

Accompagnement des projets Hôpital 2012 de Systèmes d'Information Production de Soins

Rapport de synthèse de la 6^{ème} campagne de
revues régionales (Tranche 1 du Plan Hôpital 2012)

Mars 2013

Accompagnement des projets Hôpital 2012 de Systèmes d'Information Production de Soins

Rapport de synthèse de la 6^{ème} campagne de
revues régionales (Tranche 1 du Plan Hôpital 2012)

Marie-Noëlle BILLEBOT
ANAP

Benjamin Lemoine
ANAP

Avec la participation de **Colombus Consulting**.

PREAMBULE

Régi par les circulaires n°248 du 15 juin 2007 et n°438 du 12 décembre 2007 relatives à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012 et à la procédure de validation des projets, **le Plan d'investissement Hôpital 2012 a pour objectif d'améliorer l'efficacité de l'offre hospitalière et de poursuivre la modernisation technique des établissements de santé, engagée avec le Plan Hôpital 2007**. Il concerne deux types d'opérations :

- Les opérations de reconstitution hospitalière et de mise en œuvre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) ;
- L'accélération de la mise en œuvre des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH).

Initialement composé de 2 tranches d'investissement, le Plan Hôpital 2012 couvre désormais uniquement la 1^{ère} tranche d'investissement : celle-ci est close et s'élève **pour les systèmes d'information hospitaliers à 690 millions d'euros d'investissement pour une aide de 350 millions d'euros (source : Observatoire des Systèmes d'Information Hospitaliers - oSIS)**.

Le thème principal du plan Hôpital 2012, pour les systèmes d'information, concerne l'informatisation des processus de soins (circulaire DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007). Ainsi, le périmètre aidé par le plan d'investissement concerne l'informatisation de la production de soins, la modernisation de l'infrastructure technique, la sécurité et le système de pilotage en relation avec le système d'information médical et soignant, y compris dans le cadre de la télésanté et de la télémédecine.

Depuis début 2010, et jusqu'à fin 2012, l'ANAP a mis en œuvre un dispositif d'accompagnement des projets d'informatisation de la production de soins du plan H2012 qui intègre 420 dossiers Système d'Information Production de Soins (SI PDS) validés par la Commission Nationale de Validation (CNV). Parmi ces 420 dossiers, figurent :

- 133 dossiers appartenant à la 1^{ère} fenêtre de la tranche 1 (T1F1),
- 287 dossiers appartenant à 2^{ème} fenêtre de la tranche 1 (T1F2).

La maille dossier ne correspond pas à l'identique à la maille projet : plusieurs dossiers peuvent être regroupés dans un même projet, dès lors que ce projet est mené de manière mutualisée et collaborative entre plusieurs établissements. **Au total, à ce jour pour la première tranche, 263¹ projets d'informatisation de la production de soins sont recensés**. Ces derniers se répartissent en :

- 99 projets en 1^{ère} fenêtre,
- 164 projets notifiés en 2^{ème} fenêtre.

A l'initiative des Chargés de Mission Système d'Information (CMSI), ce dispositif a été étendu à certains projets SI du plan Hôpital 2012 ne portant pas directement sur le périmètre de la production de soins (principalement des projets de sécurisation du système d'information).

¹ Ce chiffre est susceptible d'évoluer lors de chaque campagne, du fait des évolutions de cartographie.

Nombre de
pages/Page count

Contacts Marie-Noëlle Billebot, marie-noelle.billebot@anap.fr

Résumé

Depuis 2010, l'ANAP anime un dispositif d'accompagnement des projets de Systèmes d'Information en production de soins (SI PDS) financés par le plan Hôpital 2012.

Les revues régionales semestrielles réunissant les 265 projets de la première tranche de financement constituent le socle principal de ce dispositif d'accompagnement. A l'issue de chaque campagne de revues, l'ANAP propose une synthèse des principaux enseignements tirés de ces échanges régionaux.

Ce document restitue le constat de l'ANAP sur les projets SI PDS à l'issue de la sixième campagne régionale, animée à l'automne 2012, tout en mettant en évidence les évolutions depuis les campagnes précédentes.

Summary

Mots-clés

Plan Hôpital 2012/ Systèmes d'Information Hospitalier/ Dossier patient informatique/ Production de soins/ circuit du médicament/ Mutualisation/ Pilotage/ Gouvernance/ Déploiement

Keywords

Sommaire

PREAMBULE.....	3
INTRODUCTION	7
SYNTHESE DE LA 6EME CAMPAGNE DE REVUES REGIONALES.....	9
1. PRESENTATION DES CAMPAGNES DE REVUES REGIONALES ANAP.....	11
1. <i>Organisation de la 6ème campagne de revues régionales.....</i>	<i>12</i>
2. <i>Outils utilisés pour cette campagne.....</i>	<i>15</i>
3. <i>Déroulement des revues.....</i>	<i>17</i>
2. CARTOGRAPHIE DES PROJETS H2012 DE LA 1ERE TRANCHE.....	21
1. <i>Cartographie des acteurs.....</i>	<i>22</i>
2. <i>Types de mutualisation mise en œuvre</i>	<i>30</i>
3. <i>Types de projets.....</i>	<i>31</i>
4. <i>Périmètres fonctionnels des projets.....</i>	<i>32</i>
3. ETATS D'AVANCEMENT DES PROJETS ET CHOIX TECHNIQUES DES ETABLISSEMENTS.....	35
1. <i>Etats d'avancement globaux par type de projet.....</i>	<i>35</i>
2. <i>Etats d'avancement par périmètre fonctionnel</i>	<i>40</i>
3. <i>Comparaison de l'avancement depuis la 2ème campagne</i>	<i>43</i>
4. <i>Choix techniques des établissements.....</i>	<i>51</i>
4. GOUVERNANCE DES PROJETS H2012.....	58
1. <i>Le suivi de projet est formalisé pour la quasi-totalité des projets.....</i>	<i>58</i>
2. <i>L'implication des Directions a été renouvelée</i>	<i>60</i>
3. <i>Les délais restent la variable d'ajustement des projets.....</i>	<i>60</i>
4. <i>Des risques qui témoignent des difficultés organisationnelles du déploiement.....</i>	<i>70</i>
5. <i>Toujours peu de recours aux assistances externes.....</i>	<i>74</i>
5. ACCOMPAGNEMENTS DE TERRAIN MIS EN ŒUVRE PAR L'ANAP SUITE AUX REVUES.....	76
1. <i>Diagnostics partagés</i>	<i>76</i>
2. <i>Appuis.....</i>	<i>77</i>
6. RISQUES DU PORTEFEUILLE DE PROJETS SI PDS DU PLAN HOPITAL 2012.....	78
1. <i>Deux risques majeurs persistants et un nouveau risque d'enlisement.....</i>	<i>78</i>
2. <i>... à maîtriser afin d'éviter la démobilisation des acteurs.....</i>	<i>80</i>
7. AUTRES REALISATIONS DU DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ANAP	82
1. <i>Rappel de l'outillage dédié à la mise en œuvre des projets SIH et bilan de l'utilisation.....</i>	<i>82</i>
2. <i>Capitalisation.....</i>	<i>86</i>
3. <i>Animation autour de l'accompagnement.....</i>	<i>87</i>
4. <i>Chantiers de l'année 2012.....</i>	<i>88</i>
8. PROLONGATION DU SUIVI DES PROJETS NON TERMINES.....	90
1. <i>Un suivi des projets qui se prolonge après 2012.....</i>	<i>90</i>
2. <i>Un suivi différencié des projets au printemps 2013.....</i>	<i>90</i>
3. <i>Poursuite du suivi de l'ensemble des projets encore en cours par les CMSI fin 2013 et en 2014.....</i>	<i>90</i>
4. <i>Maintien du fichier de préparation.....</i>	<i>90</i>
5. <i>Restitution des données clés de l'avancement des projets</i>	<i>91</i>

9. CONCLUSION 92

10. GLOSSAIRE..... 94

Introduction

Suite à chaque campagne régionale menée par l'ANAP, **un rapport de synthèse** est élaboré afin de **dresser un bilan de la situation des projets d'informatisation de la production de soins financés par le plan H2012**.

Lors de la 6^{ème} campagne, ont été suivis les 263 projets de Systèmes d'Information de la Production de Soins (SI-PDS) notifiés en tranche 1.

Ce document constitue le rapport de synthèse de la 6^{ème} **campagne de revues régionales** menée en **octobre et novembre 2012**.

Point d'attention

Comme pour le rapport précédent, le parti rédactionnel pris consiste à mettre en évidence ce qui a évolué entre les six campagnes de revues. Le plan du document reste donc le même et les principales évolutions sont mises en évidence dans ce type d'encadré.

Cette sixième campagne de revues s'inscrit dans un contexte où la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) :

- A institué, en partenariat avec les Agences Régionales de Santé (ARS), une démarche annuelle de revues de plans nationaux d'investissement. Les revues de 2012 ont eu lieu au 1^{er} semestre 2012 et ont pointé les projets à risques,
- Est actuellement en train de mettre en œuvre son plan stratégique de développement et de modernisation des SIH, nommé «Programme Hôpital Numérique». Concernant les SI, la tranche 2 du Plan Hôpital 2012 ne sera pas mise en œuvre.

Le programme Hôpital Numérique a impacté l'accompagnement H2012 car il était opportun de profiter du dispositif d'accompagnement H2012 pour diffuser les informations relatives au programme Hôpital Numérique et les modalités d'accès à celui-ci.

Ce programme vise à :

- Coordonner l'action de l'ensemble des acteurs - établissements de santé, agences régionales de santé (ARS), ministère, industriels - autour d'une feuille de route commune pour le déploiement des systèmes d'information hospitaliers (SIH),
- Amener l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité de leurs systèmes d'information, pour une amélioration significative de la qualité et de la sécurité des soins. Ce palier de maturité à atteindre se traduit par un socle de priorités, défini par un ensemble de prérequis et par cinq domaines fonctionnels sur lesquels les établissements doivent s'orienter.

Le programme Hôpital Numérique est fondé sur **4 grands axes stratégiques** :

- Un 1^{er} axe « **combler les manques de gouvernance SI et favoriser l'implication dans les SI des professionnels de santé et cadres dirigeants** » qui vise à positionner le SI à un niveau stratégique,
- Un 2^{ème} axe qui vise à « **renforcer les compétences relatives aux SIH** » pour sécuriser les projets SI et mieux intégrer les SI dans les pratiques quotidiennes,

- Un 3^{ème} axe qui vise à « **stimuler et structurer l'offre de solutions** » pour faciliter le déploiement des outils SI au sein des établissements de santé,
- Un 4^{ème} axe « **financer un socle de priorités, subordonné à l'atteinte de cibles d'usage** » visant à guider les établissements de santé vers des domaines prioritaires et indispensables pour le SIH et vers des cibles réalistes à atteindre en termes d'usage.

Afin d'inciter les établissements à atteindre le socle de priorités, un soutien financier pourra être accordé :

- Sous réserve de la conformité aux indicateurs et seuils d'éligibilité pour les 3 prérequis,
- Sous réserve de l'atteinte dans les cinq ans (2012-2016) des cibles relatives aux indicateurs définies sur chaque domaine fonctionnel.

Ces indicateurs sont décrits au sein d'un guide qui a fait l'objet d'une phase de commentaires publics jusqu'en octobre 2011. Ce dernier est désormais disponible à l'adresse suivante : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGOS_Guide_d_indicateurs_Programme_Hopital_Numerique_21-11-11.pdf.

Cette sixième campagne de revues marque la fin du dispositif d'accompagnement Hôpital 2012.

Près des deux tiers des projets financés par le plan Hôpital 2012 **sont encore en cours à fin 2012.**

A la demande de la DGOS et afin de connaître l'évolution de ces projets et de sécuriser les investissements, **un dispositif resserré sera mis en place** à partir de 2013. Il s'agit d'un suivi semestriel des projets, réalisé par les Chargés de Mission Système d'Information des ARS et consolidé par l'ANAP, qui sera maintenu jusque fin 2014. Le dispositif qui sera mis en place est décrit dans la partie 8 « Adaptation du dispositif d'accompagnement ».

Les résultats présentés ici sont issus des sources suivantes :

- Les informations collectées lors des revues ANAP pour assurer la capitalisation des échanges organisés en séance,
- Les fichiers de préparation élaborés par l'ANAP pour la 6^{ème} campagne, complétés par les établissements et transmis à l'ANAP pendant les revues,
- Les livrets A - Dossiers Standard Projet (DSP) déposés par les porteurs de projet dans le cadre du Plan Hôpital 2012,
- Les commentaires et conditions de validation formulés par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) lors de l'expertise des dossiers Hôpital 2012,
- Les sites web institutionnels : fédération hospitalière de France, hopital.gouv.fr, etc.

SYNTHESE DE LA 6^{EME} CAMPAGNE DE REVUES REGIONALES

Les dernières revues régionales ont continué de mobiliser !

La 6^{ème} campagne a mobilisé 355 participants qui représentaient 93 % des projets invités à la revue. La participation des directions d'établissement aux revues se maintient à 30%, signe de leur toujours bonne implication dans les projets système d'information – production de soins (SI PDS).

Cette revue a été l'occasion pour les porteurs de projet de s'informer sur les actualités institutionnelles mais aussi d'exposer leurs préoccupations. Ainsi des sujets nationaux comme le programme Hôpital Numérique, la mise en œuvre du Dossier Pharmaceutique en établissement de santé, la certification des logiciels ou encore des sujets métiers comme la prescription ou les problématiques d'archivage ont fait l'objet d'échanges entre les participants.

Une cartographie stable

Depuis le début de l'accompagnement H2012, le nombre total de projets suivis reste stable. Les changements ont surtout impacté les projets mutualisés (sortie / entrée d'établissement dans le projet, fusion de deux établissements), modifiant le nombre d'établissements participant à l'accompagnement H2012.

Toutefois, depuis la 5^{ème} campagne, le périmètre H2012 est quasi-identique : 263 projets impliquant 435 établissements de santé sont suivis. Parmi ces projets, 123 sont mutualisés.

Un déploiement qui avance, voire s'accélère...

Les blocs fonctionnels ont fortement avancé entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne. Effectivement, la proportion de blocs fonctionnels terminés passe de 22% à 34%. Cet avancement est particulièrement visible pour la prescription, bloc pourtant cité comme un des plus ardues à mettre en place par les établissements.

Par ailleurs, le nombre de projets « lancés, retardés en difficulté » diminue de 43 à 28 projets entre les deux campagnes. Cette amélioration est essentiellement due à une meilleure relation avec l'éditeur, au renforcement de l'équipe projet, au recours à une AMOA ou encore à la résolution de difficultés techniques et d'infrastructures.

Enfin, le nombre de projets « terminés » augmente passant de 55 à 85 entre les deux campagnes. Ils représentent actuellement le 1/3 du portefeuille de projets.

... mais près des deux tiers des projets sont toujours en cours début 2013 car les délais restent la variable d'ajustement

Plusieurs améliorations ont été observées lors de la 5^{ème} campagne. **Les porteurs de projet intègrent de mieux en mieux l'importance de la gestion des plannings : 127 projets le maintiennent depuis la dernière campagne.** Parmi eux, 38 projets font face à des difficultés mais maintiennent leur date de fin en réaménageant le planning. **Enfin, 11 projets avancent leur date de**

fin suite à une volonté de l'établissement de réduire la durée de projet, à la relance du projet ou encore au changement de stratégie de déploiement.

Toutefois, la durée des projets SI PDS s'allonge de manière récurrente depuis le début de l'accompagnement de l'ANAP. Ainsi, d'une prévision initiale de 30,6 mois dans les dossiers de candidature, la durée moyenne des projets est actuellement de 54,6 mois, soit une augmentation de 5,8 mois depuis la 5^{ème} campagne. Ce constat reflète deux réalités très différentes. D'une part, 31 projets connaissent des retards mineurs (de moins de 3 mois). D'autre part, 29 projets accusent des décalages de plannings conséquents, de 10 mois en moyenne. Les raisons de ces décalages sont récurrentes et tant internes (collision de projets, manque de ressources, résistance au changement, contraintes économiques, etc.) qu'externes, principalement liées à l'éditeur.

Aucun de ces projets n'avait décalé son planning lors de la 5^{ème} campagne : **le risque d'enlisement identifié pour certains projets lors des précédentes campagnes est de ce fait écarté.**

178 (soit 67%) des 263 projets ont une date de fin postérieure à fin 2012 et seront suivis jusqu'à leur fin à la demande de la DGOS dans le cadre d'un dispositif resserré. Ce suivi aura désormais pour seul objectif de connaître et évaluer l'avancement des projets de Systèmes d'Information de la Production de soins (SI PDS).

Des progrès confirmés dans la gouvernance des projets qui se traduit par...

... Un bon niveau de reporting

En effet, comme en 5^{ème} campagne, la quasi-totalité (97%) des projets invités aux revues a complété les fichiers de préparation. Par ailleurs la majorité des porteurs de projets a exposé de manière plus structurée leur avancement avec des retours systématiques sur les trois dimensions du projet (périmètre, coûts, délais).

Les efforts de sensibilisation menés par l'ANAP lors des revues ont porté leurs fruits : la plupart des représentants des projets présents lors des revues maîtrisent les fondamentaux de gestion de projet.

... Un suivi budgétaire en hausse

La proportion et la qualité du suivi des coûts ont augmenté : **87% des projets ont complété le tableau budgétaire lors de la 6^{ème} campagne contre 75% des projets lors de la 5^{ème} campagne.** Toutefois, des difficultés persistent pour évaluer les ressources internes mobilisées sur le projet (périmètre applicable et méthodologie de mesure variable).

... Une gestion des risques plus rigoureuse

L'amélioration de la gestion des risques observée lors de la 5^{ème} campagne est confirmée à tous les niveaux : 71% des projets identifient leurs risques, 69% réalisent une priorisation des risques et 68% mettent en place un plan d'actions.

Les porteurs de projets ont bien compris l'utilité de la gestion des risques et la réalisent de manière plus rigoureuse.

Tous ces constats augurent d'une amélioration de la gouvernance au sein des structures accompagnées.

1. Présentation des campagnes de revues régionales ANAP

Dans le cadre de ses missions, l'ANAP a construit un dispositif d'appui aux projets d'informatisation de la production de soins financés par le plan Hôpital 2012. Les fondements sur lesquels cette démarche a été construite sont les suivants :

- Les projets d'informatisation de la production de soins **impactent les processus et l'organisation** des structures de santé,
- La performance du système d'information dépend de **l'implication des directions et de la maturité de l'organisation** (hommes, processus, outils),
- **L'implication des directions** permet de maintenir les objectifs initiaux sur la durée du projet et de réaliser les arbitrages,
- **L'organisation doit évoluer** et prendre en compte le nouveau système d'information afin d'en optimiser l'utilisation et de gagner en efficacité.

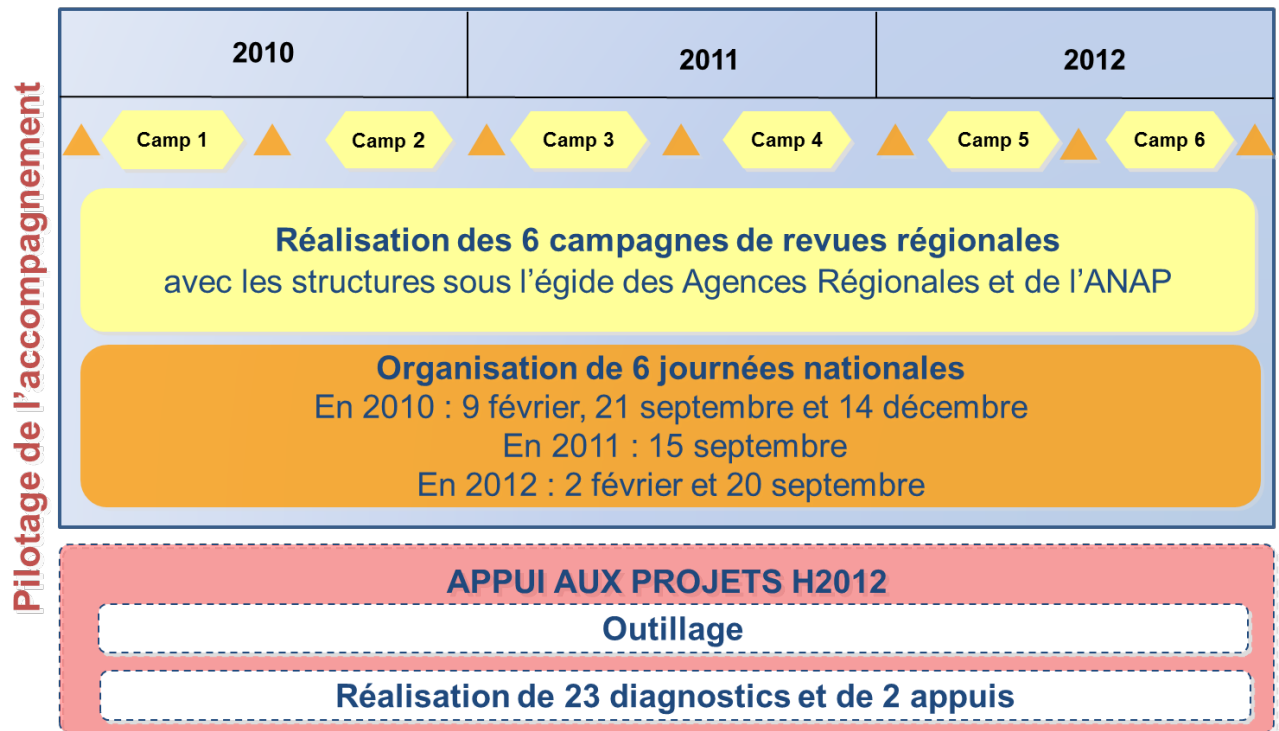
Mis en œuvre dès début 2010, le dispositif d'appui et d'accompagnement répond à quatre objectifs majeurs :

- **Sécuriser les projets** SI-PDS financés par le Plan Hôpital 2012,
- **Appuyer les projets** en difficulté ou à risque,
- Animer une **dynamique d'amélioration continue**, notamment via le partage d'expériences,
- **Valoriser le système d'information** en tant que levier d'amélioration de l'efficacité et plus globalement de création de valeur.

Pour atteindre ces objectifs, l'ANAP met en œuvre une démarche structurée sur trois niveaux :

- L'organisation de **revues régionales deux fois par an permettant un suivi de l'ensemble des projets SI production de soins H2012**,
- L'animation nationale valorisant notamment le **partage d'expériences et la capitalisation**,
- **La proposition d'un dispositif d'appui aux projets en difficulté ou à risques**. Ce dispositif est gradué : de la mise à disposition d'outils (autodiagnostic, recueil de bonnes pratiques, ...) utilisables librement à la mise en œuvre de diagnostics partagés pouvant être suivis d'un appui.

Dispositif d'appui mis en œuvre par l'ANAP



1. Organisation de la 6ème campagne de revues régionales

Les revues régionales sont organisées par l'ANAP et les ARS deux fois par an, au printemps et à l'automne. Elles permettent de réunir l'ensemble des porteurs de projet de chacune des régions mettant en œuvre un projet Hôpital 2012 SI PDS.

Les revues régionales doivent faciliter l'échange et le partage entre les projets. Elles sont animées autour des quatre axes suivants :

- Informations institutionnelles,
- Bilan de la campagne précédente,
- Apport méthodologique composé d'un atelier thématique et d'une présentation de l'outillage ANAP,
- Revue de l'ensemble des projets.

a. 34 revues régionales organisées

La 6^{ème} campagne de revues régionales s'est déroulée sur moins de 2 mois : du 1^{er} octobre au 29 novembre 2012. **34 revues régionales ont été réalisées au sein de 25 régions différentes.**

ARS	Projets T1F1	Projets T1F2	Date revue	Projets représentés en revue	Projets invités mais absents	Projets non invités car terminés
Alsace	3	4	10-oct.-12	5	1	1
Aquitaine	-	23	1-oct.-12 2-oct.-12 3-oct.-12	20	1	2
Auvergne	-	6	11-oct.-12	5	1	-
Basse-Normandie	5	6	27-nov.-12	8	-	3
Bourgogne	-	13	27-nov.-12	8	1	4
Bretagne	10	2	18-oct.-12 19-oct.-12	10	-	2
Centre	6	2	23-oct.-12	3	1	4
Champagne-Ardennes	3	1	02-oct.-12	4	-	-
Corse	-	2	16-oct.-12	2	-	-
Franche-Comté	5	-	11-oct.-12	2	-	3
Guadeloupe	2	2	28-nov.-12	1	-	3
Guyane	1	1	19-nov.-12	1	-	1
Haute-Normandie	4	1	10-oct.-12	4	-	1
Ile de France	13	29	08-oct.-12 18-oct.-12 23-oct.-12 24-oct.-12	29	3	10
Languedoc-Roussillon	-	4	20-nov.-12	4	-	-
Lorraine	3	9	16-nov.-12	7	1	4
Martinique	1	1	21-nov.-12	2	-	-
Midi-Pyrénées	1	-	29-nov.-12	1	-	-
Nord-Pas de Calais	1	8	14-nov.-12	8	1	-
PACA	4	8	17-oct.-12	9	-	3
Pays de Loire	8	9	12-nov.-12 13-nov.-12	12	1	4
Picardie	1	-	29-nov.-12	1	-	-
Poitou-Charentes	9	7	16-oct.-12	11	-	5
Réunion	3	2	15-nov.-12	2	1	2
Rhône-Alpes	16	24	24-oct.-12 25-oct.-12 22-nov.-12	29	2	9
Total	99	164	34	188	14*	61**

* : parmi les 14 projets absents, 12 projets ont remonté l'information à l'ANAP après les revues.

** : parmi les 61 projets non invités, 55 projets étaient terminés lors de la 5^{ème} campagne et 6 projets se sont terminés entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne.

b. Mobilisation maintenue des établissements lors des revues

Le nombre de projets représentés est resté stable entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne. Ainsi, en 6^{ème} campagne, 188, soit 93% des projets invités ont participé aux revues contre 95% des projets invités en 5^{ème} campagne.

Les 61 projets non invités sur décision des CMSI constituent exclusivement des projets terminés ne présentant plus de risque et qui, par ailleurs ont déjà été rencontrés lors des précédentes campagnes de revues régionales.

14 projets étaient absents lors de la 6^{ème} campagne, ce nombre est quasi-identique depuis la 5^{ème} campagne où 12 projets étaient absents. Parmi ces 14 projets absents, 6 d'entre eux n'étaient déjà pas représentés lors de la 5^{ème} campagne.

Les revues ont rassemblé 355 participants, contre 363 en 5^{ème} campagne.

Conformément aux fondements de la démarche, les acteurs intervenant aux différents niveaux de la gouvernance des structures se sont mobilisés aux côtés des chefs de projet, **avec une présence des directions renouvelée et un renforcement des DSI/DSIO.**

Ainsi, les participants sont répartis entre :

- **30% de membres de la Direction** (comme lors de la 5^{ème} campagne),
- **37% de DSI et DSIO** dont certains également chefs de projet (contre 32% lors de la 5^{ème} campagne),
- **24% de chefs de projet** (contre 32% lors de la 5^{ème} campagne),
- **9% de professionnels de santé** - principalement des médecins et des cadres de santé (contre 6% lors de la 5^{ème} campagne).

c. Nombreux points d'intérêts et d'échange

Les revues ont permis aux participants d'échanger librement. Parmi les points évoqués, certains ont fait l'objet de discussions et de questionnements plus récurrents.

Ainsi, les principales attentes des porteurs de projet pour cette campagne portent sur :

- **Des sujets nationaux :**
 - Programme Hôpital Numérique (atteinte des prérequis, calendrier du programme,...)
 - Mise en œuvre du Dossier Pharmaceutique en établissements (conséquences organisationnelles pour la Pharmacie à Usage Intérieur, accès au Dossier Pharmaceutique),
 - Mise en œuvre de la Messagerie Sécurisée de Santé (articulation avec les systèmes de messagerie déjà mis en place, calendrier de mise en œuvre,...)
 - Certification des logiciels (notamment des logiciels d'aide à la prescription),
 - Hébergement des données de santé (stratégie d'hébergement, coût de l'externalisation).
- **Des sujets métiers :**
 - Problématiques liées à la mise en œuvre et à l'utilisation de la prescription informatisée (dysfonctionnement de certaines fonctionnalités, refus de prescrire dans la solution...),
 - Problématiques d'archivage (dématérialisation et obligations de conservation des originaux, démarche d'archivage).
- **Des sujets méthodologiques :**
 - Conduite de projet (organisation et suivi des ressources internes dédiées au projet, sécurisation et organisation de la fin du projet,...),
 - Conduite du changement (résistances à l'utilisation de l'outil,...).
- **Des sujets SI :**
 - Relations éditeurs (retards dans les livraisons, dysfonctionnements de la solution...),
 - Problématiques d'interfaçage (interfaçage avec la pharmacie, ...).

Les sujets restent sensiblement les mêmes que lors des précédentes revues avec toutefois une accentuation des problématiques relatives à la sécurisation de la fin de projet et à la phase post – projet.

Mobilisation stable et implication des directeurs renouvelée

La mobilisation lors de la 6^{ème} campagne est maintenue. La proportion de projets représentés et le nombre de participants demeurent stables.

La proportion des membres de la direction participants est identique à celle de la 5^{ème} campagne tandis que :

- La proportion des chefs de projet diminue,
- La proportion des membres de la DSI et des professionnels de santé augmente.

2. Outils utilisés pour cette campagne

a. Fichiers de préparation des établissements

En accord avec les Chargés de Mission Système d'Information des Agences Régionales de Santé, l'ANAP demande depuis la 4^{ème} campagne, à l'ensemble des porteurs de projet de compléter en amont des revues, le document type (joint en annexe), qui est adressé par mail à la **Direction et aux porteurs de projet**.

Ceci a été décidé par le Comité de Pilotage de l'Accompagnement Hôpital 2012 à la fin de la 3^{ème} campagne afin de **renforcer la culture de pilotage en actant la présentation en revue régionale d'un suivi de projet formalisé** préalablement renseigné.

Ayant obtenu des résultats encourageants, l'envoi des fichiers de préparation a été maintenu lors de la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne.

Ce document est organisé autour de sept onglets permettant de collecter les informations nécessaires à la connaissance du projet dont certains ont fait l'objet de légères évolutions entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne :

- Onglet « **Ambiance générale** » : identification du projet, du ou des établissement(s) concernés, situation du projet depuis la 2^{ème} campagne, ressenti et appréciation globale du porteur de projet, avis ANAP et CMSI sur le projet et décalage de planning constaté en 6^{ème} campagne,
- Onglet « **Résultats** » : appréciation qualitative. Le recueil des indicateurs Hôpital Numérique a été supprimé lors de la 6^{ème} campagne pour éviter aux établissements une double saisie car suite à une instruction de la DGOS, la saisie des indicateurs Hôpital Numérique s'effectue désormais dans l'outil oSIS,
- Onglet « **Rétrospective des 6 derniers mois** » : évolutions de planning et de périmètre, faits marquants, usage de l'outillage ANAP,
- Onglet « **Perspective des 6 prochains mois** » : points d'attention et plan d'actions associé,
- Onglet « **Gestion des risques** » : identification et descriptif du risque, valorisation de la criticité, plan d'actions associé,
- Onglet « **Planning** » : description du macro-planning (date de début et date de fin), description par une découpe en blocs fonctionnels et état d'avancement de chacun des sous projets, modalités d'hébergement des données de santé,
- Onglet « **Budget** » : suivi des ressources internes et des prestations externes en valorisant, pour chacune de ces catégories, le prévisionnel et le consommé à la date de la revue et les dépassements identifiés.

b. Classification fonctionnelle d'un projet

Les informations sur les fonctionnalités contenues dans les Dossiers Standard Projet (les DSP sont les dossiers utilisés pour la demande de financement Hôpital 2012) sont très diverses. Elles ne reposent pas systématiquement sur une découpe unique du système d'information en fonctions. Il est difficile, à partir du découpage utilisé dans les DSP, d'établir des éléments de comparaison entre les projets.

