ARS Occitanie – Direction des Projets – Pôle SI en santé

ARS Occitanie

Direction des Projets – Pôle systèmes d’information en santé

ARS Occitanie

Direction des Projets – Pôle systèmes d’information en santé

**DOCUMENT DE CANDIDATURE ESMS NUMERIQUE**

NOTE DE PRESENTATION SYNTHETIQUE DU PROJET

(15 pages maximum)

*A l’occasion de la présente candidature, en conformité avec l’instruction interministérielle* ***N° DNS/DGCS/CNSA/2025/40 du 16 avril 2025***  *relative à la mise en œuvre de la phase de généralisation du programme « ESMS numérique », les porteurs de projet s’engagent à vérifier que leur projet n’est pas financé par d’autres fonds européens que ceux du Plan d’Aide à l’Investissement.*

|  |
| --- |
| **Identification synthétique du projet** |
| Référence PAI | 0000xxxx |
| Nom OG ou Grappe |  |
| Nom projet |  |
| Nombre ESMS concernés par le projet |  |
| Le projet est porté par une grappe ou un OG | GRAPPE **OU** OG |
| Statut (privé non lucratif, privé, public) |  |
| Public concerné (ESMS PA, PH, Social, mixte…) |  |
| Détails si mixte | Nbr PA : Nbr PH :… |
| Description du projet | Acquisition **OU** mise à niveau |
| Dans le cas d’un projet alliant acquisition et mise à niveau (après échange préalable avec l’ARS) | Nbr ESMS en acquisition : Nbr ESMS en mise à niveau :  |
| Projet de mise à niveau du logiciel : nom de l’éditeur retenu référencé Ségur |  |
| Projet multi régional | OUI **OU** NON |
| Prise en compte des orientations techniques (interopérabilité, connexion plateformes régionales et prise en compte des nomenclatures,…) | OUI **OU** NON |
| Si oui, lesquelles |  |
| Montant de la subvention demandée | € |
| Ce montant est-il basé sur les enveloppes forfaitaires de l’instruction (jointe à l’appel à projets) | OUI **OU** NON (si non, le montant est à corriger) |
| Temps de mise en œuvre du projet :\*9 mois env. pour les acquisitions /18 mois env. pour les mises à niveau | (Nbr de mois) |
| Date prévisionnelle de fin de mise en œuvre du projet | xx/xx/xx |
| RGPD : Etes-vous en conformité ou en cours ?Avez-vous nommé un DPO ?Si oui, en interne ou en externe ? |  |
| Les ESMS du projet sont-ils tous bien mentionnés à l’article L.312-1 du CASF | OUI **OU** NON (si non, le projet n’est pas recevable) |
| Pour les Services d’Aide et d’Accompagnement à Domicile, ratio N-1 du nombre d’heures médico-sociales / nombre d’heures totales d’activité |  |
| Dans le cas où un ESSMS partie d’un projet ou porteur d’un projet régional est rattaché à une entité nationale | Autorisation nationale :OUI **OU** NON  |
| Les ESMS du projet ont-ils déjà fait la mise à jour Ségur de leur solution de DUI ? | OUI **OU** NON |
| Si oui, A quelle date avez-vous signé votre bon de commande SONS ?EtA quelle date avez-vous signé votre PV de VA SONS ? | ../../..../../.. |

**Table des matières**

[Avant-propos 4](#_Toc158729008)

[1. GOUVERNANCE : 5](#_Toc158729009)

[1.1. Porteur du projet 5](#_Toc158729010)

[1.2. Présentation Grappe ou Organisme Gestionnaire (OG) : 5](#_Toc158729011)

[1.3. Pilotage stratégique 6](#_Toc158729012)

[1.4. Pilotage opérationnel 6](#_Toc158729013)

[2. LE PROJET : 7](#_Toc158729014)

[2.1. L’organisation 7](#_Toc158729015)

[2.2. Les établissements concernés 7](#_Toc158729016)

[2.3. Stratégie de déploiement et stratégie de conduite du changement 7](#_Toc158729017)

[2.4. Calendrier du projet 7](#_Toc158729018)

[(Planning graphique présentant les différentes phases du projet est à joindre au dossier en ligne) 7](#_Toc158729019)

[2.5. Moyens humains 8](#_Toc158729020)

[2.6. Moyens techniques 8](#_Toc158729021)

[3. FINANCEMENT : 8](#_Toc158729022)

[*3.1.* Budget prévisionnel 8](#_Toc158729023)

