



Audit des SIH auprès d'établissements représentatifs

Charte d'Audit SYSTEME D'INFORMATION

Référence document	<i>Charte d'audit système d'information</i>
Version	<i>V1-4 (MHN)</i>
Auteur	<i>ANAP</i>

TABLE DES MATIERES

1. OBJET DU DOCUMENT	2
2. CHARTE D'AUDIT	2
A. Responsabilité de l'audit	2
3. MODALITES DE REALISATION DE L'AUDIT	3
A. Introduction	3
B. Profils consultés	3
C. Guide de lecture	5
4. DEROULE DE L'AUDIT	6
A. Direction et stratégie	6
GOUV01-Stratégie de l'établissement et stratégie du système d'information	6
GOUV02-Gestion globale des compétences nécessaires au SI	8
GOUV03-Partenariats stratégiques du SI	9
B. Situation opérationnelle du SI	11
SIOP01-Situation actuelle du SI	11
SIOP02-Identification du patient	13
SIOP03-Identification des Professionnels de santé	15
C. Processus de management du SI	17
MAGT01- Management global du SI	17
MAGT02- Maintien en conditions opérationnelles du SI	19
MAGT03- Evolution du SI	20
D. Processus métier	22
PROM-01- Production de soins - Prise en charge médicamenteuse	22
PROM-02- Facturation et recouvrement des venues du patient	25
PROM-03- Pilotage médico-économique	27
E. Performance observée	29
RESU-01- Usage du SI	29
RESU-02- Résultats métier	32

1. Objet du document

Ce document a été élaboré dans le cadre de la mission mandatée par Monsieur Jean Debeaupuis, Directeur Général de l'Offre de Soins, de l'ANAP en 2014 de réaliser un audit des systèmes d'information hospitaliers auprès d'établissements représentatifs.

Il est mis à disposition des établissements souhaitant s'approprier cette démarche pour leurs besoins propres.

Ce référentiel d'audit est construit à partir des référentiels EFQM¹, Cobit,² et BREC³.

2. Charte d'Audit

A. Responsabilité de l'audit

1. OBJECTIFS

L'audit a pour objectif de donner une assurance raisonnable, et le cas échéant de faire des propositions d'amélioration, sur l'efficacité et la maîtrise des risques associés à la gestion du système d'information.

2. PERIMETRE

L'audit couvre les aspects relatifs :

- A la direction et la stratégie : capacité du SI à appuyer la stratégie de l'établissement,
- A la situation opérationnelle du SI : état actuel du SI,
- Aux processus de management du SI : description de la façon dont le SI est géré,
- Aux processus métier : service rendu par le SI sur certains processus métiers identifiés dans la lettre de mission de l'audit,
- A la performance observée : résultats et impacts du SI observés sur la performance de l'établissement.

¹ L'European Foundation for Quality Management ou EFQM, est une fondation européenne basée à Bruxelles. Elle a été fondée en 1988

² Le CobiT (*Control Objectives for Information and related Technology*, a été développé en 1994 (et publié en 1996) par l'ISACA (*Information Systems Audit and Control Association*).

³ BREC (Bilan-Retour d'Expérience et Conseil) développée par le Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers qui a contribué à la création de l'ANAP en 2009

3. Modalités de réalisation de l'audit

A. Introduction

La présente charte est organisée en cinq parties :

- Direction et stratégie : capacité du SI à appuyer la stratégie de l'établissement
- Situation opérationnelle du SI : état actuel du SI
- Processus de management du SI : description de la façon dont le SI est géré
- Processus métier : service rendu par le SI sur certains processus métiers identifiés dans la lettre de mission de l'audit⁴
- Performance observée : résultats et impacts du SI observés sur la performance de l'établissement

À chacune de ces cinq parties correspond un chapitre du référentiel. Chaque chapitre est divisé en références. Chaque référence est divisée en critères d'évaluation. Chaque critère d'évaluation est détaillé en points de contrôle. Des éléments de preuve sont associés à ces points de contrôle.

Les chapitres et références constituent un ensemble fermé : ils **couvrent l'ensemble du périmètre à évaluer**.

