

The background of the page features several concentric, semi-circular arcs in shades of blue, green, and grey. These arcs are composed of solid segments and dashed segments, creating a dynamic, circular pattern that frames the text.

Rapport d'activité 2012

d-sisif

Groupement de Coopération Sanitaire
pour le Développement des Systèmes d'Information
en Santé partagés en Ile-de-France

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2012

BILAN STRUCTURE GCS D-SISIF 6

A. RESTRUCTURATION INTERNE : BILAN DU PROJET EMERGENCE IF 6

1. La gouvernance régionale des SIS
partagés (axe 2) 6
2. Sur l'axe méthodologique : définition
des procédures de fonctionnement
du GCS D-SISIF 9

B. LE PORTEFEUILLE DE PROJETS 10

1. L'évolution du portefeuille
en 2012 10
2. Médecine ambulatoire 10

C. ÉVOLUTION DES RESSOURCES HUMAINES 12

D. LES INSTANCES 13

E. STRUCTURATION DE LA COMMUNICATION 14

1. Pour la communication interne 14
2. Pour la communication externe 14

BILAN D'ACTIVITÉ PAR PROJET..... 15

A. LES PROJETS URGENCE 15

1. Centre régional de veille et d'action sur
les urgences (CERVEAU) 15
2. ANTARES 17
3. Permanence des soins ambulatoires 18
4. Expérimentation des systèmes d'informations
en maisons et centres de santé 19

B. L'AIDE À L'ORIENTATION DU PATIENT ... 19

1. Répertoire opérationnel des ressources
(ROR) 19
2. Trajectoire 21
3. Dossier générique de réseau territorial
(R.MES) : réorientation du projet 23
4. DMP 25
5. Plateforme Info Service (PFIS) 27

C. LE SOCLE DE L'ENRS 27

1. Schéma Directeur des Systèmes
d'Information en Ile-de-France 27
2. Plateforme (Projet Portail et Projet
Annuaire) 28
3. RESEAU HAUT DEBIT 29

D. LES PROJETS TÉLÉMÉDECINE 30

1. ORTIF - TéléNeuro 30
2. Télédermato - Santé Détenus 31
3. TELEPATHOLOGIE 32
4. TELEGERIA 34
5. MATRIX-Néonatal 35

E. LES OFFRES DE SERVICE 37

1. Région Sans Film 37
2. INFOGERANCE 39

F. ÉTUDE DE CADRAGE 41

LES ÉQUIPES DU GCS D-SISIF.....41

GLOSSAIRE 42

2012 une année de structuration et de croissance

L'année 2012 a été marquée par une profonde mutation du GCS D-SISIF, tant dans son positionnement régional que du point de vue de sa structuration interne. Le projet EMERGENCE, conduit en partenariat avec l'ARS Ile-de-France, a permis d'asseoir le GCS D-SISIF comme un acteur pivot de la nouvelle gouvernance des systèmes d'information de santé, avec pour conséquence une forte croissance de la structure tant sur son portefeuille de projets que dans le renforcement des équipes.

Cette croissance symbolise le gain de crédibilité acquis par le Groupement auprès des professionnels et structures de santé mais aussi le soutien des institutionnels, en particulier auprès de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. De surcroît, la refonte des statuts a permis l'attribution d'une durée de vie indéterminée au GCS D-SISIF, confortant ainsi sa pérennité au sein du paysage des systèmes d'information de santé.

En témoigne aussi la participation du GCS D-SISIF au sein de la nouvelle instance des SI de santé : le Conseil d'orientation stratégique des systèmes d'information de santé et médico-sociaux (COSSIS). Les travaux du nouveau Schéma directeur des SI de Santé, pilotés par le COSSIS, fourniront une feuille de route qui se traduira par des opportunités opérationnelles coordonnées par le GCS D-SISIF via la mise en place du COMOP (Comité Opérationnel des Systèmes d'Information de Santé en Ile-de-France).

Enfin, cette année a permis de consolider la réalisation de projets régionaux : L'investissement fort des équipes sur le programme Région Sans Film a permis un dépassement d'objectif de contractualisation en 2013. Le déploiement du Répertoire Opérationnel des Ressources Ile-de-France (ROR IF) a été finalisé et le projet a ainsi pu prendre une dimension interrégionale via l'Association Pléiade. L'accompagnement terrain soutenu du projet Trajectoire a permis un déploiement de l'outil sur l'ensemble de l'Ile de-France. Par ailleurs, le GCS a démarré 8 projets de Télémédecine qui lui ont été confiés par l'ARS IF.

Durant cette année le GCS D-SISIF a acquis, avec le soutien de l'ARS IF, sa reconnaissance en tant que moteur de la construction des Systèmes d'Information de Santé Régionaux et du socle de l'ENRS. Toutes nos équipes ont à cœur et pour objectif de maintenir ce défi en accompagnant au mieux les professionnels de santé qui utilisent au quotidien les outils afin d'améliorer la qualité des soins.

Le GCS D-SISIF s'attachera à continuer d'entretenir le travail collaboratif entrepris avec tous les professionnels de santé qui participent avec motivation et rigueur aux groupes de travail et contribuent à la qualité de l'expertise qui nous anime.

Jean PINSON,

Directeur du CH d'Aulnay-sous-Bois,
Administrateur du GCS D-SISIF du 23/06/ 2008 au 15/11/2012,
ancien Directeur adjoint à la politique médicale de l'AP-HP

Bertrand MARTIN,

Directeur du Centre Hospitalier d'Argenteuil,
Administrateur du GCS D-SISIF depuis le 15/11/2012

Pierre BOIRON,

Directeur du GCS D-SISIF

BILAN STRUCTURE GCS D-SISIF

Le GCS D-SISIF agit comme maîtrise d'ouvrage déléguée de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France pour d'importants projets de systèmes d'information de santé régionaux partagés, en vue de la mise en place de l'Espace Numérique Régional de Santé.

A travers les travaux menés par le projet EMERGENCE IF finalisé en juin 2012, le GCS D-SISIF a été positionné comme un acteur pivot des Systèmes d'information de Santé partagés en Ile-de-France.

A. RESTRUCTURATION INTERNE : BILAN DU PROJET EMERGENCE IF



Le projet EMERGENCE a véritablement permis à chaque entité du paysage des systèmes de santé francilien de prendre sa place afin de mieux collaborer. De la stratégie à l'opérationnel au travers du Comité de pilotage opérationnel COMOP, chaque acteur connaît le rôle qu'il a à jouer et son périmètre d'action. C'est ainsi que le Collège des DSIO des CH d'Ile-de-France a trouvé naturellement sa représentation au sein de ce Comité.

Martine AUTRAN,
Directrice du Système d'Information du CH de Gonesse et
Présidente du Collège des DSIO des Centres Hospitaliers

Les objectifs à atteindre dans le cadre du projet EMERGENCE-IF se déclinaient selon 3 axes :

AXE 1 : Inventaire

- Explorer les grands axes de besoins fonctionnels de l'ensemble des professionnels franciliens en l'élargissant aux secteurs social, médico-social, ambulatoire et prévention conformément au champ de la mission de l'ARS IF, et dégager des orientations prioritaires ;
- Réaliser un bilan du schéma directeur des systèmes d'information de santé démarré en 2007.

AXE 2 : Gouvernance

- Définir les différents niveaux de gouvernance et les structures de portage les mieux adaptées avec tous les acteurs potentiels en matière de maîtrise d'ouvrage régionale et notamment le GCS D-SISIF récemment créé.

AXE 3 : Méthodologie

- Modéliser les procédures de fonctionnement des différents acteurs (dont le GCS D-SISIF), la gestion des projets y compris la gestion des financements.

Alors que l'année 2011 avait vu la réalisation de l'axe 1, l'année 2012 a permis la finalisation des axes 2 et 3.

1. LA GOUVERNANCE RÉGIONALE DES SIS PARTAGÉS (AXE 2)

Les thématiques ont été traitées dans le cadre de la mise en place du nouveau schéma de gouvernance :

■ Sur l'élaboration de la gouvernance régionale

- Création des instances régionales nécessaires au pilotage des systèmes d'information partagés et mise au point de leurs règles de fonctionnement
- Organigramme et modalités de communication des instances
- Définition des structures de portage de projets chargées de la mise en œuvre de la politique de l'ARS IF

■ Sur les aspects juridiques

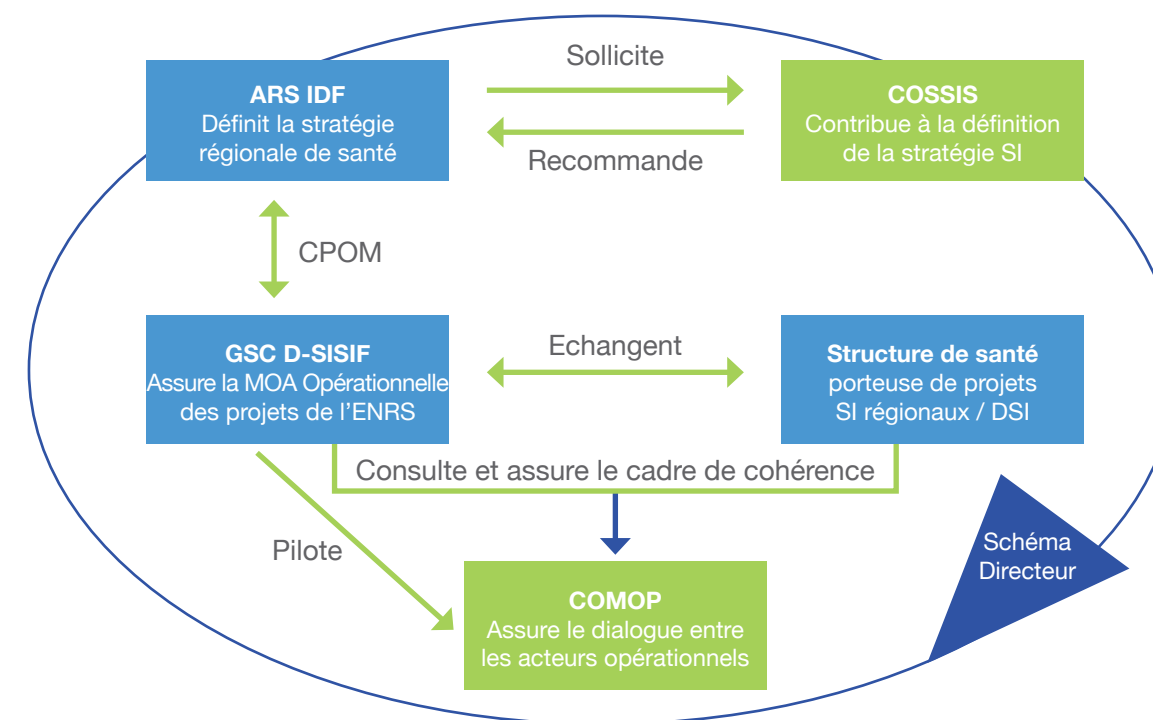
- Recommandations sur l'adaptation des statuts du GCS D-SISIF
- Etude sur les enjeux, la méthode et les modalités d'une convergence entre le GCS D-SISIF et l'association ARDOC

■ Sur les ressources humaines

- Dimensionnement des structures de portage de projets
- Identification des ressources transverses
- Recommandations d'optimisation

Le comité restreint du GCS a été très impliqué dans ces travaux. Cette implication très forte a été primordiale pour discuter la nouvelle gouvernance régionale, valider les nouveaux statuts du GCS (incluant la création de deux collèges) ainsi que l'organisation des ressources humaines.

■ Sur l'élaboration de la gouvernance régionale :



Pour construire et animer un SI partagé en Ile-de-France, il est apparu nécessaire de mettre en place une structure force d'impulsion et de cadrage des grandes orientations régionales : le [Comité d'Orientation Stratégique des Systèmes d'Information de Santé \(COSSIS\)](#).

Le **COSSIS** assume quatre missions :

- Faire toutes propositions pour favoriser le développement des SI de santé en Ile-de-France et de leur dispositif de gouvernance, en pilotant leur bonne mise en œuvre
- Emettre un avis sur le schéma directeur régional des systèmes d'information de santé et ses évolutions
- Emettre des recommandations sur le programme et le budget annuel régional consacré par les pouvoirs publics aux SI de santé
- Proposer des études prospectives sur tout domaine d'intérêt relatif aux SI de santé

Pour remplir ses missions, le **COSSIS** :

- Organise le dialogue entre les représentants des patients, les acteurs sanitaires et médico-sociaux, l'ARS IF, les Maîtrises d'ouvrage Opérationnelles, et l'ensemble des interlocuteurs compétents sur les SI régionaux pour émettre ses recommandations et avis
- Peut mobiliser les structures de l'Espace Numérique Régional de Santé telles que le GCS D-SISIF, l'Observatoire des usages, les maîtrises d'œuvre, etc.

L'Administrateur du GCS D-SISIF est membre du bureau du COSSIS et son Directeur y est invité permanent.

Afin d'assurer une cohérence opérationnelle de l'ensemble du portefeuille de projets et de solutions des SIS partagés régionaux, un [Comité de Pilotage Opérationnel des Systèmes d'Information de Santé partagés \(COMOP\)](#) a été défini, avec pour missions de :

- Assurer le dialogue entre les acteurs opérationnels du SIS partagés
- Rassembler et structurer les réflexions des acteurs opérationnels et être force d'expertises et de proposition
- Mettre en cohérence opérationnelle le portefeuille de projets et de solutions existantes
- Suivre la performance du portefeuille de projets et de solutions déployées
- S'assurer de l'avancement des différents projets et solution en lien avec le Schéma Directeur des Systèmes d'Information de Santé

La mise en place de ce **COMOP** a été confiée au GCS D-SISIF et est prévue au premier semestre 2013.

