramétrage des ressources humaines

Le système permet de paramétrer les ressources humaines par unité de consultation, unité de soins, services médicotechniques ou service de soins.

Le système permet de paramétrer des groupes de ressources humaines

Paramétrage des ressources matérielles

Le système permet de paramétrer les différentes ressources matérielles : salles, matériels.

Paramétrage des actes

Le système permet de paramétrer, pour chaque intervention, un temps d'occupation des ressources.

Le système permet de paramétrer l 'acte en fonction de l'UF et de l'UM.

Le système permet de paramétrer la durée de chaque acte en fonction du motif et/ou des critères saisis.

Le système permet à l'utilisateur de modifier ~~de~~ cette durée manuellement lors de la saisie d'un acte.

Paramétrage du calendrier

Le système permet d'afficher un calendrier adapté à chaque type de structure (avec paramétrage spécifique)

Paramétrage des plages horaires

Le système permet de paramétrer des plages pour une ressource, un groupe de ressources, un service

Le système permet d'occulter certaines plages horaires des agendas.

Paramétrage des agendas

Le système permet de paramétrer les agendas des ressources, il permet de créer les liens entre les ressources, les actes et les plages horaires.

Paramétrage des règles

Le système permet de paramétrer les données obligatoires pour planifier un rendez-vous : type de RDV, code établissement, code unité de soin ou unité de consultation, code unité fonctionnelle, médecin ressource.

Rappel de la connexion possible avec un outil web externe

#### 7.3.5.2. Accès aux informations du patient

Le système permet d'accéder à l'ensemble des données informatisées du patient : dossier administratif, dossier médical, dossier paramédical, dossiers de spécialités, dossier médico-économique.

#### 7.3.5.3. **Planification d'un rendez**-vous

Le système permet de saisir les critères nécessaires à la qualification de la demande (provenance du patient, type d'acte, établissement, spécialité, UF, ressource(s), date, degré d'urgence=dictionnaire de données).

Le système permet de renseigner le motif de la demande de rendez-vous.

Le système permet de saisir les contraintes du patient et offre la possibilité de les mémoriser.

Le système permet de planifier un rendez-vous :

- Soit de façon manuelle par un affichage des agendas des ressources nécessaires à la réalisation de l'acte
- Soit de façon automatique, à partir des critères de la demande

Si le système propose plusieurs solutions pour une demande, il doit permettre de les ordonner selon différents critères : ordre chronologique, par opérateurs (ressources humaines ou matérielles)

Le système permet de modifier la durée du rendez-vous proposé automatiquement. Il autorise le dépassement des plages de disponibilité,

qu'il conditionne à une habilitation particulière. Il signale les plages dépassées.

Lors de la prise de rendez-vous pour un patient, le système permet d'afficher tous les rendez-vous prévisionnels pour ce patient, événements passés et prévisionnels.

Le système permet de prendre en compte les demandes de rendez-vous pris informatiquement (de type secrétariat en ligne payant).

Le logiciel permet l'affichage de commentaires et/ou de recommandations en fonction de l'acte réalisé

Le système permet à l'utilisateur, dont le profil et les droits d'habilitation le permettent, de planifier un rendez-vous en surbooking.

Le système permet d'associer un formulaire ou un questionnaire à un rendez-vous.

Le système permet de créer des demandes de rendez-vous entre un service demandeur et un service prestataire.

**Planification d'un rendez**-vous simple

Le système permet de planifier un rendez-vous simple.

**Planification d'un rendez**-vous multi ressources

Le système permet de planifier un rendez-vous multi-ressources.

En fonction de la nature de l'examen à réaliser, le système permet d'associer à cet examen le type de ressources nécessaires ainsi que les durées de mobilisation de ces ressources intervenant soit en séquence, soit de façon simultanée.

**Planification d'un rendez**-vous protocolisé

Le système permet de planifier un rendez-vous protocolisé. Il permet l'organisation de rendez-vous dans le cadre de protocoles « complexes » de prise en charge des patients, combinant des rendez-vous de consultation, des examens, des activités de soins.

Le système permet de définir, pour un protocole donné, le séquencement des actes avec les types de ressources associées, les durées des rendez-vous, les contraintes associées ainsi que les temps préparatoires et les durées nécessaires entre deux rendez-vous d'une même séquence.

Planification de rendez-vous itératifs

Le système permet de planifier des rendez-vous itératifs.

Le système propose des modalités simples et rapides pour les rendez-vous itératifs.

Au moment de la prise de rendez-vous, le système permet de moduler les délais et le nombre de rendez-vous. Lors de la modification d'une itération le système doit proposer de choisir entre la modification de cette itération particulière ou de toutes les itérations avenir.

Planification de rendez-vous de groupes

#### 7.3.5.4. Enregistrement d'un rendez-vous

Le système met à jour les agendas et informe les parties prenantes qui le souhaitent par des paramétrages (par messagerie, alerte écran).

Le système permet de fournir automatiquement le taux d'occupation de chaque ressource (humaine et/ou matérielle) en temps réel au fur et à mesure des réservations.

Le système permet d'enregistrer les demandes de rendez-vous sous forme de liste d'attente.

Le système permet d'informer automatiquement le prescripteur d'un rendez-vous de la décision du prestataire : refus, planification du rendez-vous avec proposition d'un nouveau rendez-vous ou acceptation. Cela doit être paramétrable par utilisateur.

Le système permet d'attribuer un statut au rendez-vous : planifié, en cours, annulé, suspendu, confirmé, validé.

Le système permet de mettre à jour le plan de soins (visualisation de la planification du rendez-vous du patient dans le plan de soins).

Le système permet de pré-coder les actes EDGAR.

Le système propose d'imprimer les convocations à la demande, ou d'envoyer par mail ou sms avec l'accord du patient.

#### 7.3.5.5. Modification et suppression d'un rendez-vous

Le système permet de modifier, déplacer, supprimer un rendez-vous à partir de la liste des rendez-vous d'un service, de l'agenda patient, de l'agenda d'une ressource, dans la mesure du possible par glissé déposé.

Le système permet de préciser un motif en cas de modification ou de suppression d'un rendez-vous.

Le système permet de visualiser la liste des rendez-vous à déplacer suite à la modification d'un agenda (indisponibilité d'une ressource).

Le système permet de visualiser de façon chronologique la liste des actions réalisées sur un rendez-vous.

Le système alerte l'utilisateur de la présence de rendez-vous chaînés lors de la suppression ou de la modification d'un des éléments le constituant.

Le système permet à l'utilisateur de saisir une indisponibilité et permettre de re-planifier unitairement ou par lot les rendez-vous suspendus (re-planification avec la même ressource au plus tôt ou avec une autre ressource).

Le système permet de modifier manuellement les durées paramétrées des rendez-vous.

### 7.3.6. Consultation des agendas

Le système propose des modalités de consultation des agendas pour un service, un médecin ou un groupe de médecins qui permettent de distinguer des rendez-vous pris, des types de rendez-vous autorisés.

Le système permet de visualiser les agendas par type de plage.

Le système permet de modifier les échelles de temps (journée, semaine, mois) du calendrier.

Le système permet de visualiser la liste des rendez-vous selon un ou plusieurs des critères suivants : par patient, par service, par UF, par actes, par ressource, par date.

Le système permet de trier la liste de rendez-vous, par patient, par date ou par ressource.

Depuis la liste des rendez-vous, le système permet de visualiser les notes ou documents associés à l'acte.

Depuis la liste des rendez-vous, le système permet à l'utilisateur de modifier, suspendre ou supprimer un rendez-vous.

#### 7.3.6.1. Suivi du rendez-vous

Le système permet de visualiser la liste des patients avec en indication pour chacun un statut : arrivé, en attente, en cours d'examen ou en consultation, parti, a réglé.

Le système permet d'indiquer que le patient n'est pas venu à son rendez-vous, un statut de rendez-vous « présent, absent ou excusé » doit être mentionné

Le système permet d'accéder au dossier du patient (médical, paramédical, médico-économique).

Le système permet de confirmer le codage des actes EDGAR réalisés.

#### 7.3.6.2. Éditions

Le système permet l'édition de convocations par lot et de façon unitaire selon des critères de lot, de ressources, de dates par exemple.

Le système propose d'imprimer les consignes d'examens, les mémos et autres formulaires rattachés au rendez-vous.

Le système permet d'imprimer une demande d'autorisation parentale manuellement lors de la prise d'un rendez-vous pour mineur.

Le système permet d'imprimer les agendas et la liste des rendez-vous selon les critères de recherche et de tri choisis par l'utilisateur. Le format de l'édition doit être facilement lisible avec des caractères suffisamment gros. Et dans la mesure du possible laisser de la place sur le document pour y mettre des annotations

#### 7.3.6.3. Statistiques

Le système permet de fournir les éléments qui permettront la production de statistiques de pilotage et de gestion pour une période donnée, dont au minimum :

- Taux de rendez-vous honorés, annulés, reportés, absent, excusé.
- Durée moyenne par acte.
- Nombre de patients par type de rendez-vous.
- Taux d'occupation des ressources humaines et matérielles.
- Taux de remplissage des consultations.
- Délai d'attente.

#### 7.3.7. Exigences sur les données

La Fondation impose un format particulier aux données internes au système. Il sera retenu soit SQL server, soit Oracle. Le SQL Server sera néanmoins privilégié, étant déjà présent au sein de l'Association.

### 7.4. Exigences d'apparence et de style

#### 7.4.1. **Exigences d'apparence**

Le système doit permettre d'intégrer la charte graphique de la Fondation pour l'ensemble des documents édités.

#### 7.4.2. Exigences de style

Les chartes graphiques des différents établissements doivent pouvoir être intégrées dans les différents formulaires et éditions fournis.

### 7.5. Facilité d'utilisation et facteurs humains

#### 7.5.1. **Facilité d'utilisation**

Les établissements insistent particulièrement sur les besoins suivants qui correspondent au souci d'efficacité du système qui sera choisi dont l'un des objectifs est de faire gagner du temps aux utilisateurs :

- Homogénéité des règles de présentation des applications
- Modalités d'enchaînement et de dialogue
- Raccourcis pour minimiser les temps de saisie
- Atteinte rapide d'une information sous forme synthétique
- Disponibilité d'une aide en ligne ciblé sur l'écran en cours d'utilisation, mais avec possibilité de naviguer sur l'ensemble de l'aide

Pour plus de détail, les sous-chapitres et définitions indiqués ci-dessous sont extraites de la norme Afnor Z-67 133-1.

### 7.5.2. Compatibilité

L'ensemble des informations affichées à l'écran par le système, devront l'être en cohérence avec les autres supports de travail des utilisateurs.

### 7.5.3. Guidage

Le système doit être en mesure de fournir à tout moment une aide en ligne contextuelle. L'aide en ligne doit apporter une explication sur chaque élément présent sur l'écran actif.

Cette aide en ligne sera mise à jour parallèlement aux mises à jour du logiciel.

Une identification du patient concerné est visible dans chaque fenêtre de saisie ou de visualisation de données personnelles.

### 7.5.4. Homogénéité

Afin d'assurer une cohérence globale de l'interface homme/machine : la logique des commandes doit être la même.

Les fenêtres doivent suivre le même schéma d'agencement.

La sémantique des boutons de la souris doit être constante.

Le même vocabulaire doit être utilisé pour désigner les commandes du logiciel.

### 7.5.5. Souplesse

À moins que cela ne soit imposé par la réglementation ou les bonnes pratiques en vigueur dans la profession, le système n'impose pas à l'utilisateur d'accomplir les tâches de son activité dans une séquence particulière.

À tout moment, l'utilisateur doit pouvoir suspendre sa saisie pour obtenir les informations dont il a besoin sur un patient donné, ceci sans perdre ce qu'il a déjà saisie.

### 7.5.6. Contrôle explicite

Certaines rubriques doivent pouvoir être rendues obligatoires pour la clôture du dossier.

L'utilisateur doit être informé de la complétude du dossier d'un patient à sa sortie, avant clôture de son dossier.

De manière à éviter le double encodage, la fonction de saisie des données doit être unique : les données sont saisies une seule fois et sont insérées automatiquement dans les autres modules où ces données doivent trouver place. Les modifications doivent être historisées (l'exemple le plus courant étant le changement d'adresse, mais il peut aussi y avoir un changement de nom et même de sexe).

Le système doit permettre aux utilisateurs d'identifier facilement les séjours pour lesquels un codage est manquant pour une période donnée (édition de listes "cliquables").

### 7.5.7. Gestion des erreurs

L'utilisateur doit pouvoir annuler un traitement informatique qu'il aurait demandé ou revenir à une étape antérieure du processus.

Le système doit protéger l'utilisateur contre les erreurs en lui demandant de confirmer les actions dont les effets sont irréversibles, le message d'alerte doit comporter un sigle très explicite dans ce cas et uniquement dans ce cas. Pour les autres messages il pourra y avoir un sigle, mais il devra être différent.

Le système doit permettre à l'utilisateur de corriger ses erreurs, en lui fournissant des messages d'erreurs clairs.

Le système garde la chronologie des corrections d'erreur.

### 7.5.8. Concision

Il doit être possible de passer facilement d'une application à l'autre à l'aide d'une fonction d'accès dans chaque application. Le passage contextuel ou plus généralement le changement de contexte ne donnera pas lieu à une nouvelle identification. Ce passage contextuel concerne non seulement les logiciels fournit pour cette demande mais aussi le logiciel administratif MEDSPHERE. Ce processus doit être dans les deux sens et sans ré-authentification. Le cout de ce processus doit être intégralement précisé dans la proposition.

Afin de faciliter le dialogue entre les différentes équipes, le système n'affichera que les informations nécessaires et n'obligera pas les utilisateurs à faire des calculs qui pourraient être automatisés.

Ces derniers doivent pouvoir disposer d'une vision synthétique des informations essentielles, tant au niveau individuel (patient) que plus général (unité de soin). Cette vision synthétique doit être personnalisable en fonction de l'unité et de l'utilisateur.

Lors des prises de poste, les transmissions de consignes doivent être claires et complètes. Le soumissionnaire indiquera comment la solution proposée inclut ces fonctionnalités.

### 7.5.9. Exigences de personnalisation et d'internationalisation

Le fournisseur indiquera, pour chacun des lots, les possibilités de personnalisation qu'offre son système.

### 7.5.10. Exigences de facilité d'apprentissage

Une formation initiale rapide doit être suffisante à l'appropriation des fonctions d'utilisation pour 80 % des utilisateurs quel que soit le lot concerné. Le fournisseur indiquera, pour chaque lot, le temps qu'il estime nécessaire et les modalités de cette formation. Le fournisseur garanti que ce temps est suffisant pour que l'utilisateur soit autonome sur les parties du logiciel qui concerne ses fonctions

### 7.5.11. Exigences de facilité de compréhension et politesse

Le système doit utiliser les terminologies des métiers en vigueur dans les établissements de santé aussi bien au niveau de l'identification que du titre de la personne.

### 7.5.12. Exigences d'accessibilité

Le système doit pouvoir fonctionner indifféremment sur un matériel fixe comme mobile

Le système doit offrir la possibilité de saisie sur un écran tactile.

Le système doit fournir un mécanisme facilitant la lecture pour les personnes malvoyantes.

## 7.6. Exigences de performance

### 7.6.1. Exigences **de rapidité d'exécution et de temps de latence**

Les performances doivent respecter toutes les exigences du programme Hôpital Numérique.

Les temps de réponse attendus doivent être précisés par le fournisseur. On spécifiera en particulier les temps de réponse suivants :

- A la connexion.
- En utilisation à vide (un seul utilisateur connecté).
- En utilisation en charge (100 utilisateurs connectés et 200 utilisateurs connectés).

En routine (sur base de données et en fonctionnement réel), les temps de réponse sur le poste de travail resteront dans les limites suivantes :

- Le passage d'une zone à la suivante sera inférieur à 0,2 seconde dans 98% des cas.
- Le passage d'un écran au suivant ou le changement de fonction sera inférieur à 0,5 seconde dans 98% des cas, exclusion faite des interrogations portant sur l'ensemble ou un sous-ensemble de la base de données.
- L'extraction de données portant sur l'ensemble de la base de données et sur l'un des critères ou combinaison de critères ne devra pas excéder 10 minutes dès lors que la période extraite est inférieure ou égale à un an. Cette extraction ne doit pas pénaliser les temps de réponses des autres utilisateurs.

Les temps de réponse du système devront être identiques sur l'ensemble des postes installés.

Les temps de réponse devront rester stables quel que soit le moment de la journée où les utilisateurs y accéderont notamment lors des pics de consultation prévisibles. Ils seront conformes aux exigences décrites ci-dessus.