Les critères définissent le niveau d'approfondissement de l'évaluation : plus une référence contient de critères, plus elle est évaluée de façon détaillée.

Les points de contrôle constituent une liste indicative et ont pour principale vocation de guider l'Auditeur dans sa démarche d'investigation.

Chapitre, titre de niveau 1 :	Processus de management du SI
Référence, titre de niveau 2 :	Management global du SI
Critère, titre de niveau 3 :	La gouvernance du SI est structurée
Point de contrôle :	La communication autour du SDSI est assurée

Cette charte fournit le cadre dans lequel le rapport d'audit sera rédigé.

B. Profils consultés

La réalisation de l'audit nécessite la mise à disposition ponctuelle des profils suivants (liste *a minima*) :

- Directeur
- Président de CME
- Médecin DIM
- Pharmacien
- DSIO et chef de projet SI et chef de projet métier
- Direction des affaires financières- DAF/bureau des entrées

⁴ Réf. nécessaire

- Direction des affaires économiques- DAE
- Direction des ressources humaines- DRH
- Direction des soins- DSI
- Direction des affaires juridiques- DAJ
- Direction de la qualité-DQ
- Représentants des utilisateurs médecins soignants

Matrice de consultation des personnes par référence

Personnes à rencontrer	GOUV 01	GOUV 02	GOUV 03	SIOP 01	SIOP 02	SIOP 03	MAGT 01	MAGT 02	MAGT 03	PROM 01	PROM 02	PROM 03	RESU 01	RESU 02
Directeur	X	X	X						X		X	X	X	X
Président de CME	X	X	X						X		X	X	X	X
Médecin DIM					X				X		X	X	X	X
Pharmacien										X	X			
DSIO et chef de projet SI et chef de projet métier	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Direction des affaires financières- DAF/bureau des entrées					X				X	X	X	X		
Direction des affaires économiques- DAE									X			X		
Direction des ressources humaines- DRH		X				X						X		
Direction des soins- DSI										X		X		
Direction des affaires juridiques- DAJ														X
Direction de la qualité- DQ											X		X	X
Représentants des utilisateurs médecins soignants									X	X			X	X

C. Guide de lecture

Au cours de l'audit, l'auditeur évaluera les points de contrôle sur la base d'entretiens avec les personnes identifiées par références ainsi que sur l'analyse des livrables afférents.

Pour chaque point de contrôle, l'auditeur cherchera à établir :

- L'**existence** d'une procédure, d'un outil ou d'une organisation :

Score	Existence
0	n'existe pas dans l'établissement
1	existe dans l'établissement

- L'**opérationnalité** des procédures ou la **couverture** des outils ou organisations suivant une échelle à 5 niveaux (inspirée de CobiT) :

Score	Opérationnalité	Couverture
0	Inexistant : le critère est non satisfait	moins de 15%
1	Informel : des éléments oraux ou déclaratifs sont relevés, mais aucune formalisation n'a été trouvée	de 15 à 30 %
2	Défini : des éléments formels existent	de 30 à 50 %
3	Géré et mesuré : des éléments formels existent et le critère est régulièrement évalué	de 50 à 80 %
4	Optimisé : des éléments formels existent, sont évalués et rectifiés	de 80 à 100 %

- L'évaluation subjective de la **fiabilité** que l'établissement porte sur la procédure, l'outil ou l'organisation mise en place sur une échelle à 5 niveaux :

Score	Opérationnalité
0	Pas du tout fiable
1	Peu fiable
2	A peu près fiable
3	Fiable
4	Très fiable

La cotation par critère est agrégée par référence.

NA est utilisé pour « Non Applicable »

Avertissement : les points de contrôles évoqués dans ce document ne sont pas exhaustifs. Ils ont vocation à guider l'entretien pour évaluer les critères d'appréciation des références.

4. Déroulé de l'audit

A. Direction et stratégie

GOUV01-Stratégie de l'établissement et stratégie du système d'information

L'établissement dispose d'un projet médical et d'un projet d'établissement validés, à partir desquels le SDSI a été construit.

Les objectifs inscrits dans le CPOM sont aussi intégrés dans le SDSI.

