

PRODUIRE EFFICACEMENT LES INDICATEURS D'USAGE HOPITAL NUMERIQUE

Démarche et méthode

Par les experts Accompagnement Hôpital Numérique

- ▶ **Patrick Blanchet**, Médecin
- ▶ **Sylvie Coiffard**, Directeur de l'organisation et SI
- ▶ **Muriel Forest**, Cadre de Santé
- ▶ **Dominique Lориoux**, Directeur de clinique
- ▶ **Olivier Plassais**, Directeur des Systèmes d'Information

Coordinateurs ANAP

▶ **Didier ALAIN**

▶ **Philippe MANET**

Juin 2015

Ce document fait partie d'une série de productions élaborées par le collège des experts dans le cadre de l'accompagnement Hôpital Numérique

Hôpital Numérique : un programme pour développer et moderniser les SIH

Le Programme Hôpital Numérique constitue une évolution importante par rapport aux plans d'investissements précédents : d'une part, le financement à l'usage permet de passer d'un financement sur dépense à une incitation à l'utilisation réelle et démontrable par les utilisateurs finaux. D'autre part, le périmètre du programme permet d'agir sur l'ensemble des leviers structurels permettant le déploiement des SIH en France. D'une durée de 6 ans, il vise entre autres, à conduire l'ensemble des établissements de santé (privé, public et EBNL) vers un niveau de maturité de leur SIH. Ce niveau de maturité est défini par l'atteinte de cibles d'usage sur 3 prérequis (Identités / Mouvements ; Fiabilité / Disponibilité ; Confidentialité) et 5 domaines fonctionnels (Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie ; Dossier patient informatisé et interopérable ; Prescription électronique alimentant le plan de soins ; Programmation des ressources ; Pilotage médico-économique).

Accompagnement Hôpital Numérique : une offre de 5 services gradués

L'accompagnement a été officiellement lancé lors de la Journée Nationale du 20 juin 2013 à Paris.

Il propose, pour les établissements de santé, l'offre des services suivants :

- *Une plate-forme interactive en ligne « Mon Hôpital Numérique », permettant la mise à disposition d'autodiagnostic et de productions élaborés par des experts,*
- *Une offre d'expertise, via la possibilité d'échanger avec des experts et ses pairs dans le cadre de forums,*
- *Un appui métier via un réseau d'ambassadeurs qui intervient sur demande des établissements, pour présenter les productions ANAP pouvant être utiles à la résolution d'une problématique,*
- *Des journées d'information régionales ou nationales, au cours desquelles les établissements sont invités à faire part de leurs retours d'expérience de déploiement SI,*
- *Des appuis ponctuels réalisés par l'ANAP.*

L'offre de services s'adresse à tous les établissements de santé, quel que soit leur statut. Seuls les appuis sont réservés aux établissements éligibles au financement « Hôpital Numérique ».

Le collège des experts : des acteurs du terrain qui connaissent bien les difficultés des établissements de santé

Le collège des experts est une instance de l'accompagnement ANAP des établissements de santé à l'atteinte des cibles d'usage Hôpital Numérique. Il est constitué de 15 « sachants » dont les sujets de prédilection sont représentatifs des domaines fonctionnels du Programme Hôpital Numérique. Leur mission consiste à traiter au niveau national et avec l'aide de l'ANAP les principales difficultés rencontrées par les établissements, les « points durs » en :

- *Réalisant des productions pratiques et pédagogiques,*
- *Participant aux échanges du Forum.*

Le collège des experts : des acteurs du terrain qui connaissent bien les difficultés des établissements de santé

L'équipe projet ANAP accompagnement Hôpital Numérique

Didier ALAIN, Marie-Emmanuelle AUBERT, Sylvie COTTIN, Benjamin LEMOINE, Philippe MANET, Metty MAVOUNIA, Lamia MEHIRIA, Fleur MOUSSOUNGOU

Le prestataire

Cette production a bénéficié de l'appui du cabinet de conseil **Colombus Consulting**.