Il a donc été nécessaire de proposer un découpage fonctionnel unique du système d'information de la production de soins qui permette d'obtenir une connaissance homogène et fiable des projets et de réaliser un suivi synthétique.

Les projets d'informatisation de la production de soins ont été découpés en blocs fonctionnels et composants selon la classification suivante :

Classification fonctionnelle d'un projet

Périmètres	Blocs fonctionnels	Composants des blocs fonctionnels
Modules de fonctions « métier » orientées production de soins	Dossier médical	Observations médicales et synthèse Gestion des comptes rendus, résultats et courriers Recueil de l'activité et diagnostics
	Prescription	Médicaments, perfusions, produits sanguins labiles Demande d'actes et d'examens Prescription de chimiothérapie
	Dossier de soins	Prise en charge du patient Gestion du travail infirmier
	Dossier de spécialité	Urgences Réanimation Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) Dossier transfusionnel Autre dossier de spécialité
	Gestion des Ressources	Gestion des rendez-vous Gestion des salles, matériels, lits
Productions d'activités médico-techniques		Bloc opératoire Anesthésie Laboratoire Imagerie (PACS) Imagerie (SIR) Pharmacie Anapath/Cytogénétique

Cette classification fonctionnelle a été utilisée pour la quasi-totalité des projets (certains projets de plateformes régionales ne s'y prêtant pas) à l'issue des revues régionales. C'est à partir de la grille qui en découle que l'avancement est suivi tout au long du déroulement du projet.

c. Définition de la notion de mutualisation

Il existe 2 types de projets :

- **Les projets non mutualisés** : ils impliquent un seul établissement de santé qui est en conséquence le porteur unique du projet,
- **Les projets mutualisés** : ils impliquent au moins 2 établissements de santé (le nombre d'établissements n'étant pas limité) qui collaborent à la mise en œuvre d'un projet. Le niveau de collaboration est variable selon les projets.

Les éléments structurant la mutualisation sont les suivants :

- Le type de coopération mis en œuvre (public/public, privé/privé, public/privé, etc.),
- La stratégie de mutualisation adoptée (collaboration locale ou inhérente à un groupe, stratégie de plateforme régionale, etc.),
- La structure porteuse du projet qui peut être un établissement, un groupement (GCS, GIE, etc.) ou l'ensemble des établissements concernés par le projet dans le cas où aucun porteur spécifique n'a été identifié,
- Le périmètre de mutualisation : la collaboration peut signifier de partager des ressources humaines/financières, des infrastructures, la gestion du projet, etc. Plus le périmètre de la collaboration est important, plus la mutualisation est accentuée.

A la demande de la DGOS, le suivi des projets mutualisés est effectué depuis la 5^{ème} campagne à la maille établissement.

Le périmètre de mutualisation évolue. En effet, au cours de la vie du projet, certains établissements s'ajoutent, d'autres prennent leur indépendance.

3. Déroulement des revues

a. Ordre du jour adapté aux besoins des porteurs de projet

Afin de répondre aux préoccupations et difficultés du terrain, l'ANAP a proposé une 6^{ème} campagne de revues qui :

- Poursuit les actions engagées pour **renforcer la gouvernance et le suivi de projet formalisé**,
- Répond aux **préoccupations des porteurs de projet en phase de déploiement avancé**,
- Favorise la **mise en perspective des situations à risques pour les Directeurs**,
- Informe des **actualités institutionnelles** impactant le système d'information hospitalier.

Pour ce faire, le programme des revues ainsi que les fichiers de préparation ont été adressés à tous les directeurs d'établissements ainsi qu'aux participants des revues précédentes.

Ce programme a été organisé selon l'ordre du jour suivant et déroulé sur une journée ou une demi-journée selon les ARS :

- Informations institutionnelles : communication de l'ANAP sur l'actualité de l'ANAP, de la DGOS, de la HAS, de l'ASIP et de l'Ordre National des Pharmaciens.
- Présentation d'un atelier méthodologique sur « le bilan de fin de projet »,
- Bilan de la 5^{ème} campagne de revues régionales et rappel de l'outillage ANAP,

- Revue des projets : présentation synthétique de l'avancement des projets selon la structure du fichier de préparation. Lors de la 6^{ème} campagne, les animateurs ont ciblé la sécurisation des déploiements et de la fin des projets (risques identifiés, moyens alloués au déploiement, moyens alloués à la sécurisation du déploiement et de la fin du projet incluant la mobilisation pérenne des équipes, etc.).

L'atelier méthodologique a été conçu afin d'aider les acteurs de projet à terminer leur projet et faire le bilan de leur projet.

Lors des précédentes campagnes de revues, l'ANAP a pointé la **difficulté à qualifier un projet « terminé »**. Les raisons de ce constat sont les suivantes :

- Pas de définition claire, précise et partagée de la notion de projet terminé,
- Organisation imprécise du passage en mode pérenne.

Par ailleurs, presque la moitié des projets du portefeuille H2012 sont ou seront terminés début 2013. Effectivement lors de la 6^{ème} campagne :

- 86 projets H2012 sont terminés,
- 29 projets prévoient de se terminer au 1^{er} trimestre 2013.

A ce titre, l'ANAP a jugé utile pour les porteurs de projets de consacrer l'atelier de la 6^{ème} campagne au sujet du bilan de fin de projet.

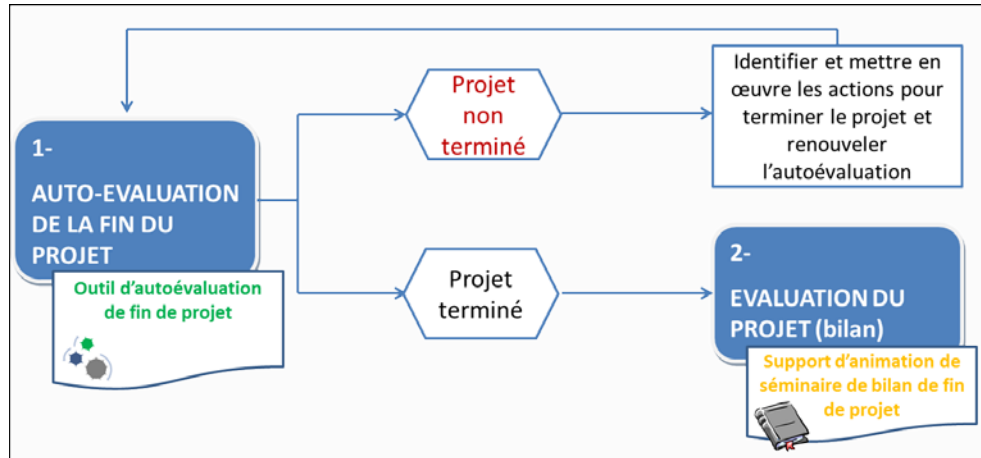
Pour ce faire, l'ANAP a proposé de présenter le **dispositif de bilan de fin de projet en établissement** qui vise à :

- Apprendre aux porteurs de projet à terminer un projet et mettre en avant le besoin de conclure un projet, notamment pour passer en mode pérenne et en maintenance,
- Evaluer le projet, ses réussites et ses difficultés,
- Capitaliser le savoir-faire,
- Se projeter dans l'après-projet.

La démarche proposée s'organise en 2 étapes :

1. Auto-évaluation de la fin du projet afin de :
 - Déterminer si le projet est terminé ou non,
 - Proposer le plan d'actions pour finaliser le projet dans le cas échéant.
2. Evaluation du projet afin d'analyser :
 - L'atteinte des objectifs du projet en termes de périmètre, coûts et délais,
 - Le déroulement du projet à travers l'étude des risques survenus ou maîtrisés pendant le projet.

Démarche de bilan fin de projet

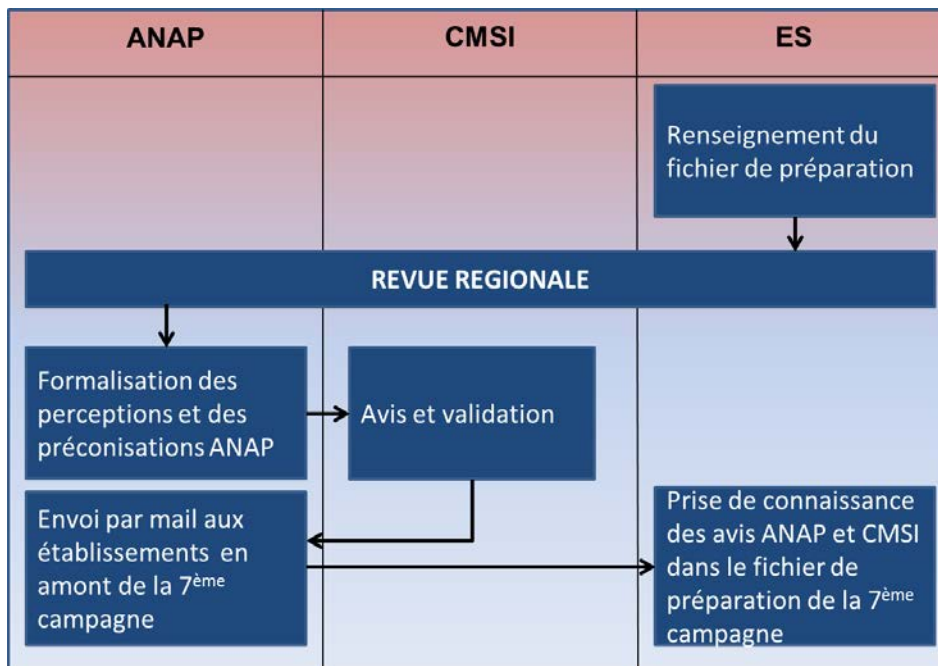


b. La communication des perceptions ANAP et CMSI

Les fichiers de préparation que les établissements complètent sont transmis à l'ANAP pendant les revues.

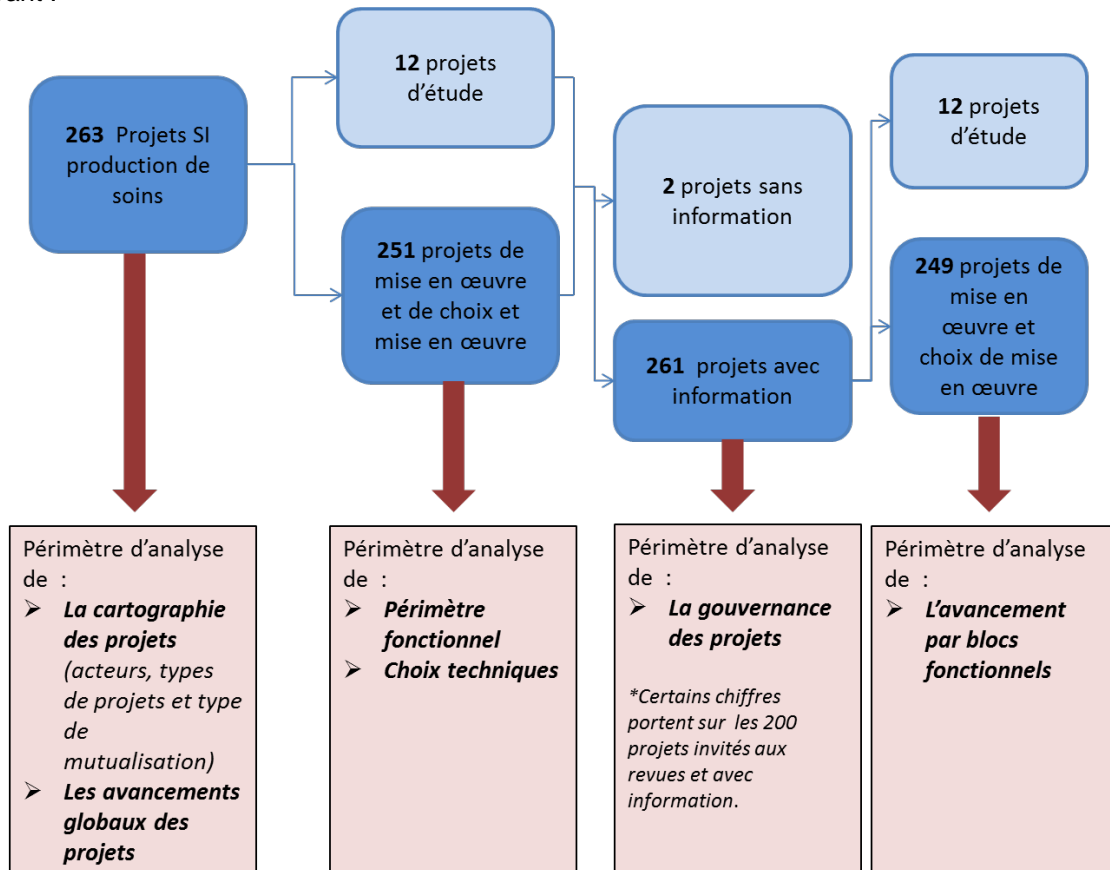
A l'issue de la 6^{ème} campagne, l'ANAP a formulé une analyse pour chacun des projets rencontrés. Ces avis ont été complétés par 20 CMSI. Les retours ANAP et CMSI sont communiqués par mail aux participants et aux directeurs des établissements présents à la revue par le biais des fichiers de préparation.

Schéma du circuit de communication des perceptions ANAP



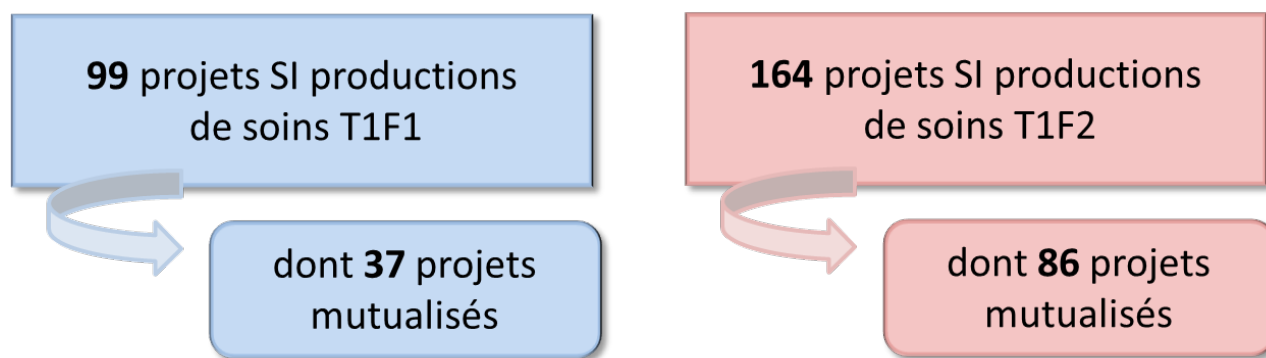
12 des 14 projets absents ont remonté leur avancement via les fichiers de préparation ou un point téléphonique avec l'ANAP et/ou l'ARS. L'ANAP n'a pas récupéré d'information pour 2 projets absents.

Par conséquent, la base de référence pour chaque périmètre d'analyse est résumée par le schéma suivant :



2. Cartographie des projets H2012 de la 1^{ère} tranche

Parmi les projets système d'information Hôpital 2012 de la 1^{ère} tranche, **263 projets sont concernés par le dispositif d'accompagnement de l'ANAP dédié aux projets d'informatisation de la production de soins (SI PDS)**. Parmi ces projets, **123** sont des **projets mutualisés**.



Cette partie reprend la cartographie des projets de la tranche 1 établie lors du précédent rapport.

L'objectif est de rappeler les chiffres clés (typologie des établissements, stratégie de mutualisation, types de projets, périmètres fonctionnels des projets) tout en présentant les évolutions depuis la 5^{ème} campagne.

Stabilité du nombre de projets SI PDS H2012

Depuis la 5^{ème} campagne, **le nombre de projets suivis reste quasi stable, passant de 265 à 263 projets.**

Cette évolution s'explique par **la sortie du périmètre de suivi H2012 de 2 projets** dé-financés en Pays de Loire et en Ile de France.

Diminution du nombre de projets SI PDS H2012 mutualisés

Entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne, **le nombre de projets mutualisés est quasi-stable passant de 124 à 123 projets mutualisés.**

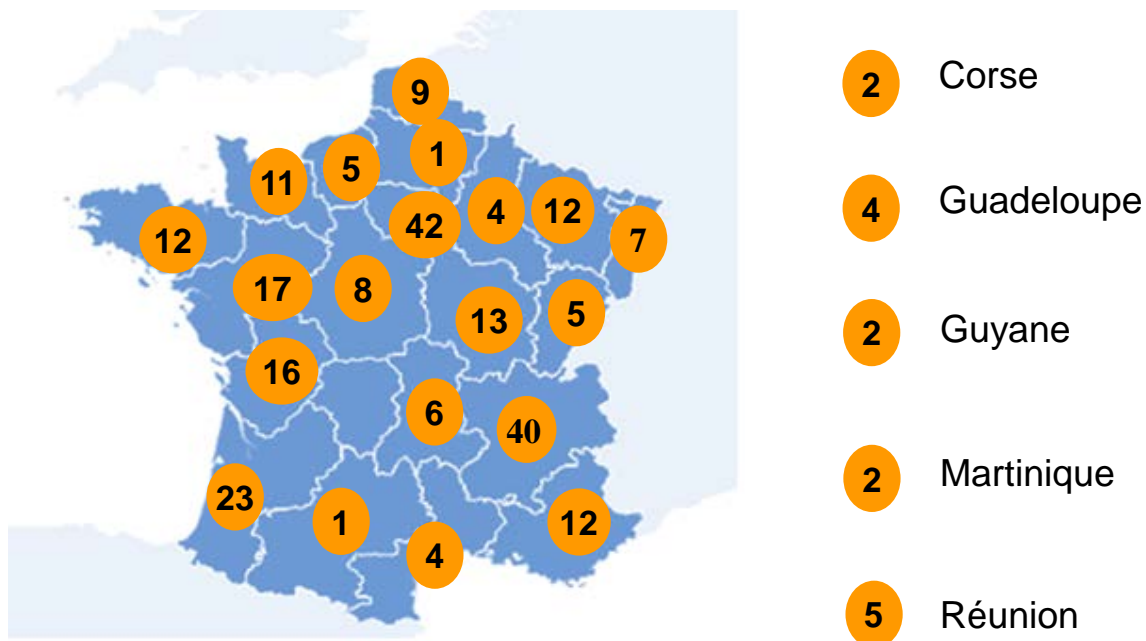
Cette diminution s'explique par **la sortie du portefeuille H2012 d'un projet mutualisé** en Pays de Loire.

1. Cartographie des acteurs

a. Répartition des projets par ARS

Les 263 projets sont répartis sur 25 régions :

Répartition des projets par ARS



b. Cartographie générale des acteurs

Tous les types de structures sanitaires sont concernés : Hôpitaux Locaux (HL), Centres Hospitaliers (CH), Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS), Centres Hospitaliers Universitaires et Régionaux (CHU / CHR), Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), Cliniques Privées et autres (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, centres médicaux de rééducation, groupements de soins, établissements de soins à domicile).

Diminution du nombre d'établissements

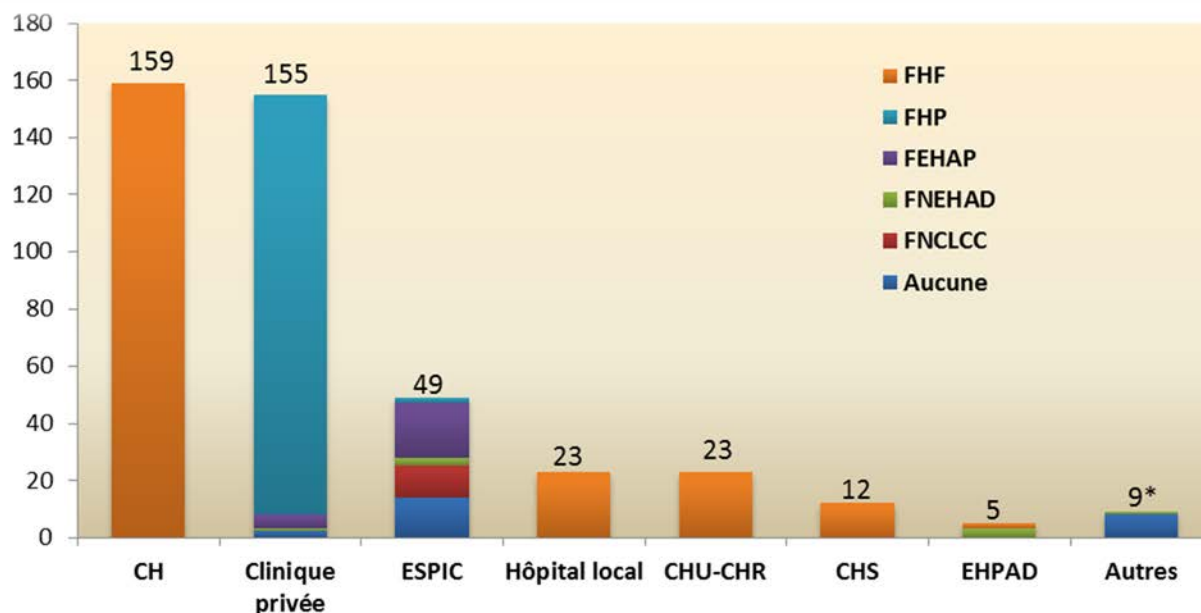
Depuis la 5^{ème} campagne, le nombre d'établissements accompagnés est passé de 437 à 435 lors de la 6^{ème} campagne.

Cette diminution concerne **4 projets** menés respectivement en Corse, Ile de France, Pays de Loire et Rhône Alpes. Elle s'explique par :

- **La séparation** d'un établissement participant à un projet H2012 en **2 structures juridiques** ;
- **La sortie** du périmètre H2012 de **2 établissements** suite au **dé-financement de 2 projets** ;
- **La fermeture d'1 établissement** de santé.

Au sein des 435 établissements, la représentation des fédérations au sein des projets reste forte puisque seulement 5% des structures concernées n'adhèrent à aucune fédération. 50% des établissements adhèrent à la Fédération Hospitalière de France (FHF).

Etablissements par typologie et fédération



*Ces 9 structures correspondent à des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), associations ou Groupements d'Intérêt Economique (GIE).

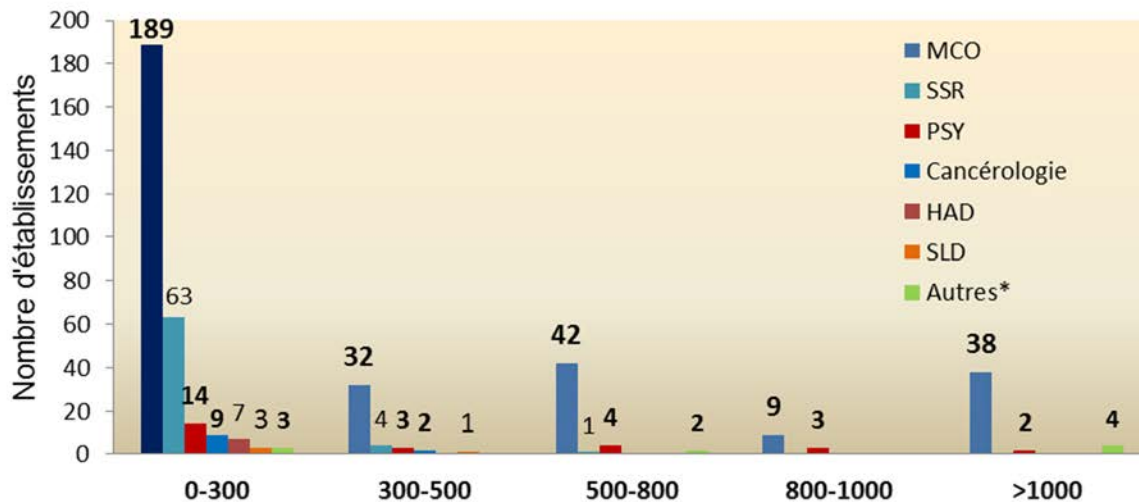
Stabilité de la typologie et de la répartition par fédération des établissements

La représentativité des fédérations et des différents types d'établissements demeure stable depuis le début de l'accompagnement.

Les **projets accompagnés par l'ANAP** sont essentiellement menés dans des structures :

- **De petite taille** : 66% des établissements sont de capacité inférieure à 300 lits, soit 288 des 435 établissements,
- **Dont l'activité principale est la Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)** : 71% des établissements sont spécialisés en MCO, soit 310 établissements.

Activités principales et taille des 435 établissements concernés



*Les activités autres correspondent à des activités spécialisées telles que l'hémodialyse.

c. Etablissements participant à plusieurs projets

Parmi les 435 établissements, **32 sont impliqués dans plusieurs projets H2012** (comme lors de la 5^{ème} campagne).

La plupart de ces établissements **participent à 2 projets. Seuls 4 établissements participent à plus de 2 projets. Ceci reste sans changement depuis le début de l'accompagnement.**

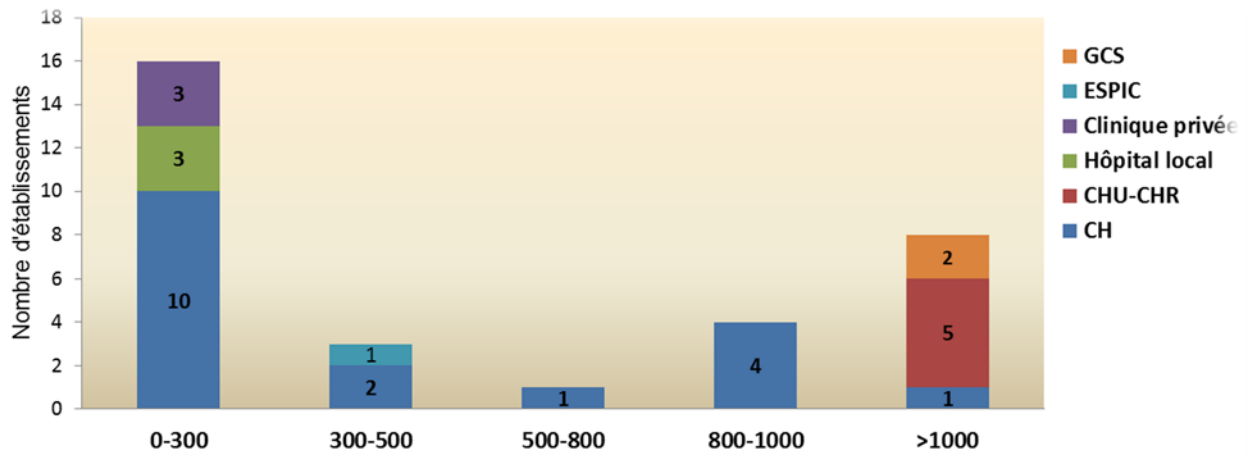
La plupart des 32 établissements participent à des **projets mutualisés** :

- **20 établissements n'interviennent que dans le cadre de projets H2012 mutualisés** (comme lors de la 5^{ème} campagne) ;
- **11 établissements combinent des projets non mutualisés et mutualisés** (comme lors de la 5^{ème} campagne) ;
- Seul **1 établissement n'intervient que sur des projets non mutualisés** (comme en 5^{ème} campagne).

Ces 32 établissements sont en majorité des établissements de petites tailles (16 des 32 établissements concernés sont inférieurs à 300 lits).

Seuls les **établissements publics de plus de 1000 lits sont concernés par plus de 2 projets SI PDS.**

Répartition des 32 établissements impliqués dans plusieurs projets par taille et par type



Stabilité du nombre d'établissements participant à plusieurs projets

Depuis la 5^{ème} campagne, le nombre d'établissements participant à plusieurs projets est stable.

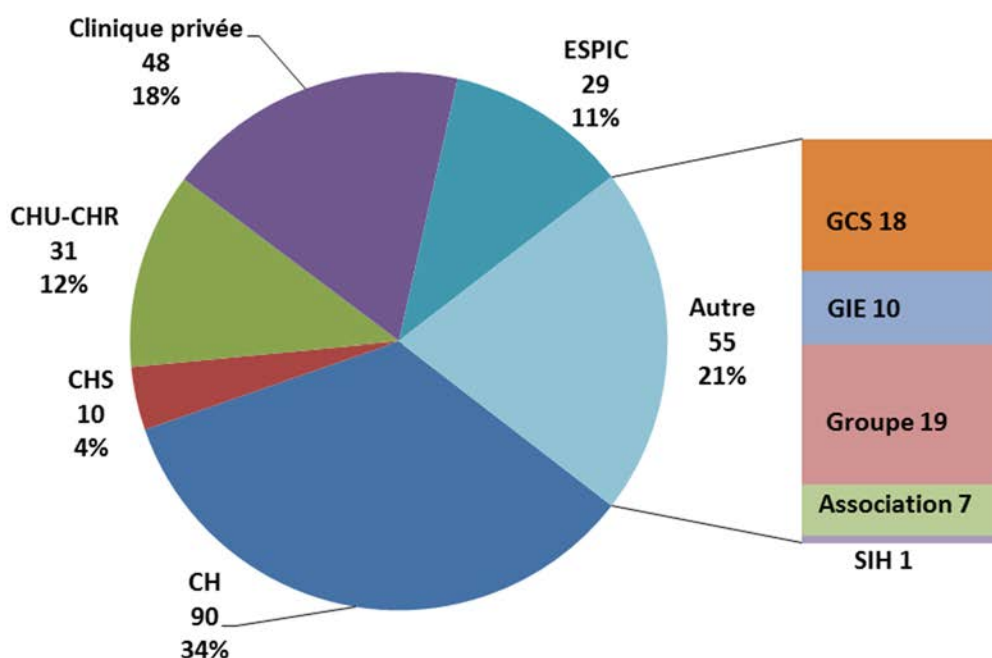
d. Structures porteuses

Chacun des 263 projets est piloté par un « porteur du projet », responsable de la conduite et du suivi du projet pour le compte soit d'un seul établissement, soit de l'ensemble des établissements concernés dans le cadre d'un projet mutualisé.

Dans le cas des projets mutualisés, le porteur de projet peut être soit un établissement soit une structure porteuse : un groupement (GCS, GIE, groupes privés, associations...), ou l'ensemble des établissements concernés par le projet dans le cas où aucun porteur spécifique n'a été identifié.

La majorité des projets est portée par les centres hospitaliers. Par ailleurs, une importante proportion de projets est portée par une structure autre qu'un établissement (GCS, GIE, groupe...).

Répartition des projets par type de structure porteuse²



Stabilité de la typologie des structures porteuses

Entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne, le nombre de projets par type de structures porteuses est stable.

² Les 19 projets dont la structure porteuse est un groupe ont déclaré être portés par le siège (et non par des établissements adhérents à ce groupe).

Les structures porteuses autres qu'un établissement sont listées dans le tableau suivant :

	Projets T1F1	Projets T1F2
GCS	GCS Télésanté (Centre) GCS Emosist (Franche-Comté) GCS Martinique GCS Phare (Picardie) GCS E Santé échanges d'information entre les acteurs de santé du Poitou-Charentes GCS Adassa-Diaconat	GCS SIRS CO (Corse) GCS Hôpitaux pédiatriques de Nice-Lenval (PACA) GCS Télésanté (Basse Normandie) GCS GESMIF (Ile de France) GCS D-SIS IF (Ile de France) GCS SISRA (Rhône-Alpes) GCS Martinique
GIE	GIE CPA Management GIE La Roche sur Yon GIE Ahnac Valenciennes	GIE Clinic Management Services GIE Santé retraite GIE Capio
Groupes	Générale de Santé Mutualité	Générale de santé Avenir Santé OC Santé Cliniques Mutualité Française Côte d'Or Vitalia Groupe HPM Medi-Partenaires
Associations	Croix Rouge Française Association Hospitalière de l'Ouest	Croix Rouge Française AIDHL (Association Informatique des Hôpitaux Locaux) Association "Alsace HAD"
SIH		SIH de l'informatique hospitalière du Nord Pas de Calais

e. Etablissements participant aux projets mutualisés

Parmi les 435 établissements de santé participant aux 263 projets SI productions de soins, 309 interviennent sur des projets mutualisés, ce qui représente **près des trois-quarts des établissements**.