[4.1. Budget commenté (précisant notamment la stratégie d’intégration des coûts liés au numérique à moyen/long terme) 8](#_Toc158729024)

[ANNEXE 1 : Modèle de lettre d’engagement à remplir par le porteur de projet 9](#_Toc158729025)

[ANNEXE 2 : Modèle de convention de grappes 10](#_Toc158729026)

# Avant-propos

*Cette note synthétique de présentation de votre projet a pour objectif de mieux instruire votre candidature en ayant accès plus directement aux informations nécessaires. Elle vous permet aussi de mieux organiser votre réponse et de vous concentrer sur les éléments essentiels de celle-ci. Au cours de l’instruction de votre candidature, il est possible que vous soyez contacté par téléphone pour que nous échangions sur votre projet.*

***En revanche cette note n’a pas pour objectif de remplacer un document plus complet de votre projet.*** *Ce document complet, dont vous pouvez confier la rédaction à une AMOA ou un chef de projet informatique, est indispensable et vous sera vraiment nécessaire tout au long du votre projet.*

**Les origines du projet :**

Xxxxxxxxxxxx

Xxxxxxxxxxxx

# GOUVERNANCE :

## Porteur du projet

**Raison sociale du porteur de projet :**

**Coordonnées du porteur de projet :**

**Tel :**

**@ :**

**Coordonnées de la personne signataire de la convention ARS/Porteur :**

**Tel :**

**@ :**

## Présentation Grappe ou Organisme Gestionnaire (OG) :

**Projet porté par une grappe :**

Nom de la grappe :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Raison sociale des OG de la grappe :** | **Couverture territoriale (départements)** | **Statut (public, privé, PNL) :** | **Nombre ESMS inclus dans le projet** | **Nombre ESMS total de l’OG** | **CPOM**  |
|  |  |  |  |  | Oui/Non/En cours |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Total :**  |  |  |

En quelques lignes, logique de mutualisation mise en œuvre dans le cadre du projet :

**Projet porté par un Organisme Gestionnaire :**

Nom de l’OG :

Nombre ESMS inclus dans le projet :

Nombre d’ESMS total de l’OG :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Raison sociale de l’OG**  | **Structures :** | **Statut (public, privé, PNL) :** | **CPOM** |
|  |  |  | OUI/NON/ en cours |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## Pilotage stratégique

Xxxxxxxxxxxxxx

## Pilotage opérationnel

xxxxxxxxxxxxxxxxx

# LE PROJET :

Les éléments du projet à mettre en avant :

(*cf chapitre 6 sur la priorisation régionale des projets du document d’appel à projets Occitanie 2024)*

Xxxxxxxxxxxxxx

Xxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxx

## L’organisation

Xxxxxxxxx

Xxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxx

## Les établissements concernés

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OG** | **ESMS** | **Couverture territoriale (départements)** | **Statut (public, privé, PNL)** | **Public accueilli**  | **Financement** | **CPOM** |
|  |  |  |  | PA/PH/Social | ARS/CD/DDETS | Oui/Non/En cours |

## Stratégie de déploiement et stratégie de conduite du changement

Xxxxxxxxxxxx

## Calendrier du projet

## (Planning graphique présentant les différentes phases du projet est à joindre au dossier en ligne)

|  |
| --- |
| **Calendrier technique de l’opération** |
| Date prévisionnelle de lancement des travaux |  |
| Date prévisionnelle de fin de paramétrage de la solution sur l'ensemble de la grappe*(Signature du PV de VA : Vérification Aptitude)* |  |
| Date prévisionnelle de fin du projet sur l'ensemble de la grappe, atteinte des cibles d’usage*(en théorie 3 mois après la signature du PV de VSR : Vérification de Service Régulier)* |  |

## Moyens humains

Xxxxxxxxxxxx

## Moyens techniques

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# FINANCEMENT :

## Budget prévisionnel

|  |  |
| --- | --- |
| 1. DEPENSES
 | RECETTES |
| Coûts d’AMOA |  | Subvention ARS |  |
| Coûts de mise en œuvre de la solution |  | Fonds propres |  |
| Coûts matériels |  | Autofinancement |  |
| Autres (préciser) |  | Emprunts |  |
|  |  | Autres subventions |  |
| **Total des dépenses TTC** |  | **Total des recettes TTC** |  |
|  |  |  |  |

## Budget commenté (précisant notamment la stratégie d’intégration des coûts liés au numérique à moyen/long terme)

xxxxxxxxxx

# ANNEXE 1 : Modèle de lettre d’engagement à remplir par le porteur de projet

Nom et Adresse de l’établissement

Représenté par…..