Il est entendu comme temps de réponse de connexion :

- Le temps mesuré entre l'activation de l'application depuis le bureau Windows ou l'appel de l'URL sur un navigateur et l'affichage de la grille d'authentification
- Le temps mesuré entre la validation de la saisie de la grille d'authentification et l'affichage du menu personnalisé proposé à l'utilisateur

La définition des temps de réponse sera réalisée pour un choix de transactions spécifiées dès la mise en place du projet. Elles seront détaillées dans le cahier de recette de chaque module. Durant la période de vérification d'aptitude et de vérification de service régulier le scénario sera rejoué afin d'évaluer l'évolution des performances par rapport à une mesure idéale réalisée lors de la MOM (mise en ordre de marche).

### 7.6.2. **Exigences d'innocuité**

Le système doit permettre d'identifier le patient de manière univoque. Le fournisseur indiquera, pour chaque lot, les moyens mis en œuvre par sa solution pour atteindre cet objectif fondamental en matière d'identitovigilance.

### 7.6.3. **Exigences de précision ou d'exactitude**

Le système doit indiquer le poids du patient en kilogrammes, arrondi au dixième, sa taille en centimètres et doit produire systématiquement l'IMC du patient.

### 7.6.4. Exigences de fiabilité et de disponibilité

Le soumissionnaire décrira dans son offre les moyens de contrôle intégrés dans le système pour garantir la cohérence des données. Ces moyens permettront la cohérence entre tous les logiciels concernant le patient, donc plus particulièrement entre le logiciel administratif et le dossier médical ainsi qu'entre le logiciel médical et celui de la pharmacie

Le soumissionnaire devra également s'engager à corriger sous 24 heures un bug signalé par l'établissement pouvant induire une dégradation de la qualité des soins pour le patient ou pour l'organisation des équipes soignantes en cas de risques important pour le patient. Dans les autres cas, la correction doit intervenir dans le mois suivant.

Le soumissionnaire décrira :

- La méthodologie de tests mis en place pour garantir la fiabilité des nouvelles versions
- Les outils de contrôle permettant à l'établissement de diagnostiquer un problème

En cas d'incident majeur, ce dernier devra s'engager à fournir dans les 3 heures suivant l'appel de l'établissement une solution de contournement,

le bug devant être corrigé dans les 24 heures ou dans le mois suivant comme mentionné précédemment.

L'application doit pouvoir fonctionner 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec un taux de disponibilité annuel de 99,9 %.

Soit un taux d'indisponibilité maximal annuel de 0.1 % soit 8 h non consécutives.

En cas de mise à jour, l'indisponibilité consécutive ne dépassera pas une heure.

En conséquence

- Un mécanisme de coupure de transaction après une période de non utilisation paramétrable devra pouvoir être implémenté avec sauvegarde du contexte, reprise après nouvelle authentification et restauration du contexte
- Le soumissionnaire indiquera comment consulter les traces, leur mode de gestion (épuration, consolidation)
- Il décrira les procédures de sauvegarde, de restauration, ainsi que leur automatisation et de restauration et décrira s'il existe des contraintes matérielles et logicielles relatives à la mise en œuvre de ces procédures
- Il donnera une méthode de reprise d'activité en cas de sinistre. L'objectif étant d'avoir la possibilité de redémarrer dans un délai inférieur à 3 heures depuis le site de secours dans le cas d'un sinistre global

### 7.6.5. Exigences de robustesse et tolérance aux pannes

En cas de panne majeure, **le système doit disposer d'une procédure** dégradée conformément aux exigences du Programme Hôpital Numérique.

Le soumissionnaire décrira les fonctionnalités fonctionnant en mode dégradé :

- Déport de fonctions minimales sur un PC.
- Possibilité d'édition des prescriptions et du plan de soins sur un PC déporté.
- Edition d'étiquettes.
- …

Le soumissionnaire décrira en détail les procédures de secours et de gestion en mode dégradé, à savoir :

- Les procédures de restauration des données.

- Les modalités de retour à l'état antérieur pour certains types de transactions.
- La méthodologie d'arrêt d'urgence.
- La méthodologie de reprise après incident.
- La méthodologie de vérification de l'intégrité de l'application.
- La méthodologie de vérification de l'intégrité des données.

En cas de **mise à jour, d'intervention ou de prédiction d'incident sur le** serveur hôte sous-jacent, la solution doit être compatible avec les **opérations de changement d'hôte «** à chaud ».

Dans le cadre de l'hébergement de la solution sur les hyperviseurs XEN de la fondation, le soumissionnaire doit certifier que sa solution peut basculer en production entre serveurs hôtes, sans impact sur la pérennité des données. Il communiquera la procédure à respecter pour ce faire.

### 7.6.6. Exigences de dimensionnement et performances

**Le nombre d'**utilisateurs prévus **est d'environ** 600 dont 250 connexions instantanées prévisibles.

Au regard de cette volumétrie, les performances de l'application doivent être conformes à l'état de l'art (rapidité d'exécution et temps de latence).

Le soumissionnaire indiquera le dimensionnement préconisé et la méthode de calcul.

Le dimensionnemen**t fourni par le soumissionnaire l'engage formellement** quant aux performances du système complet en production quelle que soit **la méthode d'hébergement interne ou externe**.

### 7.6.7. **Exigences d'adaptabilité et d'extensibilité liées à** la volumétrie

Un accroissement de 5% par an du nombre de postes utilisés doit être pris en compte par le fournisseur.

### 7.6.8. Exigences de pérennité

#### 7.6.8.1. Engagement de maintenance

Le soumissionnaire s'engage formellement à maintenir l'application proposée pendant une durée de 10 ans minimum après le démarrage effectif de l'application au sein de la Fondation.

#### 7.6.8.2. Dépôt des codes sources

Le fournisseur déposera ses programmes sources à l'APP (Agence pour le Protection des Programmes) ou auprès d'un organisme équivalent accrédité pour la protection des programmes.

Il précisera par quels moyens et avec quelle périodicité ses dépôts sont actualisés auprès de cet organisme.

## 7.7. Exigences réglementaires d'interopérabilité

### 7.7.1. **Exigences d'interopérabilité**

La non-interopérabilité réglementaire des fournitures est une condition éliminatoire.

De fait le soumissionnaire doit :

- **Respecter le cadre d'interopérabilité CISI**
- Etre DMP-compatible.
- Etre DP compatible.
- Etre INS compatible.
- **Intégrer les contraintes d'identitovigilance**, plus particulièrement dans le cadre du RNIV qui sera rendu opposable à terme.

Il doit également avoir la certification HAS des LAP ou démontrer en **s'engageant par écrit que la fourniture proposée est en passe de l'être (au** plus tard le 31 décembre 2018).

Tous les formats et standards **publiés par l'ASIP** Santé et nécessaires au bon fonctionnement de la solution doivent être respectés.

Au 1er janvier 2021, **l'Identifiant National de Santé** (INS) sera obligatoire pour le référencement des données de santé. Bien que MEDSPHERE demeure le logiciel maître **d'identité du système d'information de santé de** la Fondation, le soumissionnaire ne pourra se soustraire à cette obligation de conformité au sein de sa fourniture. Il devra par conséquent fournir à **l'appui de son dossier** :

- La preuve de la certification INS de sa solution par le centre national de dépôt et d'agrément (CNDA).
- Le synoptique détaillé d'interopérabilité avec MEDSPHERE. Tout besoin d'études complémentaires devra être quantifié en termes de temps et

de coûts afférents. Un rétroplanning détaillé (phases d'audit, de développement, de recette) sera intégré à la réponse.

Le soumissionnaire pourra se rapporter utilement au guide **d'implémentation diffusé par l'**Agence Nationale du Santé Numérique (https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/INS_Guide%20implementation_V1_0.pdf) pour la description des règles de gestion **et la mise en production de l'INS s'appliquant aux éditeurs** de logiciels.

En appui de ce processus, le ministère des solidarités et de la santé met à disposition le **référentiel national d'**identitovigilance (RNIV), qui contiendra à terme le corpus de règles et préconisations **s'appliquant aux** établissements de sa**nté en matière d'identitovigilance.**

**Ce référentiel opposable à échéance doit être d'ores et dé**jà appréhendé par le soumissionnaire, notamment dans sa composante INS (cf. annexes 12 et 13) et la solution proposée devra satisfaire aux critères de gestion de **l'**identitovigilance en vigueur au moment de la réponse.

#### 7.7.1.1. Intégration grâce aux demi-interfaces entre progiciels proposés

Le soumissionnaire décrira les connecteurs ou interfaces à mettre en place entre ces progiciels tant sous l'angle technique (en particulier, la norme utilisée) que sous l'angle fonctionnel :

- Lorsque des standards sont mis en œuvre, le soumissionnaire indiquera précisément les standards utilisés.
- Lorsqu'il n'existe pas de standard, le soumissionnaire indiquera les mécanismes utilisés.

Il précisera si ces interfaces sont déjà opérationnelles dans la configuration exacte demandée par l'établissement de santé et si tel est le cas fournira la liste des établissements Hospitaliers où ces interfaces sont implantées.

#### 7.7.1.2. Développement des demi-interfaces avec progiciels existants

**Exigences génériques d'interfaçage**

Les exigences générales d'interopérabilité avec les progiciels de l'établissement sont, par ordre de priorité décroissante, les suivantes :

1° Des mécanismes conformes IHE, incluant les extensions nationales d'IHE France, dans leur version la plus récente de leur déclinaison française publiée par le représentant français d'IHE.

2° Les standards préconisés par la profession dans leur version la plus récente.

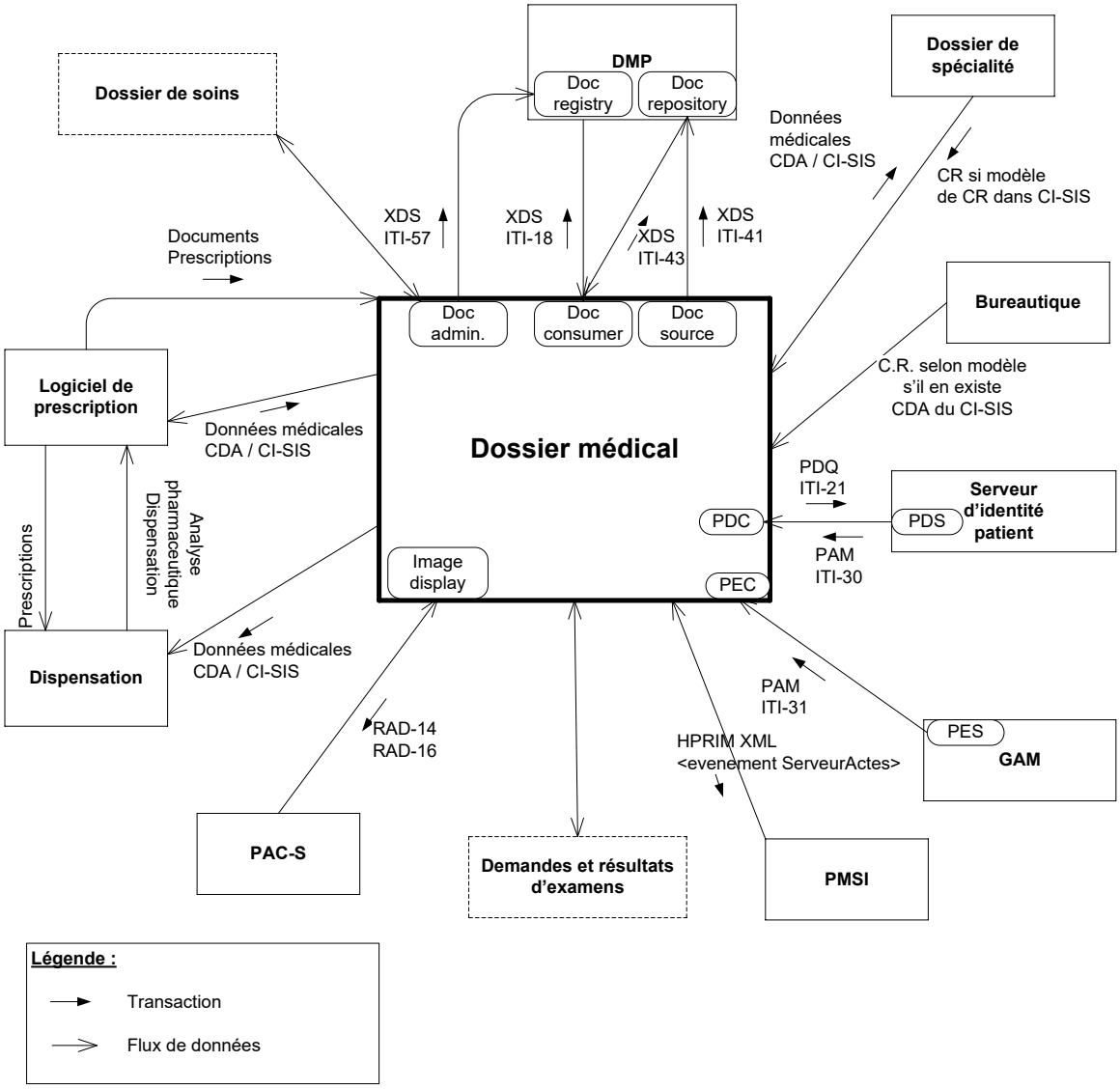
3° Des mécanismes non standard, proposés par le soumissionnaire. Dans ce dernier cas, le soumissionnaire indiquera les standards utilisés, les mécanismes utilisés, le format des messages utilisés et la sémantique retenue.

Le soumissionnaire spécifiera les mécanismes qui seront mis en œuvre pour permettre à l'utilisateur d'accéder à des informations spécifiques du dossier patient, notamment :

- Pour la récupération des données médicales (antécédents, allergies).
- Pour la récupération des documents médicaux.

Schém**a synoptique d'interopérabilité:**

ASIP Santé (FM) 09/11/2011




Les profils et acteurs à utiliser avec chaque logiciel sont décrits dans le tableau suivant pour chacun des établissements :

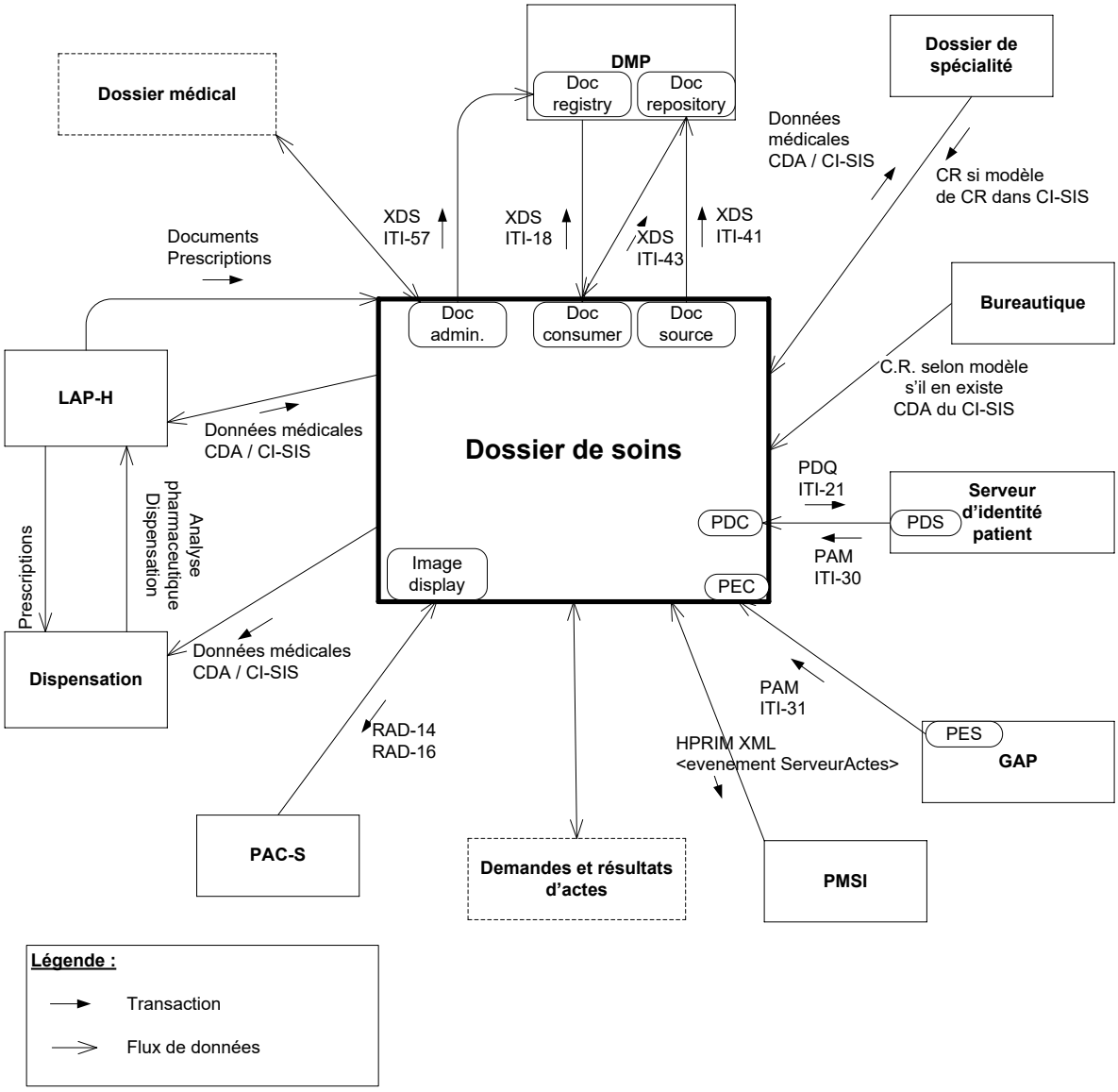
| Type de flux | Système | Acteur du système | Profil | Acteur du dossier médical |
|---|---|---|---|---|
| Mouvement | GAM | PES | PAM | PEC |
| Identités | GAM ou serveur d'identités | PDS | PAM | PDC |
| | | PDS | PDQ | PDC |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Document (CR) | Bureautique | *Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.*<br>*Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.* | | |
| Données médicales<br>Document (CR) | Dossier de spécialités | *Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.*<br>*Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.* | | |
| Données médicales et documents (C.R.) | Dossier de soins paramédical | *Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.*<br>*Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.* | | |
| Demandes d'examens, résultats d'examens | Demandes et résultats d'examens | *Les échanges entre les fonctions demandes et résultats d'examens et les autres systèmes sont largement détaillés dans le CDC type correspondant.* | | |
| Alimentation du DMP | DMP | Doc repository | XDS | Doc Source (DS) |
| | DMP | Doc registry | XDS | Doc Administrator (DA) |
| Consultation du DMP | DMP | Doc repository | XDS | Doc Consumer (DC) |
| | DMP | Doc registry | XDS | Doc Consumer (DC) |
| Création du DMP | DMP | *La création du DMP ne s'appuie sur aucun profil IHE, cependant dans le cadre d'interopérabilité (CI-SIS) est défini un flux normalisé pour la création du DMP.* | | |
| Prescription<br>Données médicales | Logiciels de prescription | *Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.*<br>*Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.* | | |
| Données médicales | Dispensation | *Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.* | | |
| Images (Visualisation des images + objets associés) | PACS<br>(système d'archivage des images) | - | - | Image Display |
| Actes réalisés, diagnostics | PMSI | - | HPRIM-XML | - |

