



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins

Mission systèmes d'informations des acteurs de
l'offre de soins (MSIOS)

Laetitia Messner, Chef de bureau

Tél. 01 40 56 76 85

Anne-Alexandra Babu, Chargée de mission

Tél. : 01 40 56 51 72

Dgos-hopitalnumerique@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des
agences régionales de santé (pour mise en
œuvre)

Mesdames et Messieurs les directeurs des
établissements de santé (pour mise en œuvre)

INSTRUCTION N°DGOS/MSIOS/2012/376 du 31 octobre 2012 relative à la boîte à outils pour
l'accompagnement des établissements de santé à l'atteinte des pré-requis du programme
hôpital numérique

NOR : AFSH1238527J

Classement thématique : établissements de santé- gestion

Validée par le CNP le 26 octobre 2012 - Visa CNP 2012-248

Catégorie :

Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles

Résumé : présentation de la boîte à outils pour l'accompagnement des établissements de santé à l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique

Mots-clés : systèmes d'information, programme hôpital numérique, accompagnement à l'atteinte des pré-requis, boîte à outils

Annexes :

- **Annexe 1 :** Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun du programme hôpital numérique
- **Annexe 2 :** Boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis – outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé
- **Annexe 3 :** Mode d'emploi de l'outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé
- **Annexe 4 :** Boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis – fiches pratiques

La présente instruction vise à présenter la boîte à outils mise à la disposition des établissements de santé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour les accompagner dans l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique.

1. Contexte et objectifs du programme hôpital numérique

1.1 Le programme hôpital numérique, une feuille de route pour les systèmes d'information hospitaliers

Le développement et la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) sont devenus un enjeu majeur pour l'ensemble de la politique d'amélioration de l'organisation des soins. Afin de préparer les prochaines étapes de développement des SIH au service d'une meilleure prise en charge des patients, la DGOS a lancé en novembre 2011 le programme hôpital numérique, plan stratégique de développement et de modernisation des SIH pour la période 2012-2017.

Le programme hôpital numérique a pour ambition de :

- Coordonner l'ensemble des acteurs (établissements de santé, agences régionales de santé, administration centrale, industriels) autour d'une feuille de route commune pour les SIH ;
- Amener l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité de leurs systèmes d'information suffisant pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires, sur un socle assurant la sécurité des données ;
- Soutenir les projets innovants.

Il propose pour ce faire d'agir sur les quatre axes stratégiques et chantiers transverses ci-dessous :

Axes	Chantiers transverses
<p><u>Axe 1: gouvernance</u> Comblent les manques de gouvernance SI et favoriser l'implication dans les SI des professionnels de santé et cadres dirigeants</p>	<p><u>Chantier transverse 1</u> Pilotage du programme HN</p>
<p><u>Axe 2: compétence</u> Renforcer les compétences relatives aux SIH</p>	<p><u>Chantier transverse 2</u> Communication</p>
<p><u>Axe 3: offre</u> Stimuler et structurer l'offre de solutions</p>	<p><u>Chantier transverse 3</u> Evaluation de la création de valeur du SI en termes de qualité /sécurité des soins et amélioration de la prise en charge</p>
<p><u>Axe 4: financement</u> Financer un socle de priorités, subordonné à l'atteinte de cibles d'usage</p>	<p><u>Chantier transverse 4</u> Accompagnement des établissements de santé à l'atteinte des pré-requis et du socle fonctionnel</p>

1.2 Le socle commun du programme hôpital numérique

Le programme hôpital numérique vise à amener l'ensemble des établissements de santé – publics, privés et ESPIC – vers un niveau de maturité de leur système d'information avec :

- La définition de pré-requis indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité :
 - Identités – mouvements ;
 - Fiabilité – disponibilité ;
 - Confidentialité ;

- La priorisation de cinq domaines fonctionnels pour lesquels le programme définit des exigences en matière d'usage du système d'information :
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

L'ensemble des indicateurs de ce socle commun est détaillé dans « le guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun » validé par le comité de pilotage du programme hôpital numérique en novembre 2011 et publié depuis sur l'espace Internet du programme hôpital numérique : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopitalnumerique.html>. Ce guide est disponible en annexe 1 de la présente instruction.

2. Accompagnement des établissements de santé à l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique

Afin d'accompagner les établissements de santé dans l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique, la DGOS a souhaité mettre à leur disposition une boîte à outils composée d'un outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé ainsi que de fiches pratiques autoportées.

Ces outils d'accompagnement à l'atteinte des pré-requis s'adressent prioritairement aux directeurs des systèmes d'information et de l'organisation et / ou aux directeurs d'établissements de santé désireux d'inscrire rapidement leur structure dans une trajectoire d'atteinte du palier de maturité minimum (socle) du programme hôpital numérique. Ils concernent tous les types de structures, quels que soient leur taille et les moyens humains et financiers qu'elles consacrent à leur système d'information.

2.1 Boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis : outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé

L'outil d'autodiagnostic et plan d'action associé de la boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique vise à permettre aux établissements de santé :

- De procéder à un diagnostic de leur situation au regard des trois pré-requis du programme ;
- D'obtenir une illustration du taux d'atteinte des pré-requis en terme d'avancement projet ;
- De définir, sur cette base, les grandes lignes d'un plan d'actions, aide méthodologique simple, ayant vocation à aider les établissements à s'organiser pour atteindre le ou les pré-requis non ou partiellement couverts par leur structure à date. Ce plan d'actions est illustré de quelques documents-type, fiches pratiques, éléments méthodologiques et bibliographiques susceptibles de l'aider à mener à bien les actions qui y sont décrites.

L'outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé ainsi que son mode d'emploi détaillé sont disponibles respectivement en annexes 2 et 3 de la présente instruction. L'outil, pour être utilisé, doit être téléchargé sur l'espace Internet du programme hôpital numérique <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopitalnumerique.html>.

2.2 Boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis : fiches pratiques

Les fiches pratiques de la boîte à outils ont vocation à aider les établissements de santé à atteindre les pré-requis du programme hôpital numérique en mettant à leur disposition des documents pratiques et des supports méthodologiques. Ces fiches pratiques peuvent être utilisées indépendamment de l'outil d'autodiagnostic.

La boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique contient les fiches pratiques suivantes :

- Fiche pratique 1 : exemple de méthode de mise en œuvre de l'identité-vigilance au sein d'un établissement de santé

- Fiche pratique 2 : procédure type de mise à jour du référentiel unique de structure
- Fiche pratique 3 : plan type d'un plan de reprise d'activité du système d'information et bonnes pratiques
- Fiche pratique 4 : exemple de méthode d'évaluation des taux de disponibilité des applications
- Fiche pratique 5 : bonnes pratiques d'élaboration des procédures de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale du système d'information
- Fiche pratique 6 : fiche de poste type d'un responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) et description des fonctions d'un référent sécurité du système d'information
- Fiche pratique 7 : charte type d'accès et d'usage du système d'information

Ces fiches pratiques sont disponibles en annexe 4 de la présente instruction et sont disponibles, en version modifiable par les établissements pour les exemples de fiches, sur l'espace Internet du programme hôpital numérique (<http://www.sante.gouv.fr/programme-hopitalnumerique.html>).

3. Mise en œuvre opérationnelle par les établissements de santé

Les établissements de santé sont depuis la publication en novembre 2011 du guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun du programme hôpital numérique invités à atteindre les pré-requis du programme hôpital numérique.

Il leur est ainsi conseillé de procéder, à partir de l'outil d'autodiagnostic, à une évaluation de leur situation par rapport aux trois pré-requis du programme et de définir, sur cette base, un plan d'action pour y accéder. Les fiches pratiques constituent un support méthodologique pour permettre aux structures d'accéder aux pré-requis qu'elles n'auraient pas atteints.

4. Questions soulevées par les établissements de santé et les agences régionales de santé sur la boîte à outils d'accompagnement à l'atteinte des pré-requis

Pour des compléments d'information sur la boîte à outils d'accompagnement à l'atteinte des pré-requis, les établissements de santé pourront s'adresser au chargé de mission systèmes d'Information (CMSI) de leur ARS, dont les coordonnées sont disponibles sur l'espace Internet du programme Hôpital numérique.

Les CMSI adresseront leurs questions relatives à la boîte à outils à l'adresse suivante : dgos-hopitalnumerique@sante.gouv.fr.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction et de ses annexes à vos services ainsi qu'aux établissements de santé. Je vous invite à me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact le cas échéant avec la Mission systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (dgos-hopitalnumerique@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation

signé

Jean DEBEAUPUIS
Directeur général de l'offre de soins

ANNEXE 1

Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun du programme hôpital numérique



Préambule

Le présent document constitue le guide des indicateurs et valeurs cibles relatifs aux pré-requis et domaines prioritaires du socle commun du programme Hôpital Numérique.

Ce guide est disponible sur le site internet du ministère, il est à consulter avec le document de présentation du programme hôpital numérique : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

Sommaire

1. Le socle commun du programme hôpital numérique	3
a. <i>Le programme hôpital numérique</i>	3
b. <i>Le socle commun du programme hôpital numérique.....</i>	3
c. <i>Les indicateurs du programme hôpital numérique.....</i>	4
i. <i>Méthodologie d'élaboration des indicateurs</i>	4
ii. <i>Principes et caractéristiques des indicateurs</i>	5
iii. <i>Structure des fiches descriptives des indicateurs.....</i>	6
2. Liste des indicateurs	8
a. <i>Liste des indicateurs de pré-requis</i>	8
b. <i>Liste des indicateurs des domaines prioritaires.....</i>	10
3. Fiches descriptives des indicateurs.....	13
a. <i>Fiches descriptives des indicateurs des pré-requis</i>	13
i. <i>Pré-requis 1 : Identités, mouvements.....</i>	13
ii. <i>Pré-requis 2 : Fiabilité, disponibilité.....</i>	21
iii. <i>Pré-requis 3 : Confidentialité.....</i>	25
b. <i>Fiches descriptives des indicateurs des domaines prioritaires</i>	32
i. <i>Domaine prioritaire 1 : Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie...</i>	32
ii. <i>Domaine prioritaire 2 : DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure.....</i>	38
iii. <i>Domaine prioritaire 3 : Prescription électronique alimentant le plan de soins.....</i>	44
iv. <i>Domaine prioritaire 4 : Programmation des ressources et agenda du patient.....</i>	50
v. <i>Domaine prioritaire 5 : Pilotage médico-économique</i>	55
4. Glossaire	59

1. Le socle commun du programme hôpital numérique

a. Le programme hôpital numérique

La stratégie Hôpital Numérique constitue la stratégie nationale des systèmes d'information hospitaliers à six ans (2012-2017).

L'ambition de cette stratégie est d'élever le niveau de maturité des systèmes d'information dans l'ensemble des établissements de santé vers un socle commun, de façon à améliorer significativement la qualité et la sécurité des soins.

La stratégie Hôpital Numérique se décline en un programme pragmatique et cohérent, le programme hôpital numérique, lancé le 25 novembre 2011.

Ce programme propose d'agir sur un ensemble de leviers afin de permettre aux établissements d'atteindre le socle commun:

- la déclinaison concrète des objectifs Système d'information du niveau national au niveau local, en passant par les agences régionales de santé (ARS), cela pour favoriser l'implication des professionnels de santé et des décideurs ;
- le renforcement des compétences des équipes et des professionnels de santé sur les aspects SI, en formation initiale et continue ;
- la mutualisation des compétences SI et des SI en tant que tels ;
- des mesures visant à stimuler et à structurer l'offre de solutions (homologation) et à soutenir les projets innovants
- le financement d'un socle de priorités subordonné à l'atteinte de cibles d'usage.

b. Le socle commun du programme hôpital numérique

Le socle commun, ou palier de maturité cible de la stratégie hôpital numérique a été défini en concertation avec des représentants des institutions et des opérationnels du terrain, et est constitué :

- De domaines constituant les « pré-requis » :
 - identités - mouvements,
 - fiabilité – disponibilité,
 - confidentialité ;
- De domaines fonctionnels, au nombre de cinq :
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

Les indicateurs du programme hôpital numérique

i. Méthodologie d'élaboration des indicateurs

Un groupe de travail dédié

Un groupe de travail, piloté par la DGOS, a été constitué en avril 2011 afin de définir les indicateurs constituant le socle commun du programme hôpital numérique et de faire des propositions concrètes concernant les mécanismes financiers du volet financement.

Des professionnels du terrain se sont joints à des représentants institutionnels afin de faire émerger des indicateurs pertinents du point de vue du métier. La composition des membres du groupe de travail a fait l'objet d'un appel à candidature auprès des collèges de DSIO de CHU et CH, des fédérations (FHF, FHP, FEHAP, Unicancer et FNEHAD), et de l'ensemble des Chargés de Mission Systèmes d'Information (CMSI) des ARS.

Les membres du groupe de travail Mécanismes de financement ont été :

Acteur représenté		Nom du représentant
FHF	CHU de Tours	Bernard Bocquillon
	CHU de Rennes	Guillaume Laurent
	CH Sud Francilien	Claude-Henri Tonneau
	CH de Châtellerauld	Jalal Soujad
FEHAP	Centre Chirurgical Marie Lannelongue	Alain Mainar
	Hôpital St Camille / Bry sur Marne	Claude Hagège
Unicancer	Institut Curie	Eric Hirlimann
FHP	Groupe Bordeaux Nord Aquitaine	Laurent Pillon
	Médipsy-Dynamis	Patrice Rousseau
FNEHAD		Olivier Paul
ARS Basse Normandie		Gilles Chamberland
ARS Haute Normandie		Anne de Cadeville
ARS Franche Comté		Hervé Barge
ARS Nord Pas de Calais		Yves Beauchamp
DGOS		Anne-Alexandra Babu

Ont également participé aux travaux du groupe de travail au titre de représentants de l'équipe projet Philippe Simian (ASIP Santé) et Pierre Duclos (ANAP) et au titre de pilote du groupe de travail Homologation Philippe Cirre (DSSIS).

Les travaux du groupe de travail se sont tenus du 19 avril 2011 au 28 juin 2011 sur le volet des indicateurs. Ils ont été menés en rappelant les objectifs du programme hôpital numérique, puis en abordant chaque pré-requis et chaque domaine sous forme de propositions individuelles d'indicateurs par les membres du groupe d'abord, puis en revue collective, avant une validation collégiale. Les indicateurs ont ensuite été soumis à des experts pour enrichissement.

Les orientations ont été validées par l'équipe projet en charge de l'élaboration du programme hôpital numérique : Laetitia Messner (DGOS – MSIOS), Béatrice Falise Mirat (ANAP), Laurent Treluyer (DSSIS) et Philippe Simian (ASIP Santé).

Un appel à commentaires publics

Les indicateurs, définis au sein d'une première version du présent guide, ont ainsi été soumis à un appel à commentaires publics du 10 septembre au 10 octobre 2011, relayé par un communiqué de presse. Une quarantaine de contributions a été reçue, provenant des fédérations et collèges de DSIO, d'établissements de santé, de CMSI en ARS, d'industriels et d'autres organismes. L'intégralité des commentaires reçus a été publiée par la DGOS sur le site du ministère.

Les contributions reçues ont été étudiées par le groupe de travail durant le mois d'octobre 2011 et ont donné lieu à des modifications notables des indicateurs initiaux, aussi bien concernant les indicateurs en eux-mêmes, que les seuils d'éligibilité et valeurs cibles ou les modalités de calcul.

ii. Principes et caractéristiques des indicateurs

Les notions de seuil d'éligibilité et de valeur cible

Les seuils d'éligibilité et valeurs cibles permettent de mesurer l'atteinte des indicateurs du socle commun.

Les seuils d'éligibilité correspondent aux valeurs fixées pour les indicateurs de pré-requis. Dans le cadre du volet financement, l'atteinte des seuils constitue une condition *sine qua non* afin de pouvoir être éligible aux soutiens à l'usage et n'entraîne pas de financement.

Les valeurs cibles correspondent aux valeurs fixées pour les indicateurs de domaines prioritaires. Dans le cadre du volet financement, l'atteinte des valeurs cibles des indicateurs d'un domaine permet de bénéficier des soutiens à l'usage pour lesquels l'établissement a émis une demande.

Les seuils d'éligibilité et valeurs cibles indiqués dans le guide des indicateurs ne constituent pas un standard d'informatisation mais un socle commun minimum par pré-requis et domaine, l'ensemble des indicateurs d'un pré-requis ou d'un domaine constituant un ensemble devant être atteint.

Caractéristiques des indicateurs

Dans un souci d'efficacité et de pertinence du dispositif, un certain nombre de caractéristiques a guidé le choix des indicateurs :

- les indicateurs sont en nombre restreint,
- ils sont communs pour tous les établissements (taille, statut, type),
- ils ont vocation à être produits autant que possible par les systèmes d'information de l'établissement,
- ils sont conformes aux référentiels existants (par exemple : référentiel d'interopérabilité) et aux règles de l'art,
- enfin, ils répondent aux exigences propres à assurer la qualité du dispositif :
 - les indicateurs sont **mesurables**, pour les indicateurs quantitatifs, et issus de l'appréciation d'éléments formalisés, normés et vérifiables pour les indicateurs qualitatifs,
 - les seuils d'éligibilité et les valeurs cibles sont jugés **atteignables** par les experts du métier,
 - les conditions de mesure des indicateurs sont **vérifiables**.

Natures des indicateurs

Les indicateurs ont été **conçus** de sorte à apporter une vision équilibrée de chaque pré-requis et domaine fonctionnel. Les indicateurs peuvent être :

- **des indicateurs d'usage** : ils correspondent à l'utilisation du système d'information dans les domaines fonctionnels ou les pré-requis,
- **des indicateurs d'organisation** : ils ont trait à l'allocation des moyens humains ou financiers à un élément de l'organisation mis en place ou à un engagement de l'établissement sur la mise en œuvre d'une politique donnée.

iii. Structure des fiches descriptives des indicateurs

Les indicateurs sont décrits dans des fiches regroupées par pré-requis et par domaine. Une introduction décrit le pré-requis ou le domaine concerné ainsi que les objectifs des indicateurs retenus. Les fiches descriptives des indicateurs sont établies sur le modèle suivant, construit autour de trois parties :

- définition de l'indicateur,
- production de l'indicateur,
- restitution de l'indicateur.

Pré-requis / domaine	Libellé du pré-requis ou du domaine
Indicateur	Libellé de l'indicateur

Définition de l'indicateur	
Définition	Définition de l'indicateur
Seuil d'éligibilité / Valeur cible	Seuil d'éligibilité (pré-requis uniquement) : valeur en-deçà de laquelle un établissement de santé ne satisfait pas au pré-requis Valeur cible (domaine uniquement) : valeur en-deçà de laquelle un établissement de santé ne satisfait pas aux exigences de l'indicateur du domaine

Production de l'indicateur	
Unité	Grandeur finie utilisée pour restituer la valeur de l'indicateur
Modalité de calcul	Formule de calcul, point méthodologique sur la construction et les modalités de recueil des valeurs d'indicateur
Période	Période de référence pour le calcul de l'indicateur
Fréquence	Fréquence minimale à laquelle l'indicateur doit être mesuré et transmis

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	La valeur de l'indicateur est saisie dans l'outil oSIS (Observatoire des Systèmes d'Information de Santé de la DGOS). Les établissements sélectionnés dans le cadre du volet financement saisissent la valeur des indicateurs dans l'outil DIPI (Dossier d'Instruction des Projets d'Investissement).
Documents justificatifs	Les documents justificatifs sont téléchargés dans l'oSIS ou le DIPI
Audit	Exemples de modalités de vérification et de justification des informations <i>ex-post</i> pouvant faire l'objet d'un contrôle (liste non exhaustive)

2. Liste des indicateurs

a. Liste des indicateurs de pré-requis

P1 / Identités, mouvements		Seuil d'éligibilité
P1.1	Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identités des patients	70% des applications des domaines concernés
P1.2	Cellule d'identitovigilance opérationnelle	Fonctionnement régulier (réunion a minima une fois par trimestre et capacité à livrer un rapport d'activité)
P1.3	Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients	70% des applications des domaines concernés
P1.4	Existence d'un référentiel unique de structure de l'établissement (juridique, géographique, fonctionnel) piloté et mis à jour régulièrement dans les applicatifs, en temps utile	Existence du référentiel et procédures de mise à jour

P2 / Fiabilité, disponibilité		Seuil d'éligibilité
P2.1	Existence d'un Plan de Reprise d'Activité (PRA) du système d'information formalisé	Existence d'un PRA du SI formalisé
P2.2	Définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux	Existence d'une observation du taux de disponibilité avec fourniture du taux cible, de la méthode d'évaluation et du taux évalué
P2.3	Existence de procédures assurant d'une part un fonctionnement dégradé du système d'information au cœur du processus de soins en cas de panne et d'autre part un retour à la normale	Existence des procédures

P3 / Confidentialité		Seuil d'éligibilité
P3.1	Existence d'une politique de sécurité formalisée pour les applications au cœur du processus de soins et fondée sur une analyse des risques au sein de l'établissement ; existence d'une fonction de référent sécurité	Existence de la politique de sécurité, de l'analyse des risques et d'une fonction de référent sécurité
P3.2	Existence d'une charte ou d'un document formalisant les règles d'accès et d'usage du SI, en particulier pour les applications gérant des données de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs	Existence du document et processus de diffusion et d'acceptation
P3.3	Information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel	Existence et procédure de diffusion
P3.4	Taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle	90% des applications gérant des données de santé à caractère personnel
P3.5	Taux d'applications permettant une traçabilité des connexions au SIH	100% des applications

b. Liste des indicateurs des domaines prioritaires

D1 / Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie		Cible
D1.1	Taux de comptes-rendus d'imagerie structurés, produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés	90% des comptes-rendus
D1.2*	Taux de comptes-rendus d'anatomo-pathologie structurés, produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés*	90% des comptes-rendus
D1.3	Taux de résultats de biologie structurés, produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés	90% des résultats
D1.4	Taux d'examens (scanner, IRM, Rx, interventionnel, écho, scintigraphie, PET scan) pour lesquels une ou plusieurs images illustratives, produites lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, sont consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés	90% des examens
D1.5	Taux de services de soins et médico-techniques accédant aux compte-rendus et images sous forme électronique	80% des services de soins et médico-techniques

* L'indicateur D1.2 n'est pas applicable aux établissements mono-activité SSR ou PSY

D2 / DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure		Cible
D2.1	Dossier patient DMP compatible en propre ou via un dispositif permettant la DMP compatibilité	DMP compatibilité (création / alimentation)
D2.2	Publication de comptes-rendus d'hospitalisation dans le DMP	98% des comptes-rendus d'hospitalisation des patients disposant d'un DMP au moment de l'admission
D2.3	Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examens d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie	60% des services de soins et médico-techniques
D2.4	Taux de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation	95% des séjours réalisés au sein des services de soins dans lesquels le DPII est déployé
D2.5	Taux de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient informatisé a été mis à jour	80% des consultations externes réalisées par des professionnels médicaux

D3 / Prescription électronique alimentant le plan de soins		Cible
D3.1	Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées	50% des séjours
D3.2	Taux de séjours disposant de prescriptions d'examens de biologie informatisées	40% des séjours
D3.3	Taux de séjours disposant de demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées	30% des séjours
D3.4	Taux de séjours disposant de prescriptions informatisées d'actes infirmiers	60% des séjours
D3.5	Taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions	50% des séjours

D4 / Programmation des ressources et agenda du patient		Cible
D4.1	Vision du planning du patient intégrant les consultations externes, examens des plateaux techniques, gestes chirurgicaux et actes paramédicaux (hors plan de soins)	Existence
D4.2*	Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation*	90% des interventions programmées
D4.3	Taux d'actes et consultations externes planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé	90% des actes et consultations externes
D4.4	Taux d'examens de plateaux d'imagerie (scanner, IRM, imagerie lourde) et explorations fonctionnelles planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation	90% des examens programmés

**L'indicateur D4.2 n'est applicable qu'aux établissements de santé disposant d'un bloc opératoire*

D5 / Pilotage médico-économique		Cible
D5.1	Production du tableau de bord de pilotage médico-économique fondée sur un SI alimenté des données de production	Existence d'un SI alimenté des données de production
D5.2	Tableau de bord de pilotage infra-annuel par pôle ou entité corrélant des indicateurs sur l'activité, la performance financière, les ressources humaines et la qualité, produit dans un délai de trois mois post période	100% des pôles ou entités
D5.3	Utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du dialogue de gestion	Existence et contractualisation interne

3. Fiches descriptives des indicateurs

a. Fiches descriptives des indicateurs des pré-requis

i. Pré-requis 1 : Identités, mouvements

Description du pré-requis

Le pré-requis relatif aux identités et aux mouvements se définit par la mise en place d'un référentiel alimentant toutes les applications et assurant une gestion centrale des :

- identités des patients,
- mouvements des patients d'une structure interne à une autre,
- séjours des patients.

L'identification du patient peut se définir comme l'opération qui consiste à attribuer un identifiant ou à retrouver un ou plusieurs identifiants à partir des caractéristiques (nom, prénom, sexe, date de naissance, etc.) d'un patient afin de retrouver les informations liées à ce patient.

Outre l'identifiant propre à l'établissement, le référentiel doit intégrer l'INS (Identifiant National de Santé) pour tous les assurés sociaux disposant de leur NIR (Numéro d'Inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques) dans leur carte Vitale.

Une exigence connexe de ce pré-requis veut qu'il existe un référentiel de structures commun permettant de décrire de façon non univoque la structure et la localisation où se trouve le patient dans l'établissement.

Objectifs des indicateurs

Ces indicateurs ont pour objectifs :

- de manifester l'attention accordée par l'établissement à la gestion des identités au travers de son organisation et de son système d'information,
- d'assurer la cohérence de la gestion des identités au sein des applications médicales, d'une part, et des mouvements des patients, d'autre part,
- de garantir la cohérence des référentiels de structure d'établissement afin de permettre les échanges de données entre applications.

Indicateur P1.1 : Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identités des patients

Pré-requis	Identités, mouvements
Indicateur	Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identités des patients

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Taux de desserte des applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI par le référentiel unique d'identités des patients.</p> <p>Le référentiel unique d'identités du patient est un serveur d'identités ou un ensemble de composants (techniques et organisationnels) du système d'information hospitalier, qui garantit la cohérence des données d'identités des patients pour toutes les applications.</p> <p>Le référentiel unique d'identités du patient doit intégrer l'INS. Sa conformité avec le CI-SIS de l'ASIP Santé est recommandée.</p>
Seuil d'éligibilité	70% des applications des domaines concernés*

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	<p>Calcul du taux : (Nombre d'applications des domaines concernés interfacées avec le référentiel unique d'identités / Nombre d'applications des domaines concernés*)*100</p> <p>Les applications spécifiques développées par l'établissement sont à intégrer dans le nombre d'applications. Les outils développés en bureautique (type tableur) et les appareils biomédicaux ne sont pas à intégrer dans le nombre d'applications.</p> <p>Si une fonction d'un des domaines concernés n'est pas informatisée, la fonction est neutralisée pour le calcul du taux.</p> <p>Dans le cadre du volet financement, lors du dépôt du dossier, les applications remplacées dans le cadre des travaux engagés pour l'atteinte des cibles du programme hôpital numérique ne sont pas à intégrer dans le nombre d'applications des domaines concernés. Lors de l'atteinte des cibles, l'ensemble des applications des domaines concernés est à intégrer dans le nombre d'applications.</p>

	<p>* Les domaines concernés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossier médical (observations et synthèses, comptes-rendus, recueil de l'activité et des diagnostics) • Prescriptions (prescriptions de médicaments, demandes d'examens dont biologie, prescriptions de chimiothérapie) • Dossier de soins (prise en charge du patient, gestion du travail infirmier) • Dossiers de spécialité (dossier transfusionnel, réanimation, urgences, autre) • Production des activités médico-techniques (bloc opératoire, anesthésie, laboratoire, pharmacie, anatomopathologie, imagerie SIR, imagerie PACS, radiothérapie) • PMSI • Gestion administrative du patient
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage des applications connectées au référentiel unique d'identités des patients, intégration de l'INS par le référentiel unique d'identités des patients)
Documents justificatifs	Cartographie applicative détaillant les applications concernées par domaine et bloc fonctionnel avec le détail par application de l'interfaçage ou non avec le référentiel unique d'identités
Audit	Vérification de la liste des applications et description des interfaces avec le référentiel unique d'identités

Indicateur P1.2 : Cellule d'identitovigilance opérationnelle

Pré-requis	Identités, mouvements
Indicateur	Cellule d'identitovigilance opérationnelle

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Une cellule d'identitovigilance est un organe ou instance en charge de la surveillance et de la prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients.</p> <p>Elle a pour objectif de permettre de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Son rôle est de veiller à la formation des personnels d'accueil administratif et des professionnels de santé de l'établissement en matière de surveillance et de prévention des erreurs d'identification du patient.</p> <p>La cellule promeut ou propose les éléments concourant à la mise en œuvre de procédures de vérification de l'identité du patient. Elle peut s'appuyer sur des mesures d'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge (indicateurs et audit) en vue d'améliorer le dispositif. La cellule doit être en capacité de fournir la documentation de la politique d'identification et de rapprochement d'identités ainsi que les procédures de création et de fusion d'identité.</p> <p>Une cellule d'identitovigilance opérationnelle se réunit a minima une fois par trimestre et est en capacité de livrer un rapport d'activité périodique comprenant (a) la liste des réunions de la cellule effectuées (une réunion par trimestre a minima), (b) les incidents sur les identités relevés, (c) le nombre de corrections et d'améliorations auxquelles la cellule a contribué (fusion et dédoublonnage).</p>
Seuil d'éligibilité	Fonctionnement régulier (réunion a minima une fois par trimestre et capacité à livrer un rapport d'activité)

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (fonctionnement régulier)
Documents justificatifs	Procédures de la cellule
Audit	Rapports d'activité de la cellule Documentation de la politique d'identification et de rapprochement d'identités ainsi que les procédures de création et de fusion d'identité. Comptes-rendus de réunions de la cellule, etc.

Indicateur P1.3 : Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative et du PMSI connectées à un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients

Pré-requis	Identités, mouvements
Indicateur	Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative et du PMSI connectées à un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Taux de desserte des applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI par un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients.</p> <p>Le référentiel unique de séjours et de mouvements des patients est un serveur unique ou un ensemble de composants (techniques et organisationnels) du système d'information hospitalier, qui garantit la cohérence des données de séjours et de mouvements des patients pour toutes les applications.</p> <p>La conformité du référentiel unique de séjours et de mouvements avec le CIS de l'ASIP Santé est recommandée.</p>
Seuil d'éligibilité	70% des applications des domaines concernés*

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	<p>Calcul du taux : (Nombre d'applications des domaines concernés interfacées avec le référentiel unique de séjours et de mouvements / Nombre d'applications des domaines concernés)*100</p> <p>Les applications spécifiques développées par l'établissement sont à intégrer dans le nombre d'applications. Les outils développés en bureautique (type tableur) et les appareils biomédicaux ne sont pas à intégrer dans le nombre d'applications.</p> <p>Si une fonction d'un des domaines concernés n'est pas informatisée, la fonction est neutralisée pour le calcul du taux.</p> <p>Dans le cadre du volet financement, lors du dépôt du dossier, les applications remplacées dans le cadre des travaux engagés pour l'atteinte des cibles du programme hôpital numérique ne sont pas à intégrer dans le nombre d'applications des domaines concernés. Lors de l'atteinte des cibles, l'ensemble des applications des domaines concernés est à intégrer dans le nombre d'applications.</p>

	<p>* Les domaines concernés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossier médical (observations et synthèses, comptes-rendus, recueil de l'activité et des diagnostics) • Prescriptions (prescriptions de médicaments, demandes d'examens dont biologie, prescriptions de chimiothérapie) • Dossier de soins (prise en charge du patient, gestion du travail infirmier) • Dossiers de spécialité (dossier transfusionnel, réanimation, urgences, autre) • Production des activités médico-techniques (bloc opératoire, anesthésie, laboratoire, pharmacie, anatomopathologie, imagerie SIR, imagerie PACS, radiothérapie) • PMSI • Gestion administrative du patient
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage des applications connectées au référentiel unique de séjours et de mouvements)
Documents justificatifs	Cartographie applicative détaillant les applications concernées par domaine et bloc fonctionnel avec le détail par application de l'interfaçage ou non avec le référentiel unique de séjours et de mouvements
Audit	Vérification de la liste des applications et description des interfaces avec le référentiel unique de séjours et de mouvements

Indicateur P1.4 : Existence d'un référentiel unique de structure de l'établissement (juridique, géographique, fonctionnel) piloté et mis à jour régulièrement dans les applicatifs, en temps utile

Pré-requis	Identités, mouvements
Indicateur	Existence d'un référentiel unique de structure de l'établissement (juridique, géographique, fonctionnel) piloté et mis à jour régulièrement dans les applicatifs, en temps utile

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Existence d'un référentiel unique de structure de l'établissement (juridique, géographique, fonctionnel) piloté.</p> <p>Le référentiel unique de structure garantit la cohérence de l'information.</p> <p>L'interfaçage de ce référentiel avec les applications, s'il est recommandé, n'est pas exigé dans le cadre des prérequis : les applicatifs sont mis en cohérence automatiquement (fichier de structure commun) ou manuellement dans le cadre des procédures de mises à jour assurant la juste correspondance entre le référentiel de structure interne et les données de structure utilisées par les applicatifs. Ces mises à jour sont réalisées en temps utile.</p>
Seuil d'éligibilité	Existence du référentiel unique de structure interne et des procédures de mises à jour

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (existence du référentiel unique et des procédures de mise à jour)
Documents justificatifs	Fichier de structure Procédure de mise à jour du fichier
Audit	Vérification que les procédures de gestion du fichier des structures sont opérationnelles

ii. Pré-requis 2 : Fiabilité, disponibilité

Description du pré-requis

Ce pré-requis consiste à garantir un niveau de disponibilité cible pour les applications dans le but d'assurer la continuité du service en mettant en place :

- une infrastructure (réseaux, serveurs, postes de travail...) convenablement dimensionnée,
- une organisation satisfaisante pour l'exploitation du système d'information hospitalier et pour la maintenance (personnel d'astreinte).

La Haute Autorité de Santé (*Manuel de certification des établissements de santé*, Juin 2009) fournit la définition suivante de la fiabilité : probabilité de fonctionnement sans défaillance d'un dispositif dans des conditions déterminées et pour une période de temps définie.

Le niveau de disponibilité cible dépend de la fonctionnalité considérée. Les informations nécessaires aux soins et le système qui les produit, les transmet et les conserve, nécessitent le plus haut niveau de disponibilité.

Objectifs des indicateurs

Ces indicateurs ont pour objectifs :

- de mettre en évidence les mécanismes de préservation des données du système d'information (notamment en cas d'incident ou problème),
- de garantir le niveau de disponibilité des applications au sein de l'établissement.

Indicateur P2.1 : Existence d'un Plan de Reprise d'Activité (PRA) du système d'information formalisé

Pré-requis	Fiabilité, disponibilité
Indicateur	Existence d'un Plan de Reprise d'Activité (PRA) du système d'information formalisé

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Existence d'un Plan de Reprise d'Activité (PRA) formalisé pour l'ensemble du SIH.</p> <p>Un plan de reprise d'activité est une solution permettant d'assurer, en cas de crise majeure ou importante d'un centre informatique, la reconstruction de son infrastructure et la remise en route des applications supportant l'activité d'une organisation.</p> <p>Les exigences relatives au PRA concernent la formalisation de procédures pour le redémarrage des applications, la récupération des données et l'information des utilisateurs en cas de panne. Le PRA doit faire référence au retour au fonctionnement normal.</p>
Seuil d'éligibilité	Existence d'un PRA du SI formalisé

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (existence d'un PRA du système d'information formalisé)
Documents justificatifs	Document présentant le PRA du SI
Audit	Revue du PRA du SI

Indicateur P2.2 : Définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux

Pré-requis	Fiabilité, disponibilité
Indicateur	Définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux de disponibilité</p> <p>La disponibilité d'une application se définit comme la disposition d'une application à être en fonctionnement. A contrario, l'indisponibilité est définie comme une panne ou un arrêt programmé entravant l'utilisation en service régulier de l'application.</p> <p>L'évaluation de la disponibilité implique la production régulière d'indicateurs de taux de disponibilité en temps des applications, en distinguant arrêts programmés et arrêts non programmés.</p> <p>Les applicatifs concernés par cette exigence sont les applicatifs au cœur du processus de soins. Il n'est pas imposé de méthode de calcul du taux de disponibilité.</p>
Seuil d'éligibilité	Existence d'une observation du taux de disponibilité avec la fourniture du taux de disponibilité cible des applicatifs, de la méthode d'évaluation et de l'évaluation du taux de disponibilité en utilisant cette méthode

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Dernier trimestre
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (taux de disponibilité cible et taux de disponibilité observé)
Documents justificatifs	Méthode d'évaluation du taux de disponibilité
Audit	<p>Définition (établie par l'établissement) du taux de disponibilité des applications</p> <p>Relevé des dernières évaluations du taux de disponibilité pour les applications : extrait de tableau de bord DSI, etc.</p> <p>Revue de la collecte des incidents et problèmes au cours de la période</p>

Indicateur P2.3 : Existence de procédures assurant d'une part un fonctionnement dégradé du système d'information au cœur du processus de soins en cas de panne et d'autre part un retour à la normale

Pré-requis	Fiabilité, disponibilité
Indicateur	Existence de procédures assurant d'une part un fonctionnement dégradé du système d'information au cœur du processus de soins en cas de panne et d'autre part un retour à la normale

Définition de l'indicateur	
Définition	Existence de procédures assurant d'une part un fonctionnement dégradé du système d'information au cœur du processus de soins en cas de panne (exemples : procédures d'impression en secours de dossiers, procédure de basculement sur site de secours) et d'autre part un retour à la normale (exemple : procédures de retour au fonctionnement nominal).
Seuil d'éligibilité	Existence des procédures assurant le fonctionnement dégradé et le retour à la normale pour les applications au cœur du processus de soins

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (existence des procédures)
Documents justificatifs	Document donnant les principes et objectifs de ces procédures
Audit	Revue des procédures

iii. Pré-requis 3 : Confidentialité

Description du pré-requis

Le pré-requis de Confidentialité est défini comme suit :

- disposer de systèmes d'authentification individuelle, de traçabilité et de gestion des contrôles d'accès permettant la protection contre les intrusions et les fuites de données médicales,
- besoin de moyen d'authentification unique au sein du parc applicatif de la production de soins pour rendre le dispositif utilisable et acceptable

La Haute Autorité de Santé (*Manuel de certification des établissements de santé*, Juin 2009) fournit la définition suivante de la confidentialité : « dans un système d'information, propriété d'une information qui n'est ni disponible, ni divulguée aux personnes, entités ou processus non autorisés (NF en ISO 7498-2). Plus couramment, maintien du secret des informations. Les établissements de santé sont tenus de garantir la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières). Néanmoins, l'application de ce principe ne doit pas être une entrave à la continuité et à la sécurité des soins. Ainsi, les informations à caractère médical sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe qui la prend en charge. »

Objectifs des indicateurs

Ces indicateurs ont pour objectifs :

- de s'assurer de l'engagement de l'établissement en matière de confidentialité des données médicales,
- de vérifier que les données médicales à caractère personnel sont protégées par une authentification personnelle des utilisateurs et que, plus largement, les systèmes d'authentification et de traçabilité sont au mieux conformes sinon compatibles avec le cadre réglementaire et les référentiels nationaux,
- de garantir la capacité de l'établissement à gérer et à tracer des historiques d'accès aux données.