■ [Sur les aspects juridiques :](#)

Les statuts du GCS ont été analysés et amendés afin :

- De coller à la réalité du fonctionnement du GCS après deux années d'exercice
- De permettre l'intégration de l'ensemble des structures de santé dépendant du nouveau champ des ARS

Suite à l'Assemblée générale du 7 juin 2012 modifiant sa convention constitutive, le **GCS D-SISIF est désormais composé de 8 collèges** représentant l'ensemble des professionnels et établissements de santé et médico-sociaux d'Ile-de-France.

La refonte des statuts a permis l'attribution d'une durée de vie indéterminée au GCS D-SISIF, ce qui conforte son utilité au sein du paysage des systèmes d'information de santé.

Par ailleurs, [une analyse des statuts de l'Association Pléiade](#) a été demandée au cabinet juridique en charge de l'accompagnement du projet EMERGENCE.

Pour rappel, l'Association Pléiade est un véhicule d'achat créé à l'initiative du GCS D-SISIF afin de pouvoir mutualiser en interrégions les outils développés par la région Ile-de-France. L'analyse juridique a conclu à la conformité des statuts à la réglementation. De plus, elle a confirmé que le type associatif était le montage juridique le plus adéquat pour traiter la mutualisation interrégionale.

■ [Sur les ressources humaines :](#)

Le projet EMERGENCE a permis de mettre en place [une nouvelle organisation interne du GCS D-SISIF](#) afin de suivre le cycle de vie d'un projet SI. Il est à noter que le rapprochement entre le GCS D-SISIF et l'ARDOC a été opéré via la création du Pôle Ambulatoire au sein du GCS D-SISIF.

NOUVELLE ORGANISATION INTERNE DU GCS D-SISIF

- **Le Département Appui** apporte l'ensemble des fonctions supports nécessaires à la gestion de projet : administrative, juridique, financière et de communication.
- **La Coordination Médicale** participe au cadrage des projets sur les aspects fonctionnels, anime le réseau des professionnels impliqués dans les projets et veille à la cohérence des solutions avec les besoins métiers.
- **Le Département Projet** pilote la construction des solutions et est le garant du respect des règles de bonne gestion dans la conduite de projets.
- **Le Département Technique** assure le cadre de cohérence technique et est le garant de la construction de solutions interopérables.
- **Le Département Accompagnement** pilote le déploiement des solutions et accompagne les utilisateurs à la prise en main des applications.
- **Le Pôle Ambulatoire** apporte son expertise du monde libéral dans les projets et pilote des projets propres à ce secteur.



Ce projet a permis la construction d'outils de gestion partagés avec l'ARS pour une optimisation du suivi des subventions. Il a également permis de mettre en place une nouvelle structuration interne suivant la logique de vie d'un projet au sein du GCS D-SISIF.

Rémi MACÉ,
Contrôleur de gestion du GCS D-SISIF

2. SUR L'AXE MÉTHODOLOGIQUE : DÉFINITION DES PROCÉDURES DE FONCTIONNEMENT DU GCS D-SISIF

Le Projet EMERGENCE avait aussi pour ambition de définir des outils de pilotage et de gestion de projets. Ces travaux ont été menés de façon conjointe entre le GCS D-SISIF et la Direction de la Stratégie de l'ARS, notamment pour définir des tableaux de bord de suivi commun.

Les équipes du GCS, et notamment les chefs de projet, ont été mobilisés pour tester ces outils et trouver les critères pertinents et opérationnels de suivi.

B. LE PORTEFEUILLE DE PROJETS

1. L'ÉVOLUTION DU PORTEFEUILLE EN 2012

Portefeuille de projet fin 2011

- Centre régional de veille et d'action sur les urgences (CERVEAU)
- Dossier générique de réseau territorial (R.MES)
- Réseau radio inter SAMU (ANTARES / RISC)
- Déploiement et modernisation de trois dispositifs régionaux informatisés de télémédecine : TELIF, OPHDIAT et Télégéria
- Répertoire opérationnel des ressources (ROR)
- Informatisation des SMUR (clôturé)
- Région Sans Film (RSF)
- Trajectoire
- Plateforme (Projet Portail et Projet Annuaire)
- Dossier Médical Personnel
- Médecine Ambulatoire
- ORTIF
- Emergence (clôturé)

Nouveaux projets

- Les projets issus de l'appel à projet Télémédecine ARS :
 - Télépathologie
 - Télédermato UCSA
 - MATRIX
 - Téléconsultation ophtalmologie (91),
 - Etude plateforme téléradiologie 93
- Plateforme Information Santé Grand Public
- Maisons de santé
- Systèmes d'information Géographique
- Réorientation du projet R.MES : Réseau Périnatalité (HYGIE)
- Enveloppe étude de cadrage :
 - Etude d'un SI pour une structure d'exercice collectif dans le cadre des nouveaux modes de rémunération
 - Etude portant sur l'environnement des Technologies de l'information et de la communication (TIC) des points fixe de garde
 - Etude d'impact de la mise en conformité des échanges électroniques entre dépôts de sang et l'Etablissement Français du Sang (EFS) d'Ile-de-France
 - Etude sur la mise en œuvre d'une plateforme de séquençage à haut débit du génome tumoral en Ile-de-France
 - Etude de faisabilité pour le partage d'information entre les 8 Centres de Lutte Anti Tuberculose franciliens et l'ARS Ile-de-France

2. MÉDECINE AMBULATOIRE



L'exercice 2012 a permis de faire émerger une composante libérale au sein d'un nouveau schéma régional. L'existence d'un pôle ambulatoire au sein du GCS D-SISIF est une première. Il conviendra de transformer cette intention en réalité en faisant émerger un vrai projet d'inspiration libérale s'appuyant sur l'ARDOC membre fondateur du GCS qui représente aujourd'hui plus de 62 000 professionnels de santé en exercice libéral en IDF.

Dr Frédéric PRUDHOMME,
Président de l'ARDOC, Vice-Président de l'URPS Médecin,
Administrateur adjoint du GCS D-SISIF

La création d'un pôle ambulatoire au sein du GCS D-SISIF est l'aboutissement d'une relation de travail entamée dès 2011, et s'est concrétisée en 2012.

La dimension libérale a ainsi été intégrée dans une grande variété de projets d'envergure du GCS D-SISIF.

Une collaboration rapprochant les établissements et le monde libéral :

- c'est le cas du projet régional Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), tout d'abord décliné selon un axe Médecine Chirurgicale Obstétrique (MCO). La [description de l'offre de soins ambulatoire](#) est un besoin qui apparaît tout naturellement, et c'est par l'intermédiaire de l'annuaire de l'Association Régionale de Déploiement des Outils Communicants (ARDOC) que l'intégration s'effectue. Le travail d'adaptation en 2012 aboutira au cours du premier semestre 2013 à une publication de l'offre de soins libérale dans le ROR IF.

- le [déploiement du volet libéral en Ile-de-France du Dossier Médical Personnel](#) (DMP). Ce projet s'est déployé sur un périmètre restreint à vocation expérimental, puis plus important pour l'année suivante avec une volonté de collaboration entre les établissements et le monde libéral.

- une étude sur l'évaluation et le suivi de la [Permanence des Soins Ambulatoires](#) (PDSA). Ce travail s'inscrit dans le sillage de la publication du cahier des charges du même nom. Un important travail est mené de concert avec les acteurs de la PDSA, centre 15, SAMU, régulation libérale, effecteurs mobiles, effecteurs postés. Un travail sur le partage des indicateurs de la PDSA, d'une compréhension commune et d'un recueil commun a commencé. C'est au cours du premier trimestre 2013 que seront publiés les indicateurs régionaux d'activité précisant l'épaisseur des flux de la PDSA.

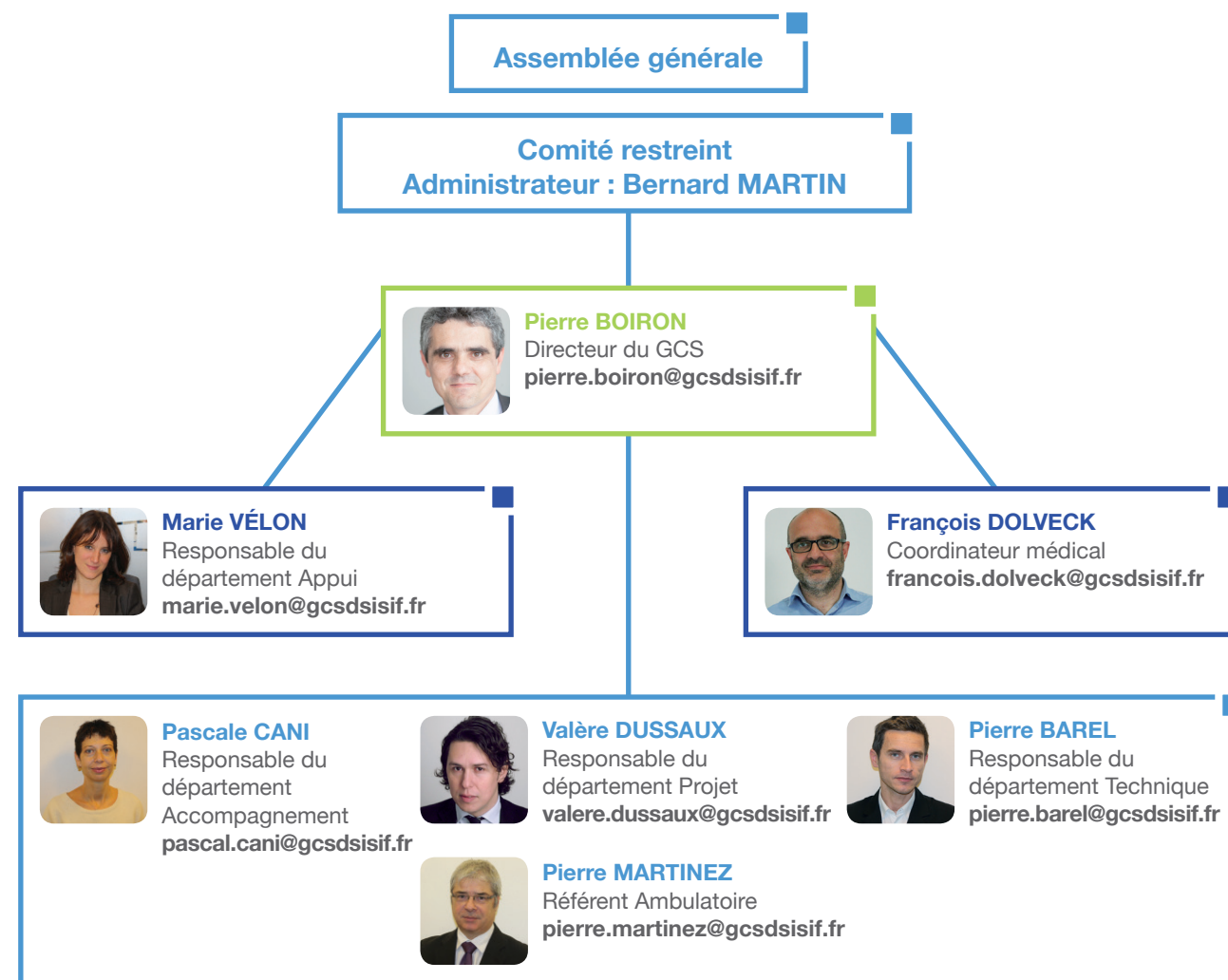
La prise en compte de projets typiquement libéraux :

- dans le champ de la télémédecine, 2 projets ont été confiés au pôle Ambulatoire du GCS D-SISIF (déploiement d'une solution de téléconsultation d'ophtalmologie, étude pour la mise en œuvre d'une télé-expertise de radiologie).

- une étude portant sur une expérimentation des systèmes d'information en maisons et centres de santé pour permettre à ces structures d'exercice collectif de disposer d'une solution logicielle labellisée par l'ASIP Santé.

C. EVOLUTION DES RESSOURCES HUMAINES

L'année 2012 a été une période de montée en charge aussi bien sur les projets que sur les ressources humaines afin de constituer le centre de compétence nécessaire au pilotage et au suivi de ces projets régionaux. L'organigramme ci-dessous a été mis en place pour répondre à la restructuration interne issue des travaux du projet EMERGENCE IF.



A la fin de l'année 2012, les effectifs sont répartis comme suit :

- 6 ETP dédiés à la structure :
 - 1 poste de Directeur du GCS
 - 5 ETP affectés au Département Appui
- 33 ETP dédiés aux projets :
 - 9 ETP affectés au Département Projet
 - 5 ETP affectés à la Coordination Médicale
 - 3 ETP affectés au Département Technique
 - 13 ETP affectés au Département Accompagnement
 - 3 ETP affectés au Pôle Ambulatoire

D. LES INSTANCES

L'Assemblée générale du 7 juin 2012 a voté les modifications de la convention constitutive, suite aux conclusions d'**EMERGENCE**. Le GCS D-SISIF est désormais composé de 8 collèges dans lesquels se répartissent ses membres : professionnels et établissements de santé ou médico-sociaux d'Ile-de-France.

Le GCS D-SISIF comptait 45 membres au 31 décembre 2012

Collège A : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Collège B : établissements publics de santé.