SOMMAIRE

1. Objectifs et périmètre du document	4
2. Avertissement.....	6
3. Synthèse	7
4. Introduction.....	8
5. Notions essentielles pour produire les indicateurs d'usage.....	11
6. Production des indicateurs d'usage par domaine fonctionnel	14
6.1. D1 : Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie	14
6.2. D2 : DP11 (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure	30
6.3. D3 : Prescriptions alimentant le plan de soins	43
6.4. D4 : programmation des ressources et agenda du patient.....	52
6.5. D5 : Pilotage médico-économique	59
7. Glossaire	65
8. Bibliographie.....	66
9. Annexes	67
9.1. Tableau de qualification des efforts organisationnels, techniques et des gains, à compléter par chaque établissement.	67
9.2. Exemple de cartographie Unité.....	69

1. OBJECTIFS ET PERIMETRE DU DOCUMENT

Nombre de pages/Page count

Contacts Philippe Manet
philippe.manet@anap.fr

Résumé

Le Programme Hôpital Numérique conditionne le financement des projets SI production de soins à l'atteinte de cibles d'usage dans 5 domaines fonctionnels prioritaires.

Au-delà de l'aspect strictement réglementaire, un projet d'informatisation nécessite de piloter de façon rigoureuse le déploiement et l'usage des systèmes informatiques installés afin de suivre :

- La performance technique du SI
- L'avancement du projet et l'adhésion des professionnels de santé aux outils (leur usage)
- Les impacts sur les pratiques des métiers et les risques métiers induits ou réduits.

Ce document propose des méthodologies pour produire les indicateurs de manière automatisée, selon les situations des établissements et en repartant des exemples terrain.

Summary

Within the The Hôpital Numérique Program, healthcare IT projects are subsidized if use-targets are achieved in several areas.

Beside, an health IT project needs a rigorous monitoring of its implementation and the use of the IT among the healthcare professionals (doctors, nurses...) in order to survey :

- IT technical performance
- Implementation of the IT project and its acceptance among healthcare professionals
- Impacts on professional practices and the induced or reduced risks.

Mots-clés Indicateurs Hôpital Numérique, Cibles d'usages, Suivi des usages, Domaines fonctionnels Hôpital Numérique

Keywords Hôpital Numérique indicators, uses-targets, uses monitoring

Ce document vise à aider les établissements de santé à automatiser la production des indicateurs d'usage des cinq domaines fonctionnels prioritaires définis dans le cadre du Programme Hôpital Numérique.

Ainsi, pour chaque indicateur d'usage, le document fournit :

- Le périmètre et certains points d'attention concernant l'application des indicateurs,
- Une spécification générique pour automatiser la production de l'indicateur que l'établissement pourra transmettre à son éditeur
- Des informations utiles à l'établissement pour être en mesure de fournir des éléments de preuve lors d'un audit ou d'un contrôle.

Quand la production des indicateurs diffère selon les cas d'organisation, ces cas d'usage sont listés.

Pour les indicateurs de prérequis, les établissements se réfèrent à la boîte à outil, disponible sur le site du Ministère ou sur la plateforme Mon Hôpital Numérique.

2. AVERTISSEMENT

Ce guide est uniquement indicatif. C'est une aide méthodologique, qui ne se substitue pas aux éléments réglementaires. En cas d'écart entre les éléments définis par les autorités de tutelle et ce document, les documents officiels prévalent.

Les méthodologies de calcul des indicateurs proposées sont données à titre d'exemples, à partir des expériences d'établissement ayant validé leur dossier Hôpital Numérique. Néanmoins, elles ne sont pas opposables aux autorités de tutelle et de contrôle, pas plus qu'aux établissements. Les liens bibliographiques donnés en fin de document permettent de se référer aux sources d'informations.

Le contenu des éléments justificatifs à produire est précisé dans la « Note Méthodologique sur les pièces justificative » de la DGOS.

(<http://www.monhopitalnumerique.fr/publication/496>)

3. SYNTHÈSE

La production des indicateurs Hôpital Numérique demande à l'établissement un effort technique ou organisationnel pour collecter et systématiser les données :

- **Effort technique** : effort à fournir pour automatiser totalement la production de l'indicateur, si cette production n'est pas ou très peu automatisée. Il s'agit généralement de développements informatiques : évolutions des logiciels en place, ajout de traitement au sein d'un système décisionnel, création de traitement automatisé ad hoc, etc.
- **Effort organisationnel** : effort à fournir pour formaliser et automatiser (quand cela est applicable) la production de l'indicateur si cette production n'est pas ou très peu formalisée et automatisée (quand cela est applicable). Il s'agit généralement de mettre en place des procédures de suivi et de registres de traçabilité, de pratiques à formaliser (ex. état daté de déploiement des outils informatiques), de relations avec des partenaires (ex. données fournies par des entités tierces) ou de référentiels dont il faut assurer la qualité (ex. référentiel de structure).