Indicateur P3.1 : Existence d'une politique de sécurité formalisée pour les applications au cœur du processus de soins et fondée sur une analyse des risques au sein de l'établissement ; existence d'une fonction de référent sécurité

Pré-requis	Confidentialité
Indicateur	Existence d'une politique de sécurité formalisée pour les applications au cœur du processus de soins et fondée sur une analyse des risques au sein de l'établissement ; existence d'une fonction de référent sécurité

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Une politique de sécurité consiste en un ensemble de mesures portant sur l'organisation (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.) permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, notamment en termes de modalités de partage des informations mises en œuvre. Cette politique induit que les professionnels soient sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient et que l'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.</p> <p>Cette politique de sécurité doit être mise à jour a minima tous les trois ans et doit être conforme aux référentiels de l'ASIP Santé si disponible.</p> <p>L'analyse de risques consiste en la combinaison de trois éléments principaux : une évaluation des ressources informatiques de l'établissement, classées par criticité, une analyse des risques (virus, intrusions, erreurs, incidents, etc.) auxquelles ces ressources peuvent être exposées, et une élaboration d'un plan de traitement des risques à même de réduire la probabilité et l'impact de ces risques.</p> <p>Le référentiel à utiliser pour l'analyse de risques est celui de l'ASIP Santé si disponible.</p> <p>Le référent sécurité est le point de contact désigné au sein de l'établissement sur le thème de la sécurité des systèmes d'information. L'exigence concerne l'existence d'une fonction de référent sécurité au sein de l'établissement, fonction qui n'est pas exercée nécessairement à temps plein.</p>
Seuil d'éligibilité	Existence de la politique de sécurité et d'une analyse des risques formalisées, existence d'une fonction référent sécurité

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (existence de la politique de sécurité, de l'analyse des risques et d'une fonction référent sécurité)
Documents justificatifs	Politique de sécurité, analyse des risques
Audit	Contrôle de la collecte effective des événements de sécurité, suivi des actions correctives et préventives « sécurité » (y compris de traitement des risques), illustrations des décisions prises par le référent sécurité (relevés de décisions, etc.).

Indicateur P3.2 : Existence d'une charte ou d'un document formalisant les règles d'accès et d'usage du SI, en particulier pour les applications gérant des informations de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs

Pré-requis	Confidentialité
Indicateur	Existence d'une charte ou d'un document formalisant les règles d'accès et d'usage du SI, en particulier pour les applications gérant des informations de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs

Définition de l'indicateur	
Définition	Existence d'une charte ou d'un document formalisant les règles d'accès et d'usage du SI, en particulier pour les applications gérant des informations de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs. Le document comprend des règles d'accès au dossier patient informatisé par les professionnels habilités, notamment d'accès aux données issues de consultations ou d'hospitalisations.
Seuil d'éligibilité	Existence d'une charte ou d'un document et d'un processus de diffusion et d'acceptation formalisé

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (existence du document formalisant les règles d'accès et d'usage du SI et du processus de diffusion et d'acceptation)
Documents justificatifs	Fourniture du document formalisant les règles d'accès et d'usage et du processus de diffusion et d'acceptation de ces règles
Audit	Illustrations concrètes de mise en œuvre du document et de sa diffusion

Indicateur P3.3 : Information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel

Pré-requis	Confidentialité
Indicateur	Information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel

Définition de l'indicateur	
Définition	Existence d'une information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel (livret d'accueil, affichage, etc.)
Seuil d'éligibilité	Existence et procédure de diffusion

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (existence et procédure de diffusion)
Documents justificatifs	Procédure détaillant la diffusion de l'information destinée au patient (livret d'accueil, etc.)
Audit	Audit de la diffusion

Indicateur P3.4 : Taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle

Pré-requis	Confidentialité
Indicateur	Taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle, via la CPS ou dispositif équivalent ou un login/mot de passe individuel avec système de renouvellement de mot de passe. Le système doit comprendre une déconnexion de l'utilisateur sur temporisation d'inactivité.
Seuil d'éligibilité	90% des applications gérant des données de santé à caractère personnel

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre d'applications gérant des données de santé à caractère personnel disposant d'un dispositif d'authentification personnelle / Nombre d'applications gérant des données de santé à caractère personnel) * 100 Les applications spécifiques développées par l'établissement sont à intégrer dans le nombre d'applications. Dans le cadre du volet financement, lors du dépôt du dossier, les applications remplacées dans le cadre des travaux engagés pour l'atteinte des cibles du programme hôpital numérique ne sont pas à intégrer dans le nombre d'applications des domaines concernés. Lors de l'atteinte des cibles, l'ensemble des applications des domaines concernés est à intégrer dans le nombre d'applications.
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle)
Documents justificatifs	Liste des applications gérant des données de santé à caractère personnel avec une description succincte du dispositif d'authentification intégré à l'application
Audit	Visite sur site et démonstration

Indicateur P3.5 : Taux d'applications permettant une traçabilité des connexions au SIH

Pré-requis	Confidentialité
Indicateur	Taux d'applications permettant une traçabilité des connexions au SIH

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux d'applications du système d'information hospitalier gérant des données de santé à caractère personnel permettant une traçabilité des connexions. L'exigence de traçabilité, pour toutes les applications et pour toutes les connexions à ces applications, concerne l'utilisateur et l'horodatage de la connexion.
Seuil d'éligibilité	100% des applications

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	<p>Calcul du taux : $(\text{Nombre d'applications du SIH permettant une traçabilité des connexions} / \text{Nombre d'applications du SIH}) * 100$</p> <p>Les applications spécifiques développées par l'établissement sont à intégrer dans le nombre d'applications.</p> <p>Dans le cadre du volet financement, lors du dépôt du dossier, les applications remplacées dans le cadre des travaux engagés pour l'atteinte des cibles du programme hôpital numérique ne sont pas à intégrer dans le nombre d'applications des domaines concernés. Lors de l'atteinte des cibles, l'ensemble des applications des domaines concernés est à intégrer dans le nombre d'applications.</p>
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage d'applications permettant une traçabilité des connexions (utilisateur, horodatage))
Documents justificatifs	Liste des applications du SIH
Audit	Visite sur site et test (consultation des données de traçabilité (utilisateurs et horodatages des connexions))

b. Fiches descriptives des indicateurs des domaines prioritaires

i. Domaine prioritaire 1 : Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie

Description du domaine

Ce domaine est défini par la mise à disposition de l'équipe soignante des résultats d'examens radiologiques, biologiques et d'anatomo-pathologie (comptes-rendus et images) effectués par l'établissement (plateau technique interne ou mutualisé). Les résultats peuvent être intégrés au dossier patient unique en temps réel.

Objectifs des indicateurs

Les indicateurs retenus ont pour objectifs de s'assurer du déploiement des systèmes d'information en matière d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie ainsi que de l'accessibilité et du partage des comptes-rendus produits.

Indicateur D1.1 : Taux de comptes-rendus d'imagerie structurés produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés

Domaine	Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie
Indicateur	Taux de comptes-rendus d'imagerie structurés produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Taux de comptes-rendus d'imagerie structurés produits lors d'un ACE (acte et consultation externe) ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés</p> <p>L'exigence concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'informatisation des comptes-rendus (les comptes-rendus sont créés informatiquement ou scannés) • La structuration de l'en-tête des comptes-rendus (l'en-tête doit contenir les informations générales indispensables à l'identification du document ainsi que les données du contexte médical dans lequel il a été produit, par exemple l'identifiant du document, son titre, sa date de création, son auteur, le patient, sa prise en charge, les intervenants etc.) • La conformité au cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.
Valeur cible	90% des comptes-rendus

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de comptes-rendus d'imagerie structurés produits sous forme électronique / Nombre de comptes-rendus d'imagerie produits durant la même période)*100
Période	15 jours
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de comptes-rendus structurés produits sous forme électronique)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site et test

Indicateur D1.2 : Taux de comptes-rendus d'anatomo-pathologie structurés produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés¹

Domaine	Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie
Indicateur	Taux de comptes-rendus d'anatomo-pathologie structurés produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Taux de comptes-rendus d'anatomo-pathologie structurés produits lors d'un ACE (acte et consultation externe) ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés</p> <p>L'exigence concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'informatisation des comptes-rendus (les comptes-rendus sont créés informatiquement ou scannés) • La structuration de l'en-tête des comptes-rendus (l'en-tête doit contenir les informations générales indispensables à l'identification du document ainsi que les données du contexte médical dans lequel il a été produit, par exemple l'identifiant du document, son titre, sa date de création, son auteur, le patient, sa prise en charge, les intervenants etc.) • La conformité au cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.
Valeur cible	90% des comptes-rendus

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de comptes-rendus d'anatomo-pathologie structurés produits sous forme électronique / Nombre de comptes-rendus d'anatomo-pathologie produits durant la même période)*100
Période	15 jours
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de comptes-rendus structurés produits sous forme électronique)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site et test

¹ L'indicateur D1.2 n'est pas applicable aux établissements mono-activité SSR ou PSY

Indicateur D1.3 : Taux de résultats de biologie structurés produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés

Domaine	Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie
Indicateur	Taux de résultats de biologie structurés produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Taux de résultats de biologie structurés produits lors d'un ACE (acte et consultation externe) ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés</p> <p>L'exigence concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'informatisation des résultats (les résultats sont créés informatiquement ou scannés) • La structuration de l'en-tête des résultats (l'en-tête doit contenir les informations générales indispensables à l'identification du document ainsi que les données du contexte médical dans lequel il a été produit, par exemple l'identifiant du document, son titre, sa date de création, son auteur, le patient, sa prise en charge, les intervenants etc.) • La conformité au cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.
Valeur cible	90% des résultats de biologie

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de résultats de biologie structurés produits sous forme électronique / Nombre de résultats de biologie produits durant la même période)*100
Période	15 jours
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de résultats de biologie structurés produits sous forme électronique)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités du calcul du taux
Audit	Visite sur site et test

Indicateur D1.4 : Taux d'examens (scanner, IRM, Rx, interventionnel, écho, scintigraphie / PET Scan) pour lesquels une ou plusieurs images illustratives, produites lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, sont consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés

Domaine	Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie
Indicateur	Taux d'examens (scanner, IRM, Rx, interventionnel, écho, scintigraphie / PET Scan) pour lesquels une ou plusieurs images illustratives, produites lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, sont consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux d'examens (scanner, IRM, Rx, interventionnel, écho, scintigraphie / PET Scan) pour lesquels une ou plusieurs images illustratives, produites lors d'un ACE (acte et consultation externe) ou lors du séjour du patient, sont consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico-techniques concernés.
Valeur cible	90% des examens avec une ou plusieurs images illustratives produites (scanner, IRM, Rx, interventionnel, écho, scintigraphie / PET Scan) sous forme numérique

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre d'examens pour lesquels au moins une image illustrative est consultable sous forme électronique / Nombre d'examens)*100 Les examens concernés sont les suivants : scanner, IRM, Rx, interventionnel, écho, scintigraphie / PET Scan.
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage des examens avec une ou plusieurs images illustratives consultables sous forme électronique)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site et test (consultation des images sous forme électronique depuis les services)

Indicateur D1.5 : Taux de services de soins et médico-techniques accédant aux comptes-rendus et images sous forme électronique

Domaine	Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie
Indicateur	Taux de services de soins et médico-techniques accédant aux comptes-rendus et images sous forme électronique

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux de services de soins et médico-techniques pouvant accéder directement depuis les services et sous forme électronique aux comptes-rendus d'imagerie, d'anatomo-pathologie (si applicable), aux résultats de laboratoire et aux images illustratives des examens (scanner, IRM, Rx, interventionnel, écho, scintigraphie / PET Scan)
Valeur cible	80% des services de soins et médico-techniques

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	<p>Calcul du taux : (Nombre de services de soins et médico-techniques pouvant accéder aux comptes-rendus et images sous forme électronique / Nombre de services de soins et médico-techniques)*100</p> <p>Les comptes-rendus et images auxquels les services de soins et médico-techniques doivent accéder sont les comptes-rendus d'imagerie, d'anatomo-pathologie (si applicable), les résultats de laboratoire et les images illustratives des examens (scanner, IRM, Rx, interventionnel, écho, scintigraphie / PET Scan).</p> <p>Le nombre de services de soins et médico-techniques à prendre en compte comprend la totalité des services de soins et médico-techniques de l'établissement, y compris HAD et unités sanitaires situées dans les établissements pénitentiaires.</p>
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (taux de services de soins et médico-techniques accédant aux comptes-rendus et images sous forme électronique)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site et test (consultation des comptes-rendus et images sous forme électronique depuis les services)

ii. Domaine prioritaire 2 : DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure

Description du domaine

Ce domaine vise l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, ainsi que l'amélioration de l'efficacité du temps soignant.

Ce domaine couvre le dossier patient électronique unique consultable, DMP compatible, consulté et alimenté au sein de l'établissement par les équipes soignantes et contenant au moins : les résultats d'examens et les images ou un lien pour y accéder, les comptes-rendus d'hospitalisation antérieures, les comptes-rendus de consultation et l'ensemble des comptes-rendus (opératoires, anatomopathologique, etc.)

Un stade plus avancé de ce domaine consiste en une communication sécurisée vers l'extérieur (professionnels de santé, autres établissements de santé, patients), des statistiques sur les pratiques médicales, des données structurées, une terminologie standard, une capacité de fournir les indicateurs nécessaires à la veille et à la prévention sanitaire.

Les pré-requis en sont une compatibilité DMP et des standards du niveau de structuration, ainsi qu'une intégration des référentiels du cadre d'interopérabilité au plan sécurité et sémantique.

Objectifs des indicateurs

Ces indicateurs ont pour objectifs :

- de s'assurer que le dossier patient est en capacité de partager l'information avec les autres établissements de santé et la ville via le DMP,
- de vérifier que le dossier patient contient un socle de données minimum,
- de s'assurer que l'établissement met en œuvre une démarche de communication des documents vers l'extérieur.

Indicateur D2.1 : Dossier patient DMP compatible en propre ou via un dispositif permettant la DMP compatibilité

Domaine	DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure
Indicateur	Dossier patient DMP compatible en propre ou via un dispositif permettant la DMP compatibilité

Définition de l'indicateur

Définition	Dossier patient homologué par l'ASIP Santé dans le cadre de la DMP compatibilité (ou intégré à une passerelle DMP compatible) permettant a minima la création et l'alimentation du DMP
Valeur cible	DMP compatibilité (création et alimentation)

Production de l'indicateur

Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (DMP compatibilité, indication du nom de la solution et de l'éditeur ou du dispositif permettant la DMP compatibilité)
Documents justificatifs	N/A
Audit	L'audit pourra s'effectuer avec l'utilisation des données de l'ASIP Santé

Indicateur D2.2 : Publication de comptes-rendus d'hospitalisation dans le DMP

Domaine	DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure
Indicateur	Publication de comptes-rendus d'hospitalisation dans le DMP

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux de comptes-rendus d'hospitalisation des patients disposant d'un DMP au moment de leur admission publiés dans le DMP
Valeur cible	98% des comptes-rendus d'hospitalisation des patients disposant d'un DMP au moment de l'admission

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de comptes-rendus d'hospitalisation de patients disposant d'un DMP au moment de leur admission publiés dans le DMP / Nombre de comptes-rendus d'hospitalisation de patients disposant d'un DMP au moment de l'admission)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de comptes-rendus d'hospitalisation des patients publiés au DMP)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site et analyse de dossiers patient par échantillonnage

Indicateur D2.3 : Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examens d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie

Domaine	DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure
Indicateur	<i>Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examens d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie</i>

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires (si applicable), d'examens d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie
Valeur cible	60% des services de soins et médico-techniques

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	<p>Calcul du taux :</p> <p>(Nombre de services de soins et médico-techniques disposant d'un dossier patient informatisé contenant les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examens d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie / Nombre de services de soins et médico-techniques)*100</p> <p>Le numérateur correspond au nombre de services de soins et médico-techniques dans lesquels le DPI est déployé et en capacité d'intégrer les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires (si applicable), d'examens d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie.</p> <p>Le nombre de services de soins et médico-techniques à prendre en compte comprend la totalité des services de soins et médico-techniques de l'établissement, y compris HAD et unités sanitaires situées dans les établissements pénitentiaires.</p>
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de services dans lesquels le DPII intègre les documents cités)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site et analyse de dossiers patient par échantillonnage

Indicateur D2.4 : Taux de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation

Domaine	DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure
Indicateur	Taux de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation
Valeur cible	95% des séjours réalisés au sein des services de soins dans lesquels le DPII est déployé

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation / Nombre de séjours réalisés au sein des services de soins dans lesquels le DPII est déployé)*100 Les séjours à prendre en compte sont les séjours réalisés durant la période étudiée.
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage des séjours pour lesquels le dossier patient a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site et analyse de dossiers patient par échantillonnage

Indicateur D2.5 : Taux de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient informatisé a été mis à jour

Domaine	DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure
Indicateur	Taux de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient informatisé a été mis à jour

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient informatisé a été mis à jour
Valeur cible	80% des consultations externes réalisées par des professionnels médicaux

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient informatisé a été mis à jour / Nombre de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux)*100 Les consultations externes réalisées par des professionnels médicaux à prendre en compte sont celles réalisées durant la période étudiée.
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage des consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient a été mis à jour)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site et analyse de dossiers patient par échantillonnage

iii. Domaine prioritaire 3 : Prescription électronique alimentant le plan de soins

Description du domaine

Ce domaine correspond à la prescription électronique pour les médicaments, les examens et les soins permettant la saisie électronique, la traçabilité, la validation par le pharmacien et l'alimentation du plan de soins électronique pour les patients hospitalisés.

Objectifs des indicateurs

Les indicateurs ont pour objectifs de s'assurer de l'usage des prescriptions électroniques de médicaments, d'examens de biologie, d'examens complémentaires et d'actes infirmiers, d'une part, et de l'alimentation par celles-ci du plan de soins, d'autre part.

Indicateur D3.1 : Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées

Domaine	Prescription électronique alimentant le plan de soins
Indicateur	Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux de séjours pour lesquels les prescriptions de médicaments sont informatisées
Valeur cible	50% des séjours ²

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de séjours comportant les prescriptions de médicaments informatisées / Nombre de séjours total)*100 Le nombre de séjours comportant les prescriptions de médicaments informatisées correspond au nombre de séjours comportant a minima une prescription de médicaments informatisée.
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site, contrôle de la traçabilité de la prescription

² Le taux indiqué est bas afin de pouvoir prendre en compte la totalité des séjours, y compris les séjours ne faisant pas l'objet de ce type de prescription

Indicateur D3.2 : Taux de séjours disposant de prescriptions d'examens de biologie informatisées

Domaine	Prescription électronique alimentant le plan de soins
Indicateur	Taux de séjours disposant de prescriptions d'examens de biologie informatisées

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux de séjours disposant de prescriptions d'examens de biologie informatisées (connectées ou non connectées au logiciel du laboratoire de biologie)
Valeur cible	40% des séjours ³

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de séjours comportant les prescriptions d'examens de biologie informatisées / Nombre de séjours total)*100 Le nombre de séjours comportant les prescriptions d'examens de biologie informatisées correspond au nombre de séjours comportant a minima une prescription d'examens de biologie informatisée.
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de séjours disposant de prescriptions d'examens de biologie informatisées)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site, contrôle de la traçabilité de la prescription

³ Le taux indiqué est bas afin de pouvoir prendre en compte la totalité des séjours, y compris les séjours ne faisant pas l'objet de ce type de prescription

Indicateur D3.3 : Taux de séjours disposant de demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées

Domaine	Prescription électronique alimentant le plan de soins
Indicateur	Taux de séjours disposant de demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux de séjours disposant de demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées
Valeur cible	30% des séjours ⁴

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de séjours comportant les demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées / Nombre de séjours total)*100 Le nombre de séjours comportant les demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées correspond au nombre de séjours comportant a minima une demande d'examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle informatisée.
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de séjours disposant de demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site, contrôle de la traçabilité de la prescription

⁴ Le taux indiqué est bas afin de pouvoir prendre en compte la totalité des séjours, y compris les séjours ne faisant pas l'objet de ce type de prescription

Indicateur D3.4 : Taux de séjours disposant de prescriptions informatisées d'actes infirmiers

Domaine	Prescription électronique alimentant le plan de soins
Indicateur	Taux de séjours disposant de prescriptions informatisées d'actes infirmiers

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux de séjours disposant de prescriptions informatisées d'actes infirmiers (actes et soins relevant du rôle propre de l'infirmier et actes et soins dispensés sur prescription médicale)
Valeur cible	60% des séjours

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de séjours disposant des prescriptions informatisées d'actes infirmiers / Nombre de séjours total)*100 Le nombre de séjours comportant les prescriptions informatisées d'actes infirmiers correspond au nombre de séjours comportant a minima une prescription informatisée d'actes infirmiers.
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de séjours disposant de prescriptions d'actes infirmiers informatisées)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site, contrôle de la traçabilité de la réalisation de la prescription

Indicateur D3.5 : Taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions

Domaine	Prescription électronique alimentant le plan de soins
Indicateur	Taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions : prescriptions de médicaments, d'examens de biologie, demandes d'examens d'imagerie ou d'explorations fonctionnelles et prescriptions d'actes infirmiers.</p> <p>Le plan de soins correspond à un planning détaillé de l'ensemble des événements liés au séjour du patient (soins, actes, rendez-vous, mouvement, déplacement, etc.). Ce planning permet de suivre également la réalisation ou la non réalisation des événements programmés.</p>
Valeur cible	50% des séjours

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions / Nombre de séjours)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site, contrôle de la traçabilité de la réalisation de la prescription ou de l'examen dans le plan de soins

iv. Domaine prioritaire 4 : Programmation des ressources et agenda du patient

Description du domaine

Ce domaine couvre :

- l'agenda électronique interne à l'établissement de santé permettant la programmation des examens, des soins et des consultations pour les patients.
- la planification des actions en lien avec le bloc opératoire : rendez-vous patients, personnel, maintenance, logistique

La planification des ressources peut porter sur la gestion des lits, la gestion des actes techniques (imagerie, bloc...) et des séances (chimiothérapie, dialyse).

A un stade plus avancé, ce domaine vise la mise en place d'une interface internet permettant aux patients externes la prise de rendez-vous, la programmation complète du parcours du patient et la gestion des plateaux techniques.

Objectifs des indicateurs

Les indicateurs ont pour objectifs :

- de fournir une assurance sur le niveau d'équipement de l'établissement en matière d'agenda patient,
- d'indiquer l'usage effectif des outils de programmation.

Indicateur D4.1 : Vision du planning du patient intégrant les consultations externes, examens des plateaux techniques, gestes chirurgicaux et actes paramédicaux (hors plan de soins)

Domaine	Programmation des ressources et agendas du patient
Indicateur	Vision du planning du patient intégrant les consultations externes, examens des plateaux techniques, gestes chirurgicaux et actes paramédicaux (hors plan de soins)

Définition de l'indicateur	
Définition	Vision du planning du patient intégrant les consultations externes, examens des plateaux techniques, gestes chirurgicaux et actes paramédicaux (hors plan de soins). Cette vision du planning peut être obtenue via l'utilisation d'un outil de planification transversal ou via l'utilisation d'outils spécifiques interfacés et permettant une consolidation des informations dans un agenda unique
Valeur cible	Existence de la vision du planning consolidé

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (existence de la vision du planning consolidé)
Documents justificatifs	Editeur et solution de l'outil de planification transversal ou, dans le cas de différents outils de planification utilisés, cartographie applicative et description des interfaces mises en œuvre
Audit	Visite et test sur site

Indicateur D4.2 : Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation⁵

Domaine	Programmation des ressources et agendas du patient
Indicateur	Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide outil de planification partagé ou d'un outil de programmation
Valeur cible	90% des interventions programmées au bloc opératoire

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre d'interventions programmées au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation/ Nombre d'interventions programmées au bloc opératoire de la période)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (taux d'interventions programmées planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation, noms de l'éditeur et de la solution de planification partagée ou de l'outil de programmation)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite et test sur site

⁵ L'indicateur D4.2 n'est applicable qu'aux établissements de santé disposant d'un bloc opératoire

Indicateur D4.3 : Taux d'actes et consultations externes planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé

Domaine	Programmation des ressources et agendas du patient
Indicateur	Taux d'actes et consultations externes planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux d'actes et consultations externes (ACE) planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé.
Valeur cible	90% des actes et consultations externes

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre d'actes et consultations externes planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé / Nombre d'actes et consultations externes de la période)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (taux d'ACE planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé, noms de l'éditeur et de la solution de planification partagée)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite et test sur site

Indicateur D4.4 : Taux d'examens de plateaux d'imagerie (scanner, IRM, imagerie lourde) et explorations fonctionnelles planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation

Domaine	Programmation des ressources et agendas du patient
Indicateur	Taux d'examens de plateaux d'imagerie (scanner, IRM, imagerie lourde) et explorations fonctionnelles planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation

Définition de l'indicateur	
Définition	Taux d'examens de plateaux d'imagerie (scanner, IRM, imagerie lourde) et explorations fonctionnelles planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation. L'outil de planification doit être partagé dans le cas où le plateau technique est situé au sein de l'établissement.
Valeur cible	90% des examens programmés

Production de l'indicateur	
Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre d'examens programmés de plateaux d'imagerie (scanner, IRM, imagerie lourde) et explorations fonctionnelles planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé / Nombre d'examens de plateaux d'imagerie (scanner, IRM, imagerie lourde) et explorations fonctionnelles programmés de la période)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (taux d'examens planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation, noms de l'éditeur et de la solution de planification partagée ou de l'outil de programmation)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux
Audit	Visite et test sur site

v. Domaine prioritaire 5 : Pilotage médico-économique

Description du domaine

Ce domaine a trait à la mise en œuvre de tableaux de bord de pilotage partagés au sein de l'établissement et utilisés pour le dialogue de gestion intégrant des indicateurs relatifs à l'activité, aux ressources humaines, à la performance financière et à la qualité.

Un stade plus avancé de ce domaine consiste en la production mensuelle d'indicateurs clés par pôle diffusés et partagés dans un délai inférieur à 20 jours.

Objectifs des indicateurs

Les indicateurs retenus ont pour objectifs :

- de démontrer que l'établissement produit un tableau de bord par pôle qui couvre l'ensemble des domaines nécessaires au pilotage de l'établissement et des pôles
- d'attester de l'utilisation effective du tableau de bord par l'ensemble des pôles de l'établissement,
- de s'assurer de l'existence d'un système d'information alimenté par des données de production ou d'un entrepôt de données, servant de fondement à la production du tableau de bord.

Indicateur D5.1 : Production du tableau de bord de pilotage médico-économique fondée sur un SI alimenté des données de production

Domaine	Pilotage médico-économique
Indicateur	Production du tableau de bord de pilotage médico-économique fondée sur un SI alimenté des données de production

Définition de l'indicateur

Définition	Le tableau de bord de pilotage médico-économique est produit par un système d'information alimenté par des données de production
Valeur cible	Existence d'un SI alimenté des données de production

Production de l'indicateur

Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (existence d'un SI alimenté des données de production)
Documents justificatifs	Cartographie applicative indiquant le nom de la ou des solution(s) utilisées pour la production du tableau de bord de pilotage médico-économique et les interfaces mises en œuvre
Audit	Visite sur site

Indicateur D5.2 : Tableau de bord de pilotage infra-annuel par pôle ou entité corrélant des indicateurs sur l'activité, la performance financière, les ressources humaines et la qualité, produit dans un délai de trois mois post période

Domaine	Pilotage médico-économique
Indicateur	Tableau de bord de pilotage infra-annuel par pôle ou entité corrélant des indicateurs sur l'activité, la performance financière, les ressources humaines et la qualité, produit dans un délai de trois mois post période

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Le tableau de bord de pilotage médico-économique est produit à périodicité infra-annuelle (a minima deux fois par an) et dans un délai de trois mois post-période couverte. Il comprend des indicateurs sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la performance financière : ils traduisent sous forme monétaire l'activité et la consommation des différentes formes de ressources mises en œuvre - les ressources humaines : ils permettent de suivre les effectifs, charges de personnel, formation, etc - l'activité : ils permettent de suivre l'évolution de l'activité, tant en hospitalisation qu'en ambulatoire ou en consultations externes - la qualité : ils permettent de suivre le niveau de qualité des soins requis (exemple : infections nosocomiales, satisfaction des usagers, exhaustivité du recueil de l'information médicale, durée moyenne de rédaction et d'envoi des lettres de sortie au médecin traitant...).
Valeur cible	100% des pôles ou entités couverts par le tableau de bord

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	6 mois révolus (le tableau de bord a été produit à périodicité infra-annuelle et dans un délai de trois mois maximum pour 100% des pôles ou entités dans les 6 derniers mois écoulés)
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (pourcentage de pôles ou entités couverts par le tableau de bord, production du tableau de bord à périodicité infra-annuelle et dans un délai de trois mois maximum post période)
Documents justificatifs	Détails sur les modalités de calcul du taux et format du tableau de bord produit
Audit	Visite sur place et test

Indicateur D5.3 : Utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du pilotage de l'établissement

Domaine	Pilotage médico-économique
Indicateur	Utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du pilotage de l'établissement

Définition de l'indicateur	
Définition	Le tableau de bord de pilotage médico-économique est utilisé dans le cadre du dialogue de gestion, des contrats performance, des contrats avec l'ARS, etc.
Valeur cible	Existence et contractualisation interne

Production de l'indicateur	
Unité	N/A
Modalité de calcul	Déclaratif
Période	6 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Saisie dans l'outil oSIS ou DIPI de l'indicateur (utilisation du tableau de bord dans le cadre du pilotage et existence d'une contractualisation interne)
Documents justificatifs	Description de l'utilisation du tableau de bord par les pôles ou entités
Audit	N/A

4. Glossaire

Acronyme utilisé	Signification
ACE	Acte ou consultation externe
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
ASIP Santé	Agence des systèmes d'informations partagés de santé
CH / CHU	Centre hospitalier / Centre hospitalier universitaire
CI-SIS	Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé
CMSI	Chargé de mission systèmes d'information en ARS
CR	Compte-rendu
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIPI	Dossier d'instruction des projets d'investissement
DMP	Dossier médical personnel
DSI(O)	Direction des systèmes d'information (et de l'organisation)
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
GAP	Gestion administrative du patient
HAD	Hospitalisation à domicile
INS	Identifiant national de santé
oSIS	Observatoire des systèmes d'information de santé de la DGOS
PACS	Picture archiving and communication system ou système d'archivage et de transmission d'images
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRA	Plan de reprise d'activité
PSSI	Politique de sécurité des systèmes d'information
SI(H)	Système d'information (hospitalier)

ANNEXE 2

Boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis – outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé

1. ONGLET : « INTRODUCTION »



BOITE A OUTILS POUR L'ATTEINTE DES PRE-REQUIS AUTO-DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTIONS ASSOCIE



Avertissement : vous devez activer les macros, cliquez sur l'icône pour suivre le lien

Le socle commun du Programme Hôpital Numérique

Le programme Hôpital numérique vise à amener, à horizon 2016, l'ensemble des établissements de santé vers un premier niveau de maturité de leurs systèmes d'information pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires, sur un socle assurant la sécurité des données.

Ce socle commun se compose de :

- Trois pré-requis indispensables pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient :
 - Identités, mouvements ;
 - Fiabilité – disponibilité ;
 - Confidentialité.
- Cinq domaines fonctionnels prioritaires pour lesquels le programme définit des exigences en terme d'usage du système d'information.
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

Le guide des indicateurs présente sous forme de fiches l'ensemble des indicateurs qui servent à mesurer l'atteinte de cette cible par l'établissement, en précisant leur définition, leurs modalités de calcul et de restitution. Il est disponible sur le site internet du ministère : www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.

L'accompagnement des établissements à l'atteinte des pré-requis du programme

La DGOS souhaite accompagner les établissements de santé dans l'atteinte des pré-requis du programme, via notamment :

- La mise à disposition de documents pratiques ayant pour objectif de faciliter l'atteinte des pré-requis et disponibles dans la boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - fiches pratiques ;

- La mise à disposition d'un outil d'autodiagnostic comprenant la définition d'un plan d'actions, permettant aux établissements de se positionner par rapport à l'atteinte des pré-requis et d'identifier la démarche à mener, avec les jalons, pour atteindre les indicateurs des pré-requis.

L'outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé pour l'atteinte des pré-requis

Ce document constitue l'outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé pour l'atteinte des pré-requis. Il s'adresse prioritairement aux DSIO et / ou aux directeurs d'établissements de santé désireux d'inscrire rapidement leur structure dans une trajectoire d'atteinte du palier de maturité minimum (socle) du programme Hôpital numérique. Il concerne tous les types de structures, quelle que soit leur taille et les moyens (humains et financiers) qu'elles consacrent à leur système d'information.

L'outil d'autodiagnostic permet aux établissements de santé :

- De procéder à un diagnostic de leur situation au regard des trois pré-requis du programme Hôpital numérique ;
- D'identifier le taux d'atteinte de leur établissement sur ces pré-requis ;
- De définir sur cette base les grandes lignes d'un plan d'action, aide méthodologique simple, ayant vocation à aider les établissements de santé à s'organiser pour atteindre le ou les pré-requis non ou partiellement couverts par leur structure à date. Ce plan d'action est illustré de quelques documents-type, fiches pratiques ou éléments méthodologiques susceptibles de l'aider à mener à bien les actions qui y sont décrites.

Un mode d'emploi détaillé de cet outil est disponible dans le document intitulé "Boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - Mode d'emploi de l'outil d'autodiagnostic". Le recours à l'autodiagnostic peut avoir lieu à tout moment : une première fois afin de situer l'établissement dans l'atteinte des pré-requis, puis à nouveau pour mesurer l'atteinte de la cible et les progrès réalisés.

Le temps de réponse au questionnaire est estimé à environ 2 heures. Il peut varier en fonction de la disponibilité des sources d'information et des documents à utiliser. Par ailleurs, le remplissage de ce fichier permet de produire des documents justificatifs (l'inventaire des applications permet d'élaborer la cartographie).

Ce document est composé de 7 onglets :

DESIGNATION DE L'ONGLET	LIEN	UTILISATION / OBJECTIF
INTRODUCTION	<u>INTRODUCTION</u>	Présentation de l'outil d'autodiagnostic et du plan d'actions associé pour l'atteinte des pré-requis du programme Hôpital numérique
MACROS	<u>MACROS</u>	Mode d'emploi décrivant le mode d'activation des macros nécessaire au fonctionnement de l'outil d'auto diagnostic
1) DIAG1 - INVENTAIRE	<u>1) DIAG1 - INVENTAIRE</u>	Recensement des applications en production au sein de l'établissement de santé par domaine fonctionnel et fonctionnalité
2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS	<u>2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS</u>	Positionnement de l'établissement par rapport aux pré-requis du programme directement liés aux applications constitutives de son système d'information
3) DIAG2 - QUESTIONNAIRE	<u>3) DIAG2 - QUESTIONNAIRE</u>	Questionnaire visant à positionner l'établissement de santé par rapport aux pré-requis du programme Hôpital numérique
4) RESULTATS	<u>4) RESULTATS</u>	Résultats et représentation graphique de la situation de l'établissement de santé par rapport aux pré-requis du programme Hôpital numérique
5) PLAN D'ACTION	<u>5) PLAN D'ACTION</u>	Plan d'actions de l'établissement de santé pour atteindre les pré-requis du programme Hôpital numérique

2. ONGLET : « MACROS »

ATTENTION

Pour utiliser cet outil, il est nécessaire d'activer les macros à son ouverture.

