|  |  |
| --- | --- |
|  | DIRECTION DES SERVICES NUMÉRIQUES DU GHT DU LOIRET***FICHE D’OPPORTUNITÉ***DDEPROJ\_yy-000\_DDMMYYYY |
|  |
| DaTE DE CREATION : DDMMYYYY | N° DE LA VERSION : **1** |
| NOM DE LA DEMANDE :  **NOM\_PROJ**BREVE DESCRIPTION : **Mise en place d’un logiciel….**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | **TYPE DE PROJET** | [ ] Production de soins | [ ] Infrastructures, Télécoms et bureautique |
| [ ] Plateaux techniques | [ ] Administration, Gestion  |
| [ ] Pilotage | [ ] Logistique |
| [ ] Autre :  |
|  |
| [ ] Evolution | [ ] Renouvellement | [ ] Nouvelle acquisition |
| **PROMOTEUR / SPONSOR INTERNE DU PROJET** **(METIER)** |  |
| **PARTENAIRES EXTERNES DU PROJET** |  |
| [ ]  **Prévu au Schéma Directeur SI du GHT 45** |
| **ETABLISSEMENT(S)/SERVICE (S) / DIRECTION (S) / POLE(S) CONCERNE (S)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRITICITÉ DE LA DEMANDE**  | **Obligations règlementaires** | [ ]  | Obligation conjoncturelle métier (*ex : déclaration sociale nominative pour RH*) |
| [ ]  | Certification des comptes  |
| [ ]  | Certification : HAS, COFRAC,… |
| [ ]  | Atteinte des cibles HOP’EN (*ex : remontée des CR* *pour D2*) |
| [ ]  | Convergence liée au Groupement Hospitalier de Territoire  |
| [ ]  | Autres :  |
| **Axes stratégiques** | [ ]  | Développer la Coopération de territoire |
| [ ]  | Renforcer les activités de recherche |
| [ ]  | Maintenir l’équilibre financier |
| [ ]  | Désenclaver les pôles spécifiques |
| [ ]  | Autres : Axe stratégique du territoire |
| **Lien avec les axes du SDSI du GHT 45** | [ ]  | A - Prérequis techniques |
| [ ]  | B - Prérequis organisationnel et fonctions informatiques |
| [ ]  | C - Prérequis métiers et fonctionnels |
| [ ]  | D - Convergence - SI clinique et Système d’Information Administratif et de Gestion |
| [ ]  | Ea - Convergence filières médico-techniques |
| [ ]  | Eb - Convergence autres fonctions support |
| [ ]  | F - Autres projets GHT |
| [ ]  | G - Convergence projets techniques et organisationnels SI |
| **Lien avec les axes de****Ma Santé 2022** | [ ]  | Axe 1 – Mettre le citoyen au cœur de l’e-santé  |
| [ ]  | Axe 2 – Soutenir l’innovation par les professionnels de santé  |
| [ ]  | Axe 3 – Simplifier le cadre d’action pour les acteurs économiques  |
| [ ]  | Axe 4 – Moderniser les outils de régulation de notre système de santé  |
| **Apport de valeur attendu** | [ ]  | Q-Amélioration de la prise en charge du patient |
| [ ]  | Q-Amélioration de la sécurité du SI |
| [ ]  | Q-Amélioration des conditions de travail  |
| [ ]  | Q-Optimisation des échanges avec les partenaires de santé |
| [ ]  | Q-Amélioration du management |
| [ ]  | Q-Valorisation de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation |
| [ ]  | Q-Mise en valeur d’image pour l’établissement ou le service |
| [ ]  | B-Amélioration de la productivité du personnel |
| [ ]  | B-Réduction des coûts |
| [ ]  | B-Augmentation des recettes |
| [ ]  | B-Amélioration des délais de prise en charge |
| [ ]  | Autre : |

La valeur pour le métier : réponse aux besoins réglementaires, contribution à la mission publique de l’établissement, levier de transformation pour l’organisation ou encore service rendu aux bénéficiaires.

|  |  |
| --- | --- |
| **OPPORTUNITE** | **PROBLEMES A RESOUDRE / OBJECTIFS A ATTEINDRE** |
|   |

|  |
| --- |
| A quelle(s) contrainte(s) d’ordre technique et/ou réglementaire le projet répond-il ?  *(à remplir par le promoteur)* |
|  | ***Commentaires*** |
|  |  |

|  |
| --- |
| Nécessité de Contribution des architectes/RSSI/Qualité/DPO dans la phase de cadrage ? *(à remplir par l’AMOA)* |
| ***Choisir le(s) type(s) de risques identifiés***  | ***Commentaires*** |
| [ ]  | Architecte DCU |  |
| [ ]  | RSSI (*évaluer les risques de sécurité*)  |  |
| [ ]  | Qualité |  |
| [ ]  | DPO (*évaluer les risques de conformité RGPD*) |  |
| [ ]  | Autres (ex : étude d’organisation) :  |  |