Au-delà du respect des indicateurs, dans le cadre du Programme Hôpital Numérique, du CPOM ou de la certification HAS, la production totalement automatisée et/ou formalisée est source de gains pour l'établissement :

- **Gains de temps** : production de l'indicateur en « presse-bouton »
- **Gains d'auditabilité** : amélioration de la qualité de preuve à produire pour une autorité d'audit ou de contrôle
- **Gains de fiabilité** : meilleure reproductibilité de l'indicateur, calculs plus fiables, etc.

En fonction de la situation organisationnelle et technique de l'établissement, la connaissance des efforts à mettre en œuvre et des gains espérés permettra de calibrer l'équipe à dédier au projet (dimensionnement et profils) et les priorités du projet.

Les principales difficultés recensées proviennent de la définition des items à prendre en compte, et de la maîtrise incomplète de l'administration sur les producteurs d'information ou d'actes ressortissant d'entités juridiques indépendantes.

L'ANAP propose à chaque établissement de renseigner la matrice ci-après (cf. annexe, p 68).

Indicateur	Effort technique	Effort organisationnel	Gain
	+ : <i>modéré</i> ++ : <i>important</i> +++ : <i>majeur</i>	+ : <i>modéré</i> ++ : <i>important</i> +++ : <i>majeur</i>	+ : <i>modéré</i> ++ : <i>important</i> +++ : <i>majeur</i>

4. INTRODUCTION

1. Pourquoi produire des indicateurs d'usage du SI ?

Au-delà de l'aspect strictement réglementaire, mener un projet d'informatisation nécessite de piloter de façon rigoureuse le déploiement et l'usage des systèmes informatiques installés. Ce monitoring s'appuie sur un tableau de bord, constitué :

- D'indicateurs techniques, par exemple, les temps de réponse d'un système, le taux de disponibilité d'un équipement
- D'indicateurs de suivi de projet, en particulier les indicateurs de déploiement et d'usage, objets de ce document
- D'indicateurs métier, tels que, par exemple, le taux de conformité des prescriptions de biologie, le délai d'envoi des comptes rendus, le temps passé par une infirmière au lit du patient, etc.

Il peut être intéressant de produire les indicateurs d'usage pour commencer à cadrer un domaine fonctionnel, même si l'établissement n'a pas encore atteint les prérequis.

2. Pour qui produire les indicateurs d'usage du SI ?

Les indicateurs d'usage ont plusieurs destinataires :

- La DSI, car ils facilitent son pilotage
- La direction de l'établissement et les métiers, car ils permettent de communiquer sur le projet et concourent à une démarche qualité
- Les instances nationales et régionales, dans le cadre du Programme Hôpital Numérique. Les ARS pilotent le programme en région et la DGOS tend à homogénéiser au niveau national les atteintes des indicateurs d'usage.

L'établissement de santé est invité à se rapprocher de son ARS afin de connaître les fenêtres de dépôt des dossiers et de productions des indicateurs. Ces données de planning sont indispensables pour calibrer son projet.

3. Quelles sont les difficultés les plus fréquentes pour produire les indicateurs d'usage ?

- La définition des indicateurs d'usage du Programme Hôpital Numérique laisse volontairement une marge d'adaptation à chaque établissement. C'est indispensable pour les spécifier de façon adaptée dans son contexte particulier (établissement public / privé / privé à but non lucratif ; MCO/SSR/psychiatrie etc.)
- Les données et informations à collecter ne sont pas parfaitement spécifiées par le niveau national. Chaque établissement doit préciser ses indicateurs en fonction de son contexte. Cette étape de spécification est indispensable pour espérer rendre l'indicateur opposable, reproductible et automatisable
- La plupart du temps, la collecte, l'extraction et le traitement des données nécessaires au calcul des indicateurs ne sont pas complètement automatisés. Le calcul des indicateurs peut-être coûteux, peu fiable et donc peu reproductible d'une période à une autre
- La collecte de certaines données est compliquée, soit parce que les données de base se trouvent dans des systèmes d'information externes à l'établissement, soit parce

que des dispositifs spécifiques doivent être au préalable mis en place. La collecte des données externes n'est pas exigible, mais peut améliorer la pertinence des indicateurs dans certains cas.