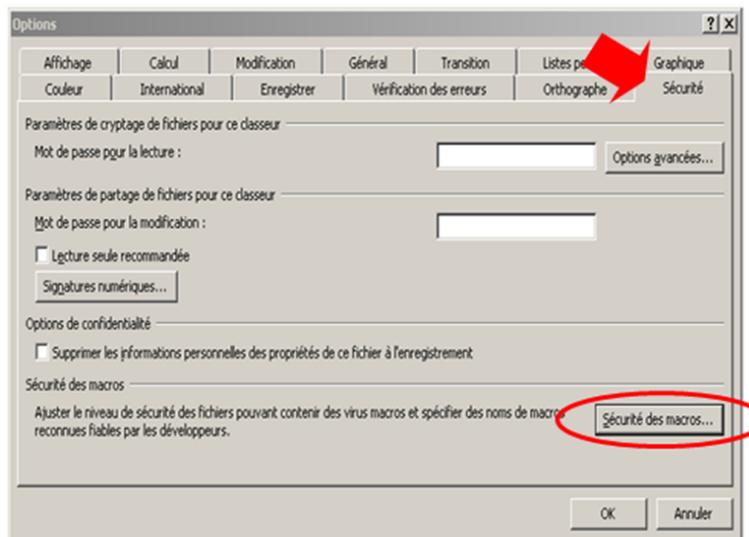
Version EXCEL 2003 (en bas de page pour la version Excel 2007)

A l'ouverture du fichier, la fenêtre suivante s'ouvre. Cliquer alors sur "Activer les macros"

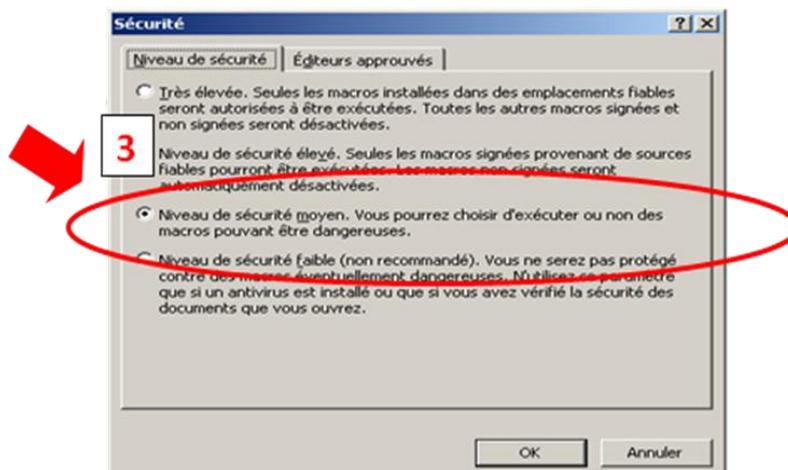


Si cette fenêtre n'apparaît pas, veuillez effectuer les manipulations décrites ci-dessous :

- 1) Cliquer dans le menu Outils, puis sélectionner "options" puis l'onglet "sécurité" (1) et cliquer sur la case "sécurité des macros" (2).



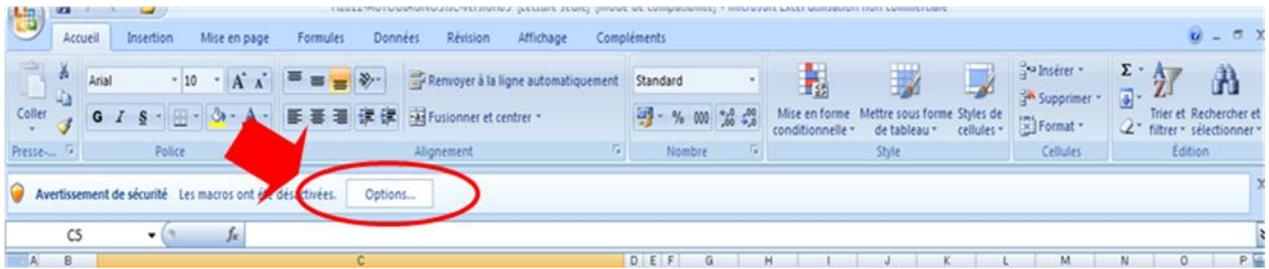
- 2) Dans la fenêtre qui s'ouvre cocher le niveau moyen de sécurité (3).



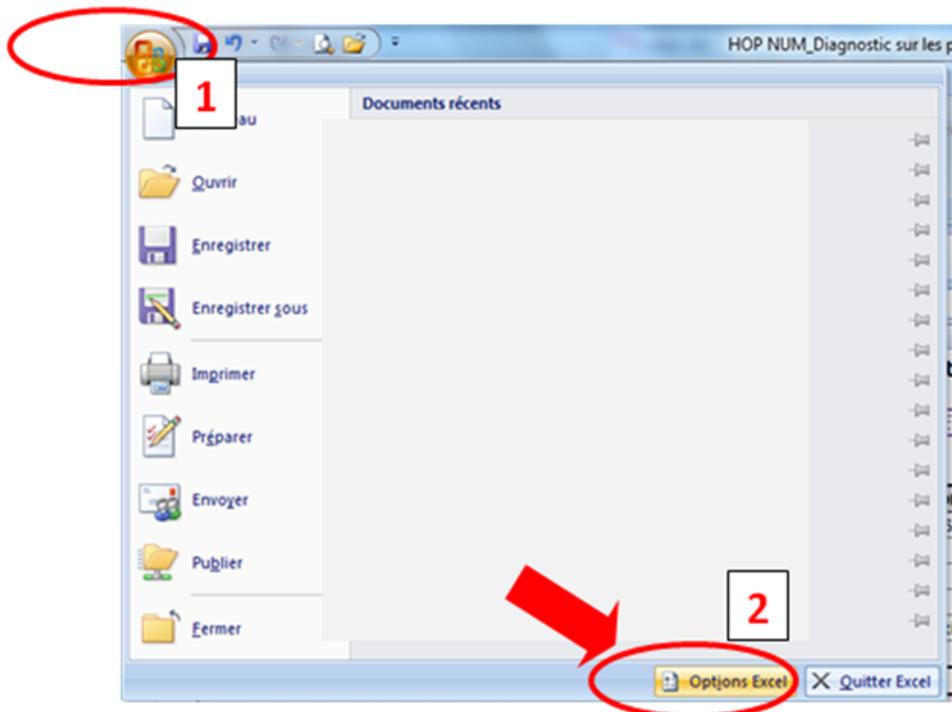
- 3) Puis fermer le fichier et le rouvrir.

Version EXCEL 2007

Si l'avertissement de sécurité ci-dessous s'affiche, cliquer sur "options". Une fenêtre "Alerte sécurité macro" apparaît. Cocher la case "Activer ce contenu" et fermer : les macros sont activées.

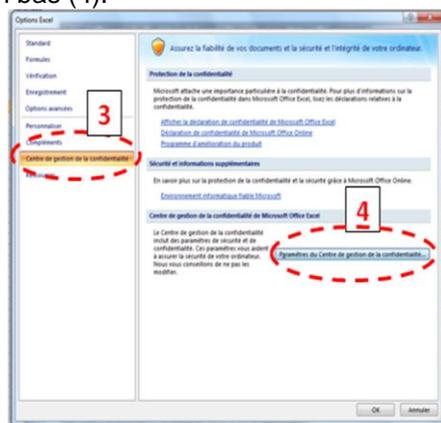


Si l'étape précédente n'a pas fonctionné, cliquer sur le bouton Office en haut à gauche (le logo Windows dans un cercle) (1) puis sur « Options Excel » (2) :



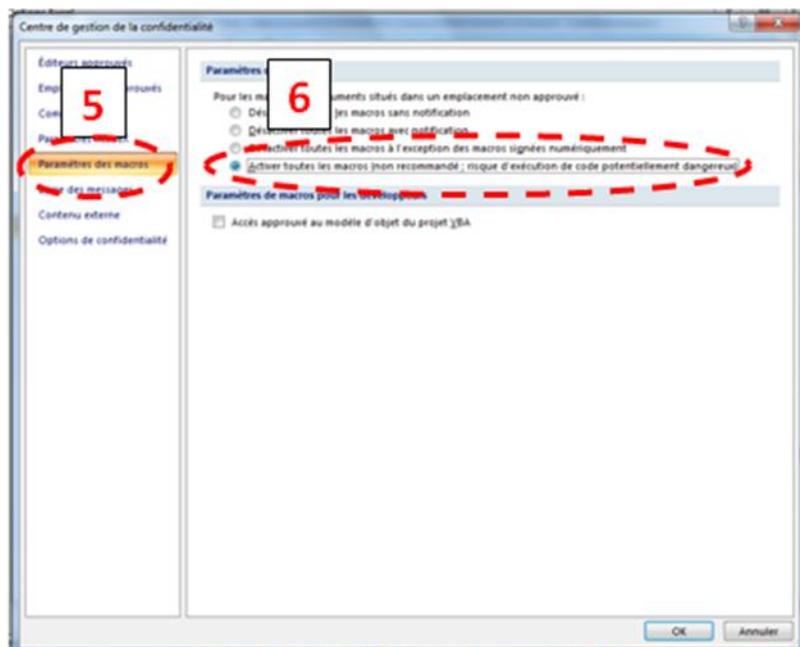
2) Une fenêtre s'ouvre. Dans le menu de gauche, cliquez sur « Centre de gestion de la confidentialité » (3).

Puis, dans le contenu qui apparaît sur la droite, cliquez sur le bouton « Paramètre du Centre de gestion de la Confidentialité » en bas (4).



3) Une nouvelle fenêtre s'ouvre. Cliquez sur « Paramètres des macros » dans le menu de gauche (5).

Puis, dans la liste qui apparaît sur la droite, cochez le dernier cercle de la liste : « Activer toutes les macros » (6).



4) Cliquez sur « OK » sur cette fenêtre puis sur la première fenêtre.

5) Fermer le classeur Excel puis rouvrez-le : vous pouvez désormais utiliser les boutons proposés dans le fichier.

3. ONGLET : « DIAG 1 – INVENTAIRE DES APPLICATIONS DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE »

Ce premier onglet vise à accompagner l'établissement de santé dans la réalisation de l'inventaire des applications en production au sein de sa structure.

L'établissement de santé précise pour chaque fonctionnalité le nom de l'application (niveau module) mis en œuvre. L'ensemble des applications doit être indiqué, y compris les applications développées en interne par l'établissement :

- Si des applications distinctes sont utilisées pour une même fonctionnalité (par exemple, le codage de l'activité peut se faire dans des applications différentes selon les services) : dupliquer la ligne correspondant à la fonctionnalité ; pour cela sélectionner la fonctionnalité à dupliquer (se placer sur la cellule correspondante) et cliquer sur le bouton "dupliquer" le plus proche (plusieurs boutons "dupliquer" sont proposés afin d'éviter d'utiliser l'ascenseur vertical).
- Si une fonctionnalité n'est pas informatisée : saisir "NI" dans la colonne "nom de l'application"
- Si une fonctionnalité n'est pas applicable à l'établissement (ex : dossier HAD) : saisir "NA" dans la colonne "nom de l'application"
- Concernant les dossiers de spécialités (ex : obstétrique, cardiologie, etc) : plusieurs lignes intitulées "autres dossiers de spécialités" sont prévues à cet effet, afin de pouvoir renseigner les applications autres que le dossier médical utilisé. Le libellé de la ligne peut être modifié pour y insérer le nom de la spécialité (par exemple : "Autres dossiers de spécialités : psychiatrie").

Une même application pouvant couvrir plusieurs fonctionnalités et apparaître plusieurs fois, il convient de veiller à l'orthographe à l'identique afin que le comptage des applications soit correct.

Une fois le tableau renseigné, rendez-vous sur l'onglet suivant "2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS" pour compléter les informations relatives aux applications du SIH.

Attention toutes les cellules doivent être remplies : soit par le nom de l'application concernée (module), soit par NI (si la fonctionnalité n'est pas informatisée), soit par NA (si l'activité n'est pas présente au sein de l'établissement)

DOMAINE	FONCTIONNALITE	NOM DE L'APPLICATION
Gestion administrative du patient		
	Gestion administrative du patient	
	Gestion des actes et consultations externes	
	Facturation (séjours, ACE)	
Gestion du dossier (médical et paramédical) du patient		
	Bureautique médicale	
	Gestion du dossier médical du patient	
	Gestion des dossiers d'anesthésie	
	Gestion des dossiers de réanimation	
	Gestion des dossiers transfusionnels	
	Gestion des dossiers RCP	
	Gestion des dossiers de dialyse	
	Gestion des dossiers HAD	
	Gestion du dossier de soins	
	Autres dossiers de spécialités (ex : psychiatrique, obstétrique, ...)	
	Autres dossiers de spécialités (ex : psychiatrique, obstétrique, ...)	
	Autres dossiers de spécialités (ex : psychiatrique, obstétrique, ...)	
Gestion des ressources		
	Gestion des lits (planification)	
	Gestion des rendez vous et planification	
Gestion des prescriptions et demandes d'examens		
	Prescription de Médicaments	
	Prescription de Produits Sanguins Labiles	
	Prescription de Chimiothérapies	
	Prescription d'Analyses médicales (Biologie, Hématologie, Bactériologie,...)	
	Prescription d'Examens d'Imagerie	
	Prescription de Soins	

Gestion des activités médico-techniques		
	Gestion des blocs opératoires	
	Gestion de laboratoire de biologie	
	Serveur de résultats – biologie	
	Gestion de Laboratoire d'anatomocytopathologie	
	Pharmacie	
	Chimiothérapie	
	Traçabilité des DMI (saisie, suivi)	
	Stérilisation (Gestion et suivi de traçabilité)	
	Médecine Nucléaire	
	Imagerie Médicale – SIR	
	Imagerie Médicale – PACS	
	Gestion du dépôt de produit sanguins labiles	
	Hémovigilance	
Urgences		
	Gestion des urgences	
Recueil d'activités, production des données T2A		
	PMSI MCO	
	PMSI SSR	
	PMSI PSY	
	Recueil d'activité et aide au codage	
	Outil de contrôle qualité	
	Constitution du FICHCOMP – MO	
	Constitution du FICHCOMP – DMI	
	Constitution du FICHCOMP – PIE	
	Constitution du FICHCOMP – PO	
	Constitution du FICHCOMP – PIP	
	Constitution des fichiers VIDHOSP	
	Constitution du RSF / ACE	
	Constitution du RSS groupé	
Système d'information économique et financier		
	Gestion Economique et financière	
	Comptabilité analytique	
Système d'Information logistique et technique		
	GMAO - biomédical	
	Restauration (commande patient, production, diététique)	
	Transport des patients	
	GMAO - Services techniques	
Gestion des identités		
	SSO	

Gestion des ressources humaines		
	Système de Gestion des Ressources Humaines	
	Médecine du travail	
Système d'Information Qualité et Gestion des risques		
	Gestion des Vigilances (Déclaration et remontée d'alertes - Matéριο-Pharmaco-Bio-Vigilances,...)	
	Gestion des Risques – Evènements indésirables	
	Gestion Documentaire	
	Questionnaires – Enquêtes	
Système d'information de pilotage		
	Système décisionnel	
Système d'Information de Réseau Ville-Hôpital/ Hôpital-Hôpital		
	Messagerie Sécurisée PS	
	Portail Extranet PS	
	Télé médecine	

4. **ONGLET : « DIAG 1 – EXIGENCES APPLIS »**

Ce deuxième onglet permet de commencer à situer l'établissement de santé par rapport aux pré-requis du programme Hôpital numérique directement liés aux applications constitutives du système d'information de l'établissement.

Concrètement, l'établissement de santé doit mener les actions suivantes pour renseigner l'onglet :

1. Appuyer sur le bouton "actualiser" afin de récupérer les applications renseignées dans l'onglet précédent, de façon à pré-remplir la colonne "nom de l'application"
2. Vérifier que la liste ne contient pas de doublons d'application : si une même application n'a pas été orthographiée de la même façon, elle apparaîtra plusieurs fois dans la liste ; il faut alors retourner sur l'onglet précédent afin de corriger l'orthographe, revenir sur cet onglet, et cliquer de nouveau sur "actualiser". Si des informations ont déjà été renseignées dans les colonnes C à K, cliquer sur le bouton "Actualiser" entraîne la perte de ces informations.
3. Renseigner, pour chaque application, les différentes colonnes du tableau qui correspondent aux exigences des pré-requis du programme Hôpital numérique concernant les applications de l'établissement.

Le remplissage de la colonne "besoins en disponibilité" est facultatif, cette colonne peut être utilisée par l'établissement pour l'atteinte de l'indicateur P2.2.

Attention, veuillez à vérifier que la liste ne contient pas de doublons avant de commencer le renseignement du tableau : cliquer sur le bouton "actualiser" entraîne la perte des informations renseignées dans les colonnes C à K.

NOM DE L'APPLICATION	CONNECTÉE AU REFERENTIEL UNIQUE D'IDENTITES DES PATIENTS (Indicateur P1.1)	CONNECTÉE AU REFERENTIEL DE SEJOURS ET MOUVEMENTS (Indicateur P1.3)	GERE DES DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL (Indicateurs P3.4 et P3.5)	CAPABLE D'INTEGRER UN DISPOSITIF D'AUTHENTIFICATION PERSONNELLE (Indicateur P3.4)	INTEGRE UN SYSTEME DE RENOUELEMENT DE MOT DE PASSE (Indicateur P3.4)	CAPABLE DE TRACER LES CONNEXIONS (UTILISATEUR, HORODATAGE) (Indicateur P3.5)	BESOINS EN DISPONIBILITE (remplissage facultatif lié au plan d'actions relatif à l'indicateur P2.2)

5. ONGLET : « DIAG 2 - QUESTIONNAIRE »

Le présent onglet a pour objectif de positionner l'établissement de santé par rapport aux trois pré-requis du programme Hôpital numérique à partir d'un ensemble de questions portant sur les pré-requis du programme définis dans le Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun.

Pour ce faire, l'établissement de santé répond à chacune des questions posées dans le formulaire "domaine et indicateurs de pré-requis" ci-dessous qui correspondent aux différentes exigences spécifiées dans le Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun. Ces interrogations permettent à l'établissement de santé de vérifier qu'il atteint bien l'indicateur dans sa globalité. La saisie des champs de la colonne "réponse" est pré-formatée (oui/non/ne sait pas). Seules les réponses correspondant à des taux (indicateurs P1.1, P1.3, P3.4, P3.5) sont calculées automatiquement à partir des éléments du tableau "préambule - comptage des applications" et ne peuvent être modifiées par l'établissement. Enfin, certaines questions, dont la colonne "cible" a la valeur "N/A", dépassent les exigences attendues pour l'atteinte des pré-requis, les réponses ne sont pas prises en compte dans l'évaluation

Le tableau "préambule - comptage des applications" est rempli automatiquement à partir des informations renseignées dans l'onglet précédent "2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS".

Pour plus de détails sur les données indiquées dans la colonne "cible", l'établissement se réfère au Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun.

PREAMBULE - COMPTAGE DES APPLICATIONS (A PARTIR DES ONGLETS PRECEDENTS "2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS")	NOMBRE
Nombre d'applications du SIH	0
Nombre d'applications au cœur du processus de soins, gestion administrative et PMSI	0
Nombre d'applications au cœur du processus de soins, gestion administrative et PMSI connectées au référentiel d'identités des patients	0
Nombre d'applications au cœur du processus de soins, gestion administrative et PMSI connectées au référentiel de séjours / mouvements	0
Nombre d'applications gérant des données de santé à caractère personnel	0
Nombre d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle avec un système de renouvellement de mot de passe	0
Nombre d'applications gérant des données de santé à caractère personnel permettant une traçabilité des connexions	0

DOMAINE & INDICATEURS DE PRE-REQUIS		REPONSE	CIBLE
P1	Identités, mouvements		
P1.1	Référentiel unique d'identités des patients		
P1.1.1	Existe-t-il un référentiel unique d'identités des patients au sein de l'établissement ? <i>Le référentiel unique d'identités du patient est un serveur d'identités ou un ensemble de composants (techniques et organisationnels) du SIH qui garantit la cohérence des données d'identités des patients pour toutes les applications.</i>		oui
P1.1.2	<i>Quel est le taux d'applications des domaines concernés¹ connectées au référentiel d'identités des patients ? (calculé à partir de l'onglet 2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS)</i>		70%
P1.1.3	Le référentiel d'identités des patients gère-t-il l'INS ?		oui
P1.1.4	<i>Concernant les applications non connectées, la cohérence des informations avec le référentiel unique d'identités des patients est-elle assurée par une procédure organisationnelle ?</i>		N/A

P1.2 Cellule d'identito-vigilance opérationnelle			
P1.2.1	Existe-t-il une cellule d'identito-vigilance au sein de l'établissement ? <i>Une cellule d'identitovigilance est un organe ou instance en charge de la surveillance et de la prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients.</i>		oui
P1.2.2	Si oui, cette cellule d'identito-vigilance se réunit-elle au moins une fois par trimestre ?		oui
P1.2.3	La politique d'identification et de rapprochement d'identités de l'établissement est-elle définie et formalisée ?		oui
P1.2.4	Cette cellule a-t-elle élaboré des procédures de création et de fusion d'identités ?		oui
P1.2.5	<i>Cette cellule a-t-elle élaboré une procédure de remontée des incidents sur les identités par les utilisateurs ?</i>		N/A
P1.2.6	Les comptes-rendus des réunions de la cellule d'identito-vigilance sont-ils formalisés ?		oui
P1.2.7	La cellule d'identito-vigilance étudie-t-elle les incidents relevés sur les identités ?		oui
P1.2.8	La cellule d'identito-vigilance recense-t-elle les corrections et les améliorations auxquelles elle a contribué (fusion et dédoublement) ?		oui
P1.2.9	La cellule d'identito-vigilance est-elle en capacité de produire un rapport d'activité ?		oui
P1.2.10	<i>Le taux de doublons est-il mesuré / connu ?</i>		N/A
P1.2.11	<i>Si oui, y a-t-il des actions mises en œuvre pour limiter le taux de doublons ?</i>		N/A
P1.3 Référentiel unique de séjours et de mouvements			
P1.3.1	Existe-t-il un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients ?		oui
P1.3.2	<i>Quel est le taux d'applications des domaines concernés connectées au référentiel de séjours et de mouvements ? (calculé à partir de l'onglet 2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS)</i>		70%
P1.3.3	<i>Concernant les applications non connectées, la cohérence des informations avec le référentiel unique de séjours et de mouvements est-elle assurée par une procédure organisationnelle ?</i>		N/A
P1.4 Référentiel unique de structure de l'établissement de santé			
P1.4.1	Existe-t-il un référentiel unique de structure de l'établissement (juridique, géographique, fonctionnel) ?		oui
P1.4.2	Existe-t-il une procédure de mise à jour de ce référentiel unique de structure ?		oui
P1.4.3	Existe-t-il une procédure de mise à jour des applicatifs à partir du référentiel unique de structure ?		oui
P1.4.4	<i>Ces procédures de mise à jour sont-elles appliquées ?</i>		N/A
P2 Fiabilité, disponibilité			
P2.1 Plan de Reprise d'Activité du système d'information			
P2.1.1	Existe-t-il un plan de reprise d'activité (PRA) du système d'information formalisé ? <i>Un plan de reprise d'activité est une solution permettant d'assurer, en cas de crise majeure ou importante d'un centre informatique, la reconstruction de son infrastructure et la remise en route des applications supportant l'activité d'une organisation.</i>		oui
P2.1.2	Si oui, le PRA décrit-il : - Les procédures de redémarrage des applications ?		oui
P2.1.3	- La récupération des données ?		oui
P2.1.4	- L'information des utilisateurs en cas de panne ?		oui
P2.1.5	Si oui, le PRA concerne-t-il une partie ou toutes les applications au cœur du processus de soins ?		toutes

P2.1.6	Le PRA est-il testé et appliqué ?		N/A
P2.1.7	Le PRA prévoit-il une récupération des données des applications à partir des sauvegardes régulières ?		N/A
P2.2	Taux de disponibilité des applications au cœur du processus des soins		
P2.2.1	Une méthode d'évaluation du taux de disponibilité est-elle définie et formalisée ?		oui
P2.2.2	Un taux de disponibilité cible pour chaque applicatif est-il défini ?		oui
P2.2.3	Le taux de disponibilité des applicatifs est-il mesuré régulièrement ? (mise en œuvre de la méthode d'évaluation)		oui
P2.2.4	Existe-t-il un document recensant les incidents et problèmes de disponibilité rencontrés ?		N/A
P2.3	Procédures de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale du système d'information		
P2.3.1	Existe-t-il des procédures décrivant le fonctionnement en mode dégradé du système d'information en cas de panne ?		oui
P2.3.2	Existe-t-il des procédures décrivant un retour à la normale du système d'information après un fonctionnement en mode dégradé ?		oui
P2.3.3	Si oui, ces procédures concernent-elles une partie ou toutes les applications au cœur du processus de soins ?		N/A
P3	Confidentialité		
P3.1	Politique de sécurité - Analyse des risques - Référent sécurité		
P3.1.1	Existe-t-il une fonction de référent sécurité au sein de l'établissement ?		oui
P3.1.2	Une politique de sécurité a-t-elle été définie et formalisée ? <i>Une politique de sécurité consiste en un ensemble de mesures portant sur l'organisation permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, notamment en termes de modalités de partage des informations mises en œuvre.</i>		oui
P3.1.3	Une analyse des risques est-elle menée et formalisée ? <i>L'analyse de risques consiste en la combinaison de trois éléments principaux : une évaluation des ressources informatiques de l'établissement, classées par criticité, une analyse des risques (virus, intrusions, erreurs, incidents, etc.) auxquelles ces ressources peuvent être exposées, et une élaboration d'un plan de traitement des risques à même de réduire la probabilité et l'impact de ces risques.</i>		oui
P3.1.4	La politique de sécurité est-elle fondée sur l'analyse des risques ?		oui
P3.1.5	La politique de sécurité est-elle mise à jour <i>a minima</i> tous les trois ans ?		oui
P3.1.6	Des actions d'amélioration portant sur le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients sont-elles menées auprès des professionnels de l'établissement ?		N/A
P3.1.7	Les événements de sécurité survenus au sein de l'établissement sont-ils collectés ?		N/A
P3.1.8	Les actions correctives et préventives de sécurité sont-elles suivies au sein de l'établissement ?		N/A
P3.1.9	Le référent sécurité formalise-t-il les décisions prises en matière de sécurité ?		N/A
P3.2	Charte formalisant les règles d'accès et d'usage du système d'information		
P3.2.1	Existe-t-il une charte formalisant les règles d'accès et d'usage du système d'information ?		oui
P3.2.2	Si oui, cette charte contient-elle les règles d'accès au dossier patient informatisé par les professionnels habilités, notamment d'accès aux données issues de consultations ou d'hospitalisations ?		oui
P3.2.3	Existe-t-il une procédure formalisée décrivant le processus de diffusion et d'acceptation des règles définies dans cette charte ?		oui
P3.2.4	Cette charte est-elle effectivement diffusée au sein de l'établissement : - Au personnel ?		oui
P3.2.5	- Aux nouveaux arrivants ?		oui

P3.2.6	- Aux prestataires ?		oui
P3.2.7	- Aux fournisseurs ?		oui
P3.3	Information du patient sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel		
P3.3.1	Les patients sont-ils informés des conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel ?		oui
P3.3.2	Existe-t-il une procédure de diffusion de cette information au patient de l'établissement ?		oui
P3.4	Capacité des applications à intégrer un dispositif d'authentification personnelle		
P3.4.1	Quel est le taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle avec renouvellement du mot de passe ? (calculé à partir de l'onglet 2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS)		90%
P3.4.2	Le système intègre-t-il une déconnexion de l'utilisateur sur temporisation d'activité ?		oui
P3.5	Capacité des applications à tracer les connexions		
P3.5.1	Quel est le taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel permettant une traçabilité des connexions (utilisateur et horodatage de la connexion) ? (calculé à partir de l'onglet 2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS)		100%

6. ONGLET : « 4 – RESULTATS »

Le présent onglet présente à titre d'illustration la situation de l'établissement de santé par rapport aux indicateurs des pré-requis du programme Hôpital numérique sous forme de "radar"(ie. le taux d'atteinte par l'établissement des pré-requis du programme sur chacun des 3 pré-requis).

L'atteinte des pré-requis est mesurée à titre d'illustration :

1. Le taux d'avancement dans l'atteinte des pré-requis permet de mesurer l'effort fourni ou restant à fournir pour atteindre chaque indicateur des pré-requis. Les valeurs sont définies en fonction des éléments constitutifs de chaque indicateur. Le taux d'atteinte de chacun des trois pré-requis est une moyenne des taux obtenus par indicateur.
2. Le taux d'atteinte des pré-requis mesure l'atteinte ou non de chaque indicateur des pré-requis du programme.

Cet onglet est un onglet de visualisation : il s'actualise automatiquement à partir des données renseignées dans les onglets de diagnostic précédents.

	Taux d'avancement dans l'atteinte des pré-requis	Taux d'atteinte des pré-requis
P1 / Identités, mouvements	0%	0%
P1.1 Référentiel unique d'identités des patients	0%	
P1.2 Cellule d'identito-vigilance opérationnelle	0%	
P1.3 Référentiel unique de séjours / mouvements	0%	
P1.4 Référentiel unique de structure	0%	

	Taux d'avancement dans l'atteinte des pré-requis	Taux d'atteinte des pré-requis
P2 / Fiabilité, disponibilité	0%	0%
P2.1 Plan de reprise d'activité du SI	0%	
P2.2 Taux de disponibilité des applications	0%	
P2.3 Procédure de fonctionnement en mode dégradé / retour à la normale	0%	



7. ONGLET : « 5 – PLAN D’ACTIONS »

Cet onglet présente un plan d’actions tenant compte des résultats du diagnostic, proposant à l’établissement une démarche afin d’atteindre les pré-requis du programme pour lesquels il n’atteint pas le seuil d’éligibilité précisé dans le Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun.

L’onglet "plan d’actions" se compose de deux grands blocs d’informations :

1. Un premier bloc relatif aux « actions à mettre en œuvre compte tenu du diagnostic » qui sont automatiquement identifiées par l’outil en fonction des informations renseignées dans les onglets précédents ;
2. Un second bloc relatif aux « modalités de mise en œuvre de ces actions » présentant une proposition de démarche à mettre en œuvre pour remplir les pré-requis du programme (lignes non grisées).

Les colonnes relatives au niveau de difficulté de l’action (colonne H) et au délai de mise en œuvre de celle-ci (colonne K) sont proposées à titre indicatif. Le niveau de difficulté comme le délai de mise en œuvre peuvent en effet varier de manière importante en fonction de la maturité de l’établissement et des moyens à sa disposition.

Les actions du plan d’actions sont mises en regard des interrogations de l’onglet "3) DIAG2 - QUESTIONNAIRE".

Les lignes grisées correspondent ainsi à des actions considérées comme déjà réalisées dans la mesure où la réponse à la question correspondante est positive.

1) ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE COMPTE TENU DU DIAGNOSTIC				2) MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE CES ACTIONS								
Pré-requis	Question du diag associée	QUOI ?	Statut de l'action lors du diagnostic	COMMENT ?	Niveau de difficulté de l'action	Outils méthodologiques	QUI ?	QUAND ?	Date de début	Date de fin	ETAT D'AVANCEMENT	
		Actions à mettre en œuvre					Acteurs concernés (internes et externes à l'ES)	Délai indicatif de réalisation			Statut	Commentaire

P1. IDENTITES, MOUVEMENTS

P1.1 - Référentiel unique d'identités des patients

P1.1.1 P1.1.3	1. Mettre en place un référentiel unique d'identités des patients gérant l'INS (serveur d'identités)	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Définir la liste des référentiels d'identité utilisés au sein de l'établissement de santé ; - Etudier l'opportunité de définir l'un de ces référentiels comme le référentiel unique et d'y connecter les autres référentiels / applications ou de mettre en place un nouveau référentiel unique et vérifier que ce référentiel est en capacité d'intégrer la gestion de l'INS ; - Dans le cas du choix d'une solution nouvelle, élaborer le cahier des charges pour la mise en œuvre du référentiel unique d'identités des patients sur la base du besoin exprimé par les utilisateurs de l'établissement de santé et y intégrer la gestion de l'INS en tant que fonctionnalité ; - Mettre en œuvre la solution retenue et y connecter à minima les applications du domaine concerné. 	Moyen		- DSIO / Service informatique / Bureau des entrées / Industriels	Entre 3 et 6 mois					
P1.1.2	2. Réaliser un état des lieux de l'intégration du référentiel d'identités dans les applications	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les applications non connectées au référentiel d'identités à partir de l'inventaire des applications de l'établissement de santé (cf. outils méthodologiques) ; - Etudier la faisabilité de connecter les applications qui ne le sont pas (interface disponible, prévue au plan produit, non prévue de l'éditeur, réalisable en interne, ...). 	Faible	<u>Effectuer un recensement des applications de l'ES connectées / non connectées au référentiel d'identités des patients à partir du présent outil.</u>	- DSIO / Service informatique / Industriels	Entre 1 semaine et 1 mois					
P1.1.2	3. Déterminer les applications restant à connecter au référentiel unique d'identités	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Sur la base de l'analyse précédente, prioriser les applications à connecter au référentiel unique d'identités. Cette priorisation pouvant notamment être déterminée en tenant compte de la disponibilité de l'interface entre les applications et le référentiel. 	Faible	<u>Déterminer les applications restant à connecter au référentiel unique d'identités des patients à partir du présent outil.</u>	- DSIO / Service informatique / Industriels	1 semaine					
P1.1.2	4. Mettre en place l'interface entre le référentiel unique d'identités et les applications	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Pour chacune des applications identifiées précédemment, mettre en place l'interface "identités" ; - Si l'interface n'existe pas et n'est pas prévue dans le plan produit de l'éditeur, remplacer les applications qui doivent l'être et informer les utilisateurs, leur diffuser le nom et le moyen d'accès au référentiel unique d'identités de l'établissement pour que celui-ci soit utilisé à des fins de meilleure qualité 	Moyen		- DSIO / Service informatique / Industriels	Entre 1 semaine et 1 mois					

P1.2 - Cellule d'identito-vigilance opérationnelle

P.1.2.3	1. Installer un groupe de travail ad hoc chargé de mettre en place la démarche d'identito-vigilance au sein de l'établissement	Action à réaliser	- Mettre en place un groupe de travail composé notamment de représentants de la DG, de la CME, de la DSI, du DIM et des services utilisateurs. Ce groupe préfigure d'une part, l'Autorité de Gestion de l'Identification chargée de définir la politique de gestion des identités et d'autre part, la Cellule d'identito-vigilance chargée de la mettre en œuvre.	Faible	<u>Se référer aux travaux du GMSIH : Identification du patient - Synthèse de l'étude – Version 1.1 : Avril 2002</u>	- DG / CME / DSI / DIM / Direction gestion des risques / Représentant du personnel médical, soignant et administratif	1 semaine					
P.1.2.3	2. Réaliser un état des lieux de la gestion des identités au sein de l'établissement	Action à réaliser	- Réunir le groupe de travail afin de définir les objectifs et le périmètre de l'état des lieux ; - Mener l'état des lieux de la gestion des identités au sein de l'établissement, volets organisationnel et méthodologique (cf. fiche méthodologique) ; - Faire valider l'état des lieux par les acteurs de l'établissement de santé.	Faible		- DG / CME / DSI / DIM / Direction gestion des risques / Représentant du personnel médical, soignant et administratif	Entre 1 et 3 mois					
P.1.2.3	3. Elaborer sur cette base la politique de gestion des identités de l'établissement (création d'identités, rapprochement d'identités)	Action à réaliser	- Mettre en place l'Autorité de Gestion de l'Identification (cf. fiche méthodologique) ; - Sur la base de l'état des lieux, définir les principes de la politique de gestion des identités de l'établissement (identification du patient, rapprochement d'identités) ; - Elaborer la Charte d'identification et la Charte de rapprochement d'identités.	Fort	<u>Se référer aux travaux du GMSIH : Accompagnement à la rédaction des chartes d'identification des établissements de santé : octobre 2007</u>	- DG / CME / DSI / DIM / Direction gestion des risques / Représentant du personnel médical, soignant et administratif	Entre 1 semaine et 1 mois					
P.1.2.1	4. Mettre en place une cellule d'identito-vigilance	Action à réaliser	- Définir les missions, la composition et le mode de fonctionnement (dont la fréquence des réunions, soit a minima une fois par trimestre) de la Cellule d'identito-vigilance de l'établissement de santé ; - Désigner les acteurs de l'établissement de santé qui la constitue ; - Organiser la première réunion de la Cellule d'identito-vigilance.	Faible	Se référer à la fiche pratique 1 "exemple de méthode de mise en œuvre de l'identito-vigilance au sein d'un établissement de santé" disponible dans le document "boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - Fiches pratiques"	- DG / CME / DSI / DIM / Direction de la gestion des risques / Représentant du personnel médical, soignant et administratif	Entre 1 semaine et 1 mois					

P.1.2.2/ P.1.2.4/ P.1.2.6/ P.1.2.7/ P.1.2.8/ P1.2.9	5. Mettre en œuvre la politique de gestion des identités de l'établissement	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer les procédures associées à la politique de gestion des identités ; - Mise en place de plans de communication et de formation au sujet de l'identification auprès du personnel de l'établissement de santé ; - Mise en place d'un système d'évaluation et d'un suivi qualité. 	Moyen	<u>Se référer aux travaux du groupe de travail de la CCREVI de Midi-Pyrénées : Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé ; 2009</u>	- Membres de la cellule d'identitovigilance							
P1.3 - Référentiel unique de séjours et de mouvements													
P.1.3.1	1. Mettre en place un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Définir la liste des référentiels de séjours et de mouvements utilisés au sein de l'établissement de santé ; - Etudier l'opportunité de définir l'un de ces référentiels comme le référentiel unique et d'y connecter les autres référentiels / applications ou de mettre en place un nouveau référentiel unique ; - Dans le cas du choix d'une solution nouvelle, élaborer le cahier des charges pour la mise en œuvre du référentiel unique de séjours et de mouvements sur la base du besoin exprimé par les utilisateurs de l'établissement de santé ; - Mettre en œuvre la solution retenue et y connecter à minima les applications du domaine concerné. 	Moyen		- DSIO / Service informatique / Bureau des entrées / Industriels	Entre 3 et 6 mois						
P.1.3.2	2. Réaliser un état des lieux de l'intégration du référentiel de séjours et de mouvements dans les applications de l'établissement	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer le recensement des applications connectées et non connectées au référentiel de séjours et de mouvements des patients (onglet "inventaire") ; - Etudier la faisabilité d'interfacer les applications qui ne le sont pas avec le référentiel (interface disponible, prévue au plan produit, non prévue, réalisable en interne, ...). 	Faible	<u>Effectuer un recensement des applications de l'établissement connectées / non connectées au référentiel unique de séjours et de mouvements des patients à partir du présent outil.</u>	- DSIO / Service informatique / Industriels	Entre 1 semaine et 1 mois						
P.1.3.2	3. Déterminer les applications restant à connecter au référentiel unique de séjours et de mouvements des patients	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Sur la base de l'analyse précédente, prioriser les applications à connecter au référentiel d'identités et de mouvements des patients ; cette priorisation pouvant notamment être déterminée en tenant compte la disponibilité de l'interface entre les applications et le référentiel. 	Faible	<u>Déterminer les applications restant à connecter au référentiel unique de séjours et de mouvements des patients à partir du présent outil.</u>	- DSIO / Service informatique / Industriels	1 semaine						
P.1.3.2	4. Mettre en place l'interface "séjours/mouvements" pour chaque application identifiée précédemment	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Pour chacune des applications identifiées précédemment, mettre en place l'interface "séjours/mouvements" ; - Si l'interface n'existe pas et n'est pas prévue dans le plan produit de l'éditeur, remplacer les applications qui doivent l'être et informer les utilisateurs, leur diffuser le nom et le moyen d'accès au référentiel unique de séjours et de mouvements de l'établissement pour que celui-ci soit utilisé à des fins de meilleure qualité. 	Moyen		- DSIO / Service informatique / Industriels	Entre 1 semaine et 1 mois						