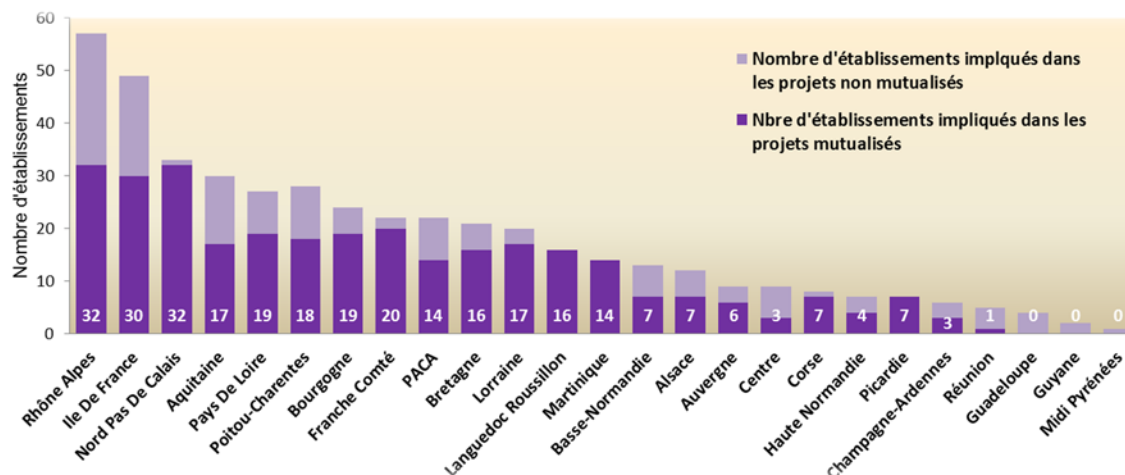
Stabilité du nombre d'établissements participants à des projets mutualisés

Le nombre d'établissements participant à des projets mutualisés est stable entre les 2 campagnes, passant de 310 lors de la 5^{ème} campagne à 309 lors de la 6^{ème} campagne. Les modifications de périmètre sont détaillées page 34.

L'importance du nombre d'établissements participant à des projets mutualisés est constatée dans la plupart des régions. Seules les régions Guadeloupe, Guyane et Midi-Pyrénées ne sont pas concernées par les projets mutualisés.

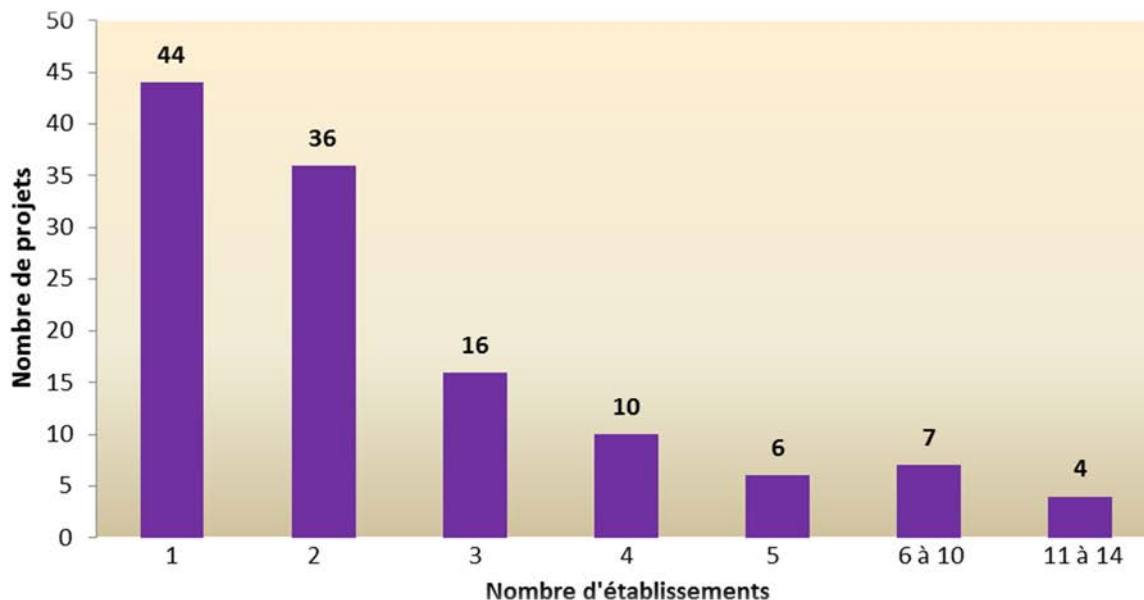
A l'inverse, les régions Martinique et Languedoc Roussillon sont concernées exclusivement par des projets mutualisés.

Répartition des établissements par ARS selon la notion de mutualisation



Les 123 projets mutualisés impliquent entre 1 à 14 établissements identifiés selon la répartition établie dans le graphique ci-dessous :

Nombre d'établissements impliqués dans les projets mutualisés



Cette répartition tient compte du travail effectif entre plusieurs établissements bien identifiés. Dans le cadre des mutualisations de groupe ou de projets régionaux, seuls les établissements identifiés et ayant entrepris un mode de travail commun ont été pris en compte (et non pas l'ensemble des établissements du groupe/de la région potentiellement concernés).

Ainsi, 4 projets impliquent plus de 10 établissements :

- Les 2 projets portés par le GCS Martinique impliquent chacun 14 établissements,
- L'un des deux projets portés par le GCS EMOSIST en Franche-Comté implique 13 établissements,
- Le projet porté par Direction OC Santé à Languedoc-Roussillon implique 11 établissements.

L'importante proportion de **projets mutualisés n'impliquant qu'une seule structure** s'explique par trois principales raisons :

- 6 projets concernent l'**AP-HP**, comptée ici comme une structure unique bien qu'elle représente 37 hôpitaux,
- 9 projets portés par un GCS sans identification précise des établissements contributeurs / bénéficiaires (**GCS Télésanté Centre, GCS E Santé échanges d'information entre les acteurs de santé du Poitou-Charentes, GCS D-SISIF, GCS Télésanté Basse-Normandie et GCS SISRA**),
- **29 établissements** mènent leur projet en développant des synergies soit avec un groupe / une association / GIE, soit au niveau régional selon une volonté d'extension.

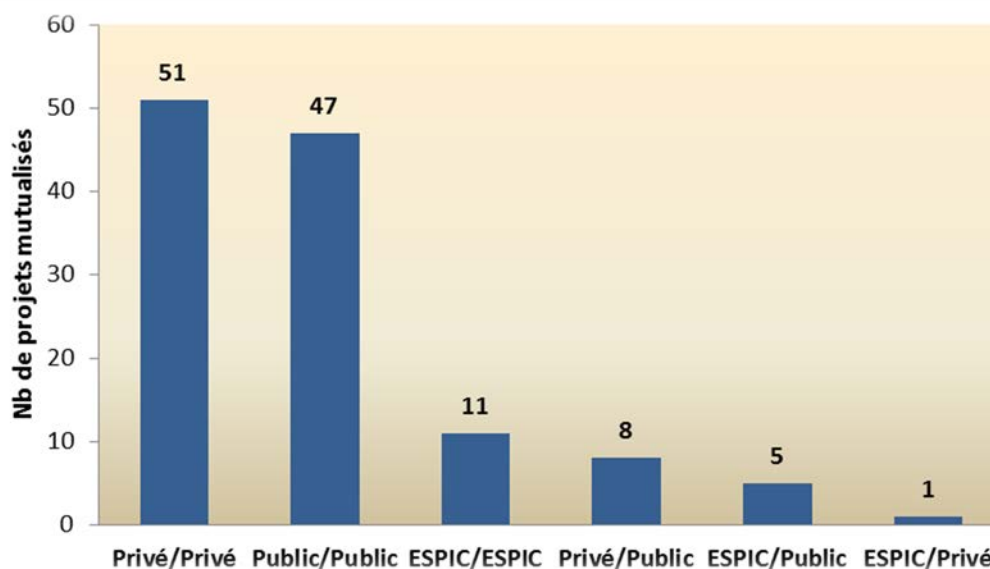
2. Types de mutualisation mise en œuvre

Les 123 projets mutualisés sont issus principalement de coopérations entre des établissements de même nature juridique avec :

- 41% de mutualisation privé / privé,
- 38% de mutualisation public / public,
- 9% de mutualisation ESPIC / ESPIC.

Seulement 12% des projets sont mutualisés dans le cadre de coopérations impliquant des établissements de natures juridiques différentes (privé/ public, ESPIC / public, privé/ ESPIC).

Types de coopérations mis en œuvre



Stabilité des types de coopérations mises en œuvre

Les types de coopérations mises en œuvre restent relativement stables depuis le début de l'accompagnement.

Les projets sont mutualisés sur des périmètres variables. Deux types de mutualisation, combinables, sont identifiés :

- Les mutualisations **de moyens** :
 - 52 porteurs de projet mutualisés déclarent mutualiser le **chef de projet**,
 - 47 porteurs déclarent mutualiser la **MOE**,
 - 33 porteurs déclarent mutualiser l'**hébergement**,
 - 33 porteurs déclarent mutualiser les **infrastructures**,
 - 34 porteurs déclarent mutualiser l'**AMOA**,
 - 17 porteurs déclarent mutualiser les **référents métiers**.
- Les mutualisations **d'activités** :
 - 73 porteurs de projet mutualisés déclarent mutualiser la **mise en œuvre**,
 - 73 porteurs déclarent mutualiser la **phase de choix**,
 - 70 porteurs déclarent mutualiser la **phase d'étude**,
 - 70 porteurs déclarent mutualiser le **pilotage**.

Les projets mutualisés sont issus de coopération entre plusieurs établissements selon une stratégie locale (établissements proches géographiquement), une stratégie de groupe (établissements adhérents à un même groupe³), ou constituent un projet à vocation régionale⁴. Parmi les 123 projets mutualisés :

- **52** sont alignés sur une stratégie de groupe,
- **44** sont alignés sur une stratégie locale,
- **27** sont alignés sur une stratégie à vocation régionale.

Stabilité des stratégies et périmètres de mutualisation

Les stratégies de mutualisation ainsi que les périmètres de mutualisation restent relativement stables depuis le début du suivi.

3. Types de projets

Les projets d'informatisation de la production de soins se répartissent en trois types comportant chacun des caractéristiques distinctes (délais de réalisation, risques associés, montants des projets, etc.) :

- **Les projets d'étude** sont des projets qui, par définition, sont préalables à la mise en œuvre d'un système d'information. Il peut s'agir d'études préalables à la mise en place d'un système d'information hospitalier dans sa globalité ou sur un périmètre précis (un PACS par exemple), ou d'études préalables à des projets de mutualisation,

³ Le rapprochement de ces établissements peut être une initiative du siège ou de quelques établissements à un niveau local.

⁴ Un projet à vocation régionale se distingue d'un projet à vocation locale, par sa capacité à permettre l'intégration de nouveaux établissements.

- **Les projets de choix et mise en œuvre** sont des projets qui comprennent la phase d'analyse de besoins, de rédaction de cahier des charges et d'appel d'offres, suivie par une phase d'implémentation de la / des solution(s) choisie(s),
- **Les projets de mise en œuvre** sont des projets de poursuite d'informatisation sur le périmètre de la production de soins (avec par exemple le déploiement des dossiers de spécialité), ou des projets pour lesquels la demande de financement ne concernait pas la phase de choix.

Parmi les 263 projets SI PDS :

- **12** sont des projets d'études,
- **142** sont des projets de choix et mise en œuvre,
- **109** sont des projets de mise en œuvre.

Concernant les projets de mise en œuvre et de choix de mise en œuvre, le financement des projets SI PDS H2012 est délivré soit pour le déploiement du site pilote, soit pour le déploiement généralisé. 233 projets ont communiqué l'information du périmètre de leur financement. Parmi eux :

- **228 projets, soit 90% du portefeuille de projets, déclarent être financés pour le déploiement généralisé,**
- **5** projets déclarent être financés pour le déploiement pilote.

Des projets financés pour le déploiement généralisé

La quasi-totalité des projets de mise en œuvre et de choix et mise en œuvre ont été financés sur le périmètre du déploiement généralisé.

4. Périmètres fonctionnels des projets

Les projets sont classés en deux catégories :

- Les projets d'étude,
- Les projets de mise en œuvre (qu'ils incluent la phase de choix d'une solution logicielle ou non).

a. Projets d'étude

Les 12 projets d'étude portent principalement sur deux thématiques :

- Des études préalables au lancement d'un projet de modernisation du système d'information, sur le périmètre du dossier patient dans son ensemble ou sur des périmètres spécifiques (télé médecine, imagerie, ...),
- Des études préalables à des opérations de mutualisation, concernant une mise en œuvre mutualisée d'un SIH global, de solutions spécifiques ou d'infrastructures.

b. Projets de mise en œuvre et de choix et mise en œuvre

Concernant les projets de mise en œuvre, leur périmètre fonctionnel n'a pas été déclaré dans les Dossiers Standard Projet (DSP). Ainsi, l'analyse du périmètre fonctionnel qui suit a été réalisée :

- En se basant, sur le périmètre initialement défini dans les fiches de synthèse validées par les CMSI et les établissements concernés lors de la 2^{ème} campagne régionale,
- En intégrant les évolutions de périmètre déclarées par les porteurs de projet lors des campagnes de revues,
- En intégrant le périmètre fonctionnel des projets qui se sont structurés après la 4^{ème} campagne.

Les blocs fonctionnels les plus représentés sont :

- La prescription avec **193** projets la mettant en œuvre,
- Le dossier de soins avec **191** projets le mettant en œuvre,
- Le bloc médicotechnique avec **189** projets le mettant en œuvre,
- Le dossier médical avec **187** projets le mettant en œuvre.

Périmètres	Blocs fonctionnels	Projets mettant en œuvre le bloc fonctionnel		
		5 ^{ème} campagne	6 ^{ème} campagne	
Modules de fonctions « métier » orientées production de soins	Dossier médical	189	187	
	Prescription	196	193	
	Dossier de soins	194	191	
	Dossier de spécialité	141	140	
	Gestion des Ressources	144	147	
Productions d'activités médico-techniques		189	189	Zoom sur la production médico-technique :
Communication avec l'extérieur		111	111	Composante
Infrastructures fonctionnelles		140	143	Bloc opératoire
Projets connexes		108	107	Anesthésie
				Laboratoire
				Imagerie (PACS)
				Imagerie (SIR)
				Pharmacie
				Anapath/Cytogénétique
				5 ^{ème} campagne
				6 ^{ème} campagne
				90
				88
				71
				58
				59
				36
				119
				120
				20
				21

Relative stabilité du périmètre fonctionnel des projets

Depuis la 5^{ème} campagne de revues, le nombre de blocs fonctionnels mis en œuvre varie très légèrement. Ces évolutions s'expliquent par :

- **La sortie du périmètre H2012 de deux projets définancés ;**
- **L'évolution effective de périmètre de certains projets.** En effet :
 - 10 projets déclarent avoir élargi leur périmètre ;
 - 4 projets déclarent avoir réduit leur périmètre.

Les principales raisons d'extension de périmètre évoquées concernent :

- **L'intégration de fonctionnalités nouvelles** au périmètre initial sur décision de l'établissement ou à la demande des praticiens : RIS/PACS, anesthésie, gestion des blocs, messagerie sécurisée,...
- **L'intégration de sous-projets liés aux infrastructures nécessaires à la mise en œuvre des projets :** annuaires, authentification CPS, serveurs.

Les principales raisons de réduction de périmètre sont les suivantes :

- **Un périmètre initial trop ambitieux** au regard des capacités des structures,
- **L'inadaptation fonctionnelle des modules de certaines solutions,** poussant les établissements à reporter, voire abandonner l'informatisation d'un bloc fonctionnel particulier.

Pour rappel : le dispositif d'accompagnement ANAP est destiné aux projets SI production de soins. Ainsi, la majorité des projets SI Hôpital 2012 dont le périmètre est uniquement technique et non métier ne sont pas suivis dans le cadre de ce dispositif (en dehors de quelques exceptions faites à la demande des CMSI).

Ce constat indique que les porteurs de projet veulent mettre en œuvre des ensembles cohérents de blocs fonctionnels, c'est une preuve que **l'informatisation de la production de soins est abordée dans une logique d'évolution globale des processus de prise en charge du patient.**

Ainsi, **le lien fort entre les blocs fonctionnels de la prescription, du dossier de soins et de la pharmacie** est conforté :

- **71%** des porteurs de projet mettent en œuvre la prescription et le dossier de soins dans leur projet H2012 (contre 74% lors de la 5^{ème} campagne),
- **46,6%** mettent en œuvre la prescription et la pharmacie (contre 45,8% lors de la 5^{ème} campagne),
- **44,6%** mettent en œuvre la prescription, le dossier de soins et la pharmacie (contre 44,3% lors de la 5^{ème} campagne).

Parmi les **251** projets de mise en œuvre et de choix et mise en œuvre, **60** projets (dont **33** mutualisés) impliquent la composante PACS (contre 59 projets lors de la 5^{ème} campagne).

Parmi eux, 12 projets couvrent exclusivement la mise en œuvre du PACS (stable par rapport à la 5^{ème} campagne).

3. Etats d'avancement des projets et choix techniques des établissements

Ce chapitre dresse la situation de l'ensemble des projets de la tranche 1 à l'issue de la 6^{ème} campagne. Pour ce faire, sont présentés :

- Les états d'avancement globaux,
- Les états d'avancement par périmètres fonctionnels,
- La comparaison des états d'avancement depuis la 2^{ème} campagne,
- Les choix techniques des porteurs de projet.

1. Etats d'avancement globaux par type de projet

a. Etats d'avancement globaux

Les résultats présentés dans ce chapitre couvrent le périmètre de 263 projets SI PDS dont :

- 99 projets de la 1^{ère} fenêtre de la 1^{ère} tranche (T1F1) (notifiés fin 2008),
- 164 projets de la 2^{nde} fenêtre de la 1^{ère} tranche (T1F2) (notifiés en 2010).

Les différents niveaux d'avancement identifiés sont les suivants :

- **Projets « suspendus »**, c'est-à-dire les projets pour lesquels les premières dépenses ont été réalisées mais qui sont arrêtés à la date de la revue,
- **Projets « lancés mais retardés - difficulté »**, c'est à dire les projets pour lesquels les premières dépenses ont été réalisées, mais qui présentent un retard et/ou des difficultés dans leur avancement,
- **Projets « lancés »**, c'est-à-dire les projets qui sont en cours et dont l'état d'avancement est considéré comme correct,
- **Projets « lancés avec un bon avancement »**, c'est-à-dire les projets qui sont en cours et dont l'état d'avancement est considéré comme satisfaisant,
- **Projets « terminés »**, c'est-à-dire les projets dont la date de fin de projet est antérieure à la date de la revue,
- **Projets « pas d'information »**, c'est-à dire les projets dont l'information sur leur avancement est indisponible. Ces projets n'étaient pas présents en revue et n'ont pas communiqué, par la suite, d'informations sur leur situation.

Après la 6^{ème} campagne, seul 1 projet n'a pas remonté d'information sur son état d'avancement.

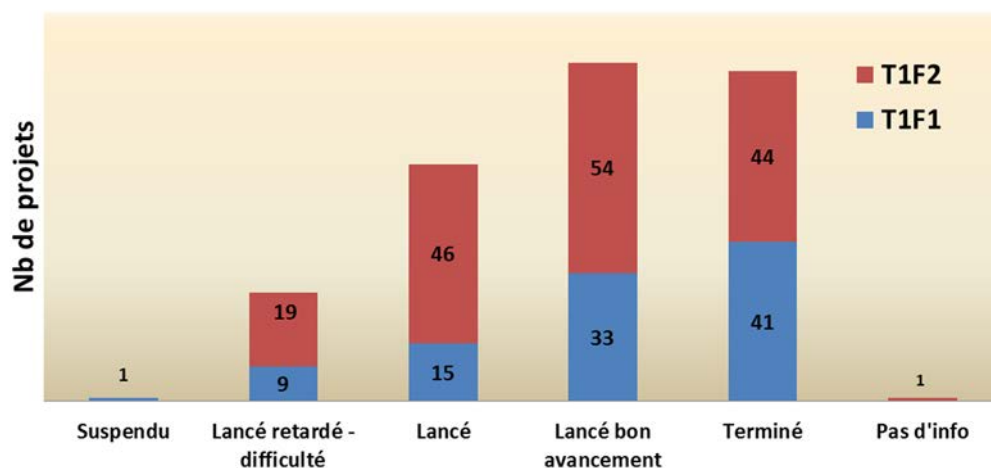
Parmi les 262 projets pour lesquels l'avancement est connu :

- **176 projets sont en cours,**
- **85 projets** sont terminés,
- **1 projet** est suspendu.

Les 176 projets en cours se répartissent selon les niveaux d'avancement suivants :

- **49%** des projets en cours sont considérés « **lancés avec un bon avancement** »,
- **35%** sont « **lancés** »,
- **16%** sont « **retardés - difficulté** ».

Etats d'avancement des projets



b. Analyse de l'avancement par type de projets

Les états d'avancement varient naturellement selon le type⁵ de projets et le niveau de complexité associé. Ainsi, au moment de la campagne :

- **La majorité des projets de mise en œuvre et de choix et mise en œuvre est en cours :**
 - **76** des **109** projets de mise en œuvre contre 88 projets lors de la 5^{ème} campagne,
 - **98** des **142** projets de choix et mise en œuvre contre 114 projets lors de la 5^{ème} campagne.

La diminution du nombre de ces projets s'explique par leur passage au statut « terminé » lors de la 6^{ème} campagne.

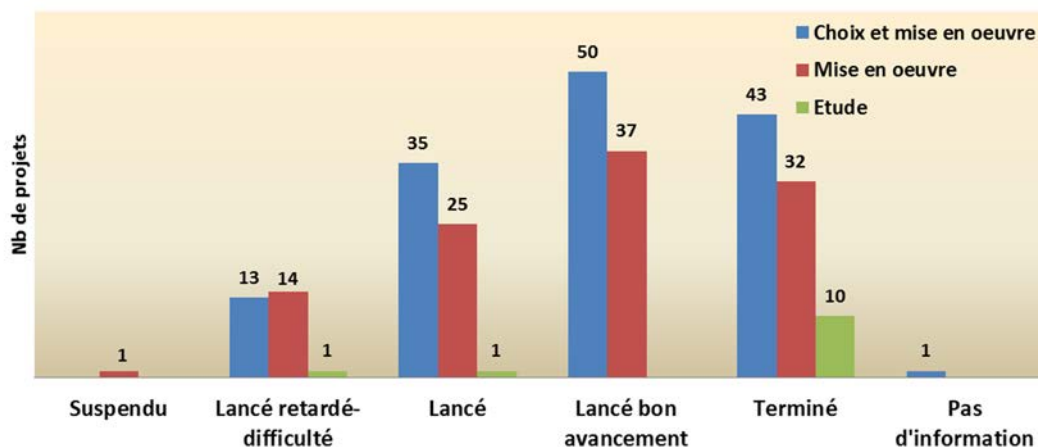
Par ailleurs, seuls **2** des **142** projets de choix et de mise en œuvre n'ont pas encore choisi de solution sur les cinq principaux blocs de leur périmètre fonctionnel⁶, comme lors de la 5^{ème} campagne.

⁵ Pour rappel, les 263 projets SI PDS H2012 se répartissent selon la typologie suivante :

- 12 sont des projets d'étude,
- 142 sont des projets de choix et de mise en œuvre,
- 109 sont des projets de mise en œuvre.

⁶ Blocs fonctionnels concernés : Dossier médical, Prescription, Dossiers de soins, Dossiers de spécialités, Bloc medicotechnique.

Etats d'avancement par type de projets



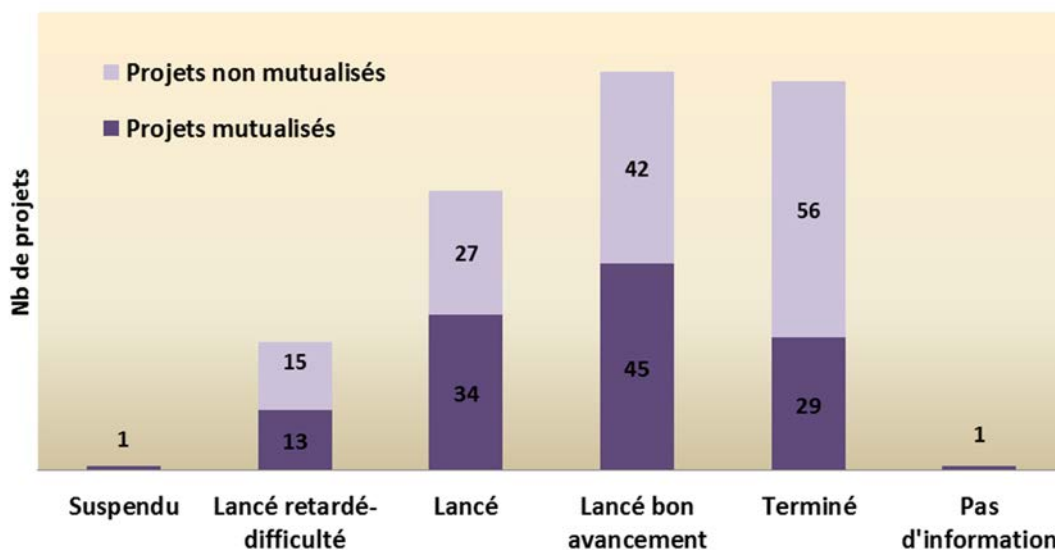
c. Analyse de l'avancement des projets mutualisés

Les 123 projets mutualisés impliquent 309 établissements qui peuvent, pour certains projets, présenter des états d'avancement différents. 28 projets, soit **23% des projets mutualisés**, impliquant au total 105 établissements sont dans ce cas. **Les projets mutualisés continuent d'avancer majoritairement de manière groupée.**

Le parti a été pris de valoriser l'état d'avancement du projet en fonction de l'état d'avancement de l'établissement le moins avancé. **Parmi les 105 établissements concernés par ces 28 projets, 24 ont terminé leurs projets d'informatisation.**

L'analyse des états d'avancements selon la notion de mutualisation montre que **les projets non mutualisés sont légèrement plus avancés** que les projets mutualisés. En effet, **40 %** des projets non mutualisés sont terminés contre **24%** des projets mutualisés.

Etats d'avancement selon la notion de mutualisation



d. Focus sur les projets en difficulté

i. Analyse des causes des projets « suspendus »

Seul un projet est suspendu lors de la 6^{ème} campagne contre 5 projets lors de la 5^{ème} campagne. Ce projet est suspendu suite à des difficultés techniques bloquantes.

ii. Analyse des causes des projets « lancés retardés-difficulté »

Les 28 projets recensés rencontrent plusieurs types de difficultés (par ordre d'importance d'apparition) :

- **Avec les éditeurs** (pour 15 projets « lancés retardés-difficulté » soit 56% des projets en 6^{ème} campagne contre 65% en 5^{ème} campagne) :
 - **Retards et non-conformité** des livraisons, attente de nouvelles versions, des évolutions et des correctifs, problèmes d'interfaces des solutions déployées,
 - Manque de **disponibilité** de l'éditeur avec des ressources mobilisées insuffisantes, relations difficiles avec l'éditeur.
- En termes de **gouvernance** (pour 13 projets « lancés retardés-difficulté » soit 48% des projets en 6^{ème} campagne contre 42% en 5^{ème} campagne) :
 - **Absence** de définition d'**instances de gouvernance voire d'équipe projet dédiée**,
 - **Changements stratégiques** du projet (relance du projet avec un nouveau marché, report de la mise en œuvre du projet, recadrage du périmètre projet).
- En termes de **déploiement** (pour 8 projets « lancés retardés-difficulté » soit 26% des projets en 6^{ème} campagne contre 30% en 5^{ème} campagne) :
 - **Difficultés à consolider / resserrer le planning** de déploiement,
 - **Résistances au changement et hostilité vis-à-vis de la solution**,
 - Manque dans la gestion et la conduite du projet : organisation des formations difficile du fait de la charge de travail induite et de l'hostilité des médecins.

- D'ordre **financier** (pour **7** projets « lancés retardés-difficulté » soit 25% des projets en 6^{ème} campagne contre 5% en 5^{ème} campagne) :
 - **Situation financière difficile de l'établissement** qui impacte le budget du projet (mise sous administration du provisoire, difficultés financières diverses),
 - **Difficulté à trouver les financements pour les GCS.**
- D'ordre **technique** (pour **5** projets « lancés retardés-difficulté » soit 19% des projets en 6^{ème} campagne contre 21% en 5^{ème} campagne) :
 - **Nécessité de mise à niveau technique des infrastructures,**
 - **Interfaces défailtantes** entre les solutions.

Ces difficultés impactent le planning de déploiement puisque, parmi les 28 projets « lancés retardés-difficulté » :

- **13** projets déclarent un décalage de planning (décalage moyen de 12 mois) depuis la 5^{ème} campagne,
- **6** projets déclarent un réaménagement de planning sans impact sur la date de fin de projet,
- **4** projets ne sont pas en capacité de déclarer une date de fin prévisionnelle.

Seuls 5 projets déclarent maintenir leur planning depuis la 5^{ème} campagne.

Les 28 projets « lancés retardés - difficulté » impliquent **42 établissements**, soit 10% des établissements du portefeuille H2012 (contre 19% lors de la 5^{ème} campagne).

L'analyse des types et des tailles des établissements montre que les établissements publics de grande taille sont les plus représentés au sein des projets en difficulté (comme lors de la 5^{ème} campagne).

Répartition des projets « retardés -difficulté » en fonction du type et de la taille de l'établissement

Type ES	Part des ES en difficulté dans le portefeuille H2012		Taille ES	Part des ES en difficulté dans le portefeuille H2012	
	RG5	RG6		RG5	RG6
CH	20%	10%	0-300	16%	8%
CHU-CHR	30%	26%	300-500	22%	10%
CHS	8%	0%	500-800	21%	12%
Cliniques privées	21%	7%	800-1000	18%	0%
EHPAD	0%	0%	>1000	29%	23%
ESPIC	6%	10%			
Hopital local	22%	9%			
Autres	22%	22%			

*ES = établissements de santé

2. Etats d'avancement par périmètre fonctionnel

Les résultats présentés dans ce chapitre concernent exclusivement les **249⁷ projets de mise en œuvre et de choix et mise en œuvre qui ont remonté leur avancement.**

L'avancement des blocs fonctionnels de ces projets n'est cependant pas systématiquement renseigné. A noter que :

- Pour les projets terminés, l'ensemble des blocs fonctionnels a été valorisé comme étant terminé,
- Les blocs fonctionnels non renseignés dans le cadre d'un retour partiel sont valorisés à « non communiqué ».

a. Avancement global des blocs fonctionnels

Les avancements des blocs fonctionnels font état d'une **augmentation des blocs terminés** et se répartissent de la manière suivante :

- **18%** sont **planifiés mais non démarrés** (contre 24% en 5^{ème} campagne),
- **43%** sont **en cours de mise en œuvre** (contre 49% en 5^{ème} campagne),
- **34%** sont **terminés** (contre 22% en 5^{ème} campagne),
- **5%** sont **non communiqués** (comme en 5^{ème} campagne).