4. Qu'entend-on par « produire efficacement les indicateurs d'usage » ?

Dans le cadre de ce document, la « production efficace d'un indicateur » signifie :

- Démontrer la conformité de l'indicateur aux règles opposables
- Produire les indicateurs à un coût raisonnable, en estimant d'une part le coût des développements informatiques et d'autre part le coût de production des indicateurs
- Produire des indicateurs fiables et reproductibles à la fréquence exigée.

5. Quelles sont les conditions générales pour produire efficacement les indicateurs d'usage ?

Identifier les sources et la localisation des données

La localisation des données peut varier en fonction du type d'indicateur à produire. Les données sont présentes dans le Système d'information de l'établissement et/ou dans celui du prestataire ayant réalisé l'examen.

L'établissement produit les indicateurs d'usage à partir des données dont il a la maîtrise.

Extraire et traiter les données de façon efficace

En cible et aussi souvent que possible, les données nécessaires à la production des indicateurs sont générées par des requêtes informatiques automatiques. Deux modes de production automatiques peuvent être envisagés :

- Une ou plusieurs applications métier (par exemple le Dossier Patient Informatisé, le Serveur de résultats d'examens, etc.) disposent d'un module permettant de produire les indicateurs, ou a minima, d'extraire simplement les informations nécessaires sous une forme facilement exploitable
- Les données requises sont extraites des applications métiers et intégrées automatiquement dans un système d'information décisionnel.

L'utilisation manuelle d'un outil bureautique de type tableur pour l'extraction, le traitement et le calcul des indicateurs est déconseillée en raison du temps important de production et du manque de fiabilité dans la reproduction régulière du calcul :

- Si l'outil bureautique est alimenté par des requêtes automatiques, son utilisation est fiabilisée
- S'il est alimenté par des copiés / collés, la production des calculs n'est pas fiabilisée.

Disposer d'une structuration des informations adaptée

Pour produire les indicateurs, il est nécessaire que les informations présentes dans le système informatique soient suffisamment structurées pour pouvoir être dénombrées sans retraitement complexe.

5. NOTIONS ESSENTIELLES POUR PRODUIRE LES INDICATEURS D'USAGE

Ces notions structurent la production des indicateurs d'un ou plusieurs domaines fonctionnels.

De manière transverse :

- Le calcul des indicateurs HN doit être pragmatique par rapport aux pratiques en place dans l'établissement
- L'établissement doit présenter une méthodologie fiable et appuyée :
 - Il doit expliquer sa méthode de calcul, préciser les sources des données utilisées et la période de mesure. Il doit également présenter le contexte de l'établissement et ses caractéristiques organisationnelles
 - Il peut compléter le résultat de l'indicateur avec une marge d'erreurs ou de non-prise en compte. Par exemple, un établissement qui n'est pas en mesure d'intégrer l'anatomo-pathologie, peut adjoindre au résultat de l'indicateur le volume relatif des examens d'anatomo-pathologie sur la totalité des examens prescrits et produits
 - Il peut également compléter l'indicateur initial (tel que défini par la DGOS) par un second, en retirant du périmètre certains services ou unités, par exemple si ces derniers ne prescrivent pas le type d'examen concerné par l'indicateur.

1. Quelles données prendre en compte ?

Les indicateurs Hôpital Numérique sont calculés à partir des données que l'établissement maîtrise, à savoir :

- Les données issues du SIH de l'établissement
- Les données issues d'autres SI (prestataires externes etc.), uniquement si l'établissement a la maîtrise de l'interopérabilité entre son SIH et ces SI extérieurs (par exemple, dans le cas d'une clinique privée, quand l'établissement fournit le logiciel de cabinet aux praticiens libéraux).

2. Comment calculer le nombre de séjours ?

Le nombre de séjours peut être calculé à partir des données du PMSI ou de la GAP. La principale difficulté concerne l'hospitalisation en séances. Bien que cela ne soit pas recommandé par l'ATIH, il est possible de regrouper plusieurs séances en un seul séjour, en particulier pour la chimiothérapie et l'hémodialyse.

De manière pragmatique, l'établissement reprend sa définition de séjour, selon ses pratiques propres, et en cohérence avec les données de son PMSI.

Les indicateurs concernent les séjours non annulés des patients sortis de l'établissement au moment de calcul de l'indicateur.

3. Comment mesurer la consultation ou la mise à jour du DPI ?

Les prérequis imposent d'être en capacité de tracer la connexion des professionnels de santé au SIH (P3.5).