P1.4 - Référentiel unique de structure

P.1.4.1	1. Réaliser un état des lieux des fichiers de structure de l'établissement et des procédures de mise à jour de ces fichiers	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier d'éventuels fichiers de structure et procédures de mise à jour de ces fichiers déjà existants au sein de l'établissement de santé ; - Le cas échéant, étudier l'utilisation des structures dans les applications puis identifier les contraintes apportées par les modèles de structures existants ; - En cas d'absence de fichiers de structure, recenser les structures juridiques, géographiques et fonctionnels de l'établissement de santé. 	Faible	<u>Se référer au support de formation de l'ARH Aquitaine ; Formation Fichier structure ; 22 février 2008</u>	- DSIO / Direction des Affaires Financières / Représentant des services de soins et administratifs	Entre 1 semaine et 1 mois				
P.1.4.1	2. Définir le modèle du référentiel unique de structures	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les besoins auxquels le référentiel unique de structures doit répondre ; - Sur cette base, définir le modèle de structures à mettre en œuvre (ex : règles de découpage des structures - pôle d'activité, UF, UM,...-, niveau de granularité de l'information à intégrer dans le référentiel,...). 	Fort	<u>Se référer aux travaux de la DGOS ; Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière ; Pages 28 - 32</u>	- DSIO / Direction des Affaires Financières / DIM / Représentant des services de soins et administratifs	Entre 1 semaine et 1 mois				
P.1.4.1	3. Elaborer le référentiel unique de structure de l'établissement	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Sur la base de l'état des lieux et du modèle de structure retenu, produire le fichier commun de structures. Le référentiel unique de structures sera soit un fichier élaboré à partir d'un outil bureautique, soit un fichier géré dans une base de données qui pourra alimenter les différentes applications du SIH. 	Faible	<u>Se référer aux travaux du GMSIH : Référentiels SID des ES – Synthèse globale - Bien gérer ses référentiels de données : Un enjeu pour mieux piloter la performance de son établissement ; 2008 ; Pages 23-30</u>	- DSIO	Entre 1 semaine et 1 mois				
P.1.4.2 P.1.4.3	4. Formaliser une procédure de mise à jour du référentiel unique de structures de l'établissement	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les principes de mise à jour du référentiel unique de structures et de sa diffusion dans l'ensemble des applications (automatique ou manuelle, acteurs, fréquence, modalités, ...) - Sur cette base, élaborer la procédure de mise à jour du référentiel (cf. outils méthodologiques). 	Faible	Se référer à la fiche pratique 2 "procédure type du mise à jour du référentiel unique de structure" disponible dans le document "boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - Fiches pratiques"	- DSIO / Direction des Affaires Financières / Représentant des services de soins et administratifs	1 semaine				
P.1.4.4	5. Mettre en œuvre la procédure de mises à jour	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Réunir régulièrement la Cellule en charge du pilotage du référentiel unique de structures ; - Maintenir à jour le référentiel unique de structures ; - Répercuter les mises à jour du référentiel dans les applications de l'établissement conformément à la procédure définie. 	Faible		- DSIO / Direction des Affaires Financières					

P2. FIABILITE, DISPONIBILITE

P2.1 - Plan de reprise d'activité du système d'information

P2.1.1 P2.1.5	1. Faire l'état des lieux des procédures (fournies par les éditeurs) pour le redémarrage des applications	Action à réaliser	- Recenser les procédures de redémarrage des applications fournies par les éditeurs existantes au sein de l'établissement de santé.	Fort	<u>Se référer aux travaux du CLUSIF : Plan de continuité d'activité - Stratégie et solutions de secours du SI ; Septembre 2003</u>	- DSIO / Représentant des services de soins et administratifs	Entre 1 semaine et 1 mois					
P2.1.1 P2.1.5	2. Déterminer les solutions de secours nécessaires au redémarrage du système d'information de l'établissement	Action à réaliser	- Identifier et spécifier les solutions techniques permettant de redémarrer le système d'information des activités critiques de l'établissement ; - Evaluer les conditions économiques de ces solutions, les avantages et les inconvénients ; - Faire valider les choix auprès des acteurs décisionnaires en interne.	Fort	-	- Direction Générale / DSIO / Direction des Affaires Financières / Service informatique	Entre 1 semaine et 1 mois					
P2.1.1 P2.1.5	3. Prévoir la mise en œuvre des procédures de restauration des données à partir des sauvegardes	Action à réaliser	- Déterminer le plan de sauvegarde des données du système d'information de l'établissement de santé ; - Recenser les procédures de récupération des données des applications existantes ; - Définir et formaliser dans des procédures les modalités de récupération des données contenues dans les applications de l'établissement de santé.	Fort	<u>Se référer aux travaux de l'AFNOR : Plan de continuité d'activité pour les PME/PMI de la région centre - Outil méthodologique</u>	- DSIO / Représentant des services de soins et administratifs	Entre 1 semaine et 1 mois					
P2.1.2 P2.1.3 P2.1.4 P2.1.5	3. Formaliser le Plan de reprise d'activité du système d'information de l'établissement	Action à réaliser	- Sur la base des besoins exprimés par les utilisateurs et des solutions de secours retenues, élaborer le PRA du système d'information de l'établissement. Celui-ci contiendra notamment : > Les procédures de redémarrage des applications ; > La récupération des données ; > L'information des utilisateurs en cas de panne.	Faible	Se référer à la fiche pratique 3 "plan type d'un plan de reprise d'activité du SI et bonnes pratiques" disponible dans le document "boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - Fiches pratiques"	- DSIO	Entre 1 semaine et 1 mois					
P2.1.6	4. Tester, maintenir et réviser le Plan de reprise d'activité du système d'information de l'établissement	Action à réaliser	- Mettre régulièrement en œuvre des tests afin notamment de vérifier le caractère opérationnel du PRA du système d'information (ex : tests techniques, fonctionnels, organisationnels, ...) ; - Mettre en œuvre les éventuelles mesures correctives découlant de ces tests ; - Actualiser le PRA du système d'information de l'établissement.	Moyen	-	- DSIO / Service informatique						

P2.2 - Taux de disponibilité des applications											
	P2.2.1	1. Choisir une méthode simple pour évaluer le taux de disponibilité des applications	Action à réaliser	- Définir une méthode d'évaluation du taux de disponibilité des applications. Pour ce faire, l'établissement de santé pourra recourir à la fiche méthodologique associée qui vise à accompagner les établissements dans la définition d'une telle méthodologique.	Moyen	Se référer à la fiche pratique 4 "exemple de méthode d'évaluation des taux de disponibilité des applications" disponible dans le document "boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - Fiches pratiques"	- DSIO	Entre 1 semaine et 1 mois			
	P2.2.2	2. Déterminer le taux de disponibilité cible de chaque application du processus de soins	Action à réaliser	- Définir avec chaque responsable "métiers" le besoin en termes de disponibilité des applications du processus de soins ; - Traduire ce besoin exprimé en couverture horaire (24h/24 et 7j/7, jours ouvrés, ...) en un taux de disponibilité cible pour chaque application.	Faible	-	- DSIO / Représentant des services de soins et administratifs	Entre 1 semaine et 1 mois			
	P2.2.3	3. Mesurer de façon automatique et continue les temps d'indisponibilité technique des applications	Action à réaliser	- Définir une périodicité de revue des taux de disponibilité des applications ; - Effectuer une revue des taux de disponibilité des applications selon la périodicité définie (taux adressées par la société de maintenance dans le cadre de son contrat de service ou suivis par l'établissement lui-même) ; - Suivre les incidents et les problèmes de disponibilité rencontrés et les formaliser au sein d'un document.	Faible	-	- DSIO				
P2.3 - Procédure de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale du SI											
	P2.3.1 P2.3.2	1. Faire l'état des lieux de ce qui est prévu dans chaque application pour assurer un fonctionnement dégradé et de retour à la normale	Action à réaliser	- Recenser les modalités prévues de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la norme pour chaque application de l'établissement de santé ; - Identifier les procédures de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale à élaborer ; - Identifier les activités essentielles pour le service concerné.	Faible	-	- DSIO	1 semaine			
	P2.3.1 P2.3.2	2. Définir avec les utilisateurs le fonctionnement dégradé et le retour à la normale pour chaque application	Action à réaliser	- En fonction des solutions proposées par les éditeurs et des pratiques organisationnelles de l'établissement, définir le mode de fonctionnement dégradé et de retour à la normale de chaque application (bascule en fonctionnement dégradé et retour à la normale) ; - Faire valider ces choix en interne.	Fort		- DSIO / Représentant des services de soins et administratifs / Industriels	Entre 1 et 3 mois			

P2.3.1	3. Elaborer les procédures permettant d'assurer un fonctionnement en mode dégradé du système d'information	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser les procédures permettant d'assurer un fonctionnement en mode dégradé du système d'information (cf. outils méthodologiques) ; - Faire valider les procédures aux instances de décisions de l'établissement (CA, CME, CTE,...). 	Faible	Se référer à la fiche pratique 5 "bonnes pratiques d'élaboration des procédures de fonctionnement en mode dégradé / de retour à la normale du SI" disponible dans le document "boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - Fiches pratiques"	- DSIO	Entre 1 semaine et 1 mois						
P2.3.2	4. Elaborer les procédures permettant d'assurer un retour à la normale du système d'information après un fonctionnement en mode dégradé	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser les procédures permettant d'assurer un retour à la normale du système d'information après un fonctionnement en mode dégradé (cf. outils méthodologiques) ; - Faire valider les procédures aux instances de décisions de l'établissement (CA, CME, CTE,...). 	Faible		- DSIO	Entre 1 semaine et 1 mois						
P2.3.2	5. Tester, maintenir et réviser les procédures de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Définir et réaliser régulièrement des tests afin notamment de vérifier le caractère opérationnel des procédures (ex : tests techniques, fonctionnels, organisationnels, ...) - Mettre en œuvre les éventuelles mesures correctives découlant de ces tests ; - Actualiser les procédures suite à des évolutions techniques et organisationnelles. 	Moyen		- DSIO	Entre 1 semaine et 1 mois						

P3. CONFIDENTIALITE

P3.1 - Politique de sécurité - Analyse des risques - Référent sécurité

P3.1.1	1. Elaborer la fiche de poste du référent sécurité	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les missions et les activités du référent sécurité ; - En conséquence, identifier le profil et les compétences attendues du référent sécurité, ainsi que les moyens mis à sa disposition pour accomplir ses missions et ses activités ; - Formaliser la fiche de poste du référent sécurité. 	Faible	Se référer à la fiche pratique 6 "fiche de poste type d'un RSSI et description des fonctions d'un référent sécurité du système d'information" disponible dans le document "boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - Fiches pratiques"	- DSIO / Service informatique	1 semaine						
--------	--	-------------------	--	--------	--	-------------------------------	-----------	--	--	--	--	--	--

P3.1.1	2. Nommer le référent sécurité des systèmes d'information	Action à réaliser	<p>Dans le cas d'un recrutement externe du référent sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffuser la fiche de poste du référent sécurité (notamment auprès des structures ayant déjà un référent sécurité) ; - Rencontrer les candidats au poste de référent sécurité ; - Désigner le référent sécurité ; cette fonction pouvant être mutualisée entre plusieurs structures. <p>Dans le cas d'un recrutement interne du référent sécurité, désigner la personne retenue pour le poste.</p>	Faible		- DSIO	Entre 1 semaine et 1 mois					
P3.1.2 P3.1.4 P3.1.5	3. Définir et formaliser la politique de sécurité des systèmes d'information de l'établissement	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un groupe de travail piloté par le référent sécurité pour définir la politique de sécurité; - Identifier les actions majeures permettant de renforcer la sécurité de l'information, principalement en matière de confidentialité. - Donner un cadre organisationnel pour la mise en œuvre de ces actions; - Formaliser et faire valider la politique de sécurité des systèmes d'information. 	Fort	<u>Se référer aux travaux du GMSIH : Sécurité des systèmes d'information des établissements de santé ; juin 2004</u>	- DSIO / Direction de la gestion des risques / Représentant du personnel médical, soignant et administratif / Service informatique	Entre 1 semaine et 1 mois					
P3.1.3	4. Conduire une analyse des risques de la sécurité des systèmes d'information au sein de l'établissement	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier avec les différents responsables de l'établissement, les risques majeurs qui menacent la sécurité du SI de l'établissement; élaborer un plan d'actions pour réduire la probabilité et l'impact de ces risques. - Identifier les éléments constituant l'infrastructure technique, mener une analyse sur les risques s'appliquant à l'infrastructure technique (virus, intrusion, ...) et principalement sur sa disponibilité; compléter si nécessaire les actions de protection déjà existantes. 	Moyen	-	- DSIO / Direction de la gestion des risques / Service informatique / Industriels	1 semaine					
P3.1.6 P3.1.7 P3.1.8 P3.1.9	5. Mettre en œuvre la politique de sécurité	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Conduire des audits permettant de vérifier la bonne application par les acteurs de la politique de sécurité de l'établissement ; - Réaliser des analyses de risques ; - Mener des actions de sensibilisation / formation relatives aux enjeux de la sécurité des SI; <p>[Liste non exhaustive]</p>	Moyen		- DSIO	1 semaine					
P3.2 - Charte formalisation les droits d'accès et d'usage du système d'information												
P3.2.1 P3.2.2	1. Elaborer un document / une charte formalisant les règles d'accès et d'usage du système d'information	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Définir des règles d'accès et d'usage du système d'information adaptées au contexte et à l'activité de l'établissement de santé ; - Formaliser un document / une charte reprenant les règles d'accès et d'usage définies (cf. outils méthodologiques) ; - Faire valider ce document aux instances de décisions de l'établissement (CA, CME, CTE, ...) 	Moyen	Se référer à la fiche pratique 7 "charte type d'accès et d'usage du système d'information" disponible dans le document "boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - Fiches pratiques"	- DSIO / Direction de la gestion des risques / Représentant du personnel médical, soignant et administratif / CMSI ARS	Entre 1 semaine et 1 mois					

P3.2.3	2. Définir une procédure de diffusion et d'acceptation des règles définies dans ce document / cette charte	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les modalités de diffusion et d'acceptation du document / de la charte par les acteurs de l'établissement (personnel, nouveaux arrivants, prestataires, fournisseurs) ; - Formaliser ces modalités dans une procédure ; - Faire valider la procédure aux instances de décisions de l'établissement (CA, CME, CTE,...) 	Faible			- DSIO / Direction de la gestion des risques / Représentant du personnel médical, soignant et administratif	1 semaine					
P3.2.4 P3.2.5 P3.2.6 P3.2.7	3. Diffuser ce document / cette charte d'accès et d'usage du système d'information aux acteurs de l'établissement	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer le document / la charte aux utilisateurs du système d'information de l'établissement (ex : note de service, réunions d'information, ...) - Recueillir l'acceptation des règles d'accès et d'usage par les acteurs de l'établissement ; - Vérifier la bonne application de ces règles par les utilisateurs du système d'information. 	Faible			- DSIO						
P3.3 - Information du patient sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel													
P3.3.1	1. Elaborer des outils permettant d'informer les patients de l'établissement sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer un état des lieux des outils d'information existants des patients ; - Sur cette base, définir les outils à mettre en place ou ceux existants dans lesquels pourraient être intégrée une information sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel (ex : livret d'accueil, affichage, note dédiée, ...) - Elaborer ces outils, et les faire valider aux instances de décision de l'établissement. 	Faible			- DSIO / Direction de la qualité et de la gestion des risques / Représentant des services de soins et administratifs / Bureau des entrées	1 semaine					
P3.3.2	2. Définir une procédure de diffusion de ces outils d'information aux patients de l'établissement	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les modalités de diffusion des outils d'information aux patients (ex : par les services de soins, administratifs à l'arrivée du patient, ...) - Formaliser ces modalités dans une procédure ; - Faire valider la procédure aux instances de décisions de l'établissement (CA, CME, CTE,...) 	Faible			- DSIO / Direction de la qualité et de la gestion des risques / Représentant des services de soins et administratifs / Bureau des entrées	1 semaine					
P3.3.2	3. Diffuser les outils d'information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel auprès des acteurs hospitaliers	Action à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer les outils d'information aux patients de l'établissement conformément aux modalités définies préalablement ; - S'assurer que les patients de l'établissement reçoivent bien l'information sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel. 	Faible			- Personnel des services de soins et administratifs / Bureau des entrées						

P3.4 - Capacité des applications à intégrer un dispositif d'authentification personnelle

P3.4.1	1. Réaliser un état des lieux des modes de connexion pour les applications gérant des données de santé à caractère personnel	Action à réaliser	- Recenser les applications gérant des données de santé à caractère personnel et intégrant un dispositif d'authentification personnelle. Le dispositif d'authentification personnelle doit prévoir le renouvellement de mot de passe et la déconnexion de l'utilisateur sur temporisation d'inactivité Pour ce faire, l'établissement pourra s'appuyer sur l'inventaire des applications disponible dans le présent outil ((cf. 1) DIAG1 - INVENTAIRE).	Faible	<u>Effectuer un recensement des applications gérant des données de santé à caractère personnel et intégrant un dispositif d'authentification personnelle à partir de l'inventaire des applications de l'établissement de santé</u>	- DSIO / Service informatique	1 semaine				
P3.4.1	2. Identifier pour chaque application n'ayant pas de dispositif d'authentification personnelle les actions nécessaires pour intégrer un tel dispositif	Action à réaliser	- Pour chacune des applications gérant des données de santé à caractère personnel et n'intégrant pas de dispositif d'authentification personnelle, identifier les actions à mener pour intégrer un tel dispositif. Pour ce faire, contacter l'éditeur de ces solutions ; - Vérifier que ces solutions intègrent une temporisation de l'activité et un système de renouvellement de mot de passe ; - Effectuer les arbitrages nécessaires (ex : faire évoluer l'application, la remplacer, ...)	Faible	-	- DSIO / Service informatique / Industriels	1 semaine	-	-		
P3.4.1	3. Procéder aux évolutions / aux remplacements des applications n'intégrant pas de dispositif d'authentification personnelle	Action à réaliser	- En fonction des arbitrages pris précédemment, procéder aux évolutions / aux remplacements des applications n'intégrant pas de dispositif d'authentification personnelle. Dans ce cadre, contacter en tant que de besoin l'éditeur de ces solutions.	Moyen		- DSIO / Service informatique / Industriels	Entre 1 et 3 mois				

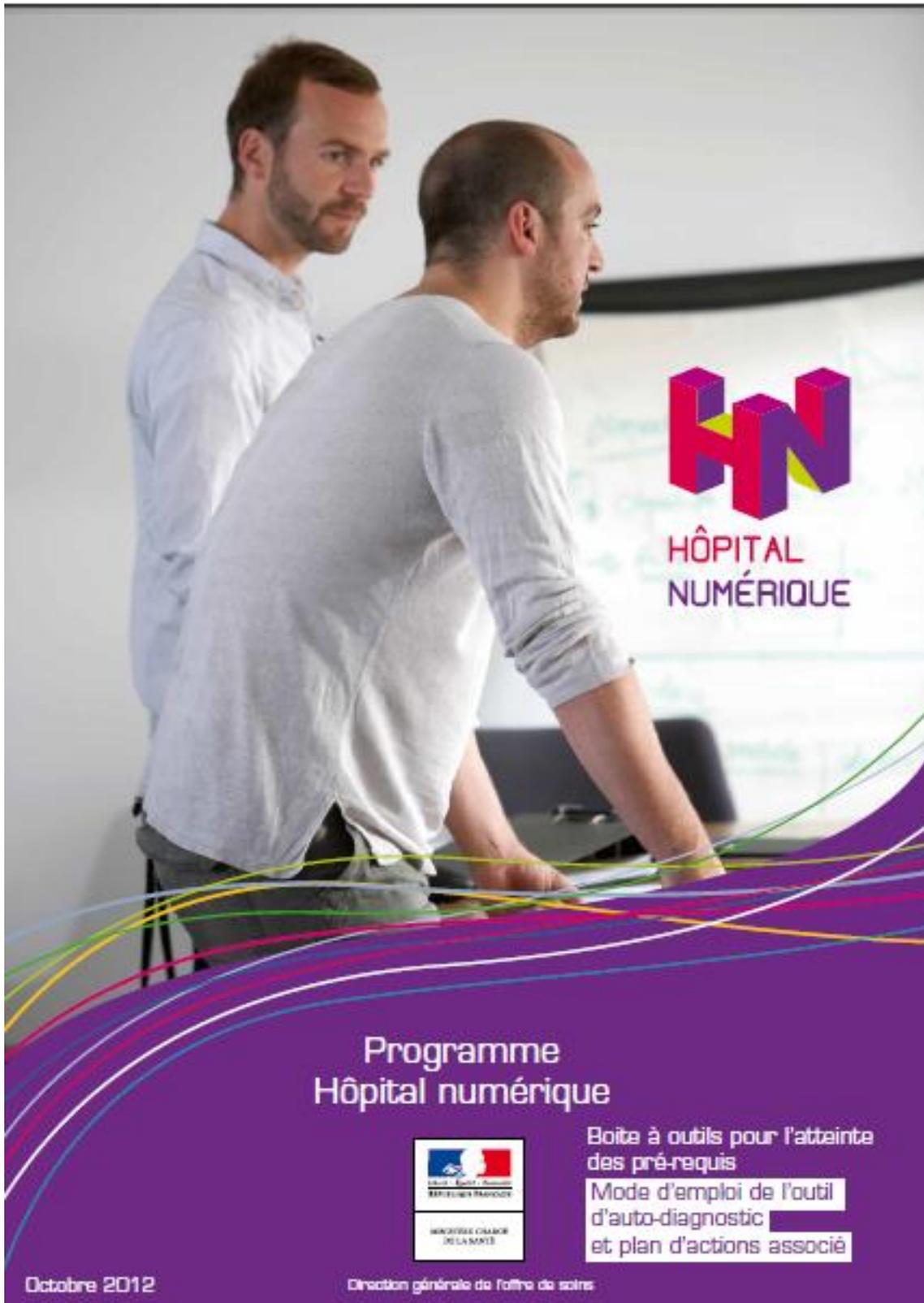
P3.5 - Capacité des applications à tracer les connexions

P3.5.1	1. Réaliser un état des lieux des applications vis-à-vis de la traçabilité des connexions (données à tracer : utilisateur, horodatage de la connexion)	Action à réaliser	- Recenser les applications permettant ou non la traçabilité des connexions aux applications. Pour ce faire, l'établissement de santé pourra s'appuyer sur l'inventaire des applications disponible dans le présent outil ((cf. 1) DIAG1 - INVENTAIRE).	Faible	<u>Effectuer un recensement des applications gérant des données de santé à caractère personnel permettant la traçabilité des connexions à partir de l'inventaire des applications de l'établissement de santé</u>	- DSIO / Service informatique	1 semaine				
P3.5.1	2. Identifier pour chaque application n'ayant pas de dispositif de traçabilité les actions nécessaires pour intégrer un tel dispositif (faire évoluer l'application ou la remplacer)	Action à réaliser	- Pour chacune des applications ne permettant pas une traçabilité des connexions, identifier les actions à mener pour intégrer un tel dispositif. Pour ce faire, contacter l'éditeur de ces solutions ; - Effectuer les arbitrages nécessaires (ex : faire évoluer l'application, la remplacer, ...).	Faible	-	- DSIO / Service informatique / Industriels	1 semaine	-	-		

	P3.5.1	3. Procéder aux évolutions / au remplacement des applications n'intégrant pas une traçabilité des connexions	Action à réaliser	- En fonction des arbitrages pris précédemment, procéder aux évolutions / aux remplacements des applications n'intégrant pas de traçabilité des connexions. Dans ce cadre, contacter en tant que de besoin l'éditeur de ces solutions.	Fort		- DSIO / Service informatique / Industriels	Entre 1 semaine et 1 mois				
--	--------	--	-------------------	--	------	--	---	---------------------------	--	--	--	--

ANNEXE 3

Mode d'emploi de l'outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé



Programme
Hôpital numérique



Boite à outils pour l'atteinte
des pré-requis

Mode d'emploi de l'outil
d'auto-diagnostic
et plan d'actions associé

Octobre 2012

Direction générale de l'offre de soins

Sommaire

Présentation de l’outil d’autodiagnostic et du plan d’actions associé	2
Mode d’emploi détaillé de l’outil	3
2.1 Onglet : « introduction »	4
2.2 Onglet : « Macros »	4
2.3 Onglet : « 1) Diag1 – Inventaire »	7
2.4 Onglet : « 2) Diag1 – Exigences applis »	9
2.5 Onglet : « 3) Diag2 – Questionnaire »	10
2.6 Onglet : « 4) Résultats »	11
2.7 Onglet : « 5) Plan d’action »	12
Liste des fonctionnalités pour l’inventaire des applications	15
Assistance	17

1. Présentation de l'outil d'autodiagnostic et du plan d'actions associé

La DGOS accompagne les établissements de santé dans l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique en mettant à leur disposition **un outil d'autodiagnostic comprenant la définition d'un plan d'actions**, permettant aux établissements de se positionner par rapport aux pré-requis du programme et d'identifier la démarche à mener, avec les jalons, pour atteindre les indicateurs des pré-requis.

L'outil d'autodiagnostic constitue un **outil simple** proposé par la DGOS aux établissements pour leur permettre :

- De procéder à **un diagnostic de leur situation** au regard des 3 pré-requis du programme hôpital numérique ;
- D'obtenir une illustration du **taux d'atteinte des pré-requis en terme d'avancement projet** ;
- De définir sur cette base **les grandes lignes d'un plan d'actions, aide méthodologique simple**, ayant vocation à aider les établissements de santé à s'organiser pour atteindre le ou les pré-requis non ou partiellement couverts par leur structure à date. Ce plan d'actions est illustré de quelques **documents-type, fiches pratiques, éléments méthodologiques et bibliographiques** susceptibles de l'aider à mener à bien les actions qui y sont décrites.

Cet outil s'adresse prioritairement aux DSIO et / ou aux Directeurs d'établissements de santé **désireux d'inscrire rapidement leur structure dans une trajectoire** d'atteinte du palier de maturité minimum (socle) du programme hôpital numérique. Il concerne **tous les types de structures**, quelle que soit leur taille et les moyens (humains et financiers) qu'elles consacrent à leur système d'information.

Une fois renseigné, **l'outil n'a pas vocation à être retourné à la DGOS**. Il constitue simplement **un support méthodologique** dont l'usage est laissé à la discrétion des établissements de santé.

Cependant, sachant que l'atteinte des pré-requis susvisés peut être contractualisée avec l'ARS dans le cadre des CPOM, **il est fortement conseillé de procéder dès que possible à cet autodiagnostic** et de définir le cas échéant le plan d'actions nécessaire à l'atteinte du ou des pré-requis non couverts.



L'utilisation **de l'outil d'autodiagnostic ne se substitue pas au remplissage** de l'outil de connaissance, d'analyse et d'observation des systèmes d'informations hospitaliers **oSIS** (Observatoire des Systèmes d'Information de Santé), dans lequel les établissements de santé vont, entre autres informations, renseigner les valeurs des indicateurs du programme hôpital numérique.

Cet outil **se veut complémentaire d'oSIS**, dans la mesure où, à partir des données de diagnostic, il présente à l'établissement son niveau de maturité sur chacun des 3 pré-requis et lui propose sur cette base un plan d'actions simple pour s'inscrire dans une trajectoire d'atteinte rapide de ces pré-requis.

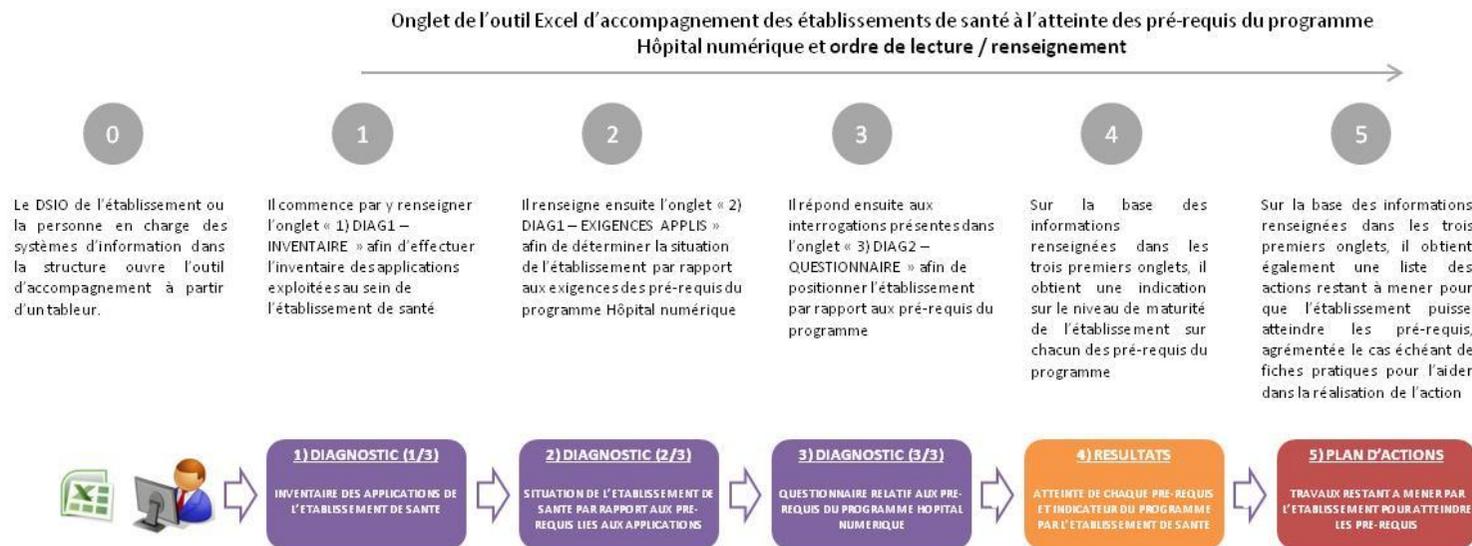
2. Mode d'emploi détaillé de l'outil

L'outil d'autodiagnostic mis à disposition des établissements de santé se présente sous la forme **d'un tableau Excel composé de 7 onglets** :



- Un onglet **d'introduction** présentant le socle commun du programme hôpital numérique et l'outil d'auto diagnostic et plan d'actions associé ;
- Un deuxième onglet **décrivant le mode d'activation des macros** nécessaire au bon fonctionnement de l'outil ;
- Trois onglets **dédiés au diagnostic proprement dit** (deux onglets de cartographie et un questionnaire) ;
- Un sixième onglet **présentant les résultats du diagnostic**, sur la base des informations renseignées dans les premiers onglets ;
- Un septième onglet présentant, **sous forme de plan d'actions, les travaux restant à mener par l'établissement de santé** pour atteindre les pré-requis du programme hôpital numérique.

La **cinématique d'ensemble** pour l'utilisation / le renseignement de l'outil d'accompagnement est la suivante :



Les rubriques suivantes détaillent les attendus et modalités de lecture / renseignement pour chacun des onglets susvisés :

2.1 Onglet : « introduction »

Ce premier onglet introduit l'**outil d'autodiagnostic et le plan d'actions associé pour l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique**.

Dans cet onglet, l'utilisateur **n'a aucune action à réaliser**, si ce n'est prendre connaissance des pré-requis du socle commun du programme hôpital numérique et de l'objectif de l'outil d'autodiagnostic et du plan d'actions associé.

L'utilisateur peut par ailleurs ici **accéder aux différents onglets de l'outil** en cliquant sur les liens présents dans le tableau situé en bas de la feuille.

L'accompagnement des établissements de santé à l'atteinte des pré-requis du programme

La DGOS souhaite accompagner les établissements de santé dans l'atteinte des pré-requis du programme, via notamment :

- La mise à disposition de documents pratiques ayant pour objectif de faciliter l'atteinte des pré-requis et disponibles dans la boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - fiches pratiques ;
- La mise à disposition d'un outil d'autodiagnostic comprenant la définition d'un plan d'actions, permettant aux établissements de se positionner par rapport à l'atteinte des pré-requis et d'identifier la démarche à mener, avec les jalons, pour atteindre les indicateurs des pré-requis.

L'outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé pour l'atteinte des pré-requis

Ce document constitue l'outil d'autodiagnostic et plan d'actions associé pour l'atteinte des pré-requis. Il s'adresse prioritairement aux DSIQ et / ou aux directeurs d'établissements de santé désireux d'inscrire rapidement leur structure dans une trajectoire d'atteinte du palier de maturité minimum (socle) du programme Hôpital numérique. Il concerne tous les types de structures, quelle que soit leur taille et les moyens (humains et financiers) qu'elles consacrent à leur système d'information.

L'outil d'autodiagnostic permet aux établissements de santé :

- De procéder à un diagnostic de leur situation au regard des trois pré-requis du programme Hôpital numérique ;
- D'identifier le taux d'atteinte de leur établissement sur ces pré-requis ;
- De définir sur cette base les grandes lignes d'un plan d'action, aide méthodologique simple, ayant vocation à aider les établissements de santé à s'organiser pour atteindre le ou les pré-requis non ou partiellement couverts par leur structure à date. Ce plan d'action est illustré de quelques documents-typé, fiches pratiques ou éléments méthodologiques susceptibles de l'aider à mener à bien les actions qui y sont décrites.

Un mode d'emploi détaillé de cet outil est disponible dans le document intitulé "Boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - Mode d'emploi de l'outil d'autodiagnostic". Le recours à l'autodiagnostic peut avoir lieu à tout moment : une première fois afin de situer l'établissement dans l'atteinte des pré-requis, puis à nouveau pour mesurer l'atteinte de la cible et les progrès réalisés.

Le temps de réponse au questionnaire est estimé à environ 2 heures. Il peut varier en fonction de la disponibilité des sources d'information et des documents à utiliser. Par ailleurs, le remplissage de ce fichier permet de produire des documents justificatifs (l'inventaire des applications permet d'élaborer la cartographie).

Ce document est composé de 7 onglets :

DESIGNATION DE L'ONGLET	LIEN	UTILISATION / OBJECTIF
INTRODUCTION	INTRODUCTION	Présentation de l'outil d'autodiagnostic et du plan d'actions associé pour l'atteinte des pré-requis du programme Hôpital numérique
MACROS	MACROS	Mode d'emploi décrivant le mode d'activation des macros nécessaire au fonctionnement de l'outil d'auto diagnostic
1) DIAG1 - INVENTAIRE	1)DIAG1- INVENTAIRE	Recensement des applications en production au sein de l'établissement de santé par domaine fonctionnel et fonctionnalité
2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS	2)DIAG1- EXIGENCES APPLIS	Positionnement de l'établissement par rapport aux pré-requis du programme directement liés aux applications constitutives de son système d'information
3) DIAG2 - QUESTIONNAIRE	3)DIAG2- QUESTIONNAIRE	Questionnaire visant à positionner l'établissement de santé par rapport aux pré-requis du programme Hôpital numérique
4) RESULTATS	4)RESULTATS	Résultats et représentation graphique de la situation de l'établissement de santé par rapport aux pré-requis du programme Hôpital numérique
5) PLAN D'ACTION	5)PLAN D'ACTION	Plan d'actions de l'établissement de santé pour atteindre les pré-requis du programme Hôpital numérique

« < > » **INTRODUCTION** MACROS 1) DIAG1 - INVENTAIRE 2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS 3) DIAG2 - Q

2.2 Onglet : « Macros »

Le deuxième onglet décrit les modalités d'activation des macros dans les versions Excel 2003 et 2007, activation nécessaire au bon fonctionnement de l'outil d'auto diagnostic.

Si l'utilisateur rencontre un blocage en cliquant sur un bouton du fichier Excel, cela tient au paramétrage de son logiciel Excel qui empêche l'exécution de macros.

Pour résoudre ce blocage et permettre à Excel de jouer les macros nécessaires au bon fonctionnement de l'outil, il convient de suivre les étapes suivantes distinctes selon que l'utilisateur possède la version 2003 ou 2007 d'Excel.