Cela permet d'arbitrer au niveau le plus haut de l'établissement un portefeuille de projets réalisable. Ce portefeuille donne à la Direction une bonne vision de la mise en œuvre et lui permet de conduire ses actions au sein de l'établissement et en dehors en connaissance de cause.

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

La stratégie de l'établissement est définie

La stratégie de l'établissement est partagée avec les parties prenantes

La stratégie du SI est alignée avec la stratégie de l'établissement

La gouvernance du SI implique la direction de l'établissement

La gouvernance du SI implique les directions métier/opérationnelles

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
Le projet d'établissement existe			
Le projet d'établissement est mis à jour lors des évolutions de contexte majeures			
Le projet d'établissement intègre les objectifs stratégiques du projet médical			
Les membres du Directoire (directeurs et médecins) s'impliquent de façon visible dans la mise en œuvre du projet d'établissement			
Les membres du Directoire s'impliquent dans la communication autour des objectifs stratégiques et opérationnels du projet d'établissement			
Le projet d'établissement et ses annexes sont aisément accessibles par la communauté hospitalière			
Le SDSI décline les objectifs stratégiques du projet d'établissement			
Le SDSI décline le CPOM			
Le cycle de vie du SDSI est aligné sur la durée du projet d'établissement			
Les évolutions/modifications dans la mise en œuvre du SDSI sont décidées au plus haut niveau de l'établissement			
Le pilotage du portefeuille de projets est porté par un membre de la Direction			

Éléments de preuve

GOUV02-Gestion globale des compétences nécessaires au SI

La politique des ressources humaines du SI est alignée avec les objectifs de l'établissement. La Direction est au fait des enjeux portés par les SI. Elle est en situation de prendre les décisions qui permettront à l'établissement d'adapter les niveaux de compétences des personnels afin d'éviter au SI l'obsolescence.

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critère

La politique des ressources humaines du SI est alignée avec les objectifs de l'établissement.

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
La réflexion sur les compétences à maintenir et les compétences externalisables ou en voie d'obsolescence est définie			

Éléments de preuve

GOUV03-Partenariats stratégiques du SI

La Direction s'implique dans les relations avec les fournisseurs majeurs de manière à disposer d'une bonne compréhension des stratégies respectives.

Elle fait de même avec les acteurs du territoire de manière à rendre encore plus efficaces la mise en place de projets territoriaux et régionaux.

Dans cet esprit, la direction dispose des éléments nécessaires et suffisants pour arbitrer les décisions d'externalisation du SI.

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

Les relations avec les fournisseurs majeurs sont gérées au niveau de la Direction de l'établissement

Les partenariats avec les acteurs du territoire, les structures de coopération ou de mutualisation sont gérés au niveau de la Direction de l'établissement

La stratégie d'externalisation du SI est définie par la Direction de l'établissement

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
Un point de situation est fait au minimum une fois par an			
Le pilotage est organisé et le plan d'actions est suivi			
Les conséquences territoriales en matière de SI sont analysées et accompagnées			
La stratégie est formalisée et validée			



appui santé & médico-social

Les agréments hébergeur de données de santé sont vérifiés dans tous les cas d'externalisation			
---	--	--	--

Éléments de preuve

B. Situation opérationnelle du SI

SIOP01-Situation actuelle du SI

Il s'agit d'évaluer la situation actuelle du SI, son niveau de couverture, son niveau de réalisation. Ceci tant sur les aspects applicatifs que sur les aspects infrastructures et réseaux.

Les aspects sécurité du SI sont à prendre en compte en particulier ceux relevant d'Hôpital Numérique, ainsi que ceux réglementaires tels que CNIL, agrément hébergeur en cas d'externalisation.