Les établissements peuvent indiquer le nombre de connexions au DPI. En d'autres termes, la preuve de l'accès d'un professionnel de Santé démontre que ce professionnel de Santé consulte ou met à jour le DPI et démontre que son service consulte ou met à jour le DPI.

Une autre possibilité est d'exploiter les traces des actions réalisées (consultation, modification, suppression) ce qui est une méthode plus précise pour objectiver la consultation du DPI. Il faut relever la trace d'au moins un accès par un professionnel de santé, matérialisée par :

- Une observation
- OU un recueil de données (ex. IMC, surface corporelle, etc.)
- OU une transmission
- OU une prescription suivie d'une administration

4. Comment dénombrer tous les comptes rendus d'examens prescrits et produits pour l'établissement ?

Si l'entité juridique produit elle-même tous les examens subis par les patients, il lui est relativement facile de retrouver le nombre d'examens produits. Dans le cas contraire, il est possible d'utiliser la prescription ou la facturation.

Dénombrer tous les comptes rendus d'examens se heurte à plusieurs difficultés :

- Les supports de prescription sous forme papier ou électronique (structurée ou non) sont multiples
- Une prescription peut contenir un ou plusieurs examens à réaliser
- Une prescription peut ne pas avoir été exécutée à la suite d'un changement de la prise en charge médicale du patient
- Le plateau technique peut produire des examens à destination de patients extérieurs, ou de patients anciennement hospitalisés, mais examinés en ambulatoire.

Plusieurs méthodologies de dénombrement de la totalité des comptes rendus (calcul du dénominateur) existent. Voici deux exemples en fonction des organisations des établissements.

Le dénombrement de la totalité des comptes rendus d'examens peut s'effectuer à partir du logiciel métier du plateau technique :

- Etablir une liste des prescripteurs de l'établissement en exercice sur la période de mesure de l'indicateur
- A partir de chaque logiciel de plateau technique d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie ayant réalisé les examens, sélectionner des comptes rendus d'examens produits sur prescription de praticiens de la liste pour répertorier et dénombrer l'ensemble des comptes rendus d'examens prescrits et produits pour l'établissement.

Le dénombrement de la totalité des comptes rendus d'examens peut également s'effectuer à partir des logiciels de GAP :

- A partir de la base de données de la GAP, requêter et sélectionner les actes facturés.
- Un contrôle peut être effectué après le dénombrement en établissant une requête des examens saisis dans le collecteur d'actes.

5. Qu'appelle-t-on un compte-rendu structuré ?

Le Guide des indicateurs de la DGOS définit le niveau d'exigence à respecter : le compte-rendu et les résultats doivent être structurés. Un compte-rendu structuré a des champs de résultats respectant les formats en vigueur (H'Prim et HL7) associés ou non à un PDF :

- Comptes rendus créés informatiquement
- Comptes rendus papier scannés (de préférence avec un en-tête structuré CDA R2)
- En-têtes structurées des comptes rendus qui contiennent les informations générales indispensables à l'identification du document ainsi que les données du contexte médical dans lequel il a été produit (identifiant du document, titre, date de création, médecin valideur, nom du patient, type de prise en charge, intervenants, etc.).

6. Qu'appelle-t-on « consultables » ?

Toutes les modalités de consultation des comptes rendus électroniques sont possibles :

Par le Dossier Patient informatisé de l'établissement :

- Par le système de production du plateau technique (système d'information radiologique, système de gestion de laboratoire,
- Par des concentrateurs intermédiaires (serveurs régionaux etc.)
- Par le système de GED interne.

7. Que recouvre la programmation des ressources ?

La programmation des ressources recouvre :

- La programmation des soins
- La programmation des consultations
- La programmation des actes médicotechniques
- La programmation des séances (chimiothérapies, dialyse)
- La gestion des lits
- La programmation des blocs opératoires
- La programmation des rendez-vous paramédicaux (kinés, psychologues, etc.).

La définition du domaine fonctionnel D4 couvre, dans un environnement plus avancé, la programmation complète du parcours du patient et la gestion de l'ensemble des plateaux techniques de l'établissement.

8. Que recouvre le pilotage médico-économique ?

Le Pilotage Médico-Economique (PME) recouvre les domaines de l'activité, les ressources humaines, la performance financière et la qualité d'un établissement de santé.