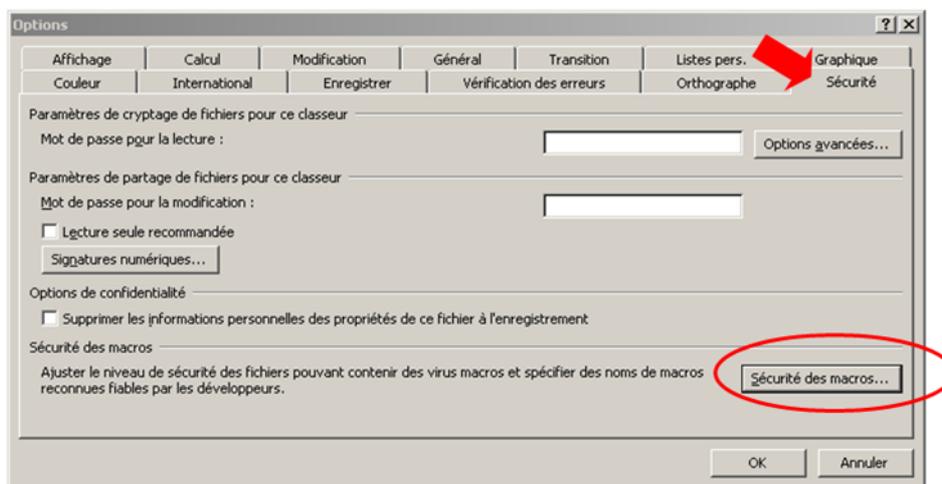
- **Avec Excel 2003**

Le mode opératoire pour activer les macros est le suivant :

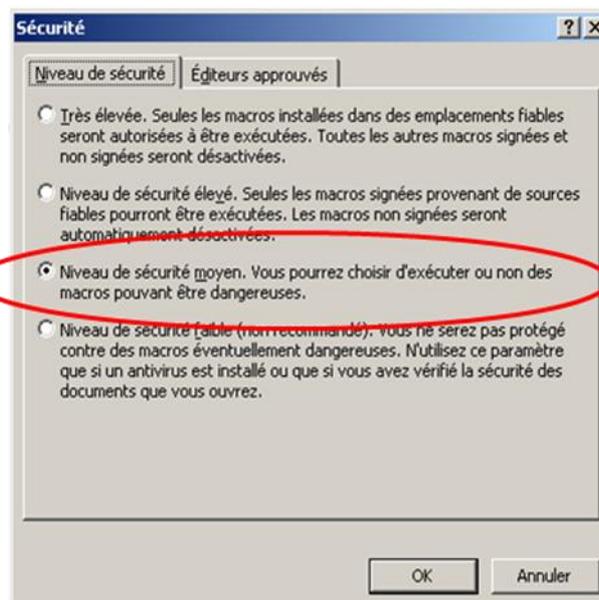
- 1) Si la fenêtre d'activation des macros ci-dessous s'ouvre, cliquer sur "Activer les macros"



- 2) Si cette fenêtre n'est pas apparue, cliquer dans le menu Outils, puis sélectionner "options" puis l'onglet "sécurité" et cliquer sur la case "sécurité des macros".



- 3) Dans la fenêtre qui s'ouvre, cocher le niveau moyen de sécurité.

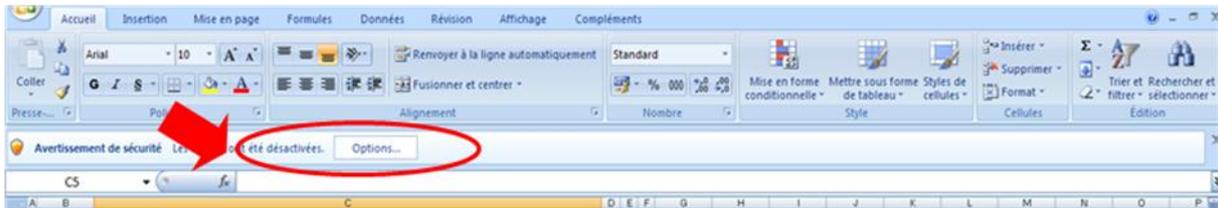


- 4) Puis fermer le fichier et le rouvrir.

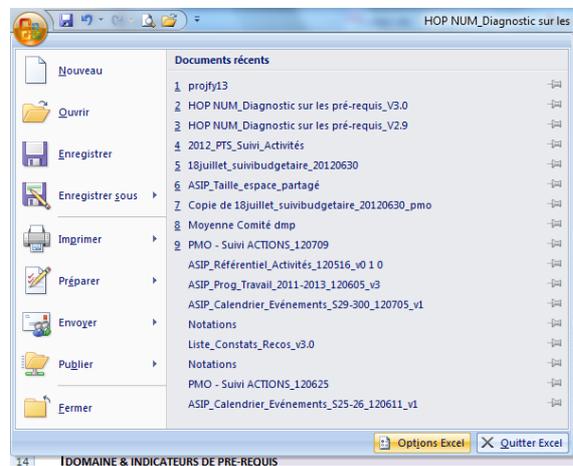
➤ **Avec Excel 2007**

Le mode opératoire pour activer les macros est le suivant :

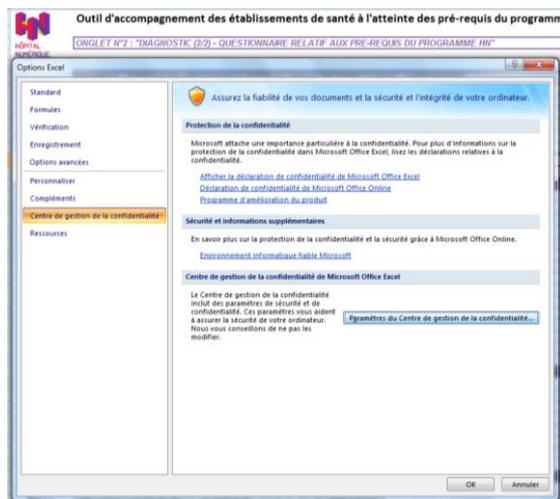
- Si l'avertissement de sécurité ci-dessous s'affiche, cliquer sur options. Une fenêtre "Alerte sécurité macro" apparaît. Cocher la case "Activer ce contenu" et fermer : les macros sont activées.



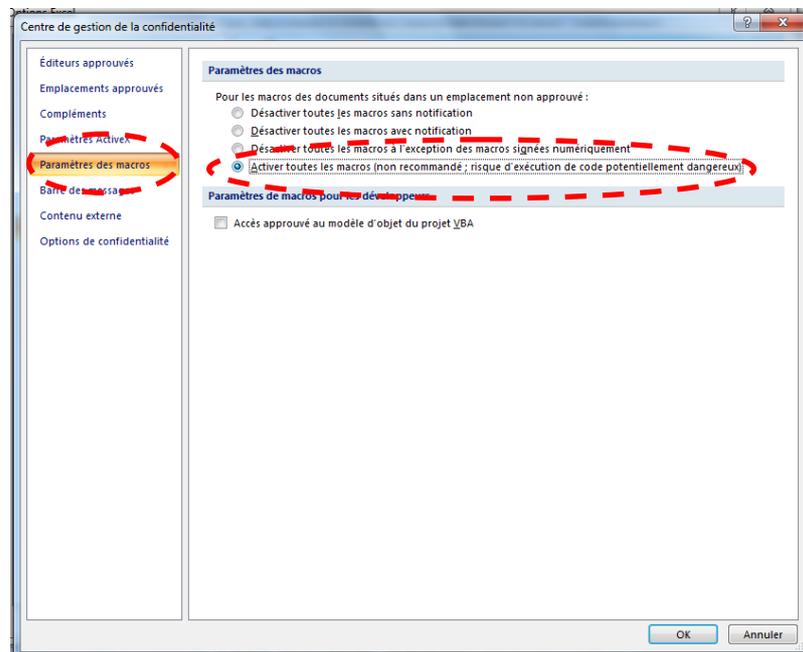
- Si l'étape précédente n'a pas fonctionné, cliquer sur le bouton Office en haut à gauche (le logo Windows dans un cercle) (1) puis sur « Options Excel » (2) :



- Une fenêtre s'ouvre. Dans le menu de gauche, cliquez sur « Centre de gestion de la confidentialité » (3).
- Puis, dans le contenu qui apparaît sur la droite, cliquez sur le bouton « Paramètre du Centre de gestion de la Confidentialité » en bas (4).



- Une nouvelle fenêtre s'ouvre. Cliquez sur « Paramètres des macros » dans le menu de gauche (5).
- Puis, dans la liste qui apparaît sur la droite, cochez le dernier cercle de la liste : « Activer toutes les macros » (6).



- Cliquez sur « OK » sur cette fenêtre puis sur la première fenêtre.

Fermer le classeur Excel puis rouvrez-le : vous pouvez désormais utiliser les boutons proposés dans le fichier.

2.3 Onglet : « 1) Diag1 – Inventaire »

Cet onglet vise à accompagner l'établissement de santé dans la réalisation de l'inventaire des applications en production au sein de sa structure, première étape pour l'établissement du diagnostic de l'atteinte des pré-requis.

Concrètement, il s'agit pour l'établissement de santé, dans cet onglet, de préciser **pour les différentes fonctionnalités** regroupées en domaines fonctionnels (conformément à la nomenclature utilisée dans le cadre de l'observatoire des systèmes d'information de santé – oSIS) **le nom de l'application** (niveau module) mettant en œuvre la fonctionnalité au sein de l'établissement (colonne D « nom de l'application »).

Lors du renseignement du tableau présenté ci-dessous, l'établissement de santé veillera à suivre les consignes suivantes :

- Si des applications distinctes sont utilisées pour une même fonctionnalité (par exemple, le codage de l'activité peut se faire dans des applications différentes selon les services), l'établissement duplique la ligne correspondant à la fonctionnalité. Pour cela, il sélectionne la fonctionnalité à dupliquer en se plaçant sur la cellule correspondante et clique sur le bouton "dupliquer" le plus proche.

- Par ailleurs, une même application pouvant couvrir plusieurs fonctionnalités et apparaître plusieurs fois, l'établissement de santé portera une attention particulière à la rédaction du nom des applications qu'il renseigne (ex : *majuscule, espace, ...*), et notamment à celle du nom des applications correspondant à plusieurs fonctionnalités. En cas de rédaction distincte du nom d'une même application, celle-ci serait citée plusieurs fois dans l'onglet suivant « 2) DIAG1 – EXIGENCES APPLIS » qui s'alimente de cet onglet.
- Si une fonctionnalité n'est pas informatisée ou n'est pas applicable à l'établissement de santé, il convient de renseigner la colonne "nom de l'application" par la valeur "NI" (dans le premier cas) ou "NA" (dans le second cas).
- Si l'établissement de santé possède des applications distinctes pour gérer les dossiers de spécialité (exemples : psychiatrique, obstétrique, etc.), plusieurs lignes intitulées "autres dossiers de spécialités" sont prévues à cet effet, afin de pouvoir renseigner les applications, autres que le dossier médical utilisé. Le libellé de la ligne peut être modifié pour y insérer le nom de la spécialité (par exemple : "Autres dossiers de spécialités : psychiatrie").
- De façon à effectuer un inventaire exhaustif des applications, l'établissement de santé veillera à ne pas laisser de cellule vide.



Le renseignement de cet onglet est impératif pour que l'onglet suivant « 2) DIAG1 – EXIGENCES APPLIS », qui se fonde en partie sur les données contenues dans la colonne D « nom de l'application » **s'actualise correctement.**

Outil d'accompagnement des établissements de santé à l'atteinte des pré-requis du programme Hôpital numérique

ONGLET N°1 : "DIAGNOSTIC (IIS) - INVENTAIRE DES APPLICATIONS DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE"

DOMAINE	FONCTIONNALITE	NOM DE L'APPLICATION
Gestion administrative du patient		
	Gestion administrative du patient	
	Gestion des actes et consultations externes	
	Facturation (séjours, ACE)	
Gestion du dossier (médical et paramédical) du patient		
	Bureautique médicale	
	Gestion du dossier médical du patient	
	Gestion des dossiers d'anesthésie	
	Gestion des dossiers de réanimation	
	Gestion des dossiers transfusionnels	
	Gestion des dossiers RCP	
	Gestion des dossiers de dialyse	
	Gestion des dossiers HAD	
	Gestion du dossier de soins	
	Autres dossiers de spécialités (ex: psychiatrique, obstétrique, ...)	
	Autres dossiers de spécialités (ex: psychiatrique, obstétrique, ...)	
	Autres dossiers de spécialités (ex: psychiatrique, obstétrique, ...)	
Gestion des ressources		
	Gestion des lits (planification)	
	Gestion des rendez vous et planification	
Gestion des prescriptions et demandes d'exams		
	Prescription de Médicaments	
	Prescription de Produits Sanguins Labiles	
	Prescription de Chimiothérapies	
	Prescription d'Analyses médicales (Biologie, Hématologie, Bactériologie,...)	
	Prescription d'Examens d'Imagerie	
	Prescription de Soins	
Gestion des activités médico-techniques		
	Gestion des blocs opératoires	
	Gestion de laboratoire de biologie	
	Serveur de résultats - biologie	

Page 1

INTRODUCTION / MACROS / 1) DIAG1 - INVENTAIRE / 2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS / 3) DIAG2 - QUESTIONNAIRE / 4) RESULTATS / 5) PL

2.4 Onglet : « 2) Diag1 – Exigences applis »

Cet onglet doit permettre à l'établissement de santé de commencer à **se situer par rapport aux pré-requis du programme hôpital numérique directement liés aux applications du système d'information de l'établissement**¹.

L'établissement de santé doit dans un premier temps cliquer sur le bouton « actualiser » situé au haut de la feuille afin de récupérer le nom des applications qu'il aura renseignées dans le premier onglet.



Une fois les applications récupérées, l'établissement de santé renseigne les colonnes C à H pour l'établissement du diagnostic. Les champs de ces colonnes sont pré-formatés : une liste de valeurs est proposée, aucune autre valeur n'est acceptée (pas de saisie manuelle possible) :

- Colonne C (« Connectée au référentiel d'identités des patients ») : interfaçage de cette application au **référentiel unique d'identités des patients** ;
 - la liste de valeurs proposée est la suivante : « oui » ; « non » ; « ne sait pas » ; « sans objet »
- Colonne D (« Connectée au référentiel de séjours et de mouvements ») : interfaçage de cette application au **référentiel unique de séjours et de mouvements des patients** ;
 - la liste de valeurs proposée est la suivante : « oui » ; « non » ; « ne sait pas » ; « sans objet »).
- Colonne E (« Gère des données de santé à caractère personnel ») : le traitement par cette application **de données de santé à caractère personnel** ;
 - la liste de valeurs proposée est la suivante : « oui » ; « non » ; « ne sait pas »).
- Colonne F (« Capable d'intégrer un dispositif d'authentification personnelle ») : la capacité de cette application à mettre en œuvre **un dispositif d'authentification personnelle** ;
 - la liste de valeurs proposée est la suivante : « oui par login » ; « oui par CPS » ; « non » ; « ne sait pas »).
- Colonne G (« Intègre un système de renouvellement de mot de passe ») : l'existence dans **le dispositif d'authentification de l'application** concernée d'un système permettant le renouvellement du mot de passe :
 - la liste de valeurs proposée est la suivante : « oui » ; « non » ; « ne sait pas »).
- Colonne H (« Capable de tracer les connexions (utilisateur, horodatage ») : la capacité à assurer **la traçabilité des connexions** dans cette application ;
 - la liste de valeurs proposée est la suivante : « oui » ; « non » ; « ne sait pas »).

¹ **P1.1.** Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identité et de structure ; **P1.3.** Taux d'applications [...] connectées à un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients ; **P3.4.** Taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle ; **P3.5.** Taux d'applications permettant une traçabilité des connexions au SIH. Pour plus de détails, cf. Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun, disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>



Le **renseignement des colonnes B à H de cet onglet est impératif** pour que l'onglet suivant « 3) DIAG2 – QUESTIONNAIRE », qui se fonde en partie sur les données contenues dans ces colonnes, **s'actualise correctement et produise des résultats pertinents**.

En complément de l'autodiagnostic, la colonne K (remplissage facultatif) permet d'indiquer le besoin en disponibilité de chaque application selon une échelle de 1 à 4, chacun correspondant à un taux de disponibilité. Cette colonne constitue une aide pour l'établissement dans la mise en œuvre du pré-requis 2.2 relatif à la définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et la mise en œuvre d'une évaluation de ce taux. La saisie dans les champs de cette colonne est pré-formatée : une liste de valeurs est proposée (1 – Faible ; 2 – Significatif ; 3 – Important ; 4 – Critique).

Enfin, pour chaque colonne à renseigner, un commentaire vient préciser les attendus. Pour accéder à ces commentaires, il suffit de faire glisser le curseur de la souris sur l'en-tête de la colonne concernée. Le commentaire (format « post it » jaune) apparaît alors.

2.5 Onglet : « 3) Diag2 – Questionnaire »

Cet onglet doit permettre de situer l'établissement **par rapport à l'ensemble des pré-requis du programme hôpital numérique** (dont ceux relatifs aux applications, pour lesquels il récupère les données depuis l'onglet précédent « 2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS »).

L'établissement de santé doit répondre à un ensemble de questions qui correspondent aux différentes exigences spécifiées dans le Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun². Ces interrogations permettent à l'établissement de santé de vérifier qu'il atteint bien l'indicateur dans sa globalité.

² Disponible pour rappel à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

Le tableau « préambule - comptage des applications » est rempli automatiquement à partir des informations renseignées dans l'onglet précédent "2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS".

L'établissement renseigne ensuite le questionnaire, lequel :

- Reprend un à un les indicateurs de pré-requis du guide et présente pour chacun d'eux une ou plusieurs questions.
- Est structuré comme suit :

PX	Domaine de pré-requis 3 domaines au total : « P1 / Identités, mouvements », « P2 / Fiabilité, disponibilité », « P3 / Confidentialité »
PX.Y	Indicateur de pré-requis 1.2 indicateurs de pré-requis au total
PX.Y.Z.	Questions relatives à des exigences du pré-requis

Concrètement, l'établissement doit renseigner les différents champs de la colonne E « Réponse » en y inscrivant la réponse à chacune des questions posées. :

- La saisie des champs modifiables de cette colonne est pré-formatée : une liste de valeurs est proposée (« oui » ; « non » ; « ne sait pas », pour l'essentiel). Aucune autre valeur n'est acceptée.
- Certaines cellules sont automatiquement alimentées à partir des données du précédent onglet sont les suivantes : D21, D38, D86 et D89. Ces cellules sont verrouillées – elles ne peuvent être modifiées manuellement.



Le renseignement exhaustif des onglets suivants « 1) DIAG1 – INVENTAIRE », « 2) DIAG1 – EXIGENCES APPLIS » et « 3) DIAG2 – QUESTIONNAIRE » est impératif pour que les deux suivants « 4) RESULTATS » et « 5) PLAN D' ACTIONS » s'actualisent et produisent des résultats.

Outil d'accompagnement des établissements de santé à l'atteinte des pré-requis du programme Hôpital numérique

ONGLET N°3 : "DIAGNOSTIC (P3) - QUESTIONNAIRE RELATIF AUX PRE-REQUIS DU PROGRAMME HOPITAL NUMERIQUE"

Le présent onglet a pour objectif de positionner l'établissement de santé par rapport aux trois pré-requis du programme Hôpital numérique à partir d'un ensemble de questions portant sur les pré-requis du programme définis dans le Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun.

Pour ce faire, l'établissement de santé répond à chacune des questions posées dans le formulaire "domaine et indicateurs de pré-requis" ci-dessous qui correspondent aux différentes exigences spécifiées dans le Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun. Ces interrogations permettent à l'établissement de santé de vérifier qu'il atteint bien l'indicateur dans sa globalité. La saisie des champs de la colonne "réponse" est pré-formatée (ou/ou/none est pas). Seules les réponses correspondant à des taux (indicateurs P11, P13, P34, P35) sont calculées automatiquement à partir des éléments du tableau "préambule - comptage des applications" et ne peuvent être modifiées par l'établissement. Enfin, certaines questions, dont la colonne "cible" a la valeur "N/A", dépassent les exigences attendues pour l'atteinte des pré-requis, les réponses ne sont pas prises en compte dans l'évaluation.

Le tableau "préambule - comptage des applications" est rempli automatiquement à partir des informations renseignées dans l'onglet précédent "2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS".
Pour plus de détails sur les données indiquées dans la colonne "cible", l'établissement se réfère au Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun.

PREAMBULE - COMPTAGE DES APPLICATIONS (A PARTIR DES ONGLETS PRECEDENTS "2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS")	NOMBRE
Nombre d'applications du SIH	0
Nombre d'applications au cœur du processus de soins, gestion administrative et PMSI	0
Nombre d'applications au cœur du processus de soins, gestion administrative et PMSI connectées au référentiel d'identités des patients	0
Nombre d'applications au cœur du processus de soins, gestion administrative et PMSI connectées au référentiel de séjours / mouvements	0
Nombre d'applications gérant des données de santé à caractère personnel	0
Nombre d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle avec un système de renouvellement de mot de passe	0
Nombre d'applications gérant des données de santé à caractère personnel permettant une traçabilité des connexions	0

DOMAINE & INDICATEURS DE PRE-REQUIS	REPONSE	CIBLE
P1 Identités, mouvements		
P1.1 Référentiel unique d'identités des patients		
P111 Existe-t-il un référentiel unique d'identités des patients au sein de l'établissement ? Le référentiel unique d'identités du patient est un serveur d'identités ou un ensemble de composants (techniques et organisationnels) du SIH qui garantit la cohérence des données d'identités des patients pour toutes les applications.		oui
P112 Quel est le taux d'applications des domaines concernés ? connectées au référentiel d'identités des patients ? (calculé à partir de l'onglet 2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS)	70%	oui
P113 Le référentiel d'identités des patients gère-t-il l'INS ?		oui
P114 Comment les applications non connectées, la cohérence des informations avec le référentiel unique d'identités des patients est-elle assurée par une procédure organisationnelle ?		N/A
P1.2 Cellule d'identité-vigilance opérationnelle		
P121 Existe-t-il une cellule d'identité-vigilance au sein de l'établissement ? La cellule d'identité-vigilance est un organe ou instance en charge de la surveillance et de la prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients.		oui
P122 Si oui, cette cellule d'identité-vigilance se réunit-elle au moins une fois par trimestre ?		oui

INTRODUCTION / QUATRES / 1) DIAG1 - INVENTAIRE / 2) DIAG1 - EXIGENCES APPLIS / 3) DIAG2 - QUESTIONNAIRE / 4) RESULTATS / 5) PLAN D' ACTIONS

2.6 Onglet : « 4) Résultats »

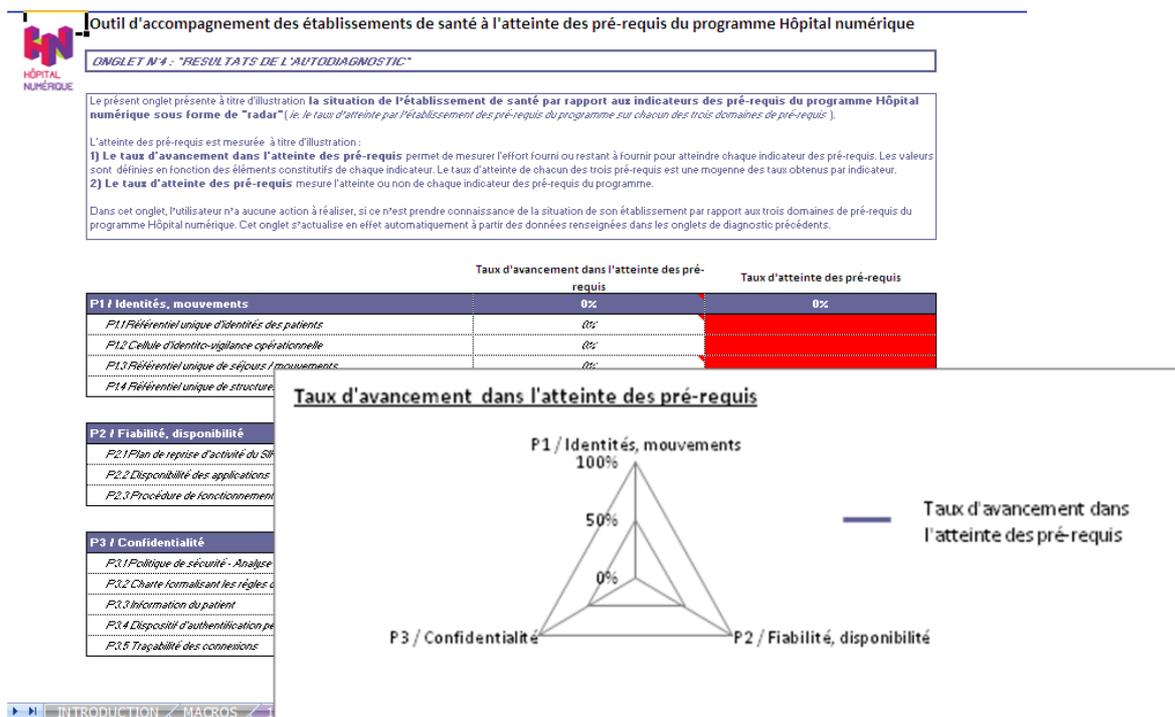
Cet onglet présente, sous forme de « radar », **les résultats de cet autodiagnostic en indiquant la situation de l'établissement de santé par rapport aux indicateurs des pré-requis du programme hôpital numérique** (ie. le taux d'atteinte par l'établissement des pré-requis du programme sur chacun des trois domaines de pré-requis).

L'atteinte des pré-requis est mesurée comme suit :

- **Le taux d'avancement dans l'atteinte des pré-requis** permet de mesurer l'effort fourni ou restant à fournir pour atteindre chaque indicateur des pré-requis. Les valeurs sont définies en fonction des éléments constitutifs de chaque indicateur. Le taux d'atteinte de chacun des trois pré-requis est une moyenne des taux obtenus par indicateur ;
- **Le taux d'atteinte des pré-requis** mesure l'atteinte ou non de chaque indicateur des pré-requis du programme.

Dans ce quatrième onglet, l'utilisateur **n'a aucune action à réaliser**, si ce n'est prendre connaissance de la situation de son établissement par rapport aux pré-requis et aux indicateurs associés du programme hôpital numérique.

Cet onglet **s'actualise automatiquement** à partir des données renseignées dans les onglets de diagnostic.



2.7 Onglet : « 5) Plan d'action »

En fonction des résultats du diagnostic, l'outil propose automatiquement à l'établissement un **plan d'actions** portant sur les travaux restant à mener pour atteindre les pré-requis du programme **pour lesquels il n'atteint pas encore le seuil d'éligibilité** fixé au « Guide des

indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun » du programme hôpital numérique.

Ce cinquième onglet se décompose en deux grands blocs d'informations :

1) Un premier bloc relatif aux « Actions à mettre en œuvre compte tenu du diagnostic »

Dans ce premier bloc sont automatiquement identifiées par l'outil, en fonction des informations renseignées par l'établissement dans les précédents onglets :

- **En grisé** les actions pour lesquelles l'établissement remplit d'ores et déjà le pré-requis et qu'il n'a donc pas besoin de mettre en œuvre ;
- **En blanc** les actions qu'il lui reste à mettre en œuvre s'il souhaite remplir la totalité des pré-requis hôpital numérique.

Dans ce premier bloc :

- La colonne B (« Pré-requis concerné ») identifie le pré-requis du programme hôpital numérique auquel sont rattachées les actions à mettre en œuvre ;
- La colonne C (« Question du diagnostic associée ») précise la / les interrogation(s) du questionnaire relatif à l'atteinte des pré-requis auxquelles l'action est liée. Concrètement, le statut réalisé ou non de l'action concernée dépend de la réponse apportée par l'établissement à la / les interrogation(s) dont la référence est indiquée dans cette colonne ;
- La colonne D (« QUOI ») recense les actions que l'établissement doit mener pour remplir pleinement le pré-requis concerné ;
- La colonne E (« Statut lors du diagnostic ») rappelle simplement les actions qui ont déjà été menées par l'établissement (statut « Action réalisée », lignes grisées) et celles qu'il lui reste à mener (statut « Action à réaliser », lignes blanches).

2) Un second bloc relatif aux « Modalités de mise en œuvre de ces actions »

Pour les actions qu'il reste à mener par l'établissement pour remplir l'ensemble des pré-requis du programme (lignes non grisées), **le second bloc d'information permet au responsable projet au sein de l'établissement :**

- En colonne G (« Démarche envisageable »), de disposer d'indications sur une façon de mettre en œuvre l'action ;
- En colonne H (« Niveau de difficulté de l'action »), de disposer d'une indication sur la complexité estimée de l'action à mettre en œuvre. Le niveau de difficulté de l'action est indicatif, il peut en effet varier de manière importante en fonction de la maturité de l'établissement et des moyens à sa disposition. Il est laissé à l'établissement de santé la possibilité d'adapter ce niveau de difficulté ;
- En colonne I (« Outils méthodologiques »), de disposer le cas échéant de documents-type, fiches pratiques ou éléments méthodologiques susceptibles de l'aider à mener à bien l'action concernée³ ;
- En colonne J (« QUI »), d'identifier pour chaque action les acteurs responsables de sa réalisation ;

³ La liste complète des outils méthodologiques contenus dans l'outil est disponible au paragraphe 1.3.2 du présent document.

- En colonne K (« Délai indicatif de réalisation »), de disposer d'une indication sur la durée estimée pour mener à bien l'action. Le délai de réalisation de l'action est indicatif, il peut en effet varier de manière importante en fonction de la maturité de l'établissement et des moyens à sa disposition. Il est laissé à l'établissement de santé la possibilité d'adapter le délai de réalisation ;
- En colonne L (« Date de début »), d'indiquer la date à laquelle ont concrètement débutés les travaux sur l'action concernée ;
- En colonne M (« Date de fin »), d'indiquer la date à laquelle l'action concernée a été achevée ;
- En colonne N (« Statut »), d'indiquer le statut de l'action (« Action réalisée » ; « Action en cours » ; « Action non commencée ») ;
- En colonne N enfin (« Commentaires »), de faire figurer tous les commentaires utiles relatifs à l'action concernée, dans l'hypothèse notamment où ce plan d'action serait partagé entre plusieurs ressources au sein de l'établissement.

Le renseignement par le responsable projet de ces informations doit lui permettre :

- De constituer **un plan d'actions concret** pour l'atteinte des pré-requis hôpital numérique non couverts à date au sein de son établissement ;
- **D'organiser et répartir les travaux en interne** au sein de l'établissement, en mettant à la disposition des acteurs mobilisés le support méthodologique adéquat.

1) ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE COMPTE TENU DU DIAGNOSTIC			
Pré-requis	Question du diag associée	QUOI ? <i>Actions à mettre en œuvre</i>	Statut de l'action lors du diagnostic
P1.4 - Référentiel unique de structure			
P.1.4.1	1. Réaliser un état des lieux des fichiers de structure de l'établissement et des procédures de mise à jour de ces fichiers		Action réalisée
P.1.4.1	2. Définir le modèle du référentiel unique de structures		Action réalisée
P.1.4.1	3. Elaborer le référentiel unique de structure de l'établissement		Action réalisée
P.1.4.2 P.1.4.3	4. Formaliser une procédure de mise à jour du référentiel unique de structures de l'établissement		Action à réaliser
l'établissement de santé ; - Miroir en place d'un système d'évaluation et d'un suivi qualité.			Mayon
- Définir la liste des référentiels de séjour et de mouvement utilisés au sein de l'établissement de santé ; - Etudier l'opportunité de définir l'un de ces référentiels comme le référentiel unique et d'y connecter les autres référentiels / applicatifs au de mettre en place un nouveau référentiel unique ; - Dans le cas du choix d'une solution nouvelle, élaborer le cahier des charges pour la mise en œuvre du référentiel			Mayon
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE CES ACTIONS			
<i>Détails méthodologiques</i>		QUI ? <i>Acteurs concernés (internes et externes à l'établissement)</i>	
		- Direction Générale / CME / DSI / DIM / Direction de la gestion des risques / Représentants du personnel médical, paramédical et administratif	
		- Direction Générale / CME / DSI / DIM / Direction de la gestion des risques / Représentants du personnel médical, paramédical et administratif	
		- Direction Générale / CME / DSI / DIM / Direction de la gestion des risques / Représentants du personnel médical, paramédical et administratif	
		- Direction Générale / CME / DSI / DIM / Direction de la gestion des risques / Représentants du personnel médical, paramédical et administratif	
		- Membre de la cellule d'identité/qualité	
		- DSI / Service informatique / Bureau des entrées / Industriel	

3. Liste des fonctionnalités pour l'inventaire des applications

Ce point présente la **liste des fonctionnalités regroupées en domaines fonctionnels proposée aux établissements de santé** pour établir l'inventaire des applications en production au sein de leur structure. Cette liste de fonctionnalités correspond à la nomenclature utilisée dans l'observatoire des systèmes d'information de santé - oSIS.

Il est par ailleurs précisé dans le tableau ci-dessous **les fonctionnalités intégrées ou non aux domaines concernés** du programme hôpital numérique⁴ qui détermine le calcul des indicateurs suivants :

- P1.1 « Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identités des patients » ;
- P1.3 « Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients ».

DOMAINE	FONCTIONNALITE	NOM DE L'APPLICATION	FONCTIONNALITE INTEGREE DANS LES DOMAINES CONCERNES* (Pour information, pour le calcul des indicateurs P1.1 et P1.3)
Gestion administrative du patient			
	Gestion administrative du patient		oui
	Gestion des actes et consultations externes		oui
	Facturation (séjours, ACE)		oui
Gestion du dossier (médical et paramédical) du patient			
	Bureautique médicale		oui
	Gestion du dossier médical du patient		oui
	Gestion des dossiers d'anesthésie		oui
	Gestion des dossiers de réanimation		oui
	Gestion des dossiers transfusionnels		oui
	Gestion des dossiers RCP		oui
	Gestion des dossiers de dialyse		oui
	Gestion des dossiers HAD		oui
	Gestion du dossier de soins		oui
	Autres dossiers de spécialités (ex : psychiatrique, obstétrique, ...) -		oui
	Autres dossiers de spécialités (ex : psychiatrique, obstétrique, ...) -		oui
	Autres dossiers de spécialités (ex : psychiatrique, obstétrique, ...) -		oui
Gestion des ressources			
	Gestion des lits (planification)		non
	Gestion des rendez vous et planification		oui
Gestion des prescriptions et demandes d'exams			
	Prescription de Médicaments		oui
	Prescription de Produits Sanguins Labiles		oui
	Prescription de Chimiothérapies		oui
	Prescription d'Analyses médicales (Biologie, Hématologie, Bactériologie,...)		oui
	Prescription d'Examens d'Imagerie		oui
	Prescription de Soins		oui
Gestion des activités médico-techniques			
	Gestion des blocs opératoires		oui
	Gestion de laboratoire de biologie		oui
	Serveur de résultats - biologie		oui
	Gestion de Laboratoire d'anatomocytopathologie		oui
	Pharmacie		oui
	Chimiothérapie		oui
	Traçabilité des DMI (saisie, suivi)		oui
	Stérilisation (Gestion et suivi de traçabilité)		non
	Médecine Nucléaire		oui
	Imagerie Médicale - SIR		oui
	Imagerie Médicale - PACS		oui
	Gestion du dépôt de produit sanguins labiles		oui
	Hémovigilance		oui

⁴ DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun ; Avril 2012.

DOMAINE	FONCTIONNALITE	NOM DE L'APPLICATION	FONCTIONNALITE INTEGREE DANS LES DOMAINES CONCERNES* (Pour information, pour le calcul des indicateurs P1.1 et P1.3)
Urgences			
	Gestion des urgences		oui
Recueil d'activités, production des données T2A			
	PMSI MCO		oui
	PMSI SSR		oui
	PMSI PSY		oui
	Recueil d'activité et aide au codage		oui
	Outil de contrôle qualité		non
	Constitution du FICHCOMP - MO		oui
	Constitution du FICHCOMP - DMI		oui
	Constitution du FICHCOMP - PIE		oui
	Constitution du FICHCOMP - PO		oui
	Constitution du FICHCOMP - PIP		oui
	Constitution des fichiers VIDHOSP		oui
	Constitution du RSF / ACE		oui
	Constitution du RSS groupé		oui
Système d'information économique et financier			
	Gestion Economique et financière		non
	Comptabilité analytique		non
Système d'Information logistique et technique			
	GMAO - biomédical		non
	Restauration (commande patient, production, diététique)		non
	Transport des patients		non
	GMAO - Services techniques		non
Gestion des identités			
	SSO		non
Gestion des ressources humaines			
	Système de Gestion des Ressources Humaines		non
	Médecine du travail		non
Système d'Information Qualité et Gestion des risques			
	Gestion des Vigilances (Déclaration et remontée d'alertes - Matéριο-Pharmaco-Bio-Vigilances,...)		non
	Gestion des Risques - Evenements indésirables		non
	Gestion Documentaire		non
	Questionnaires - Enquetes		non
Système d'information de pilotage			
	Système décisionnel		non
Système d'Information de Réseau Ville-Hôpital/ Hôpital-Hôpital			
	Messagerie Sécurisée PS		non
	Portail Extranet PS		non
	Télémédecine		non

Les domaines concernés sont détaillés dans le guide des indicateurs du socle Les domaines concernés sont précisés dans le Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun de la DGOS disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

Ces domaines sont les suivants :

- Dossier médical (observations et synthèses, comptes-rendus, recueil de l'activité et des diagnostics) ;
- Prescriptions (prescriptions de médicaments, demandes d'examens dont biologie, prescriptions de chimiothérapie) ;
- Dossier de soins (prise en charge du patient, gestion du travail infirmier) ;
- Dossiers de spécialité (dossier transfusionnel, réanimation, urgences, autre) ;
- Production des activités médico-techniques (bloc, anesthésie, laboratoire, pharmacie, anatomopathologie, imagerie SIR, imagerie PACS, radiothérapie) ;
- PMSI ;
- Gestion administrative du patient.

4. Assistance



Pour **toute question ou information complémentaire sur le programme hôpital numérique**, vous pouvez contacter le chargé de mission SI (CMSI) de l'ARS de votre région.