*Le logiciel sera capable de renvoyer les actes de consultations vers medsphère, paramétrable par site.*

**Schéma synoptique d'interopérabilité du dossier de soins**

ASIP Santé (FM) 09/11/2011




Les profils et acteurs à utiliser avec chaque logiciel sont décrits dans le tableau suivant :

| Type de flux | Système | Acteur du système | Profil | Acteur du dossier médical |
|---|---|---|---|---|
| Mouvement | GAP | PES | PAM | PEC |
| Identités | GAP ou serveur d'identités | PDS | PAM | PDC |
| | | PDS | PDQ | PDC |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Document (CR) | Bureautique | *Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.*<br>*Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.* | | |
| Données médicales<br>Document (CR) | Dossiers de spécialité | *Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.*<br>*Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.* | | |
| Données paramédicales et documents (C.R.) | Dossier médicale | *Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.*<br>*Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.* | | |
| Demandes d'actes, résultats d'actes | Demandes et résultats d'actes | *Les échanges entre les fonctions demandes et résultats d'actes et les autres systèmes sont largement détaillés dans le CDC type correspondant.* | | |
| Alimentation du DMP | DMP | Doc repository | XDS | Doc Source (DS) |
| | DMP | Doc registry | XDS | Doc Administrator (DA) |
| Consultation du DMP | DMP | Doc repository | XDS | Doc Consumer (DC) |
| | DMP | Doc registry | XDS | Doc Consumer (DC) |
| Création du DMP | DMP | *La création du DMP ne s'appuie sur aucun profil IHE, cependant dans le cadre d'interopérabilité (CI-SIS) est défini un flux normalisé pour la création du DMP.* | | |
| Prescription<br>Données médicales | Logiciels de prescription | *Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.*<br>*Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.* | | |
| Données médicales | Dispensation | *Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.* | | |
| Images (Visualisation des images + objets associés) | PACS<br>(système d'archivage des images) | - | - | Image Display |
| Actes réalisés, diagnostics | PMSI | - | HPRIM-XML | - |

### Exigences génériques d'interfaçage

ASIP (F.M.) 20/07/2011

Les exigences générales d'interopérabilité avec les progiciels de l'établissement sont, par ordre de priorité décroissante, les suivantes :

1. des mécanismes conformes IHE, incluant les extensions nationales d'IHE France, dans leur version la plus récente de leur déclinaison française publiée par le représentant français d'IHE.

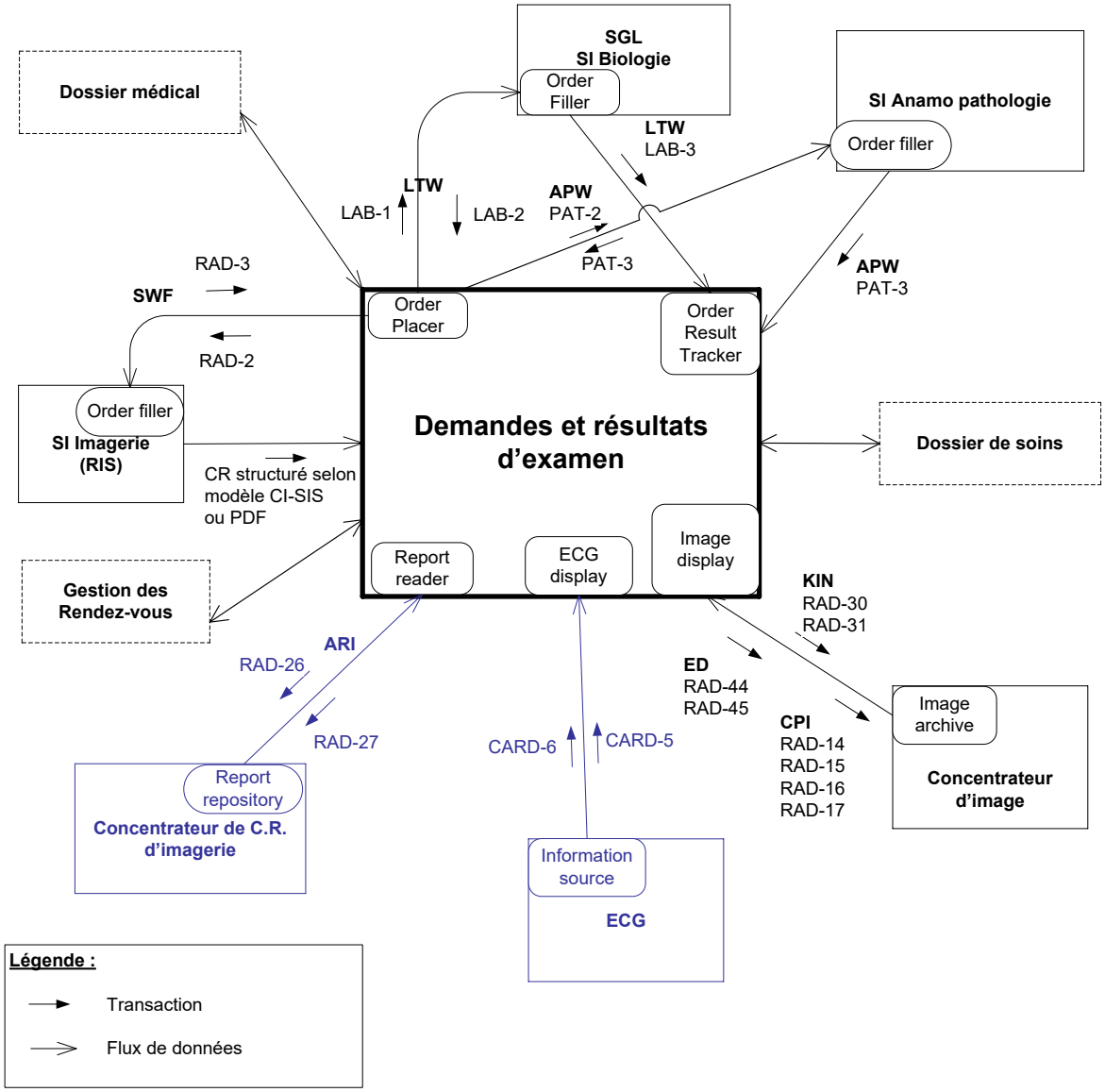
2. les standards préconisés par la profession dans leur version la plus récente.

3. des mécanismes non standard, proposés par le soumissionnaire. Dans ce dernier cas, le soumissionnaire indiquera les standards utilisés, les mécanismes utilisés, le format des messages utilisés et la sémantique retenue.

Le soumissionnaire spécifiera les mécanismes qui seront mis en œuvre pour permettre à l'utilisateur d'accéder à des informations spécifiques, notamment avec les logiciels de biologie (SGL), d'anatomo-pathologie et d'imagerie, pour la récupération des résultats d'examen(s).

**Schéma synoptique type d'interopérabilité des demandes et résultats d'examens**

ASIP Santé (FM) 09/11/2011

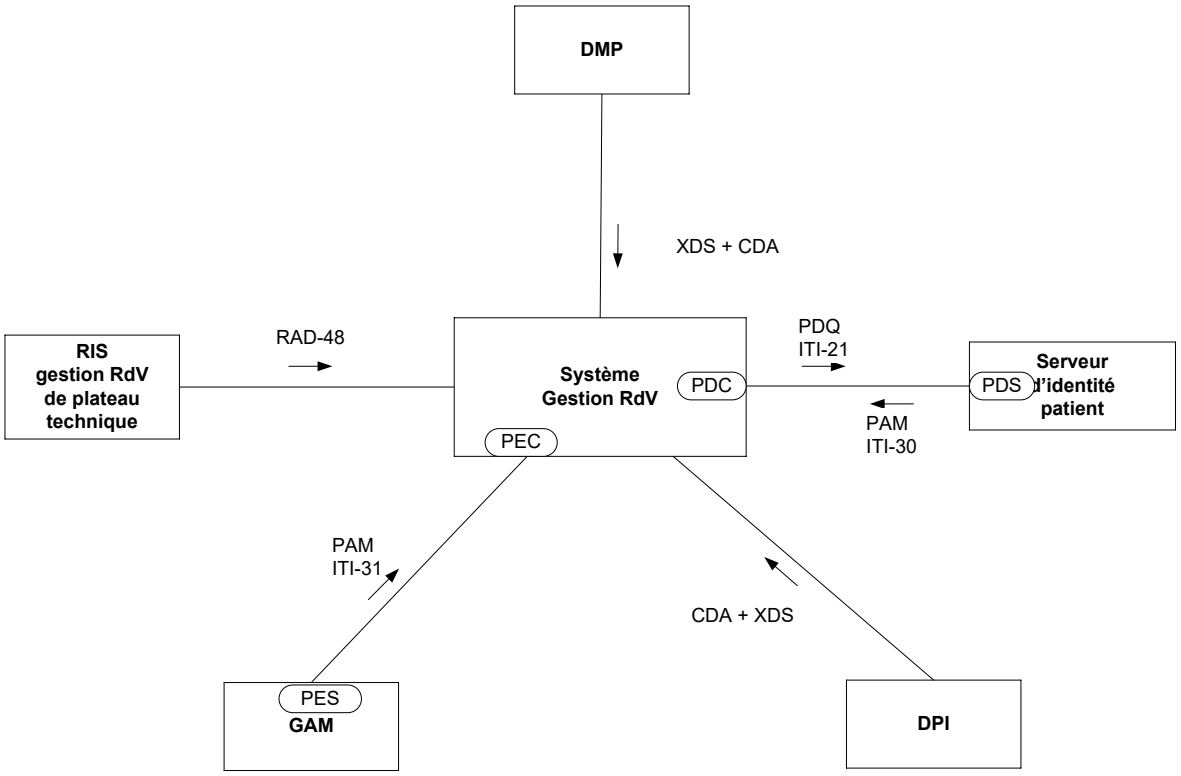


Les profils et acteurs à utiliser avec chaque logiciel de L'Elan retrouvé sont décrits dans le tableau suivant :

| Type de flux | Système | Acteur du système | Profil | Acteur des demandes et résultats d'examen(s) |
|---|---|---|---|---|
| Envoi des résultats d'examens biologiques | SI biologie (SGL) | Order Filler | LTW | Order Result Tracker |
| Envoi des résultats d'examens d' électrocardiogramme (ECG) | ECG | Information source | ECG | ECG Display |
| Envoi des images | SI de communication d'image (concentrateur d'images) | Image Archive | KIN | Image display |
| Envoi de texte accompagnant les images | | Image Archive | CPI | Image display |
| Envoi des traces, preuves, mesure accompagnant les images | | Image Archive | ED | Image display |
| DPI | Données Patient | *Cf modèles publiés par l'ANAP (voir modèles précédents).* | | |
| Demandes de rendez-vous | Gestion des rendez-vous | *Cf modèles publiés par l'ANAP.* | | |

**Schéma synoptique d'interopérabilité de la gestion des rendez**-vous

ASIP (François Macary) 20/07/2011




Les profils et acteurs à utiliser avec chaque logiciel de la Fondation de L'Elan Retrouvé sont décrits dans le tableau suivant :

| Logiciel | Profil | Acteurs | Remarque |
|---|---|---|---|
| Rendez-vous distinct de GAM<br>Serveur d'identité | PAM | PDC<br>PEC | |
| Idem | PDQ | PDC | |
| | SWF ITI-48 | Order placer | *Dans le cas où le logiciel du plateau technique dispos d'un module rendez-vous* |
| | XDS.b | Document consumer | Si consultation du DMP ou consultation du DPI local offrant cette interface |

Interface avec le système de gestion administrative du patient pour les données **d'identité.**

ASIP (FM) 20/07/2011

Le système doit mettre en œuvre les acteurs « Patient Demographics Consumer » (PCD) et « Patient Encounter Consumer » (PEC) du profil IHE PAM.

Le soumissionnaire décrira comment il envisage la communication d'identité et quelles en sont les limitations.

**Interface avec le logiciel de demande d'actes**

Le système doit mettre en œuvre le profil IHE PAM dans son extension française.

Interface avec le DMP

Le système doit mettre en œuvre le profil IHE XDS.

Compatibilité :

Dans le cadre de la compatibilité avec les hyperviseurs XEN, l'éditeur devra certifier que la solution est basculante en production entre les serveurs hôtes, sans impact sur la pérennité des données ou la procédure à respecter pour se faire, autre que l'arrêt de la machine virtuelle.

Interface avec le système de gestion administrative du patient pour les données **d'identité et de** mouvements.

ASIP santé (FM) 09/11/2011

Le système doit mettre en œuvre les acteurs « Patient Demographics Consumer » (PCD) et « Patient Encounter Consumer » (PEC) des profils IHE PAM et PDQ.

Le système doit mettre en œuvre les acteurs « Patient Encounter Supplier » (PES) et « Patient Encounter Consumer » (PEC) du profil IHE PAM.

Le soumissionnaire décrira comment il envisage la communication d'identité et quelles en sont les limitations.

Interface avec le logiciel de prescription et de dispensation

Le soumissionnaire décrira comment il envisage la communication d'identité et quelles en sont les limitations.

Interface avec le DMP

Le système doit permettre de gérer à la fois l'import de documents contenus dans le DMP (antécédents, résumé des épisodes précédents) et son alimentation (compléments avec l'épisode en cours). Ces actions nécessitent l'utilisation de la carte CPS.

PMSI/RIM-P

L'enregistrement dans le PMSI/RIM-P des actes réalisés et les diagnostics posés se conforment aux standard XPRM XML.

Interface avec les autres volets du Dossier Patient

le partage de documents et de métadonnées associées se conformera aux standards du CI-SIS de l'ASIP Santé (standard CDA).

Interface avec les demandes et résultats d'examens

Interface avec le répertoire français dans le cadre de la sérialisation

Chaque établissement de santé devra s'équiper pour permettre d'assurer les opérations de vérification et désactivation des identifiants uniques. Cela nécessitera de mettre en place des solutions informatiques ou de faire évoluer les solutions informatiques existantes en se rapprochant des éditeurs de logiciel pour permettre d'interroger le répertoire national.