|  |
| --- |
| Le projet accompagne-t-il une recomposition de l’offre de soins au niveau local, territorial régional ou national ?*(à remplir par le promoteur)* |
| ***Choisir dans la (les) famille(s) d'acteurs impactés*** | ***Commentaires*** |
| [ ]   | GCS |  |
| [ ]  | GHT |  |
| [ ]  | Médecine de ville |  |
| [ ]  | Portée Nationale |  |
| [ ]  | Portée Régionale |  |
| [ ]  | Autres |  |

|  |
| --- |
| Quelles sont les familles d'acteurs qui seront impactées par la mise en œuvre du projet ?*(à remplir par le promoteur)* |
| ***Choisir dans la (les) famille(s) d'acteurs impactés*** | ***Commentaires*** |
| [ ]   | Personnel soignant et médical |  |
| [ ]  | Personnel de la DSN |  |
| [ ]  | Personnel administratif et technique |  |
| [ ]  | Autres |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Freins et difficultés prévisibles à faire le projet (Difficultés organisationnelles, fonctionnelles, ...)? *(à remplir par le promoteur, et compléter par la DSN si nécessaire)* |
| ***Choisir dans le(s) principale(s) difficulté(s) prévisible(s)*** | ***Commentaires*** |
| [ ]  | Non-adhésion du personnel |  |
| [ ]  | Dérive des coûts |  |
| [ ]  | Manque de prérequis organisationnels/fonctionnels |  |
| [ ]  | Délais de mise en œuvre et calendrier |  |
| [ ]  | Freins liés à des difficultés de paramétrage |  |
| [ ]  | Manque de financement |  |
| [ ]  | Non-atteinte des standards de qualité |  |
| [ ]  | Risque de régression fonctionnelle |  |
| [ ]  | Risque de conformité RGPD |  |
| [ ]  | Autres |  |
|  |
| ***Si un des freins sélectionnés concerne l'absence de prérequis fonctionnels ou organisationnels, préciser*** *(à remplir par le promoteur, et compléter par la DSN si nécessaire)* |  |
|   |
| Principaux risques identifiés à **NE PAS** faire le projet ? *(à remplir par le promoteur, et compléter par la DSN si nécessaire)* |
| ***Choisir le(s) type(s) de risques identifiés***  | ***Commentaires*** |
| [ ]  | Risque humain |  |
| [ ]  | Risque financier |  |
| [ ]  | Risque de qualité |  |
| [ ]  | Risque de Planning |  |
| [ ]  | Risque technique |  |
| [ ]  | Risque sécurité |  |
| [ ]  | Autres |  |

|  |
| --- |
| Autre(s) projet(s) à mener suite à cette demande (prérequis ou induit directement  |
| *Ex : EAI de territoire à mettre en place avant de déployer le DPI dans l’établissement X* |
| ***Référence*** |  |
| ***Périmètre/Criticité/délaispar le projet pré requis*** |  |

|  |
| --- |
| Estimation des charges et coûts globaux du projet*(à remplir avec la DSN)* |
| ***Coûts ponctuels (investissement + prestations + formations)*** |
| [ ]  < 15 k€ [ ]  de 15 à 50 k€ [ ]  de 50 à 150k€ [ ]  de 150 à 500k€ [ ]  > 500k€ |
| ***Coûts récurrents annuels (maintenance + Hébergement + abonnements)*** |
| [ ]  < 15 k€ [ ]  de 15 à 50 k€ [ ]  de 50 à 150k€ [ ]  de 150 à 500k€ [ ]  > 500k€ |
| ***Charge estimée DSN*** |
| [ ]  <10 jours [ ]  de 10 à 50 jours [ ]  de 50 à 250 jours [ ] De 250 à 1000 jours [ ]  >1000 jours |
| ***Charge estimée métiers*** |
| [ ]  <10 jours [ ]  de 10 à 50 jours [ ]  de 50 à 250 jours [ ] De 250 à 1000 jours [ ]  >1000 jours |
|  |
| Estimation de la durée du projet*(à remplir avec la DSN)* |
| [ ]  < 1 mois [ ]  de 1 à 3 mois [ ]  de 3 à 12 mois [ ]  de 1 à 3 ans [ ]  > 3 ans [ ]  Autre : |
| [ ]  | Echéance obligatoire |  |
| [ ]  | Période de réalisation souhaitée |  |
|  |
| ***Ce projet répond-il aux objectifs internes du pôle ou de la Direction fonctionnelle concerné(e)?*** | [ ]  OUI [ ]  NON |
| ***Ce projet a-t-il été présenté au Responsable de pôle ou Directeur Fonctionnel concerné ?*** | [ ]  OUI [ ]  NON |
|  |
|  |
| **ARBITRAGE PAR L'INSTANCE DECISIONNAIRE en date du :** |   |   |  |
|  |    |
| [ ]  OUI [ ]  NON | ***Motifs / réserves*** |
|    |
|  |