La liste des CMSI et leurs coordonnées sont disponibles sur le site Internet du programme, à l'adresse suivante <http://www.sante.gouv.fr/hopital-numerique-le-volet-financement.html>

ANNEXE 4

Boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis – fiches pratiques



Sommaire

1.	Le programme hôpital numérique.....	3
2.	Le socle commun du programme	3
3.	La boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis – les fiches pratiques.....	4
3.1	<i>Fiche pratique 1 : Exemple de méthode de mise en œuvre de l'identito-vigilance au sein d'un établissement de santé</i>	<i>7</i>
3.2	<i>Fiche Pratique 2 : Procédure type de mise à jour du référentiel unique de structure</i>	<i>14</i>
3.3	<i>Fiche pratique 3 : Plan type d'un Plan de reprise d'activité du si et bonnes pratiques .</i>	<i>21</i>
3.4	<i>Fiche pratique 4 : Exemple de méthode d'évaluation des taux de disponibilité des applications</i>	<i>32</i>
3.5	<i>Fiche pratique 5 : Bonnes pratiques d'élaboration des procédures de fonctionnement en mode dégradé / de retour à la normale du système d'information.....</i>	<i>36</i>
3.6	<i>Fiche pratique 6 : Fiche de poste type d'un Rssi et description des fonctions d'un référent sécurité du système d'information</i>	<i>41</i>
3.7	<i>Fiche pratique 7 : Charte type d'accès et d'usage du système d'information</i>	<i>46</i>
5.	Assistance	58
6.	Remerciements	58

1. Le programme hôpital numérique

Le développement et la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) sont devenus un enjeu majeur pour l'ensemble de la politique d'amélioration de l'organisation des soins. Afin de préparer les prochaines étapes de développement des systèmes d'information hospitaliers au service d'une meilleure prise en charge des patients, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé en novembre 2011 **le programme hôpital numérique, plan stratégique de développement et de modernisation des SIH pour la période 2012-2017.**

Le programme hôpital numérique a pour ambition de :

- **Coordonner l'ensemble des acteurs** (établissements de santé, ARS, administration centrale, industriels) autour d'une feuille de route commune pour les SIH ;
- Amener l'ensemble des établissements de santé à **un niveau de maturité de leurs systèmes d'information suffisant pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance** dans des domaines fonctionnels prioritaires, sur un socle assurant la sécurité des données ;
- **Soutenir les projets innovants.**

Pour ce faire, le programme hôpital numérique propose d'agir simultanément sur quatre axes stratégiques et quatre chantiers transverses :

Axes	Chantiers transverses
<u>Axe 1: gouvernance</u> Comblent les manques de gouvernance SI et favoriser l'implication dans les SI des professionnels de santé et cadres dirigeants	<u>Chantier transverse 1</u> Piloteage du programme HN
<u>Axe 2: compétence</u> Renforcer les compétences relatives aux SIH	<u>Chantier transverse 2</u> Communication
<u>Axe 3: offre</u> Stimuler et structurer l'offre de solutions	<u>Chantier transverse 3</u> Evaluation de la création de valeur du SI en termes de qualité /sécurité des soins et amélioration de la prise en charge
<u>Axe 4: financement</u> Financer un socle de priorités, subordonné à l'atteinte de cibles d'usage	<u>Chantier transverse 4</u> Accompagnement des établissements de santé à l'atteinte des pré-requis et du socle fonctionnel HN

2. Le socle commun du programme

Le programme hôpital numérique vise à amener, à horizon 2017, l'ensemble des établissements de santé¹ vers un **premier niveau de maturité** de leurs systèmes d'information pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la

¹ Les établissements de santé concernés par le programme Hôpital Numérique sont les établissements sanitaires quel que soit leur statut (public, privé, ESPIC) et leur champ d'activité (MCO, SSR, PSY, HAD).

performance dans des domaines fonctionnels prioritaires, sur un socle assurant la sécurité des données.

Ce premier palier de maturité défini par le programme se compose :

- De **3 pré-requis** indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité :
 - Identité / Mouvement ;
 - Fiabilité / Disponibilité ;
 - Confidentialité.
- De **5 domaines fonctionnels prioritaires**, pour lesquels le programme définit des exigences en matière **d'usage** du système d'information :
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins.
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

L'ensemble des indicateurs associés au socle commun hôpital numérique est détaillé au sein du « Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun », disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>.

3. La boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis – les fiches pratiques

Afin de les accompagner dans l'atteinte des pré-requis, la DGOS a souhaité les outiller en mettant à leur disposition une boîte à outils composée de :

- **Un outil d'auto diagnostic et plan d'actions associé** permettant aux structures qui le souhaitent de procéder à une auto-évaluation de leur situation au regard des 3 pré-requis du programme et d'identifier sur cette base la démarche et les actions à mettre en œuvre pour atteindre l'ensemble des indicateurs des pré-requis. **Cet outil ainsi que son mode d'emploi sont téléchargeables à l'adresse suivante :** <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>;
- **Des fiches pratiques autoportées** visant à apporter aux établissements un support méthodologique pour l'atteinte des pré-requis du programme.

Les fiches pratiques présentées ci-dessous ont vocation à aider les établissements dans l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique en mettant à leur disposition des **documents pratiques et supports méthodologiques**. Ces fiches sont autoportées ; elles peuvent être utilisées indépendamment de l'outil d'autodiagnostic et du plan d'actions associé.

Ces fiches pratiques sont les suivantes :

- **Indicateur P1.2 (Existence d'une cellule d'identitovigilance opérationnelle) : Exemple de méthode de mise en œuvre de l'identitovigilance au sein d'un établissement de santé**

Cette fiche pratique propose une méthode pour la mise en œuvre d'une démarche d'identito-vigilance au sein d'un établissement de santé. Elle s'appuie en particulier sur les travaux qui ont été menés par le Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (GMSIH) sur l'identification du patient en établissement et la rédaction de la politique d'identification des établissements.

- **Indicateur P1.4 (Existence d'un référentiel unique de structure piloté et mis à jour régulièrement dans les applicatifs, en temps utile) : Procédure type de mise à jour du référentiel unique de structure**

Cette fiche pratique propose des modalités de mise à jour du référentiel unique de structure et d'intégration de ces mises à jour dans les applicatifs de l'établissement.

Cette procédure constitue un document justificatif demandé dans le dossier de candidature de l'établissement au volet « financement » du programme.

- **Indicateur P2.1 (Existence d'un Plan de reprise d'activité du système d'information formalisé) : Plan type d'un Plan de reprise d'activité du système d'information et bonnes pratiques**

Ce document propose un plan type d'un Plan de reprise d'activité du système d'information d'un établissement de santé (PRA). Il indique les éléments indispensables qu'il convient d'intégrer dans un PRA du système d'information.

- **Indicateur P2.2 (Existence d'une définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et la mise en œuvre d'une évaluation de ce taux) : Exemple de méthode d'évaluation des taux de disponibilité des applications**

Cette fiche pratique propose une méthode d'évaluation du taux de disponibilité des applications.

- **Indicateur P2.3 (Existence de procédures assurant d'une part un fonctionnement dégradé du système d'information au cœur du processus de soins en cas de panne et d'autre part un retour à la normale) : Bonnes pratiques d'élaboration des procédures de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale du système d'information**

Une proposition de méthode d'élaboration des procédures de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale du système d'information est présentée dans cette fiche pratique.

- **Indicateur P3.1 (Existence d'une politique de sécurité formalisée pour les applications au cœur du processus de soins et fondée sur une analyse des risques au sein de l'établissement et l'existence d'une fonction de référent sécurité) : Fiche de poste type d'un Responsable de la sécurité des Systèmes d'information (RSSI) et description des fonctions d'un référent sécurité du système d'information**

Cette fiche propose une fiche de poste type d'un RSSI détaillant la description des missions et des activités ainsi que le profil et les compétences requis. Elle propose également une description des fonctions d'un référent sécurité d'un établissement de santé.

- **Indicateur P3.2 (Existence d'une charte ou d'un document formalisant les règles d'accès et d'usage du système d'information, en particulier pour les applications gérant des informations de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs) : Charte type d'accès et d'usage du système d'information**

Cette fiche pratique propose une charte type d'accès et d'usage du système d'information, laquelle décrit les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet d'un établissement et rappelle aux utilisateurs les droits et responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

Les fiches pratiques sont disponibles dans la suite du présent document.

3.1 Fiche pratique 1 : Exemple de méthode de mise en œuvre de l'identito-vigilance au sein d'un établissement de santé

CONTEXTE DE LA FICHE PRATIQUE

Le socle commun du programme hôpital numérique est constitué :

- **De 3 pré-requis** indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité.
 - Identités, mouvements ;
 - Fiabilité – disponibilité ;
 - Confidentialité.
- **De 5 domaines fonctionnels** pour lesquels le programme définit des exigences en matière d'usage du système d'information.
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

Le pré-requis « Identités, mouvements » comprend 4 indicateurs, dont l'indicateur P1.2 portant sur **l'existence d'une Cellule d'identito-vigilance opérationnelle**². Cette cellule s'inscrit plus largement dans la mise en œuvre d'une démarche d'identito-vigilance dont cette fiche pratique propose une méthode dans le cadre de l'outillage des établissements de santé par la DGOS.

PRESENTATION DE LA FICHE PRATIQUE

Le présent document propose **une méthode pour la mise en œuvre d'une démarche d'identito-vigilance au sein d'un établissement de santé** ; méthode correspondant à celle du plan d'action proposé aux établissements de santé pour atteindre les pré-requis du programme hôpital numérique. Il s'appuie en particulier sur les travaux du GMSIH menés sur l'identification du patient en établissement de santé (avril 2002) et sur la rédaction de la politique d'identification des établissements (octobre 2007).

Cette fiche ne constitue pas une recommandation mais vise à présenter aux établissements un cadre méthodologique pour mettre en œuvre une démarche d'identito-vigilance. Elle concerne les aspects techniques de l'identitovigilance et non organisationnels.

La méthode qui est proposée dans cette fiche pratique correspond à une démarche globale de mise en œuvre de l'identito-vigilance qui va ainsi au-delà de l'exigence fixée par le programme, laquelle porte sur l'existence d'une cellule d'identito-vigilance opérationnelle².

² DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

1. REALISATION D'UN ETAT DES LIEUX DE LA GESTION DES IDENTITES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La **réalisation d'un état des lieux** constitue un préalable à une meilleure identification du patient au sein de l'établissement. Cet état des lieux s'articule autour de **deux volets**, organisationnel et technique, qui doivent permettre de décrire l'existant et d'envisager les évolutions permettant d'améliorer l'identification du patient au sein de l'établissement.

- A. **Le volet organisationnel de l'état des lieux** doit permettre de vérifier l'existence des structures de base au sein de l'établissement pour mettre en place une politique d'identification efficace. Ce premier volet consiste à mener une analyse de l'existant sur les points suivants :
- Le recensement des lieux où s'effectue l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans l'identification : *Quels sont les services qui identifient les patients ? Qui sont les acteurs responsables de l'identification du Patient ? Existe-t-il une Cellule d'identito-vigilance ? ...*
 - La politique d'identification : *A-t-elle été définie ? Est-elle formalisée ? Est-elle appliquée ? Son application est-elle vérifiée et est-elle mise à jour régulièrement ?*
...
 - Les procédures d'identification des patients : *Sont-elles mises en place ? Sont-elles diffusées ? Sont-elles appliquées ? Sont-elles mises à jour régulièrement ? Des formations du personnel ont-elles été mises en place ? Des procédures qualité ont-elles été mises en place ? ...*
 - Le processus de contrôle de l'identité des patients / de gestion des anomalies des identités et des corrections associées : *Ces processus sont-ils définis ? Formalisés ? Appliqués par les acteurs ? ...*
- B. **Le volet technique de l'état des lieux** vise à vérifier l'état du système d'information participant à l'identification du *patient*, afin d'en déduire les évolutions à réaliser. Ce second volet doit permettre d'aborder les points suivants :
- La cartographie des systèmes : cartographie des applications, informations relatives aux identités des patients utilisées par ces applications, cartographie des flux mis en œuvre entre ces applications ;
 - Les caractéristiques techniques des outils utilisés et en particulier la définition des interfaces mises en œuvre (mode de communication et contenu des échanges) et des normes et standards supportés par les applications mises en œuvre ;
 - Les éléments de sécurité mis en œuvre ;
 - Les caractéristiques des moyens de communication existants ;
 - Le fonctionnement en mode dégradé des systèmes mis en œuvre ;
 - Les éléments de qualité connus du système comme par exemple le nombre d'identités gérées actives et historiques, le nombre de doublons, ... ;
 - Les éléments de performance connus du système comme par exemple les temps de réponse moyens, le taux de disponibilité du système, ... ;
 - La présence ou non d'un Enterprise Application Integration (EAI) et son périmètre.

L'établissement de santé met en place un **groupe de travail ad hoc** pour réaliser cet état des lieux. Ce groupe de travail composé notamment des représentants de la Direction générale, de la Commission Médicale de l'établissement, de la Direction des systèmes d'information, de la Direction de l'Information Médicale, ainsi que des services de l'établissement utilisateurs du système d'information (service des admissions, service des urgences, laboratoires, ...) se réunira régulièrement tout au long de la période de réalisation de l'état des lieux.

2. ELABORATION DE LA POLITIQUE DE GESTION DES IDENTITES DU PATIENT

Sur la base de l'état des lieux de la gestion des identités mené préalablement, l'établissement définit sa politique d'identification et de rapprochement d'identités qu'il formalise respectivement dans une **Charte d'identification** et une **Charte de rapprochement d'identités**.

A. La politique d'identification des patients vise à garantir une identification fiable et de qualité des patients au sein de l'établissement. Cette politique formalisée dans la Charte d'identification de l'établissement définit notamment :

- Le périmètre de la politique : *population de patients concernée, type de prise en charge concerné, périmètre technique, ...* ;
- Les principes et les processus d'identification à respecter : *procédures de création, de contrôle interne et qualité, traçabilité, ...* ;
- Les acteurs concernés et les instances en charge de garantir l'identification du patient ;
- L'organisation mise en œuvre et la répartition des responsabilités ;
- Les outils : *services disponibles, formats utilisés, concepts utilisés, ...*³.

La politique d'identification de l'établissement de santé devra prendre en compte l'Identifiant National de Santé (INS) mis en place suite aux travaux menés par le GMSIH et dont la gestion et le déploiement sont pilotés par l'ASIP Santé.

Cette Charte doit être cohérente avec les principes énoncés dans la politique de rapprochement lorsque celle-ci existe.

B. La politique de rapprochement d'identités permet d'assurer la cohérence des identités partagées au sein de l'établissement ou d'organisations de santé souhaitant communiquer. Cette politique formalisée dans la Charte de rapprochement d'identités de l'établissement définit notamment :

- Les règles de gestion des rapprochements ;
- Les relations entre domaines et le partage des responsabilités ;
- Le format de l'identifiant et des traits utilisés ;
- Les services disponibles ;
- Les droits d'accès à la structure de rapprochement (habilitations) ;
- Le mode d'authentification des accès (cartes ou autres) ;
- Les normes et standards utilisés ;
- Les principes de sécurisation des données⁴.

Elle doit être cohérente avec la politique d'identification des organisations impliquées. Le cas échéant, elle peut amener à une modification de la politique d'identification.

Ces Chartes sont définies et mises à jour par les **Autorités Gestion de l'Identification / du Rapprochement (AGI / AGR)** mises en place à cet effet. Ces Autorités sont également en charge de l'allocation des moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces politiques et l'adaptation de l'organisation permettant d'assurer une identification fiable du patient.

Afin de ne pas multiplier les instances faisant appel à la Direction générale, des établissements ont choisi de confier les missions de ces instances à une structure existante,

³ GMSIH ; *Guide pour l'élaboration des politiques d'identification et de rapprochement* ; avril 2002

⁴ GMSIH ; *Guide méthodologique à l'usage des établissements : Réalisation d'un état des lieux de l'identification du patient* ; octobre 2007

telle que le Comité de pilotage « Qualité », le Comité « Qualité et gestion des risques », le Collège de l'Information Médicale, le Conseil de la Direction de l'Information Médicale, ...⁵.

Dans le cadre de l'élaboration de ces politiques, l'établissement de santé tiendra compte des dispositions du critère 15.a. « Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » du manuel de certification v2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁶. Il trouvera dans le document décrivant les éléments de vérification des experts-visiteurs, les éléments qu'il veillera à prendre en compte, notamment :

- Élément d'appréciation E1. Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis ;
- Élément d'appréciation E2. Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique ;
- Élément d'appréciation E3. La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits) et les erreurs sont analysées et corrigées.

3. MISE EN PLACE D'UNE CELLULE D'IDENTITO-VIGILANCE

La **Cellule d'identito-vigilance** est l'organe en charge de la surveillance et de la prévention des erreurs et des risques liés à l'identification des patients au sein d'un établissement de santé. Elle est l'instance qui met en œuvre la politique d'identification de l'établissement⁷.

Pour mettre en place une Cellule d'identito-vigilance, l'établissement de santé devra dans un premiers temps déterminer et formaliser les éléments suivants :

- Les missions de la Cellule d'identito-vigilance ;
- La composition de la Cellule d'identito-vigilance ;
- Le mode de fonctionnement de la Cellule.

Des recommandations relatives aux missions à confier à la Cellule d'identito-vigilance, à sa composition et son mode de fonctionnement sont proposées ci-après.

• **Missions de la Cellule d'identito-vigilance**

Les missions de la Cellule d'identito-vigilance sont les suivantes :

- Mettre en œuvre la politique d'identification de l'établissement de santé ;
- Accompagner au quotidien, ou de manière régulière, le bureau des entrées et tous les autres services en charge de l'identification pour le traitement et le suivi des anomalies (doublons, collisions, ...) ;

⁵ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées ; Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identito-vigilance dans les établissements de santé ; juillet 2009

⁶ Haute Autorité de Santé (HAS) ; Manuel de certification v2010 – critère 15.a « Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » ; Avril 2011

⁷ Cf. fiche pratique « étape 3. Elaboration de la politique de gestion des identités des patients de l'établissement »

- Gérer les problèmes liés aux actions d'identification du patient ;
- Transmettre les informations nécessaires aux autres domaines d'identification pour réaliser des rapprochements d'identités ;
- Alerter l'Autorité de gestion de l'identification des éventuels dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification;
- Produire, suivre et transmettre à l'Autorité de gestion de l'identification les indicateurs qualités ;
- Elaborer les règles de gestion concernant les services de l'établissement ;
- Conduire des actions de formation, d'assistance et de sensibilisation aux politiques d'identification et de rapprochement auprès de l'ensemble des acteurs de l'établissement ;
- Rédiger des manuels de procédure ;
- Valider ou modifier les actions de rapprochement (mise à jour, fusions, modifications, éclatement) de l'identité, et en informer l'Autorité de gestion des rapprochements qui les répercute dans l'infrastructure centrale et les diffuse à l'ensemble des domaines concernés.

- **Composition de la Cellule d'identito-vigilance**

La Cellule d'identito-vigilance est généralement composée des représentants de l'établissement suivants :

- Le gestionnaire des risques ;
- Le médecin du département de l'information médicale ;
- Un représentant de la direction des systèmes d'information ;
- Un représentant du bureau des entrées ;
- Un représentant de chaque service concerné par l'identification ;
- Les membres du Comité de coordination des vigilances et de gestion des risques ;
- Toute autre personne qualifiée.

- **Fonctionnement de la Cellule d'identito-vigilance**

La Cellule d'identito-vigilance se réunit selon une **périodicité a minima trimestrielle** ou un rythme permettant d'assurer une identification fiable au regard du flux de création. Les échanges tenus au cours de ces réunions sont formalisés dans des comptes-rendus.

Un **système de permanence** peut être assuré par un ou deux membres de la Cellule d'identito-vigilance pour traiter les cas les plus simples. Les cas les plus complexes nécessitant l'intervention du médecin DIM pour consulter les dossiers médicaux sont traités de manière périodique selon les besoins de l'établissement.

La Cellule d'identito-vigilance est **l'administrateur de l'identité** au sein du domaine d'identification. Ses membres disposent donc de l'ensemble des droits sur les services. Cependant au sein de la Cellule d'identito-vigilance, seul un professionnel de santé tenu au secret médical et ayant les compétences médicales adéquates dispose de **l'habilitation nécessaire pour consulter les informations complémentaires du patient de nature médicale**.

Enfin, la Cellule d'identito-vigilance élabore **un rapport d'activité** recensant notamment les actions menées pour la mise en œuvre de la politique de gestion des identités (élaboration de procédures, actions de communication, formation, ...) et les indicateurs d'évaluation de la qualité de l'identification des patients par les acteurs de l'établissement.

4. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE GESTION DES IDENTITES PAR LA CELLULE D'IDENTITO-VIGILANCE

La Cellule d'identito-vigilance une fois mise en place met en œuvre la politique d'identification et de rapprochement d'identités de l'établissement.

Pour mener à bien son activité, la Cellule d'identito-vigilance est notamment accompagnée du gestionnaire des risques et du Comité de coordination des vigilances et de gestion des risques de l'établissement.

Les activités de la Cellule sont les suivantes :

- **Elaboration des procédures d'identification et de rapprochement d'identités**

La Cellule d'identito-vigilance rédige et établit des procédures ayant pour objectif d'appliquer la politique d'identification et de rapprochement d'identités de l'établissement. Ces procédures décrivent notamment les processus d'identification du patient tels que la création, la validation ou la recherche d'une identité.

- **Mise en place de plans de communication et de formation au sujet de l'identification auprès du personnel de l'établissement de santé**

Afin de sensibiliser le personnel de l'établissement de santé aux enjeux de l'identification du patient et porter à sa connaissance la politique d'identification de la structure, la Cellule d'identito-vigilance met en œuvre des actions de communication et de formation.

Deux actions de sensibilisation et de formation doivent être envisagées :

- **Une action d'information et de communication générale** afin que l'ensemble des acteurs soit sensibilisé aux enjeux de l'identification (sessions d'information, affiches de communication).
- **Une action de formation spécifique à l'utilisation des outils au quotidien** à destination du personnel concerné (sessions de formation, assistance téléphonique, aide en ligne, ...).

- **Mise en place d'un système d'évaluation et d'un suivi qualité**

La Cellule d'identito-vigilance produit et analyse périodiquement un tableau de bord recensant des indicateurs de qualité. Parmi ceux-ci pourront être suivis :

- **Les indicateurs portant sur la qualité des données** (taux de doublons, taux de collisions, taux de modifications de l'identité, taux d'identités créées à l'état provisoire, ...)
- **Les indicateurs portant sur l'utilisation des services** (taux de fusions, classement des informations le plus fréquemment accédées, ...)
- **Les indicateurs portant sur l'organisation de l'identification** (taux de fusions par service, classement des informations le plus fréquemment accédées par service, ...).

Ces indicateurs permettent d'évaluer le niveau de qualité de l'identification des patients au sein de l'établissement et la bonne application de la politique d'identification par les acteurs.

En complément de ces activités, la Cellule d'identito-vigilance peut également être amenée à réaliser en collaboration avec d'autres acteurs la définition d'une architecture technique cible du système d'identification du patient, ainsi que l'adaptation des applications « métier » existantes.

L'établissement veillera à mettre en place une gestion structurée de la documentation relative à la politique d'identification des patients au sein de la structure (charte d'identification, charte de rapprochement, procédures associées, etc.).

5. POUR ALLER PLUS LOIN

Dans le cadre de la mise en place de sa démarche d'identito-vigilance, l'établissement de santé pourra notamment s'appuyer sur les documents suivants :

- [HAS ; Guide pour préparer et conduire votre démarche de certification V2010 : Élément de vérification des critères PEP ; juin 2011](#)
- [GMSIH ; Accompagnement à la rédaction de la politique d'identification des établissements de santé ; Octobre 2007](#)
- [GMSIH ; Evaluer l'existant organisationnel et technique mis en place par mon établissement \(identification du patient ; Octobre 2007 ;](#)
- [GMSIH ; Travaux relatifs à l'identification du patient ; Avril 2002 ;](#)
- [Groupe de travail de la CCREVI de Midi-Pyrénées ; Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identito-vigilance dans les établissements de santé ; Juillet 2009 ;](#)
- Collège National de Biochimie des Hôpitaux ; Guide pratique de l'identitovigilance ; Septembre 2012

3.2 Fiche Pratique 2 : Procédure type de mise à jour du référentiel unique de structure

CONTEXTE DE LA FICHE PRATIQUE

Le socle commun du programme hôpital numérique est constitué :

- **De 3 pré-requis** indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité.
 - Identités, mouvements ;
 - Fiabilité – disponibilité ;
 - Confidentialité.
- **De 5 domaines fonctionnels** pour lesquels le programme définit des exigences en matière d'usage du système d'information.
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

Le pré-requis « Identités, mouvements » comprend 4 indicateurs, dont l'indicateur P1.4 portant sur **l'existence d'un référentiel unique de structure de l'établissement piloté et mis à jour régulièrement dans les applicatifs, en temps utile**⁸.

Dans le cadre de l'outillage des établissements de santé pour l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique, la DGOS met à la disposition des établissements une fiche pratique relative à la procédure de mise à jour du référentiel unique de structure.

PRESENTATION DE LA FICHE PRATIQUE

La procédure de mise à jour du référentiel unique de structure de l'établissement vise à décrire les modalités d'actualisation du référentiel susvisé d'une part, et le mode d'intégration de ces mises à jour dans les applicatifs d'autre part.

Le présent document constitue une procédure type élaborée sur la base de documents transmis par des établissements de santé. Cette fiche concerne le découpage interne de l'établissement uniquement, mais n'exclut pas la cohérence avec d'autres sources de données.

Pour accompagner les établissements dans **l'élaboration et la formalisation d'une procédure de mise à jour du référentiel unique de structure** (à partir de la présente fiche pratique) adaptée à leur organisation, sont distingués ci-après dans le document par un code couleur :

⁸ DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

- En violet encadré, des explications sur l'objet et le contenu d'un paragraphe, ainsi que des informations ayant vocation à accompagner l'établissement dans l'élaboration de sa propre procédure. Ces indications doivent être supprimées du document avant sa diffusion ;
- En bordeaux, des informations propres à chaque établissement. Ces informations doivent donc être renseignées et contextualisées par la structure lors de l'élaboration de sa propre procédure ;
- **En noir**, des éléments d'ordre générique qui peuvent constituer la base de la procédure de mise à jour du référentiel de structure de l'établissement de santé.

Pour aller plus loin, l'établissement de santé pourra se référer aux documents suivants :

- [Direction Générale de l'Offre de Soins \(DGOS\) ; Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière ;](#)
- [Agence Technique de l'Information Hospitalière \(ATIH\) ; Guides méthodologiques de production du PMSI ;](#)
- [GMSIH ; Référentiels SID des ES – Synthèse globale - Bien gérer ses référentiels de données : Un enjeu pour mieux piloter la performance de son établissement ; pages 23-30 ; octobre 2008 ;](#)
- [Agence Régionale de l'Hospitalisation \(ARH\) Aquitaine ; Formation Fichier structure ; 22 février 2008 ;](#)

1. OBJET DE LA PROCEDURE

La présente procédure a pour objectif de décrire le **processus de mise à jour du référentiel unique de structure** du *[nom de l'établissement de santé]*. Elle précise d'une part, les modalités de mise à jour du référentiel susvisé et d'autre part, le mode d'intégration de ces mises à jour dans les applicatifs.

2. PERIMETRE DE LA PROCEDURE

Cette section décrit les types de structure et les acteurs concernés par la présente procédure. Elle sera adaptée par l'établissement en fonction de l'organisation interne qu'il aura choisi de mettre en place pour maintenir à jour le référentiel unique de structure et les données associées contenues dans les applicatifs présentée au point 3. « Organisation interne et responsabilités » ci-dessous.

Cette procédure s'adresse au **Référent et à la Cellule en charge de piloter le référentiel unique de structure de l'établissement de santé** (cf. point 3. « Organisation interne et responsabilités » du document – présentation du Référent et de la Cellule).

Elle concerne l'ensemble des **structures juridiques, géographiques et fonctionnelles de l'établissement**, lesquelles sont recensées dans le fichier unique de structure.

3. ORGANISATION INTERNE ET RESPONSABILITES

La présente section décrit l'organisation interne retenue par l'établissement pour maintenir à jour le référentiel unique de structure et les données associées dans les applicatifs. La proposition d'organisation ci-dessous sera donc adaptée par l'établissement en fonction de celle qu'il aura choisi de retenir.

Il pourra par ailleurs ajouter ici toute autre information portant sur les responsabilités confiées aux acteurs qui sera jugée pertinente.

Le **Directeur de l'établissement de santé** est le garant de l'application de la présente procédure.

Un Référent est désigné, parmi les professionnels de l'établissement exerçant au sein de la Direction des affaires financières ou de la Direction des systèmes d'information, **afin d'assurer le pilotage du référentiel unique de structure**. Ce Référent a notamment pour missions de :

- Réaliser un état des lieux des structures juridiques, géographiques et fonctionnelles de l'établissement de santé ;

- Réaliser un état des lieux des différents fichiers qui contiennent les structures ainsi que des procédures de mise à jour de ces fichiers ;
- Choisir un fichier de structure comme référentiel unique et préciser le modèle retenu pour décrire les structures ;
- Définir et mettre en œuvre la procédure de mise à jour du référentiel unique de structure ;
- Définir et mettre en œuvre les procédures de mises à jour dans les autres fichiers de structure qu'ils soient ou non dans des applicatifs ;
- Veiller à la cohérence entre le référentiel unique de structure et les fichiers de structure utilisées par les applicatifs de l'établissement de santé ; mettre en place et conduire des vérifications périodiques de la cohérence ;
- Alerter les acteurs de l'établissement en cas d'absence de cohérence entre les données d'un applicatif et celles du référentiel unique de structure.

Ce Référent participe à **une Cellule mise en place pour proposer les décisions à prendre concernant les évolutions relatives à l'organisation de l'établissement et au fichier unique de structure associé** (ex : création d'une Unité Fonctionnelle (UF), validation des mises à jour du fichier unique de structure, ...). Les décisions relatives à l'organisation de l'établissement, telles que la création d'une UF, relevant en dernière instance de la Direction des affaires financières et de la commission médicale de l'établissement réunies en instance ou *[indiquer toute autre instance mise en place à cet effet au sein de l'établissement]*.

Cette Cellule est transverse à l'établissement, sa composition est adaptée et dimensionnée à la mission qu'elle porte de proposition d'arbitrage des évolutions sur l'organisation de l'établissement. Elle est composée de représentants :

- De la Direction des affaires financières ;
- De la Direction des systèmes d'information ;
- Du Département de l'Information Médicale ;
- De la Direction des Soins ;
- De la Direction de la Qualité ;
- Des services de soins et administratifs de l'établissement ;
- Du service informatique ;
- *[L'établissement ajoutera ici tout autre acteur qu'il souhaite intégrer dans la Cellule].*

La Cellule se réunit *a minima* à un rythme semestriel ou un rythme permettant de maintenir à jour le référentiel, ainsi que les données associées dans les applicatifs.

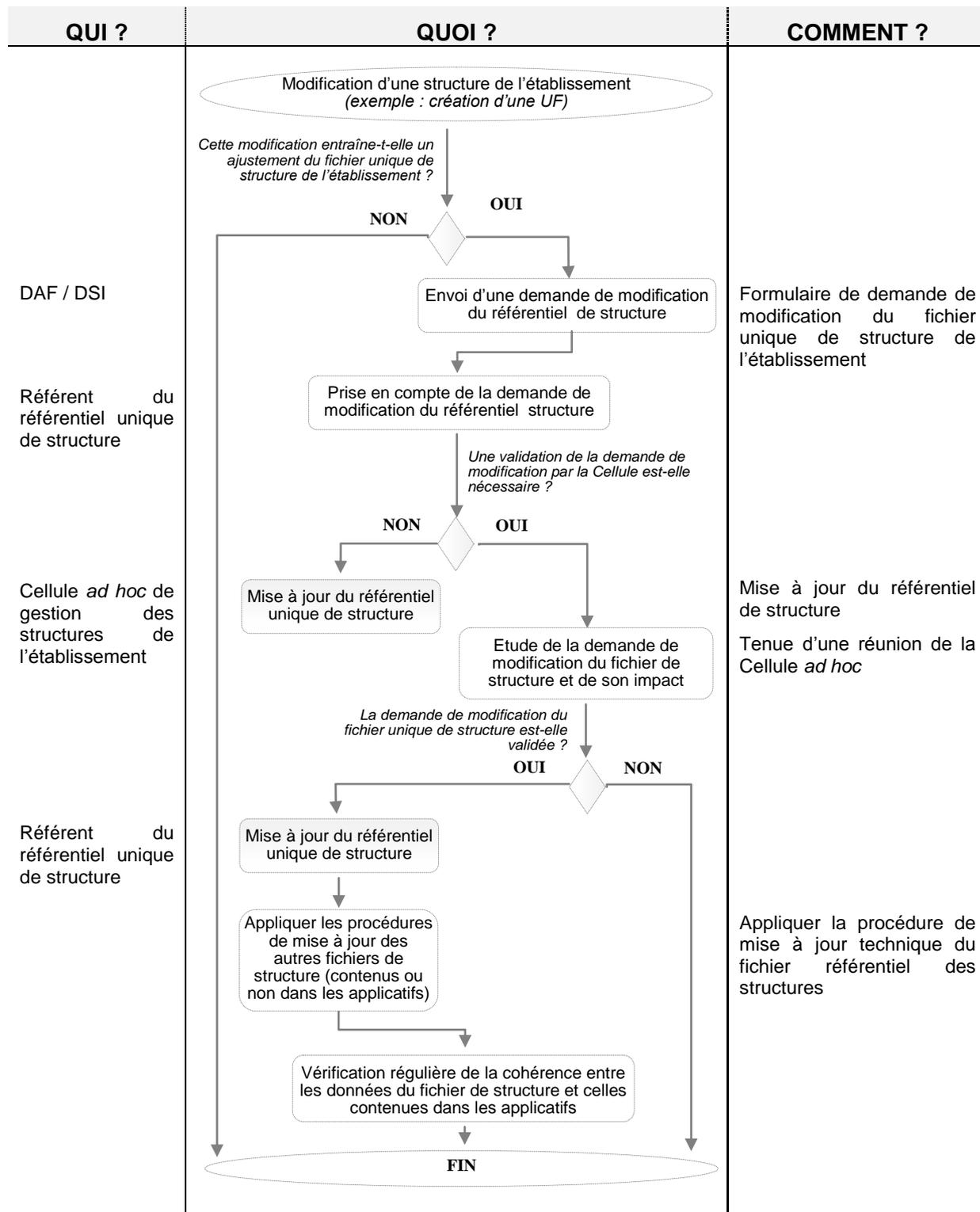
4. MODE OPERATOIRE

Cette section présente le mode opératoire de mise à jour du référentiel unique de structure et des données associées contenues dans les applicatifs tel que définis par l'établissement.

Une proposition de mode opératoire est présentée ci-dessous ; celle-ci sera adaptée par l'établissement en fonction du processus qu'il souhaite mettre en place pour maintenir à jour le référentiel unique de structure et les données associées dans les applicatifs.

Enfin, il pourra être ajouté dans la présente section toute information jugée pertinente par l'établissement.

Le processus de mise à jour du référentiel unique de structure de l'établissement de santé et des autres fichiers de structure (contenus ou non dans les applicatifs) est présenté en page suivante.



Toute modification effectuée dans le référentiel unique de structure sera systématiquement communiquée par voie de note interne ou électronique aux acteurs de l'établissement de santé ayant recours à ces informations dans le cadre de leur activité professionnelle :

- Les agents de la Direction des affaires financières de l'établissement ;
- Les agents de la Direction du système d'information ;
- Les agents du Département de l'Information Médicale ;
- Les agents concernés par les modifications apportées au référentiel unique de structure ;
- *[L'établissement ajoutera ici tout autre acteur auquel les informations de modification du fichier unique de structure et des données associées dans les applicatifs doivent être communiquées].*

Par ailleurs, les modifications ayant un impact sur la structure de l'établissement seront également communiquées aux acteurs externes concernés (ex : tutelles, autres intervenants extérieurs si nécessaire).

L'établissement précisera également ici la fréquence à laquelle il souhaite procéder à la mise à jour des données contenues dans le référentiel unique de structure et dans les applicatifs. En fonction des besoins de l'établissement, cette mise à jour pourra se faire soit au fil de l'eau, soit à des périodes régulières prédéfinies (*chaque trimestre par exemple*).

De plus, en fonction du volume de mises à jour à effectuer, l'établissement pourra choisir d'effectuer une mise à jour manuelle ou automatique des données présentes dans les applicatifs.

5. PROPAGATION DES MISES A JOUR AU SEIN DU SYSTEME D'INFORMATION

Cette section décrit le mode de propagation des modifications effectuées dans le référentiel unique de structure au sein du système d'information retenu par l'établissement de santé.

Plusieurs modes de propagation peuvent coexister, selon les applications et selon le type de modifications à apporter (évolutions mineures des structures existantes, ou refonte majeure). Il s'agit de décrire chaque mode de propagation possible, les applications concernées, ainsi que les règles d'application de chacun.

La propagation des modifications peut se faire par exemple :

- Au fil de l'eau dans le cas de modifications mineures :

> Manuellement : dans ce cas, les évolutions sont reportées manuellement dans chaque application en utilisant l'interface utilisateur propre à chacune ;

> De façon automatique pour les applications qui le permettent (par exemple, par une interface entre l'application qui gère le référentiel de structure et les applications connectées).

- Ponctuellement, pour des modifications importantes :

> Il peut d'agir alors d'importer tout ou partie de la structure, en remplacement de la structure existante ;

> Ou par l'interface si une telle interface est disponible entre le référentiel et les applications connectées.

Les modalités de gestion des historiques seront également à définir. Il est nécessaire de conserver dans le référentiel de structure, les structures actives « en cours », mais également les structures qui ont été fermées, et de tracer l'historique des modifications (création, fermeture, modification des attributs de la structure).

La cible à rechercher par l'établissement de santé est la mise en place d'un référentiel unique de structure alimentant les différentes applications du SIH afin d'éviter les contrôles manuels et les mises en cohérence manuelles entre les différents fichiers.

6. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PROCEDURE

Cette section présente les modalités de suivi de la mise en œuvre de la procédure. Elle sera donc adaptée aux modalités de suivi que souhaite mettre en œuvre l'établissement de santé.