- CH Arpajon (91)
- CHI Créteil (94)
- CH Fontainebleau (77)
- CH François Quesnay, Mantes-la-Jolie (78)
- CH Gonesse (95)
- CH Juvisy-sur-Orge (91)
- GHI Le Raincy Montfemeil (93)
- CH Longjumeau (91)
- CH Marc Jacquet, Melun (77)
- CHI Meulan - les Mureaux (78)
- CASH Nanterre (92)
- CH Nemours (77)
- CH Orsay (91)
- CHI Poissy - Saint-Germain-en-Laye (78)
- CHI Portes de l'Oise, Beaumont-sur-Oise (95)
- CH des Quatre Villes, Saint-Cloud et Sèvres (92)
- CHNO des Quinze-Vingts, Paris (75)
- CH Rambouillet (78)
- CH René Dubos, Pontoise (95)
- CHI Robert Ballanger, Villepinte (93)
- Hôpitaux de Saint Maurice (94)
- CH Simone Veil, Evry-Courcouronnes (91)
- CHD Stell, Rueil Malmaison (92)
- CH Sud Essonne, Etampes et Dourdan (91)
- CH Sud Francilien, Corbeil-Essonnes (91)
- CH Versailles (78)
- CH Victor Dupouy, Argenteuil (95)
- CHI Villeneuve-Saint-Georges (94)

Collège C : ESPIC.

- GH Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris (75)
- CH Foch, Suresnes (92)
- Santé Services, Puteaux (92)

Collège D : CLCC.

- Institut Curie, Paris (75)
- Institut Gustave Roussy, Villejuif (94)

Collège E : établissements de santé privés hors ESPIC.

- Centre d'imagerie du Galilée (77)
- CMC de l'Europe, Le Port Marly (78)
- GM 3 RX, Saint-Maur-des-Fossés (94)
- SAS RAVA

Collège F : ARDOC

Collège G : établissements sociaux et médico-sociaux.

- ORPEA
- URIOPSS

Collège H : autres organismes ou professionnels de santé ou médico-sociaux, ou autres acteurs du monde de la santé.

- Pôle santé Médi'Centre, Val d'Essonne
- SCM André Willemin
- URPS Pharmaciens
- Ville de Gennevilliers

Un nouvel administrateur désigné au sein du comité restreint

Jean PINSON, Directeur adjoint de la politique médicale de l'AP-HP et Administrateur du GCS D-SISIF depuis son origine, a annoncé sa démission du poste d'administrateur en octobre 2012. Lors de l'Assemblée générale du 15 novembre 2012 un nouvel administrateur a été élu, en la personne de Bertrand MARTIN, Directeur du Centre Hospitalier d'Argenteuil.

Collège A (AP-HP) : • Jean PINSON, Directeur adjoint de la politique médicale de l'AP-HP	Collège E (Établissements commerciaux de santé) : • Dr Gilbert LEBLANC, Président du Centre Médico-Chirurgical de l'Europe, Administrateur adjoint
Collège B (Établissements publics de santé) : • Bertrand MARTIN, Directeur du Centre Hospitalier d'Argenteuil, Administrateur	Collège F (ARDOC) : • Dr Frédéric PRUDHOMME, Président de l'ARDOC, Administrateur adjoint
Collège C (Établissements privés à but non lucratif) : • Sylvain DUCROZ, Directeur général de l'Hôpital FOCH, Trésorier	Collège G (Structures Médico-Sociales) : • Marie-Pierre QUIBLIER, Conseillère Technique URIOPSS Ile-de-France
Collège D (Établissements de lutte contre le cancer) : • Naïma MEZAOUR, DSIO de l'Institut Gustave Roussy	Collège H (Autres structures de santé) : • Dr Philippe PARANQUE, Directeur du Pôle Santé MEDICentre Val-d'Essonne

E. STRUCTURATION DE LA COMMUNICATION

1. POUR LA COMMUNICATION INTERNE :

Des outils de communication interne visant à fluidifier la transmission d'information et à créer une culture d'appartenance à la structure ont été instaurés. Un accompagnement fort a été réalisé dans la cadre du séminaire de restitution du projet EMERGENCE : cet événement a permis de renforcer la cohésion des équipes autour d'un nouveau projet commun, afin de réussir au mieux la construction du centre de compétence que doit être le GCS D-SISIF dans la région Ile-de-France.

2. POUR LA COMMUNICATION EXTERNE :

Des vecteurs de communication ont été définis en début d'année afin de définir l'identité visuelle de la structure. D'autre part, un travail a été mené pour définir **les valeurs** que la structure souhaite véhiculer, à savoir : la rigueur, le respect et la proximité.

- Accompagner et comprendre les professionnels avec rigueur et respect dans nos réalisations
- Etre l'acteur référent pour la région dans la construction et le déploiement des meilleures solutions pour les acteurs de santé.
- Etre une structure qui permet d'acquérir une expertise dans la conduite de projets ambitieux avec un accompagnement de proximité

Parallèlement, **le site Internet** a été intégralement refondu et constitue aujourd'hui une vitrine présentant l'ensemble des projets et le fonctionnement de la structure.

Enfin, **le plan de communication** du GCS D-SISIF a été défini et validé par le Comité Restreint du GCS en fin d'année 2012. Il constitue désormais la feuille de route pour l'année à venir.

BILAN D'ACTIVITÉ PAR PROJET

A. LES PROJETS URGENCE

1. CENTRE RÉGIONAL DE VEILLE ET D'ACTION SUR LES URGENCES (CERVEAU)

Présentation

Le Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences (CERVEAU) permet de produire au titre de l'ensemble des établissements de la région Ile-de-France et des Tutelles, l'information de veille sanitaire régionale afin d'organiser au mieux les ressources hospitalières de la région. Le GCS D-SISIF intervient en tant que maîtrise d'ouvrage déléguée sur le projet de refonte du SI CERVEAU tout en assurant la maintenance en conditions opérationnelles des outils actuels du CERVEAU.

Les **objectifs du projet** de refonte du SI CERVEAU sont de :

- Disposer sur un périmètre pertinent de l'exhaustivité et de la fiabilité de l'information « en temps réel », en automatisant au maximum la récupération de données
- Définir, développer et mettre en place un entrepôt de données et les outils d'aide à la décision associés sur la base de définitions communes et partagées
- Etendre la diffusion de l'information au-delà du monde hospitalier, dans le cadre du dispositif de permanence des soins libérale



Un ensemble d'indicateurs d'activité et de tension a été retenu à l'issue des travaux menés au sein du groupe de travail « urgences » auquel j'ai participé. Ils seront mis en œuvre dans le nouveau Système d'Information CERVEAU accessible à l'ensemble des acteurs concernés à partir d'avril 2014. Les notions de veille et d'alerte font partie intégrante de la médecine d'urgence. Ces indicateurs doivent être homogènes dans l'ensemble du territoire afin que chaque établissement parle un langage commun. Ils doivent surtout pouvoir informer sur la situation prévisible des services d'urgence et permettre l'anticipation d'une réponse adaptée, sans laquelle ils perdent leur intérêt. Il faut bien veiller à ne pas être trop complexe ni trop simplificateur. Par exemple, l'indicateur du temps de passage aux urgences ne peut résumer le bon fonctionnement d'un service d'urgence. Souvent, on se focalise que sur le flux entrant alors que c'est le flux sortant, en particulier le nombre d'hospitalisations et la capacité à les réaliser rapidement, qui est à considérer comme l'élément majeur de fluidité d'un service.

Pr Dominique PATERON,
Chef de service des Urgences, Chef du pôle Urgences-Aval Hôpital Universitaire Est Parisien AP-HP

A la fin 2011, l'expression de besoins relative au futur SI CERVEAU était finalisée en vue du lancement de l'appel d'offres de maîtrise d'œuvre. Par ailleurs, le périmètre des travaux préparatoires à la refonte était fixé avec une priorisation des travaux à réaliser selon leur coût et leur niveau d'importance.



Au Centre hospitalier d'Argenteuil, nous utilisons l'outil CERVEAU depuis 2004. En tant que chef de service des urgences je le consulte quotidiennement pour connaître la situation régionale des taux d'occupation et en particulier celles des hôpitaux de proximité vers lesquels nous devons parfois réorienter nos patients. La refonte du système d'information du CERVEAU a déjà permis des évolutions notables comme celle de l'harmonisation de la définition d'un service en tension via une formule mathématique. La mise en place du contrôle qualité des remontées d'informations dans CERVEAU a augmenté la fiabilité des données. La bascule de l'outil Capacité de Réanimation sur Internet (CAPRI) dans le Répertoire opérationnel des Ressources (ROR) marque également un gain de temps pour les professionnels dans la recherche d'information.

Dr Catherine LE GALL,
Chef de service des urgences du CH d'Argenteuil

Planning, avancement et réalisations

L'année 2012 a permis de réaliser les dernières évolutions de l'outil « Cyber-Urgences » (permettant de recueillir les données d'activité des urgences afin de les transmettre à la base de l'InVS dans le cadre du réseau OSCOUR) dans l'attente du nouveau Système d'Information CERVEAU :

- Amélioration de la cartographie de Cyber-Urgences
- Stabilisation de l'outil de requêtage ad hoc utilisé pour interroger les données de cyber-urgences et production automatique de rapports mensuels pour le suivi de la Permanence des soins en établissement de santé (PDSES) nuit profonde
- Mise en place de synthèses mensuelles sur la qualité des données transmises par les établissements à Cyber-Urgences afin de valider que les données présentes dans cet outil reflètent bien l'activité des services d'Urgences : synthèses envoyées aux chefs de service des Urgences et aux services informatiques,
- Amélioration du système de relance automatique des établissements en cas de problèmes de connexion

La prise en charge du suivi d'exploitation de Cyber-Urgences en avril 2012 a constitué la dernière étape de la reprise de la maintenance des outils actuels du CERVEAU en conditions opérationnelles par le GCS D-SISIF.

Dans le cadre de la reprise de cette activité, le GCS D-SISIF a participé à l'enquête le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) Urgences menée par l'ARS afin de pré-remplir certains champs de l'enquête et de profiter du questionnaire pour remettre à jour la base de connaissance autour de Cyber-Urgences (contacts établissements, logiciel métier urgences, etc.).

Au-delà de ce suivi quotidien des connexions à Cyber-Urgences, des travaux ont été réalisés pour mettre en place de nouvelles modalités d'envoi des Résumés des passages aux Urgences (RPU) avec l'aide de l'intégration d'application d'entreprise (EAI) régional.

Ces travaux ont permis d'accepter le format RPU 2006 attendu par le nouveau SI CERVEAU et de pouvoir ainsi connecter de nouveaux services d'urgences selon les modalités attendues par le SI CERVEAU cible dès 2012 en parallèle de la construction du Système d'Information Décisionnel.

2 services pilotes (urgences du CHIV et du CH d'Arpajon) sont passés en mode production selon les nouvelles modalités en fin 2012.

Une stratégie de déploiement a été rédigée sur la base du retour d'expérience de cette phase pilote afin de proposer une nouvelle approche visant à mutualiser les charges et les coûts, notamment en organisant des rencontres avec les principaux éditeurs.

La première étape visible du projet de refonte du SI CERVEAU a consisté en la reprise des fonctionnalités de l'outil Capacité des réanimations sur internet (CAPRI) au sein du ROR-IF en ce qui concerne la saisie des disponibilités en lits de réanimations et de soins intensifs et la visualisation de synthèses régionales et départementales. La bascule effective de CAPRI vers le ROR a eu lieu le 23 octobre 2012 et un dispositif technique a été constitué pour permettre la récupération de l'historique des saisies dans le nouveau SI CERVEAU à des fins d'analyses ultérieures.

Les marchés d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) et de maîtrise d'œuvre (MOE) nécessaires au projet de refonte du SI CERVEAU ont été notifiés en 2012 et les travaux ont démarré. La phase d'initialisation du marché de MOE a eu lieu sur le dernier trimestre 2012. Par ailleurs, la charte graphique du futur système d'information a été définie et un prototype sera réalisé au premier trimestre 2013 afin de valider la faisabilité technique et réajuster la charte, si nécessaire.

La mise en place des retours d'information vers les services d'urgences de la région connectés à Cyber-Urgences a reçu un accueil très positif et a permis d'identifier certains écarts entre les données remontées à Cyber-Urgences et l'activité réelle des établissements. Elle a également permis de compléter les discussions avec les professionnels de santé sur des définitions communes et partagées afin d'améliorer le dispositif en place.

2. ANTARES

Présentation

L'ARS IF souhaite mettre en place un schéma fonctionnel cohérent des services de radiocommunication pour l'ensemble des acteurs de l'aide médicale d'urgence de la région Ile-de-France. Le déploiement du réseau ANTARES est une obligation réglementaire. Pour établir une stratégie cohérente une étude de cadrage a été commandée. Elle doit définir la faisabilité et la trajectoire pour y parvenir, l'objectif étant d'équiper les 8 services d'aide médicale d'urgence (SAMU) et 31 services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) d'Ile-de-France de dispositif radio fonctionnant sur le système ANTARES.

Planning, avancement et réalisations

Antarès est un projet national avec un déploiement régional. En Ile-de-France le lancement de ce projet s'est fait en 2007-2008. Depuis pour différentes raisons le projet a peu évolué. Il a été relancé en 2012, avec une bonne adhésion de tous les acteurs de la région. Un bilan et une étude de cadrage ont été réalisés de mai à septembre. Cette étude a permis une réunion de lancement avec les 8 SAMU le 3 octobre 2012.

Une première consultation a été réalisée afin d'équiper en matériel compatible ANTARES les SAMU 77 et 91 (ainsi, tous les SAMU de la région utilisateurs du logiciel de régulation Samuscript sont équipés). Le marché a été lancé en octobre 2012 avec une commande et une livraison réalisée le 20 décembre 2012.

3. PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Présentation

Le « *cahier des charges régional fixant les conditions de la permanence des soins ambulatoire* » a été publié en octobre 2012.

Ce document, opposable aux acteurs de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), traduit une volonté partagée d'organisation de l'offre de soins mettant en jeu de nombreux acteurs, notamment en ce qui concerne la régulation des appels, la prise en charge des demandes de soins non programmés et les lieux fixes de consultation ainsi que les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.

La mise en place des principes généraux de la PDSA implique un suivi et une évaluation adaptés portant sur l'organisation qui se mettra en œuvre progressivement sur la régulation médicale, sur l'effectif mobile et postée, sur les dispositifs d'accès au médecin de permanence.

L'ARS IF a missionné le GCS D-SISIF pour conduire le projet de définition, de conception et de développement d'un système d'information visant à l'évaluation et au suivi et de la permanence des soins ambulatoires en Ile-de-France.

Planning, avancement et réalisations

Le projet, confronté à l'exigence de production des indicateurs le plus tôt possible d'une part, et à la complexité de mise en œuvre d'autre part, est déployé en deux temps :

- **Phase 1** : cadrage et faisabilité du système d'information de recueil des indicateurs, rédaction d'un cahier des charges fonctionnel pour le développement d'un outil de recueil automatique des indicateurs de la PDSA et développement d'un outil intermédiaire de recueil des principaux indicateurs pour le deuxième trimestre 2013.

- **Phase 2** : développement de l'outil de recueil automatique des indicateurs de la PDSA.

En 2012, après une étape de sélection d'un prestataire en AMOA, l'effort s'est concentré sur la faisabilité du système d'information, d'abord sur la compréhension des indicateurs tels que publiés dans le cahier des charges, ensuite sur la faisabilité de la mesure de l'indicateur. Cette enquête a permis de consulter plus d'une soixantaine de médecins des SAMU et en exercice libéral.

La gouvernance du projet est confiée au comité de pilotage régional de la PDSA qui donne in fine son aval. Ce comité sous la présidence du Directeur Général de l'ARS IF regroupe des représentants de l'ARS IF, des représentants des SAMU, des représentants de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins et des représentants de l'ordre des médecins.

C'est sur ce fondement qu'il devient possible de consolider les propositions du terrain et de dégager une vision partagée de la PDSA.

La perspective 2013 sera de mettre en œuvre l'outil intermédiaire pour initier les séries de données, de publier le cahier des charges fonctionnel du système d'information de recueil automatique des indicateurs de la PDSA, de développer puis de tester son fonctionnement.

4. EXPÉRIMENTATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION EN MAISONS ET CENTRES DE SANTÉ

Présentation

Ce projet piloté par la DGOS en partenariat avec l'ASIP Santé, a pour objectif de permettre à une structure d'exercice collectif d'acquérir un logiciel de gestion du dossier patient (base d'information partagée) avec une solution labellisée par l'ASIP santé « logiciel pour maisons et centres de santé ».

Ce projet est en cours sur 5 régions pilote : Franche-Comté, Bourgogne, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Ile-de-France. Un Contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) a été conclu avec l'ARS IF pour permettre la gestion de cette expérimentation en Ile-de-France.

Quatre sites ont été choisis en Ile-de-France : Maison de santé pluridisciplinaire de Villiers-le-Bel, Centre Municipal de Santé de Pierrefitte, Centre de santé Polyclinique d'Aubervilliers, Pôle de Santé Paris 13 Sud.

Planning, avancement et réalisations

La mission du pôle Ambulatoire consiste en un accompagnement dans le projet selon les besoins de chaque site : recueil des besoins, élaboration d'un cahier des charges, puis contractualisation avec un fournisseur. En 2012, l'audit des projets des quatre sites a été fait ainsi que la validation avec les éditeurs de leur projet de labellisation.

Le GCS D-SISIF accompagnera, en 2013, les sites dans leur appel d'offres en vue de la sélection d'un logiciel labellisé (juin) et de sa mise en œuvre (septembre).

B. L'AIDE À L'ORIENTATION DU PATIENT

1. RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES (ROR)



L'outil est désormais arrivé à un stade de maturité. Il permet d'abord un accès facilité et direct vers le bon interlocuteur évitant le recours aux standards téléphoniques souvent encombrés.

La description complète de l'offre de soins MCO répond en effet aux besoins des patients nécessitant une prise en charge aiguë et rapide des urgences. Le ROR permet de palier à des besoins ponctuels et au recours aux structures non habituellement partenaires, soit en permettant la prise en charge faute de place dans les établissements d'accueil usuels, soit en proposant une solution de prise en charge très spécifique non disponible dans nos propres établissements. Il n'est pas rare de découvrir à travers l'outil des ressources insoupçonnées dans les établissements voisins.

Enfin le ROR est désormais aussi source d'information de la disponibilité en lits pour les patients les plus critiques que ce soit à travers les lits de réanimation ou à travers l'affichage des gardes régionales.

Dr Christophe VINCENT-CASSY,

Praticien Hospitalier du Service d'accueil d'urgence Adulte CHU du Kremlin-Bicêtre, Maîtrise d'Ouvrage du Système d'Information des Urgences Direction de la Politique Médicale

Présentation

Le projet ROR consiste à mettre en place un répertoire opérationnel exhaustif de l'ensemble de l'offre de soins régionale : www.ror-if.fr. Cette mise en œuvre est rendue obligatoire réglementairement. Le projet est commandité et financé par l'ARS IF et porté opérationnellement par le GCS D-SISIF.

Le ROR-IF est un service en ligne sur Internet qui met à la disposition de tous les professionnels de santé un répertoire complet, détaillé et mis à jour en permanence de toute l'offre de soins.

Il est l'outil identifié qui permet de faciliter la recherche d'un établissement, une ressource médico-technique afin d'optimiser l'orientation des patients.

Les objectifs et les priorités pour l'année 2012 étaient de :

- Consolider les processus de validation annuelle et de fiabilisation des données
- Mettre en place le registre des refus et les outils d'évaluation de la PDSES
- Finaliser la nouvelle interface de consultation
- Intensifier les formations utilisateurs
- Améliorer la description de l'offre de soins
- Réaliser les interfaces prioritaires
- Intégrer les nouveaux champs de l'offre de soins
- Enrichir le plan de communication
- Piloter et accompagner le changement du ROR
- Installer l'équipe du ROR-IF au sein du GCS D-SISIF

Planning, avancement et réalisations

L'année 2012 a été marquée par la livraison de 4 nouvelles versions intégrant de nouvelles fonctionnalités (registre des refus, refonte de l'interface homme-machine (IHM), aide à la saisie, garde régionale, requêteur, disponibilité des lits) et améliorant la description de l'offre de soins (refonte des nomenclatures « spécialités » / « types d'UO » / « aptitudes »).

Dans le cadre de l'ouverture du ROR aux autres SI, de nombreux chantiers sont en cours : refonte de la fiche « Unité d'œuvre (UO) », interrogation du ROR, cycle de vie, interface avec Trajectoire, interface avec l'offre de soins de l'AP-HP, interface avec Orphanet, intégration de la médecine ambulatoire et de la psychiatrie, intégration au portail régional, outil de gestion des écarts entre ROR et le projet ARHGOS de l'ARS IF pour la gestion des autorisations d'implantation dans les services de soins.

L'année 2012 marque également la fin du déploiement des sites MCO. La cellule gestionnaire effectue les mises à jour annuelles (144 établissements) et traite les signalements d'anomalie (453 en 2012) afin de garantir la qualité des données.

Elle accompagne, assiste et forme les utilisateurs (72 formations, 56 accompagnements sur site) et assure des astreintes téléphoniques dans le cadre de la PDSES et de la bascule ROR-CAPRI.

Dans le cadre de la promotion du ROR-IR, la cellule a organisé avec la région Lorraine la tenue d'un stand lors du Congrès Urgence – SFMU le 30, 31 mai et 1er juin au Palais des Congrès à Paris.

L'ensemble des objectifs et des priorités 2012 ont été atteints. Les risques identifiés sont :

- L'utilisation de l'application par les professionnels de santé : ce suivi est difficile à faire car il dépend du paramétrage de chaque poste.
- La fiabilité des données : la cellule gestionnaire évalue le taux de remplissage des données opérationnelles afin de garantir l'opérationnalité des fiches, le délai entre les mises à jour annuelles, le délai du traitement d'une anomalie. La fiabilité est un argument majeur d'utilisation et d'interfaçage avec les autres applicatifs. L'utilisation multi régionale est un gage de qualité du travail réalisé. Néanmoins le pilotage du programme en devient de plus en plus complexe et nécessite un investissement particulier.

2. TRAJECTOIRE

Présentation

BILAN DU PEUPLEMENT

- Durée du peuplement = 2 ans
- Nombre de sites MCO = 244
- Délai médian de peuplement = 4 mois
- Formations = 266
- Accompagnement sur site = 43% d'établissements
- Evaluation du peuplement par questionnaire :
taux de participation = 45% - taux de satisfaction de l'application = 82%



En octobre 2010 a eu lieu l'installation de l'outil Trajectoire en service de neurologie. En octobre 2011 tous les services d'hospitalisation du CHV utilisaient l'outil. L'outil Trajectoire nous offre une meilleure connaissance de l'offre de soins très bénéfique pour tous les patients. Malgré les résistances au changement observées sur une partie des personnels : reconnaissance aujourd'hui de la plus-value apportée : traçabilité, rapidité. Toutefois, il est important de maintenir les liens réguliers avec les Soins de Suite et de Réadaptation pour une collaboration toujours plus efficace. Trajectoire nous a permis d'objectiver et de confirmer nos partenariats. Pour finir nous formulons un souhait : l'obligation à tous les SSR d'utiliser l'outil et la généralisation de Trajectoire sur l'ensemble du territoire national.

Anne-Marie SUILLEROT,

Cadre socio-éducatif du CH de Versailles Henri Mignot en collaboration avec **Manon MERIC**, assistante sociale dans son service

Trajectoire est un outil Internet sécurisé, développé par les Hospices Civils de Lyon, d'aide à l'orientation des patients hospitalisés au sein de services de médecine, de chirurgie ou obstétrique (MCO) requérant des soins de suite et réadaptation (SSR), de l'hospitalisation à domicile (HAD) ou des Soins de Longue Durée (USLD).

L'outil permet aux professionnels de santé de gérer en temps réel les transferts de patients en SSR, HAD et USLD depuis l'HAD, le SSR, le MCO et les USLD via une fiche d'admission standardisée et un annuaire opérationnel des structures de SSR et d'HAD (pathologies prises en charge, ressources et soins techniques...).

Les données renseignées alimentent un observatoire des filières de soins détaillant les transferts en SSR / HAD / USLD, véritable outil partagé d'aide à la décision et à la négociation entre l'ARS et les établissements. L'application propose une meilleure orientation dans le parcours de soins du patient, favorisant l'organisation des filières de soins et la réduction de la durée de séjour.

L'application est hébergée par les Hospices Civils de Lyon et maintenue (maintenance curative et évolutive) par le GCS SIS Rhône-Alpes (GCS SISRA).

• Évolutions fonctionnelles de l'application

La gouvernance de l'application Trajectoire est réalisée par le Comité de suivi inter régional de Trajectoire. Ce comité est constitué par le GCS SISRA et les régions utilisatrices de l'outil sous un mode participatif. Il a pour objectif d'arbitrer et valider les prochaines évolutions de l'outil national.

• En 2012, les fonctionnalités suivantes ont été ajoutées à Trajectoire :

- **Intégration des Formulaires de Mise sous accord préalable (MSAP) en SSR (février 2012)** : Afin de faciliter le travail des professionnels et de fluidifier la prise de décision par l'Assurance Maladie, Trajectoire a intégré la fiche de MSAP destinée aux médecins de l'Assurance-Maladie.
- **Module d'orientation en USLD (mars 2012)** : Ce module comporte un annuaire des situations requérant une prise en charge en USLD et a intégré le module d'orientation sanitaire de Trajectoire.
- **Mise en place d'une fonction « Expertise » (mars 2012)** : Cette fonctionnalité permet aux établissements demandeurs d'ouvrir de façon temporaire des droits d'accès à des médecins chargés de coordination territoriale.

- **Mise en place de « Métafiches » spécialisées (octobre 2012)** : La fiche d'admission standardisée de Trajectoire a intégré des modules spécialisés liés à la pathologie sélectionnée lors de l'orientation (pneumologie, cardiologie, AVC, EVC-EPR, addictologie, affections des brûlés, cancérologie, affections onco-hématologiques, fiche sociale pédiatrique).

Après les difficultés rencontrées en 2011 avec le moratoire de déploiement de l'outil, l'année 2012 a été l'année de la généralisation de l'utilisation de Trajectoire en Ile-de-France. Désormais, tous les établissements SSR et HAD reçoivent régulièrement des demandes d'admission via l'outil (voire l'ensemble de leurs demandes d'admission) et un transfert de MCO en SSR sur deux transite via Trajectoire.

Le déploiement bénéficie du soutien des fédérations hospitalières et de l'AP-HP. La dynamique de déploiement a été forte dans la plupart des territoires. Les retours d'expérience des utilisateurs sont positifs et alimentent cette dynamique. Par ailleurs, l'utilisation de l'observatoire des données s'est généralisée au sein des établissements MCO comme SSR. [La démarche Trajectoire est maintenant pleinement ancrée dans la région.](#)

Planning, avancement et réalisations

• Les principales réalisations

[L'ensemble des structures de soins MCO franciliennes a été sollicité pour déployer Trajectoire](#) et la quasi-totalité a été rencontrée.