Il s'appuie sur un système d'information décisionnel (SID ; en anglais « Business intelligence », parfois appelé « le décisionnel ») qui, au-delà de la production des tableaux de bord, permet l'exploitation des données de l'établissement de santé dans le but de faciliter la prise de décision par :

- La compréhension du fonctionnement actuel
- L'anticipation des actions pour un pilotage éclairé de l'établissement de santé.

6. PRODUCTION DES INDICATEURS D'USAGE PAR DOMAINE FONCTIONNEL

6.1. D1 : RESULTATS D'IMAGERIE, DE BIOLOGIE ET D'ANATOMOPATHOLOGIE

L'objectif de ce domaine est atteint si l'établissement prouve que les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie des examens générés pendant le séjour sont consultables sous forme électronique par les services de soins et médicotechniques.

1. Cas d'usage des établissements

L'établissement de santé peut produire ses résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie selon 4 cas organisationnels possibles :

- **Cas 1** : La totalité des examens est produite en interne de l'établissement – les comptes rendus sont produits directement par le système d'information de l'établissement
- **Cas 2** : La totalité des examens est produite en externe de l'établissement mais ce dernier maîtrise les données issues du système qui les produit. Les comptes rendus sont fournis par :
 - Le SI de l'établissement via un import dans son système d'information d'un résultat nativement numérique issu d'une entité juridique tierce
 - L'accès à une plateforme externe stockant les résultats du patient. Une condition de cette modalité est un lien direct entre les mécanismes d'identités du patient et ceux de la plateforme externe.
- **Cas 3** : La totalité des examens est produite en externe de l'établissement mais ce dernier ne maîtrise pas les données qui en sont issues. Les résultats sont scannés dans le SIH (PDF avec en-tête structurée)
- **Cas 4** : **L'établissement produit une partie des examens en interne et une autre partie en externe.**

2. Périmètre du domaine fonctionnel

Quelques soient les cas d'usage, tous les comptes rendus d'examens internes et externes réalisés pendant le séjour doivent être inclus dans le périmètre de l'indicateur.

Les comptes rendus d'examens d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie produits par l'établissement pour un prescripteur externe n'ont pas à être inclus dans l'indicateur.

Zoom : comptes rendus d'examens prescrits à l'extérieur de l'établissement

Les comptes rendus d'examens d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie prescrits par un médecin hors de l'établissement ne sont généralement pas consultables directement par les services de soins et ne seront donc pas dénombrés dans le calcul des indicateurs. Ce périmètre est conforme aux exigences de la DGOS.

Il n'y a pas lieu de tenir compte des examens réalisés physiquement dans l'établissement ne donnant pas lieu à l'inscription d'une rencontre avec le patient dans le système de gestion des patients de l'établissement (cas d'entités juridiques indépendantes).

Un établissement peut néanmoins faire le choix d'intégrer dans son dossier patient tous les comptes rendus d'examens produits sur son site et par conséquent d'intégrer également les examens prescrits par un médecin hors de l'établissement dans le calcul des indicateurs.

Zoom : PIE

Le problème des PIE (prestations inter-établissements) touche différemment l'établissement demandeur et effecteur. L'effecteur, bien que ne tarifant pas le séjour, doit néanmoins établir un RSA avec mode d'entrée « 0 ». Il est considéré comme un séjour normal en ce qui concerne le calcul des indicateurs HN, aussi bien pour sa présence au numérateur qu'au dénominateur.

Pour l'établissement demandeur, le séjour est bien entendu compté comme un seul séjour (avant et après la prestation externe). La difficulté est l'intégration du résultat de la prestation si elle comporte des examens du domaine D1. Le problème peut être négligé s'il s'agit d'une prestation exceptionnelle. Si la prestation fait partie d'un parcours de prise en charge couramment utilisé dans l'établissement, il est recommandé d'organiser le recueil de ces cas et de contractualiser avec le prestataire l'intégration des résultats dans le SI.

3. Point de vigilance du domaine fonctionnel

- Disposer d'outils d'intégration, manuels ou automatiques, enregistrant :
 - Le type de production du résultat a minima selon les catégories « résultat nativement numérique » / « résultat numérisé à partir d'un document papier »
 - Pour chaque résultat la catégorie d'examen à laquelle il se rattache.
- Disposer d'un SI qui permet de :
 - Tracer le mode d'intégration du résultat dans le système d'information de l'établissement
 - Classer les résultats produits ou intégrés dans le système d'information de l'établissement selon les 3 catégories d'actes du domaine fonctionnel
- Identifier les comptes rendus et/ou résultats selon les 3 catégories d'examens du domaine fonctionnel :
 - Imagerie
 - Anatomopathologie
 - Biologie.