Toute autre information jugée pertinente pourra être ajoutée par l'établissement de santé.

Une **vérification de la bonne application de la présente procédure** par les acteurs concernés est effectuée à un rythme semestriel ou permettant de garantir la cohérence des données des différents fichiers de structure (contenus ou non dans des applications) avec celles du référentiel unique de structure de l'établissement.

Cette vérification est menée par le **Référent en charge du pilotage du référentiel unique de structure**. Elle consiste en la réalisation d'un audit sur un échantillon d'applications.

A l'issue de l'audit, un **rapport** est élaboré par le Référent. Celui-ci contient les informations suivantes :

- Le périmètre de l'audit (*structures et applications auditées, ...*) ;
- La présentation des mises à jour réalisées sur la période (*ajouts, corrections de données existantes, ...*);
- Le rappel des décisions prises par la Cellule concernant la structure de l'établissement et le fichier unique associé (*adaptation du modèle, revue de la procédure de mise à jour, ...*) ;
- La description des éventuelles incohérences identifiées ;
- Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la Procédure (*cf. liste des indicateurs de suivi ci-dessous*).

Parmi ces indicateurs sont notamment suivis :

- Le nombre de décisions de mise à jour prises par la Cellule et la description de ces décisions ;
- Le nombre de mises à jour effectuées sur la période (*ajout de structure, correction de données, ...*) ;
- Le nombre d'incohérences identifiées entre les données issues du fichier unique de structure et celles contenues dans les applicatifs ;
- *[L'établissement ajoutera tout autre indicateur qu'il juge pertinent de suivre pour évaluer l'application de la procédure].*

3.3 Fiche pratique 3 : Plan type d'un Plan de reprise d'activité du si et bonnes pratiques

CONTEXTE DE LA FICHE PRATIQUE

Le socle commun du programme hôpital numérique est constitué :

- **De 3 pré-requis** indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité.
 - Identités, mouvements ;
 - Fiabilité – disponibilité ;
 - Confidentialité.
- **De 5 domaines fonctionnels** pour lesquels le programme définit des exigences en matière d'usage du système d'information.
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

Le pré-requis « Fiabilité, disponibilité » comprend 3 indicateurs, dont l'indicateur P2.1 portant sur **l'existence d'un Plan de Reprise d'Activité (PRA) du système d'information formalisé**⁹.

Dans le cadre de l'outillage des établissements de santé pour l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique, la DGOS met à la disposition des établissements une fiche pratique détaillant le plan d'un PRA du système d'information.

PRESENTATION DE LA FICHE PRATIQUE

La présente fiche pratique propose un plan type d'un PRA du système d'information d'un établissement de santé. Le PRA du système d'information a pour objectif de décrire les dispositions prévues par un établissement pour assurer la reprise de l'activité de son système d'information en cas de crise majeure ou importante du centre informatique.

Pour accompagner les établissements de santé dans **l'élaboration et la formalisation d'un PRA** (à partir du présent Outil pratique) sont distingués ci-après dans le document par un code couleur :

- **En violet encadré**, des explications sur l'objet et le contenu d'un paragraphe, ainsi que des informations ayant vocation à accompagner l'établissement de santé dans l'élaboration d'un PRA adaptée à ses spécificités. Ces indications doivent être supprimées du PRA avant sa publication.
- **En bordeaux**, des informations propres à chaque établissement. Ces informations doivent donc être renseignées et contextualisées par la structure lors de l'élaboration de son propre PRA.

⁹ DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

- **En noir**, des éléments d'ordre générique qui peuvent constituer la base du PRA de l'établissement de santé. Ces éléments peuvent être modifiés / complétés selon le contexte et les spécificités du système d'information de l'établissement.
- **En vert**, des exemples permettant d'aider les établissements de santé à renseigner le contenu du PRA. Ces exemples doivent être supprimés du document avant sa publication.

1. OBJET DU DOCUMENT

Le présent document a pour objectif de décrire le sommaire du Plan de Reprise d'Activité (PRA) du système d'information. Le document liste le minimum de dispositions que doit prévoir l'établissement pour assurer la reprise de l'activité de son système d'information en cas de crise majeure ou importante du centre informatique.

Ce document présente les questions à se poser relatives aux points suivants :

- **Les applications « métier » exploitées par l'établissement de santé;**
- **Le plan de sauvegarde des données contenues dans le système d'information de l'établissement ;**
- **Les procédures de fonctionnement des applications en mode dégradé (en cas de dysfonctionnements) et les procédures de retour à la normale ;**
- **Les modalités de redémarrage du système d'information en cas de panne ;**
- **L'information des utilisateurs**

2. INFRASTRUCTURE FONCTIONNELLE

2.1 PRESENTATION DE L'ARCHITECTURE APPLICATIVE

Cette section vise à décrire le patrimoine applicatif de l'établissement de santé. La cartographie applicative du système d'information pourra ainsi être intégrée ici.

Par ailleurs, l'établissement pourra s'appuyer sur les travaux qui auront été menés dans le cadre du programme hôpital numérique sur la cartographie applicative pour compléter ce paragraphe (*i.e. indicateur P1.1. Taux d'application au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identités des patients*).

2.2 CLASSIFICATION DES APPLICATIONS EXPLOITEES

Cette section indique pour chaque application exploitée par l'établissement de santé son niveau de disponibilité et si celle-ci est externalisée ou non. Les applications sont organisées

dans le tableau ci-dessous par domaine fonctionnel. Les informations suivantes seront notamment renseignées dans le tableau ci-dessous :

- **Domaine** : nom du domaine fonctionnel auquel appartient l'application décrite;
- **Fonctionnalité** : nom de la fonctionnalité à laquelle appartient l'application décrite ;
- **Application** : nom de l'application décrite ;
- **Editeur** : nom de l'éditeur de l'application décrite ;
- **Besoin en disponibilité** : besoin en disponibilité de l'application décrite sur une échelle de 1 à 4 (cf. fiche pratique 4 du présent document) ;
- **Externalisation** : indiquer si l'application décrite est externalisée ou non (Oui/Non)

Une illustration est proposée ci-dessous afin d'aider l'établissement à renseigner le tableau.

L'établissement de santé pourra par ailleurs s'appuyer sur les travaux qui auront été menés dans le cadre du programme hôpital numérique sur la mesure du taux de disponibilité des applications pour compléter ce tableau (*i.e. indicateur P2.2. Définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux*).

Enfin, il pourra être ajouté dans la présente section toute information relative aux applications exploitées qui sera jugée pertinente par l'établissement de santé.

[Indiquer le nom de l'établissement de santé] exploite les applications listées dans le tableau ci-dessous. Pour chacune de ces applications, classées par domaine fonctionnel, sont précisés le besoin de disponibilité et l'éventuelle externalisation de celle-ci.

Les domaines fonctionnels indiqués dans le tableau ci-dessous sont ceux utilisés dans l'observatoire des Systèmes d'Information Hospitaliers oSIS.

DOMAINE	FONCTIONNALITÉ	APPLICATION	EDITEUR	BESOIN EN DISPONIBILITÉ	EXTERNALISATION
Gestion administrative du patient		Application A	Editeur A	Sur une échelle de 1 à 4	Oui
		Application B	Editeur B	Sur une échelle de 1 à 4	Non
Gestion du dossier patient (médical et paramédical)					
Gestion des ressources					
Gestion des prescriptions et demandes d'exams					
Gestion des activités médico-techniques					

Urgences					
Recueil d'activités, production des données T2A					
Système d'information économique et financier					
Système d'information logistique et technique					
Gestion des identités					
Gestion des Ressources Humaines					
Système d'information Qualité et Gestion des risques					
Système d'information de pilotage					
Système d'information de Réseau Ville – Hôpital / Hôpital – Hôpital					
[Nom du domaine fonctionnel]					

Cette liste permet avant tout, sur la base des besoins en disponibilité, de définir un ordre de priorité dans le redémarrage des applications. Ensuite, pour affiner l'ordre de redémarrage, il faut prendre en compte les interactions et dépendances entre applications.

3. DISPOSITIONS PREVUES POUR LA RECUPERATION DES DONNEES

Cette section décrit les mécanismes prévus par l'établissement de santé – et le cas échéant, les sociétés en charge de la maintenance du système d'information de la structure – pour permettre la récupération des données du système d'information perdues.

3.1 PLAN DE SAUVEGARDE DES DONNEES

L'établissement définit tout d'abord le plan de sauvegarde des données contenues dans le système d'information. Pour ce faire, il pourra s'appuyer sur le tableau ci-dessous qui recense les informations suivantes :

- Plateforme : nom de la plateforme de sauvegarde des données ;
- Type de plateforme : type de plateforme de sauvegarde des données ;
- Type de sauvegarde (incrémentale / totale) : sauvegarde des données distinctes par rapport à la précédente sauvegarde uniquement / sauvegarde de l'ensemble des données ;
- Planification (incrémentale / totale) : périodicité, jour et heure de la sauvegarde des données.

Afin de renseigner ce tableau, l'établissement de santé pourra se référer aux Contrats conclus avec les sociétés en charge de la maintenance du système d'information pour recueillir ces informations.

La sauvegarde des données contenues dans le système d'information de l'établissement est placée sous la responsabilité de *[nom de l'établissement / nom des sociétés en charge de la maintenance du système d'information ou nom de la personne de l'établissement]*.

Les dispositifs de sauvegarde des données détenus par l'établissement sont ici décrits :

- *[Présenter ici les dispositifs de sauvegarde dont dispose l'établissement de santé (exemples : boîtier de sauvegarde, robot, ...)]* ;

Le tableau ci-dessous présente le plan de sauvegarde des données de l'établissement:

PLATEFORME	TYPE DE PLATEFORME	TYPE DE SAUVEGARDE		PLANIFICATION DE LA SAUVEGARDE DES DONNEES		PLANIFICATION DES TESTS DE RECUPERATION DES DONNEES	
		<i>Incrémentale</i>	<i>Totale</i>	<i>Incrémentale</i>	<i>Totale</i>	<i>Incrémentale</i>	<i>Totale</i>
ANAPATH2	Windows serveur 2003	Totales_VLS2	Incrémentales_VLS	3 fois par jour 8h – 12h – 20h	Tous les vendredis 20h30	Tous les mois	Tous les mois

3.2 PROCEDURES DE RECUPERATION DES DONNEES

Une fois le plan de sauvegarde des données élaboré, l'établissement élabore les procédures de récupération des données en fonction des types de sauvegarde qui auront été définis préalablement dans le plan de sauvegarde (i.e. sauvegarde incrémentale ou sauvegarde totale).

Ces procédures précisent notamment les points suivants :

- Diagnostic de la perte de données : nature et volume des données perdues, ampleur et gravité de la perte, ... ;
- Détermination des données à récupérer en fonction des données perdues et des sauvegardes disponibles : définir parmi les sauvegardes existantes celles à restaurer (par exemple la dernière sauvegarde incrémentale, ou restauration complète en reprenant la dernière sauvegarde totale suivie des sauvegardes incrémentales)
- Mode de mise en œuvre de la récupération des données : actions à mener, délai de réalisation, tests de vérification de la bonne récupération des données prévus, ... ;
- Modalités d'information des utilisateurs : nature de l'information communiquée (données perdues / sauvegardées / récupérées), support de communication utilisé, durée estimée de la perte de données, ...

Les procédures de récupération des données devront être élaborées en tenant compte des dispositions du plan de sauvegarde des données qui aura été défini au préalable par l'établissement de santé.

Les procédures de récupération et de sauvegarde doivent être testées périodiquement.

4. DISPOSITIONS PREVUES POUR LE FONCTIONNEMENT DES APPLICATIONS EN MODE DEGRADE ET LE RETOUR A LA NORMALE

Voir la fiche pratique n°5 de la boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis (bonnes pratiques d'élaboration des procédures de fonctionnement en mode dégradé / de retour à la normale du système d'information).

5. DISPOSITIONS PREVUES POUR LE REDEMARRAGE DES APPLICATIONS

Cette section présente la procédure retenue par l'établissement de santé pour permettre le redémarrage en cas de panne des applications qu'il exploite.

L'établissement de santé contiendra notamment dans cette procédure les points suivants :

- Le diagnostic du (des) dysfonctionnement(s) ayant entraîné une panne des applications ;
- Les modalités de redémarrage : restauration des données puis redémarrage des applications, dans un ordre défini, en fonction des priorités (selon les besoins en disponibilité) et des indications données par les éditeurs des solutions exploitées. Empêcher par exemple toute connexion au système par les utilisateurs durant la durée de l'intervention
- La vérification du bon fonctionnement des applications : procédure de vérification à prévoir dans l'environnement de production avant d'informer les utilisateurs que les applications sont de nouveau disponibles (ce n'est pas une procédure de tests qui elle se

fait dans un environnement de test, mais une procédure de vérification qui garantisse que toutes les fonctions sont rétablies en production)

6. INFORMATION DES UTILISATEURS EN CAS DE PANNE

Cette section définit la procédure d'information des utilisateurs en cas de panne du système d'information qui auront été définies par l'établissement de santé

Cette procédure s'articule notamment autour des points suivants :

1. Information des utilisateurs de l'indisponibilité du système d'information

Ce point précise les informations qui seront communiquées aux utilisateurs en cas d'indisponibilité du système d'information de l'établissement : la nature du dysfonctionnement rencontré, les ressources informatiques indisponibles, la durée de leur indisponibilité, la date prévisible de la résolution du dysfonctionnement, ...

Il précise également le support de communication de cette information aux utilisateurs (exemples : messagerie électronique, téléphone, note de service, ...)

2. Information des utilisateurs de la reprise d'activité du système d'information

Ce point de la procédure a pour objectif de préciser l'information communiquée aux utilisateurs lors de la reprise d'activité du système d'information : les modalités de résolution du dysfonctionnement, la date et l'heure de reprise d'activité du système, les données qui ont été récupérées / perdues, ...

Il précisera également la démarche que devront suivre les utilisateurs en cas de difficultés dans le fonctionnement des applicatifs redémarrés : précautions de redémarrage, personnes à contacter, ...

7. POUR ALLER PLUS LOIN

Pour compléter le PRA du système d'information, l'établissement de santé pourra notamment intégrer des informations relatives :

- A l'infrastructure technique de l'établissement de santé : cartographie de l'infrastructure technique, lieu géographique de l'infrastructure, description de la salle informatique, du centre d'hébergement, ... ;
- Aux principes de sécurité qu'il aura définis pour garantir la continuité d'activité et le retour à la normale du système d'information en cas de panne : sécurité des serveurs, supervision et contrôle, protection logicielle, stockage, ...

7.1 INFRASTRUCTURE TECHNIQUE

7.1.1 Présentation de l'architecture technique

Cette section décrit les ressources techniques de l'établissement de santé. La cartographie technique du système d'information pourra ainsi être ici intégrée.

Pourront également être précisées des informations relatives à la liste des serveurs exploités : serveur de données, d'application, serveurs disponibles par environnement, ...

7.1.2 Lieu géographique

Cette section présente la localisation géographique de l'infrastructure technique de l'établissement de santé, selon que celle-ci soit hébergée sur un site unique, ou réparti sur des lieux géographiques distincts.

Il convient donc de ne conserver ici que le paragraphe correspondant à la situation de l'établissement de santé, puis de le renseigner des informations indiquées.

- Votre établissement a confié l'hébergement de son système d'information à un tiers :

L'infrastructure technique du **[nom de l'établissement de santé]** est hébergée par **[nom de la société en charge de l'hébergement de l'infrastructure technique de l'établissement]**.

Elle est **[localisée sur un seul site géographique / réparti(e) sur plusieurs sites comme suit :**

- **Localisation géographique de la salle informatique ;**
- **Localisation géographique du centre d'hébergement (le site de production et le site de secours).**

- Votre établissement héberge le système d'information :

L'établissement de santé héberge lui-même l'infrastructure technique. Celle-ci est **[localisée sur un seul site géographique / réparti(e) sur plusieurs sites géographiques comme suit :**

- **Localisation géographique de la salle ou des salles informatique ;**

7.1.3 Description des locaux

Cette section présente les caractéristiques de sécurisation des locaux qui hébergent l'infrastructure technique de l'établissement de santé. Pour chaque local identifié, les informations suivantes sont notamment précisées :

- La sécurisation de l'accès aux locaux ;
- L'alimentation électrique ;
- La climatisation ;
- La sécurité en cas de dégâts des eaux ;
- La détection d'incendie.

L'établissement de santé ajoutera ici toute information sur les caractéristiques de sécurisation des locaux hébergeant l'infrastructure technique qu'il juge pertinent d'intégrer au présent PRA.

De plus, il ajoutera en tant que de besoin les autres locaux qui n'hébergent pas l'infrastructure technique de l'établissement mais qui pourraient avoir un impact sur le fonctionnement des équipements de l'infrastructure technique (ex : salle de l'auto commutateur).

Les caractéristiques générales de sécurisation de la salle informatique sont présentées ci-après.

▶ **La sécurisation de l'accès à la salle informatique**

Les informations suivantes sur la sécurisation de l'accès à la salle informatique seront notamment indiquées :

- La localisation de la salle informatique (site géographique, emplacement au sein de l'établissement, ...)
- Le mode de sécurisation de l'accès à la salle informatique (porte blindée, digicode, alarme, caméra de surveillance, contrôle des mouvements, ...)

▶ **L'alimentation électrique**

Les informations suivantes sur le système d'alimentation électrique seront notamment indiquées :

- La présence d'onduleurs permettant d'assurer le fonctionnement du système en cas de coupures ;
- La présence de groupes électrogènes de secours en cas de coupures d'électricité ;
- Les modalités de remontée d'alertes en cas de coupures d'électricité ;
- Les procédures de tests mises en œuvre pour vérifier le bon fonctionnement du système ;
- Le bureau (la personne) responsable de la maintenance du système d'alimentation électrique
- Les dispositions du contrat de maintenance du système.

▶ **La climatisation**

Les informations suivantes sur le système de climatisation seront notamment indiquées :

- La puissance du système de climatisation ;
- La température à laquelle est gardée la salle informatique ;
- Les modalités de remontée d'alertes en cas d'arrêt du système de climatisation ;
- Les procédures de tests mises en œuvre pour vérifier le bon fonctionnement du système ;
- Le bureau (la personne) responsable de la maintenance du système de climatisation ;
- Les dispositions du contrat de maintenance du système de climatisation.

▶ **La sécurité en cas de dégâts des eaux**

Les informations suivantes sur la sécurité mise en place en cas de dégâts des eaux seront notamment indiquées :

- Les modalités d'alerte en cas de présence d'eau (ex : système de détection, vase de rétention d'eau, ...)
- L'équipement installé pour évacuer l'eau (ex : pompes de refoulement, ...)
- Les procédures de tests mises en œuvre pour vérifier le bon fonctionnement du système d'alertes et de l'équipement.

▶ **La détection d'incendie**

Les informations suivantes sur le système de détection d'incendie seront notamment indiquées :

- L'équipement mis en place pour détecter / éteindre un incendie ;
- Les procédures de tests mises en œuvre pour vérifier le bon fonctionnement du système ;
Le bureau (la personne) responsable de la maintenance du système de détection d'incendie ;
- Les dispositions du contrat de maintenance du système de détection et d'extinction d'incendie.

7.1.4 Réseau et transport de données

Les informations suivantes sur le réseau de l'établissement de santé et les modalités de transport des données pourront notamment être décrites :

- L'architecture du réseau (topologie du réseau local (LAN), WAN, protocoles de communication, bande passante, etc.) ;
- La description des services offerts par les opérateurs télécoms pour les échanges de l'établissement de santé avec l'extérieur (liaison spécifique/internet, bande passante garantie pour les échanges, engagements en cas de panne, etc.)

7.2 PRINCIPES DE SECURITE

Cette section expose les principes de sécurité définis par l'établissement pour garantir la continuité d'activité et le retour à la normale du système d'information en cas de panne. Elle contient notamment les principes établis en matière de :

- Sécurité des serveurs ;
- Supervision et contrôles du système d'information ;
- Protection des logiciels ;
- Stockage.

L'établissement de santé pourra s'appuyer sur les termes des Contrats conclus avec les sociétés chargées de la maintenance du système d'information pour renseigner cette section.

Par ailleurs, l'établissement de santé ajoutera ici toute information sur les principes de sécurité qu'il juge pertinent d'intégrer au présent PRA.

7.2.1 Sécurité des serveurs

Les informations suivantes sur la sécurité des serveurs seront notamment indiquées :

- Le nombre et la description des serveurs (serveurs physiques / virtuels) ;
- Le cas échéant, la description de la plateforme gérant les serveurs virtuels ;
- La périodicité de réplication des serveurs du centre de production vers ceux du centre de secours ;
- Les modalités de reprise de l'activité d'un serveur en cas de panne ;
- La disponibilité des applications en cas de panne d'un serveur prévue par le Contrat conclu avec la société chargée de la maintenance du SI le cas échéant ;
- La procédure de bascule des serveurs et applications actifs du site de production vers le site de secours.

7.2.2 Supervision et contrôle

Les informations suivantes sur les procédures de supervision et de contrôle du système d'information de l'établissement seront notamment indiquées :

- Les acteurs responsables de la surveillance du système (établissement, société de maintenance, ...) ;
- La description du système d'alertes mis en place en cas de dysfonctionnements ;
- Les modalités de remontées de ces alertes auprès des acteurs concernés ;
- Les horaires d'astreintes du support de supervision et de contrôle.

7.2.3 Protection logicielle

Les informations suivantes sur les protections installées afin de protéger l'infrastructure technique de l'établissement seront notamment indiquées :

- La protection des serveurs : mise à jour des OS, protections contre les logiciels malveillants, ... ;
- La protection des postes de travail : mise à jour des OS, protections contre les logiciels malveillants, ... ;
- La protection de la messagerie : logiciel anti-spam, vérification des emails entrants et sortants, ...

7.2.4 Stockage

Cette section présente les principes de stockage des serveurs et des documents bureautiques créés par les utilisateurs du système d'information de l'établissement de santé.

7.3 LES ENVIRONNEMENTS

Cette section présente les environnements – de production, de test, de formation – dont dispose l'établissement de santé. Les informations suivantes seront notamment indiquées :

- L'existence ou non d'environnements par application (production, test, formation) ;
- Les règles d'accès à ces environnements (carte, codes d'accès, ...) ;
- Les principes de test et de formation des utilisateurs à une nouvelle application sur ces environnements.

L'établissement de santé pourra ajouter ici toute information sur les environnements qu'il juge pertinent d'intégrer dans le présent PRA.

Dans le cadre de l'élaboration de son PRA du système d'information, l'établissement de santé pourra notamment s'appuyer sur les documents suivants :

- CARTOU Cédric ; La sécurité du système d'information des établissements de santé ; Presses de l'EHESP ; 2012 ;
- [Club de la Sécurité de l'Information Français \(CLUSIF\) ; Plan de continuité d'activité - Stratégie et solutions de secours du SI ; Septembre 2003 ;](#)
- [AFNOR Normalisation ; Plan de continuité d'Activité pour les PME/PMI de la région Centre – outil méthodologique ; 2010](#)

3.4 Fiche pratique 4 : Exemple de méthode d'évaluation des taux de disponibilité des applications

CONTEXTE DE LA FICHE PRATIQUE

Le socle commun du programme hôpital numérique est constitué :

- **De 3 pré-requis** indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité.
 - Identités, mouvements ;
 - Fiabilité – disponibilité ;
 - Confidentialité.
- **De 5 domaines fonctionnels** pour lesquels le programme définit des exigences en matière d'usage du système d'information.
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

Le pré-requis « Fiabilité, disponibilité » comprend 3 indicateurs, dont l'indicateur P2.2 portant sur **la définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux**¹⁰.

Dans le cadre de l'outillage des établissements de santé pour l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique, la DGOS met à la disposition des établissements une fiche pratique proposant une méthode d'évaluation du taux de disponibilité.

PRESENTATION DE LA FICHE PRATIQUE

L'élaboration de la cartographie applicative du SIH s'accompagne de l'évaluation des besoins en disponibilité. Il convient donc, une fois les taux de disponibilité cibles définis, d'être en capacité de les mesurer.

Le présent document présente un exemple de méthode d'évaluation des taux de disponibilité des applications.

¹⁰ DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

1. LE BESOIN EN DISPONIBILITE DES APPLICATIONS

Ce paragraphe est basé sur les travaux menés dans le cadre de l'élaboration de la Politique Générale de sécurité du Système d'Information de Santé, travaux menés par l'ASIP Santé et piloté par la DSSIS.

La disponibilité est l'aptitude d'un dispositif à être en état de fonctionner dans des conditions données. C'est la disponibilité opérationnelle des applications dont il s'agit ici, pour fournir aux utilisateurs le service attendu.

Les besoins en disponibilité sont évalués en fonction de la criticité de l'application, c'est-à-dire en matière de risques et en matière de qualité/sécurité de la prise en charge des patients. Cette évaluation doit être faite par chaque établissement en prenant l'avis des utilisateurs des différentes applications. Dans le cas où les services de l'établissement expriment des besoins de disponibilité différents pour une même application, c'est le besoin en disponibilité le plus élevé qui est retenu.

Une échelle de 1 à 4 permet de classifier les applications selon leur besoin en disponibilité :

1	Faible	Absence de besoin de disponibilité. L'application peut être indisponible sans limite
2	Significatif	L'application peut être indisponible pendant une durée importante mais limitée.
3	Important	L'application peut être indisponible pendant une courte durée.
4	Critique	L'application ne doit pas être indisponible.

Les besoins en disponibilité sont valorisés comme suit (selon les travaux menés dans le cadre de la PGSSI-S) :

1. Faible : taux de disponibilité supérieur à 95 % ce qui correspond à une durée d'indisponibilité de 36h par mois ou de 18j par an
2. Significatif : taux de disponibilité supérieur à 99% ce qui correspond à une durée d'indisponibilité de 7h par mois ou de 3,5j par an
3. Important : taux de disponibilité supérieur à 99,5% ce qui correspond à une durée d'indisponibilité de 3h30 par mois ou de 2j par an
4. Critique : taux de disponibilité supérieur à 99,9% ce qui correspond à une durée d'indisponibilité de 40 min par mois ou de 8h30 par an

2. LE TAUX DE DISPONIBILITE DES APPLICATIONS

Pour évaluer la disponibilité réelle des applications, il faut pour chacune d'elles, mesurer les temps de non disponibilité, en distinguant les indisponibilités programmées et les pannes.

En cas d'indisponibilité programmée ou non programmée, le temps d'indisponibilité correspond à la durée totale entre l'arrêt et la remise à disposition de l'application.

Le taux d'indisponibilité est calculé (avec une approximation suffisante) à partir de la formule suivante :

- **Disponibilité = (1 – temps d'indisponibilité / temps de la mesure) x 100%**

Les temps d'indisponibilité doivent être de même unité (si l'unité est la minute, les temps d'indisponibilité et de mesure doivent être mesurés en minutes).

Ce taux de disponibilité est calculé pour chaque application critique.

Une médiane des différents taux est calculé pour répondre aux pré-requis du Programme hôpital Numérique.

3. METHODE D'EVALUATION DU TAUX DE DISPONIBILITE

Le programme hôpital numérique n'impose pas de méthode d'évaluation du taux de disponibilité d'une application. Dans cette fiche, il est proposé un moyen simple pouvant être adopté par l'établissement.

Il existe plusieurs façons de définir et de mesurer le taux de disponibilité ; soit on mesure le fonctionnement de l'application sur les serveurs, soit on mesure que l'application est utilisable sur le poste de travail ; la dernière mesure prend en compte les pannes de réseau, de poste de travail. Dans le cadre des pré-requis du programme hôpital numérique, il est proposé une mesure simple faite au niveau des serveurs de l'établissement.

La mise en œuvre d'un outil de supervision au niveau des serveurs suffit : il peut permettre de réaliser un calcul automatique des temps d'indisponibilité et de relever a minima :

- La date et l'heure de l'incident ou de l'arrêt programmé ;
- L'application concernée ;
- La date et l'heure de retour à la normale.

En cas d'absence d'outil de supervision système, ces temps pourront être calculés de manière manuelle par une personne habilitée. Une procédure sera alors élaborée afin de décrire le processus de mesure manuelle des temps d'indisponibilité.

Cette traçabilité est effectuée au fil de l'eau, pour chaque incident et arrêt programmé qui se produit. Le taux de disponibilité est évalué de façon régulière à partir de ces données, pour chaque application, selon la formule présentée précédemment. Le suivi de l'indicateur permet de détecter des dérives ou de mesurer les progrès de disponibilité.

Le taux de disponibilité des applicatifs est calculé en faisant la médiane des taux par application.

Il est évalué à fréquence régulière, par mois ou par trimestre par exemple.

4. ANNEXE : EXEMPLES DE BESOIN EN DISPONIBILITE POUR DES APPLICATIONS

1 - Besoin faible

- Base de données codées pour calculs statistiques
- Photos destinées à l'illustration des dossiers et à l'enseignement

2 - Besoin significatif

- Liste des essais cliniques, études et projets
- Gestion des échantillons biologiques
- Système de commande de repas

- Check-list opératoire

3 - Besoin important

- Accès au SGL (Système de Gestion de laboratoire) pour consulter un résultat d'analyses (si indisponible, possibilité de récupérer les résultats directement à partir des automates)
- Accès au PACS pour comparaison examens antérieurs à des fins d'interprétation (possibilité de différer l'interprétation)
- Accès au système de gestion des rendez-vous (possibilité d'interrompre temporairement la prise de rendez-vous)
- Worklists pour modalités d'imagerie

4 - Besoin critique

- Accès aux images radiologiques (via le PACS) et aux consultations préopératoires et pré-anesthésiques en contexte d'intervention en bloc opératoire
- Accès à la carte de groupe et aux RAI (Recherche d'Agglutinines Irrégulières) avant un acte transfusionnel
- Accès aux dernières prescriptions et administrations dans une unité d'hospitalisation (risque d'erreur de médication : de double prescription ou administration, risque d'absence d'administration)
- Accès au serveur d'identité pour la création d'un nouveau dossier patient
- Accès aux transmissions infirmières

3.5 Fiche pratique 5 : Bonnes pratiques d'élaboration des procédures de fonctionnement en mode dégradé / de retour à la normale du système d'information

CONTEXTE DE LA FICHE PRATIQUE

Le socle commun du programme hôpital numérique est constitué :

- **De 3 pré-requis** indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité.
 - Identités, mouvements ;
 - Fiabilité – disponibilité ;
 - Confidentialité.
- **De 5 domaines fonctionnels** pour lesquels le programme définit des exigences en matière d'usage du système d'information.
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

Le pré-requis « Fiabilité, disponibilité » comprend 3 indicateurs, dont l'indicateur P2.3 portant sur **l'existence de procédures assurant d'une part un fonctionnement dégradé du système d'information au cœur du processus de soins en cas de panne et d'autre part un retour à la normale**¹¹.

Dans le cadre de l'outillage des établissements de santé pour l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique, la DGOS met à la disposition des établissements une fiche pratique détaillant la méthode d'élaboration de ces procédures.

PRESENTATION DE LA FICHE PRATIQUE

Le présent document présente des bonnes pratiques d'élaboration des procédures de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale du système d'information.

Chaque service ou entité qui utilise des applications logicielles « métier » critiques doit pouvoir continuer à travailler en l'absence de ces applications.

Ce document présente la démarche et les questions à se poser pour élaborer une procédure de fonctionnement en mode dégradé. Il propose également quelques exemples.

¹¹ DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

Par fonctionnement en mode dégradé, nous entendons :

- La bascule du mode de fonctionnement nominal vers le mode dégradé ;
- Le fonctionnement en mode dégradé durant la durée d'indisponibilité du système ;
- Le retour au fonctionnement nominal une fois le système disponible.

1. DEMARCHE D'ELABORATION DES PROCEDURES

Cette démarche est à faire globalement en impliquant chaque service ou entité qui utilise des applications métier critiques pour assurer ses activités :

- Les unités de soins ;
- Les unités de soins critiques ;
- Le bloc opératoire ;
- Les plateaux techniques : radiologie, biologie ;
- Etc.

Elle est menée en association entre un référent des services concernés et le référent de la DSI.

En pratique, chaque service doit s'approprier les procédures dégradées définies par l'établissement, s'assurer de leur mise à jour et les adapter, le cas échéant, à ses modalités spécifiques de fonctionnement. .

1.1 LISTER LES PROCEDURES A ELABORER

A minima il faut évidemment prévoir pour chacune des applications critiques (recensées dans la cartographie applicative) une procédure pour basculer en mode dégradé, une procédure de fonctionnement en mode dégradé et une procédure pour revenir en fonctionnement normal. Pour une même application, ces procédures devraient être adaptées aux services et usages.

Pour les procédures, Il faut d'abord envisager le cas de l'arrêt programmé; il est dans ce cas, possible d'anticiper et de préparer l'arrêt et le basculement en mode dégradé. Les documents nécessaires au maintien de l'activité peuvent être imprimés avant l'arrêt. Cette tâche sera d'autant moins lourde que l'arrêt programmé doit être prévu dans une période d'activité réduite (nuit, week-end).

Les procédures prévues pour le cas de l'arrêt programmé, doivent être adaptées à ce qui est possible pour les cas de pannes.

1.2 IDENTIFIER LES FONCTIONS ET LES INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR LE SERVICE CONCERNE

Parmi toutes les fonctionnalités de l'application métier concernée, se limiter aux fonctions majeures, indispensables au maintien de l'activité, en distinguant :

- Les activités relatives aux échanges avec des services extérieurs ;
- Les activités propres au fonctionnement interne du service.

- **Activités relatives aux échanges avec les services extérieurs**

Pour une unité de soins, il s'agit d'une part de pouvoir continuer à produire des demandes (imagerie, biologie, examens complémentaires, prescription de médicaments), d'autre part de recevoir et consulter les résultats.

Pour un plateau technique, il s'agit de recevoir les prescriptions et demandes diverses, et pouvoir y répondre.

Recenser l'ensemble des services avec lequel le service concerné travaille et les informations échangées avec ces services, par exemple :

- L'identité du patient ;
- L'objet de la demande ;
- Le service prestataire ;
- Des informations complémentaires du patient ;
- Etc.

- **Activités propres au fonctionnement interne du service**

Pour une unité de soins, il faut par exemple pouvoir continuer à prescrire et administrer les soins et les produits de santé.

Pour un plateau technique, il faut pouvoir continuer à réaliser les examens demandés et produire les résultats, donc par exemple pour la radiologie, avoir la liste des rendez-vous et examens programmés pour la journée.

Chaque service liste les informations nécessaires à son fonctionnement, par exemple :

- Les prescriptions ;
- Le plan de soins ;
- Les rendez-vous du jour ;
- Etc.

1.3 METTRE EN ŒUVRE LES MOYENS TECHNIQUES POUR MAINTENIR LES ACTIVITES

Une fois identifiées les informations indispensables à la poursuite des activités, il s'agit de préciser et définir :

- Les documents et modèles à utiliser ;
- Comment trouver ces documents en l'absence de l'application informatique

Pour ce faire, il conviendra de tenir compte des logiciels associés aux dispositifs médicaux susceptibles de détenir ces informations.

Pour mettre en œuvre ces moyens, il faut s'appuyer sur les solutions proposées par les éditeurs des applications informatiques et bâtir la procédure à mettre en œuvre avec son support. Souvent, les solutions et procédures sont différentes pour les arrêts programmés et pour les pannes ; tout arrêt programmé d'une application critique doit faire l'objet d'une proposition de fonctionnement en mode dégradé par l'éditeur ou l'intégrateur.

Le principe général de ces solutions est de dupliquer les informations essentielles (typiquement une synthèse du dossier patient, le plan de soins, la prescription en cours, etc.) en dehors de la base de données de l'application, sous une forme directement imprimable (par exemple des pdf.). Cette extraction des données sous un format imprimable, peut être faite à une fréquence adaptée aux besoins ; les données sont alors stockées sur un serveur central ou des postes locaux dans les services (cette étape peut nécessiter un paramétrage spécifique à réaliser dans l'application, avec le support de l'éditeur (paramétrage des

traitements batch, réalisation des modèles de documents à imprimer, etc.). Il faut veiller à la confidentialité des informations contenues dans ces postes.

Il faut ensuite prévoir les procédures pour imprimer les supports en cas d'arrêt programmé ou de panne pour assurer le fonctionnement en mode dégradé ; la diffusion des documents aux utilisateurs est à prévoir.

Pour d'autres cas, des moyens simples doivent être prévus, souvent en s'appuyant sur les suggestions des utilisateurs, comme par exemple l'impression de bordereaux vierges (par exemple, aux admissions, ou pour les demandes d'examens des unités de soins) conservés dans les services.

1.4 DEFINIR LE MODE DE BASCULE DU FONCTIONNEMENT NOMINAL VERS LE FONCTIONNEMENT EN MODE DEGRADE

Une fois les moyens « techniques » préparés qui permettent d'assurer le fonctionnement en mode dégradé, il est nécessaire de préciser les procédures de bascule en mode dégradé, en continuant à distinguer les arrêts programmés et les pannes.

En effet en cas d'arrêt programmé (typiquement pour une mise à jour de version), la direction et le personnel sont informés à l'avance; en particulier, la durée prévisionnelle de l'arrêt est indiquée (sur la base des informations fournies par l'industriel réalisant la maintenance); les informations et documents nécessaires sont imprimés avant l'arrêt de l'application de façon à ce qu'ils soient déjà disponibles dans le service au moment de l'arrêt. Les arrêts programmés sont prévus à des moments de plus faible activité; le volume d'informations à imprimer est de ce fait réduit.

En cas de panne, les mêmes documents sont imprimés, autant qu'il est possible avec les moyens disponibles, et transmis aux utilisateurs. Informer la direction et les utilisateurs doit être prévu.

1.5 DEFINIR LE MODE DE RETOUR AU FONCTIONNEMENT NOMINAL

La procédure de fonctionnement en mode dégradé doit prévoir le retour à la normale.