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

La couverture fonctionnelle du SI correspond aux priorités stratégiques de l'établissement

Les infrastructures techniques soutiennent les services applicatifs

La sécurité du SI permet de gérer les risques associés à l'informatisation

Le SI est conforme aux obligations réglementaires

Points de contrôle

Évaluation

Attributs	E	O/C	F
Taux de couverture			
Niveau de réalisation du SDSI			
Réseau- Serveurs et salle machines. Les locaux hébergeant les dispositifs critiques sont sécurisés (notamment électriquement), sont protégés (contre l'incendie, contre les inondations, etc.).			
Les postes de travail sont aisément remplaçables en cas d'indisponibilité			
Les responsabilités en matière de sécurité du SI sont identifiées			
La politique de sécurité du SI est établie, mise en œuvre et évaluée			
L'établissement identifie les mesures de sécurité à partir d'une analyse des risques			
Les procédures dégradées sont formalisées et testées régulièrement			
Le PRA et le PCA sont établis et testés			
La qualité de service sur les principales fonctions (identification patient, mouvements, CBUM) est adaptée au besoin (24/24 si nécessaire)			
Les déclarations CNIL sont réalisées			
L'information du patient est réalisée			
L'établissement dispose de l'agrément hébergeur de données de santé en cas d'externalisation			

Eléments de preuve

SIOP02-Identification du patient

La situation opérationnelle du SI et sa fiabilité dépendent fortement de la façon dont est gérée l'identification du patient dans tout le SIH. L'identification du patient doit être unique dans le SI et cette fonction doit être assurée au quotidien

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

L'organisation permettant de fiabiliser l'identification du patient s'applique au SI

Le référentiel d'identité patient assure l'identification unique du patient dans l'ensemble du SI de l'établissement

L'identification du patient dans le SI de l'établissement permet les échanges avec les Professionnels de santé du territoire

<i>Points de contrôle</i>	Évaluation		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
Une cellule d'identité vigilance est active et pérenne			
L'identification du patient est gérée au quotidien			
Tout patient a un identifiant unique			
Un référentiel maître est défini			
Les identités provisoires sont gérées			
Le SI sait gérer plusieurs identifiants			
Le SI sait gérer plusieurs entités juridiques			

Éléments de preuve

SIOP03-Identification des Professionnels de santé

La situation opérationnelle du SI et la fiabilité de l'information dépendent fortement de la façon dont est gérée l'identification des Professionnels de santé. Le processus de gestion de l'identité et de l'affectation des droits au PS est maîtrisé. Les situations particulières sont gérées (intérimaires, internes, CDD...) et permettent un fonctionnement fiable et serein au quotidien

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

La politique d'authentification et d'habilitation est structurée

L'organisation en place permet l'authentification et l'habilitation dans l'ensemble du système d'information de l'établissement

Le référentiel d'authentification et d'habilitation permet les échanges avec les professionnels de santé du territoire

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
La politique d'authentification et d'habilitation des Professionnels de santé existe et est validée par les instances de l'établissement			
Tout professionnel de santé a un identifiant unique et des moyens d'accès au SI			
La gestion des droits d'accès aux applications est organisée et maintenue			

Le processus de gestion des arrivées et des départs des personnels permet l'authentification pendant un temps adapté des professionnels permanents, temporaires et intérimaires			
La procédure d'attribution d'un identifiant unique et des moyens d'accès et des droits aux nouveaux arrivants est compatible avec les besoins des services			
Il existe des référentiels métiers permettant d'attribuer les droits d'accès adaptés			
Une procédure dégradée existe pour pallier l'absence d'identifiant-moyens d'accès-droits			
La politique d'authentification et d'habilitation s'appuie sur les infrastructures nationales (RPPS)			

Éléments de preuve

C. Processus de management du SI

MAGT01- Management global du SI

La gouvernance du système d'information est structurée et le niveau d'urbanisation permet une bonne réalisation des processus métier.

L'architecture du SI favorise l'interopérabilité et les bonnes pratiques sont en place avec une gestion avancée des référentiels. Le SI est en capacité de communiquer avec les applications régionales et territoriales.

Par ailleurs le DSIO dispose des ressources humaines compétentes et adaptées aux besoins.

L'organisation en place permet une gouvernance efficace et structurée.

Les projets majeurs de la DSIO sont connus au sein de l'établissement.