Les éditeurs de logiciel jouent en effet un rôle important dans l'adaptation, le test et le déploiement des systèmes qui sont utilisés dans la chaîne de distribution des médicaments. Les solutions techniques pour répondre aux enjeux doivent être entièrement opérationnelles en février 2019 de sorte que les PUI puissent délivrer les médicaments aux patients conformément aux dispositions réglementaires.

Pour permettre le déploiement, il est nécessaire pour les établissements de santé avec l'appui de l'éditeur de logiciel choisi de préparer en amont les cycles de test avec le répertoire national et éventuellement les phases de correctif si nécessaire.

La connexion au répertoire national : solution à adapter ou solution autonome

Les établissements de santé sont dans l'obligation de créer une connexion au répertoire national via leur système d'information. Cette interface leur permettra de communiquer avec le système national de vérification des médicaments. Une hotline technique du NMVS sera mise à disposition par France MVO. Les références de la hotline sont disponibles sur le site de France MVO (https://www.france-mvo.fr)

Pour permettre d'interroger le répertoire national, il s'agira pour les établissements de santé soit d'adapter le système d'information ou mettre en œuvre une solution technique autonome.

**L'enregistrement des éditeurs de logiciel**

Toutes les solutions informatiques prévues pour répondre aux exigences du règlement délégué doivent s'enregistrer sur le portail des fournisseurs de logiciel : "*NMVS Sofware Supplier Portal*" situé sur le site de France MVO.

De la même façon, si l'établissement de santé a choisi de développer sa propre solution, il est nécessaire qu'il puisse s'identifier sur le portail réservé à cet effet.

Une aide technique disponible pour les éditeurs de logiciel

Pour accompagner les fournisseurs de solutions informatiques, un portail est disponible : le NMVS Software Supplier Portal. Ce Portail, développé par le fournisseur du NMVS, la société « Arvato » fournit aux éditeurs de logiciels équipant les PUI un guide et la documentation expliquant étape par étape comment se connecter au répertoire national ; de l'information avec les spécifications techniques, des fichiers d'exemple et des interfaces d'implémentation pour développer correctement la solution ; un environnement de recette pour tester le système de bout en bout avant le déploiement ; des mises à jour et des actualités d'Arvato.

Les détails de la spécification technique peuvent être trouvés ici :

https: www.emvo-medicines.euwp-contentuploads201609EMVS-URS-Lite.pdf

Les exigences attendues de la solution informatique

L'interface logicielle choisie devra donc permettre notamment :

- la détection de médicaments falsifiés, expirés ou rappelés ;
- l'entrée manuelle de l'identifiant unique, pour des circonstances exceptionnelles telles que la détérioration du Data Matrix ;
- l'annulation de la désactivation dans les 10 jours autorisés ;
- le choix d'utiliser ou non la lecture d'un code consolidé ;
- la connexion de plusieurs scanners ou terminaux ainsi que tous dispositifs de lectures ;
- la gestion simultanément de plusieurs demandes de vérification ;
- la vérification automatisée de la date d'expiration…

La continuité du processus de vérification

La solution informatique doit disposer d'une fonction hors ligne pour permettre d'assurer la continuité d'approvisionnement des médicaments lors de coupures éventuelles. En effet, le système doit pouvoir fonctionner en mode dégradé, c'est-à-dire en autonomie lors des coupures de réseau et/ou de courant électrique. Les problèmes de connexion sont à prendre en compte dans la mise en œuvre du processus.

En effet, le règlement spécifie (article 29) que lorsque des problèmes techniques empêchent la vérification et la désactivation, ces opérations doivent avoir lieu dans les plus brefs délais, dès que les problèmes techniques sont résolus.

Le temps de réponse lors des étapes de vérification

L'établissement de soins devra s'assurer que sa connexion haut débit est appropriée en termes de vitesse, de capacité et de latence.

### 7.7.2. Les prérequis du programme Hôpital Numérique et programme Hop'PEN

Les prérequis Hôpital Numérique & HOP'EN doivent être mis en application par la fourniture. C'est un critère de réception majeur de la fourniture.

Les documents de référence du programme Hôpital Numérique sont les suivants :

- CP_DGOS_Programme_Hopital_numerique_-_Politique_nationale_relative_aux_SIH_-_mai_2012
- DGOS_HN_Feuille de route_1811_V0.6
- DGOS_Guide_d_indicateurs_Programme_Hopital_Numerique_-_avril_2012
- Guide_accompagnement_ES_HN_20120223-2
- Hopital_numerique_-_Synthese_des_indicateurs-2
- Guide_CPOM_2012
- DGOS HOPEN GUIDE DES INDICATEURS DES PREREQUIS DU SOCLE COMMUN
- Ministère des Solidarités et de la Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopen et plus particulièrement la Matrice d'applicabilité des indicateurs - juillet 2019

### 7.7.3. Exigences d'installation, de mise en exploitation et de généralisation

Le système doit pouvoir être installé sans formation particulière par un membre du service informatique. L'installation ne doit apporter aucune perturbation de fonctionnement au SIH existant. Toutes les installations feront l'objet d'une installation en mode test dans un environnement dédié et ne seront déployées qu'après validation par les utilisateurs. Une procédure d'installation détaillé et précise avec copie d'écran doit être fournie.

### 7.7.4. Exigences concernant la livraison des versions

Le soumissionnaire doit s'engager à adapter son système aux évolutions réglementaires et à livrer les versions correspondantes à leur date de mise en application. Il précisera, dans sa réponse, les modalités de mise à disposition des mises à jour et des nouvelles versions du logiciel.

À moins que cela soit imposé par une évolution réglementaire, les nouvelles versions fournies par le soumissionnaire ne régresseront pas sur le plan fonctionnel.

Le soumissionnaire fourni la procédure détaillé et précise pour l'installation des mises à jour, sur la solution de teste d'une part, puis sur la base de production d'autre part, bien préciser les points de contrôle à effectuer avant de passer une mise à jour.

Le soumissionnaire précisera le nombre de versions majeures annuelles, ainsi que le nombre moyen de patches annuel.

Il présentera sa « roadmap » sur les 3 prochaines années.

## 7.8. Exigences de maintenance et de support

### 7.8.1. Exigences de maintenance

Les Etablissements attendent du soumissionnaire une proposition de contrat de maintenance, l'engagement de maintenance étant de 5 ans (modèle à joindre dans la proposition).

Le contrat de maintenance prend effet à l'issue de la période de garantie.

Il recouvre :

- La maintenance corrective (anomalies)
- La maintenance adaptative (évolution imposée par une nouvelle version de logiciels système : un changement d'environnement. Exemple, changement de système d'exploitation ou de Base de données)
- La maintenance évolutive (évolution de la réglementation et évolutions fonctionnelles décidées par un club utilisateur s'il en existe un ou par le soumissionnaire). L'éditeur précisera le périmètre de la maintenance évolutive

Ce contrat doit préciser :

- Le mode d'intervention proposé (prise de contrôle à distance par exemple)
- Les délais d'intervention en cas d'anomalies bloquantes : dont la correction doit intervenir dans les 24 heures
- Les délais d'intervention en cas d'anomalies non bloquantes : dont la correction peut intervenir dans la prochaine version du système

### 7.8.2. **Exigences d'assistance**

Le soumissionnaire proposera un contrat d'assistance. Le contrat d'assistance de base concerne les jours ouvrables.

Si le soumissionnaire pourra proposer un contrat de type "7 jours/7, 24h/24", il précisera si ce contrat recouvre

- L'assistance technique
- L'assistance utilisateurs
- D'autres formes d'assistance

### 7.8.3. **Exigences d'adaptabilité**

La solution proposée doit pouvoir être opérationnelle dans plusieurs environnements techniques, afin de permettre aux Etablissements de migrer, si nécessaire, d'un environnement à un autre.

Le soumissionnaire décrira les différents environnements techniques possibles.

La solution devra suivre les évolutions technologiques, en terme notamment

- De systèmes d'exploitation « serveurs »
- De versions de base de données
- De navigateurs
- De normes d'interopérabilité
- D'outils bureautiques

## 7.9. Exigences de sécurité

Le système sera conforme aux exigences de la CNIL et du RGPD.

### 7.9.1. Exi**gences d'accès au système**

L'accès au système doit se faire au moyen d'un mécanisme conforme aux recommandations de l'ASIP Santé en matière d'accès au système par carte CPS.

Le système intègre les règles définissant la qualité des mots de passe et met en œuvre les moyens techniques permettant de contrôler l'application de ces règles :

- Longueur minimale du mot de passe (8 caractères par exemple.
- Pas de répétition consécutive d'un même caractère ou groupe de caractère.
- Utilisation à la fois des chiffres et des lettres.
- Utilisation à la fois des lettres minuscules et majuscules.

- Le système doit intégrer les règles et procédures relatives à la gestion des comptes utilisateurs et des mots de passe en vigueur au sein de l'établissement.

Le soumissionnaire précisera sous quelles conditions le système proposé pourra s'intégrer à une solution d'authentification unique (SSO) en relation avec l'annuaire Active directory de l'établissement.

La solution doit permettre des délégations d'administration pour autoriser le déblocage de compte ou la réinitialisation de mots de passe, par exemple, sans avoir accès aux données médicales.

Il faudrait également pouvoir bénéficier d'un compte test permettant de se connecter à l'application comme tout utilisateur afin de vérifier la disponibilité des modules, mais sans voir le contenu des dossiers.

### 7.9.2. **Exigences d'intégrité**

#### 7.9.2.1. Non altération des données saisies

Le système doit permettre de vérifier la non altération des données, et en particulier la conformité des données reçues à celles émises.

#### 7.9.2.2. Sauvegardes des données

Le soumissionnaire décrira les modalités de sauvegardes de données, et les outils proposés.

Les sauvegardes devront pouvoir s'opérer sans arrêt de l'exploitation.

#### 7.9.2.3. Archivage des données

Le système cible doit inclure une gestion complète de l'archivage des données, avec possibilité de consulter ces archives et de récupérer les données archivées si nécessaire.

## 7.10. Exigences de confidentialité

La réglementation établit que le dossier médical tenu en établissement de santé est un dossier commun à l'ensemble des professionnels de l'établissement qui participent à la prise en charge d'un patient. Il regroupe et formalise sur un même support l'ensemble des éléments se rapportant

au patient. Chaque professionnel est astreint au secret attaché aux informations dont il a eu ou pu prendre connaissance.

Chaque professionnel intervenant dans la prise en charge du patient complétera ainsi le dossier.

Dès lors qu'une personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe (Article L 1110-4 alinéa 3).

Le système doit permettre de créer des profils utilisateurs ayant des droits d'accès limités, en fonction :

- De leur profil-métier (ou code profession CPS).
- De leur service (ou unité) de rattachement.
- Du service (ou unité) dans lequel le patient est pris en charge.
  De l'autorisation ou non du patient. Le système devra permettre une confidentialité stricte à la demande du patient s'il ne souhaite confier son état de santé qu'a un ou plusieurs professionnels désignés.

Dans le cadre des Systèmes d'Information de Santé, l'ASIP Santé a défini une matrice d'habilitations des professionnels de santé définissant les conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline. Ce document introduit, par exemple, une différence entre les droits d'accès à un compte-rendu d'imagerie médicale et ceux aux images elles-mêmes.

Le système doit proposer les fonctions de bris de glace et de prise en charge temporaire permettant l'accès exceptionnel pour la prise en charge d'un patient donné.

Le soumissionnaire précisera si sa solution répond aux critères définis par l'ASIP Santé et à minima décrira le niveau le plus fin d'habilitation géré par sa solution.

### 7.10.1. **Exigences d'auditabilité**

#### 7.10.1.1. **Piste d'audit**

Chaque accès à un dossier patient est tracé de manière indélébile.

Les traces enregistrées dans les journaux d'audit de sécurité du système doivent comprendre au minimum

- L'identifiant des utilisateurs
- Les dates et heures d'ouvertures de sessions
- La date et l'heure de l'événement
- L'identification du terminal utilisé lorsque c'est possible

- Les références aux traitements réalisés
- La description de l'opération ou de l'événement journalisé.

Ces traces devront être accessibles sur 1 an glissant ou respecter toutes nouvelles réglementations. Le soumissionnaire décrira les besoins en matériel complémentaire et l'espace disque nécessaire.

#### 7.10.2. **Exigences d'immunité**

Le soumissionnaire précisera les actions prises par le système pour se protéger lui-même des infections des programmes non autorisés ou indésirables.

### 7.11. Exigences culturelles et politiques

#### 7.11.1. Exigences culturelles

La version de l'application proposée doit être intégralement en langue française même si le système est d'une origine étrangère. Aucun mot ou texte de la langue d'origine (si ce n'est pas le français) ne doit être visible par un utilisateur de la solution, plus particulièrement les éventuels messages d'erreur générés automatiquement par l'outil de développement.

La documentation doit être rédigée en langue française.

#### 7.11.2. Exigences politiques

Tous les échanges de documents avec le système s'effectueront dans un format ouvert et non propriétaire selon les normes et standards publiés par **l'ASIP Santé.**

Le soumissionnaire autorise les établissements à accéder au système et aux données (pour tous les traitements jugés utiles, comme la production de statistiques, **les contrôles de cohérence, l'extraction de données pour** des traitements particuliers) **dès lors qu'aucune modification technique ne** sera réalisée, empêchant le fonctionnement du logiciel dans les conditions prévues. A ce titre le soumissionnaire fournira de façon confidentielle son modèle de données. Une clause de confidentialité pourra être signée sur demande du fournisseur à la notification du marché.

## 7.12. Évolutions probables du projet et de l'environnement

Du fait des évolutions réglementaires en cours, les règles d'accès aux informations médicales propres à la Fondation de L'Elan Retrouvé pourront changer entre la publication du présent cahier des charges et l'installation du système. Ces évolutions seront prises en compte par le soumissionnaire sans surcoût.

## 7.13. Progiciels sur étagère ou composants commerciaux

Le soumissionnaire fera la liste des progiciels acquis chez un fournisseur tiers et qu'il intégrera à sa solution.

Il est demandé aux soumissionnaires de décrire :

- L'architecture générale de la solution proposée.
- Le ou les système(s) d'exploitation possible(s) en précisant les versions. Leur coût d'installation et de licence.
- Le ou les type(s) de base de données utilisables avec la version correspondante. Leur coût d'installation et de licence.
- Les outils techniques utilisés par le système ou nécessaires pour assurer sa maintenance. Leur coût d'installation et de licence.
- Les outils permettant l'installation à distance de la solution.
- Les outils permettant le transfert du paramétrage d'un environnement à un autre.

## 7.14. Planning de mise en œuvre du projet

Le soumissionnaire précisera le planning proposé ainsi que les jalons et livrables, dans le respect des contraintes exprimées.

Le soumissionnaire assure la conduite du projet pour la partie maîtrise d'œuvre. Il gère son équipe et ses ressources et s'engage à mettre en adéquation les ressources avec la charge de travail identifiée. Il s'engage sur les dates de démarrage des étapes et les dates de livraison et gère le planning et les ressources en conséquence.

Il analyse les incidents et propose les mesures correctives nécessaires.

La Fondation de L'Elan Retrouvé fournira un PAQ (Plan d'Action Qualité). Ce document précisera obligatoirement les procédures de validation et de recette applicables pendant toute la durée du projet.

Dans le cas où plusieurs prestataires répondraient de façon groupée, il est attendu que ceux-ci détaillent impérativement leur mode de fonctionnement, en termes de :

- Gestion de projet ;
- Travaux de conception, de réalisation, d'intégration.

Il présentera dans sa réponse sa méthodologie de conduite de projet.

## 7.15. Migration vers le nouveau produit

### 7.15.1. Exigences de migration

**L'offre du soumissionnaire doit intégrer la reprise de données.**

L'ensemble des données nécessaires au bon fonctionnement du nouveau dossier patient informatisé devra être récupéré à partir des systèmes existants.

La migration devra s'inscrire dans le calendrier de mise en œuvre de l'ensemble des opérations.

Le soumissionnaire pourra proposer :

- Soit une reprise de données à partir de fichiers à plat réalisés par l'établissement (solution de base). Dans ce cas le soumissionnaire devra fournir le format exact attendu.
- Soit une prise en charge complète de l'opération de reprise de données (variante). Le mode opératoire devra être transmis pour approbation au service informatique de la fondation ; les procédures de protection (sauvegardes, contrôles d'intégrité, modes d'accès aux données, ..) devront être détaillées et la non-altération des données sources garantie.
- Le soumissionnaire indiquera le coût de cette variante.