Les objectifs ont été revus en 2012 pour intégrer une nouvelle méthode de calcul permettant d'objectiver l'usage de Trajectoire dans l'aide à l'orientation en SSR. Elle prend en compte chaque demande d'adressage en SSR pour un patient donné. Le déploiement des établissements MCO pédiatriques a été lancé. Fin décembre 2012, 52 % des prescriptions de MCO en SSR sont réalisées dans l'outil.

[Le déploiement de l'annuaire HAD](#) (15 établissements) a été lancé en 2011. Fin 2012, cet annuaire est opérationnel et exhaustif.

L'annuaire SSR Trajectoire a été renseigné en 2010. Afin de maintenir le qualitatif de cet annuaire et le lien avec les établissements SSR, l'équipe projet a rencontré la quasi-totalité des établissements SSR franciliens avec autorisation pour le patient adulte entre le printemps et l'automne 2012.

En octobre 2012, la version 3.5 a intégré la révision du thesaurus adulte. L'équipe projet coordonne depuis octobre la mise à jour par les médecins responsables de service SSR des pathologies prises en charge déclarées dans leur annuaire.

3. DOSSIER GÉNÉRIQUE DE RÉSEAU TERRITORIAL (R.MES) : RÉORIENTATION DU PROJET

Présentation

Le projet R.MES visait à offrir une solution informatisée pour les réseaux de santé. Lancé en 2008, il avait été pris en charge par le GCS en 2010 alors que le projet était dans une situation très difficile.

En juillet 2011, après une tentative infructueuse de relance du projet, et suite à la remise à l'ARS IF d'un rapport sur les difficultés politiques, financières et organisationnelles du projet, il a été décidé de mettre le projet R.MES en attente en vue d'un recadrage.

En mai 2012, une rencontre a été organisée à l’ARS avec la DOSMS, la Direction Stratégique et le GCS. Les priorités suivantes ont été identifiées :

- Etudier la solution mise en place par les réseaux périnataux et pédiatriques depuis 2008 qui semblait bloquée malgré l’engagement des professionnels dans le projet (projet HYGIE)
- Mettre en place une stratégie de mise en cohérence technique des solutions existantes dans les réseaux de santé pour améliorer la sécurité des environnements et aider à la mise en conformité avec les réglementations.

La stratégie de mise en cohérence technique

Ce projet vise à étudier la possibilité d’améliorer les solutions déployées actuellement dans les réseaux de santé. En effet, la plupart des produits utilisés par les réseaux de santé n’offre pas systématiquement un environnement sécurisé (hébergement, accès).

Lors de la décision de relance du projet en décembre 2012, il a été convenu de travailler avec deux réseaux de santé, ONCO 94 et OSMOSE. L’objectif est de réaliser une étude des deux solutions utilisées par ces réseaux, puis de travailler avec les éditeurs, soit pour préparer les évolutions nécessaires dans le cadre de leur plan produit, soit pour travailler à l’intégration de ces outils dans l’ENRS, en offrant a minima un accès par le portail régional et un hébergement sécurisé.

L’objectif pour le GCS est de capitaliser à partir de ces expériences afin d’offrir à terme des solutions de sécurisation et de mise en cohérence des applications nécessaires au bon fonctionnement des systèmes d’information partagés.

Le projet HYGIE

La périnatalité en Ile-de-France, c’est 25% des naissances françaises, ce qui représente 200 000 naissances par an.

Les réseaux de santé en périnatalité et pédiatriques interviennent par territoire d’influence, coordonnent et réorientent les prises en charges les plus complexes. Ils assurent un suivi cohérent du parcours au plus près des besoins de la femme enceinte et des enfants vulnérables jusqu’à 7 ans. Ils sont les garants d’une qualité de prise en charge au travers de la diffusion de bonnes pratiques professionnelles, issues des sociétés savantes et relayées auprès des professionnels de santé. Leur besoin de remontée de données de santé périnatales est essentiel pour piloter leur activité de coordination, mesurer l’impact de leurs actions et produire les indicateurs de pilotage de la politique périnatale régionale et nationale.

Le dossier patient actuel mis en place par les réseaux périnataux et pédiatriques depuis 2008, partiellement déployé et ne répondant pas au cadre d’interopérabilité des Systèmes d’Information de Santé publié par l’ASIP Santé, a mené les réseaux dans une impasse technologique.

Dans ce contexte, l’ARS IF qui soutient la mise à disposition de moyens pour les réseaux de santé a mandaté le GCS D-SISIF pour piloter le projet SI des réseaux périnataux et pédiatriques. L’objectif du projet, nommé HYGIE, est de concevoir et mettre en place une solution pour répondre aux besoins des acteurs des réseaux de santé en périnatalité et pédiatrique (cellules de coordination et acteurs de santé impliqués dans la prise en charge) et de produire des indicateurs de pilotage de la politique périnatale en Ile-de-France.

Les enjeux de ce projet sont :

- Le pilotage de la politique périnatale francilienne,
- L’amélioration de la prise en charge et de la coordination du parcours de soins des femmes enceintes et enfants vulnérables.

Planning, avancement et réalisations

Sous l’impulsion de l’ARS IF, un cadrage du projet a été mené par le GCS D-SISIF sur le deuxième semestre 2012.

Le Comité Restreint du GCS D-SISIF a ensuite inscrit ce projet dans son portefeuille projets et mis en place une équipe projet à même de piloter la conception, la réalisation et le déploiement d’une solution globale, au service de la politique périnatale francilienne sur 2013.

Le déploiement de la solution se fera sur le territoire du Val d’Oise (95), en phase pilote, à partir de 2014.

La solution proposée aux réseaux devra impérativement :

- Répondre aux besoins de pilotage des tutelles
- Répondre aux besoins des cellules de coordination des réseaux
- Permettre les échanges d’information entre les acteurs des réseaux
- Respecter le décret hébergeur de données de santé pour stocker les données patient nécessaire à la bonne prise en charge par le réseau
- Etre capable de recueillir les informations produites par les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient, donc être construite dans le respect des standards et notamment le cadre d’interopérabilité de l’ASIP Santé.

4. DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL _____

Présentation

La loi du 13 août 2004 a créé le Dossier Médical Personnel (DMP) pour favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, au service d’un meilleur suivi médical. Le DMP est un dossier médical informatisé, accessible sur Internet. C’est un service de santé publique mis à disposition par l’ASIP Santé pour tous les bénéficiaires de l’Assurance Maladie. Il contient les informations personnelles de santé nécessaires à la prise en charge des patients : traitements, allergies, antécédents médicaux et chirurgicaux, comptes rendus hospitaliers, résultats d’examens d’imagerie et de laboratoires... Avec l’accord du patient, les professionnels de santé peuvent ajouter dans le DMP tout document qu’ils jugent utile et pertinent à la coordination des soins de leurs patients.

Suite à un déploiement du DMP initié dans 4 régions dites « Amorçage », le DMP est entré depuis 2012 dans une phase de déploiement généralisé sur le territoire français.

L’ARS IF a donc mandaté le GCS D-SISIF pour porter la réponse à l’appel à projet « Déploiement du DMP en région » piloté par l’ASIP Santé, afin d’accompagner les régions dans le déploiement du DMP en fonction de leurs spécificités et capacités.

Le GCS D-SISIF a remporté l’appel à projet pour déployer le DMP en Ile-de-France et répondre aux **objectifs** suivants :

- Informer, mobiliser tous les acteurs régionaux autour du DMP : à savoir, au niveau régional et pendant toute la durée du projet, réaliser des actions d’information, de sensibilisation et de mobilisation sur le DMP auprès de tous les acteurs.

- Déployer le DMP sur un bassin de santé « pilote » : à savoir réaliser un déploiement opérationnel sur un bassin de santé identifié comme suffisamment mature et largement représentatif puis réaliser une évaluation détaillée des résultats.
- Suivre le déploiement et développer les usages : à savoir, faire un suivi organisé sur 24 mois, du projet de déploiement du DMP dans la région, chargé notamment du passage d’une phase pilote à une phase d’industrialisation.

L’ARDOC, déjà très impliquée dans l’association de généralisation du DMP en Ile-de-France et qui a participé au groupe de réflexion mis en place par l’ARS, a été désignée pour accompagner le GCS D-SISIF dans le pilotage du déploiement du DMP auprès des ressources médicales libérales franciliennes. L’un des enjeux forts pour le monde libéral sera d’adopter le DMP dans sa pratique quotidienne et d’en démontrer l’utilité grâce notamment à la mutualisation des informations avec l’ensemble des acteurs de santé. L’ARDOC a développé une relation privilégiée avec le monde libéral, et a su développer méthode et évaluation dans les projets qui lui ont été confiés.

L’ARS IF a souhaité s’engager dans le déploiement du DMP sur un bassin identifié comme suffisamment mature et représentatif, il concerne 3 établissements de santé et leurs correspondants libéraux dans le bassin de santé du sud Yvelines (78) et sud des Hauts-de Seine (92), à savoir :

- Le CMC de l’Europe
- L’hôpital Ambroise Paré de l’AP-HP
- L’EHPAD Résidence St Rémy du groupe ORPEA-CLINEA

A fin 2012, l’hôpital Raymond Poincaré, de l’AP-HP entre également dans ce projet de déploiement national.

Planning, avancement et réalisations

L’année 2012 (avec un démarrage en juin du projet) a été consacrée à la mise en route des établissements dans le projet et de leurs correspondants libéraux. Plusieurs actions ont été mises en place et réalisées pour accompagner ce lancement :

- **Une communication et un cadrage du projet** dans chaque établissement pilote avec tous les profils d’acteurs impliqués pour intégrer le DMP dans l’organisation de l’établissement et accéder au DMP via l’outil métier des Professionnels de santé
- **Des présentations en CME** pour faire valider les principes d’usage du DMP en établissement par le corps médical
- **Une communication ciblée** des médecins libéraux au travers :
 - D’un courrier établissement auprès de leurs correspondants avec une invitation sur site à présenter le projet pour certains établissements
 - Des campagnes de recrutement massives et ciblées
- **Un accompagnement du changement** auprès des acteurs de santé au travers :
 - De sessions de formation pour les administratifs et professionnels de santé hospitaliers
 - De sessions d’informations sur le DMP en soirée
 - D’un accompagnement personnalisé des libéraux avec la mise en place d’un numéro de téléphone d’assistance dédiée ARDOC
- **De l’information auprès des patients** (dans les chambres, en consultation...) sur leurs droits et les bénéfices du DMP

- **Un suivi du déploiement** a été également instauré avec :
 - La mise en place d’une comitologie projet impliquant tous les acteurs pilote dont l’ARS et l’ASIP Santé
 - La mise à disposition de statistiques hebdomadaires et mensuelles par l’ASIP Santé sur le nombre de DMP créés et alimentés, le type de documents alimentés, par profil d’acteurs
 - Un suivi mensuel qualitatif de l’intégration du DMP dans la pratique libérale et un « club utilisateur »

A fin 2012, le déploiement du DMP en Ile-de-France, c’est :

- 264 113 DMP créés en France
- 3 804 DMP créés en Ile-de-France dont plus de la moitié sont alimentés

Les actions du GCS D-SISIF et de l’ARDOC ont contribué à produire plus de 70% de la production de DMP sur les départements du 78 et 92 (1 400 DMP sur ces deux départements).

2013 sera consacré à l’évaluation du pilote et à la généralisation du déploiement du DMP sur le territoire francilien dans le respect des orientations nationales et régionales de déploiement du DMP.

Néanmoins, à fin 2012, un **premier retour d’expérience** peut déjà être communiqué :

- La particularité de ce projet relève du nombre et de l’hétérogénéité des acteurs impliqués dans l’usage du DMP, qui va jusqu’à l’implication majeure et centrale du patient, propre à ce projet. La communication est omniprésente.
- Le déploiement du DMP, autant en établissement qu’en libéral, est fortement influencé par les impulsions nationales et régionales. Le rythme du déploiement est également dépendant des éditeurs des logiciels métier qui doivent être certifiés « DMP compatibles » pour que le DMP s’intègre au mieux dans les pratiques professionnelles, eux-mêmes, à l’écoute des messages politiques.
- Malgré une « image brouillée » du DMP, empreint dans l’esprit des usagers, patients et professionnels de santé, une conviction de son utilité dans la coordination des soins fait clairement consensus. Le challenge de 2013 sera de transformer ce ressenti terrain en évidence pour tous.

5. PLATEFORME INFO SERVICE (PFIS)

Présentation

L’ARS IF souhaite développer un portail santé grand public et a été confié ce projet au GCS D-SISIF. L’objectif est de réaliser un portail inter actif entre l’ARS Ile-de-France, les acteurs de santé et la population. Les principaux thèmes qui y seront traités sont les annuaires, la démocratie sanitaire, la prévention... Tous les acteurs de santé de la région sont concernés. Le souhait est de faire de ce portail un site pilote pouvant être réutilisé par d’autres ARS.

Planning, avancement et réalisations

Le projet a été présenté et accepté au Comité Restreint du GCS de septembre 2012. Le comité de suivi projet a été mis en place puis le projet été présenté au COSSIS le 20 décembre 2012.

Des groupes de travail sur différentes thématiques ont été constitué : l’objectif de ces groupes de travail est de pouvoir rédiger le cahier des charges permettant le recrutement d’un prestataire de MOE pour la réalisation du site Internet. Les premiers thèmes abordés sont les annuaires et la démocratie sanitaire. Les bénéfices attendus de ce projet sont avant tout l’amélioration de l’information régionale se rapportant à la santé tant en termes d’accessibilité que de prévention ainsi que de favoriser la visibilité des actions de l’ARS auprès du public.