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

La gouvernance du SI est structurée

L'urbanisation du SI permet l'alignement sur les métiers

L'architecture du SI favorise l'interopérabilité

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est déclinée pour tous les acteurs du SI

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
Un comité spécifique est dédié au pilotage du SI ou une instance préexistante est désignée pour assurer le pilotage du SI			
Ce comité ou l'instance désignée associent les personnes requises : DG/CME/DSIO			
Le fonctionnement de ces comités ou instances désignés est structuré : agenda planifié, secrétariat assuré avec compte-rendu et suivi des décisions			
La communication autour du SDSI et de sa mise en œuvre est assurée			
Cartographie des processus/Cartographie fonctionnelle /Cartographie applicative			
Les SI est architecturé (le périmètre fonctionnel des applications à installer est en cohérence avec les applications installées) Le SI fait un emploi rationnel des EAI. Les flux d'information sont maîtrisés			
Chaque référentiel est géré de manière unique ou consolidé (dispositif de gestion pour chaque référentiel)			
L'implémentation des applications respecte les standards d'interopérabilité (principaux flux normalisés/inter'op sante, la DMP compatibilité est en place)			
Le SI est ouvert sur les infrastructures régionales et nationales : DMP, DP, ROR, messagerie sécurisée, applications régionales			
Les compétences requises sont identifiées			
Un référentiel de compétences existe pour les ressources SI / les acteurs métiers / utilisateurs			
Les écarts entre compétences requises et compétences disponibles elles mesurées			
L'établissement a mis en place une cellule support			
Les actions de conduite du changement, d'accompagnement des personnels sont connus des personnels et évaluées par eux			

Éléments de preuve

MAGT02- Maintien en conditions opérationnelles du SI

Les utilisateurs sont assistés et aidés dans l'utilisation des applications et cela fait l'objet d'un suivi.

En cas de panne les interventions sont réalisées dans les délais attendus.

L'exploitation du SI est organisée tant du point de vue technique qu'administratif et contractuel.

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

Le service d'assistance aux utilisateurs et les incidents sont gérés

L'exploitation informatique est organisée

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
Une assistance est apportée aux utilisateurs du SI			
Une gestion des interventions est opérationnelle			
Les contrats, licences, sous traitance, externalisation sont à jour			
Le suivi, la traçabilité et la documentation des mises à jour et des évolutions sont réalisés en continu			

Éléments de preuve

MAGT03- Evolution du SI

L'évolution du système d'information se fait par la mise en œuvre des projets inscrits au portefeuille. Chaque projet fait l'objet d'un pilotage structuré.

Les acquisitions de logiciels et de matériels dans le cadre des projets sont inscrites dans les projets et sont réalisées de manière efficiente.

L'établissement assure une veille régulière qui lui permet d'améliorer régulièrement son SI

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

Le SDSI est piloté sous forme d'un portefeuille de projets - Présentation des projets structurants (valeur ajoutée attendue- échéance)

La gestion des projets est structurée

L'acquisition des logiciels et des matériels est gérée

Un processus de veille est en place

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
L'établissement dispose d'un SDSI mis à jour régulièrement			
Les projets définis dans le SDSI sont intégrés dans le portefeuille			

de projets			
Le portefeuille de projets est réalisable sur la période couverte			
Le portefeuille de projets est réévalué plusieurs fois par an			
Le niveau d'investissement autorisé permet la réalisation des acquisitions planifiées			
Chaque projet fait l'objet d'une gestion formalisée			
Le changement est conduit à l'échelle de l'établissement			
La conduite de projet en place permet de prendre en compte les propositions/idées proposées par les personnels			
Chaque projet fait l'objet d'un suivi des coûts (personnel interne y compris métier, prestations et matériels)			
Les projets réalisés dans le cadre d'une mutualisation territoriale font l'objet d'une gestion adaptée (en fonction de l'impact sur le SI de l'établissement)			
La majorité des personnels est au courant des projets qui les concernent et des bénéfices attendus			
Un bilan du projet est fait à distance de la mise en production pour une identification des gains (qualitatifs/quantitatifs)			
Chaque projet dispose des compétences nécessaires tant SI que métier			
Les contacts avec les fournisseurs sont réguliers et leur offre est connue			
L'établissement participe à des clubs utilisateurs afin de proposer des évolutions favorables du produit			
Les acquisitions inscrites dans le plan directeur sont pilotées et associent la DSI, la Cellule des Marchés et les utilisateurs			
Les marchés de maintenance et d'exploitation sont renouvelés dans les délais			
Les contrats incluent un dispositif de pénalisation. Celui-ci est appliqué			
La veille réglementaire est appliquée			
La veille technologique existe et permet d'anticiper l'obsolescence.			