### 7.15.2. Données à migrer

**L'ensemb**le des données patient présentes devra être récupéré à partir des systèmes en service. Une **étude préalable de l'existant** pourra être proposée par le soumissionnaire, qui précisera son déroulement **(notamment les modalités de conduite de l'audit en lien avec le personnel** de la fondation) ainsi que les documents contractuels de recette fournis à **l'issue.** Le coût supplémentaire potentiel de cette étude ainsi que sa durée devront être intégrés **à l'offre.**

## 7.16. Coûts

Le soumissionnaire présentera les coûts détaillés de son offre répartis entre :

- **Coûts d'investissement**
  - Logiciel
  - Matériel

- Coût de fonctionnement
  - Maintenance
  - Autres coûts d'exploitation
  - Coût de formation
  - Coûts d'accompagnement du changement

Si le soumissionnaire, dans le souci de réduire le coût de son offre, souhaite proposer aux établissements de prendre à leur charge une partie des coûts, il l'indiquera dans son offre, en précisant très clairement les éventuels logiciels que devra acheter l'établissement, ainsi que le travail détaillé à effectuer par l'établissement et les dates finales (ou le planning dépendant de ces dates) d'installation de chaque éléments pris en charge par l'établissement.

## 7.17. Exigences de documentation utilisateur et de formation

### 7.17.1. Exigences de documentation utilisateur

Le titulaire fournira la documentation technique, en français, pour chacun des composants logiciels, dont au minimum :

- Les(s) manuel(s) d'utilisation.
- Les manuels d'installation, d'administration et de paramétrage.

La documentation sera fournie sur support informatique sécurisé et en 2 exemplaires papiers.

### 7.17.2. Exigences de formation utilisateur

#### 7.17.2.1. Personnel Informatique

Le titulaire sera en charge de la formation du personnel et proposera un plan de formation adapté (nombre d'heures de formation par profil métier, organisation à mettre en place).

Le soumissionnaire assurera les formations suivantes :

- Présentation architecture technique
- Formation installation serveurs et outils techniques
- Formation exploitation (notamment la gestion des plans de continuité, le module BI pour permettre l'assistance aux usagers lors de la production de requêtes complexes)
- Transfert de compétence installation postes de travail
- Transfert de compétence paramétrage des applications

#### 7.17.2.2. Utilisateurs finaux

Le titulaire du marché sera en charge de la formation du personnel et proposera un plan de formation adapté (nombre d'heures de formation par profil métier, organisation à mettre en place).

Ce plan devra cibler 3 publics distincts, en proposant un contenu adapté à la conduite de leurs missions à l'issue :

- Les administrateurs (DIM, TIM, ..) de la solution qui devront être en capacité d'utiliser les fonctions avancées de la solution (paramétrages divers, requêtes, ..) et de dispenser une formation aux utilisateurs ;
- Les référents métier en capacité de former dans leur domaine d'activité tout nouveau professionnel de santé lors de sa prise de poste (cf. également 8.3.9 ci-dessous) ;
- Les utilisateurs finaux de la solution en proposant un cursus ciblé sur leur profil métier.

Le soumissionnaire pré**cisera dans sa réponse s'il bénéficie du statut d'organisme de formation agréé.**

Le coût de la formation initiale sera intégré au prix du logiciel. Ce plan de formation sera détaillé dans la réponse au présent cahier des charges.

# 8. Le Marché

## 8.1. Documents contractuels

Le marché sera constitué par les documents contractuels énumérés ci-dessous, par ordre de priorité décroissante :

- Le présent cahier des charges avec en annexe la matrice d'exigence fonctionnelle renseignée par le soumissionnaire.
- La réponse du soumissionnaire.
- Un tableau de synthèse de l'offre avec les principaux points tels que comptabilité DMP, l'interface esclave avec le logiciel de gestion administrative, la gestion des actes de groupe patient, la gestion des actes des groupes soignants, l'articulation entre les groupes patients et soignants.
- Le Plan Assurance Qualité.
- Le planning fourni.

## 8.2. Le marché

Le marché s'exécutera à partir d'émission d'ordres de service.

L'ordre de service déclinera précisément

- La désignation de la prestation demandée en référence au marché de base, aux variantes admises et aux options (acquisition de licences, prestations, formation, etc. ...)
- Les quantités
- Le montant total H.T.
- Le taux et le montant de la T.V.A.
- Le montant total T.T.C.
- Les délais de réalisation, conformément au planning détaillé et notamment les dates de MOM, VA, VSR (voir plus loin).

Le planning évoqué ci-dessus est celui figurant dans l'offre du titulaire et repris dans le Plan d'Assurance Qualité.

Le Pouvoir Adjudicateur a toutefois la possibilité de modifier le planning mis dans un ordre de service après concertation avec le titulaire du marché.

## 8.3. Modalités d'exécution de la prestation

### 8.3.1. Calendrier de réalisation

Le délai de mise en place du système doit être indiqué dans la proposition commerciale.

La mise en place s'effectue, le cas échéant, par modules fonctionnels ; le délai indiqué s'entend « installation et mise en ordre de marche effectués ».

Pour les prestations de maintenance les délais maxima d'intervention sont fixés ci-après.

Toutes difficultés concernant les délais doivent être aussitôt signalées au Pouvoir adjudicateur qui est seul habilité à accorder une prolongation de délai de livraison.

Les demandes éventuelles de prolongation de délai d'exécution doivent être adressées au Pouvoir adjudicateur avant l'expiration du délai contractuel.

### 8.3.2. **Lieu d'exécution de la prestation**

Les développements spécifiques (interfaces, …) peuvent être réalisés dans les locaux du titulaire.

Les prestations sont exécutées, d'une manière générale sur les sites concernés de la Fondation de L'Elan Retrouvé.

Les réunions de suivi du projet se déroulent dans les locaux de l'établissement concerné (sauf accord préalable du chef de projet de La fondation).

### 8.3.3. **Réception d'un ordre de service**

D'une manière générale, suite à la réception d'un ordre de service par le titulaire, le soumissionnaire présentera en retour la liste des intervenants avec leur curriculum vitae.

Le titulaire s'engage à maintenir l'équipe proposée pendant toute la durée de chaque ordre de service.

En cas de force majeure, le titulaire pourra proposer le remplacement d'un des membres de l'équipe. La Fondation de L'Elan Retrouvé devra donner son accord formel sur ce remplacement.

### 8.3.4. Déroulement

Le programme fonctionnel décline le besoin fonctionnel et fixe le périmètre technique des prestations.

En outre, à chaque étape du projet devant faire l'objet de décision ou de validation par l'établissement concerné, les dossiers de projet établis par le titulaire seront présentés au Chef de projet qui disposera d'un délai de10 jours ouvrables pour procéder à l'acceptation du dossier ou présenter au titulaire ses observations.

Sur chacune des phases, le titulaire devra préciser ses prérequis en termes d'équipement ou de moyens humains propres à l'établissement concerné.

### 8.3.5. Contrôle et réception des prestations

L'exécution des prestations pourra être contrôlée à tout moment par l'établissement.

En tout état de cause, le suivi de l'avancement du projet fait l'objet de réunions contradictoires qui se déroulent sur le site de la fondation concerné suivant une périodicité fixée à une réunion mensuelle minimum. A la demande des parties et en fonction des besoins, cette périodicité pourra, le cas échéant, être modifiée en cours d'exécution sans qu'il soit besoin d'établir un avenant.

Chaque réunion fera l'objet d'un compte rendu établi par le titulaire dans les 5 jours suivant la tenue de la réunion. Les comptes rendus adressés au Directeur du projet seront approuvés ou feront mention de réserves dans les 5 jours suivant leur réception.

### 8.3.6. Vérification et admission des progiciels (applicatifs et techniques)

Il y a en général une procédure d'admission par ordre de service.

L'admission du système s'effectue en 3 étapes. :

**Installation et mise en ordre de marche de l'application**

Le titulaire informe l'établissement concerné de la date à partir de laquelle il estime que l'application peut, dans sa version définitive, le cas échéant par module fonctionnel, être installée et intégrée au système informatique de l'établissement concerné. La date de début d'installation et de mise en

ordre de marche est alors déterminée d'un commun accord entre les parties au moins quinze jours avant la date envisagée.

L'installation et la mise en ordre de marche sont alors effectuées par le titulaire sur le matériel indiqué par l'établissement concerné. Le titulaire dispose pour réaliser ces opérations d'un délai de 2 semaines à compter de la date de début d'installation.

La mise en ordre de marche (MOM) est constatée par un procès-verbal de mise en ordre de marche prononcé par le Pouvoir Adjudicateur et signé par les 2 parties.

La MOM est prononcée par le Pouvoir Adjudicateur au vu de :

- Installation du système conformément aux spécifications prévues dans le programme fonctionnel
- Fourniture de la documentation fonctionnelle du système et d'une documentation détaillée d'exploitation
- Transfert de compétences de l'équipe informatique réalisé (volet exploitation).

La MOM peut être prononcée sans réserve ou avec réserves.

Les réserves éventuelles doivent être impérativement levées avant prononciation de la Vérification d'Aptitude (VA) (étape suivante).

**Vérification d'aptitude** (VA)

La VA a pour but de constater que l'application livrée présente les caractéristiques techniques qui la rendent apte à remplir les fonctions précisées par le marché et par la documentation du titulaire.

Cette constatation résulte notamment de l'exécution des programmes d'essais réalisés par l'établissement.

La VA est prononcée par le Pouvoir Adjudicateur juste avant la mise en exploitation du système ou d'un ensemble de modules tel que décrit dans l'ordre de service. Pour ce faire, l'ensemble des prestations de conception, développement, paramétrage de l'application et de son environnement, de la fourniture de la documentation ainsi que les formations ont été réalisées.

Après réalisation de tests sur les services pilotes, la Fondation de L'Elan Retrouvé rédige un document dans lequel il précise, pour chaque fonctionnalité indiquée dans le cadre de réponse et incluse dans l'ordre de service si celle-ci est

- Conforme
- Non conforme avec 4 niveaux d'anomalies

- Très grave
- Grave
- Tolérable
- Bénigne.

Trois situations peuvent se présenter :

1° Toutes les fonctionnalités sont conformes :

La VA est positive et prononcée sans réserves.

2° Certaines fonctionnalités ont un statut non conforme avec un niveau d'anomalies grave, tolérable, bénigne

La VA est prononcée avec réserves, toutes les réserves devant être impérativement levées avant la prononciation de la VSR.

3° Il existe une anomalie très grave sur une ou plusieurs fonctionnalités

La VA est négative et le Pouvoir Adjudicateur prend une décision d'ajournement.

La décision d'ajournement de la VA est prise par le Pouvoir adjudicateur après discussion contradictoire d'évaluation entre l'établissement concerné et le Titulaire.

Cette décision est notifiée au titulaire par l'envoi d'un courrier recommandé avec accusé de réception, qui précise les raisons qui ont motivé la décision.

L'établissement concerné fournit un tableau récapitulatif des anomalies constatées et des problèmes devant être résolus avant la nouvelle présentation. La date de la présentation suivante est négociée lors d'une réunion contradictoire. La durée entre la date de notification de l'ajournement et la nouvelle présentation ne peut dépasser 10 jours ouvrables.

Seuls trois ajournements peuvent être prononcés. Si, à la suite du 4ème contrôle, l'application ne donne pas satisfaction, le Pouvoir adjudicateur pourra notifier au Titulaire une décision de rejet des prestations. Le contrat sera dénoncé suivant les conditions du marché.

A la fin de la phase de VA

- Le Titulaire répond au document récapitulatif de l'établissement concerné en signifiant son accord sur les anomalies éventuelles constatées et leur caractère (grave, tolérable, bénigne) et précise le délai de modification.
- Il effectue en tant que de besoin la mise à jour de la documentation qu'il remet à l'établissement concerné.

Vérification de service régulier

La VSR a pour but de constater que l'application livrée est capable d'assurer un service régulier dans les conditions normales d'exploitation sur les services pilotes.

La VSR débute le premier jour ouvré suivant la VA. Sa durée est de 40 jours ouvrables. Cette durée peut être toutefois prolongée en cas d'ajournement comme précisé ci-après.

Deux situations peuvent se présenter :

- La VSR est positive. Un procès-verbal sera établi. Le Pouvoir adjudicateur dispose de 7 jours pour notifier au titulaire sa décision. Un procès-verbal d'admission est rédigé.
- La VSR est négative, le Pouvoir adjudicateur prend une décision d'ajournement.

La décision d'ajournement de la VSR est prise par le Pouvoir adjudicateur après discussion contradictoire d'évaluation entre l'établissement concerné et le Titulaire, par suite à la constatation des éléments suivants :

La durée cumulée des défaillances partielles constatée sur 5 jours ouvrables consécutifs, rendant une partie des fonctions du système inopérante, dépasse 4 heures.

Le système subit une défaillance complète, entraînant l'inaptitude du système à accomplir toutes les fonctions requises.

Cette décision est notifiée au titulaire par l'envoi d'un courrier recommandé avec accusé de réception, qui précise les raisons qui ont motivé la décision.

L'établissement concerné fournit la liste des anomalies constatées et des problèmes devant être résolus avant la nouvelle présentation. La date de la présentation suivante est négociée lors d'une réunion contradictoire. La

durée entre la date de notification de l'ajournement et la nouvelle présentation ne peut dépasser 10 jours ouvrables.

Seules trois ajournements peuvent être prononcés. Si, à la suite du 4ème contrôle, l'application ne donne pas satisfaction, le Pouvoir adjudicateur pourra notifier au Titulaire une décision de rejet des prestations. Le contrat sera dénoncé suivant les conditions du marché.

A la fin de la phase de VSR :

- Le Titulaire fournit un document qui récapitule toutes les anomalies détectées au cours de la VSR, ainsi que la suite donnée à chacune d'entre elles.
- Il effectue en tant que de besoin la mise à jour de la documentation qu'il remet à l'établissement concerné.

Période de garantie :

- La période de garantie commence à l'admission (signature du PV d'admission après la VSR). Elle est de 1 an.
- A l'issue de la période de garantie, il y a application du contrat de maintenance.

### 8.3.7. Vérification et admission des interfaces

Spécifications

Le titulaire réalise les spécifications fonctionnelles.

L'établissement concerné validera formellement les spécifications.

Au vu du procès-verbal, le titulaire pourra effectuer le développement spécifique (le cas échéant).

**Vérification d'aptitude**

La vérification d'aptitude est conforme dans son principe à celle évoquée précédemment pour l'offre progicielle.

Elle intervient d'une manière concomitante avec la VA du système associé.

Vérification de service régulier

La vérification de service régulier est conforme dans son principe à celle évoquée précédemment pour l'offre progicielle.

Elle intervient d'une manière concomitante avec la VSR du système.

La période de garantie

Débute à l'admission (VSR positive) ; elle est de 1 an.

Au-delà de la période de garantie

Il y a application du contrat de maintenance.

### 8.3.8. Prestations

Pour chaque ordre de service, le titulaire effectue d'une manière mensuelle, un relevé des prestations effectuées.

A la suite de la vérification des prestations effectuées, le Pouvoir adjudicateur prononcera la réception, l'ajournement, la réception avec réfaction ou le rejet des prestations.

### 8.3.9. Formation du groupe projet et référents

Ces prestations se déroulent préalablement à la phase de vérification d'aptitude.

La formation est dispensée dans les locaux de l'établissement concerné.

Lors de chaque formation, le formateur fait remplir par les participants une fiche de présence.

A l'issue de la formation, chaque participant remplit une fiche d'évaluation.

### 8.3.10. Maintenance et support technique (progiciels)

La maintenance est assurée, dans les conditions définies ci-après dès la prononciation de la VA (positive).

La maintenance recouvre la maintenance corrective, adaptative et évolutive.

Le Titulaire s'engage à assurer la maintenance de l'application pendant une durée minimale de 10 ans à compter de l'admission. Le marché de maintenance est renouvelable par reconduction expresse formulée par le Pouvoir adjudicateur par lettre recommandée avec AR 3 mois avant l'échéance annuelle.

Dans le cadre d'une application développée sur la base de modules fonctionnels faisant chacun l'objet de décision d'admission propre, la

durée de 5 ans s'entend à compter de la décision d'admission du dernier module.

La maintenance couvre la correction de toutes les anomalies de fonctionnement (tels les bogues ou les dysfonctionnements) qui pourraient être détectées dans les programmes composant le logiciel, et la reconstitution des fichiers endommagés en raison de l'anomalie. Elle couvre également les évolutions réglementaires et toutes évolutions fonctionnelles décidées soit par le Titulaire soit sur proposition du Club utilisateurs.