L'analyse plus détaillée des blocs fonctionnels terminés montre que **les blocs « gestion des ressources et planification » et « dossier médical sont les plus avancés.** Effectivement :

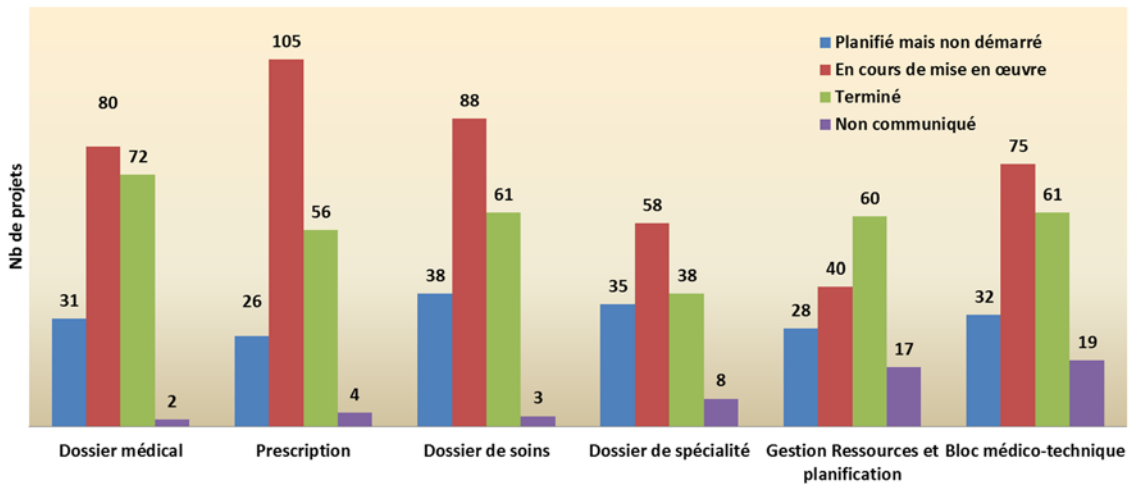
- Le bloc **gestion des ressources et planification** est terminé pour **41%** des projets intégrant ce volet,
- Le bloc **dossier médical** est terminé pour **39%** des projets intégrant ce volet,
- Les blocs **médicotechniques** sont terminés pour **33%** des projets intégrant ce volet,
- Le bloc **dossier de soins** est terminé pour **32%** des projets intégrant ce volet,
- Le bloc **prescription** est terminé pour **29%** des projets intégrant ce volet,
- Le bloc **dossiers de spécialités** est terminé pour **27%** des projets intégrant ce volet,

Une analyse plus fine des blocs les moins avancés « prescription » et « dossier de spécialité » permet de dégager les constats suivants :

- **La prescription** présente la **proportion de blocs en cours de mise en œuvre la plus importante** (55%), cela peut s'expliquer par la complexité de sa mise en œuvre ;
- **Le dossier de spécialités** présente la **proportion de blocs planifiés mais non démarrés la plus importante** (25%), ce qui montre que sa mise en œuvre est généralement planifiée ultérieurement à celle des autres blocs.

⁷ 2 des 251 projets de mise en œuvre et de choix et mise en œuvre n'ont pas remonté d'information sur leur avancement.

Etats d'avancement par bloc fonctionnel

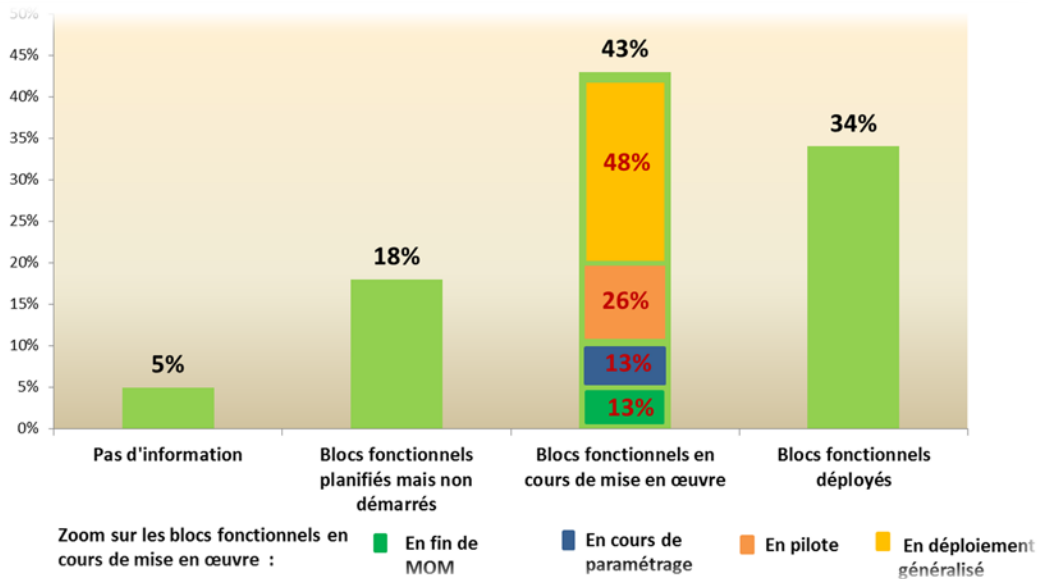


b. Focus sur les blocs fonctionnels en cours

Les blocs en cours de mise en œuvre présentent, selon une classification commune issue des jalons contractuels formalisés avec les éditeurs, les phases suivantes :

- Fin de mise en ordre de marche (MOM),
- Vérification d'aptitude au bon fonctionnement (VABF), correspondant à la fin du paramétrage,
- Déploiement pilote,
- Début du déploiement généralisé.

Avancement des blocs fonctionnels lors de la 6^{ème} campagne⁸




⁸ L'analyse comparative entre la 2^{ème}, la 3^{ème}, la 4^{ème}, la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne est réalisée dans la partie 3.c à la page 46.

Ce graphique montre que la majorité des blocs fonctionnels « en cours de mise en œuvre », soit **74%** des blocs, est en phase de déploiement (pilote ou généralisé). Plus précisément, 48% des blocs sont en phase de déploiement généralisé.

25% des projets dont les blocs fonctionnels sont valorisés à « planifiés » ou « en fin de mise en ordre sur le marché » sont des **projets mutualisés dont les établissements participants présentent un avancement différent** (Cf. le point d'attention : règle de valorisation des états d'avancement ci-dessous).

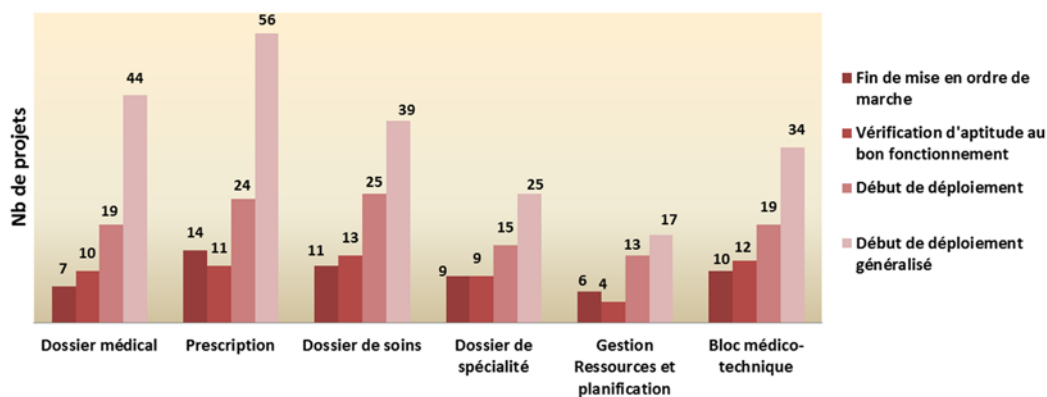
Il faut donc noter que **pour ces projets, une partie des établissements est plus avancée**, soit en cours de déploiement ou terminée.

 <p>Valorisation des états d'avancement</p>	<p>Dans le cadre des projets mutualisés, l'état d'avancement est valorisé selon le bloc le moins avancé de l'établissement le moins avancé. Ainsi, pour qu'un projet soit considéré terminé, tous les établissements impliqués doivent avoir terminé de déployer l'ensemble des blocs.</p>
---	--

Une analyse plus fine des blocs fonctionnels en cours sur les phases de « déploiement pilote » et « début de déploiement généralisé » amène au résultat suivant :

- **Le dossier médical** est en cours de déploiement pour **79%** des projets le mettant en œuvre lors de la 6^{ème} campagne (70% lors de la 5^{ème} campagne),
- **La prescription** est en cours de déploiement pour **76%** des projets la mettant en œuvre lors de la 6^{ème} campagne (69% lors de la 5^{ème} campagne),
- **La gestion des ressources** est en cours de déploiement pour **75%** des projets la mettant en œuvre lors de la 6^{ème} campagne (67% lors de la 5^{ème} campagne),
- **Le dossier de soins** est en cours de déploiement pour **73%** des projets le mettant en œuvre lors de la 6^{ème} campagne (68% lors de la 5^{ème} campagne),
- **Le bloc medicotechnique** est en cours de déploiement pour **71%** des projets le mettant en œuvre lors de la 6^{ème} campagne (68% lors de la 5^{ème} campagne),
- **Les dossiers de spécialité** sont en cours de déploiement pour **69%** des projets le mettant en œuvre lors de la 6^{ème} campagne (51% lors de la 5^{ème} campagne).

Focus sur les blocs en cours de mise en œuvre



Cette analyse montre que la majorité des blocs en cours sont en phase de déploiement, voire de déploiement avancé, comme il a été constaté lors des revues.

3. Comparaison de l'avancement depuis la 2^{ème} campagne

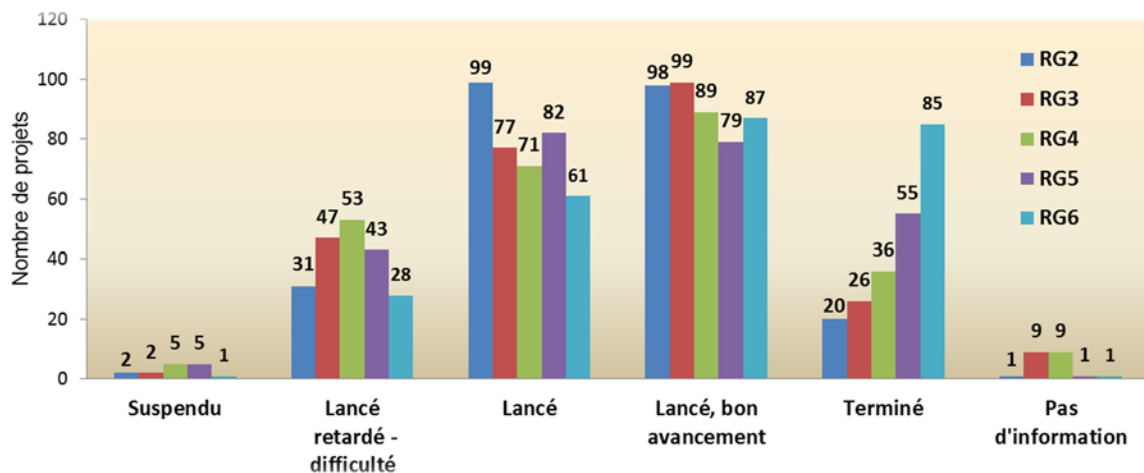
a. Comparaison des états d'avancement globaux

Une amélioration globale des états d'avancement est constatée à l'issue de la 6^{ème} campagne. Les faits marquants sont les suivants :

- **Le nombre de projets suspendus diminue** (4 projets en moins par rapport à la 5^{ème} campagne). Cette évolution est expliquée dans la sous-partie 3. b qui suit ce paragraphe,
- **Le nombre de projets « lancés, retardés-difficulté » diminue** (15 projets en moins par rapport à la 5^{ème} campagne). Cette évolution est expliquée dans la sous-partie 3. b qui suit ce paragraphe,
- **Le nombre de projets « lancés » diminue** (19 projets en moins par rapport à la 5^{ème} campagne). Cette diminution s'explique notamment par le passage de projets « lancés » aux statuts « lancé bon avancement » et « terminé » entre les deux campagnes,
- **Le nombre de projets « lancés, bon avancement » augmente** (9 projets supplémentaires depuis la 5^{ème} campagne),
- **30 projets** qui étaient en cours lors de la 5^{ème} campagne sont **terminés**.

Ces évolutions montrent que les projets continuent d'avancer dans leur déploiement.

Comparaison des avancements depuis la 2^{ème} campagne

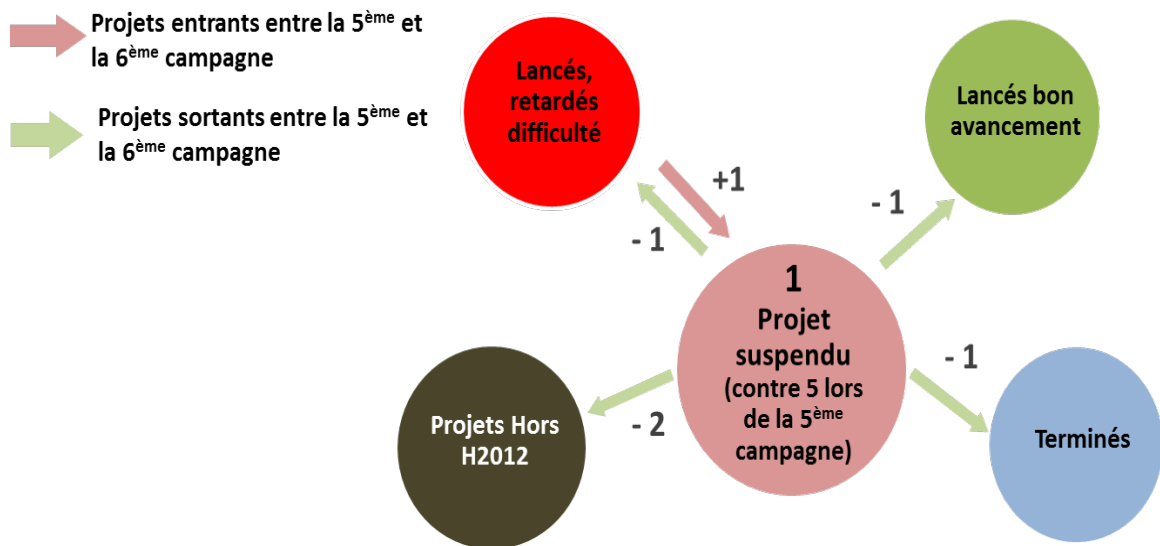


b. Analyse de l'évolution des projets en difficulté

i. Les projets « suspendus »

Le nombre de projets suspendus diminue, passant de 5 à 1 projet entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne. Cette diminution s'explique par :

- **La sortie de 5 projets** de cette catégorie :
 - 2 projets sortent du portefeuille des projets H2012 ;
 - 1 projet redémarre suite à un recadrage ;
 - 1 projet redémarre suite au renforcement de l'équipe projet ;
 - 1 projet est considéré comme terminé suite à une restriction du périmètre H2012.
- **L'entrée d'un nouveau projet** dans cette catégorie suite à des difficultés techniques bloquantes.

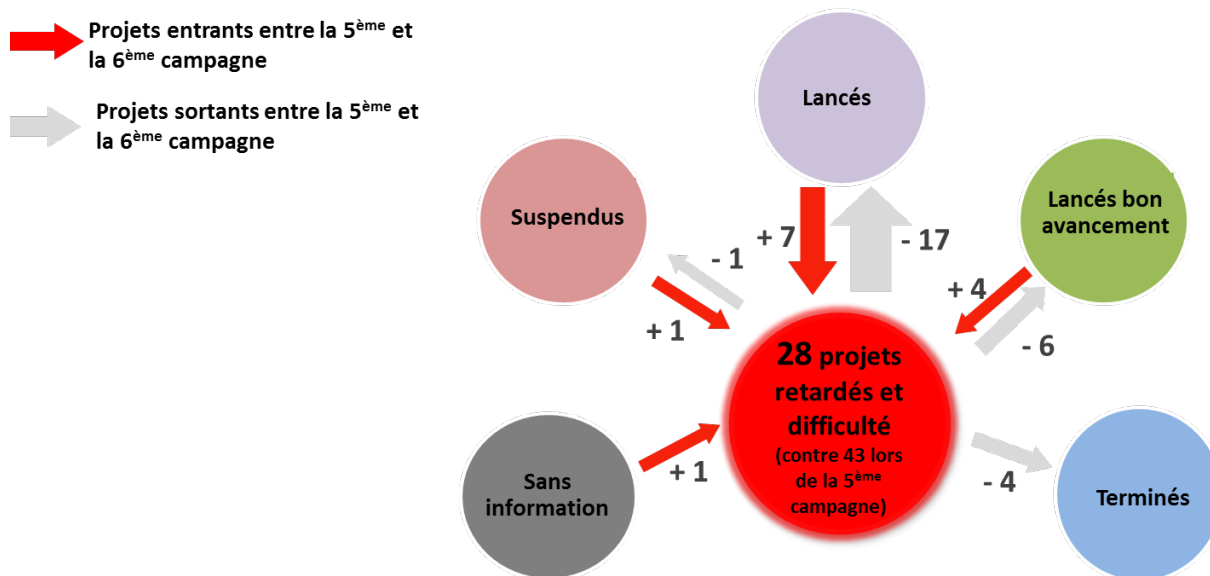


ii. Les projets « lancés, retardés – difficulté »

Concernant les **28** projets identifiés comme « lancés retardés - difficulté » lors de la 6^{ème} campagne :

- 15 projets étaient déjà identifiés dans cette catégorie lors de la 5^{ème} campagne,
- 13 nouveaux projets entrent dans cette catégorie,
- 28 projets ont quitté cette catégorie depuis la 5^{ème} campagne.

Les flux d'entrée et de sortie des projets de cette catégorie depuis la 5^{ème} campagne sont schématisés ci-dessous :



Les **13** nouveaux projets entrant dans cette catégorie évoquent principalement (par ordre d'importance d'apparition) :

- Des difficultés liées à **l'éditeur** : retard et/ou insatisfaction des nouvelles versions, retard de livraisons, etc.,
- Des difficultés liées à **la gouvernance** : changement de directions, instances toujours pas identifiées, changements stratégiques du projet (pas de lancement,...),
- Des difficultés liées au **déploiement** : problèmes de conduite de changement, manque de ressources humaines,
- Des difficultés **financières** qui impactent le budget du projet SI PDS.

A noter que ces difficultés font écho aux raisons déjà évoquées page 38.

Par ailleurs, **23** projets présentent une évolution positive en passant du statut « lancé retardé-difficulté » à :

- « Lancé » pour 17 d'entre eux,
- « Lancé bon avancement » pour 6 d'entre eux,

4 projets se terminent par réduction du périmètre en accord avec les ARS.

Les différentes raisons évoquées (par ordre d'importance d'apparition) sont les suivantes :

- **Amélioration de la relation éditeurs** : positionnement de l'établissement suite au rachat de l'éditeur, amélioration des fonctionnalités livrées,
- **Meilleure gestion de projet** : reprise du projet suite au renforcement de l'équipe projet, au renouvellement du chef de projet ou au recours à une AMOA,
- **Résolution des difficultés techniques** : relance du projet suite à des travaux sur les infrastructures,
- **Décisions stratégiques** : reprise du projet suite à des décisions stratégiques (après une étude sur la fusion de deux établissements, etc.).

Parmi les **15** projets qui restent dans la catégorie « lancé retardé difficulté » lors de la 5^{ème} et 6^{ème} campagne :

- **12** projets sont dans cette situation depuis de la 4^{ème} campagne,
- **5** projets sont dans cette situation depuis la 3^{ème} campagne,
- **1** projet est dans cette situation depuis la 2^{ème} campagne.

c. Comparaison de l'avancement global des blocs fonctionnels

Les chiffres communiqués dans cette analyse concernent le nombre de projet en cours de mise en œuvre et de choix et de mise en œuvre dont la fiche de synthèse a été validée.

Le périmètre d'analyse de chaque bloc fonctionnel est détaillé dans le tableau suivant :

Périmètres	Blocs fonctionnels	Projets intégrés dans l'analyse				
		2 ^{nde} campagne	3 ^{ème} campagne	4 ^{ème} campagne	5 ^{ème} campagne	6 ^{ème} campagne
Modules de fonctions « métier » orientées production de soins	Dossier médical	153	171	173	186	185
	Prescription	164	181	181	194	191
	Dossier de soins	157	174	178	191	190
	Dossiers de spécialité	103	116	122	139	139
	Gestion des Ressources	120	131	137	143	145
Productions d'activités médico-techniques		157	180	181	187	187
Nombre de projets tous blocs confondus		216	241	240	250	249

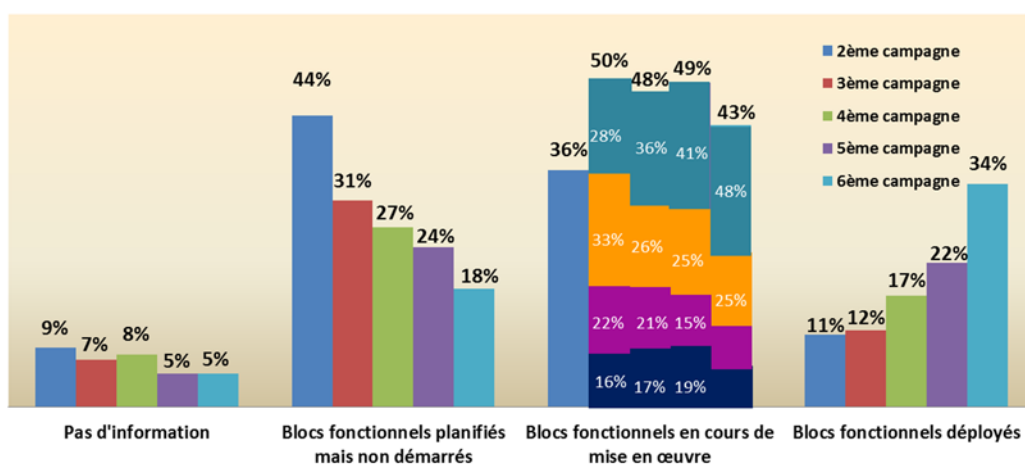
En conséquence, l'analyse qui suit est exprimée en pourcentage de façon à être la plus représentative possible.

Les blocs fonctionnels continuent à avancer mais plus lentement que par le passé. Effectivement :

- La proportion de blocs fonctionnels « planifiés mais non démarrés » **diminue significativement entre la 2^{nde} et la 3^{ème} campagne**, passant de 44% à 31%. Cette diminution connaît **un ralentissement depuis la 3^{ème} campagne** passant progressivement de 31% à 18% entre les 4 campagnes.

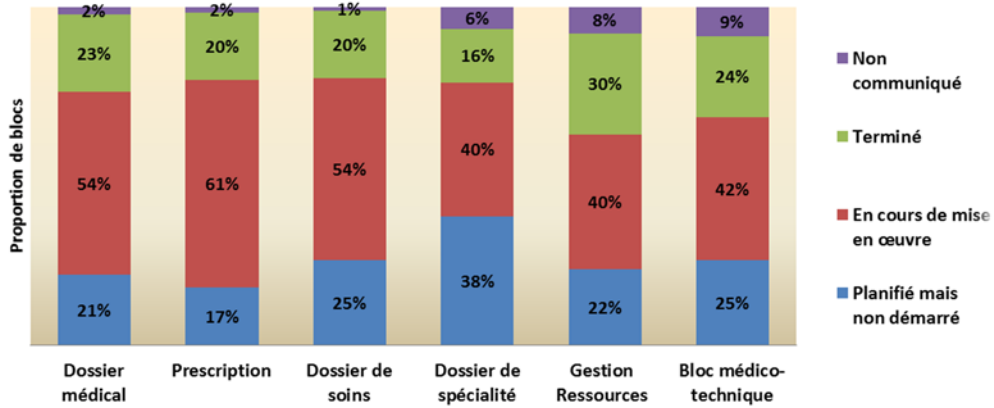
- La proportion de blocs fonctionnels en cours de mise en œuvre :
 - **Augmente significativement entre la 2nde et la 3^{ème} campagne**, passant de 36% à 50%,
 - **Se maintient entre la 3^{ème}, la 4^{ème} et la 5^{ème} campagne**, passant de 50% à 48% puis à 49% ;
 - **Diminue légèrement entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne**, passant de 49% à 43%,
- La proportion de blocs fonctionnels « terminés » :
 - **Augmente lentement entre la 3^{ème} et la 5^{ème} campagne** ;
 - **S'accélère entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne** passant de 22% à 34%.

Comparaisons de l'avancement des blocs fonctionnels depuis la 2^{ème} campagne

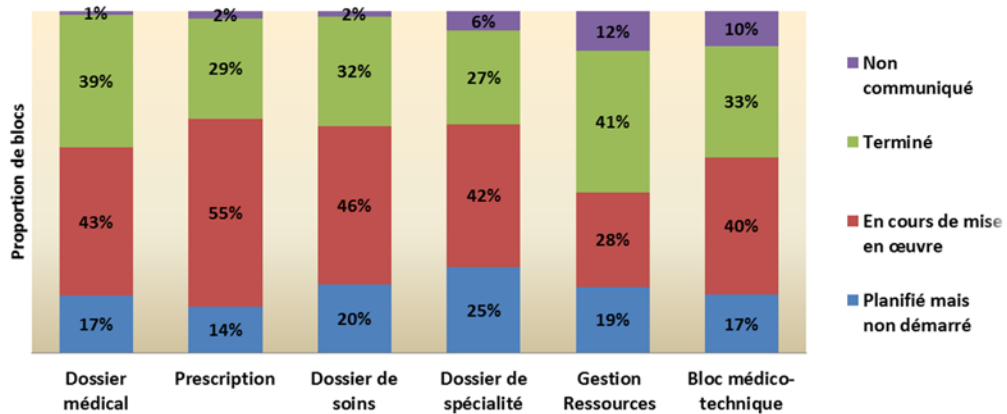


Comparaison des états d'avancement des blocs fonctionnels

5^{ème} campagne



6^{ème} campagne



Des blocs fonctionnels qui continuent d'avancer

Les blocs fonctionnels ont fortement avancé depuis la 5^{ème} campagne. En effet, la proportion de blocs terminés augmente, passant de 22% à 34% entre les deux campagnes.

L'analyse fine des blocs permet de dégager les constats suivants :

- **Les blocs « gestion des ressources » et « dossier médical » sont ceux qui présentent le meilleur avancement.** La proportion de blocs terminés est la plus importante pour ces deux volets,
- **La prescription, souvent citée par les établissements comme difficile à mettre en place, avance.** En effet, la proportion de blocs terminés augmente (passant de 20% à 29%). Ce bloc présente la plus importante proportion de blocs en cours de mise en œuvre, montrant que les efforts sur la prescription restent maintenus,
- **Le bloc « dossier de spécialités » constitue le bloc dont le déploiement est programmé le plus tardivement.** En effet, pour ce volet, la proportion de :
 - Blocs planifiés mais non démarrés est la plus importante (25%),
 - Blocs terminés est la plus faible même si elle évolue entre les deux campagnes (passant de 14% à 27%).

d. Comparaison de l'avancement détaillé des blocs fonctionnels en cours

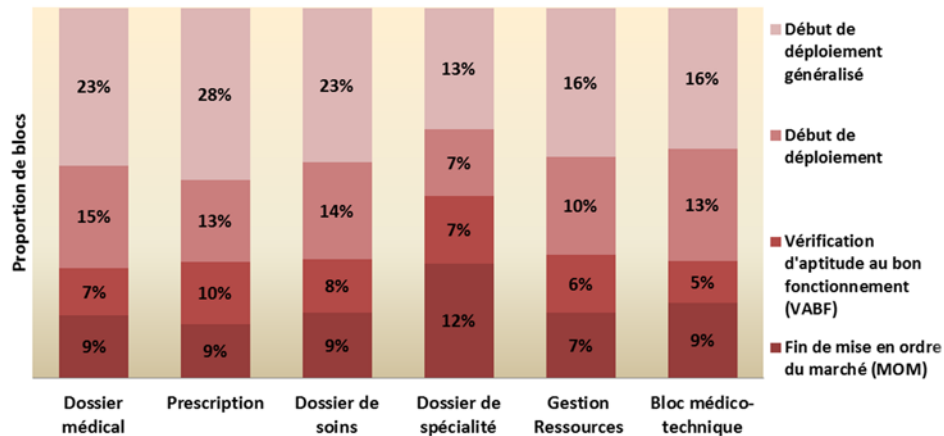
L'analyse de l'évolution de l'avancement détaillé des projets en cours, amène au constat suivant :

- La proportion des blocs fonctionnels en « **fin de mise en ordre de marche** » :
 - Reste inchangée entre la 4^{ème} et la 5^{ème} campagne,
 - **Baisse entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne** (passant de 9% à 5%),
- La proportion des blocs fonctionnels « **en vérification d'aptitude au bon fonctionnement** » :
 - Diminue entre la 4^{ème} et la 5^{ème} campagne passant de 10% à 7%,
 - **Est quasi-stable entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne** passant de 7% à 6%,
- La proportion des blocs fonctionnels en « **déploiement pilote** » :
 - Reste inchangée entre la 4^{ème} et la 5^{ème} campagne,
 - **Diminue légèrement entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne** passant de 13% à 11%,
- La proportion des blocs fonctionnels en « **début de déploiement généralisé** » :
 - Augmente entre la 4^{ème} et la 5^{ème} campagne passant de 17% à 20%,
 - **Est quasi-identique entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne** passant de 20% à 21%.

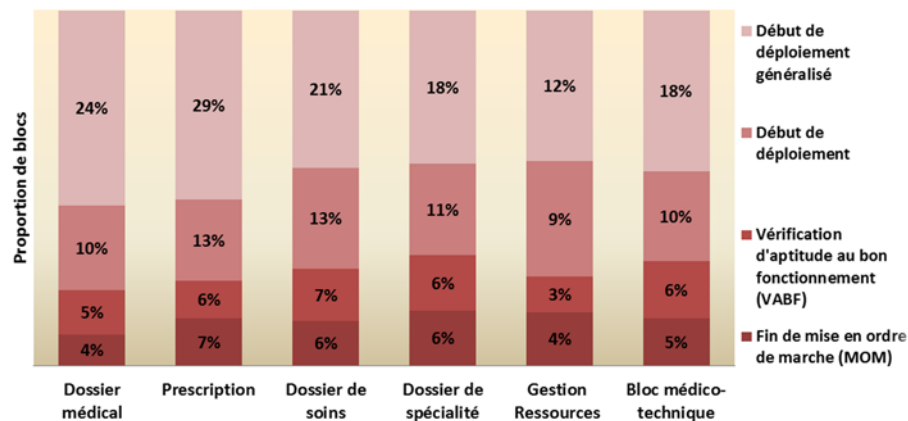
Cette analyse montre que la proportion des blocs fonctionnels en phase de déploiement (pilote et généralisé) est quasi-identique entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne. Ceci s'explique notamment par le **passage de blocs** qui étaient en cours de déploiement lors de la 5^{ème} campagne **au statut « terminé »**.

Focus sur les blocs en cours de mise en œuvre

5^{ème} campagne



6^{ème} campagne



Maintien de la proportion des blocs en phase de déploiement (pilote ou généralisé)

Entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne :

- La proportion de blocs en fin de mise en ordre de marche diminue passant de 9% à 5%. L'analyse fin des blocs fonctionnels montre que cette diminution concerne notamment « le dossier médical », « le dossier de spécialité » et les « blocs médicotechniques »,
- La proportion des blocs en phase de déploiement est quasi-identique, ceci s'explique notamment par le passage de blocs qui étaient en cours lors de la 5^{ème} campagne au statut « terminé ».

4. Choix techniques des établissements

L'analyse qui suit a permis d'identifier les types de solutions mises en œuvre.

Elle porte sur l'ensemble des 251⁹ projets (hors étude) pour lesquels au moins un éditeur a été renseigné lors de la 6^{ème} campagne ou lors des précédentes campagnes.

Ainsi l'analyse des choix techniques porte sur **240** projets, dans la mesure où parmi les 251 projets :

- **2 projets sont encore en cours de choix** comme lors de la 5^{ème} campagne (ces projets n'ont pas choisi de solution pour l'ensemble des blocs fonctionnels),
- **Aucun projet¹⁰ n'est en cours de réflexion sur le remplacement de Clinicom suite au rachat de Siemens Healthcare Services** (contre 2 lors de la 5^{ème} campagne),
- **9 projets n'ont pas été structurés en blocs fonctionnels** car le périmètre fonctionnel ne correspond pas à la cartographie utilisée (par exemple, projets GCS de type ROR),

Parmi les 240 projets ayant renseigné les solutions choisies :

- **229** mettent en œuvre des solutions éditeurs exclusivement (contre 228 lors de la 5^{ème} campagne),
- **8** mettent en œuvre des solutions éditeurs et une solution développée en interne (idem qu'en 5^{ème} campagne),
- **3** mettent en œuvre une solution développée en interne exclusivement (idem qu'en 5^{ème} campagne).