Porteur et coordination du projet….

……

Objet : Lettre d’engagement dans le cadre de l’appel à projet ESMS numérique 2025 – Phase de généralisation – Région Occitanie

Vu :

* La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
* Le titre III (Volet numérique) de la loi « Ma santé 2022 » - développer l’ambition numérique en santé- ;
* L’instruction interministérielle n° **N° DNS/DGCS/CNSA/2025/40 du 16 avril 2025** relative à la mise en œuvre de la phase de généralisation du programme « ESMS numérique »,
* L’Appel à projet régional- ESMS numérique – phase de généralisation

Je soussigné M. *(NOM Prénom),* directeur représentant l’*(Type d’établissement)* « Nom de l’établissement» sis (adresse), m’engage [le cas échéant, avec les membres de la grappe] , à « informatiser nos dossiers usagers (DUI) respectifs et garantir la mise en conformité au cadre technique du virage du numérique en santé de la solution DUI retenue ».

Pour ce faire, je souhaite répondre à l’appel à projets….. selon notre projet suivant :

 *(cocher exclusivement la case correspondante)* :

🞎 « Projet d’acquisition et de déploiement de solution DUI dans les ESMS n’en disposant pas encore » ;

🞎 « Projets de montée de version des solutions DUI au cadre technique de référence ».

Fait à …. le …..

(NOM Prénom)

Directeur (fonction)

# ANNEXE 2 : Modèle de convention de grappes

**(Partie à supprimer si vous n’êtes pas une grappe et à joindre indépendamment à votre candidature si vous êtes une grappe)**

**Convention Inter-établissements – Grappe**

**Programme ESMS numérique**

Vu :

* La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
* Le titre III (Volet numérique) de la loi « Ma santé 2022 » - développer l’ambition numérique en santé- ;
* L’Appel à projet ESMS numérique du XX/XX/2025 – phase de généralisation
* La lettre d’engagement en date du …  ;

Entre :

« Nom de l’OG/ESMS » désigné ci-après « le signataire »

Représenté par ……………………………………………….

« Nom de l’OG/ESMS » désigné ci-après « le signataire »

Représenté par ……………………………………………….

…..

Et

L’Organisme Gestionnaire………………………, *(code FINESS EJ)*

Porteur et coordinateur du projet ESMS Numérique …… *(vous pouvez nommer le projet et donner une petite description)* - désigné ci-après le porteur

Il est convenu ce qui suit :

**Article 1 : Engagement**

Les signataires à la présente convention s’engagent à « informatiser le dossier usager et garantir la mise en conformité au cadre technique du virage du numérique en santé (intégration des référentiels et services socles) d’une solution de gestion des dossiers usagers informatisés (DUI) ».

Dans ce cadre, les DUI des signataires auront à respecter les objectifs :

- Nationaux du volet numérique de la loi « Ma Santé 2022 » qui se veut, à terme, notamment créer un espace numérique individuel pour chaque usager dans un espace numérique sécurisé ;

- …. *(Lister les objectifs du projets)*

**Article 2 : Option choisie**

 Compte tenu de la maturité de son établissement le signataire choisi exclusivement une des deux options suivantes, détaillée dans l’AAP (cocher la case correspondante) :

🞎 « Projet d’acquisition et de déploiement de solution DUI dans les ESMS n’en disposant pas encore » ;

🞎 « Projet de mise à niveau des solutions DUI au cadre technique de référence ».

**Article 3 : Désignation de l’établissement ou OG porteur de projet**

 Le signataire désigne……….,( membre de la Fédération…………), comme établissement porteur et coordinateur du projet.

**Article 4 : Modalités d’expression**

Pour favoriser l’expression de tous les ESMS de la grappe, les voix des signataires seront comptabilisées ainsi : 1 structure juridique (capacité morale) = 1 voix.

**Article 5 : Durée de la convention**

La présente convention, est établie pour toute la durée de l’appel à projet ESMS Numérique visé aux présentes ; en tout état de cause jusqu’à mise en place du Dossier Usager Informatisé et réversion aux ESMS parties des financements afférents.

**Article 6 : Liste des annexes**

* Liste des signataires avec leurs coordonnées
* Description synthétique des signataires
* ….

Le …………………………

Pour l’ESMS, Le Directeur

Nom Prénom signature)

 Porteur du projet,