Lors de la détection d'une anomalie, le Titulaire intervient dans les délais maxima suivants :

- 24 heures maximum pour une anomalie bloquante
- 5 jours ouvrables maximum pour une anomalie non bloquante

Après l'appel du [Etablissement X], confirmé par télécopie ou messagerie électronique, il accuse réception par tout moyen (télécopie, messagerie électronique) et choisit le moyen le plus approprié pour résoudre l'anomalie

- Dépannage téléphonique
- Déplacement d'un personnel qualifié. Dans ce cas, l'établissement s'engage à faciliter l'intervention des techniciens du Titulaire.

Chaque intervention fait l'objet d'une fiche de suivi établie par le titulaire qui mentionne notamment la date et l'heure de la prise en compte de la demande d'intervention de l'établissement, la nature de l'anomalie constatée et les moyens utilisés pour la corriger. Cette fiche est transmise à l'établissement (Service Informatique), après correction de l'anomalie.

D'autre part, le titulaire effectue, en tant que de besoin, la mise à jour de la documentation qu'il remet dans les meilleurs délais à l'établissement.

Le titulaire assure également la mise en place d'un support technique (« hot line »), aux conditions figurant dans sa proposition commerciale. Le support technique est assuré dès la prononciation de la VA (positive).

Le DPI pourra également proposer une aide en ligne pour les utilisateurs.

### 8.3.11. Modalités de règlement

(% du montant de l'ordre de service)

Licences progiciels

40 % au vu du procès-verbal de la MOM notifié sans réserves,

40 % au vu du procès-verbal de vérification d'aptitude notifié sans réserves ou réserves ne comportant aucune anomalie grave,

20 % à la signature du PV d'admission suite à la VSR.

Interfaces

80 % à l'issue du procès-verbal de vérification d'aptitude notifié sans réserves ou réserves ne comportant aucune anomalie grave,

20 % à la signature du PV d'admission suite à la VSR.

Prestations et formations

Facturation mensuelle au vu du procès-verbal de réception de service fait, les factures de prestations et formation étant différentes.

Outils techniques et base de données

100 % à la mise en ordre de marche notifiée sans réserves.

### 8.3.12. Modalités en cas de retard

Progiciels et interfaces

Lorsque le délai contractuel d'exécution est dépassé par le fait du soumissionnaire, ou, du fait du soumissionnaire, par suite de l'impossibilité devant laquelle se trouverait l'établissement concerné pour prononcer dans les délais prévus les recettes provisoires ou définitives de tout ou partie des prestations, le soumissionnaire encourt, par jour de retard et sans mise en demeure préalable, des pénalités calculées au moyen de la formule suivante :

$$P = \frac{V \times R}{600}$$

Dans laquelle :

*P est le montant des pénalités.*

*V est la valeur pénalisée ; cette valeur est égale à la valeur des prestations en retard ou, exceptionnellement de l'ensemble des prestations, si le retard de livraison d'une partie rend l'ensemble inutilisable.*

*R est le nombre de jours de retard.*

Tout retard dans l'exécution des prestations mettra le soumissionnaire en état d'encourir de plein droit des pénalités de retard.

Maintenance (progiciels)

En cas de dépassement par sa faute des délais d'intervention prévus par le présent contrat, le Titulaire encourt, sans mise en demeure préalable, une pénalité calculée par application de la formule suivante :

P = 100 euros x R

Dans laquelle :

*P = montant de la pénalité*

*R = le nombre cumulé, sur la période de maintenance considérée, des jours de retard par rapport au délai maximum d'intervention prévu*

Ces pénalités peuvent être appliquées à tout moment dès lors qu'un retard est constaté lors d'un comité de pilotage.

# 9. L'évaluation des offres

L'offre sera évaluée selon les critères qui suivent :

- **Qualité de l'offre =** 35 %
- Qualité du planning = 20%
- **Qualité de l'accompagnement** au changement proposé : 10% ;
- Prix = 35 %

## 9.1. La qualité de l'offre

La capacité à réaliser

Le soumissionnaire présentera sa société et ses résultats financiers, ainsi que ses effectifs afin d'établir sa pérennité sur le marché et sa capacité à réaliser le projet.

Les références

Le soumissionnaire présentera ses références sur le même type de marché (sanitaire et médico-social).

Pour chacune d'entre elles, il précisera le site, l'année de réalisation, le périmètre du projet, son montant et les coordonnées d'un contact.

**L'engagement du fournisseur**

Le soumissionnaire présentera son engagement vis-à-vis du marché.

Le respect des principes fondateurs et des contraintes

Le soumissionnaire décrira la conformité de la solution proposée avec les principes fondateurs et les contraintes exprimées dans le cahier des charges.

Les performances

Le soumissionnaire décrira son engagement vis-à-vis des performances.

Description des outils et méthodes

Le soumissionnaire décrira les outils et les méthodes.

**La conformité de l'offre au cahier des charges**

Le socle technique d'interopérabilité :

Le soumissionnaire décrira le socle technique et la conformité de ce socle vis-à-vis du cadre national d'interopérabilité.

Le système de gestion de la production de soins :

Le soumissionnaire décrira l'ensemble des composants de sa fourniture tels qu'attendus dans le présent cahier des charges.

**Maîtrise d'œuvre, gestion de projet, assurance qualité**

Le soumissionnaire décrira le projet de mise en place de sa solution, la méthode de conduite de projet proposée l'assurance qualité qu'il prévoit de mettre en place.

Dimensionnement des ressources techniques nécessaires

Le fournisseur décrira ses préconisations quant au dimensionnement des ressources techniques nécessaires à la mise en œuvre de sa solution.

**Fourniture des outils et procédures nécessaires à l'administratio**n et à la sauvegarde

Le fournisseur décrira les outils et les procédures nécessaires à l'administration et aux sauvegardes des données produites.

Elaboration des scénarii de démarrage et du plan de migration

Le soumissionnaire décrira le scénario de démarrage et les prérequis nécessaires au démarrage de chacun des composants de sa solution.

**Reprise de l'existant**

Le soumissionnaire décrira et chiffrera la reprise de l'existant.

Il décrira explicitement toutes les données qui seront reprises et la profondeur **de l'Historique.**

**Faute de description, l'ensemble des données présentes sera réputé** reprise.

La méthodologie et les outils seront précisés.

Démonstration

Lors de la rencontre avec la commission de sélection (sur site ou par visioconférence en fonction de la situation sanitaire), une démonstration du logiciel sera réalisée. Le soumissionnaire devra être en mesure de procéder **à l'instruction de cas pratiques soumis par la commission et sera également** évalué sur sa capacité à répondre aux questions posées en séance.

## 9.2. La qualité du planning

Le soumissionnaire présentera un planning détaillé avec un Gantt et un PERT qui l'engagera.

## 9.3. Qualité de l'accompagnement au changement proposé

Le soumissionnaire décrira et chiffrera le transfert de compétences qu'il propose ainsi que l'accompagnement au changement.

Les cursus et les supports de cours seront décrits tel que demandé dans le présent cahier des charges.

## 9.4. Le prix

Le prix de la solution et de ses prestations sera détaillé en précisant le coût des licences, le coût des éventuels outils complémentaires nécessaires, le coût des prestations, le coût de la maintenance.

## 9.5. Le support et le suivi des logiciels

Le soumissionnaire décrira le support et le suivi qu'il propose.

## 9.6. Maintenance et/ou extension de garantie proposée

Le soumissionnaire décrira les extensions de garanties possibles.

# 10. Annexes

- Annexe 1 : Fiche de recueil clinique évolutif
- Annexe 2 : Echelle d'autoévaluation de la douleur
- Annexe 3 : Fiche d'expression de la douleur
- Annexe 4 : Fiche de renseignements sociaux – renseignements administratifs adultes
- Annexe 5 : Fiche de renseignements sociaux – renseignements administratifs enfants - adolescents
- Annexe 6 : Fiche tabac
- Annexe 7 : Fiche Benzodiazépine
- Annexe 8 : Fiche bilan éducatif partagé
- Annexe 9 : Fiche évaluation séance ETP
- Annexe 10 : Tableaux de bord d'activités
- Annexe 11 : Lettre de liaison
- Annexe 12 : Présentation de l'INS et du RNIV
- Annexe 13 : Mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé - exigences et recommandations applicables
- Annexe 14 : Matrice d'exigences fonctionnelles

## ANNEXE 1

## : FICHE DE RECUEIL CLINIQUE EVOLUTIF

**ANNEXE 2** :

## ECHELLE D'AUTOEVALUATION DE LA DOULEUR

**Date :** ---------- **Horaire :** ----------

**Nom de la personne évaluée :** ----------

**Date de naissance :** ----------

➢ *ECHELLE DE SIX VISAGES (FACES PAIN SCALE)*

Cette échelle est classiquement utilisée chez l'enfant mais peut permettre une auto-évaluation de la douleur en psychiatrie ; ne pas utiliser les mots « triste » et « heureux ».

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

***Selon l'ANAES***

0 pas de douleur ; de 0 à 1 : Simple inconfort ; de 1 à 3 : Douleur légère, de 3 à 5 : Douleur modérée, de 5 à 7 : Douleur intense, de 7 à 10 : Douleur très intense

➢ *REPERAGE DE LA DOULEUR CHEZ UN PATIENT DYSCOMMUNICANT*

**Localisation de la douleur :** ----------
---
---

**Fréquence de la douleur :** ----------
---
---

**Cause (s) probable (s) et action (s) engagée (s) :** ----------
---
---

**Nom de l'évaluateur :** ----------

**ANNEXE 3** :

## FICHE D'EXPRESSION DE LA DOULEUR

**Fiche établie le :** **Par :**

**NOM** : ……**Prénom** : ……**n° entrée :** ……

**Date de naissance** : .....

Manifestation de la douleur Spontanée : ☐ Non spontanée : ☐

Localisation de la douleur OUI ☐ NON ☐

Changement d'attitude (*) OUI ☐ NON ☐

Autres : .....
.....
.....

Signes : .....
.....
.....
.....

Traitement médicamenteux habituels et formes (comprimés, soluble, écrasé):

-

-

Signes d'apaisements habituels : .....
.....
.....
.....
.....
.....

Conduite à tenir en cas de phénomènes douloureux :.....
.....
.....
.....
.....
.....

**ANNEXE 4** :

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIAUX
## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ADULTES

### COORDONNEES

**Nom** **Prénom**

**Domicile des patients** *(faire basculer de la fiche source le menu déroulant)*

**Adresse de vie** *(faire basculer de la fiche source*)*

** Une seule zone de texte pour y rassembler Rue, CP, Ville*

**Adresse de domiciliation**

** Une seule zone de texte pour y rassembler Rue, CP, Ville*

**Adresse de secours**

** Une seule zone de texte pour y rassembler Rue, CP, Ville*

**Téléphone domicile** *(faire basculer de la fiche source)*

**Téléphone professionnel** *(faire basculer de la fiche source)*

**Téléphone portable** *(faire basculer de la fiche source)*

**Courriel** *(faire basculer de la fiche source E-mail 1)*

**Situation de famille** *(faire basculer de la fiche source le menu déroulant)*

**Personnes à charge** **Oui** ☐ **Non** ☐

(Texte)

## SÉCURITE SOCIALE

**Caisse CPAM**

**Numéro de Sécurité Sociale** *(faire basculer de la fiche identité)*

**Assuré**

**Ayant droit**

**Exonération du ticket modérateur ☐ Oui ☐ Non**

**ALD ☐ Invalidité ☐**

**Date de l'échéance**

**Alerte ☐**

**MUTUELLE**

** Une seule zone de texte pour y rassembler Nom, Rue, CP, Ville*

**CMU ☐** *(faire basculer de la fiche source « si oui »)*

**Date de l'échéance**

**Alerte ☐**

**CMUC ☐**

**Date de l'échéance**

**Alerte ☐**

**AME ☐**

**Date de l'échéance**

**Alerte ☐**

**ACS ☐**

**Date de l'échéance**

**Alerte ☐**

## LOGEMENT

**Type de logement**

***(Menu déroulant)***

- **Social**
- **Privé**
- **Foyer**
- **Autre**

**Situation**

***(Menu déroulant)***

- **Locataire**
- **Propriétaire**
- **Hébergé**
- **SDF**
- **Autre**

**Demande de logement social** **☐Oui** **☐Non**

(Texte)

**DAHO** ☐

**DALO** ☐

(Texte)

## ACTIVITE

**Activité professionnelle** *(faire basculer de la fiche source le menu déroulant)*

**Catégorie Socio-Professionnelle** *(faire basculer de la fiche source le menu déroulant)*

**Profession** *(faire basculer de la fiche source)*

**Adresse employeur**

** Une seule zone de texte pour y rassembler Nom, Rue, CP, Ville*

## MESURES DE PROTECTION

**Mesures de protection**

***(Menu déroulant*)***

- **Sans information**
- **Aucune**
- **MASP**
- **MAJ**
- **Sauvegarde**
- **Curatelle simple**
- **Curatelle renforcée**
- **Tutelle**

** Modifier le menu déroulant de la fiche source et le faire basculer*

(Texte)

**Tribunal**

** Une seule zone de texte pour y rassembler Nom, Rue, CP, Ville*

**Coordonnées du mandataire**

** Une seule zone de texte pour y rassembler Nom, Rue, CP, Ville*

## RESSOURCES

**RSA** *(faire basculer de la fiche source)*

**☐Oui** **☐Non** **☐Sans information**

**AAH** *(faire basculer de la fiche source)*

**☐Oui** **☐Non** **☐Sans information**

**Invalidité** *(faire basculer de la fiche source)*

**☐Oui** **☐Non** **☐Sans information**

**Salaire ☐Oui** **☐Non** **☐Sans information**

**Allocation chômage** **☐Oui** **☐Non** **☐Sans information**

**Retraite☐Oui** **☐Non** **☐Sans information**

**Autres revenus ☐**

(Texte)

## ORGANISME CAF

**Caisse CAF**

**Numéro allocataire**

**Nature des prestations**

(Texte)

## DROITS LIES AU HANDICAP

**Numéro dossier MDPH**

**Département**

**Allocation Adulte Handicapé (AAH) ☐** *(faire basculer de la fiche source)*

**Décision** **favorable ☐** **défavorable☐**

**Date de début** **Date de fin**

**Alerte ☐**

**Prestation de Compensation du Handicape (PCH) ☐** *(faire basculer de la fiche source)*

**Décision** **favorable ☐** **défavorable☐**

**Date de début** **Date de fin**

**Alerte ☐**

**Garantie ressources/Complément AAH ☐**

**Décision** **favorable ☐** **défavorable☐**

**Date de début** **Date de fin**

**Alerte ☐**

**APA** *(faire basculer de la fiche source)*

☐ oui ☐ non ☐ sans information

Pension d'invalidité ☐ oui non ☐ sans information

Catégories *(Menu déroulant)*

Catégorie 1

Catégorie 2

Catégorie 3

ASI ☐

**ORIENTATIONS MDPH**

VERS ETABLISSEMENT

*(Menu déroulant)*

Foyer d'hébergement

Foyer de vie

FAM

MAS

Date de début Date de fin

Alerte ☐

VERS SERVICE

*(Menu déroulant)*

CAJ

SAVS

SAMSAH

**Date de début** **Date de fin**

**Alerte ☐**

**VERS EMPLOI**

**RQTH**

**Date de début** **Date de fin**

**Alerte ☐**

**Formation ☐**

**Milieu ordinaire ☐**

**Milieu protégé ☐**

(Texte)

**REFERENTS**

(Texte)

**ANNEXE 5** :

## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX
## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ENFANTS - ADOLESCENTS

### PÈRE

**Nom**

**Prénom**

**Adresse**

** Une seule zone de texte pour y rassembler Rue, CP, Ville*

**Situation professionnelle**

**Ressources**

***(Menu déroulant)***

- **Aucune**
- **RSA**
- **AAH**
- **Invalidité**
- **Salaire**
- **Allocation chômage**
- **Retraite**
- **Autre**

### MÈRE

**Nom**

**Prénom**

**Adresse** ☐

** Une seule zone de texte pour y rassembler Rue, CP, Ville*

**Situation professionnelle** ☐

**Ressources**

***(Menu déroulant)***

- **Aucune**
- **RSA**
- **AAH**
- **Invalidité**
- **Salaire**
- **Allocation chômage**
- **Retraite**
- **Autre**

## SITUATION FAMILIALE

**Situation matrimoniale des parents**

***(Menu déroulant)***

- **Vie maritale**
- **Séparés**
- **Veuf (ve)**

**Lieu de vie de l'enfant** ☐

** Une seule zone de texte pour y rassembler Rue, CP, Ville*

## RESPONSABLE LEGAL

**Père** ☐

**Mère** ☐

**Les deux** ☐

**Autre** ☐

## COMPOSITION FAMILIALE

**Nom et prénom :**

**Date de naissance :** **Lien :**

**Nom et prénom :**

**Date de naissance :** **Lien :**

**Nom et prénom :**

**Date de naissance :** **Lien :**

## LOGEMENT DU PATIENT

**Type de logement**

***(Menu déroulant)***

- **Social**
- **Privé**
- **Foyer**
- **Autre**

**Situation**

***(Menu déroulant)***

- **Locataire**
- **Propriétaire**

**Hébergé**

**SDF**

**Autre**

**Demande de logement** ☐**Oui** ☐**Non**

(Texte)