Durant la période de fonctionnement en mode dégradé des informations ont été produites principalement sur des documents papiers.

Une fois le système de nouveau disponible, il est nécessaire de reprendre manuellement dans le système les informations, pour que l'application soit de nouveau à jour. Il faut donc conserver les documents utilisés et définir quelles sont les données à reprendre et par qui. Il est nécessaire de prendre en compte le temps total de perte de données qui peut être supérieur au temps de l'arrêt lorsque les données sont restaurées à partir de la sauvegarde.

2. EXEMPLES DE PROCEDURES

Pour une unité de soins :

- **En fonctionnement normal**
 - Un correspondant de la DSI est identifié pour préparer le fonctionnement en mode dégradé et faciliter le basculement (par exemple, il s'assure de la disponibilité des documents nécessaires au fonctionnement en mode dégradé) ;

- Avoir en anticipation, dans les services, à disposition les différents bordereaux vierges de demandes nécessaires aux échanges avec les autres services ;
 - Informer de l'existence de cette procédure et la tenir à disposition dans le service.
- **Fonctionnement en mode dégradé**
 - Information des personnels (du service et des services extérieurs) que la procédure de fonctionnement en mode dégradé s'applique
 - Utilisation des supports prévus et mise en œuvre de l'organisation prévue
 - Impression des documents pdf. stockés sur le serveur centralisé
 - Diffusion des documents vers les utilisateurs concernés
- **Retour à la normale**
 - Information des personnels (du service et des services extérieurs)
 - Identification des données « perdues » (*en cas de restauration des données à partir des données de sauvegarde, il peut y avoir eu perte de données, entre la date de la dernière sauvegarde et le moment où la procédure en mode dégradé a été appliquée*)
 - Collecte des informations à reprendre dans le système
 - Saisie des informations dans le système

3. POUR ALLER PLUS LOIN

Dans le cadre de l'élaboration des procédures de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale du système d'information, l'établissement de santé pourra notamment s'appuyer sur le document suivant :

- CARTOU Cédric ; La sécurité du système d'information des établissements de santé ; Presses de l'EHESP ; 2012 ;

3.6 Fiche pratique 6 : Fiche de poste type d'un Rssi et description des fonctions d'un référent sécurité du système d'information

CONTEXTE DE LA FICHE PRATIQUE

Le socle commun du programme hôpital numérique est constitué :

- **De 3 pré-requis** indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité.
 - Identités, mouvements ;
 - Fiabilité – disponibilité ;
 - Confidentialité.
- **De 5 domaines fonctionnels** pour lesquels le programme définit des exigences en matière d'usage du système d'information.
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

Le pré-requis « Confidentialité » comprend 5 indicateurs, dont l'indicateur P3.1 portant sur **l'existence d'une politique de sécurité formalisée pour les applications au cœur du processus de soins et fondée sur une analyse des risques au sein de l'établissement ; existence d'une fonction de référent sécurité**¹².

Dans le cadre de l'outillage des établissements de santé pour l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique, la DGOS met à la disposition des établissements la présente fiche pratique qui propose une fiche de poste type d'un Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI) et décrit les fonctions d'un référent sécurité du système d'information

PRESENTATION DE LA FICHE PRATIQUE

Cette fiche pratique a pour objectifs de présenter les fonctions relevant du RSSI d'un établissement de santé, ainsi que les compétences techniques et personnelles requises pour les accomplir. Le RSSI peut-être mutualisé entre plusieurs structures.

La fiche de poste du RSSI élaborée par l'établissement de santé précise *a minima* les informations suivantes :

1. La présentation de l'établissement de santé / du service de rattachement du RSSI ;
2. Le contexte d'intervention du RSSI ;
3. La description des missions et des activités du RSSI ;

¹² DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

4. Le profil et les compétences attendues pour occuper cette fonction ;
5. Les moyens mis à disposition du RSSI par l'établissement de santé.

Pour accompagner les établissements de santé dans **l'élaboration d'une fiche de poste du RSSI** (à partir de la présente fiche pratique) adaptée à leurs besoins sont distingués ci-après dans le document par un code couleur :

- En violet, sont précisées des explications sur l'objet et le contenu d'une section, ainsi que des informations ayant vocation à accompagner l'établissement dans l'élaboration de la fiche de poste du RSSI. Ces indications devront être supprimées de la fiche avant sa diffusion au sein de l'établissement.
- **En noir** sont indiquées les listes a maxima des missions / activités pouvant être exercées par le RSSI d'un établissement et les compétences attendues à ce poste. Parmi ces listes, chaque structure sélectionne celles qu'il conserve in fine dans la fiche de poste du RSSI au regard de ses besoins propres.

A défaut de pouvoir disposer d'un RSSI au sein de sa structure, l'établissement de santé nommera un référent sécurité dans le cadre de l'atteinte du pré-requis 3.1 du programme hôpital numérique¹³. Ce référent sécurité aura notamment pour fonction de :

- S'assurer que la Politique de sécurité des systèmes d'information de l'établissement de santé est définie et validée par la Direction Générale, testée et mise à jour *a minima* tous les trois ans au sein de la structure ;
- Veiller à ce qu'une analyse des risques de la sécurité des systèmes d'information ait été menée au sein de l'établissement ;
- Mettre en œuvre la Politique de sécurité des systèmes d'information définie au sein de l'établissement de santé ;
- Auditer et contrôler l'application des règles de la Politique de sécurité des systèmes d'information au sein l'établissement et, le cas échéant, d'alerter la Direction générale en cas de défaut d'application de cette Politique.

¹³ DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE / DU SERVICE DE RATTACHEMENT DU RSSI

Cette section vise à décrire les caractéristiques de l'établissement de santé et du service au sein duquel le RSSI exerce ses missions.

Les informations suivantes sont notamment décrites :

- Les missions, l'organisation et la composition de l'établissement et du service auquel est rattaché le RSSI ;
- La place du RSSI dans l'organigramme, son positionnement hiérarchique et les liens fonctionnels le rattachant aux autres acteurs de l'établissement de santé.

L'établissement de santé peut également ajouter toute autre information sur son organisation qu'il juge pertinent de porter à la connaissance du RSSI.

2. CONTEXTE D'INTERVENTION

Cette section a pour objectif de dire s'il s'agit d'une création de poste ou d'un remplacement. Dans ce dernier cas, il convient de décrire le niveau de maturité de l'établissement en matière de sécurité de son système d'information et les actions déjà entreprises dans ce domaine.

Par exemple, les informations suivantes peuvent être indiquées :

- L'existence d'une Politique de sécurité des systèmes d'information, d'un plan de continuité d'activité, ... ;
- L'historique des analyses de risques et des audits de sécurité des systèmes d'information réalisées ;
- Les actions de sensibilisation des acteurs de l'établissement à la sécurité des systèmes d'information menées.

L'établissement peut ajouter toute autre information sur le contexte d'intervention qu'il juge pertinent de porter à la connaissance du RSSI.

L'établissement précise également si le poste est à temps complet dans l'établissement de santé ou partagé (mutualisé) entre plusieurs structures.

3. DESCRIPTION DES MISSIONS ET DES ACTIVITES

La présente section vise à décrire les missions et les activités placées sous la responsabilité du RSSI. La liste proposée ci-dessous recense ainsi *a maxima* ces missions et activités. L'établissement de santé ne conservera que celles qu'il souhaite confier au RSSI en fonction de ses propres besoins.

Le Responsable de la sécurité des systèmes d'information de l'établissement de santé est chargé de réaliser les missions et les activités suivantes :

- **Définition et mise en œuvre de la Politique de sécurité des systèmes d'information :**
 - Définit les objectifs et les besoins liés à la sécurité des systèmes d'information de l'établissement, en collaboration avec les acteurs concernés (direction générale,

- direction des systèmes d'information, direction des ressources humaines, direction qualité, représentants du personnel médical et soignant) ;
- Rédige la Politique de sécurité des systèmes d'information et les procédures de sécurité associées en collaboration avec les acteurs concernés (cf. ci-dessus) ;
 - Met en œuvre la Politique de sécurité des systèmes d'information au sein de l'établissement de santé, en assure les évolutions et les mises à jour ;
 - Met en place une organisation permettant d'assurer, dans la durée, la gouvernance de la sécurité du système d'information de l'établissement ;
- **Diagnostic et analyse des risques de la sécurité des systèmes d'information :**
 - Choisit une méthode d'analyse de risques adaptée à la taille et à l'activité de l'établissement ;
 - Evalue les risques sur la sécurité des systèmes d'information ;
 - **Choix des mesures de sécurité et plan de mise en œuvre :**
 - Etudie les moyens permettant d'assurer la sécurité des systèmes d'information et leur bonne utilisation par les acteurs de l'établissement ;
 - Propose à la direction pour arbitrage une liste de mesures de sécurité à mettre en œuvre, assure dans la durée, le suivi et l'évolution de ce plan d'actions ;
 - Assure la maîtrise d'ouvrage de la mise en œuvre des mesures de sécurité (cette mission, selon que le type de mesure soit technique soit organisationnelle, peut être éventuellement partagée avec un responsable métier ou le responsable du système d'information) ;
 - **Sensibilisation, formation et conseil sur les enjeux de la sécurité des systèmes d'information :**
 - Informe régulièrement et sensibilise la Direction générale de l'établissement sur les enjeux et les risques de la sécurité des systèmes d'information ;
 - Conduit des actions de sensibilisation et de formation auprès des utilisateurs sur les enjeux de la sécurité des systèmes d'information ;
 - Participe à la réalisation de la charte de sécurité des systèmes d'information de l'établissement, et en assure la promotion auprès de l'ensemble des utilisateurs ;
 - **Audit et contrôle de l'application des règles de la Politique de sécurité des systèmes d'information :**
 - Conduit régulièrement des audits de sécurité des systèmes d'information afin de vérifier la bonne application de la Politique de sécurité par les acteurs de l'établissement ;
 - Surveille et gère les incidents de sécurité survenus au sein de l'établissement ;
 - Vérifie l'intégration de la sécurité des systèmes d'information dans l'ensemble des projets de l'établissement de santé ;
 - **Veille technologique et prospective :**
 - Suivi des évolutions réglementaires et techniques afin de garantir l'adéquation de la Politique de sécurité des systèmes d'information avec ces évolutions.

4. PROFIL ET COMPETENCES REQUISES

Cette section vise à décrire le profil requis et les compétences techniques et personnelles nécessaires pour occuper le poste du RSSI. Une liste de compétences *a maxima* est proposée ci-dessous. L'établissement ne conserve que les compétences propres à ses besoins, en lien avec les missions et les activités du RSSI décrites préalablement.

- **Niveau de formation et d'expérience :**

- Formation de niveau licence (ou master 2) avec une spécialisation complémentaire en sécurité des systèmes d'information ;
- Cadre technique ayant une expérience avérée dans la conduite de projets en milieu hospitalier.

- **Compétences techniques :**

- Connaissance des concepts techniques des applications informatiques hospitalières, des réseaux informatiques et des mécanismes de sécurité ;
- Connaissance des standards de sécurité ISO 2700x ;
- Expérience dans le pilotage de projets organisationnels dans le milieu hospitalier ;
- Connaissance juridique sur la sécurité des systèmes d'information, et particulièrement des textes régulant la santé ;
- Notions sur la réglementation et les procédures des marchés publics (pour les établissements publics).

- **Compétences personnelles :**

- Capacité à piloter et gérer des projets ;
- Capacité à organiser et conduire le changement ;
- Capacité à gérer des situations de crise ;
- Capacité à animer des groupes de travail, sessions de sensibilisation et formation,
- Bon relationnel et esprit de synthèse.

5. MOYENS MIS A DISPOSITION

Cette section précise les moyens humains, matériels et financiers qui seront mis à la disposition du RSSI pour mener à bien les missions et les activités décrites précédemment (exemples : poste de travail, équipe dédiée, budget alloué, ...).

3.7 Fiche pratique 7 : Charte type d'accès et d'usage du système d'information

CONTEXTE DE LA FICHE PRATIQUE

Le socle commun du programme hôpital numérique est constitué :

- **De 3 pré-requis** indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité.
 - Identités, mouvements ;
 - Fiabilité – disponibilité ;
 - Confidentialité.
- **De 5 domaines fonctionnels** pour lesquels le programme définit des exigences en matière d'usage du système d'information.
 - Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anapath ;
 - Le dossier patient informatisé et interopérable ;
 - La prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - La programmation des ressources et l'agenda du patient ;
 - Le pilotage médico-économique.

Le pré-requis « Confidentialité » comprend 5 indicateurs, dont l'indicateur P3.2 portant sur **l'existence d'une charte ou d'un document formalisant les règles d'accès et d'usage du système d'information, en particulier pour les applications gérant des informations de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs¹⁴, ainsi qu'aux instances représentatives du personnel.**

Dans le cadre de l'outillage des établissements de santé par la DGOS pour l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique, la présente fiche pratique portant sur **la Charte d'accès et d'usage du système d'information** est mise à la disposition des établissements de santé.

PRESENTATION DE LA FICHE PRATIQUE

La présente Charte type a pour objectif de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet d'un établissement de santé et rappelle aux utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information, conformément à la politique de sécurité des systèmes d'information définie par l'établissement de santé. L'établissement de santé veillera à présenter la Charte aux instances décisionnaires et à en assurer la publicité maximale auprès des utilisateurs.

Pour accompagner les établissements dans **l'élaboration d'une Charte d'accès et d'usage du système d'information** (à partir de la présente fiche pratique) adaptée à leur contexte et leur organisation sont distingués ci-après dans le document par un code couleur :

- En violet encadré, des explications sur l'objet et le contenu d'une section, ainsi que des informations ayant vocation à accompagner l'établissement dans l'élaboration de sa

¹⁴ DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

propre Charte. Ces indications doivent être supprimées de la Charte avant sa diffusion au sein de l'établissement.

- En bordeaux, des informations propres à chaque structure. Ces informations doivent donc être renseignées et contextualisées par l'établissement lors de l'élaboration de la Charte d'accès et d'usage du système d'information.
- En noir, des éléments d'ordre générique qui peuvent constituer la base de la Charte d'accès et d'usage du système d'information de l'établissement ; ces éléments pouvant être modifiés / complétés par l'établissement de santé.

1. OBJET DU DOCUMENT

La présente Charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet du *[indiquer le nom de l'établissement de santé]* et rappelle à ses utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance du système d'information de l'établissement, de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par l'établissement.

Cette Charte a été validée par la Direction générale de l'établissement. Préalablement, elle a été notifiée à sa mise en œuvre au Comité d'Etablissement et à la Commission médicale d'Etablissement. Elle constitue une annexe au Règlement Intérieur de l'établissement. Les membres du personnel et les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance. La Charte est mise à leur disposition sur l'Intranet et affichée dans les locaux de l'établissement de santé.

La Charte d'accès et d'usage du système d'information doit être validée conjointement par la Direction générale et la Commission médicale de l'établissement. Elle constitue une annexe au Règlement intérieur.

2. CHAMP D'APPLICATION

Cette section décrit le périmètre d'application de la présente Charte et précise les utilisateurs du système d'information de l'établissement qui sont concernés par celle-ci.

La présente Charte concerne les ressources informatiques, les services internet et téléphoniques du *[indiquer le nom de l'établissement de santé]*, ainsi que tout autre moyen de connexion à distance permettant d'accéder, via le réseau informatique, aux services de communication ou de traitement électronique interne ou externe.

Il s'agit principalement des ressources suivantes :

- Ordinateurs de bureau ;
- Ordinateurs portables ;
- Terminaux portables ;
- Imprimantes simples ou multifonctions ;
- Tablettes ;
- Smartphones ;
- *[Ajouter toute autre ressource que la structure souhaite intégrer au périmètre de la Charte].*

Cette Charte s'applique à l'ensemble du personnel de l'établissement de santé, tous statuts confondus, et concerne notamment les agents permanents ou temporaires (stagiaires, internes, doctorants, prestataires, fournisseurs, sous-traitants, ...) utilisant les moyens informatiques de l'établissement et les personnes auxquelles il est possible d'accéder au

système d'information à distance directement ou à partir du réseau administré par l'établissement.

Dans la présente Charte, sont désignés sous les termes suivants :

- **Ressources informatiques**: les moyens informatiques, ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance, directement ou en cascade à partir du réseau administré par l'entité ;
- **Outils de communication** : la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants de moyens d'échanges et d'informations diverses (web, messagerie, forum, etc.) ;
- **Utilisateurs** : les personnes ayant accès ou utilisant les ressources informatiques et les services internet de l'établissement.

3. CADRE REGLEMENTAIRE

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information est complexe. Il porte sur les grands thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données, et plus précisément :
 - Le traitement de données à caractère personnel et le respect de la vie privée ;
 - Le traitement de données personnelles de santé ;
- Le droit d'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales ;
- L'hébergement de données médicales ;
- Le secret professionnel et le secret médical ;
- La signature électronique des documents ;
- Le secret des correspondances ;
- La lutte contre la cybercriminalité ;
- La protection des logiciels et des bases de données et le droit d'auteur.

La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs.

4. CRITERES FONDAMENTAUX DE LA SECURITE

4.1 PRINCIPES

L'établissement de santé héberge des données et des informations médicales et administratives sur les patients (dossier médical, dossier de soins, dossier images et autres dossiers médico-techniques, ...), et sur les personnels (paie, gestion du temps, évaluations, accès à Internet et à la messagerie, ...).

L'information se présente sous de multiples formes : stockée sous forme numérique sur des supports informatiques, imprimée ou écrite sur papier, imprimée sur des films (images),

transmise par des réseaux informatiques privés ou internet, par la poste, oralement et/ou par téléphone,...

La **sécurité de l'information** est caractérisée comme étant la préservation de :

- **Sa disponibilité** : l'information doit être accessible à l'utilisateur, quand celui-ci en a besoin;
- **Son intégrité** : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie ;
- **Sa confidentialité** : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder ;
- **Sa traçabilité** : les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information.

4.2 UNE MISSION SECURITE

[Indiquer le nom de la direction / département de l'établissement en charge des systèmes d'information] fournit un système d'information qui s'appuie sur une infrastructure informatique. Elle doit assurer la mise en sécurité de l'ensemble c'est-à-dire protéger ces ressources contre des pannes, des erreurs ou des malveillances. Elle doit aussi protéger les intérêts économiques de l'établissement en s'assurant que ces moyens sont bien au service de la production de soins. Elle doit donc définir et empêcher les abus.

4.3 UN ENJEU TECHNIQUE ET ORGANISATIONNEL

Les enjeux majeurs de la sécurité sont la qualité et la continuité des soins, le respect du cadre juridique sur l'usage des données personnelles de santé.

Pour cela, *[indiquer le nom de la direction / département de l'établissement en charge des systèmes d'information]* déploie un ensemble de dispositifs techniques mais aussi organisationnels. En effet, au-delà des outils, la bonne utilisation des moyens informatiques est essentielle pour garantir un bon niveau de sécurité. La sécurité peut-être assimilée à une chaîne dont la solidité dépend du maillon le plus faible. Certains comportements humains, par ignorance des risques, peuvent fragiliser le système d'information.

4.4 UNE GESTION DES RISQUES

L'information médicale, qu'elle soit numérique ou non, est un composant sensible qui intervient dans tous les processus de prise en charge des patients. Une information manquante, altérée ou indisponible peut constituer une perte de chance pour le patient (exemples : erreur dans l'identification d'un patient (homonymie par exemple), perte de données suite à une erreur d'utilisation d'une application informatique, ...). La sécurité repose sur une gestion des risques avec des analyses des risques potentiels, des suivis d'incidents, des dispositifs d'alertes. La communication vers les utilisateurs est un volet important de cette gestion. La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information s'inscrit dans ce plan de communication.

5. REGLES DE SECURITE

Cette section présente les règles de sécurité du système d'information définies par l'établissement de santé. Il décrit notamment les dispositions relatives à :

- L'obligation de discrétion et de confidentialité ;
- La protection de l'information ;
- L'usage des comptes et des mots de passe ;
- L'usage des outils de communication (Internet, messagerie, téléphone et fax, ...) ;
- La préservation de l'image de marque de l'établissement ;

Afin de répondre au pré-requis du programme hôpital numérique, la Charte d'accès et d'usage du système d'information de l'établissement de santé devra préciser les règles d'accès au dossier patient informatisé par les professionnels habilités, notamment d'accès aux données issues de consultations ou d'hospitalisations¹⁵. Il est recommandé que l'accès à ces données par les professionnels habilités se fasse par le biais d'un login et d'un mot de passe individuel robuste et renouvelé à un rythme régulier par l'utilisateur.

L'établissement de santé adaptera cette section aux règles de sécurité qu'il souhaite mettre en place au sein de sa structure dans le respect de la législation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs.

Il pourra enfin être ajoutée toute information relative aux règles de sécurité que l'établissement de santé juge pertinente de porter à la connaissance des utilisateurs (exemples : mode d'obtention d'un droit d'accès aux systèmes informatiques, modalités de fermeture d'un accès au réseau en cas de départ ou de changement d'affectation / d'absence de longue durée, ...).

L'accès au système d'information de l'établissement est soumis à autorisation. Une demande préalable écrite est ainsi requise pour l'attribution d'un accès aux ressources informatiques, aux services Internet et de télécommunication ; la demande exprimée par l'utilisateur est au préalable validée par son manager, qui précise les accès nécessaires à son collaborateur et la transmet par écrit [*indiquer le nom de la direction / département de l'établissement en charge des systèmes d'information*].

Le service informatique attribue alors au demandeur son droit d'accès et lui communique la présente Charte d'accès et d'usage du système d'information. Ce droit d'accès est strictement personnel et concédé à l'utilisateur pour des activités exclusivement professionnelles. Il ne peut être cédé, même temporairement à un tiers. Tout droit prend fin lors de la cession, même provisoire, de l'activité professionnelle de l'utilisateur, ou en cas de non-respect des dispositions de la présente Charte par l'utilisateur.

L'obtention d'un droit d'accès au système d'information de l'établissement de santé entraîne pour l'utilisateur les droits et les responsabilités précisées dans les paragraphes ci-dessous.

5.1 CONFIDENTIALITE DE L'INFORMATION ET OBLIGATION DE DISCRETION

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel et/ou médical. Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données de santé. Les personnels se doivent de faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission. Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux publics ou

¹⁵ DGOS ; Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html> ; Indicateur P3.2 Existence d'une charte ou d'un document formalisant les règles d'accès et d'usage du système d'information, en particulier pour les applications gérant des informations de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs.

partagés. Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique en particulier aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations privées de type courrier électroniques dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie.

L'accès aux données de santé à caractère personnel des patients par des professionnels habilités se fait avec une carte CPS.

L'utilisateur doit assurer la confidentialité des données qu'il détient. En particulier, il ne doit pas diffuser à des tiers, au moyen d'une messagerie non sécurisée, des informations nominatives et/ ou confidentielles couvertes par le secret professionnel.

5.2 PROTECTION DE L'INFORMATION

Les postes de travail permettent l'accès aux applications du système d'information. Ils permettent également d'élaborer des documents bureautiques. Il est important de ne stocker aucune donnée ni aucun document sur ces postes (disques durs locaux). Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs centraux implantés dans des salles protégées. De même, les documents bureautiques produits doivent être stockés sur des serveurs de fichiers. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. Le stockage de données privées sur des disques réseau est interdit.

Le cas échéant, ceux qui utilisent un matériel portable (exemples : poste, tablette, smart phone, ...) ne doivent pas le mettre en évidence pendant un déplacement, ni exposer son contenu à la vue d'un voisin de train ... ; le matériel doit être rangé en lieu sûr. De même, il faut ranger systématiquement en lieu sûr tout support mobile de données (exemples : CD, disquette, clé, disque dur, ...). Aucune donnée de santé à caractère personnel des patients ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.

Il faut également mettre sous clé tout dossier ou document confidentiel lorsqu'on quitte son espace de travail.

Les médias de stockage amovibles (exemples : clefs USB, CD-ROM, disques durs ...) présentent des risques très forts vis-à-vis de la sécurité : risques importants de contamination par des programmes malveillants (virus) ou risques de perte de données. Leur usage doit être fait avec une très grande vigilance. L'établissement se réserve le droit de limiter voire d'empêcher l'utilisation de ces médias en bloquant les ports de connexion des outils informatiques.

L'utilisateur ne doit pas transmettre de fichiers sensibles à une personne qui en ferait la demande et qu'il ne connaîtrait pas, même s'il s'agit d'une adresse électronique interne à l'établissement.

5.3 USAGE DES RESSOURCES INFORMATIQUES

Seules des personnes habilitées de l'établissement de santé (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté) ont le droit d'installer de nouveaux logiciels, de connecter de nouveaux PC au réseau de l'établissement et plus globalement d'installer de nouveaux matériels informatiques.

L'utilisateur s'engage à ne pas modifier la configuration des ressources (matériels, réseaux, ...) mises à sa disposition, sans avoir reçu l'accord préalable et l'aide des personnes habilitées de l'établissement (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté).

Les logiciels commerciaux acquis par l'établissement ne doivent pas faire l'objet de copies de sauvegarde par l'utilisateur, ces dernières ne pouvant être effectuées que par les personnes habilitées de l'établissement.

Le cas échéant, l'établissement de santé ajoutera également ici les règles de sécurité qu'il aura définies en matière d'usage par le personnel hospitalier d'équipements personnels (« Bring your Own Devices (BYOD) »), de type tablette, smart phone, etc.

5.4 USAGE DES OUTILS DE COMMUNICATION

Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage exclusivement professionnel. L'usage à titre personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est toléré à condition qu'il soit très occasionnel et raisonnable, qu'il soit conforme à la législation en vigueur et qu'il ne puisse pas porter atteinte à l'image de marque de l'établissement de santé. Il ne doit en aucun cas être porté à la vue des patients ou de visiteurs et accompagnants.

- **Usage du téléphone et du fax**

Le téléphone et le fax sont des moyens potentiels d'échanges de données qui présentent des risques puisque l'identité de l'interlocuteur qui répond au téléphone ou de celui qui réceptionne un fax n'est pas garantie.

Il ne faut ainsi communiquer aucune information sensible par téléphone, notamment des informations nominatives, médicales ou non, ainsi que des informations ayant trait au fonctionnement interne de l'établissement. Exceptionnellement, une communication d'information médicale peut être faite après avoir vérifié l'identité de l'interlocuteur téléphonique. Si un doute subsiste, le numéro de téléphone de l'interlocuteur indiqué doit être vérifié, le cas échéant, dans les annuaires de patients ou professionnels.

La communication d'informations médicales (exemples : résultats d'examens, ...) aux patients et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée. Les utilisateurs concernés doivent se conformer à la réglementation et aux procédures de l'établissement en vigueur.

- **Usage d'Internet**

L'accès à l'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission usuelle, ou dans le cadre de projets spécifiques.

Il est rappelé aux utilisateurs que, lorsqu'ils « naviguent » sur l'Internet, leur identifiant est enregistré. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant lors de l'utilisation de l'Internet et à ne pas mettre en danger l'image ou les intérêts de l'établissement de santé.

Par ailleurs, les données concernant l'utilisateur (exemples : sites consultés, messages échangés, données fournies à travers un formulaire, données collectées à l'insu de l'utilisateur, ...) peuvent être enregistrées par des tiers, analysées et utilisées à des fins notamment commerciales. Il est donc recommandé à chaque utilisateur de ne pas fournir son adresse électronique professionnelle, ni aucune coordonnée professionnelle sur l'Internet, si ce n'est strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.

Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement. Il est interdit de participer à des forums, blogs et groupes de discussion à des fins non professionnelles, et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violent, raciste, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public.

Tous les accès Internet sont tracés et enregistrés et conservés par un dispositif de filtrage et de traçabilité. Il est donc possible pour l'établissement de connaître, pour chaque salarié, le détail de son activité sur l'Internet.

Ce contrôle des accès aux sites visités permet de filtrer les sites jugés indésirables, notamment des sites dangereux pour la sécurité du réseau. Il permet de détecter, de bloquer et ou de signaler les accès abusifs (en matière de débits, volumes, durées), ou les accès à des sites illicites et/ou interdits.

- **Usage de la messagerie**

L'usage de la messagerie est autorisé à l'ensemble du personnel. La messagerie permet de faciliter les échanges entre les professionnels de l'établissement

Les utilisateurs doivent garder à l'esprit que leurs messages électroniques peuvent être stockés, réutilisés, exploités à des fins auxquelles ils n'auraient pas pensé en les rédigeant, constituer une preuve ou un commencement de preuve par écrit ou valoir offre ou acceptation de manière à former un contrat entre l'hôpital et son interlocuteur, même en l'absence de contrat signé de façon manuscrite.

Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. Les messages personnels doivent comporter explicitement la mention « privé » dans l'objet. A défaut, les messages seront réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués « privé » ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.

L'usage des listes de diffusion doit être strictement professionnel.

Il est strictement interdit d'utiliser la messagerie pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire, du prosélytisme, du harcèlement, des messages insultants ou de dénigrement, des textes ou des images provocants et/ou illicites, ou pour propager des opinions personnelles qui pourraient engager la responsabilité de l'établissement ou de porter atteinte à son image. Les utilisateurs sont tenus par leurs clauses de confidentialité et de loyauté contractuelles dans le contenu des informations qu'ils transmettent par email.

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées. Il est rappelé que le réseau Internet n'est pas un moyen de transport sécurisé. Il ne doit donc pas servir à l'échange d'informations médicales nominatives en clair. En l'absence de dispositif de chiffrement de l'information de bout en bout, les informations médicales doivent être rendues anonymes.

Il est strictement interdit d'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite.

5.5 USAGE DES LOGIN ET DES MOTS DE PASSE (OU DE CARTES CPS OU EQUIVALENT)

Chaque utilisateur dispose de compte nominatif lui permettant d'accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'établissement. Ce compte est personnel. Il est strictement interdit d'usurper une identité en utilisant ou en tentant d'utiliser le compte d'un autre utilisateur ou en agissant de façon anonyme dans le système d'information.

Pour utiliser ce compte nominatif, l'utilisateur soit dispose d'un login et d'un mot de passe, soit utilise une carte CPS ou équivalent (avec un code personnel à 4 chiffres)

Le mot de passe choisi doit être robuste (8 caractères minimum, mélange de chiffres, lettres et caractères spéciaux), de préférence simple à mémoriser, mais surtout complexe à deviner. Il doit être changé tous les 6 mois. Le mot de passe est strictement confidentiel. Il ne doit pas être communiqué à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité des systèmes d'information, même pour une situation temporaire.

Chaque utilisateur est responsable de son compte et son mot de passe, et de l'usage qui en est fait. Il ne doit ainsi pas mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage. La plupart des systèmes informatiques et des applications de l'établissement assurent une traçabilité complète des accès et des opérations réalisées à partir des comptes sur les applications médicales et médico-techniques, les applications administratives, le réseau, la messagerie, l'Internet, ... Il est ainsi possible pour l'établissement de vérifier *a posteriori* l'identité de l'utilisateur ayant accédé ou tenté d'accéder à une application au moyen du compte utilisé pour cet accès ou cette tentative d'accès.

C'est pourquoi il est important que l'utilisateur veille à ce que personne ne puisse se connecter avec son propre compte. Pour cela, sur un poste dédié, il convient de fermer ou verrouiller sa session lorsqu'on quitte son poste. Il ne faut jamais se connecter sur plusieurs postes à la fois. Pour les postes qui ne sont pas utilisés pendant la nuit, il est impératif de fermer sa session systématiquement avant de quitter son poste le soir..

Il est interdit de contourner ou de tenter de contourner les restrictions d'accès aux logiciels. Ceux-ci doivent être utilisés conformément aux principes d'utilisation communiqués lors de formations ou dans les manuels et procédures remis aux utilisateurs.

L'utilisateur s'engage enfin à signaler toute tentative de violation de son compte personnel.

5.6 IMAGE DE MARQUE DE L'ETABLISSEMENT

Les utilisateurs de moyens informatiques ne doivent pas nuire à l'image de marque de l'établissement en utilisant des moyens, que ce soit en interne ou en externe, à travers des communications d'informations à l'extérieur de l'établissement ou du fait de leurs accès à Internet.

6. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Toute création ou modification de fichier comportant des données nominatives ou indirectement nominatives doit, préalablement à sa mise en œuvre, être déclarée auprès du Correspondant Informatique et Libertés (CIL) de l'établissement de santé, à défaut le Responsable de la Sécurité du Système d'Information (RSSI), qui étudie alors la pertinence des données recueillies, la finalité du fichier, les durées de conservation prévues, les destinataires des données, le moyen d'information des personnes fichées et les mesures de sécurité à déployer pour protéger les données. Le CIL procède ensuite aux opérations de déclaration et d'information réglementaires.

Il est rappelé que l'absence de déclaration de fichiers comportant des données à caractère personnel est passible de sanctions financières et de peines d'emprisonnement.

En cas de non-respect des obligations relatives à la loi Informatique et Libertés, le CIL serait informé et pourrait prendre toute mesure temporaire de nature à mettre fin au traitement

illégal ainsi qu'informer le responsable hiérarchique de l'utilisateur à l'origine du traitement illégal.

7. SURVEILLANCE DU SYSTEME D'INFORMATION

Cette section décrit le dispositif de surveillance du système d'information mis en œuvre par l'établissement de santé, et notamment les modalités de contrôle de l'usage du système d'information par les utilisateurs et la gestion des traces. Il convient ainsi d'adapter cette section aux modalités de surveillance du système d'information déjà mises en place au sein de l'établissement.

7.1 CONTROLE

Pour des nécessités de maintenance et de gestion, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peuvent être analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable, et notamment de la loi Informatique et Libertés.

7.2 TRAÇABILITE

[Indiquer le nom de la direction / département de l'établissement en charge des systèmes d'information] assure une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'elle met à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources.

Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération ;
- L'heure de la connexion ;
- Le système auquel il est accédé ;
- Le type d'opération réalisée
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ou des applications de l'hôpital ;
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet) ;
- *[Ajouter toute autre trace que le dispositif de surveillance permet d'enregistrer].*

Le personnel de la Direction du système d'information respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction, mais peuvent être amenés à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

7.3 ALERTES

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus

générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé au Responsable de la Sécurité du Système d'Information.

La sécurité de l'information met en jeu des moyens techniques, organisationnels et humains. Chaque utilisateur de l'information se doit d'avoir une attitude vigilante et responsable afin que les patients bénéficient d'une prise en charge sécurisée et que leur vie privée ainsi que celle des personnels soient respectées.

8. RESPONSABILITES ET SANCTIONS

Cette section présente les sanctions encourues par les utilisateurs du système d'information de l'établissement en cas de non respect des dispositions prévues par la présente Charte. L'établissement de santé adaptera ainsi cette section à la politique de sanctions en vigueur au sein de sa structure.

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par la Direction générale de l'établissement de santé dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, ASIP Santé, ...).

L'établissement ne pourra être tenue pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services internet décrites dans la Charte. En cas de manquement aux règles de la présente Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions pouvant être :

- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, des moyens informatiques ;
- Un licenciement et éventuellement des actions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement.
- *[Ajouter toute autre sanction que l'établissement souhaite mettre en œuvre].*

Outre ces sanctions, la Direction du *[indiquer le nom de l'établissement de santé]* est tenu de signaler toutes infractions pénales commises par son personnel au procureur de la République.

[Indiquer le nom du Direction de l'établissement de santé], **Directeur de l'établissement de santé**

Signature du Directeur de l'établissement de santé

[Indiquer le nom du Responsable de la sécurité du système d'information], **Responsable de la sécurité du système d'information de l'établissement de santé**

5. Assistance



Pour **toute question ou information complémentaire sur le programme hôpital numérique**, vous pouvez contacter le chargé de mission SI (CMSI) de l'ARS de votre région.

La liste des CMSI et leurs coordonnées sont disponibles sur le site Internet du programme, à l'adresse suivante <http://www.sante.gouv.fr/hopital-numerique.html>

6. Remerciements

La DGOS **adresse ses remerciements à l'ensemble des professionnels** ayant contribué aux travaux d'élaboration de la boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique (i.e. l'outil d'autodiagnostic et de plan d'actions associé et les fiches pratiques) :

- Les **membres du groupe de travail « Mécanismes de financement »**, qui avaient œuvré à la définition des indicateurs constituant le socle commun du programme hôpital numérique (pré-requis et domaines fonctionnels prioritaires) et ont à nouveau contribué au groupe de travail pour étudier et enrichir la boîte à outils préalablement à sa diffusion :
 - CHU de Rennes ;
 - CHU de Tours ;
 - CH de Châtelleraut ;
 - Institut Curie ;
 - Centre Chirurgical Marie Lannelongue ;
 - Générale de Santé ;
 - ARS Basse-Normandie ;
 - ARS Haute-Normandie ;
 - ARS Nord Pas de Calais.
- Les **membres de l'équipe projet du programme, piloté par la DGOS** (représentants de la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé du ministère, de l'ANAP, de l'ASIP Santé et des ARS) ;
- Les **chargés de mission SI des ARS**, relais régionaux de la DGOS sur le programme hôpital numérique, qui ont également participé à la revue de l'outil préalablement à sa diffusion ;
- Les **collèges de DSIO**, qui ont sollicité les établissements de santé afin de recueillir de leur part un maximum de documents-exemples déjà existants et afin de tester les outils ;
- Les **établissements de santé** qui ont répondu à l'appel des collèges des DSIO et ont fourni des exemples de documents nécessaires à l'atteinte des pré-requis du programme hôpital numérique :
 - Centre Hospitalier d'Hyères ;

- Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours ;
- Centre Hospitalier Départemental Georges Daumézon de Fleury-les-Aubrais ;
- Centre Hospitalier de Mâcon ;
- Centre Hospitalier de Vienne ;
- Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers ;
- Centre Hospitalier de Châteaubriant ;
- Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) ;
- Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA) ;
- Centre Hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux ;
- Centre Hospitalier de Gonesse ;
- Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter de Wissembourg ;
- Institut Curie.

Les modèles de documents-type contenus dans les fiches pratiques de l'outil ont été principalement établis sur la base de ces documents transmis par les établissements de santé.