Des choix de solutions supplémentaires

- Entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne :
 - 2 projets supplémentaires ont choisi une solution (un projet qui était en cours de choix et un projet qui était en cours de réflexion),
 - 1 projet qui était en cours de réflexion est passé au statut « en cours de choix ».
- Les 2 projets qui ont choisi une solution depuis la dernière campagne ont mis en œuvre une solution éditeur exclusivement.

⁹ Le nombre de projets en cours de mise en œuvre ou de choix et mise en œuvre passe de 253 à 251 suite au définancement de deux projets (Cf. p32).

¹⁰ Lors de la 5^{ème} campagne et suite au rachat de Siemens Healthcare Services par Intersystems et Web100T, 2 projets portés par des établissements publics étaient en cours de réflexion sur le remplacement de la solution Clinicom (Cf. point d'attention « rachat de Siemens Healthcare » p. 55). Lors de la 6^{ème} campagne :

- Un projet est passé en statut « en cours de choix » suite au lancement d'un nouvel appel d'offre,
- Un projet a choisi de continuer le déploiement de Clinicom avec Intersystems.

a. Analyse des éditeurs métiers en présence

L'analyse des éditeurs retenus pour les blocs fonctionnels dossier médical, dossier de soins, prescription, gestion des ressources, dossiers de spécialité et activités médicotechniques, **distingue les éditeurs de fonctions spécifiques des éditeurs de progiciels.**

Au total 102 éditeurs ont été choisis sur le périmètre des projets H2012 SI production de soins. Ces éditeurs se répartissent selon deux catégories principales :

- **Les éditeurs de PGI (Progiciel de Gestion Intégré) ou ERP** (Enterprise Resource Planning) qui offrent une solution intégrée pour les différents blocs fonctionnels qui composent le SIH. Pour identifier ces éditeurs, ont été analysés composants couverts par les solutions mises en œuvre dans le cadre des projets H2012. Un éditeur est considéré comme offreur de progiciel quand il couvre à minima le dossier médical, la prescription (hors chimio) et le dossier de soins.
- **Les éditeurs de fonctions spécifiques** qui proposent des solutions présentant des fonctions avancées sur quelques composants fonctionnels uniquement (exemple : dossier transfusionnel, laboratoire, gestion des rendez-vous). Pour identifier ces éditeurs, ont été analysés les composants couverts par les solutions mises en œuvre dans le cadre des projets H2012. Un éditeur est considéré dans cette catégorie « niche » quand il ne couvre pas l'ensemble des domaines dossier médical, dossier de soins et prescription (hors chimio). Cinq solutions couvrant un périmètre fonctionnel étendu mais non exhaustif sur ces blocs sont ainsi classées dans cette catégorie bien que le terme de « niche » ne soit pas tout à fait approprié.

Parmi les 101 éditeurs représentés :

- **66 %** fournissent des **solutions sur quelques fonctions**, soit **66 éditeurs**,
- **34 %** fournissent des **progiciels**, soit **35 éditeurs**.

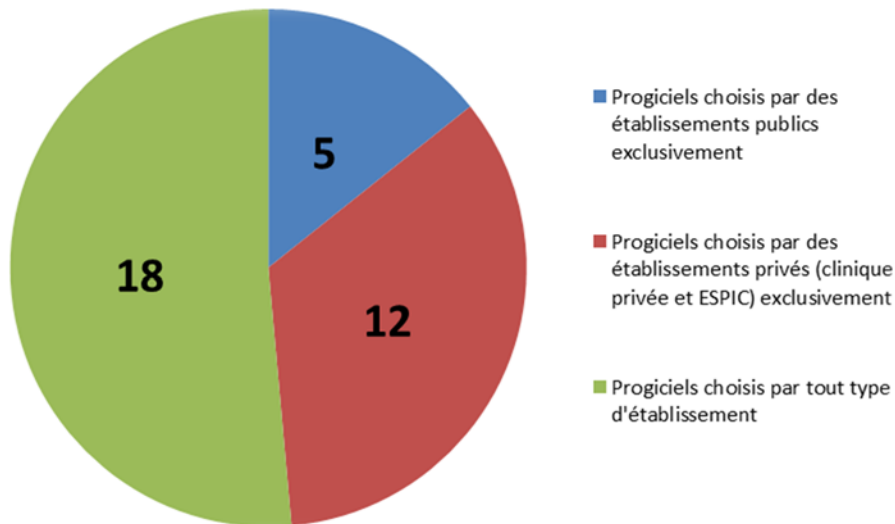
Stabilité des différents éditeurs représentés

Le nombre d'éditeurs fournissant des solutions spécifiques ou des progiciels représentés dans le portefeuille des projets suivis est quasi-stable depuis la 2^{ème} campagne.

Près de la moitié des progiciels (18 sur 35) a été choisie à la fois par des établissements privés (ESPIC et cliniques) et des établissements publics.

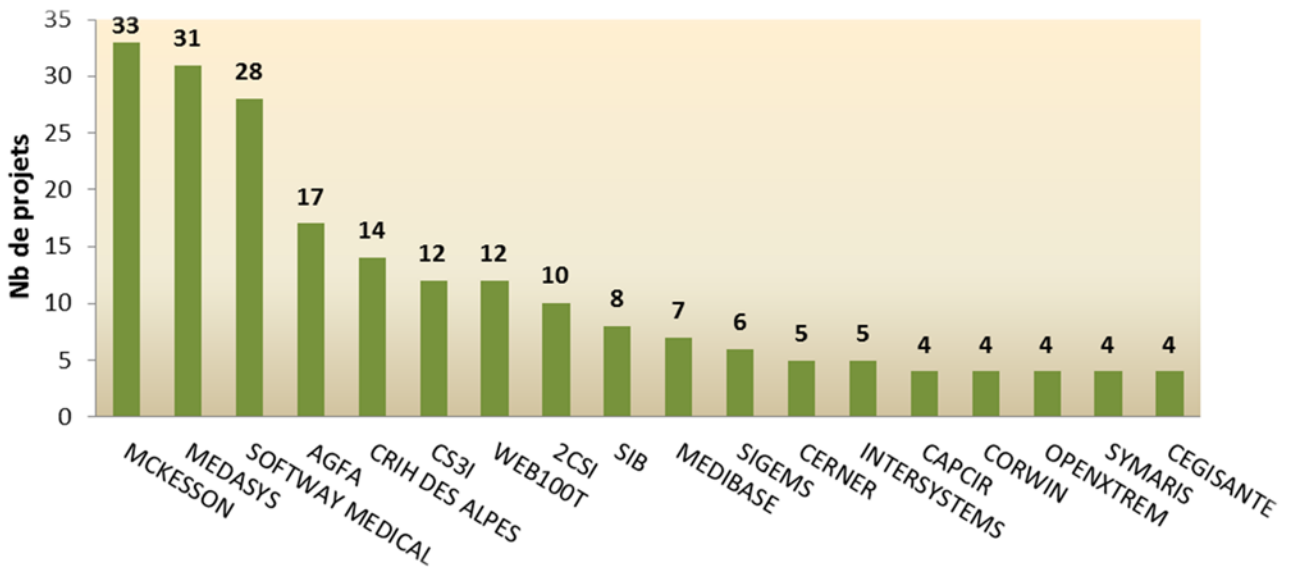
Attention : Cette analyse des tendances de choix par nature juridique des établissements ne doit en aucun cas mener à la conclusion d'une spécialisation des éditeurs par nature juridique des établissements. En effet, cette analyse ne porte que sur le portefeuille de projets du Plan Hôpital 2012 et n'est donc pas exhaustive.

Répartition des progiciels par nature juridique des établissements acheteurs



Parmi les 35 éditeurs de **progiciels**, les **18 plus représentés** (choisis a minima par 4 projets) représentent 208 projets (soit environ 85% des projets ayant procédé à un choix) :

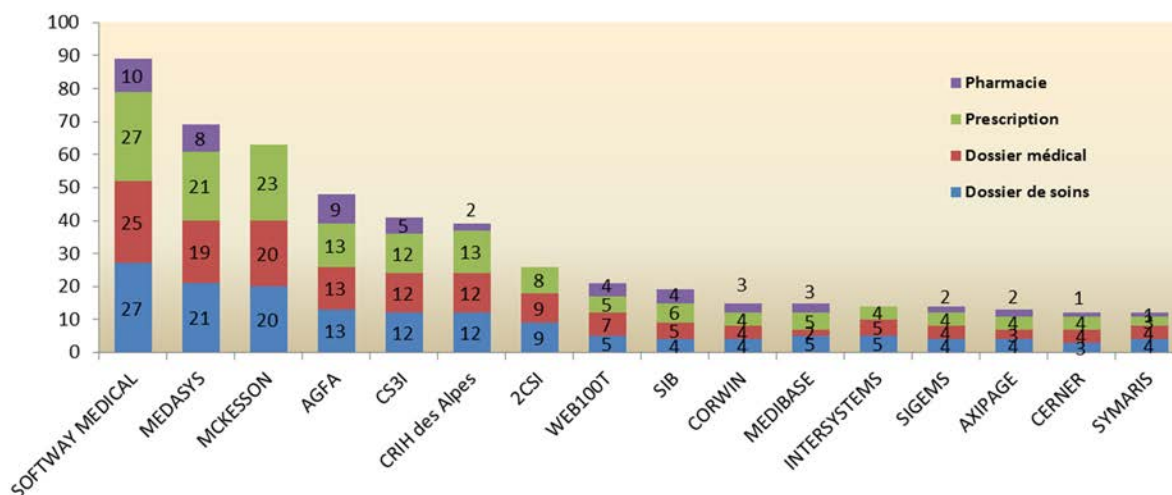
Les éditeurs de progiciels les plus représentés



La majorité de ces 18 éditeurs a une couverture mixte (privé et public). Seuls Medibase et Sigems ont exclusivement été choisis par des établissements privés.

L'analyse des solutions choisies montre que les porteurs de projet ont une réelle logique métier lors de l'acquisition de leur solution. Preuve en est, la répartition des éditeurs les plus représentés sur les domaines suivants : dossier médical, prescription, dossier de soins et pharmacie présente un lien étroit.

*Editeurs les plus représentés
sur les périmètres du dossier médical, du dossier de soins, la prescription et la pharmacie*



Les croisements entre les éditeurs choisis par les porteurs de projet pour la prescription, la pharmacie, le dossier médical et le dossier de soins confortent la corrélation entre les blocs fonctionnels. Ainsi :

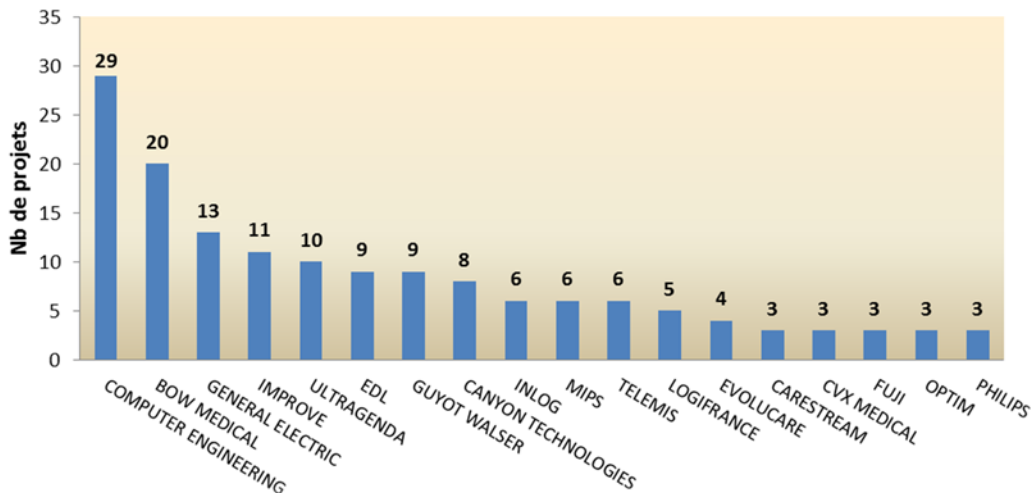
- **Stabilité** des projets couvrant la **prescription, le dossier médical et le dossier de soins** ont choisi le même éditeur (97% contre 98% lors de la 5^{ème} campagne),
- **Stabilité** des projets couvrant la pharmacie et la prescription ont choisi le même éditeur (80% comme lors de la 5^{ème} campagne),
- **Stabilité** des projets couvrant la **prescription, le dossier médical, le dossier de soins et la pharmacie** ont choisi le même éditeur (75% contre 77% lors de la 5^{ème} campagne).

Par ailleurs, près de 28% des porteurs de projet ont fait le choix d'un même éditeur pour la gestion administrative du patient et le dossier médical, avec :

- **McKesson et Afga** choisis respectivement par 9 porteurs de projet,
- **2CSI** choisi par 8 porteurs de projet,
- **Softway Médical, Web100t et Sigems** choisis respectivement par 5 porteurs de projet.

Les **éditeurs de fonctions spécifiques ne sont pas fortement représentés**. Parmi les 66 éditeurs de fonctions spécifiques, les 18 plus représentés (choisis a minima par 3 projets) représentent 151 projets :

Les éditeurs de fonctions spécifiques les plus représentés



Comme pour les éditeurs de progiciels, **le marché des éditeurs spécifiques est atomisé.**

Stabilité des éditeurs choisis - Marché des éditeurs toujours fragmenté

La représentation des éditeurs (de progiciels ou de fonctions spécifiques) **est stable** entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne.

Les quelques évolutions s'expliquent de la manière suivante :

- 5 projets ont complété leur périmètre applicatif par l'acquisition de nouvelles solutions,
- 3 projets ont modifié leur choix de solution :
 - 1 projet a changé de solution pour l'ensemble des blocs fonctionnels,
 - 2 projets ont changé la solution d'un seul bloc fonctionnel,

Ces projets ont modifié leur choix, principalement en raison d'insatisfaction sur les fonctionnalités livrées initialement ou de difficultés d'interfaçage.

- 2 projets supplémentaires ont choisi leurs solutions sur tout le périmètre H2012,
- 2 projets sont impactés par le rachat de Be-I-tech par Cegisante. Cette acquisition fait apparaître Cegisante parmi les éditeurs de progiciels les plus représentés,
- 2 projets ayant déjà choisi leurs solutions sortent du périmètre H2012.

Le constat fait lors de la précédente campagne demeure :

- Malgré quelques fusions (rachat de Prismédica par Mc Kesson, de Siemens Healthcare par Intersystems et Web100t, de Be-I-Tech par Cegisante), **le nombre et la dispersion des éditeurs restent importants** (101 éditeurs pour 263 projets d'informatisation) **et le marché fortement atomisé.**

b. Focus sur le PACS

Le nombre de projets PACS est stable entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne passant de 59 à 60 projets.

Parmi les 60 projets mettant en œuvre le PACS, 38 projets ont renseigné leur solution. 14 éditeurs sont identifiés pour équiper ces projets, parmi lesquels figurent :

- **Général Electric et Telemis** présents respectivement dans **6** projets,
- **McKesson** avec une présence dans **5** projets,
- **Agfa, Carestream, EDL, Fuji, Philips** présents respectivement dans **3** projets.

Un marché des éditeurs PACS toujours fragmenté

Depuis la 5^{ème} campagne, le nombre d'éditeurs PACS différents équipant les projets se maintient à 14 éditeurs. Ainsi, le marché des éditeurs PACS reste atomisé.

c. Hébergement des données de santé

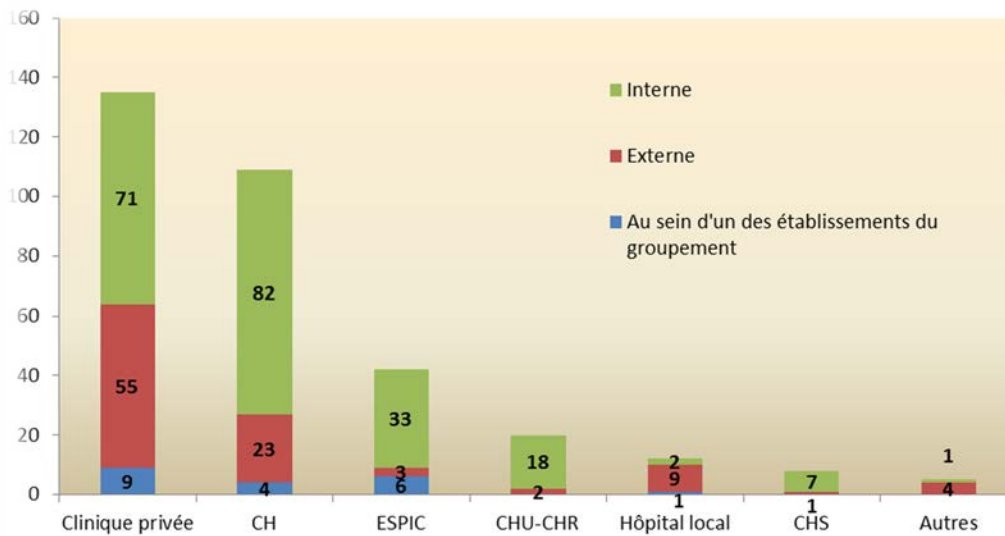
331 des 435 établissements participant aux projets H2012 ont communiqué le type d'hébergement de données (contre 315 lors de la 5^{ème} campagne). Parmi ces **331** établissements :

- La majorité, soit **214** établissements, a choisi d'héberger ses données **en interne** (soit 64% des établissements comme lors de la 5^{ème} campagne),
- **109** établissements ont choisi d'héberger leurs données **en externe**. Parmi eux :
 - **97** établissements ont fait appel à un **hébergeur agréé** (soit 30% des établissements contre 24% lors de la 5^{ème} campagne),
 - **20** établissements ont choisi d'héberger les données **au sein d'un des établissements du projet mutualisé**. (soit 6% des établissements contre 12% lors de la 5^{ème} campagne).

Une analyse détaillée des établissements qui ont choisi d'externaliser leur hébergement permet de dégager les constats suivants :

- **Les cliniques privées sont majoritairement représentées**. Effectivement:
 - 55 des 97 établissements qui font appel à un hébergeur externe sont des cliniques privées (soit 57% contre 53% lors de la 5^{ème} campagne),
 - 9 des 20 établissements qui hébergent leurs données au sein d'un des établissements du projet mutualisé sont des cliniques privées (soit 45% contre 50% lors de la 5^{ème} campagne).

Typologie des établissements selon le mode d'hébergement



Augmentation des établissements faisant appel à un hébergeur agréé

Entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne :

- la proportion des **établissements ayant choisi d'héberger leurs données en interne** est identique et **reste majoritaire**,
- Une partie des établissements ayant initialement choisi d'héberger leurs données au sein d'un des établissements du projet mutualisé **ont préféré confier cette prestation à un hébergeur agréé**.

4. Gouvernance des projets H2012

Le passage d'un système **informatique** à un système **d'information, outil de la stratégie de l'établissement**, nécessite de se doter d'une **gouvernance projet claire et efficace**. Ainsi, la réussite des projets SI PDS H2012 est conditionnée par la mise en place d'un dispositif de gouvernance solide et partagé par l'ensemble des acteurs du projet et en particulier de la Direction.

Suite aux constats répétés de manques en matière de suivi de projet formalisé, le Comité de Pilotage H2012 a acté, depuis la 4^{ème} campagne, la formalisation de la restitution des projets H2012 sur un support dédié. La mise en place d'une telle pratique a été bénéfique puisqu'elle a permis une meilleure préparation et restitution des porteurs de projet, ainsi qu'une meilleure appropriation de la méthodologie de gestion de projet et des indicateurs de pilotage.

A nouveau, pour la 6^{ème} campagne, l'ANAP a demandé aux porteurs de projet de compléter en amont des revues ce document, appelé fichier de préparation¹¹. Les porteurs de projet ont donc été invités à formuler des retours autour des thématiques principales de pilotage, à savoir :

- La rétrospective des 6 mois passés,
- Le suivi des 3 dimensions du projet : périmètre, coûts, délais,
- Les premiers résultats,
- Les perspectives pour les mois à venir,
- La gestion des risques.

1. Le suivi de projet est formalisé pour la quasi-totalité des projets

a. Des fichiers de préparation renseignés pour la quasi-totalité des projets...

97% des projets invités (soit 196 projets) ont fait l'objet d'une restitution préparée sur la base du fichier transmis par l'ANAP, ce qui témoigne d'une bonne préparation des revues. Ce taux est identique à celui constaté lors de la 5^{ème} campagne où 221 projets avaient complété le fichier de préparation.

Comme lors de la 5^{ème} campagne, l'ANAP a fortement recommandé de mener une revue de projet en interne pour préparer la 6^{ème} campagne. Mais force est de constater que cet échange n'a pas toujours eu lieu : le fichier de préparation peut avoir été exclusivement complété par le chef de projet sans confronter sa vision à celle du reste de l'équipe projet, et en particulier de la Direction. Toutefois, certains établissements utilisent le fichier de préparation comme un véritable support de reporting en interne et en ont témoigné lors des échanges en revues.

A noter que la qualité du renseignement du fichier de préparation n'est pas corrélée à la taille des établissements, ni à leur statut.

Le renseignement de ce document a contribué à une amélioration importante du reporting des porteurs de projet H2012 en revue **même si la qualité du remplissage reste variable** :

- Les porteurs de projet ont manifesté la volonté de bien remplir le fichier,
- Les exposés ont été plus structurés, confirmant les progrès méthodologiques constatés lors de la 5^{ème} campagne,

¹¹ Le contenu détaillé de la fiche de préparation des revues est présenté en annexe.

- Les 3 dimensions du projet (périmètre, coûts, délais) ont fait l'objet de retours systématiques, signe de l'appropriation des notions de base de gestion de projets, notamment en matière de suivi des coûts internes des projets,
- La gestion des risques s'est améliorée, avec une bonne compréhension de son utilité,
- Le niveau des échanges a gagné en maturité.

Malgré ces améliorations, tous les fondamentaux ne semblent pas encore maîtrisés par l'ensemble des porteurs de projet. Des efforts doivent se poursuivre sur le suivi :

- Des indicateurs d'usage : parfois confondus avec les indicateurs de pilotage du projet,
- Des coûts internes des projets et notamment des ressources internes mobilisées, de fait des difficultés méthodologiques à mettre en œuvre ce suivi,
- Des risques projets par toujours correctement mis à jour ou confondus avec d'autres types de risques.

Un bon niveau de préparation et de gestion de projet formalisée

Des actions de sensibilisation des Directions et des chefs de projets à l'importance d'un suivi de projet formalisé ont été mises en œuvre depuis le début de l'accompagnement H2012. Elles aboutissent à un résultat très satisfaisant puisque 97% des porteurs de projet ont complété le fichier de préparation ANAP, tout comme lors de la 5^{ème} campagne.

b. ... par des porteurs de projet majoritairement satisfaits par la conduite de leurs projets

Dans le cadre de la préparation des revues, les porteurs de projet sont invités à exprimer leur ressenti, en valorisant l'ambiance générale du projet selon les 3 critères suivants :

- **Bonne** : le porteur est satisfait de l'évolution du projet depuis la 5^{ème} campagne,
- **Neutre** : le porteur estime que le projet a évolué correctement depuis la 5^{ème} campagne, mais affiche néanmoins des réserves sur certains points (gouvernance, éditeur, etc.),
- **Mauvaise** : le porteur n'est pas satisfait de l'évolution du projet depuis la 5^{ème} campagne, qu'il juge être en risque fort.

L'analyse de la perception des porteurs de projet montre qu'ils sont majoritairement satisfaits du déroulement de leurs projets. Certes, cette appréciation dépend de la vision personnelle du chef de projet, parfois plus optimiste ou alarmiste que l'avancement réel du projet. Mais elle est globalement cohérente avec le ressenti de l'ANAP et des CMSI.

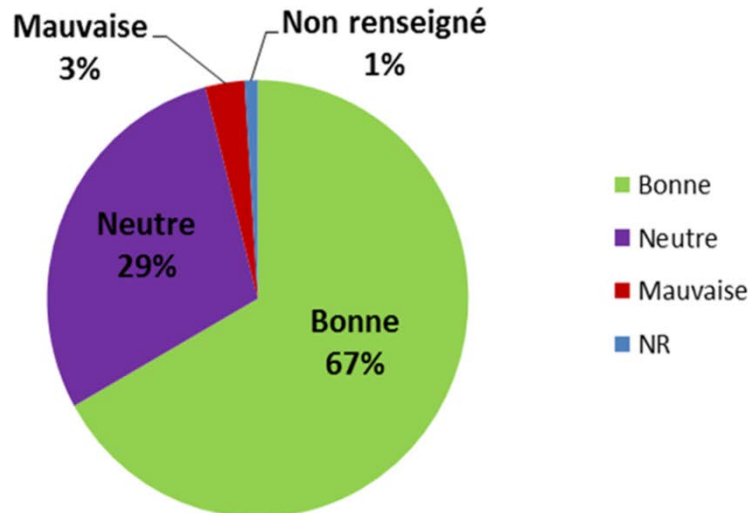
Ainsi, l'ambiance générale a été valorisée à :

- **Bonne pour 131 des projets invités à la 6^{ème} campagne** (soit 67% des projets contre 53% lors de la 5^{ème} campagne). Cette perception est cohérente avec la perception de l'ANAP, puisqu'il s'agit essentiellement de projets :
 - « Lancés bon avancement » (59 projets),
 - « Lancés » (44 projets),
 - « Terminés » (20 projets).

Seuls 8 projets valorisés par l'ANAP et les CMSI à « lancés, retardés-difficulté » affichent une bonne perception par leurs porteurs de projet, traduisant un décalage de perception.

- **Neutre pour 57 projets** (soit 29 % contre 39% des projets lors de la 5^{ème} campagne) : l'ANAP et les CMSI peuvent être en décalage avec les chefs de projet. Ainsi, 16 de ces projets sont valorisés à « lancés retardés difficulté » et 24 à « lancés bon avancement »,
- **Mauvaise, pour 6 projets** (soit 3% comme lors de la 5^{ème} campagne). Il s'agit de 3 projets « lancés, retardés-difficultés », 2 projets « lancé » et de 1 projet « terminé ».

Perception de l'ambiance générale du projet par les porteurs de projet



2. L'implication des Directions a été renouvelée

Les revues ont rassemblé 355 participants, contre 362 en 5^{ème} campagne, démontrant un bon niveau de participation d'une revue à l'autre **malgré la baisse du nombre de projets invités**.

Les actions engagées par l'ANAP pour impliquer davantage les **Directions** - mises en copie de l'envoi des fichiers de préparation, invitations relayées par les CMSI, animation d'un atelier à destination de la Direction - **ont porté leur fruit**.

107 participants étaient membres des directions des établissements, **soit 30% des participants, comme lors de la 5^{ème} campagne**.

Ce niveau confirme l'implication des directions, tout au long de l'accompagnement mis en place par l'ANAP.

3. Les délais restent la variable d'ajustement des projets

Un projet se caractérise par l'équilibre entre les 3 variables suivantes :

- Le coût,
- Le périmètre,
- Les délais.

Un projet est une réussite lorsque son objectif est atteint en respectant le **périmètre défini**, pour le **budget de réalisation alloué et dans le délai imparti**.

Le projet n'étant pas un système fermé, il est soumis à **des contraintes externes qui peuvent l'éloigner de son objectif initial**. L'équipe projet peut alors être amenée à **agir plus ou moins sur une ou plusieurs des variables du projet** afin de garder le cap.

L'analyse de ces 3 variables, pour les projets SI PDS H2012, est exposée dans les chapitres qui suivent. Confirmant le constat récurrent depuis la 4^{ème} campagne, **les délais restent la variable d'ajustement dans la conduite des projets**, malgré des efforts notables constatés en :

- En termes de gouvernance et de gestion de projets,
- En termes de maîtrise des délais.

a. Un meilleur suivi des coûts du projet

Le constat répété de manques en matière de suivi budgétaire formalisé a incité l'ANAP dès la 4^{ème} campagne à intégrer au fichier de préparation un tableau de suivi des coûts (extrait du kit de pilotage).

Le suivi budgétaire est plus fréquent lors de la 6^{ème} campagne puisque le tableau a été complété par **87% des projets** (soit 174 projets), contre 75% lors de la 5^{ème} campagne (soit 171 projets).

Par ailleurs, la qualité globale des données s'est améliorée même si le renseignement de certaines données reste perfectible :

- Méthodes variables de mesure des ressources humaines mobilisées et difficultés des porteurs de projet à identifier le périmètre applicable (inclure les temps de réunion, suivre le périmètre H2012 ou pas, etc.),
- Moindre visibilité sur l'évaluation des ressources internes mobilisées, tant sur les ressources de la DSI que les ressources métiers,
- Renseignements aléatoires d'un budget prévisionnel,
- Dépassements de budgets, peu identifiés mais probables en raison de l'allongement des durées de projets et des décalages de plannings enregistrés.

L'analyse du type et de la taille des établissements ayant renseigné le tableau de suivi budgétaire montre une surreprésentation :

- Des établissements de grande taille (capacité supérieure à 1 000 lits),
- Des grands établissements publics (CHU-CHR).

Part des établissements effectuant un suivi budgétaire par type et par taille

Type ES*	Part dans le portefeuille H2012	Taille ES*	Part dans le portefeuille H2012
CH	68%	>1000	77%
CHU-CHR	78%	800-1000	58%
CHS	67%	500-800	63%
Clinique privée	64%	300-500	67%
ESPIC	69%	0-300	64%
Hôpital local	57%		
Autres	67%		

*ES= établissement de santé

La prise de conscience de l'importance d'un suivi des coûts internes des projets confirmée

La 6^{ème} campagne a confirmé les résultats des actions de sensibilisation menées par l'ANAP :

- Le tableau de suivi des coûts a été davantage complété : 87% des projets l'ont complété lors de la 6^{ème} campagne contre 75% lors de la 5^{ème} campagne,
- Les données remontées sont plus complètes et plus précises.

Les porteurs de projet ont des difficultés persistantes à établir un suivi des ressources internes (méthodologie et périmètre). A ce titre l'effort pédagogique engagé par l'ANAP devra se poursuivre.

En l'état actuel, les données recueillies sont peu exploitables. D'une part, beaucoup de projets ne sont pas terminés et d'autre part du fait des difficultés d'évaluation et de recueil de ces données.

b. Une relative stabilité du périmètre des projets

Lors de la 6^{ème} campagne, 16 projets ont fait évoluer leur périmètre fonctionnel, contre 27 projets lors de la 5^{ème} campagne.

Ces évolutions font référence à :

- Des **réductions** de périmètre **pour 4 projets** (contre 12 en 5^{ème} campagne), pour les raisons suivantes :
 - **Périmètre initial trop ambitieux** au regard de la maturité des structures,
 - **Abandon / priorisation à court ou moyen terme de sous-projets** pour stabiliser les fonctionnalités déjà déployées ou se conformer à la réglementation,
 - **Défaillance des éditeurs** sur certaines briques fonctionnelles ou interfaces, poussant les établissements à reporter, voire abandonner l'informatisation d'un bloc fonctionnel particulier,
 - **Réorganisation de services médicaux**, suspendant à moyen terme leur informatisation.
- Des **extensions** de périmètre **pour 10 projets** (contre 15 en 5^{ème} campagne), pour les raisons suivantes :
 - **Intégration de fonctionnalités nouvelles** au périmètre initial sur décision de l'établissement ou à la demande des praticiens : RIS/PACS, messagerie sécurisée, prescription anesthésie, gestion des blocs,
 - **Extension du projet en dehors du périmètre MCO** : inclusion du projet personnel de séjour,
- **Une redéfinition de périmètre en cours pour 2 projets**, en concertation avec les ARS : prise en compte du contexte national, redéfinition fonctionnelle, etc.