**DAHO** ☐

**DALO** ☐

## SECURITE SOCIALE

**Caisse CPAM**

**Numéro de sécurité sociale** *(faire afficher l'information contenue dans la fiche identité)*

**Assuré**

**Ayant droit**

**Exonération du ticket modérateur** ☐**Oui** ☐**Non**

**Date de l'échéance**

**Alerte** ☐

**ALD** ☐

**Invalidité** ☐

**Mutuelle** ☐

** Une seule zone de texte pour y rassembler Rue, CP, Ville*

**CMU** ☐ *(*faire basculer de la fiche source)

**Date de l'échéance**

**Alerte** ☐

**CMUC** ☐ **Date de l'échéance**

**Alerte** ☐

**AME** ☐ **Date de l'échéance**

**Alerte** ☐

**ACS** ☐ **Date de l'échéance**

**Alerte** ☐

## ORGANISME CAF

**Caisse CAF**

**Numéro allocataire**

**Nature des prestations**

## MESURES DE PREVENTION ET DE PROTECTION DE L'ENFANCE

### MESURES ADMINISTRATIVES

**Evaluation sociale** ☐ **Date** [ ] **Durée** [ ]

**AED** ☐ **Date** [ ] **Durée** [ ]

(Texte)

**MESURES JUDICIAIRES**

**MJIE** ☐ **Date** [ ] **Durée** [ ]

**AEMO** ☐ **Date** [ ] **Durée** [ ]

**OPP** ☐ **Date** [ ] **Durée** [ ]

**Placement** ☐ **Date** [ ] **Durée** [ ]

(Texte)

## SCOLARITE

**Scolarité**

***(Menu déroulant)***

- **Maternelle**
- **Primaire**
- **Collège**
- **Lycée**
- **Etudes supérieures**
- **Non scolarisé**

(Texte)

**Ecole**

**Classe spécialisée**

***(Menu déroulant)***

**CLIS**

**ULIS**

**SEGPA**

**Non**

**AIDE A LA SCOLARISATION**

**AVS – I** ☐ **Transport adapté** ☐

**AVS – M** ☐ **PAI** ☐

(Texte)

## DROIT ET ORIENTATION MDPH

**Numéro de dossier**

**Département**

**Orientation vers établissement**

***(Menu déroulant)***

**SESSAD**

**IME**

**IMPRO**

**ITEP**

**Décision du** **au**

**Alerte ☐**

**AEEH ☐**

**Décision du** **au**

**Alerte ☐**

**Complément AEEH** **1☐2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐**

**Décision du** **au**

**Alerte ☐**

**PCH** **☐** *(faire basculer de la fiche source)*

**Décision du** **au**

**Alerte ☐**

## REFERENTS

(Texte)

**ANNEXE 6** :

## FICHE EPP TABAC

**ANNEXE 7** :

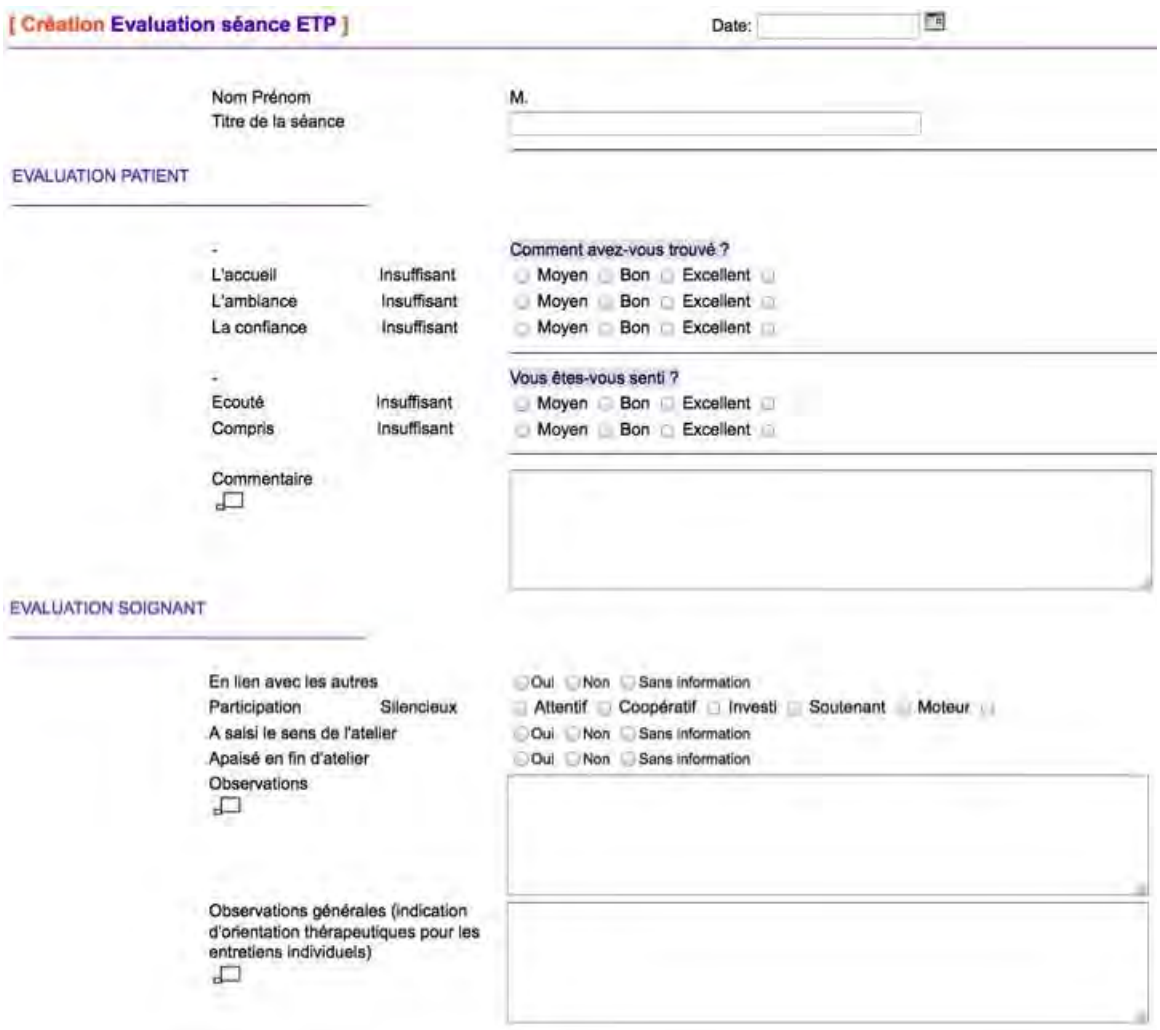
## FICHE EPP BENZODIAZEPINE

**ANNEXE 8** :

## FICHE BILAN EDUCATIF PARTAGÉ

**ANNEXE 9** :

## FICHE EVALUATION SEANCE ETP



[ Création Evaluation séance ETP ]

Date:

Nom Prénom
Titre de la séance

M.

EVALUATION PATIENT

-
L'accueil Insuffisant
L'ambiance Insuffisant
La confiance Insuffisant

Comment avez-vous trouvé ?
Moyen Bon Excellent
Moyen Bon Excellent
Moyen Bon Excellent

-
Ecouté Insuffisant
Compris Insuffisant

Vous êtes-vous senti ?
Moyen Bon Excellent
Moyen Bon Excellent

Commentaire

EVALUATION SOIGNANT

En lien avec les autres
Participation Silencieux
A saisi le sens de l'atelier
Apaisé en fin d'atelier

Oui Non Sans information
Attentif Coopératif Investi Soutenant Moteur
Oui Non Sans information
Oui Non Sans information

Observations

Observations générales (indication d'orientation thérapeutiques pour les entretiens individuels)

## ANNEXE 10 : TABLEAUX DE BORD D'ACTIVITÉ

## TABLEAU 1

| | 2009 | 2010 | | 2009 | 2010 | | 2009 | 2010 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| STRUCTURES | Files actives | Files actives | % évolution | Activités | Activités | % évolution | Nouveaux | Nouveaux | % évolution |
| *journée* | | | | 8659 | 6272 | | | | |
| *demi -journée* | | | | 7655 | 9094 | | | | |
| Hospitalisation de jour | 194 | 181 | -7% | 16314 | 15366 | -6% | 21 | 20 | -5% |
| Ambulatoire CMPHJ | 128 | 160 | 25% | 930 | 1296 | 39% | 41 | 46 | 12% |
| *Service Dr Maille* | 263 | 252 | -4% | 17244 | 16662 | -3% | 44 | 47 | 7% |
| Hypnothérapies HY | 168 | 175 | 4% | 1399 | 1628 | 16% | 66 | 41 | -38% |
| Psychiatrie Générale P | 513 | 532 | 4% | 3719 | 4230 | 14% | 135 | 140 | 4% |
| Thérapies Corporelles | 42 | 43 | 2% | 528 | 551 | 4% | 6 | 3 | -50% |
| *Service Dr Moins* | 641 | 653 | 2% | 5646 | 6409 | 14% | 185 | 163 | -12% |
| *Thérapies Familiales D* | 134 | 140 | 4% | 557 | 563 | 1% | 29 | 10 | -66% |
| *journée* | | | | 18 | 43 | | | | |
| *demi -journée* | | | | 680 | 827 | | | | |
| Alcoologie HJ | 65 | 67 | 3% | 698 | 870 | 25% | 14 | 11 | -21% |
| Alcoologie SA ambulat | 213 | 214 | 0% | 2232 | 2052 | -8% | 46 | 59 | 28% |
| Psy.s Travail PPT | 431 | 467 | 8% | 4058 | 4492 | 11% | 146 | 181 | 24% |
| *journée* | | | | 495 | 496 | | | | |
| *demi -journée* | | | | 4702 | 4448 | | | | |
| Sociothérapies SOC | 182 | 183 | 1% | 5197 | 4944 | -5% | 30 | 43 | 43% |
| *Service Dr Fraysse* | 772 | 820 | 6% | 12185 | 12358 | 1% | 219 | 279 | 27% |
| *CPMS Dr Hubert* | 269 | 275 | 2% | 4661 | 4458 | -4% | 104 | 102 | -2% |
| *IPS* | 1970 | 2022 | 3% | 40293 | 40450 | 0% | 562 | 569 | 1% |
| Ambulatoire | 45 | 41 | -9% | 1274 | 1025 | -20% | 9 | 9 | 0% |
| Hospitalisation de nuit | 35 | 36 | 3% | 6892 | 6919 | 0% | 4 | 4 | 0% |
| *Service Dr Nauleau* | 65 | 63 | -3% | 8166 | 7944 | -3% | 9 | 9 | 0% |
| Ambulatoire | 36 | 34 | -6% | 43 | 37 | -14% | 23 | 18 | -22% |
| *journée* | | | | 5430 | 5322 | -2% | | | |
| *demi -journée* | | | | 57 | 43 | -25% | | | |
| Hospitalisation de jour | 63 | 53 | -16% | 5487 | 5365 | -2% | 18 | 12 | -33% |
| *Service Dr Serra* | 74 | 64 | -14% | 5530 | 5402 | -2% | 23 | 18 | -22% |
| *journée* | | | | 3065 | 3671 | | | | |
| *demi -journée* | | | | | 2 | | | | |
| *HJ D'ORLY* | 24 | 30 | 25% | 3065 | 3673 | 20% | 3 | 5 | 67% |
| *journée* | | | | 3761 | 4033 | | | | |
| *demi -journée* | | | | | | | | | |
| *HJ DE MALAKOFF* | 39 | 39 | 0% | 3761 | 4033 | 7% | 6 | 7 | 17% |
| *journée* | | | | 3248 | 3756 | | | | |
| *demi -journée* | | | | | | | | | |
| *HJ ANTONY* | 31 | 29 | -6% | 3248 | 3756 | 16% | 3 | 4 | 33% |
| *UMI* | | 36 | | | 437 | | | 17 | |
| *Ambulatoire SD* | | 24 | | | 208 | | | 9 | |
| *journée* | 25 | 28 | | 2854 | 2975 | | | 2 | |
| *demi -journée* | | | | | | | | | |
| *HJ SANTOS-DUMONT* | 25 | 42 | 68% | 2854 | 3183 | 12% | 0 | 10 | |
| *journée* | | | | 3090 | 3181 | | | | |
| *demi -journée* | | | | | | | | | |
| *HJ CHEVILLY LARUE* | 26 | 30 | 15% | 3090 | 3181 | 3% | 2 | 4 | |
| *HJ FONTENAY* | | 24 | | | 2445 | | | 4 | |
| *Séjour Thérapeutique E* | 74 | 85 | 15% | 466 | 536 | 15% | | 5 | |
| *ELAN RETROUVE* | 2231 | 2345 | 5% | 70473 | 75040 | 6% | 605 | 641 | 6% |

# TABLEAU 2

| 2010 REALISE | CMPHJ | HJ | Séjour Thérpe | HJ+CMPHJ | Hypno thérapie | Psychiatrie générale | Thérapies corporelles | Psychiatrie générale LR | Thérapie Familiale | Alcoologie Ambulatoire | Unité d' Alcoologie | total alcoologie | Psycho pathologie du travail | Socio thérapie | FR | Total IPS (LR+FR) | CPMS 2009 | IPS +CPMS 2010 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JANVIER | 148 | 1676 | | 1824 | 223 | 540 | 65 | 828 | 86 | 269 | 136 | 405 | 535 | 579 | 1519 | 4171 | 492 | 4663 |
| FEVRIER | 188 | 1749 | | 1937 | 209 | 476 | 65 | 750 | 73 | 243 | 132 | 375 | 562 | 568 | 1505 | 4192 | 566 | 4758 |
| MARS | 191 | 2071 | | 2262 | 239 | 578 | 101 | 918 | 67 | 262 | 130 | 392 | 582 | 632 | 1606 | 4786 | 621 | 5407 |
| AVRIL | 147 | 1897 | | 2044 | 221 | 488 | 48 | 757 | 54 | 224 | 86 | 310 | 506 | 572 | 1388 | 4189 | 511 | 4700 |
| MAI | 109 | 1665 | 28 | 1802 | 220 | 451 | 55 | 726 | 92 | 223 | 82 | 305 | 441 | 536 | 1282 | 3810 | 540 | 4350 |
| JUIN | 170 | 1847 | 70 | 2087 | 202 | 539 | 85 | 826 | 67 | 263 | 100 | 363 | 640 | 585 | 1588 | 4501 | 672 | 5173 |
| JUILLET | 142 | 1501 | | 1643 | 123 | 361 | 57 | 541 | 47 | 175 | 59 | 234 | 419 | 469 | 1122 | 3306 | 437 | 3743 |
| AOÛT | 99 | 1223 | | 1322 | 55 | 309 | 15 | 379 | 15 | 128 | 50 | 178 | 278 | 435 | 891 | 2592 | 128 | 2720 |
| SEPTEMBRE | 102 | 1736 | 24 | 1862 | 138 | 488 | 59 | 685 | 62 | 265 | 93 | 358 | 529 | 567 | 1454 | 4001 | 491 | 4492 |
| OCTOBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOVEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DÉCEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL 2010 | 1296 | 15365 | 122 | 16783 | 1630 | 4230 | 550 | 6410 | 563 | 2052 | 868 | 2920 | 4492 | 4943 | 12355 | 35548 | 4458 | 40006 |