Eléments de preuve

D. Processus métier

PROM-01- Production de soins - Prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse est informatisée depuis la prescription jusqu'à l'administration.

Elle s'appuie sur un livret thérapeutique et des protocoles de prescription complets et à jour permettant l'efficacité des processus et la sécurité des patients.

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

Les référentiels du circuit du médicament sont gérés

L'indisponibilité du système informatisé ne dégrade pas la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse

L'informatisation de la prescription correspond aux besoins des médecins prescripteurs

L'informatisation de l'analyse pharmaceutique est conforme à la politique définie par l'établissement

L'informatisation de la dispensation correspond aux besoins de la pharmacie

--

L'informatisation de l'administration des médicaments correspond aux besoins des infirmières

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
La procédure de gestion du livret thérapeutique est connue et communiquée au sein de l'établissement			
Une procédure de déclaration des incidents (dont SI) existe et est appliquée			
Des procédures existent, sont connues et appliquées pour la gestion de la continuité des soins entre service informatisé et service non informatisé			
Les prescriptions sont réalisées en temps réel par les médecins eux-mêmes			
La modification de la prescription est accessible au prescripteur pendant un temps limité			
Des procédures existent, sont connues et appliquées pour les cas non traités par les logiciels couvrant le CBUM (posologies différentes selon les jours, prescription de gaz médicaux, perfusions à débit variable, prescriptions conditionnelles liées aux éléments physiopathologiques...)			
Des procédures existent, sont connues et appliquées pour les situations exceptionnelles ne permettant pas de prescrire en temps réel			
Des procédures existent, sont connues et appliquées pour la gestion des cas de non réconciliation des prescriptions (traitement personnel, chimio, anesthésie...)			
Des procédures de contrôle d'information existent, sont connues et appliquées avant toute nouvelle prescription pour la gestion des informations non récupérées par le logiciel			
La politique d'analyse pharmaceutique est définie par la pharmacie et validée par le COMEDIMS ou son équivalent			
Des procédures de contrôle de cohérence d'information existent et sont appliquées avant l'administration des prescriptions			

L'administration de la prescription est tracée en temps réel			
--	--	--	--

Éléments de preuve

PROM-02- Facturation et recouvrement des venues du patient

La facturation et le recouvrement des factures sont des activités qui nécessitent une organisation efficace qui permet la collecte exhaustive au fil de l'eau des informations de facturation, ceci quel que soit le mode de venue.

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

La collecte et la structuration des informations patient et d'activité médicale sont exhaustives pour tous les modes de venue

L'émission des factures par débiteur est gérée

Le suivi du recouvrement est automatisé

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
La construction des factures au fil de l'eau est opérationnelle – modes de gestion des différentes venues			
La construction du fichier FICHCOMP molécules onéreuses et DMI est automatisée			
La construction du fichier VIDHOSP est automatisée			
L'établissement dispose de référentiels des tarifs établissement informatisés			
L'établissement dispose d'alertes automatiques permettant de suivre les délais d'émission des factures par débiteur			

L'établissement dispose de procédures de contrôle du recouvrement			
L'établissement dispose de procédures de traitement des rejets			

Éléments de preuve

PROM-03- Pilotage médico-économique

Les besoins de pilotage de l'établissement, qu'il s'agisse de ses besoins de gestion internes ou pour répondre à des obligations réglementaires nécessitent la mise en œuvre d'outils de gestion.

L'efficacité des outils de gestion nécessite l'intégration des pré-requis analytiques dans le SIH et une automatisation forte du recueil des informations et de leur traitement.