Comme pour la variable « coût », la variable « périmètre » reste relativement stable par rapport aux objectifs initiaux. Par conséquent, et confirmant le constat établi lors des précédentes campagnes, la 3^{ème} et dernière variable, à savoir « les délais » est celle sur laquelle les porteurs de projet vont réaliser le plus d'ajustements, comme le montre le chapitre qui suit.

c. L'allongement des délais continue malgré une amélioration de la maîtrise des plannings

Les campagnes précédentes ont permis de pointer le dérapage des délais comme l'un des risques les plus fréquemment rencontrés par les projets SI PDS H2012.

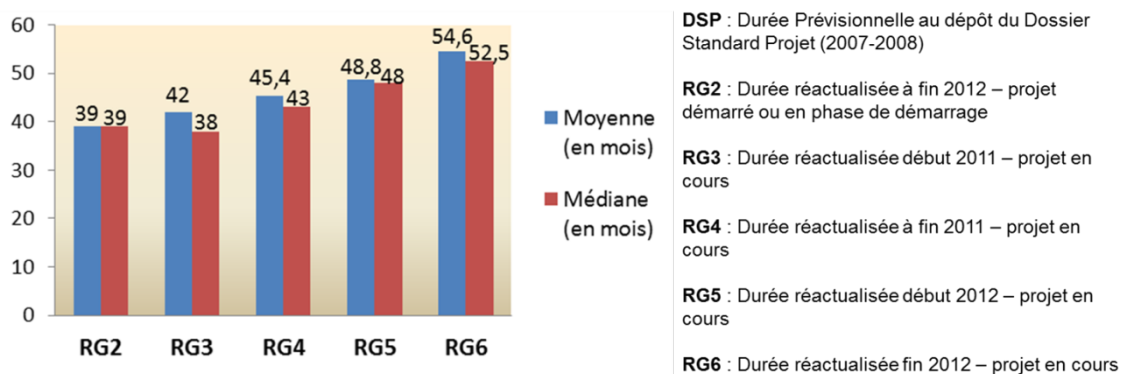
Ce risque est encore avéré lors de la 6^{ème} campagne, malgré des efforts notables en termes de maîtrise des plannings. A chaque campagne de revues :

- Les durées des projets continuent d'augmenter,
- Les dates prévisionnelles de fin de projet se décalent.

Bien que le déploiement des blocs fonctionnels avancent significativement (cf. chapitre 3), **les durées des projets H2012 continuent d'évoluer à la hausse**, confirmant les tendances observées au cours des dernières campagnes :

- Entre la durée prévue dans le dossier standard projet et la durée réactualisée lors de la 2^{nde} campagne (fin 2010), les projets durent 9 mois de plus,
- Entre la 2^{ème} et la 3^{ème} campagne, la durée moyenne des projets augmente de 3 mois,
- Entre la 3^{ème} et la 4^{ème} campagne, la durée moyenne des projets augmente de 3,4 mois,
- Entre la 4^{ème} et la 5^{ème} campagne, la durée moyenne des projets augmentent de 3,4 mois,
- **Entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne, la durée moyenne des projets a également augmenté de 5,8 mois** en un semestre.

Evolution des durées moyennes et médianes des projets (en mois)



Une forte dispersion des durées de projets est constatée :

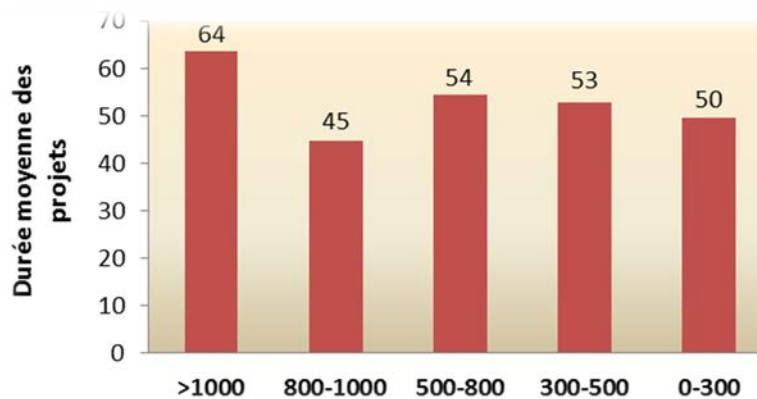
- Un écart type de 15 mois environ pour les durées estimées dans les DSP,
- Un écart type de 16 mois environ pour les durées actualisées à fin 2010,
- Un écart type de 18 mois environ pour les données actualisées début 2011,
- Un écart type de 19 mois environ pour les données actualisées fin 2011,
- Un écart type de 18 mois environ pour les données actualisées début 2012,
- **Un écart type de 16 mois environ pour les données actualisées fin 2012.**

L'analyse des durées moyennes des projets par taille et par type des établissements impliqués montre une corrélation entre la durée des projets et la taille des établissements. En effet, les établissements de grande taille ont des durées moyennes de projet supérieures à la moyenne.

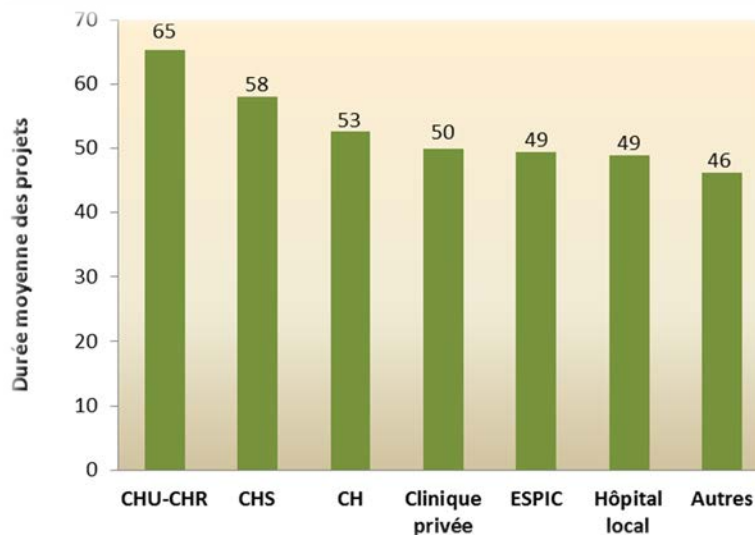
Ainsi, comme le montrent les graphiques ci-dessous :

- Les établissements de plus de 1 000 lits ont une durée moyenne de projet de 64 mois contre 54 en moyenne,
- Les CHU-CHR ont une durée moyenne de projet de 65 mois contre 54 en moyenne.

Durée moyenne des projets par taille des établissements impliqués (en mois)



Durée moyenne des projets par type des établissements impliqués (en mois)

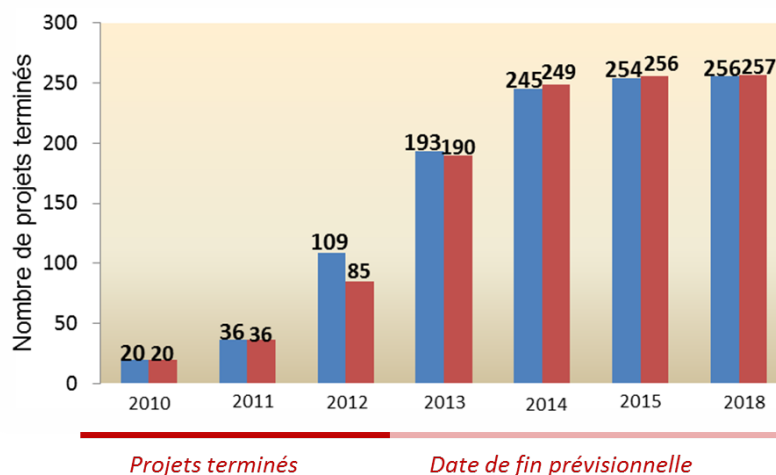


*Autre : association, GCS

L'augmentation des durées de projet a pour conséquence directe le glissement des dates de fin de projet :

- **La proportion des projets présentant une date de fin au-delà de 2012 a augmenté entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne, confirmant les tendances déjà observées.** Ainsi **67%** des projets (soit 178 projets) annoncent une date de fin de projet postérieure à 2012, contre **53%** lors de la 5^{ème} campagne,
- La date de fin la plus lointaine est **2018**.

Dates de fin effectives ou annoncées des projets H2012 lors de la 6^{ème} campagne



Les projets n'ayant pas communiqué leur date de fin ne sont pas pris en compte dans le graphique.

- Dates de fin données en 5^{ème} campagne
- Dates de fin données en 6^{ème} campagne

Le constat a été fait d'une **certaine difficulté des porteurs de projets à anticiper le déroulement des projets et par conséquent de prévoir la date de fin de projet effective.**

En effet, sur les 85 projets terminés à l'issue de la 6^{ème} campagne (fin 2012) :

- 42 projets ont maintenu leur date de fin initiale,
- 25 projets ont décalé leur date de fin avec un retard moyen de 13 mois,
- 15 projets ont avancé leur date de fin, de 10 mois en moyenne,
- 2 projets n'avaient pas renseigné de date de fin prévisionnelle.

Le nombre de projets sans date de fin estimée a diminué : **4 projets lors de la 6^{ème} campagne**, contre 9 lors de la 5^{ème} campagne.

Ces projets rencontrent des difficultés liées :

- **Aux éditeurs** : rachat de l'éditeur. Le modèle économique de l'acheteur est différent de celui du vendeur avec lequel les établissements avaient initialement contracté. Cela les interroge sur la nécessité de conduire un nouvel appel d'offre,
- **A des changements stratégiques sur le projet ou pour l'établissement conduisant** :
 - A un nouvel appel d'offre, à un développement en interne ou à l'étude du changement d'éditeur,
 - A un transfert des activités sur un autre site,
 - Au choix du groupe de reporter le déploiement dans certains établissements.

Afin de mieux comprendre les glissements de planning et les améliorations constatées, le parti a été pris d'analyser plus finement les projets (type, établissements, états d'avancement, etc.) qui ont maintenu leur planning et ceux qui ont fait évoluer leur planning depuis la dernière campagne.

i. Focus sur les projets qui maintiennent leurs plannings

127 projets n'ont pas décalé leur planning entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne de revues régionales, contre 142 projets entre la 4^{ème} et la 5^{ème} campagne.

Parmi ces 127 projets :

- **15 projets affichent la même date de fin de projet depuis la 2^{ème} campagne régionale** (soit plus de 9% des projets en cours pour lesquels l'ANAP a une information). Le maintien du planning initial résulte d'un pilotage resserré et d'une implication des directions (avec par exemple un comité de pilotage régulier avec l'éditeur),
- **38 projets réaménagent leur planning initial, sans impact sur la date de fin** (soit 22% des projets), contre 52 projets lors de la 5^{ème} campagne. Identifié depuis la 4^{ème} campagne, ce phénomène est le fait de porteurs de projet qui réorganisent leurs travaux plutôt que de rester bloqués sur des difficultés et de risquer l'effet tunnel. Ainsi certains porteurs de projet **modifient l'ordonnement des travaux sans décaler la date de fin prévue lors de la campagne précédente.**

Les raisons à l'origine du réaménagement de planning se répartissent comme suit :

- **50% de raisons internes à l'établissement**, contre 69% lors de la 5^{ème} campagne : manque de ressources internes dédiées au projet, nécessité de prendre en compte des résistances aux changements, manque de disponibilités des utilisateurs, retard dans la passation des marchés,
- **52% de raisons externes à l'établissement**, contre 56% lors la 5^{ème} campagne : prise en charge par l'éditeur des anomalies constatées ou des demandes d'évolution, anomalies bloquantes, retards de livraison d'infrastructures, défection de l'AMOA,

La mutualisation n'est plus évoquée par les établissements (1 projet, contre 15% lors de la 5^{ème} campagne).

A noter que **11 projets avancent leur date de fin**, contre 8 lors de la 5^{ème} campagne, signe d'une reprise en main de leur planning et d'une prise de conscience du besoin de terminer les projets. Cet avancement est de **8 mois en moyenne** et fait suite :

- **A la volonté de réduire la durée du projet** en renforçant les ressources allouées au projet, en associant plus étroitement les ressources métier ou en resserrant le planning du projet,
- **Au démarrage réel ou relance du projet** après un temps de latence ou un changement d'équipe projet
- **A l'amélioration des relations avec l'éditeur ou au changement de stratégie de déploiement.**

ii. Focus sur les projets qui annoncent un décalage de planning

Le nombre de projets déclarant un décalage de planning impactant la date de fin baisse significativement depuis la 5^{ème} campagne : **29 projets soit 16% des projets** :

- **50 projets** (soit 28%) déclaraient un décalage de planning lors de la 5^{ème} campagne,
- **86 projets** (soit 38%) déclaraient un décalage de planning lors de la 4^{ème} campagne,
- **78 projets** (soit 33%) déclaraient un décalage de planning lors de la 3^{ème} campagne.

Ces projets repoussent **leur date de fin de 10 mois en moyenne**, contre 12 mois lors de la précédente campagne.

Aucun de ces projets ne décale consécutivement lors de la 5^{ème} et de la 6^{ème} campagne. Par conséquent, **le risque d'enlisement de certains projets est écarté**. Lors de la 5^{ème} campagne, 14 projets présentaient ce risque après avoir décalé successivement lors de la 4^{ème} puis de la 5^{ème} campagne.

L'analyse corrélée des types d'établissements et des décalages de plannings ne permet **pas d'identifier une corrélation particulière entre la taille ou le type d'établissements et le décalage de planning**.

La diversité des états d'avancement démontre qu'un projet peut accuser un décalage de planning tout en restant dans une dynamique projet. Ainsi :

- **13 projets « lancés retardés difficulté »** annoncent un décalage de planning, de 12 mois en moyenne,
- **11 projets « lancés bon avancement »** annoncent un décalage de planning, de 7 mois en moyenne,
- **5 projets « lancés »** annoncent un décalage de planning, de 8 mois en moyenne.

Les porteurs des 29 projets annonçant un décalage de planning ont été interrogés sur les raisons de ce glissement depuis la dernière campagne :

- **55% de raisons internes** à l'établissement (contre 52% en lors de la 5^{ème} campagne) :
 - **Collision avec d'autres projets de l'établissement** : projets connexes en cours comme l'harmonisation des pratiques médico-soignantes, SSO, connexion des appareils biomédicaux, etc.,
 - **Gestion difficile des sous-projets** souvent parallélisés : ajournement de sous-projets, protocolisation chronophage,
 - **Manque de ressources internes** dédiées au projet, difficulté de recrutement : retard dans la validation des nouvelles versions ou dans le démarrage / la finalisation du déploiement. La charge de travail a souvent été sous-estimée en phase de cadrage et les équipes sont fortement mobilisées sur d'autres projets,
 - **Changements stratégiques sur le projet** : tant au niveau de l'établissement (relance d'un appel d'offre suite au rachat de l'éditeur ou à la défaillance de la solution livrée) qu'au niveau de la gouvernance d'un GCS ou des relations groupe/clinique,
 - **Conduite du changement** : mécontentement des professionnels médicaux retardant le déploiement, retards liés à l'industrialisation du déploiement qui ne démarre pas tant que les prérequis ne sont pas satisfaits dans les services.

- **Contraintes économiques** des établissements : attente / recherche de subventions, difficultés financières suspendant le projet ou certains des sous-projets.
- **52% de raisons externes** à l'établissement (comme lors de la 5^{ème} campagne) :
 - Essentiellement **liées à l'éditeur** : retards et non-conformité des livraisons présentant des régressions ou des dysfonctionnements majeurs, attente de nouvelles versions et des évolutions, manque de disponibilité de l'éditeur, mauvaises prévisions en termes de charge de l'éditeur, rachat de l'éditeur.
- **3% de raisons liées à la mutualisation**, qui n'avait pas été citée lors de la 5^{ème} campagne : nécessité d'harmoniser les pratiques entre les établissements. Ces difficultés sont toujours peu ou pas citées alors même que les projets mutualisés représentent la moitié du portefeuille de suivi H2012 et plus de la moitié des 29 projets en décalage de planning.

Comme des précédentes campagnes, ce constat peut s'interpréter de 2 façons :

- Soit **la mutualisation n'est pas encore une réalité de fait** mais consiste plutôt en l'avancement concomitant de plusieurs projets - le pilotage restant peu formalisé,
- Soit **le projet est fortement mutualisé avec mise en place d'une structure dédiée** souvent de type GCS. Le projet est alors perçu d'emblée comme le projet du GCS plutôt que celui des établissements adhérents et la mutualisation n'est plus une question.

Dans les 2 cas, le constat reste bien que l'organisation de la mutualisation n'a pas encore de réalité opérationnelle.

Des difficultés essentiellement liées aux éditeurs, au manque de ressources humaines et à la collision des projets en interne

Les porteurs de projet expliquent les décalages de planning annoncés :

- Par des ressources humaines insuffisantes du fait :
 - Du mauvais dimensionnement initial au vu de la charge de travail et de la complexité des projets,
 - De leur mobilisation sur d'autres projets chronophages, accentuant les surcharges de travail.
- Par l'instabilité des plans produits et des retards des éditeurs sur leurs projets,
- A la collision avec d'autres projets de l'établissement (projets connexes, sous-projets ajournés).

De nouveaux progrès dans la gestion des délais

Les délais constituent la variable d'ajustement que les porteurs de projet utilisent pour continuer à avancer.

Cette variable d'ajustement se traduit concrètement par un rallongement des délais, toujours présent lors de la 6^{ème} campagne.

Néanmoins plusieurs améliorations sont perceptibles :

- **Baisse du nombre de projets déclarant un décalage de planning,**
- **Avancée de la date de fin pour 11 projets,**
- **Risque d'enlisement écarté.**

L'importance de la gestion des plannings semble de mieux en mieux intégrée par les porteurs de projet. Les porteurs de projets ont compris la nécessité de terminer les projets et par conséquent de tenir le planning.

Malgré ces améliorations, le respect des délais demeure la difficulté majeure de certains projets :

- **En 6 mois, augmentation de la durée moyenne des projets en cours de 5,8 mois,** contre 3,4 mois lors de la dernière campagne,
- **67% des projets toujours en cours en 2013,**
- **4 projets sans date de fin.**

4. Des risques qui témoignent des difficultés organisationnelles du déploiement

L'ANAP a systématiquement interrogé lors de la 6^{ème} campagne les établissements sur leur gestion des risques. Les porteurs de projet ont été invités à faire un retour de leurs pratiques en matière :

- **D'identification des risques,**
- **De priorisation des risques** (avec notamment l'évaluation de la mise à jour de la criticité des risques),
- **De mise en place de plans d'actions** pour réduire les risques identifiés.

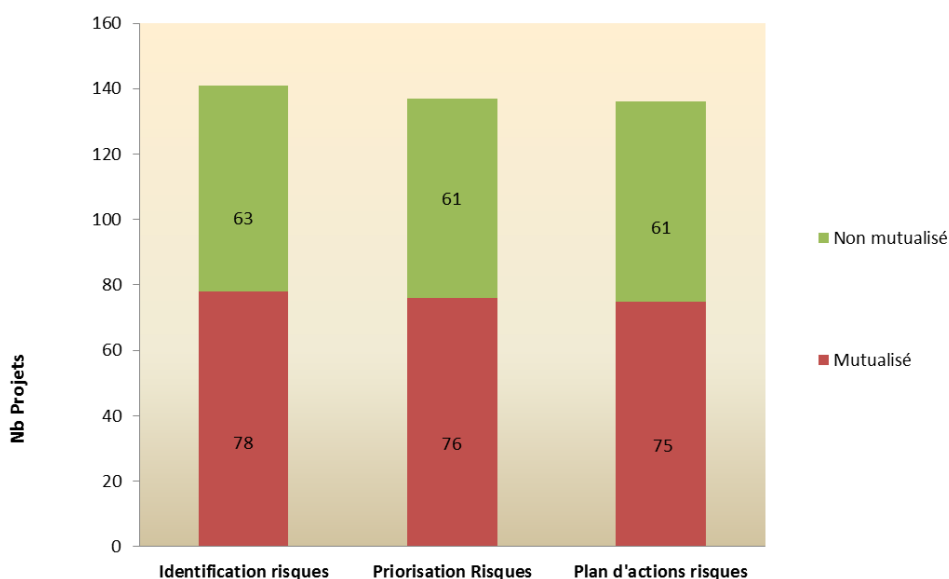
Les retours formulés montrent une stabilisation de la gestion des risques à un niveau élevé :

- **71% des porteurs de projet identifient des risques**, contre 74% en 5^{ème} campagne,
- **69% des porteurs de projet réalisent une priorisation des risques**, contre 67% en 5^{ème} campagne,
- **68% des porteurs de projet ont un plan d'actions** associé au suivi des risques, contre 66% en 5^{ème} campagne.

Ce niveau de gestion des risques est l'une des traductions de l'amélioration de la gouvernance des projets déjà constatée pendant la 5^{ème} campagne par l'ANAP.

Si quelques porteurs de projet n'en perçoivent toujours pas l'utilité et ne formalise pas la gestion des risques, ceux qui la pratiquent paraissent le faire de manière plus rigoureuse que lors de la 5^{ème} campagne.

Pratiques en matière de gestion des risques



L'analyse corrélée du type d'établissements et de la gestion des risques montre une surreprésentation des gros établissements publics :

- 74% des CHU CHR et 68% des CH mettent en œuvre une gestion des risques,
- 66% des établissements de plus de 1 000 lits mettent en œuvre une gestion des risques.

Type ES*	Part dans le portefeuille H2012	Taille ES*	Part dans le portefeuille H2012
CH	68%	>1000	66%
CHU-CHR	74%	800-1000	42%
CHS	50%	500-800	59%
Clinique privée	48%	300-500	50%
ESPIC	49%	0-300	45%
Hôpital local	35%		
Autres	56%		

Bien que la gestion des risques soit assimilée à une bonne pratique et malgré les actions pédagogiques engagées par l'ANAP lors des revues précédentes (cf. atelier sur la gestion des risques, lors de la 3^{ème} campagne), des lacunes méthodologiques demeurent. Elles sont similaires aux lacunes déjà identifiées lors des 4^{ème} et 5^{ème} campagne :

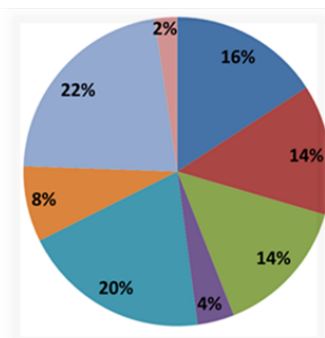
- Pas de mise à jour systématique des risques à l'issue des instances de suivi de projet,
- Confusion entre risques projets et d'autres types de risques,
- Absence de datation des risques,
- Confusion entre risques projets et conséquences des risques survenus et non maîtrisés (comme le décalage de planning par exemple).

A l'analyse des pratiques en matière de gestion des risques, s'ajoute l'étude sur les types de risques remontés par les porteurs de projet, à savoir :

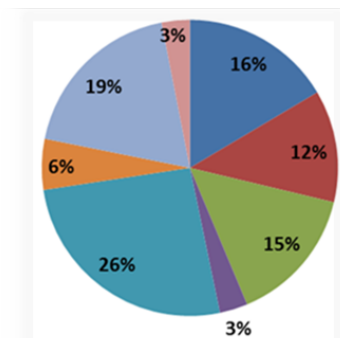
- Prestations externes,
- Ressources humaines,
- Fonctionnel,
- Méthodologique,
- Organisationnel,
- Stratégique,
- Technique,
- Financier.

Ventilation des risques identifiés sur les projets SI PDS par catégorie

5^{ème} campagne



6^{ème} campagne



Type de risques	Représentation en 5ème campagne	Représentation en 6ème campagne	Tendance depuis la 5ème campagne
Risques de prestation externe	16%	16%	→
Risques de ressources humaines	14%	12%	→
Risques fonctionnels	15%	15%	→
Risques méthodologiques	4%	3%	→
Risques organisationnels	19%	26%	↗
Risques stratégiques	8%	6%	→
Risques techniques	22%	19%	↘
Risques financiers	2%	3%	→

Amplification des risques liés au déploiement

Si les facteurs de risques évoluent peu, en revanche, la répartition entre les différents types de risques est caractéristique la **phase de déploiement dans laquelle la plupart des projets sont actuellement. Ainsi les risques cités recouvrent notamment les aspects organisationnels** :

- Cohabitation ou transition papier / informatique,
- Conduite du changement et d'acceptation de la solution,
- Défaillance des fonctionnalités, ergonomie à améliorer.

Ces difficultés expliquent **l'augmentation notable des risques organisationnels**.

En hausse depuis la 5^{ème} campagne, les risques organisationnels témoignent des difficultés liées au déploiement. Ils concernent :

- La cohabitation entre le dossier patient papier (DPP) et le dossier patient informatique (DPI) ou l'organisation de la transition entre le DPP et le DPI,
- La conduite du changement : hostilité des praticiens ou de certaines spécialités au projet, difficulté à faire changer les pratiques, difficulté à impliquer et à communiquer avec les utilisateurs finaux, à impliquer la CME, manque de formation des utilisateurs, démotivation des personnels face à la multitude des projets du SDSI,

- Les conséquences organisationnelles du déploiement : répartition de la prescription entre chirurgiens et anesthésistes, reprise du traitement personnel, multiplicité des outils (2 plans de soins),
- La protocolisation : non-respect, non utilisation ou non validation des protocoles définis.

Les **risques fonctionnels sont stables** entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne. Liés au déploiement des projets, ils font référence à :

- Des inadaptations des modules et manquements constatés (impossibilité de réaliser certaines prescriptions, non-conformité aux objectifs),
- Des anomalies de fonctionnement et une immaturité des solutions déployées (anomalies bloquantes),
- La mauvaise disponibilité de la solution,
- Une ergonomie inadaptée aux professionnels (pancartes peu lisibles par exemple).

De même, les risques financiers sont stables entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne et relèvent en majeure partie :

- De dérapages budgétaires en raison de financements non prévus et supplémentaires (non prévision du coût de la migration, choix d'une solution alternative sur un module),
- De difficultés de recours à l'emprunt,
- D'insuffisances des ressources financières allouées au projet,
- D'incertitudes liées à la poursuite du financement.

Les risques sur les prestations externes sont stables entre la 5^{ème} et 6^{ème} campagne. Ils recouvrent essentiellement :

- Le non-respect des engagements (retards et autres défauts de livraison des éditeurs),
- L'insuffisance en matière de service rendu (absence de méthodologie projet, manque de réactivité et ressources humaines mobilisées insuffisantes),
- Les incertitudes quant aux stratégies des éditeurs et le devenir des solutions choisies en cas de rachat des éditeurs,
- La rupture de contrats avec l'éditeur,
- Les incertitudes sur la robustesse de l'éditeur pour faire face à l'ensemble de ses clients et honorer ses engagements.

Les risques de pilotage / méthodologie sont également stables depuis la 5^{ème} campagne. Les projets ne sont plus en effet dans la phase de cadrage et lancement. Ces risques recouvrent pour l'essentiel les difficultés de pilotage du projet :

- Absence ou insuffisance d'un suivi formalisé de projet mis en œuvre permettant de disposer d'informations réactualisées et de priorités définies pour le démarrage du déploiement,
- Mauvaises estimations en termes de planning et de ressources allouées, avec des délais peu réalistes,
- Répartition floue des rôles entre le GCS et les établissements impliqués dans le projet.

Les risques de ressources humaines sont stables lors de la 6^{ème} campagne. Les facteurs de risque restent similaires et sont liés :

- Principalement, à un manque de ressources tant d'un point de vue quantitatif que d'un point de vue qualitatif sur des compétences techniques dans les Directions des Systèmes d'Information ou des compétences métiers (DIM, pharmaciens, référents, etc.),
- Aux départs et indisponibilités prolongées des chefs de projets, aux ressources non remplacées,
- Au turn-over constaté au sein des équipes médicales impliquées dans le projet,
- A la difficulté à mobiliser les ressources métiers (référents, pharmaciens, médecins),

- A un essoufflement des équipes mobilisées du fait de la durée (et de l'allongement de la durée) des projets.

Les risques stratégiques sont quasiment stables depuis la 5^{ème} campagne. Les citations des porteurs de projet font référence généralement :

- Au manque d'appropriation du projet par la Direction de l'établissement (pas de sponsor fort),
- Aux collisions avec d'autres projets en cours ou à venir au niveau national au niveau de l'établissement qui saturent la Direction des Systèmes d'Informations (projets connexes, Hébergement des données de santé),
- A la gouvernance insuffisante du projet (gouvernance pas encore stabilisée),
- A l'extension du projet à d'autres sites (ouverture d'un nouveau bâtiment, d'un nouvel hôpital),
- Aux incertitudes sur la stratégie de l'établissement, dans le cadre l'articulation de l'établissement avec la stratégie du groupe ou dans le cadre d'une mise sous administration provisoire de l'établissement redéfinissant les priorités.

Enfin, les risques techniques baissent depuis la dernière campagne. De manière générale, ces risques pointent les lacunes en matière d'urbanisation du système d'information, avec des problématiques :

- D'interfaces et d'intégration des solutions,
- D'accès à distance,
- D'architecture, d'infrastructures qui impactent la performance des outils informatiques (temps de réponse lents, rupture de service, disponibilité, stabilité de l'environnement, capacité des serveurs).

5. Toujours peu de recours aux assistances externes

a. Recours à une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA)

Le recours à une assistance à maîtrise d'ouvrage a pour objectif d'appuyer les porteurs de projet sur le pilotage, de pallier des manques de ressources ou de compétences éventuels.

Stabilité du recours à une AMOA

81 projets font appel à une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA), comme en 5^{ème} campagne.

Il s'agit à 55% de projets mutualisés.

Les projets faisant appel à une AMOA se répartissent de la façon suivante :

- 7 projets d'études, parmi lesquels 4 projets mutualisés,
- 49 projets de choix et mise en œuvre, parmi lesquels 28 projets mutualisés,
- 25 projets de mise en œuvre dont 13 projets mutualisés.

Les 81 projets ont fait appel à 49 AMOA différentes.

b. Recours à un intégrateur

Le recours à un intégrateur permet, selon le degré de complexité de la partie technique des projets et les ressources disponibles en interne comme chez l'éditeur, de sécuriser l'intégration du progiciel ou des nouvelles briques fonctionnelles dans le SIH existant.

Si aucun intégrateur n'intervient sur le projet, c'est alors souvent l'éditeur qui prend en charge les problématiques d'intégration. De manière générale, les établissements n'assurent pas les tâches d'intégration.

Stabilité du recours à un intégrateur

33 projets font appel à un intégrateur lors de la 6^{ème} campagne, contre 32 lors de la 5^{ème} campagne.

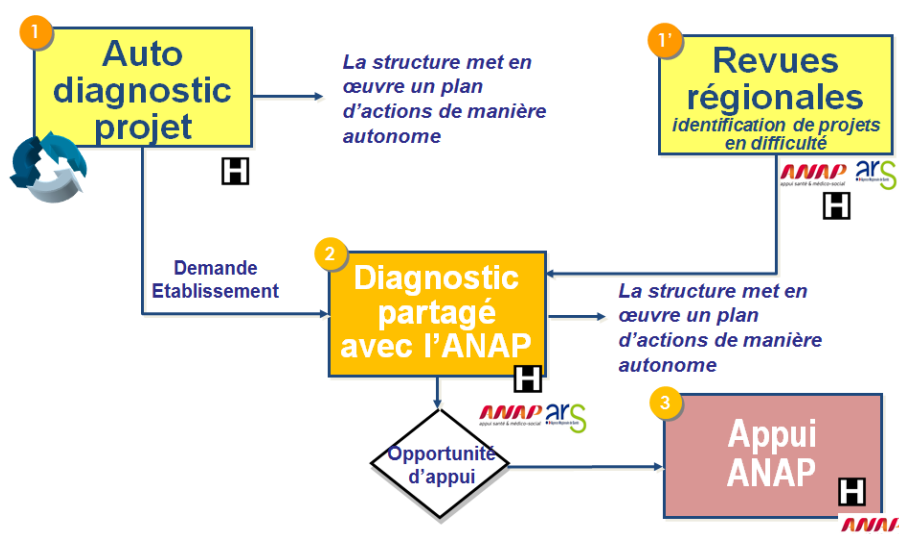
Les types de projets ayant recours à un intégrateur concernent :

- **19 projets de choix et mise en œuvre**, parmi lesquels 7 projets mutualisés,
- **14 projets de mise en œuvre**, parmi lesquels 4 projets mutualisés.