1. SCHÉMA DIRECTEUR DES SYSTÈMES D'INFORMATION EN IDF

Présentation

En 2007, l'ARH avait élaboré avec les acteurs du monde sanitaire un schéma directeur des systèmes d'information de santé partagé le SISIF. Ce schéma directeur est à l'origine de la création du GCS D-SISIF, dont la vocation initiale était de porter les projets inscrits dans le cadre du SISIF.

Au cours des cinq dernières années, ce schéma directeur a permis le développement de services et de projets tels que le ROR, Trajectoire, CERVEAU, RSF, Plateforme... qui constituent les fondements de l'ENRS.

En 2012, après 5 années, il est apparu nécessaire de préparer un nouveau schéma directeur, s'inscrivant dans le cadre de la nouvelle gouvernance mise en place à l'issue du projet EMERGENCE et couvrant les nouveaux domaines de compétence des ARS, en intégrant notamment un volet médico-social.

En parallèle, le Secrétariat général des ministères sociaux venait d'élaborer un SDSI national des ARS couvrant les SI internes des ARS et certains outils de régulation. En mai 2012 l'ARS IF et le GCS ont donc décidé de préparer une démarche de construction d'un nouveau schéma directeur couvrant la période 2013-2017.

Celui-ci doit permettre de définir de manière cohérente :

- un volet schéma directeur interne à l'ARS
- un nouveau volet SDSI régional des SI de santé.

Planning, avancement et réalisations

Une consultation a été lancée en juin 2012 pour sélectionner un cabinet de conseil. Dans le cadre des partenariats mis en place dans la région, le RESAH-IDF a été choisi pour porter la consultation. Celle-ci a abouti à la sélection d'un cabinet en juillet 2012.

Les travaux engagés avec le prestataire choisi doivent permettre d'aboutir en septembre 2013 à la validation d'un nouveau schéma directeur. Le bureau du COSSIS jouera le rôle de comité de pilotage pour le projet.

La première partie du travail accompli sur le dernier trimestre 2012 a permis de préciser l'alignement stratégique dans l'élaboration des SI régionaux de santé et d'étudier les besoins des directions métiers concernant le SI interne des ARS.

L'année 2013 devra permettre d'élaborer l'architecture cible, les trajectoires d'évolution du SI et de construire un catalogue d'initiatives ou de projets prioritaires reposant sur un budget et un planning clairs.

2. PLATEFORME (PROJET PORTAIL ET PROJET ANNUAIRE)

Présentation

Le projet Plateforme vise à :

- Construire l'outil d'accès à l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), un accès unique et simplifié à l'ensemble des SI (référentiels et applicatifs métiers) utilisés par tout type de professionnel (Professionnels de Santé, administratif...) : cet accès est réalisé par plusieurs modalités (carte CPx, login/mot de passe...) ;
- Construire les briques fondamentales de cet Espace par étapes : référentiels, outils backoffice type [intégration d'application d'entreprise \(IAE\)](#) : cette construction correspond à des vagues d'urbanisation.

La mise en place de la plateforme de services (Portail et applications intégrées) vise à atteindre les **objectifs** suivants :

- Permettre aux professionnels de santé de la région d'accéder à un éventail de SI composant l'ENRS via une entrée unique et sécurisée ;
- Simplifier l'authentification des utilisateurs (système de fédération d'identités) ;
- Favoriser l'adoption et l'utilisation de l'ENRS ;
- Favoriser la mise en place d'une stratégie de gouvernance des données grâce à une urbanisation planifiée en améliorant la coordination des projets régionaux et l'harmonisation des interconnexions applicatives.

Planning, avancement et réalisations

A fin 2012, le projet plateforme est constitué des sous-ensembles suivants :

- [Un portail de consultation hébergé par le GCS D-SISIF](#) (Identique au Portail de la région Rhône-Alpes) avec une intégration de 3 applicatifs métiers en version beta : ROR-IF ; Trajectoire ; ELIOS (Dossier patient - Institut Curie).
- [Une plateforme d'échange de type EAI/ESB](#) en production aux périmètres suivants :
 - Cyber-urgence : Activité et résumé de passage aux urgences
 - ROR : Historisation des disponibilités de réanimation
- [Le référentiel REPSIF](#) (professionnels et structures de santé)
 - Prestation démarrée autour de la création du référentiel REPSIF V1
 - Cadrage fonctionnel sur les périmètres RPPS et FINESS
 - Cadrage technique notamment sur l'EAI et la base de données
 - Recueil des différents besoins en matière de référentiel

L'année 2012 a été marquée par plusieurs événements et décisions :

- Démarrage en production de la [Plateforme d'échanges](#) (EAI/ESB, webmethods)
- Reprise de [l'infrastructure Portail](#) (dotNetnuke) en Ile-de-France
- Relance du [référentiel REPSIF](#) (spécifications de la V1 en cours de finalisation)

Les éléments positifs identifiés en 2012 sont les suivants :

- Cadrage conjoint entre le GCS et l'ARS du référentiel REPSIF et relance du projet
- Installation indépendante du Portail dans un environnement propre au GCS D-SISIF
- Prise en compte de l'intégration des composants de l'ENRS (Portail/Référentiels/EAI) dans tous les nouveaux projets du GCS D-SISIF, notamment en matière de télémedecine
- Convention IDF/Rhône-Alpes, pour envisager une collaboration approfondie pour les prochaines années.

3. RESEAU HAUT DEBIT

Présentation

Les **objectifs du projet** sont les suivants :

- La mise en place d'un groupe fermé d'utilisateurs (GFU) santé permettant d'assurer une garantie de qualité de services et la sécurité des échanges
- L'optimisation de la dépense publique par la rationalisation des raccordements Telecom dans les établissements
- L'amélioration de la qualité de service (disponibilité, haut débit)

Le lancement par le GCS de nombreux projets de Télémédecine (téléconsultation, téléexpertise...) et d'un service d'externalisation/infogérance implique pour chacun de ces projets une connectivité réseau avec une très haute qualité de service et potentiellement un fournisseur par service.

Or il n'existe pas en Ile-de-France de réseau dédié pour les établissements de santé, hormis celui de l'AP-HP avec lequel il faudra s'interconnecter.

Après une première phase de validation de la faisabilité, une première version de ce réseau doit être rapidement mise en œuvre (2ème trimestre 2013) pour servir les premiers besoins.

Parallèlement, une étude sur une vision long terme donnera des scénarios d'évolutions (économiques, techniques, usages, gouvernance...), en cohérence avec la Stratégie de cohérence régionale d'aménagement numérique (ScORAN) IF.

Planning, avancement et réalisations

Un appel d'offre a été publié par le GCS pour se faire accompagner d'un cabinet spécialisé en Telecom, pour une étude en 3 tranches :

- Lancement d'une **étude de faisabilité**, qui a conclu à la possibilité de lancer rapidement une solution de raccordement réseau multiservices en s'appuyant sur les offres standard des opérateurs (réseaux type MPLS), mais impliquant le recrutement d'une ressource dédiée au GCS.

- Rédaction d'un appel d'offres pour cette **première version de réseau MPLS**. L'objectif est de parvenir aux premiers déploiements opérationnels dès le deuxième semestre 2013, en cohérence avec les premiers déploiements des projets de télémédecine. Pour cela, un opérateur sera retenu au cours du 2ème trimestre dans le cadre d'un appel d'offres ouvert.

- Lancement en parallèle d'une **étude stratégique** à plus long terme et en phase avec les démarches en cours dans les départements et la région Ile-de-France, pour une livraison au 1er trimestre 2013.

A ce stade du projet, le principal risque sur cette première version de réseau qui sera basé sur les offres standards des opérateurs privés porte sur le niveau de tarif qui sera atteint à l'issue de la consultation. Néanmoins, on peut noter une grande mobilisation des différents acteurs (opérateurs privés et structures publiques) sur ce projet, et une situation favorable en région Ile-de-France, qui dispose d'un grand maillage de fibre optique et de la présence de nombreux opérateurs.

D. LES PROJETS TÉLÉMEDECINE

1. ORTIF - TÉLÉNEURO

Présentation

Le programme ORTIF - TéléNeuro s'inscrit dans la perspective du Projet Régional de Santé (PRS) d'Ile-de-France et du Plan Régional de Télémédecine (PRT). Il vise à équiper l'ensemble des sites d'urgences de la région Ile-de-France des moyens leur permettant de requérir, en cas de besoin, l'une des 19 Unités Neuro-Vasculaire (UNV) dans le cadre de la prise en charge de l'AVC et/ou les services spécialisés en neurologie : neurovasculaire, neurochirurgie, neuroradiologie diagnostique et interventionnelle.

La télémédecine permet de répondre à une problématique de temps et sa mise en place permettra au patient de pouvoir bénéficier d'une expertise neurologique quel que soit son lieu de prise en charge.

L'objectif est de parvenir à mettre en œuvre une plateforme en mode SaaS fournissant un système d'échanges d'images et de données médicales associées dans le cadre de la téléexpertise et un système de visio-conférences dans le cadre des téléconsultations afin notamment :

- De remplacer l'outil TELIF actuellement en place sur une cinquantaine d'établissements franciliens dans le cadre de la neurochirurgie;
- De passer de la phase expérimentale à la phase de production du projet TéléNeuro actuellement mené sur 7 sites dans le cadre de la prise en charge de l'AVC puis de l'étendre à 19 UNV et aux sites d'urgences de la région.

Le périmètre fonctionnel du projet couvre les actes de téléconsultation, de téléexpertise et de téléassistance médicale pour les spécialités impliquées dans la prise en charge des urgences neurologiques.

La Plateforme pourra s'élargir sur d'autres usages, basés sur les mêmes outils, en fonction des besoins et priorités identifiés. A l'issue du déploiement opérationnel sur les urgences neurologiques, des projets de télémédecine actuellement en évaluation sur les usages et les organisations médicales pourront être amenés à utiliser le socle que constituera la Plateforme ORTIF - TéléNeuro.

Pour ce programme, le modèle juridique qui a été choisi est le suivant : le GCS D-SISIF contractualisera directement avec le titulaire du marché et mettra ensuite ce marché à disposition de ses adhérents. Le GCS centralise la procédure de passation en assurant le paiement du service. Une refacturation du GCS vers les établissements sera réalisée.

Les **objectifs du projet** sont :

- Améliorer la qualité de prise en charge des urgences neurologiques quel que soit le lieu de prise en charge du patient
- Améliorer les délais de prise en charge sur les urgences neurologiques
- Mettre en place un outil régional favorisant les échanges entre les sites d'urgences et les sites experts en neurologie
- Mutualiser à grande échelle des moyens humains et financiers

Planning, avancement et réalisations

Le GCS D-SISIF a été missionné fin 2011 par l'ARS en tant que Maitrise d'Ouvrage Opérationnelle Déléguée pour assurer le portage du projet sur les plans technique, financier, juridique et financier (sélection d'un opérateur de télémedecine sur la région, déploiement de la solution, définition du modèle juridique, définition du modèle technico-économique...).

La **phase de cadrage du projet** a ainsi démarré dès 2012 afin d'aboutir à la rédaction d'un cahier des charges pour le lancement d'une consultation. Les deux premiers trimestres de 2012 ont été consacrés aux actions suivantes :

- **Mise en place d'ateliers avec les professionnels de santé** afin de définir les besoins fonctionnels.
- **Choix du modèle technico-économique** de la solution : des entretiens avec des directions d'établissements privés et publics ont été réalisées afin d'identifier le modèle technico-économique le plus adapté. Le modèle SaaS a été identifié comme tel, avec un souhait d'avoir un prix forfaitaire selon le service souscrit (avec ou sans visioconférence). Ces entretiens ont aussi permis de connaître un forfait annuel acceptable par les établissements.
- **Réalisation d'un benchmark** afin d'identifier les solutions existantes sur le marché et si ces dernières répondaient aux besoins exprimés par les professionnels de santé mais aussi si les prix correspondaient à nos attentes.
- **Choix du modèle juridique** : après une analyse des risques, il a été acté que le GCS D-SISIF contractualiserait directement avec le Titulaire sur le service de base et refacturerait ensuite aux établissements de santé.
- **Choix du type de consultation** à lancer : il s'est avéré que début 2012, certains points du cahier des charges devaient encore être approfondis ainsi le choix de lancer un dialogue compétitif a été choisi afin de pouvoir affiner les besoins au cours des auditions avec les industriels.

Les différents éléments de ce cadrage ont permis d'aboutir à la rédaction du programme fonctionnel qui a été publié en septembre 2012 et ainsi la procédure de dialogue compétitif a été lancée.

Le **dialogue compétitif** se décompose en plusieurs phases :

- **La sélection des candidats** qui pourront participer au dialogue qui s'est faite en novembre 2012. Quatre groupements de candidats ont été sélectionnés.
- **Les auditions sur trois thèmes (technique, fonctionnel et économique)** : deux phases d'audition ont été organisées, une 1re phase en décembre qui a permis d'ajuster le programme fonctionnel puis une 2^{nde} en mars qui a permis d'aboutir à la rédaction du programme fonctionnel final. Chaque spécialité concernée par le projet a été représentée aux auditions (neurologue, neurochirurgien, neuroradiologue, urgentiste, cadre de santé, Directeurs des Systèmes d'informations, Directeurs administratif et financier, Directeur, Juriste...).

La **prochaine étape** du dialogue compétitif sera la **remise des offres** des quatre groupements puis leur analyse pour aboutir au choix du futur Titulaire. Le déploiement démarrera fin 2013.

Aujourd'hui, peu de projets de télémedecine de cette taille sont en production ainsi les retours d'expériences sont rares, en particulier sur l'organisation médicale et sur le modèle médico-économique qui reste encore à définir.