4. D1.1 : Taux de CR 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 médicotechniques concernés

Cadre de l'indicateur

Définition	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 médicotechniques concernés
Valeur cible	90% des comptes rendus
Modalités de calcul	(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

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne :

- Les examens de Scanner, IRM, Radiographie, Radiologie Interventionnelle, Echographie, Scintigraphie, PET scan (soit les examens produits par les Radiologues et les Médecins de Médecine Nucléaire) :
 - Les images d'exploration fonctionnelle ne sont pas incluses dans le périmètre
 - Les comptes rendus des autres examens sont disponibles dans les comptes rendus de spécialité.
- Les dossiers des séjours non annulés des patients sortis et les ACE pour lesquels l'établissement maîtrise les données SI relatives.

Le périmètre de cet indicateur est identique à celui du D1.4.

Au-delà d'un simple dénombrement, l'extraction d'une liste des comptes rendus consultables permet de vérifier la pertinence du dénombrement effectué et de contrôler que les comptes rendus sont bien consultables depuis les services.

N'hésitez pas à aller consulter le forum de la plateforme MonHôpitalNumérique.fr sur ce sujet : <http://www.monhopitalnumerique.fr/forum/Public/board/1>

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur

Dans chaque système utilisé pour consulter les comptes rendus, procéder à l'interrogation suivante :

Pour chaque séjour dont la date de sortie est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil
Compter les comptes rendus des examens dont le type est

Scanner OU IRM OU Rx ou interventionnel OU écho OU scintigraphie OU PET scan

Avec le statut

Validé par le responsable médical

UNION :(le cas échéant)

Pour chaque ACE dont la date de réalisation est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Compter les comptes rendus des examens dont le type est

Scanner OU IRM OU Rx ou interventionnel OU écho OU scintigraphie OU PET scan

Avec le statut

Validé par le responsable médical

Dénominateur

Le nombre de comptes rendus produits peut être estimé à partir du dénombrement des examens produits au cours d'un ACE ou d'un séjour depuis le logiciel de l'établissement (DPI/ PMSI / GAP) et/ou depuis le logiciel de chaque prestataire ayant réalisé les examens pour les patients de l'établissement.

Dans chaque système produisant des examens et dont l'établissement a la maîtrise, procéder aux interrogations suivantes - a priori ces mesures doivent être fournies par les outils (robots, SIR) des plateaux techniques :

- Séjours : tous les examens réalisés quelle que soit l'entité juridique qui a réalisé l'examen (si l'établissement a la maîtrise des données SI relatives)

Cas 1,2, 4

Pour chaque séjour de patient de l'établissement

Dont la date de sortie est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Compter les examens réalisés dont le type est

Scanner OU IRM OU Rx ou interventionnel OU écho OU scintigraphie OU PET scan

Cas 3, 4 (requête s'adressant à une entité juridique tierce)

Sélectionner les examens réalisés à la demande d'un prescripteur de l'établissement

Pour l'entité juridique concernée par l'indicateur

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Dont le type est

Scanner OU IRM OU Rx ou interventionnel OU écho OU scintigraphie OU PET scan

- ACE : tous les examens réalisés par l'entité juridique au cours de l'ACE

Cas 1, 2

Pour chaque ACE dont la date de réalisation est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil
Compter les examens dont le type est
Scanner OU IRM OU Rx ou interventionnel OU écho OU scintigraphie OU
PET scan

Éléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
<p>Données à restituer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de comptes rendus d'imagerie répondant aux critères de requête • Liste des comptes rendus répondant aux critères avec : identifiant de séjour, identifiant du patient, identifiant du prescripteur, date d'examen, type d'examen (imagerie), mode d'intégration (natif, importé), identifiant centre d'imagerie si applicable • Liste des services disposant d'un système d'accès aux comptes rendus des examens déployés 	<p>Données à restituer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'examens d'imagerie répondant aux critères de requête • Liste des examens répondant aux critères avec : identifiant de séjour, identifiant du patient, identifiant du prescripteur, date d'examen, type d'examen (imagerie), mode d'intégration (natif, importé), identifiant centre d'imagerie si applicable
<p>Source d'information : Selon le ou les systèmes utilisés pour accéder aux comptes rendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossier patient Informatisé de l'établissement • Système d'information radiologique et/ou PACS de l'établissement • Système d'information radiologique et/ou PACS ou d'une entité tierce • Serveur de résultats multimodal • Serveur de fichiers 	<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PMSI / GAP • Système d'information radiologique de l'établissement • Systèmes d'information des prestataires d'imagerie externe