| 2010 PREVU | CMPHJ | HJ | | HJ+CMPHJ | Hypno thérapie | Psychiatrie générale | Thérapies corporelles | Psychiatrie générale LR | Thérapie Familiale | Alcoologie Ambulatoire | Unité d' Alcoologie | total alcoologie | Psycho pathologie du travail | Socio thérapie | FR | Total IPS (LR+FR) | CPMS | IPS +CPMS 2010 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JANVIER | 100 | 2087 | | 2187 | 108 | 340 | 95 | 543 | | 159 | 147 | 306 | 455 | 682 | 1443 | 4173 | 546 | 4719 |
| FEVRIER | 85 | 1930 | | 2015 | 95 | 304 | 85 | 484 | | 151 | 118 | 269 | 435 | 691 | 1395 | 3894 | 540 | 4434 |
| MARS | 100 | 2081 | | 2181 | 108 | 340 | 95 | 543 | | 159 | 122 | 281 | 455 | 702 | 1438 | 4162 | 546 | 4708 |
| AVRIL | 100 | 1986 | | 2086 | 108 | 340 | 95 | 543 | | 159 | 129 | 288 | 455 | 733 | 1476 | 4105 | 546 | 4651 |
| MAI | 100 | 1899 | | 1999 | 95 | 300 | 95 | 490 | | 159 | 104 | 263 | 349 | 644 | 1256 | 3745 | 546 | 4291 |
| JUIN | 100 | 2043 | | 2143 | 108 | 340 | 95 | 543 | | 159 | 105 | 264 | 455 | 729 | 1448 | 4134 | 546 | 4680 |
| JUILLET | 85 | 1596 | | 1681 | 79 | 250 | 95 | 424 | | 159 | 68 | 227 | 325 | 508 | 1060 | 3165 | 546 | 3711 |
| AOÛT | 65 | 1416 | | 1481 | 61 | 182 | 28 | 271 | | 81 | 62 | 143 | 209 | 430 | 782 | 2534 | | 2534 |
| SEPTEMBRE | 100 | 1973 | | 2073 | 108 | 340 | 95 | 543 | | 159 | 109 | 268 | 455 | 685 | 1408 | 4024 | 546 | 4570 |
| OCTOBRE | 100 | 1956 | | 2056 | 108 | 340 | 95 | 543 | | 159 | 113 | 272 | 411 | 664 | 1347 | 3946 | 546 | 4492 |
| NOVEMBRE | 100 | 2010 | | 2110 | 108 | 340 | 95 | 543 | | 159 | 145 | 304 | 455 | 700 | 1459 | 4112 | 546 | 4658 |
| DÉCEMBRE | 80 | 1970 | | 2050 | 88 | 291 | 55 | 434 | | 159 | 97 | 256 | 351 | 749 | 1356 | 3840 | 546 | 4386 |
| TOTAL 2010 | 1115 | 22947 | | 24062 | 1174 | 3707 | 1023 | 5904 | | 1822 | 1319 | 3141 | 4810 | 7917 | 15868 | 45834 | 6000 | 51834 |

| 2010 ECART | CMPHJ | HJ | | HJ+CMPHJ | Hypno thérapie | Psychiatrie générale | Thérapies corporelles | Psychiatrie générale LR | Thérapie Familiale | Alcoologie Ambulatoire | Unité d' Alcoologie | total alcoologie | Psycho pathologie du travail | Socio thérapie | FR | Total IPS (LR+FR) | CPMS 2009 | IPS +CPMS 2010 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JANVIER | 48 | -411 | | -363 | 115 | 200 | -30 | 285 | | 110 | -11 | 99 | 80 | -103 | 76 | -2 | -54 | -56 |
| FEVRIER | 103 | -181 | | -78 | 114 | 172 | -20 | 266 | | 92 | 14 | 106 | 127 | -123 | 110 | 298 | 26 | 324 |
| MARS | 91 | -10 | | 81 | 131 | 238 | 6 | 375 | | 103 | 8 | 111 | 127 | -70 | 168 | 624 | 75 | 699 |
| AVRIL | 47 | -89 | | -42 | 113 | 148 | -47 | 214 | | 65 | -43 | 22 | 51 | -161 | -88 | 84 | -35 | 49 |
| MAI | 9 | -234 | | -225 | 125 | 151 | -40 | 236 | | 64 | -22 | 42 | 92 | -108 | 26 | 262 | -6 | 256 |
| JUIN | 70 | -196 | | -126 | 94 | 199 | -10 | 283 | | 104 | -5 | 99 | 185 | -144 | 140 | 423 | 126 | 549 |
| JUILLET | 57 | -95 | | -38 | 44 | 111 | -38 | 117 | | 16 | -9 | 7 | 94 | -39 | 62 | 179 | -109 | 70 |
| AOÛT | 34 | -193 | | -159 | -6 | 127 | -13 | 108 | | 47 | -12 | 35 | 69 | 5 | 109 | 217 | 128 | 345 |
| SEPTEMBRE | 2 | -237 | | -235 | 30 | 148 | -36 | 142 | | 106 | -16 | 90 | 74 | -118 | 46 | 188 | -55 | 133 |
| OCTOBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOVEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DÉCEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL 2010 | 461 | -1646 | | -1185 | 760 | 1494 | -228 | 2026 | | 707 | -96 | 611 | 899 | -861 | 649 | 2273 | 96 | 2369 |

| 2009 REALISE | CMPHJ | HJ | | HJ+CMPHJ | Hypno thérapie | Psychiatrie générale | Thérapies corporelles | Psychiatrie générale LR | Thérapie Familiale | Alcoologie Ambulatoire | Unité d' Alcoologie | total alcoologie | Psycho pathologie du travail | Socio thérapie | FR | Total IPS (LR+FR) | CPMS | IPS +CPMS 2009 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JANVIER | 88 | 1913 | | 2001 | 149 | 493 | 73 | 715 | | 279 | 95 | 374 | 514 | 629 | 1517 | 4233 | 520 | 4753 |
| FEVRIER | 109 | 1873 | | 1982 | 171 | 458 | 68 | 697 | | 247 | 68 | 315 | 511 | 641 | 1467 | 4146 | 613 | 4759 |
| MARS | 135 | 2074 | 40 | 2249 | 156 | 505 | 85 | 746 | | 296 | 100 | 396 | 548 | 716 | 1660 | 4655 | 676 | 5331 |
| AVRIL | 107 | 1957 | | 2064 | 168 | 511 | 54 | 733 | | 240 | 88 | 328 | 411 | 620 | 1359 | 4156 | 580 | 4736 |
| MAI | 109 | 1664 | 91 | 1864 | 141 | 465 | 48 | 654 | | 230 | 81 | 311 | 396 | 514 | 1221 | 3739 | 523 | 4262 |
| JUIN | 105 | 1971 | | 2076 | 181 | 547 | 60 | 788 | | 311 | 101 | 412 | 560 | 605 | 1577 | 4441 | 584 | 5025 |
| JUILLET | 70 | 1585 | | 1655 | 170 | 433 | 53 | 656 | | 204 | 41 | 245 | 385 | 574 | 1204 | 3515 | 438 | 3953 |
| AOÛT | 71 | 1329 | | 1400 | 63 | 294 | 6 | 363 | | 142 | 32 | 174 | 215 | 331 | 720 | 2483 | 178 | 2661 |
| SEPTEMBRE | 136 | 1948 | | 2084 | 198 | 570 | 81 | 849 | | 284 | 90 | 374 | 511 | 567 | 1452 | 4385 | 550 | 4935 |
| OCTOBRE | 113 | 1988 | | 2101 | 252 | 614 | 42 | 908 | | 259 | 80 | 339 | 515 | 677 | 1531 | 4540 | 611 | 5151 |
| NOVEMBRE | 97 | 1893 | | 1990 | 190 | 600 | | 790 | | 302 | 126 | 428 | 540 | 617 | 1585 | 4365 | 580 | 4945 |
| DÉCEMBRE | 105 | 1759 | | 1864 | 191 | 550 | 31 | 772 | | 241 | 77 | 318 | 425 | 450 | 1193 | 3829 | 432 | 4261 |
| TOTAL 2009 | 1245 | 21954 | 131 | 23330 | 2030 | 6040 | 601 | 8671 | | 3035 | 979 | 4014 | 5531 | 6941 | 16486 | 48487 | 6285 | 54772 |

| Ecart 2009/2010 | CMPHJ | HJ | | HJ+CMPHJ | Hypno thérapie | Psychiatrie générale | Thérapies corporelles | Psychiatrie générale LR | Thérapie Familiale | Alcoologie Ambulatoire | Unité d' Alcoologie | total alcoologie | Psycho pathologie du travail | Socio thérapie | FR | Total IPS (LR+FR) | CPMS | IPS +CPMS 2009/2010 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JANVIER | 60 | -237 | | -177 | 74 | 47 | -8 | 113 | | -10 | 41 | 31 | 21 | -50 | 2 | -62 | -28 | -90 |
| FEVRIER | 79 | -124 | | -45 | 38 | 18 | -3 | 53 | | -4 | 64 | 60 | 51 | -73 | 38 | 46 | -47 | -1 |
| MARS | 56 | -3 | | 53 | 83 | 73 | 16 | 172 | | -34 | 30 | -4 | 34 | -84 | -54 | 171 | -55 | 116 |
| AVRIL | 40 | -60 | | -20 | 53 | -23 | -6 | 24 | | -16 | -2 | -18 | 95 | -48 | 29 | 33 | -69 | -36 |
| MAI | | 1 | | 1 | 79 | -14 | 7 | 72 | | -7 | 1 | -6 | 45 | 22 | 61 | 134 | 17 | 151 |
| JUIN | 65 | -124 | | -59 | 21 | -8 | 25 | 38 | | -48 | -1 | -49 | 80 | -20 | 11 | -10 | 88 | 78 |
| JUILLET | 72 | -84 | | -12 | -47 | -72 | 4 | -115 | | -29 | 18 | -11 | 34 | -105 | -82 | -209 | -1 | -210 |
| AOÛT | 28 | -106 | | -78 | -8 | 15 | 9 | 16 | | -14 | 18 | 4 | 63 | 104 | 171 | 109 | -50 | 59 |
| SEPTEMBRE | -34 | -212 | | -246 | -60 | -82 | -22 | -164 | | -19 | 3 | -16 | 18 | | 2 | -408 | -59 | -467 |
| OCTOBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOVEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DÉCEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | 366 | -949 | | -583 | 233 | -46 | 22 | 209 | | -181 | 172 | -9 | 441 | -254 | 178 | -196 | -204 | -400 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| % différence 2010 - 2009 | 39,35% | -5,82% | | -3,36% | 16,68% | -1,08% | 4,17% | 3,37% | | -8,11% | 24,71% | -0,31% | 10,89% | -4,89% | 1,46% | -0,55% | -4,38% | -0,99% |
| % différence 2010 réalisé et prévu | 55,21% | -9,68% | | -6,64% | 87,36% | 54,61% | -29,31% | 46,21% | | 52,57% | -9,96% | 26,46% | 25,02% | -14,83% | 5,54% | 6,70% | 2,20% | 6,19% |

# TABLEAU 3

| | | Unités | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EGF | Données | AN | CH | CMPHJ | COL | CP | FO | HA | HJ | HY | MK | OR | PG | PPT | SA | SD | SOC | TC | Total |
| A=de 11 à 20 | Effectifs | | 7 | 1 | 2 | 2 | | | | 2 | | | | 2 | | | | | 16 |
| | % | 0,00% | 24,14% | 0,67% | 2,35% | 0,64% | 0,00% | 0,00% | 0,98% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,26% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,54% |
| B=de 21 à 30 | Effectifs | 1 | 16 | 8 | 17 | 2 | 3 | | 20 | 6 | | 6 | 16 | 7 | 2 | | 5 | | 109 |
| | % | 3,23% | 55,17% | 5,37% | 20,00% | 0,64% | 4,41% | 0,00% | 9,80% | 3,28% | 0,00% | 23,08% | 2,10% | 1,39% | 0,82% | 0,00% | 2,53% | 0,00% | 3,65% |
| C=de 31 à 40 | Effectifs | | 2 | 17 | 14 | 7 | 13 | 5 | 48 | 16 | 17 | 16 | 53 | 52 | 12 | 1 | 27 | 5 | 305 |
| | % | 0,00% | 6,90% | 11,41% | 16,47% | 2,23% | 19,12% | 6,49% | 23,53% | 8,74% | 41,46% | 61,54% | 6,96% | 10,36% | 4,94% | 4,00% | 13,64% | 10,87% | 10,22% |
| D=de 41 à 50 | Effectifs | | 3 | 30 | 30 | 10 | 25 | 29 | 54 | 41 | 22 | | 179 | 135 | 77 | | 64 | 19 | 718 |
| | % | 0,00% | 10,34% | 20,13% | 35,29% | 3,18% | 36,76% | 37,66% | 26,47% | 22,40% | 53,66% | 0,00% | 23,49% | 26,89% | 31,69% | 0,00% | 32,32% | 41,30% | 24,07% |
| de 1 à 10 | Effectifs | | 1 | | 1 | 2 | | | | | | | 2 | | | | | | 6 |
| | % | 0,00% | 3,45% | 0,00% | 1,18% | 0,64% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,26% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,20% |
| E=de 51 à 60 | Effectifs | | | 49 | 10 | 70 | 25 | 24 | 59 | 43 | 2 | | 210 | 182 | 85 | | 78 | 15 | 852 |
| | % | 0,00% | 0,00% | 32,89% | 11,76% | 22,29% | 36,76% | 31,17% | 28,92% | 23,50% | 4,88% | 0,00% | 27,56% | 36,25% | 34,98% | 0,00% | 39,39% | 32,61% | 28,56% |
| F=de 61 à 70 | Effectifs | | | 19 | 2 | 142 | 2 | 9 | 11 | 30 | | | 143 | 68 | 32 | | 17 | 6 | 481 |
| | % | 0,00% | 0,00% | 12,75% | 2,35% | 45,22% | 2,94% | 11,69% | 5,39% | 16,39% | 0,00% | 0,00% | 18,77% | 13,55% | 13,17% | 0,00% | 8,59% | 13,04% | 16,12% |
| G=de 71 à 80 | Effectifs | | | 7 | | 64 | | 5 | 1 | 23 | | | 77 | 33 | 10 | | | 1 | 221 |
| | % | 0,00% | 0,00% | 4,70% | 0,00% | 20,38% | 0,00% | 6,49% | 0,49% | 12,57% | 0,00% | 0,00% | 10,10% | 6,57% | 4,12% | 0,00% | 0,00% | 2,17% | 7,41% |
| H=de 81 à 90 | Effectifs | | | 1 | | 9 | | | | 12 | | | 24 | 1 | 2 | | | | 49 |
| | % | 0,00% | 0,00% | 0,67% | 0,00% | 2,87% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 6,56% | 0,00% | 0,00% | 3,15% | 0,20% | 0,82% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 1,64% |
| I= 91 et plus | Effectifs | | | | | 2 | | | | 2 | | | | | | | | | 4 |
| | % | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,64% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 1,09% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,13% |
| Non renseigné | Effectifs | 30 | | 17 | 8 | 2 | | 5 | 9 | 10 | | 4 | 56 | 23 | 23 | 24 | 7 | | 218 |
| | % | 96,77% | 0,00% | 11,41% | 9,41% | 0,64% | 0,00% | 6,49% | 4,41% | 5,46% | 0,00% | 15,38% | 7,35% | 4,58% | 9,47% | 96,00% | 3,54% | 0,00% | 7,31% |
| SS INFO | Effectifs | | | | 1 | 2 | | | | | | | | 1 | | | | | 4 |
| | % | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 1,18% | 0,64% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,20% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,13% |
| Total Effectifs | | 31 | 29 | 149 | 85 | 314 | 68 | 77 | 204 | 183 | 41 | 26 | 762 | 502 | 243 | 25 | 198 | 46 | 2983 |
| Total % | | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**ANNEXE 11** :

Médecin directeur des Services
et Établissements
Dr M. Moulin

Institut Paul Sivadon 11e
arrdt

Hôpital de Jour
Addictologie et Psychiatrie

Médecin chef de service
Dr D. Des Noyers
Secrétariat : 01 44 93 22 00
Fax : 01 40 24 22 98
hdj.regnault@elan-retrouve.org

INSTITUT PAUL SIVADON 11e arrondissement

Nom : Prénom :

Né(e) le : Age :

Adresse :

Date d'entrée dans le service :

Date de sortie du service :

Médecin traitant :

Médecin adresseur :

Correspondant(s) *(éventuels)* :

# Lettre de Liaison

Motifs initiaux de la prise en charge :

Antécédents :

Allergies :

Situation clinique à l'entrée

Diagnostic :

Modalités de la prise en charge et projet de soins :

Evolution clinique personnelle :

Traitement de sortie :

Proposition d'aval

Lettre remise le

Signature *(titre et nom)*

**ANNEXE 12**

Le document « Identité INS » du 26 novembre 2020 annexé à ce document présente les éléments clés relatifs à l'INS et au RNIV.

**ANNEXE 13**

Le processus d'identification du patient via l'INS est décrit au sein du référentiel national d'identitovigilance (RNIV). Son volet 2 « Mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé » annexé au présent cahier des charges définit le socle commun qui s'applique à tout établissement de santé.

Les exigences et recommandations applicables sont détaillées dans son annexe 1. Le DPI proposé devra s'y conformer.

**ANNEXE 14**

La matrice d'exigences fonctionnelles annexée au cahier des charges présente, à titre informatif, le projet de méthode d'analyse des offres des soumissionnaires. Cette grille d'analyse des points d'exigences est susceptible d'évolutions.