Ces points sont des points de vigilance car ils peuvent avoir un impact direct sur le déploiement de la plateforme ORTIF – TéléNeuro.

2. TÉLÉDERMATO – SANTÉ DÉTENUS

Présentation

La dermatologie se caractérise par la concentration des compétences dans certains centres hospitaliers. Or les pathologies cutanées constituent une part importante des problèmes que des médecins non dermatologues des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont amenés à prendre en charge. A ces besoins, s'ajoutent pour les patients incarcérés, les difficultés liées à l'organisation de leurs extractions vers les hôpitaux. La télémedecine permet de palier ces difficultés et de permettre un accès simple et rapide à l'expertise médicale en dermatologie.

Le projet Télédérmatolo s'inscrit dans le Plan Régional de Télémedecine. Il vise à mettre en place une solution de télémedecine répondant aux besoins de la prise en charge en dermatologie des personnes détenues. A travers ce projet, il est envisagé d'équiper les 13 UCSA franciliennes des moyens leur permettant de requérir, en cas de besoin, un expert en dermatologie. La solution envisagée proposera des services de télémedecine, et en particulier, de téléexpertise conformément au décret télémedecine. Le projet intègre aussi l'achat de matériel dermatoscope et appareil photo) pour permettre de réaliser ces téléexpertises. Deux marchés sont ainsi prévus : un pour la solution et un pour les équipements.

Ce projet régional est piloté par l'ARS et accompagné par la DGOS. Sa mise en œuvre opérationnelle et son déploiement sont assurés par le GCS D-SISIF depuis juin 2012.

Les **objectifs du projet** sont :

- D'avoir accès à un avis dermatologique
- D'améliorer les délais de prise en charge en dermatologie des patients incarcérés
- Développer des usages en télémedecine, dans un 1er temps sur la dermatologie au sein du réseau des UCSA franciliennes
- D'étendre la solution sur d'autres spécialités au sein du réseau UCSA

Les structures concernées sont les 13 UCSA franciliennes et les deux centres experts de recours identifiés qui sont le CH Argenteuil et Saint-Louis.

Planning, avancement et réalisations

Sur 2012, le GCS D-SISIF a rencontré la majorité des UCSA et les deux centres experts afin d'identifier précisément leurs besoins en dermatologie (estimation du nombre d'avis potentiels) et leurs attentes vis-à-vis de ce projet (fonctionnalités attendues, niveau de service, extensions sur quelles spécialités...). En parallèle le GCS D-SISIF est en contact avec les DSI des établissements de rattachement afin de dresser un état des lieux des liaisons UCSA-établissement en place et des équipements informatiques. Des ateliers ont permis de définir et valider l'organisation médicale qui sera mise en place dans le cadre de la télédermatologie.

Ces études ont permis d'identifier les 1ers éléments du cahier des charges qui doit être finalisé au cours du premier semestre 2013.

3. TELEPATHOLOGIE

Présentation

Ce projet implique un sous-ensemble du réseau ITelpat (Télépathologie en Ile-de-France) constitué de 17 structures : 11 services d'Anatomie Pathologique de l'AP-HP déjà équipés d'un système de numérisation de lames, 5 services d'Anatomie Pathologique d'hôpitaux généraux et une importante structure libérale. Il recouvre des activités de télédiagnostic initial extemporané et de télé expertise.

L'objectif est de valider à partir d'une phase de pré démonstrateur reposant sur la littérature internationale et sur des expérimentations locales déjà mises en place, l'organisation et les fonctionnalités techniques d'un réseau de Télépathologie à l'échelle de la région.

La capacité du réseau à échanger des examens extemporanés et des demandes d'expertise sur la base d'une plateforme industrielle de stockage et de mise à disposition avec paiement à l'acte sera testée. Ce projet pilote devra permettre l'élaboration d'un accord-cadre ouvert à tous les établissements de la région et être intégré à la plateforme régionale de télémédecine.

Les **objectifs du projet** sont :

- L'optimisation du temps médical et l'amélioration de la qualité du service médical rendu ; elle permettrait aux hôpitaux qui n'ont pas de service d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP) ou transitoirement pas de médecin pathologiste sur place d'avoir une activité de chirurgie carcinologique sécurisée par un recours aisé à l'examen extemporané
- La réponse rapide aux demandes de second avis
- La réduction du temps de travail pour les secrétaires de mise sous pli et d'ouverture de pli, d'enregistrement et d'archivage, la disparition du risque de bris des lames, des coûts d'affranchissement et d'achat d'enveloppes à bulles.

L'évaluation médico-économique mesurera notamment le temps d'accès aux résultats de l'extemporané via la télé expertise et le nombre de demandes d'envois de matériaux complémentaires.

Planning, avancement et réalisations

Le GCS D-SISIF a pris en charge le projet au cours du 2ème semestre, et en a structuré la gouvernance en liaison étroite avec un groupe de pathologistes.

Un cadrage global et une validation juridique ont abouti au lancement de deux projets de consultations :

- L'un visant la fourniture d'une plateforme de télépathologie en mode « SAAS », mené par le GCS D-SISIF
- L'autre concernant la fourniture des matériels (scanners), et mené en partenariat avec le Réseau des acheteurs hospitaliers d'Ile-de-France (RESAH-IDF).

Ce projet bénéficie d'une contribution très active d'un groupe de médecins pathologistes qui participe pleinement à la rédaction des cahiers des charges.

L'objectif au 1er semestre 2013 est de finaliser et publier les deux consultations.

4. TELEGERIA

Présentation

Le projet Télégéria IF est une démarche innovante consistant à structurer et expérimenter l'exercice de la télémédecine, en particulier dans le contexte de téléconsultations d'expertise médicale, aux moyens d'un système de vidéoconférence et de partage du dossier du patient, sur le périmètre d'établissements de santé d'expertise pivots et d'EHPAD associées.

Télégéria IF est un première industrialisation, au niveau départemental, se basant sur l'expérience menée en gériatrie entre l'hôpital Européen Georges-Pompidou (HEGP), l'hôpital gériatrique Vaugirard Gabriel-Pallez (VGP), l'EHPAD Debrousse du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris depuis 2009. Celle-ci a permis de réaliser plus de 1 100 sessions de télémédecine en Haute Définition et 250 en ADSL.

Le projet Télégéria IF propose un déploiement territorial autour de deux établissements hospitaliers pivots dans deux départements le 75 et le 95 en Ile-de-France.

Les **objectifs de Télégéria IF** sont de démontrer :

- Du point de vue du patient, le confort du patient est un véritable plus en EHPAD mais aussi en centre de santé et ensuite au domicile ;
- D'un point de vue technique :
 - La capacité technique à établir une session de télémédecine de manière sécurisée et de qualité entre un hôpital et un EHPAD
 - Le respect de la confidentialité sur les outils et le réseau
 - L'historique de l'échange entre le médecin et son patient
 - L'ergonomie et facilité de prise en mains de la solution
 - L'accès au dossier patient
 - L'accès à l'agenda ou l'annuaire lors de la prise de rendez-vous
 - L'accès à l'imagerie et aux capteurs biomédicaux et leur intégration dans la solution
 - Les modalités de la facturation de l'activité en liaison avec la CNAM
 - Notre capacité à veiller au respect des objectifs de l'interopérabilité.
- D'un point de vue organisationnel : nous serons en mesure de démontrer que la solution de télémédecine répond à une demande forte de la population qui est d'avoir accès à la médecine spécialisée dans des zones rurales ou reculées ;

Du point de vue des généralistes et professionnels de santé, en EHPAD ou au domicile, la télémédecine contribue au décroisement, évite l'isolement et facilite les liens entre les libéraux et les spécialistes, le suivi au domicile des patients chroniques ;

Du point de vue d'un centre de santé ou d'une maison de santé pluridisciplinaire, l'impact peut être très bénéfique pour compléter les compétences, décroiser la structure et faciliter un accès équitable aux soins sur le territoire ;

D'un point de vue économique, le modèle économique (business model) est viable pour tous les acteurs industriels et sanitaires, les ARS et la CNAM.

Du point de vue de la CNAM, il s'agit de l'opportunité de contractualiser un programme régional de dimension territoriale pour faire émerger de nouvelles organisation de soins avec un accès équitable aux soins, d'accompagner professionnels de santé libéraux et spécialistes libéraux et hospitaliers.

Le projet Télégéria IF doit être préfigurateur du déploiement en EHPAD au niveau régional.

Les deux établissements pivots identifiés sont :

- Le Centre Hospitalier de Gonesse
- L'Hôpital Européen Georges Pompidou de l'AP-HP

Les EHPAD identifiés sont les suivantes :

- 10 EHPAD de la Fédération Hospitalière de France – FHF
- 14 EHPAD du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris – CASVP

Planning, avancement et réalisations

Le projet Télégéria IF a rencontré un grand intérêt dans les EHPAD et les Centres Hospitaliers depuis qu'il a commencé. Ce projet était en phase de cadrage en 2012. La structure contractuelle nécessaire au portage de ce projet, un GCSMS, a été identifiée et sa mise en place a débuté. L'objectif du 1er semestre 2013 est de finaliser la consultation visant à sélectionner le maître d'œuvre de ce projet.

5. MATRIX-NÉONAT

Présentation

Plus de 10 000 naissances d'enfants dits « grands prématurés » surviennent chaque année en France. Pour ces nouveaux nés, la détection précoce d'anomalies du parenchyme cérébral est majeure car elle conditionne leur prise en charge. En particulier, la découverte de lésions cérébrales intervient dans la décision éthique de poursuite ou non des soins en réanimation néonatale.

En cas d'anomalie détectée lors d'un premier examen d'échographie transfontanellaire, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale peut être réalisée. L'examen est cependant très lourd et doit être effectué par des équipes de manipulateurs entraînées, puis interprété par des radiologues spécialisés en imagerie pédiatrique et périnatale. Une décision éventuelle d'arrêt de soins est prise de façon éthique et collégiale par les équipes de réanimation en s'appuyant sur l'avis des radio-pédiatres.

Le projet MATRIX-Néonate vise à organiser à l'échelle de la région un réseau de relecture d'imageries cérébrales d'enfants grands prématurés dans le cadre du dépistage d'anomalies cérébrales.

Dans ce cadre, le projet doit permettre :

- De donner un accès au deuxième avis à tous les hôpitaux et maternités
 - La mise en place d'une organisation permettant notamment une disponibilité des centres experts identifiés pour l'évaluation de la maturation cérébrale (par répartition des jours de la semaine)
- L'élaboration d'une convention de télémedecine permettant d'entériner l'organisation définie et la valorisation des actes.

Les établissements concernés par le projet MATRIX-Néonate sont :

- Pour les Centres Experts :
 - Dans un premier temps les équipes des hôpitaux de Bicêtre, Necker, Robert Debré et Trousseau
 - Dans un second temps une extension des domaines d'expertise fera appel à d'autres compétences parmi les centres pratiquant la radio pédiatrie (Cabinet St Germain, Institut Curie)

- Pour les Services demandeurs :
 - Dans un premier temps des établissements de l'AP-HP ayant une activité pédiatrique : Louis Mourier, Port Royal, Pitié Salpêtrière
 - Dans un second temps des hôpitaux généraux : Argenteuil, Bry - sur Marne, CHI Créteil, Lagny, Meaux, Montreuil

Planning, avancement et réalisations

L'année 2012 a été consacrée au cadrage du projet, à l'identification des briques techniques manquantes et aux scénarios de déploiement envisageables.

Au-delà de l'organisation médicale qui se met en place dans le cadre de ce projet et qui est au cœur de l'étude, les composants techniques nécessaires à la mise en place de ce projet sont similaires à ceux mis en place pour la neurochirurgie dans le projet ORTIF-Téléneuro : il s'agit d'un avis expert donné à partir d'un examen en imagerie de coupe associé à un contexte clinique. De plus, les établissements concernés par le projet sont tous impliqués dans le projet ORTIF Téléneuro dès la phase pilote.

Le nombre important de structures de l'AP-HP, notamment lors de la première phase de déploiement, nous a incités dans la démarche à favoriser dans un premier temps les outils existants au sein de l'AP-HP, et de valider ainsi les principes de l'organisation, les conventions de télémedecine et les éléments de contexte clinique à associer à la demande de téléexpertise. La proximité du besoin avec ceux identifiés dans le cadre du projet ORTIF-Téléneuro permet d'envisager une intégration rapide du projet MATRIX-Néonate dès les premières phases du projet.

La proximité sur le plan technique, sur le plan géographique et au niveau du calendrier des projets ORTIF-Téléneuro et MATRIX-Néonate impose de rechercher une solution adaptée aux deux projets. Il faudra cependant veiller en 2013 à maintenir la dynamique sur le projet MATRIX-Néonate dans le contexte du déploiement industriel de grande ampleur lié au projet ORTIF-Téléneuro.

1. RÉGION SANS FILM

Présentation



Dans le cas de la prise en charge d'un cancer, le centre de lutte contre le cancer n'est pas toujours le seul acteur, certains examens peuvent être réalisés dans une plateforme régionale, l'accès à des examens d'autres établissements est rendu possible. Le partage de l'information, via cette opportunité d'accéder à des antécédents transversalement à plusieurs établissements, est un vrai enjeu pour notre établissement.

Philippe RIZAND,
Directeur des Systèmes d'Information
et de l'informatique de l'Institut Curie

Le programme Région Sans Film (RSF) met en œuvre à la fois les toutes dernières technologies de traitement des images et du « cloud computing » dans le but de proposer les commodités d'un paiement à l'examen prodigué avec un coût d'investissement initial réduit.