Parmi les outils de gestion, les tableaux de bord produits sont adaptés au niveau de pilotage requis : distinction entre pilotage opérationnel (ex. pilotage du bloc opératoire avec TROS, TVO, etc.) et pilotage stratégique

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

L'ensemble des prérequis analytiques sont intégrés dans le SIH

Le recueil et le traitement des informations de gestion sont automatisés

Le système d'information est adapté aux besoins du pilotage médico-économique

Points de contrôle	Évaluation		
	E	O/C	F
Attributs			
Découpage analytique en UF/SA			
Imputations et affectations analytiques			
Processus de traitement de l'information			
Gestion des référentiels (en amont des contrôles de qualité)			

pour une cohérence des données issues des systèmes de production (SIRH, SIPS, SI comptable, etc.)			
Interopérabilité des applicatifs / schémas des flux			
Contrôles qualité (soit internes, soit effectués sur les ARS)			
Acceptation des résultats produits par les gestionnaires internes (chef de pôle)			
Respect des délais de production réglementaires pour les états externes et des délais découlant de la gouvernance interne de l'établissement			

Eléments de preuve

E. Performance observée

RESU-01- Usage du SI

Les résultats liés à l'usage du SI dans le domaine de la production de soins sont *a minima* ceux identifiés par Hôpital Numérique.

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

- D1 : Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie
- D2 : Dossier patient communicant et communication extérieure
- D3 : Prescription électronique alimentant le plan de soins
- D4 : Programmation des ressources et agendas du patient
- D5 : Pilotage médico-économique

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
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			
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			
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			
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			

D1.5 : Taux de services de soins et médico-techniques accédant aux comptes-rendus et images sous forme électronique			
D2.1 : Dossier patient DMP Compatible en propre ou via un dispositif permettant la DMP compatibilité			
D2.2 : Publication de comptes-rendus d'hospitalisation dans le DMP			
D2.3 : Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examens d'imagerie, d'examens ACP), les traitements de sortie et les résultats de biologie			
D2.4 : Taux de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation			
D2.5 : Taux de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient informatisé a été mis à jour			
D3.1 : Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées			
D3.2 : Taux de séjours disposant de prescriptions d'examens de biologie informatisées			
D3.3 : Taux de séjours disposant de demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées			
D3.4 : Taux de séjours disposant de prescriptions informatisées d'actes infirmiers			
D3.5 : Taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions			
D4.1 : Vision du planning du patient intégrant les consultations externes, examens des plateaux techniques, gestes chirurgicaux et actes paramédicaux (hors plan de soins)			
D4.2 : Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation			
D4.3 : Taux d'actes et consultations externes planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé			
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			
D5.1 : Production du tableau de bord de pilotage médico-économique fondée sur un SI alimenté avec les 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			
D5.3 : Utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du dialogue de gestion			

Éléments de preuve

RESU-02- Résultats métier

Les résultats métier sont ceux à envisager dans le cadre d'EFQM. Il s'agit d'identifier les résultats de la mise en œuvre et de l'utilisation du système d'information pour les patients d'une part et les Professionnels de santé d'autre part.

L'objet est aussi d'évaluer en quoi le système d'information contribue au développement de la stratégie, quelles sont les actions véritablement « moteurs » des résultats, quels secteurs ont besoin de plus d'attention, et quelles approches doivent être abandonnées.

Commentaire général

	Opérationnalité	Fiabilité
Évaluation		

Critères

Des impacts sur la qualité des soins et sur les patients sont liés à l'informatisation

Des impacts sur les ressources humaines sont liés à l'informatisation

Des impacts sur l'efficacité économique et opérationnelle sont liés à l'informatisation

<i>Points de contrôle</i>	<i>Évaluation</i>		
	<i>E</i>	<i>O/C</i>	<i>F</i>
Attributs			
Le niveau de satisfaction des patients est mesuré			
L'évolution du nombre de réclamations des patients a varié depuis l'informatisation de la production de soins			
Le taux de conformité des prescriptions est amélioré avec l'informatisation de la prescription			
Le nombre d'incidents iatrogéniques a été réduit avec l'informatisation de la prescription			

Les impacts sur les conditions de travail sont identifiés et mesurés (absentéisme, turn-over, demande de changement de poste, etc.)			
Le nombre des demandes de formation a progressé			
Le travail collaboratif a progressé			
La variation d'activité après informatisation d'un secteur est significative			
La variation des recettes après informatisation d'un secteur est significative			
La variation des dépenses après informatisation d'un secteur est significative			

Eléments de preuve