Les 32 projets font appel à 23 intégrateurs distincts.

5. Accompagnements de terrain mis en œuvre par l'ANAP suite aux revues

L'ANAP peut venir en aide aux établissements en difficulté en réalisant des diagnostics et / ou des appuis. La démarche d'accompagnement est structurée de la manière suivante :



1. Diagnostics partagés

Le diagnostic partagé fait suite à la réalisation d'un autodiagnostic des risques de la gouvernance projet. Il peut être lancé à l'initiative d'un établissement, de l'ARS ou de l'ANAP, qui constate un besoin d'instruction du projet. Il se caractérise par une visite sur site d'une journée par l'équipe ANAP, qui peut mener une restitution en présence des ARS dans le cas des projets mutualisés. Le diagnostic aboutit à un bilan validé accompagné d'un plan d'actions.

a. Diagnostics réalisés

A l'issue des 6 campagnes, l'ANAP a réalisé **23 diagnostics partagés dont 15 sur des projets mutualisés**.

Aucun diagnostic n'a été préconisé à l'issue de la 6^{ème} campagne de revues alors qu'un diagnostic avait été préconisé et réalisé en 5^{ème} campagne.

Les diagnostics réalisés concernent à 65% des établissements mutualisés ; ce qui signifie que les projets mutualisés, correspondant à 50% du portefeuille projet, sont légèrement surreprésentés.

b. Retour sur les diagnostics

Le nombre de diagnostics reste très limité au regard des problèmes rencontrés par les projets. En effet, ces diagnostics sont préconisés selon les difficultés et l'avancement des projets.

A l'issue de la 4^{ème} campagne de revue, l'ANAP a identifié que ces diagnostics étaient efficaces pour les projets **en phase de cadrage** et en proie à des **dysfonctionnements internes**. A l'inverse, ils sont peu adaptés pour des projets déjà en phase de déploiement ou, dont les difficultés sont principalement externes, telles des problématiques liées à l'éditeur ou à la gouvernance régionale.

Aujourd'hui, les projets étant majoritairement en déploiement avancé, l'ANAP ne préconise plus de diagnostics dont les établissements tireraient peu de bénéfices. Face aux difficultés que rencontrent les établissements, il est plus opportun de rappeler aux porteurs de projets qu'un pilotage resserré de leur projet est indispensable. Il n'est pas besoin pour cela de mobiliser des ressources pour conduire des diagnostics. C'est là le rôle des revues régionales.

2. Appuis

Selon les recommandations établies lors du diagnostic partagé, un appui de l'ANAP (ponctuel ou long) peut exceptionnellement être mis en place.

Aucun appui n'a été préconisé depuis la deuxième campagne. Ainsi depuis le début de l'accompagnement, 2 appuis ont été réalisés.

Pas d'accompagnement préconisé lors de la 6^{ème} campagne

A l'issue de la 6^{ème} campagne de revues régionales, l'ANAP n'a pas préconisé d'accompagnement (contre un diagnostic partagé lors de la 5^{ème} campagne).

6. Risques du portefeuille de projets SI PDS du Plan Hôpital 2012

Comme pour la 5^{ème} campagne de revues régionales, l'ANAP a analysé les principaux risques du portefeuille de projets SI PDS H2012. Cette analyse a permis :

- **D'une part, de réitérer** certains des constats déjà réalisés,
- **D'autre part, de nuancer certains des risques évoqués lors de la 5^{ème} campagne.**

1. Deux risques majeurs persistants et un nouveau risque d'enlèvement

Lors de la précédente campagne, trois risques majeurs ont été identifiés : le dérapage des délais, la non-maîtrise du budget et la démobilisation des acteurs. Le risque de dérapage des délais persiste, mais celui d'enlèvement d'un certain nombre de projets est écarté.

Si le suivi budgétaire est toujours plus fréquent, la non-maîtrise des budgets reste un risque, d'autant plus si les délais dérapent.

a. Alerte maintenue sur le dérapage des délais

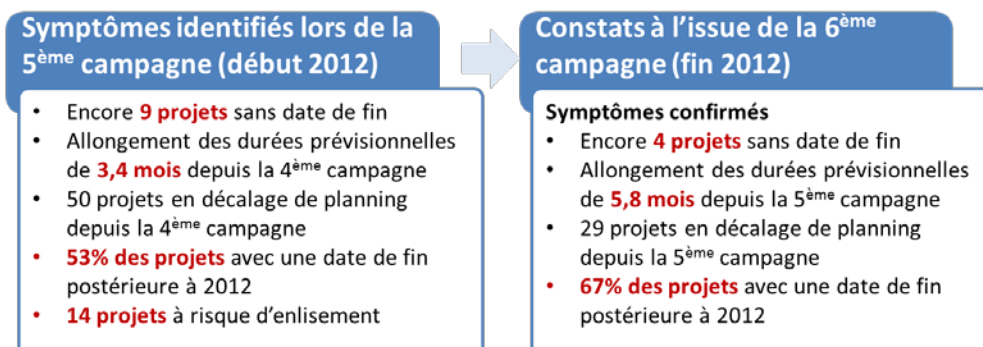
Dès la seconde campagne de revues, le dérapage des délais est identifié comme le risque principal des projets. Le décalage des dates de fin de projet se confirme à chaque campagne.

Lors de la 6^{ème} campagne, ce dérapage des délais se manifeste par :

- Des dates de fin postérieures à 2012 pour 67% des projets,
- Un allongement des durées prévisionnelles de 5,8 mois depuis la 5^{ème} campagne.

Toutefois, une nette amélioration de la maîtrise des plannings a été constatée lors de la 6^{ème} campagne :

- Baisse du nombre de décalage de plannings (de 50 à 29 projets entre la 5^{ème} et la 6^{ème} campagne),
- Prise de conscience qu'un projet doit avoir une date de fin,
- Absence de projet à risque d'enlèvement.



Malgré ces progrès, le dérapage des délais reste toujours le risque le plus fréquent et le plus impactant pour le déroulement des projets.

La persistance des décalages de planning depuis la revue précédente montre bien que les délais sont toujours difficiles à tenir dans un contexte marqué par :

- La phase critique du déploiement pour la majorité des projets. Cette phase révèle les faiblesses en matière de pilotage et de gestion de projets et notamment la sous-estimation des charges (sous-estimation du temps d'accompagnement des services, des formations des personnels, du besoin d'implication des référents métiers etc.),
- Le rachat de certains éditeurs, qui est venu remettre en cause le projet initial des établissements,
- L'arrivée de nouveaux projets/programmes (DMP, FIDES, projets régionaux etc.) ou de stratégie de groupes qui contribuent à déplacer les priorités de l'établissement.

Lors de la 6^{ème} campagne, le risque d'enlisement des projets n'existe plus dans la définition que l'ANAP en avait donnée, à savoir deux décalages de planning successifs. En 5^{ème} campagne, 14 projets avaient été identifiés comme à risque d'enlisement.

Néanmoins, à l'issue de la 6^{ème} campagne, la frontière entre redéfinition stratégique du projet et risque d'enlisement est ténue. Pour quelques projets, la question de la définition de ces notions se pose.

Les solutions contre le risque de dérapage des délais existent, comme en attestent les 127 projets qui maintiennent leurs plannings depuis la précédente campagne. Ces projets ont en commun de s'être donné les moyens d'atteindre leurs objectifs en renforçant leur gouvernance de projet. Plus concrètement, et comme lors de la 5^{ème} campagne, ce renforcement s'est traduit par :

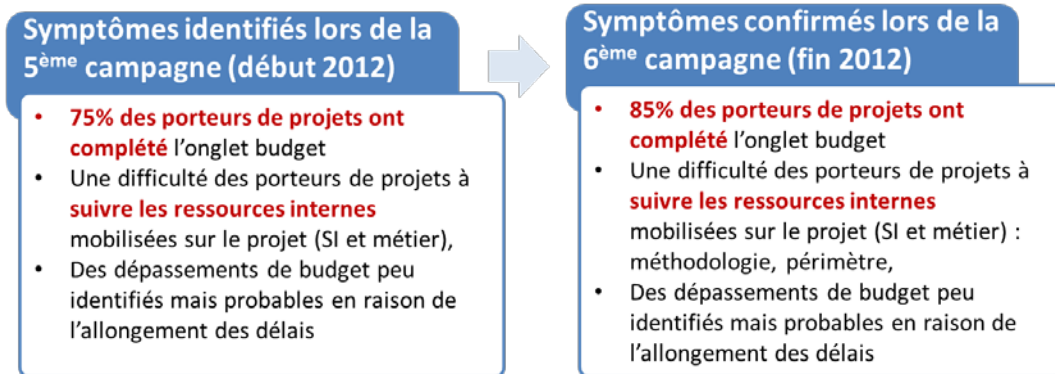
- **La mise en place d'un pilotage serré et précis** pour permettre une véritable analyse de risque (en anticipation) et des arbitrages partagés. Parmi les 127 projets qui maintiennent leur planning, 38 l'ont réaménagé pour continuer d'avancer,
- **L'utilisation privilégiée des fonctionnalités existantes** afin de ne pas surcharger l'éditeur de demandes d'évolutions parfois hétérogènes,
- **L'implication renforcée des référents dans le déploiement**,
- **La capacité à industrialiser le déploiement** dans les services avec un déploiement cadencé, la définition de prérequis organisationnels et techniques au déploiement (formations, matériels...),
- **Le renforcement de la capitalisation et du partage d'expérience** notamment dans une logique de mutualisation des efforts (évolutions applicatives, paramétrage, interfaçage),
- **L'implication de la Direction qui considère le SI comme un levier d'efficience majeur.**

b. Maintien du risque de dérapage budgétaire

Le suivi budgétaire est plus fréquent lors de la 6^{ème} campagne, témoignant d'une prise de conscience de l'importance du suivi des coûts internes. En effet, 87% des projets ont renseigné l'onglet budgétaire. Néanmoins, la visibilité sur les finances des projets reste limitée, notamment sur :

- Les ressources internes mobilisées,
- Les dépassements prévus.

Comme lors des précédentes campagnes, le risque se situe donc toujours au niveau de l'absence de connaissance sur les budgets engagés.



Là encore, ce constat fait appel **aux mêmes facteurs explicatifs**, à savoir :

- Absence de suivi, de méthode et d'outil de pilotage notamment sur les ressources internes mobilisées par le projet,
- Segmentation des rôles : suivi budgétaire géré hors équipe projet.

Les axes d'amélioration sont donc inchangés :

- Aider les chefs de projet à s'approprier le suivi du budget, via :
 - Le renseignement semestriel d'un outil de suivi de projet,
 - La sensibilisation / formation des chefs de projet au suivi budgétaire (jalons de paiement, phasage avec la mise en œuvre ...),
 - Le suivi des ressources internes mobilisées sur le projet,
 - La réalisation d'un bilan de fin de projet.

Les lacunes du suivi budgétaire sont préjudiciables pour les projets futurs. En effet, il est impossible de s'appuyer sur des données factuelles pour dimensionner les ressources nécessaires à d'autres projets.

A l'issue de la prochaine campagne de revues, l'ANAP s'appuiera sur les données renseignées par l'ensemble des projets terminés afin d'étudier les dimensionnements moyens des projets de SIH intégrés.

2. ... à maîtriser afin d'éviter la démobilisation des acteurs

Ce risque intervient toujours à un second niveau. En effet, la probabilité de démobilisation est beaucoup plus faible que les deux précédents risques, dans la mesure où de plus en plus d'acteurs, dont ceux métier, ont assimilé l'importance du système d'information et le nécessaire investissement à sa mise en place.

Toutefois, la priorité des acteurs métiers reste le patient. Leur mobilisation est par conséquent difficile à maintenir dans le temps et nécessite d'être organisée au mieux.

Quand cette mobilisation est contrariée, ce risque survient et devient bloquant pour le projet. La probabilité de ce risque augmente considérablement quand se réalisent les risques de planning (et d'enlèvement) et de budget. En effet :

- Quand l'effet tunnel sur le projet se confirme et la charge de travail des équipes explose (du fait d'une sous-estimation des besoins en matière de ressources internes), le risque de démobilisation devient fort,
- Le rallongement des délais augmente la probabilité de transferts des équipes sur d'autres projets prioritaires de l'établissement (certification), alourdissant leur charge de travail.

Le risque de démobilitation et démotivation des équipes est identifié par les porteurs de projet dans leur gestion des risques depuis la 4^{ème} campagne. Ce risque peut toutefois être maîtrisé. Lors de la 6^{ème} campagne, plusieurs projets ont réussi à remotiver les personnels : la conduite du changement et une gestion de projet resserrée contribuent grandement à l'acceptation des projets SI.

Symptômes identifiés lors de la 5^{ème} campagne (début 2012)

- Difficultés à **mobiliser les référents métiers**
- Réorientation de stratégie de déploiement



Constats à l'issue de la 6^{ème} campagne (fin 2012)

- **Réorientation** de stratégie de déploiement

Les facteurs explicatifs sont donc maintenus :

- Déceptions d'autant plus fortes que l'effet tunnel est long,
- Manque de disponibilité pour le projet,
- Charges mal dimensionnées,
- Sponsoring de la direction inégal.

Les axes d'amélioration proposés sont maintenus :

- Motiver en communiquant sur :
 - Les premiers résultats / usages,
 - Les initiatives et bonnes pratiques,
 - Les projets qui ont réussi,
 - Les gains / les bénéfiques.
- Impliquer les utilisateurs en amont de la mise en œuvre,
- Faire des « pauses qualité » en cas de blocage des personnels afin de prendre en compte leurs retours, de désamorcer leur mécontentement et de les remobiliser,
- Estimer les charges plus finement notamment à travers le retour d'expérience et valider avec la Direction, les engagements de disponibilité nécessaire,
- Envisager la mutualisation de ressources.

7. Autres réalisations du dispositif d'accompagnement de l'ANAP

En complément des revues régionales, l'ANAP :

- Produit des outils méthodologiques,
- Organise de journées nationales,
- Alimente la capitalisation entre porteurs de projets.

1. Rappel de l'outillage dédié à la mise en œuvre des projets SIH et bilan de l'utilisation

Au-delà de ce qui a été réalisé dans le cadre de l'accompagnement H2012, **l'ANAP a mis en perspective tous les livrables qu'elle a élaborés et validés et qui visent à faciliter la mise en œuvre des projets SIH.**

Ces livrables doivent apporter aux porteurs de projets (qu'ils soient issus de la Direction ou des chefs de projet) un appui méthodologique :

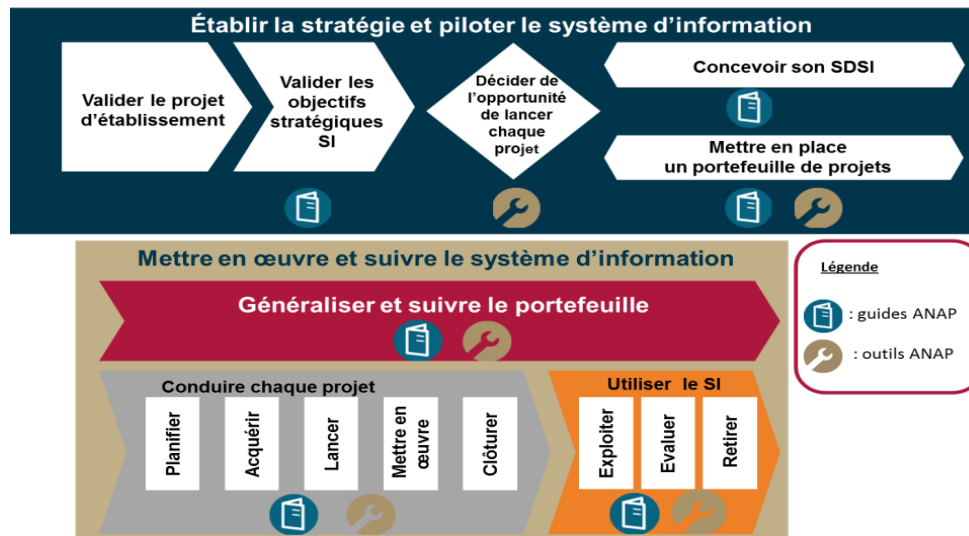
- **Au niveau stratégique** : lors de la définition de la stratégie et du pilotage du système d'information,
- **Au niveau opérationnel** : lors de la mise en œuvre (phase projet) puis du suivi du système d'information (phase routine).

3 types de livrables sont proposés :

- Des guides méthodologiques,
- Des documents type,
- Des outils.

Ces livrables sont représentés, par type, via le schéma de la mise en œuvre du système du SIH, ci-dessous :

Les livrables ANAP dans la mise en œuvre du SIH



Liste des livrables ANAP proposés pour établir la stratégie et piloter le SIH

Etape	guide méthodologique	document type	outil	Localisation
Valider le projet d'établissement				
Valider les objectifs stratégiques SI	Alignement Stratégique du Système d'Information			Site ANAP
Décider de l'opportunité de lancer chaque projet			OISI-GPP-Fiches Opportunité et Projet_v2.xls	Site ANAP
Concevoir son SDSI	Elaboration du schéma directeur du SI			Site ANAP
Mettre en place un portefeuille de projets	110825-OISIS_GPP_guide méthodologique-v1.7.doc Présentation méthodologique sur le déploiement	OISIS_GPP_support lancement démarche détaillé.v0.ppt 110926-OISIS_GPP_Retour d'expérience-v1.9.doc OISIS_GPP_restitution travaux phase 1.v0.ppt OISIS-GPP-restitution travaux phase 2.V0.ppt	OISI-GPP-Fiches Opportunité et Projet_v2.xls OISIS-GPP-AVALIS OISIS-GPP-RSI_Simplifié.xls 110307-OISIS-GPP-Outil de consolidation v7.xls OISIS_GPP_Outil autodiagnostic V4.xls OISIS GPP outil recueil activités.xls	Site ANAP

Liste des livrables ANAP proposés pour mettre en œuvre et suivre le SIH

Etape	Guide méthodologique	Document type	Outil	Localisation
Généraliser et suivre le portefeuille	110825-OISIS_GPP_guide méthodologique-v1.7.doc		110307-OISIS-GPP-Outil de consolidation v7.xls	Site ANAP
Conduire chaque projet	Présentation méthodologique sur l'analyse des gains Présentation méthodologique sur la gestion des risques Présentation méthodologique sur le déploiement	Schéma du cycle de vie d'un projet SI	Auto-diagnostic des risques de gouvernance	Sharepoint (catégorie gouvernance)
		Note de cadrage Plan Qualité Projet Schéma du cycle de vie d'un projet S	Dossier de suivi de projet Suivi du budget Tableau de bord DG Auto-évaluation de la qualité des livrables Cahier de vérification	Sharepoint (catégorie pilotage et gestion de projet)
	Guide à la mise en œuvre de PACS mutualisés CBUM Bonnes pistes CBUM Axe fonctionnel CBUM Axe organisationnel CBUM Axe technique CBUM Axe réglementaire		Autodiagnostic des risques liés à l'informatisation du circuit du médicament	Sharepoint (catégorie métier)
	Informatisation du circuit du médicament et DMS - Guide méthodologique et scénario de migration (.pdf) Informatisation du circuit du médicament et DMS - Architecture cible et son intégration dans le système d'information de production de soins (.pdf) Guide de pilotage " Informatisation du circuit du médicament " (.pdf) Guide des indicateurs	Cahier des charges-type : " Circuit du médicament " (.doc) Cahier des charges-type : « Informatisation de la gestion des rendez-vous patient »		Site ANAP
Conclure le projet	Guide de bilan de fin de projet		Auto-évaluation de fin de projet	Sharepoint (catégorie pilotage et gestion de projet)
Utiliser le SI	20110731-OISIS-Indicateurs-guide méthodologique v0 7.doc		OISIS Indicateurs - fichier suivi de projet -V1.xlsx	Site ANAP

Focus sur l'outillage H2012

L'outillage mis en place dans le cadre du dispositif d'accompagnement H2012 est accessible à partir des sources suivantes :

- Sur le site ANAP à l'aide d'un moteur de recherche,
- Sur un espace de travail partagé, appelé SharePoint.

Ce SharePoint propose :

- Différents types de documents : auto diagnostics, guides, documents type ...
- ... sur 3 thématiques clés : la gouvernance, le pilotage et la gestion de projet, le métier.


Matrice de l'outillage H2012 disponible

	Auto-diagnostic	Guide et Document-type
Gouvernance	Auto-diagnostic des risques de gouvernance	HAS - certification impactant le SI Support atelier « gestion des risques », « analyse des gains », « déploiement », « cohabitation Dossier patient papier/informatisé »
Pilotage et gestion de projet	- Auto-évaluation de la qualité des livrables clés du cycle de vie du projet - Auto-évaluation de la fin de projet	- Cycle de vie d'un projet SI - Cahier de vérification - Plan Qualité Projet - Note de cadrage - Suivi de projet - Suivi de budget - Tableau de bord - Outil d'animation de séminaire de bilan de fin de projet
Métiers	Autodiagnostic des risques liés à l'informatisation du circuit du médicament ** <small>Incluant l'orientation vers les documents de référence</small>	Bonnes pistes du CMI Fiches fonctionnelles Fiches organisationnelles Fiches techniques Fiches réglementaires Guide à la mise en œuvre de PACS mutualisés Documents partenaires*

Kit pilotage simplifié

* : La notion de documents partenaires fait référence à des documents de référence relayés par l'ANAP et produits par d'autres institutions (par exemple le Guide Infogérance produit par collège des DSIO, sous l'égide de l'ARS Ile De France)

** : L'outil d'autodiagnostic des risques liés à l'informatisation du circuit du médicament répond aux obligations de de l'article 8 de l'arrêté de 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

 Accès aux outils H2012	<p>Accès via le site ANAP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - http://www.anap.fr/nc/publications-outils/ <p>Accès via le Sharepoint :</p> <ul style="list-style-type: none"> - http://www.anap.fr (projet / Levier 5 / Accompagnement des directions dans la réussite de leur projets SI) - https://wsshosting.global-sp.net/mainh/ah12/ - Login : anap@mainh - Mot de passe : ap2872
--	--

Evaluation de l'outillage H2012

L'évaluation du niveau d'utilisation des outils de l'accompagnement H2012 est complexe et difficilement exhaustive. Effectivement :

- Des organismes diffusent parallèlement à l'ANAP les outils H2012 (exemples : l'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique – OMEDIT, les ARS,...),
- Les téléchargements à partir du Sharepoint ne sont pas comptabilisés,
- Les retours d'utilisation ne se font pas systématiquement lors des revues.

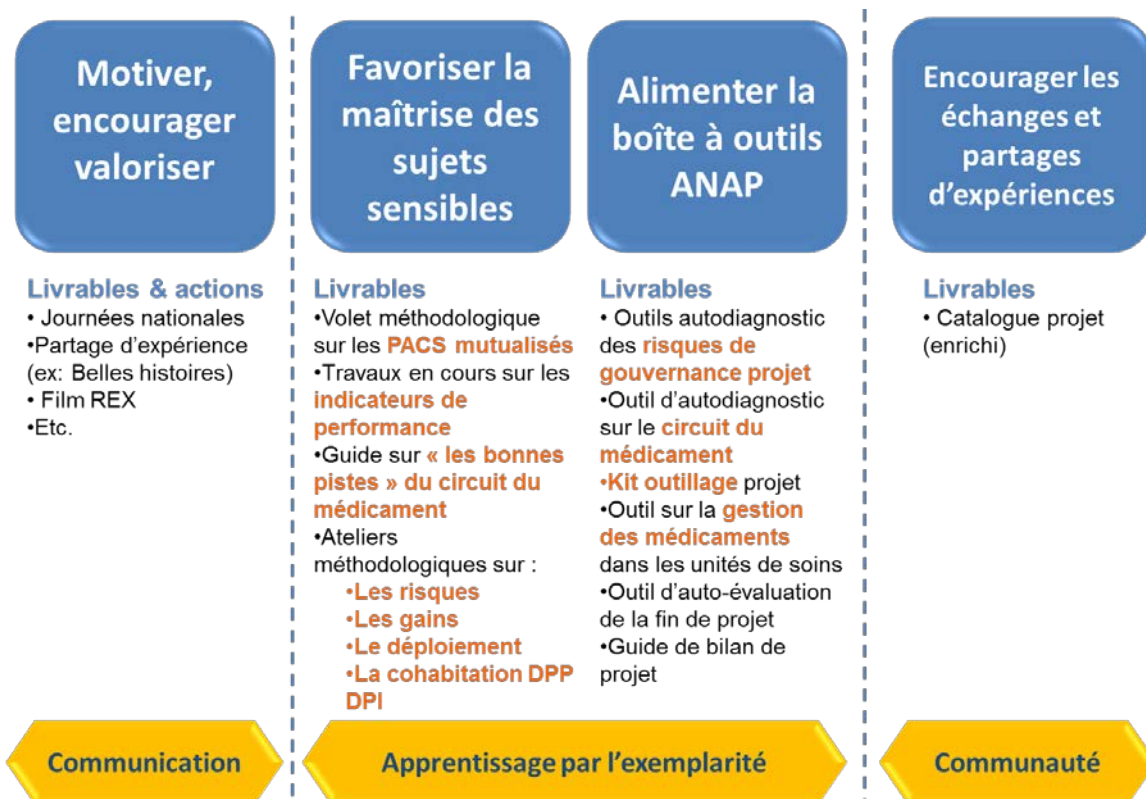
Toutefois, lors de la 6^{ème} campagne, le niveau d'utilisation de l'autodiagnostic des risques liés à la gouvernance (outil permettant d'identifier les zones de risques du projet et des leviers d'actions pour le sécuriser) a pu être évalué.

La diffusion de l'autodiagnostic des risques liés à la gouvernance est stable : 39 projets, soit 20% des projets déclarent avoir utilisé cet outil contre 18% lors de la 5^{ème} campagne.

2. Capitalisation

La capitalisation doit permettre de contribuer via la gestion des connaissances, à l'amélioration permanente des projets.


La capitalisation doit répondre aux 4 grands objectifs suivants :



Ainsi, l'ANAP est chargée d'identifier tout au long de son accompagnement, les sujets / documents à capitaliser qui pourront potentiellement permettre de répondre à un ou plusieurs des objectifs cités ci-dessus.

A l'issue de la 6^{ème} campagne de revues régionales, l'ANAP a identifié **1 projet supplémentaire pouvant présenter des documents/expériences intéressants à capitaliser.**

L'ensemble de ces sujets de capitalisation, ainsi que ceux identifiés lors des cinq premières campagnes de revues, figurent dans le catalogue projets disponible sur le site ANAP. Ce catalogue permet d'identifier l'établissement porteur de chaque sujet et d'obtenir ses coordonnées pour plus de renseignements.

 Le catalogue	<p>Le catalogue projets, disponible depuis le site de l'ANAP recense les 263 projets SI PDS H2012 suivis.</p> <p>Pour chacun des projets (et si l'information est disponible), sont décrits :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le périmètre fonctionnel, Les éditeurs par bloc fonctionnel (exemple : dossier médical, dossier de
--	---

projets	soins, etc.), – Les coordonnées des porteurs de projet, – Les expériences/documents intéressants à partager.
----------------	--

3. Animation autour de l'accompagnement

Les journées nationales organisées par l'ANAP sont l'occasion de réunir les porteurs de projet, les professionnels de santé, les acteurs institutionnels (ARS, ANAP, HAS, DGOS, fédérations), les associations, **pour partager autour des projets SI PDS H2012.**

Depuis le début du dispositif, l'ANAP a organisé 6 journées nationales :

- Deux journées de lancement pour chacune des fenêtres, organisées respectivement le 9 février et le 21 septembre 2010,
- Quatre journées nationales organisées respectivement le 14 décembre 2010, le 15 septembre 2011, le 2 février 2012 et le 20 septembre 2012. Ces journées ont eu pour objectifs :
 - D'une part, de fournir des retours **sur les résultats de l'accompagnement H2012**,
 - D'autre part, d'échanger autour des sujets d'intérêts et de préoccupations exprimés par les porteurs de projets lors des revues régionales.

La dernière journée nationale s'est tenue le **20 septembre 2012**. Elle a permis d'échanger autour :

- **Des pistes d'amélioration et des bonnes pratiques pour le déploiement de l'usage du système d'information** au sein des établissements de santé ;
- **Du dispositif du bilan de fin de projet** construit par l'ANAP via la présentation de ses objectifs, de la démarche et des outils dédiés. Les établissements pilote de ce dispositif ont présenté les apports de son application. Les principaux apports cités sont :
 - Le partage des constats avec tous les acteurs et la formalisation des non-dits : l'outil de bilan de fin de projet était utilisé comme un outil de communication,
 - L'identification des projets non terminés,
 - L'identification des carences dans l'accompagnement au changement,
 - Le renforcement de la direction dans son rôle de maître d'ouvrage pendant le projet,
 - La démonstration de la nécessité de poursuivre, après la fin de projet, les actions d'organisation dans une dynamique d'amélioration continue.

Les retours et les présentations des différentes journées nationales sont disponibles sur le site de l'ANAP.

4. Chantiers de l'année 2012

a. Démarche d'archivage du Dossier patient

La mise en exploitation des solutions entraîne de manière systématique la production de dossiers patients, au format numérique, qui pose de facto l'apparition d'un nouveau sujet, devant lequel les établissements sont désarmés : leur archivage sous format électronique.

Il a été constaté que, dans le cadre du déroulement des projets, la phase archivage est peu anticipée par les porteurs de projet. Ce point a été souligné par le Comité de pilotage du 7 juin 2012 de l'accompagnement H2012. Celui-ci a demandé à l'ANAP de conduire une première réflexion sur le sujet.

Les enjeux de l'archivage des données contenues dans les dossiers patients sont forts tant d'un point de vue stratégique, juridique, financier, technique, médical qu'organisationnel.

En effet les données des dossiers médicaux existent sous différents supports papier et numérique. Leur cycle de vie peut être très varié d'une donnée à l'autre. Une donnée médicale, même archivée, doit être accessible de manière rapide.

C'est pourquoi, les objectifs de cette réflexion sont de fournir aux établissements :

- Une vision macro des **enjeux et des méthodologies de l'archivage**,
- Un document pragmatique qui leur permet de **mettre en œuvre une politique d'archivage**.

Pour ce faire, deux groupes de travail ont été mis en place :

- **Un groupe de travail restreint** composé de l'ANAP, du GIE AscodocPsy et de la Fédération de l'ILM (Information Life Cycle Management), du Stockage et de l'Archivage – FEDISA ;
- **Un groupe de travail élargi** : il s'agit du groupe restreint auquel s'ajoutent des DSI, des archivistes, des DIM et l'ASIP Santé.

Ce livrable abordera les sujets-ci-dessous :

- **Rappel de la législation** applicable et de son utilisation,
- **Contenu type à archiver** du dossier patient,
- **Politique d'archivage** : document type et guide méthodologique,
- **Plan type d'une déclaration** des pratiques d'archivage,
- **Bonnes pistes** pour la mise en œuvre de l'archivage papier et l'archivage électronique.

Les travaux sont en cours d'élaboration. La publication d'un livrable est prévue pour 2013.

b. Bilan du dispositif d'accompagnement H2012

Le dispositif d'accompagnement H2012 a pris fin au 31 décembre 2012. Dans une logique d'amélioration continue l'ANAP souhaite évaluer son dispositif au regard des objectifs majeurs¹² fixés lors de son lancement.

Il s'agit d'évaluer les résultats obtenus par l'accompagnement H2012. L'intérêt est d'analyser les résultats en retour, ainsi que la satisfaction des utilisateurs.

¹² Les objectifs du dispositif d'accompagnement sont rappelés dans la partie 1 « présentation des campagnes de revues régionales » à la page 11.

Le bilan de la démarche est fondé sur :

- Le fait que l'accompagnement H2012 repose sur un contrat moral entre les porteurs de projet l'ARS et l'ANAP,
- L'impossibilité d'une évaluation quantitative de la part des résultats des projets imputables à la démarche,
- L'absence de données sur H2007 permettant de conduire l'évaluation de la démarche par rapport aux résultats obtenus par les 2 plans,
- Le lancement du programme Hôpital Numérique qui fait suite au plan H2012 avec des ambitions plus grandes.