Dans le cadre de ce programme, le GCS D-SISIF agit en tant que centrale d'achat, permettant à ses membres, publics et privés, de bénéficier des conditions négociées d'un accord-cadre pour contractualiser directement avec un consortium industriel.

Il permet ainsi aux établissements franciliens de pouvoir se doter de ces solutions, tout en bénéficiant d'une méthodologie de déploiement industrialisée et de l'assistance à maîtrise d'ouvrage des équipes du GCS D-SISIF. Chaque établissement reste maître d'ouvrage de son propre projet RSF d'établissement et constitue une équipe pour le prendre en charge.

Le programme RSF a pour objectif de favoriser la généralisation en Ile-de-France des solutions de système d'archivage et de transmissions d'images (PACS), de système d'information radiologique (RIS) et d'archivage d'images médicales, au moyen d'une plate-forme de services dans la réalisation et l'exploitation ont été confiés à un consortium industriel agréé hébergeur de données de santé.

L'ensemble des établissements d'Ile-de-France sont susceptibles de demander leur raccordement aux services délivrés par la plate-forme RSF.

Planning, avancement et réalisations

Raccordements : en 2012, l'ensemble des établissements en cours de déploiement ont été raccordés.

- Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy et Saint-Germain-en-Laye (CHIPS) – PACS + archivage (Marché signé en mai 2011) et passage en production en février 2012

- Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre – RIS + PACS + Archivage (juillet 2011) et passage en production planifié en février 2012
- Centre Hospitalier Marc Jacquet (CHMJ) de Melun – PACS + archivage (juillet 2011) et passage en production planifié en février 2012
- Centre Hospitalier Victor Dupouy (CHVD) d'Argenteuil – archivage (novembre 2011) et démarrage du déploiement en octobre 2012
- Centre Hospitalier des 4 Villes (CH4V) de Saint-Cloud, ... – PACS + archivage (décembre 2011) et démarrage du déploiement en juin 2012
- Centre Hospitalier de Gonesse (CHG) – PACS + archivage (décembre 2011) et démarrage du déploiement en octobre 2012
- Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger (CHRB) d'Aulnay-sous-Bois – archivage – archivage (décembre 2011) et démarrage du déploiement en octobre 2012

Services délivrés : l'ensemble des services prévus est délivré à fin 2012.

Au total, ce sont 34 établissements de santé à avoir contractualisé avec le consortium industriel à fin 2012. Parmi ces 34 établissements sont présents des établissements de santé publics, privés (Centres Médico-Chirurgicaux), des Centres de Recherche et de Lutte Contre le Cancer, des établissements adhérents de la FEHAP et des cabinets de radiologie privés.

Les 25 nouveaux établissements qui ont contractualisé en 2012 sont les suivants :

- Centre Hospitalier de Rambouillet, Archivage
- Centre du Galilée de Montévrain, Archivage (Scan, IRM)
- Centre Hospitalier Départemental Stell de Rueil - Malmaison, Archivage- PACS - RIS
- Hôpitaux de St Maurice, Archivage - PACS
- Centre Hospitalier de Fontainebleau, Archivage - PACS
- Centre Hospitalier de Versailles, Archivage
- Centre Hospitalier de Nemours, Archivage - PACS
- Centre Hospitalier Sud-Essonne de Dourdan Etampes, Archivage - PACS - RIS
- Centre Hospitalier Intercommunal des Portes de l'Oise Beaumont, Archivage – PACS - RIS
- Cabinet de radiologie privé du Dr Beir Mattei, Archivage (Scan, IRM)
- Centre Hospitalier d'Arpajon, Archivage- PACS-RIS
- Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, Archivage - PACS - RIS
- Centre Hospitalier François Quesnay de Mantes - la - Jolie, Archivage - PACS - RIS
- Groupe Hospitalier Intercommunal de Montfermeil, Archivage - PACS
- Centre Hospitalier de Juvisy, Archivage
- Centre Hospitalier de Longjumeau, Archivage
- Centre Hospitalier d'Orsay, Archivage
- Centre Hospitalier Foch, Archivage
- Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve - Saint - Georges, Archivage
- Institut Curie, Archivage
- Centre Hospitalier d'Houdan, Archivage-PACS
- Cabinet privé de radiologie Clichy médical, Archivage - PACS - RIS
- Cabinet de radiologie privé de Montfort l'Amaury, Archivage - PACS
- Centre Hospitalier de Meulan - les - Mureaux, Archivage (Scan, IRM)
- Centre-médico-social de Gennevilliers, Archivage - PACS - RIS

Indicateur	Fin 2010	Fin 2011	Fin 2012
Nombre d'établissements raccordés	0	2	10
Nombre d'établissements sous contrat avec le consortium industriel	2	9	34
Nombre d'établissements adhérents au GCS pour le programme RSF	5	20	39
Nombre d'examens stockés sur la plate-forme	0	100 000	1 500 000
Quantité de données stockée sur la plate-forme (Teraoctets)	0	4	65

En terme de nombre d'établissements ayant contractualisé, la cible initialement fixée à 20 établissements a été largement dépassée. C'est un indice de succès. De plus, le service RSF a été agréé service d'archivage de données de radiologie régional par l'ARS IDF. Ceci permet aux établissements de santé raccordés à RSF, de bénéficier de subventions ministérielles pour archiver numériquement images et comptes rendus. Des difficultés ont néanmoins été rencontrées dans le contexte de certains raccordements d'établissements. Si elles ont été surmontées, des retards ont été constatés. Le rythme des raccordements devra être plus soutenu en 2013 pour permettre le raccordement de 25 établissements.

Quatre établissements doivent encore contractualiser en début d'année 2013. La subvention attribuée au titre d'Hôpital 2012 sera entièrement consommée pour permettre à 39 établissements de bénéficier de RSF.

2. INFOGERANCE



L'année 2012 pour le projet Infogérance, externalisation de l'infrastructure informatique a été marquée par la rédaction du cahier des charges, travail collaboratif entre les centres hospitaliers d'Eaubonne, d'Argenteuil et de Gonesse avec un accompagnement méthodologique fort de la part du GCS. L'objectif du projet réside dans la mise en place d'un marché à la carte (catalogue d'unités d'œuvre très large) qui puisse s'étendre à d'autres sites. En ce sens plusieurs institutions s'intéressent à ce marché notamment l'AP-HP. Ce marché permettra des projets d'externalisation allant de la fourniture de «mètre carré» jusqu'à la fourniture de la ressource matérielle (serveur), son exploitation, sa supervision tant pour la partie matérielle qu'applicative. Ce projet permettra aux équipes informatiques des établissements de se recentrer sur les projets métiers (productions de soins, Infocentre...), sur la maîtrise du parc des postes de travail, de l'infrastructure réseau et sur la sécurité des SI en déléguant l'expertise des domaines serveurs (matériels et système d'exploitation), le stockage (SAN/NAS), la haute disponibilité et les bases de données. L'externalisation permettra l'amélioration de la qualité de service et de la disponibilité en limitant les surcoûts et les risques.

Bertrand LOUVOIS,
Directeur du Système d'Information du CH Simone VEIL,
Montmorency

Présentation

Afin de faire face à ses besoins croissants en matière d'infrastructure informatique, le GCS D-SISIF a préparé un premier marché d'infogérance à la fin de l'année 2011. Suite à une demande de l'ARS, la publication de ce marché a finalement été annulée afin de le remplacer par un accord-cadre mono attributaire dont le périmètre peut inclure des Etablissements de Santé adhérents au GCS D-SISIF. Ce nouvel accord-cadre a été rédigé en collaboration avec un groupe de DSI du Val d'Oise.

L'objet de cet accord-cadre est de fournir une offre de services d'hébergement et d'exploitation informatique à la carte pour les établissements de santé souhaitant externaliser tout ou partie des services de production de leur système d'information.

- Il vise à offrir :
- La capacité à satisfaire aux niveaux de criticité des applicatifs stratégiques en 24h/24h et 7j/7j
 - La mise à l'état de l'art des productions informatiques des Adhérents Bénéficiaires et du GCS D-SISIF en termes de sécurité, disponibilité et continuité de service
 - Une mutualisation des projets d'externalisation en vue d'une rationalisation et d'une optimisation de la dépense

- Cette offre de services permet à un établissement de disposer de ressources informatiques à la demande :
- Hébergement « sec »
 - Fournitures de machines virtuelles (VM)
 - Fournitures de serveurs physiques type x 86
 - Fournitures de solutions de stockage

- Egalement, peuvent-y être associées des prestations optionnelles :
- Supervision
 - Exploitation Systèmes
 - Administration applicative

- Les principaux apports attendus pour cette offre de service mutualisée sont :
- Amélioration de la qualité de service et de la disponibilité
 - Réduction des coûts liée à la mutualisation
 - Centrage des activités des établissements sur l'accompagnement métier
 - Souplesse d'un modèle de commande modulaire

Planning, avancement et réalisations

Un délai a été nécessaire pour la publication de l'accord-cadre lié aux complexités juridiques et techniques d'un tel montage contractuel.

La publication de l'accord-cadre a eu lieu en juillet 2012, et celui a été notifié en novembre 2012 pour une durée de deux ans.

A la fin de l'année 2012, le GCS D-SISIF était prêt à notifier son propre marché subséquent, lui permettant pour l'année 2013, d'offrir une solution d'hébergement souple, performante et économique à l'ensemble de ses projets. Par ailleurs, les 3 établissements du Val d'Oise se mettent en ordre de marche pour contractualiser avec l'industriel retenu.

F. ETUDE DE CADRAGE

Depuis 2012, le GCS D-SISIF possède un budget lui permettant de lancer des études de cadrage à l'instigation du COSSIS, de l'ARS ou de ses adhérents. Au cours de l'année 2012 ont ainsi été lancés :

- Une étude de faisabilité pour le partage d'informations entre les Centres de Lutte Anti Tuberculose (CLAT)
- Une étude d'impact de la mise en conformité des échanges électroniques entre dépôts de sang et Etablissement Français du Sang d'Ile-de-France

LES EQUIPES DU GCS D-SISIF EN 2012

Pierre Boiron, Directeur

Département Appui :

Marie Vélon, Responsable du département et Coordinatrice Administrative et Juridique

Rémi Macé, Contrôleur de Gestion

Vanessa Monpate, Assistante de Direction

Aurélié Béosièrè, Juriste

Anne Cassaing, Chargée de Communication

Département Coordination médicale :

Dr. François Dolveck, Responsable du département Coordination médicale

Sandy Benoit, assistante

Dr Nouridine Bensalah, coordinateur

Dr Guillaume Douge, coordinateur

Dr Véronique Quentin, coordinatrice

Dr Armelle Séverin, coordinatrice

Département Projets :

Valère Dussaux, Responsable du département

Sandrine Chipot, Directrice de projet

Karen Egret, Chef de projet

Chul, Hong, Chef de projet

Delphine Jollivet, Chef de projet

Isabelle Le Roux, Chef de projet

Pierre-Mickaël Mazars, Chef de projet

Régis Linqué, Expert Métier

Département Accompagnement :

Pascale Cani, Responsable du département

Vincent Charnay, Référent du projet Trajectoire

Mireille Billet-Leroux, Chargée de mission

Emilie Bouin, Chargée de mission

Marion Boudoux, Chargée de promotion

Ségolène Chandon, Chargée de mission

Véronica Coelho, Chargée de mission

Sandrine Dessons, Chargée de mission

Lyrlia Eya, Chargée de mission

Sandra Gotscho, Chargée de mission

Chloé Wozniak, Chargée de mission

Djamila Benmertaza, Assistante du ROR

Département Technique :

Pierre Barel, Responsable du département

Cédric Malandain, Chef de projet

Nicolas Pellé-Boudon, Chef de projet

Le projet Ambulatoire :

Pierre Martinez, Référent du Pôle ambulatoire

Mélaine Brogli, Assistante Projet

Cornelia Fouakafoueni, Assistante projet

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

ARS IF : Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

ASIP : Agence des systèmes d'informations partagés en santé

CAPRI : Capacité des réanimations sur Internet

CERVEAU : Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

COMOP : Comité d'orientation opérationnel

COSSIS : Conseil d'orientation stratégique des systèmes d'information de santé et médico-sociaux,

DMP : Dossier Médical Personnel

EAI en anglais : l'intégration d'application d'entreprise (IAE) en français

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la Santé

DOSMS : Direction de l'offre de soin médico-sociale de l'ARS

FEHAP : Fédération des Etablissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

GFU : Groupe fermé d'utilisateurs

HAD : Hospitalisation à domicile

IHM : Interface Homme - Machine

IMPF : Imagerie de la Plaine de France

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MAPA : Marché à procédure adaptée

MOA : Maîtrise d'ouvrage

MCO : Médecine Chirurgicale Obstétrique

MSAP : Mise sous accord préalable

PACS : Solutions de système d'archivage et de transmissions d'images

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

PFIS : Plateforme Info Santé

PDES : Permanence des soins en établissement de santé

RIS : Système d'information radiologique

RPU : Résumé du passage aux urgences

RSF : Région Sans Film

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

ScORAN : Stratégie de cohérence régionale d'aménagement numérique

SMUR : Services mobiles d'urgence et de réanimation

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TIC : Technologie de l'information et de la communication

TMA : Tierce maintenance applicative

UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires

UO : Unité d'œuvre

UPATOU : Unité de proximité

URPS : Union régionale des professionnels de santé

USLD : Unité de soin longue durée



GCS D-SISIF

10, rue du Faubourg Montmartre - 75009 PARIS

contact@gcsdsisif.fr - www.gcsdsisif.fr