Dans ce cadre, un dispositif d'évaluation a été mis en place, en quatre phases :

- **La première phase « élaboration du référentiel d'évaluation » permet de se mettre d'accord sur les modalités d'évaluation de l'accompagnement H2012 :**
 - Sur le fonds avec l'identification des critères d'évaluation,
 - Sur la forme avec l'identification des acteurs impliqués dans l'évaluation ainsi que les modalités de sollicitation.
- **La seconde phase « collecte des informations » vise à recueillir la matière première pour réaliser l'évaluation.**

Cette phase s'est déroulée sur le mois de décembre 2012.
Des questionnaires ont été envoyés aux CMSI et aux porteurs de projet. Un taux de réponse de 26% a été enregistré.
En outre, des entretiens téléphoniques complémentaires ont été réalisés avec quelques CMSI, une dizaine de porteurs de projet et des membres du Comité de pilotage H2012. Ces entretiens ont été conduits par le service communication de l'ANAP ;
- **La troisième phase « exploitation des informations et production du rapport d'évaluation »,** qui est en cours, permet d'exploiter la matière première collectée dans les questionnaires destinés aux acteurs concernés par l'accompagnement H2012 ;
- **La quatrième et dernière phase, parallèle à la troisième, vise à formaliser une « synthèse de l'accompagnement H2012 ». Cette phase est menée par le service Communication de l'ANAP pour élaborer une plaquette de 8 pages environ, composée des deux parties suivantes :**
 - Synthèse du dispositif H2012 (retour sur les revues régionales, les journées nationales, l'outillage H2012,...),
 - Enseignements et retours d'expérience du déroulement des projets H2012 (gestion de projet, conduite de changement, délais de déploiement,...).

La publication du bilan du dispositif d'accompagnement H2012 et du rapport d'évaluation est prévue au printemps 2013.

8. Prolongation du suivi des projets non terminés

1. Un suivi des projets qui se prolonge après 2012

Le dispositif d'accompagnement ANAP des projets Hôpital 2012 a pris fin au 31 décembre 2012. Toutefois, suite aux prévisions de la 6^{ème} campagne, **67% des projets, soit 178 projets seront toujours en cours en 2013**. 29 de ces projets se terminent au 1^{er} trimestre 2013.

Les 178 projets représentent :

- 272 établissements,
- 270 millions d'aides allouées au titre du plan H2012.

Au regard de ces chiffres, le suivi de ces projets constitue un enjeu de taille :

- D'une part, pour les établissements, qui ont pour objectif de finaliser dans de bonnes conditions leurs projets d'informatisation,
- D'autre part, pour les tutelles, qui ont pour objectif de s'assurer de la bonne réalisation des investissements consentis.

La DGOS a demandé qu'un suivi soit organisé jusque fin 2014 pour ces projets encore en cours. Ce suivi aura pour seul objectif de connaître l'évolution des projets, afin de sécuriser l'investissement, avec les principes suivants :

- La différenciation des projets au printemps 2013 avec soit l'organisation de revues interrégionales, soit un suivi effectué par les ARS (CMSI),
- Le transfert de la mise en œuvre du suivi des projets aux CMSI fin 2013 et en 2014.

2. Un suivi différencié des projets au printemps 2013

Les modalités du suivi des projets seront différenciées en fonction de leur criticité financière :

- Des revues interrégionales ANAP / ARS pour les projets à forte criticité financière (liste consolidée par la DGOS),
- Un suivi organisé par les ARS (CMSI) pour les autres projets.

3. Poursuite du suivi de l'ensemble des projets encore en cours par les CMSI fin 2013 et en 2014

Les ARS reprennent le suivi de l'ensemble des projets H2012 encore en cours après le printemps 2013. Chaque CMSI organisera le suivi des projets de sa région.

Les CMSI continueront de transmettre l'avancement et leur avis sur les projets à l'ANAP pour une consolidation au niveau national.

4. Maintien du fichier de préparation

Les porteurs de projet à la gestion de projet formalisée : le fichier de préparation est maintenu comme l'outil de reporting.

5. Restitution des données clés de l'avancement des projets

La restitution des revues organisées en 2013 et 2014 sera axée autour des données clé de l'avancement des projets.

9. Conclusion

La 6^{ème} campagne marque la fin de l'accompagnement des projets Hôpital 2012 SI production de soins par l'ANAP.

Pendant 3 ans, 6 campagnes de revues régionales dans 25 ARS et 6 journées nationales ont été organisées, une vingtaine d'outils a été élaborée et mise à disposition des porteurs de projet et 22 appuis et diagnostics ont été mis en œuvre auprès des établissements. Ces réalisations, couplées au cadencement semestriel des revues ont permis de maintenir une dynamique pendant toute la durée du dispositif d'accompagnement.

Ultime jalon du dispositif d'accompagnement, **cette dernière campagne a donné plusieurs motifs de satisfaction**. En effet, les porteurs de projet se sont largement appropriés les fondamentaux de gestion de projet. Ces fondamentaux ont été promus par l'ANAP depuis le début de l'accompagnement. Grâce à ce travail de sensibilisation, les porteurs de projet ont ancré dans leurs pratiques la gestion des trois dimensions d'un projet (périmètre, coûts, délais) ainsi que la gestion des risques. En témoignent :

- L'avancement des projets, généralement en déploiement avancé,
- L'industrialisation du déploiement dans certains établissements afin de systématiser la mise en œuvre de bonnes pratiques : cadrage, définition de prérequis organisationnels et techniques, rythme cadencé, organisation de l'accompagnement des utilisateurs,
- La meilleure gestion des délais, la prise de conscience d'une part du préjudice des décalages de planning importants et d'autre part de la nécessité de terminer un projet,
- La meilleure compréhension de l'importance et de la valeur ajoutée de l'analyse des risques et la plus grande rigueur dans sa réalisation,
- L'augmentation continue du nombre de projets effectuant un suivi des coûts et des ressources internes mobilisées.

C'est pourquoi, le nombre de projets annonçant des retards ou en difficulté a significativement diminué par rapport aux campagnes précédentes :

- 29 projets ont décalé leurs plannings (contre 50 lors de la 5^{ème} campagne et 86 lors de la 4^{ème} campagne),
- 28 projets ont été classés dans la catégorie « lancé, retardé, difficulté » (contre 43 lors de la 5^{ème} campagne et 53 lors de la 4^{ème} campagne).

Malgré ces améliorations, force est de constater que **depuis le début de l'accompagnement, les délais ont été une variable d'ajustement fréquente**. A chaque revue, un certain nombre de projets annonçait un décalage de leurs dates de fin. Les plannings étaient en effet souvent la seule variable sur laquelle les porteurs de projet pouvaient jouer, dans un contexte financier contraint. **De ce fait, seuls 33% des projets se sont achevés fin 2012, contre 70% prévus initialement**. Deux tiers des projets (soit 178 projets) sont en effet encore en cours, avec des dates de fin plus ou moins lointaines.

Les projets encore en cours ont besoin d'être suivis. C'est pourquoi, à la demande la DGOS, un suivi resserré est organisé au printemps 2013 par l'ANAP avec les Chargés de Mission Système d'Information des ARS. Ce suivi sera axé sur l'état d'avancement des projets.

Par la suite et jusqu'à la fin des projets, le suivi opérationnel relèvera exclusivement des Chargés de Mission SI afin de contrôler l'avancement des projets, de sécuriser leur aboutissement et les investissements réalisés.

L'ANAP et les CMSI travailleront de concert à la réussite du passage de relai. Ce relai est d'autant plus important que les porteurs de projet ont **besoin d'instances d'échanges afin de partager leurs difficultés et retours d'expérience**. Les revues régionales ont répondu à ce besoin, d'autant plus que pour la plupart des porteurs, les occasions similaires étaient peu fréquentes en dehors des revues.

Si la pérennisation des éléments de gouvernance et de gestion de projet acquis au cours de l'accompagnement H2012 reste à renforcer dans le cadre du Programme Hôpital Numérique, force est de constater que les établissements sont à présent mieux armés pour conduire des projets complexes SI production de soins. Ces constats augurent d'une amélioration de la gouvernance des projets à venir.

10. Glossaire

AMOA : Assistance à Maîtrise d'Ouvrage
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CBUM : Contrat de Bon Usage du Médicament
CH : Centre Hospitalier
CHR/CHU : Centre Hospitalier Régional / Centre Hospitalier Universitaire
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CMI : Certificat Médical Initial
CMSI : Chargé de Mission Système d'Information
CNV : Commission Nationale de Validation
CRIH : Centre Régional d'Informatique Hospitalière
DAF : Directeur Administratif et Financier
DGA : Directeur Général Adjoint
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins (anciennement DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins)
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DPP : Dossier Patient Papier
DPI : Dossier Patient Informatisé
DMP : Dossier Médical Personnel
DSI : Directeur des Systèmes d'Information
DSIO : Directeur des Systèmes d'Information et de l'Organisation
DSP : Dossier Standard Projet
EAI : Enterprise Application Integration
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENRS : Espace Numérique Régional de Santé
ERP : Enterprise Resource Planning
ES : Etablissement de Santé
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée
FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile
GAM / GAP : Gestion Administrative du Malade / Gestion Administrative du Patient
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GIE : Groupement d'Intérêt Economique
GPP : Gestion de Portefeuille de Projets
H2012: Hôpital 2012
HAD: Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HL : hôpitaux locaux
HN : Programme Hôpital Numérique
HPST : Loi « Hôpital, patients, santé et territoires »
INS-C : Identifiant National de Santé Calculé
MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique
MOE : Maîtrise d'Œuvre
MOM : Mise en Ordre du Marché
MSIOS : Mission Systèmes d'Information des Acteurs de l'Offre de Soins
oSIS : Observatoire des Systèmes d'Information de Santé

PACS: Picture Archiving and Communication System
PDS : Production De Soins
PGI : Progiciel de Gestion Intégré
PSY : Psychiatrie
RASS : Référentiel des Acteurs Sanitaires et sociaux
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RG1 à RG6 : 1^{ère} à 6^{ème} campagne de revues régionales
ROI : Return on Investment (retour sur investissement)
SharePoint : espace de travail partagé
SI : Système d'Information
SIH : Système d'Information Hospitalier
SIH/SIR : Syndicat Inter-Hospitalier/ Syndicat Régional
SIR : Système d'Information Radiologique
SLD : Soins Longue Durée
SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T1F1 : Première Fenêtre de la Première Tranche
T1F2 : Deuxième Fenêtre de la Première Tranche
VABF : Vérification d'Aptitude au Bon Fonctionnement
VSR : Vérification de Service Régulier



ANNEXES

1. Fichier de préparation de la sixième campagne de revues

AMBIANCE GENERALE DU PROJET

ARS :	
Numéro de projet :	
Nom du projet :	
Etablissement(s) :	

Rappel des perceptions ANAP		Décalage (en mois) de la date de fin de projet entre 2 campagnes successives	
Printemps 2010	Non applicable	Printemps 2010	
Automne 2010	Lancé	Automne 2010	
Printemps 2011	Lancé	Printemps 2011	
Automne 2011	Lancé bon avancement	Automne 2011	
Printemps 2012	Lancé bon avancement	Printemps 2012	0

Revue	Votre appréciation générale sur le projet :	En synthèse vous êtes initié(e) le score de résultat	Avis ANAP	Commentaire CMSI
5ème campagne Printemps 2012				
6ème campagne Automne 2012	A compléter		complété après la revue	à la décision du CMSI- complété après la revue

PREMIERS RESULTATS

Appréciation qualitative

Les indicateurs d'Hôpital Numérique feront l'objet d'un suivi de la DGOS réalisé par l'Atih

Premiers indicateurs d'usage

La mise en place des indicateurs d'usage décrits dans le guide des indicateurs est amenée à se généraliser.

[\(lien vers le guide des indicateurs\)](#)

L'ANAP recommande de privilégier le suivi de ces indicateurs, dès lors qu'il n'en existe pas d'autres dans l'établissement, sinon de préparer la convergence.

RETROSPECTIVE DES 6 DERNIERS MOIS

EVOLUTIONS PERIMETRE ET PLANNING DEPUIS LA DERNIERE REVUE	FAITS MARQUANTS DU PROJET DEPUIS LA DERNIERE REVUE
<p><i>(utiliser le menu déroulant)</i></p> <p>Votre projet a-t-il connu un décalage de planning depuis la dernière revue ? <input type="text" value="NON"/></p> <p>Si oui, quelle est la nature du décalage ?</p> <p>Si oui, quelles sont les causes de ce décalage ?</p> <p>Si oui, quelles sont les conséquences de ce décalage ?</p>	<p>Quels sont les faits marquants <u>internes</u> à votre projet ? ex : éléments sur la conduite du changement, la gouvernance du projet, etc.</p>
<p><i>(utiliser le menu déroulant)</i></p> <p>Votre projet a-t-il connu des évolutions de périmètre depuis la dernière revue ? <input type="text" value="OUI"/></p> <p>Si oui, quelle est la nature du décalage ?</p> <p>Si oui, quelles sont les causes de ce décalage ?</p> <p>Si oui, quelles sont les conséquences de ce décalage ?</p>	<p>Quels sont les faits marquants <u>externes</u> à votre projet ? ex : éléments sur la relation avec les prestataires (éditeurs, AMOA, intégrateurs, etc.), les projets connexes, etc.</p>
AUTRES POINTS	
<p>1- Avez-vous eu recours à l'outil d'autodiagnostic des risques de la gouvernance projet ?</p>	<p><i>(utiliser le menu déroulant)</i> <input type="text" value="Non"/></p>
<p>2- Avez-vous eu recours à l'outil d'auto-évaluation de la qualité des livrables produits sur le projet ?</p>	<p><i>(utiliser le menu déroulant)</i> <input type="text" value="Non"/></p>

PERSPECTIVES POUR LES 6 PROCHAINS MOIS

POINTS D'ATTENTION	ACTIONS ASSOCIEES
<p>Points d'attention internes ?</p>	
<p>Points d'attention externes ?</p>	

MISE A JOUR DU PLANNING PROJET

Si vous disposez d'un planning projet réactualisé à la date de la revue, le joindre à ce fichier
Sinon, merci de bien vouloir compléter le tableau ci-dessous.
Le planning doit être remis à jour à chaque revue s'il a évolué.

Légende des états d'avancement

A- Lancé

M- MOM

P= VABF (Vérification Aptitude au Bon Fonctionnement) correspondant à la fin du paramétrage

D= Début du déploiement (Service/site pilote)

G= Début du déploiement généralisé

F= Fin du projet (ou fin de VSR (validation de Service régulier))

Dans la perspective d'une poursuite du suivi de projet par hôpital numérique, merci de bien vouloir valoriser le planning d'avancement par établissement

Modalités d'hébergement de vos données :

Date début de projet : à compléter															
Date fin de projet : à compléter															
DECOUPAGE FONCTIONNEL DU PROJET	2011		2012				2013				2014				Date de fin (si > 2014)
	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
Dossier médical															
Prescriptions															
Dossier de soins															
Dossier de spécialités															
Gestion ressources et planification															
Production médico-technique															
Communication avec l'extérieur															
Infrastructures															
Projets connexes															

Tableau de suivi Ressources & budget du projet

La collecte des ressources consommées sur le projet (humaines et financières) a pour but de constituer une base de données anonymisée une fois les projets terminés. Si elle est suffisamment complétée, elle pourra donner des indications sur les ressources nécessaires et les budgets à engager pour mettre en œuvre un projet SI sur un contexte donné.

Si vous disposez d'un tableau de suivi du budget, merci de bien vouloir le joindre à ce fichier. Sinon, merci de bien vouloir compléter le tableau ci-dessous :

Légende :

à renseigner
calcul automatique

Prévu prévisions initiales sur la totalité du projet
Consummé consommé depuis le début du projet et jusqu'à la date de la revue

Ressources			⚠ Les ressources internes sont à renseigner en jours x hommes (JH) uniquement	
Personnels internes DSI affectés au projet (jxh)	Prévu au démarrage du projet		Pour les prochaines échéances des dépassements (par rapport aux estimations initiales) sont-ils à prévoir ?	
	Consummé au moment de la revue			
Personnels internes des services affectés au projet (jxh)	Prévu au démarrage du projet		Commentaires (causes des éventuels dépassements, moyens de maîtrise mis en œuvre, évolutions anticipées sur la suite du projet)	
	Consummé au moment de la revue			
Direction de Projet (jxh)	Prévu au démarrage du projet			
	Consummé au moment de la revue			
TOTAL RESSOURCES INTERNES (jxh)	Prévu au démarrage du projet	JH		
	Consummé au moment de la revue	JH		

Budget			⚠ Le budget est à renseigner uniquement en Kilos euros (KEuros)	
Total prestations externes (KE) (MDA, MDE principalement)	Prévu au démarrage du projet		Pour les prochaines échéances des dépassements (par rapport aux estimations initiales) sont-ils à prévoir ?	
	Consummé au moment de la revue			
Licences et progiciels (KE)	Prévu au démarrage du projet		Commentaires (causes des éventuels dépassements, moyens de maîtrise mis en œuvre, évolutions anticipées sur la suite du projet)	
	Consummé au moment de la revue			
Dépenses liées au mode ASP ou SAS (Somme dépensée depuis le début du projet. SI pas concerné par ce mode de financement, ne pas compléter)	Prévu au démarrage du projet			
	Consummé au moment de la revue			
Autres dépenses du projet (KE) (Infrastructures, matériels, réseau, etc.)	Prévu au démarrage du projet			
	Consummé au moment de la revue			
TOTAL PRESTATIONS ET EQUIPEMENTS (KE)	Prévu au démarrage du projet	KEuros		
	Consummé au moment de la revue	KEuros		

2. Atelier « Démarche de bilan de fin de projet »



1 Contexte et enjeux de la démarche de bilan de fin de projet

2 Présentation de la démarche

Le constat



- ⇒ Terminer un projet **trop tôt**
- ⇒ Considérer qu'un projet n'est **jamais terminé**
- ⇒ **Absence de bilan** de fin de projet
- ⇒ Etablir un **bilan subjectif non partagé** (vision restreinte du chef de projet)

RGS - Atelier

3

Les enjeux majeurs de la démarche

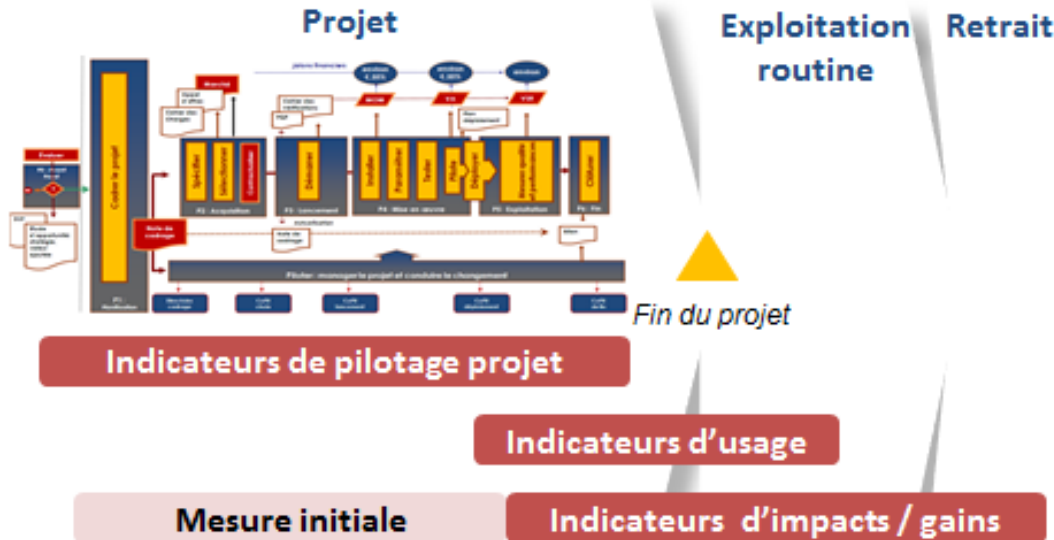


- ⇒ Définir la fin de projet et donc les projets « terminés »
- ⇒ Analyser les projets terminés pour en tirer des retours d'expérience

RGS - Atelier

4

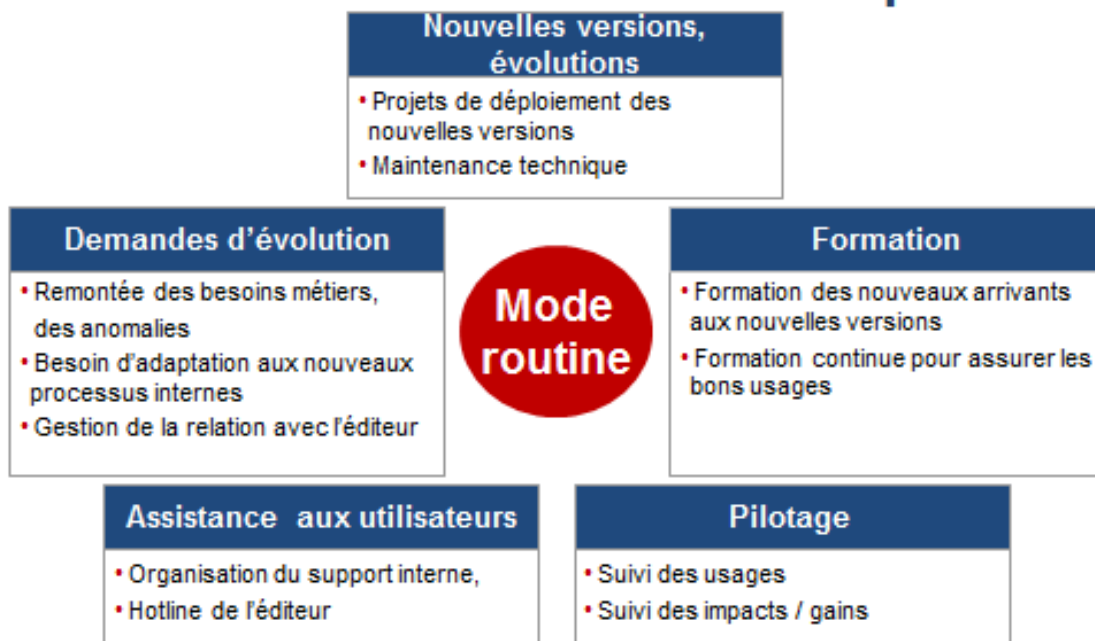
Suivre le mode projet et le mode routine



RGS - Atelier

5

Le mode routine est caractérisé par :

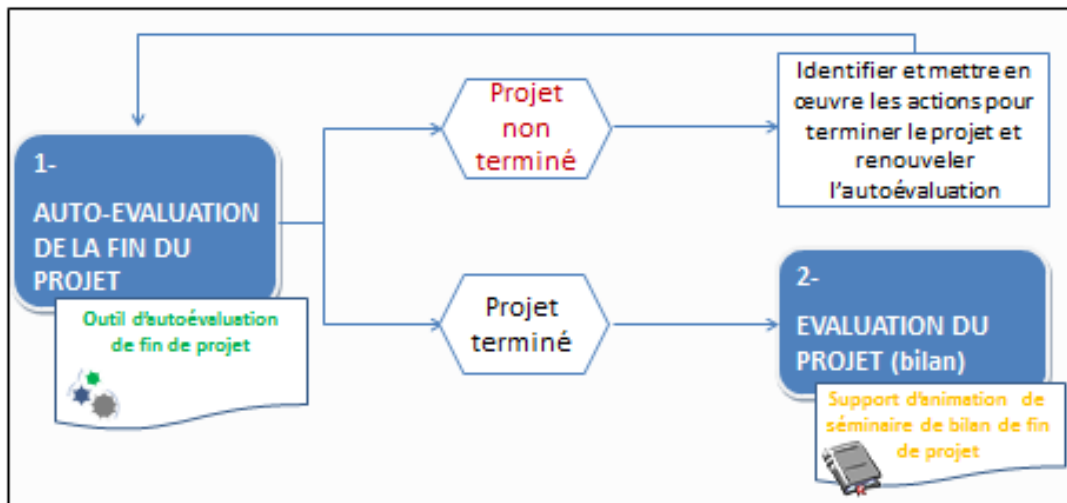


RGS - Atelier

6



Deux étapes et deux outils complémentaires



↻ Les outils sont disponibles sur le Share Point et sur le site ANAP

Zoom sur l'outil d'autoévaluation de fin de projet



• Objectifs :

- Valider si le projet est ou non **terminé**
- Vérifier **l'atteinte des objectifs** fonctionnels, techniques, organisationnels / métier, conduite du changement et contractuel du projet.

• Quand l'utiliser ?

- Quand vous souhaitez savoir si votre projet est terminé (service pilote ou déploiement généralisé)
- Afin de préparer le bilan de projet.



Outil d'autoévaluation

RGS - Atelier

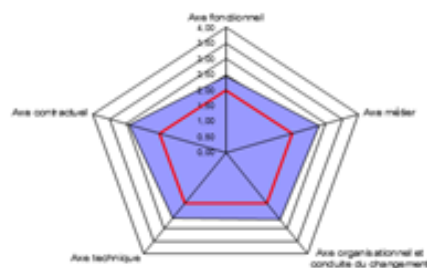
9

Outil d'autoévaluation de fin de projet *Restitution des résultats : le projet est-il terminé?*

Restitution générale

Axe	Note
Axe fonctionnel	2,44
Axe métier	2,81
Axe organisationnel et conduite du changement	2,65
Axe technique	2,59
Axe contractuel	2,91

NS: l'axe conduite du changement est transversale



Onglet de restitution des résultats

RGS - Atelier

10

Outil d'autoévaluation de fin de projet Les feuilles de route pour finaliser le projet

Axe	Actions
Axe fonctionnel	Persistance des anomalies fonctionnelles : 1. Formaliser un tableau de suivi des anomalies 2. Informer officiellement l'éditeur du reste à réaliser 3. Organiser des points réguliers avec l'éditeur avec demande d'engagements
Axe fonctionnel	Niveau de paramétrage : 1. Identifier le reste à faire et ajuster le plan d'actions 2. Organiser un Comité de pilotage 3. Communiquer auprès des utilisateurs concernés 4. Informer officiellement l'éditeur des actions le concernant 5. Refaire la campagne de tests relative au pilote
Axe technique	Authentification et accès sécurisé : 1. Procéder à une analyse des risques 2. Définir et mettre en place les actions de sécurisation prioritaires avant le déploiement généralisé 3. Saisir le Comité de pilotage pour décider des suites du projet
Axe technique	Authentification et accès sécurisé : 1. Procéder à une analyse des risques 2. Définir et mettre en place les actions prioritaires pour assurer la traçabilité des accès nominatifs 3. Saisir le Comité de pilotage pour décider des suites du projet
Axe technique	Pérennisation des données médicales : 1. Procéder à une analyse des risques et proposer un plan d'actions pour finaliser la pérennisation des données médicales 2. Identifier des mesures transitoires avec engagement sur les échéances 3. Saisir le Comité de pilotage
Axe contractuel	Valider et signer les contrats : 1. Identifier les contrats à signer 2. Identifier les points ayant repoussé / retardé la signature 3. Saisir le Comité de pilotage et le Directoire

Onglets feuille de route prioritaire et secondaire

RG6 - Atelier

11

Zoom sur l'outil d'animation de séminaire de bilan de fin de projet



- Objectifs
 - Réaliser de manière **collaborative** un bilan du projet
 - Réaliser un bilan du management du projet afin d'en tirer des leçons utiles pour les projets à venir
 - Analyser et qualifier les **difficultés rencontrées** durant le projet, et déterminer si elles ont été ou non maîtrisées (**via une analyse des risques**)
 - Centrer le bilan de projet sur les améliorations qui **relèvent de la responsabilité de l'établissement**.
- Quand l'utiliser ?
 - Une fois le projet terminé - validation préalable via l'outil d'autoévaluation de fin de projet
 - Le **Comité de pilotage décide de l'opportunité de réaliser le bilan de projet** et du délai adéquat après la fin de projet. Il est toutefois recommandé de **réaliser cette démarche « à froid »**, c'est-à-dire quelques mois après que le projet ait été déclaré terminé



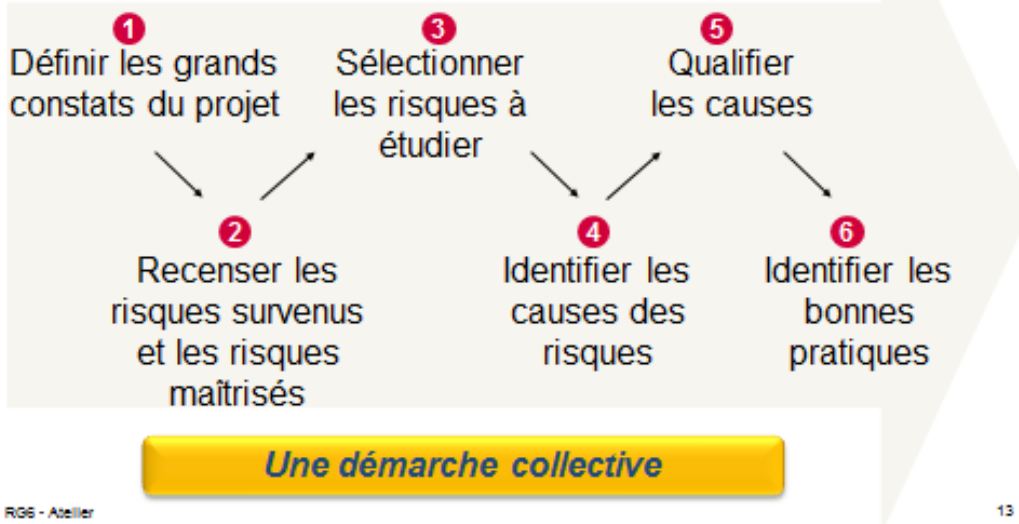
Outil d'animation

RG6 - Atelier

12

Outil d'animation de séminaire de bilan de fin de projet

Démarche proposée

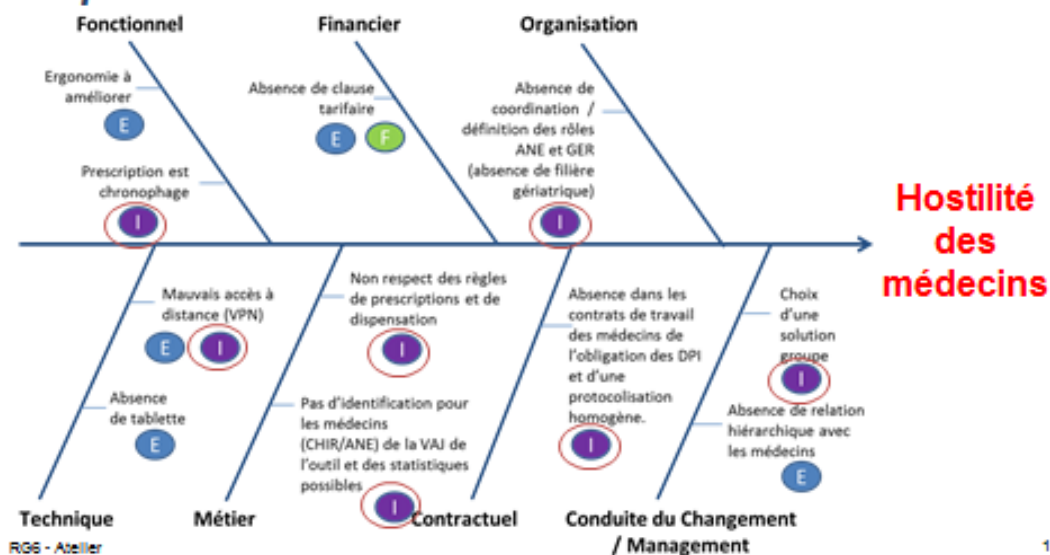


RG6 - Atelier

13

Outil d'animation de séminaire de bilan de fin de projet

Le plan d'actions découle de l'arbre des causes



RG6 - Atelier

14