5. D1.2 : Taux de CR d'anatomopathologie structurés produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médicotechniques concernés

Cadre de l'indicateur

Définition	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 médicotechniques concernés
Valeur cible	90% des comptes rendus
Modalités de calcul	(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

Périmètre de l'indicateur D1.2

Cet indicateur concerne :

- L'ensemble des comptes rendus d'anatomopathologie
- Les dossiers des séjours non annulés des patients dont la période de séjour est complète et les ACE pour lesquels l'établissement maîtrise les données SI relatives.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur

Dans chaque système utilisé pour consulter les comptes rendus, procéder à l'interrogation suivante :

Pour chaque séjour dont la date de sortie est comprise
 Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil
 Compter les comptes rendus des examens dont le type est
 ANATOMOPATHOLOGIE
 Avec le statut
 Validé par le responsable médical
 UNION
 Pour chaque ACE dont la date de réalisation est comprise
 Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil
 Compter les comptes rendus des examens dont le type est

ANATOMOPATHOLOGIE
Avec le statut
Validé par le responsable médical

Dénominateur

- Séjours : tous les examens réalisés quelle que soit l'entité juridique qui a réalisé l'examen (si l'établissement a la maîtrise des données relatives)

Cas 1, 2

Pour chaque séjour de patient de l'établissement
Dont la date de sortie est comprise
Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil
Compter les examens réalisés dont le type est
ANATOMOPATHOLOGIE

Cas 3 (requête s'adressant à une entité juridique tierce)

Sélectionner les examens réalisés à la demande d'un prescripteur de l'établissement
Pour l'entité juridique concernée par l'indicateur
Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil
Dont le type est
ANATOMOPATHOLOGIE

- ACE : tous les examens réalisés par l'entité juridique au cours de l'ACE

Pour chaque ACE dont la date de réalisation est comprise
Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil
Compter les examens dont le type est
ANATOMOPATHOLOGIE

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
<p>Données à restituer :</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre de comptes rendus d'anatomopathologie répondant aux critères de requête• Liste des comptes rendus répondant aux critères avec : identifiant de séjour, identifiant du patient, identifiant du prescripteur, date d'examen, mode d'intégration (natif, importé), identifiant du laboratoire d'anatomopathologie si applicable• Liste des services disposant d'un système d'accès aux comptes rendus d'anatomopathologie déployé• Capture d'écran du portail	<p>Données à restituer :</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre d'examens d'anatomopathologie répondant aux critères de requête• Liste des examens répondant aux critères avec : identifiant de séjour, identifiant du patient, identifiant du prescripteur, date d'examen, mode d'intégration (natif, importé), identifiant du laboratoire d'anatomopathologie si applicable

Numérateur	Dénominateur
<p>d'établissement installé dans les services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capture d'écran pour les accès aux comptes rendus dans les applications • Capture d'écran des bases de données de résultats structurés des prestataires • Attestations des prestataires 	
<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon le ou les systèmes utilisés pour accéder aux comptes rendus : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dossier patient Informatisé de l'établissement ○ Serveur de fichiers 	<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PMSI / GAP • Système de gestion du laboratoire d'anatomopathologie • Systèmes d'information des prestataires externe

6. 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 médicotechniques concernés

Cadre de l'indicateur

Définition	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 médicotechniques concernés (nombre de lignes d'examens)
Valeur cible	90% des résultats
Modalités de calcul	(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

Périmètre de l'indicateur D1.3

Cet indicateur concerne :

- Le nombre de lignes des résultats des examens prescrits et produits par l'entité juridique
- Les dossiers des séjours non annulés des patients dont la période de séjour est complète et les ACE pour lesquels l'établissement maîtrise les données SI relatives.

Concernant la prise en compte des résultats intermédiaires ou définitifs dans le calcul de l'indicateur, **n'hésitez pas à aller consulter le forum de la plateforme MonHôpitalNumérique.fr** :

<http://www.monhopitalnumerique.fr/forum/Public/board/1>

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur

Dans chaque système utilisé pour consulter les comptes rendus, procéder à l'interrogation suivante :

Pour chaque séjour dont la date de sortie est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Compter les comptes rendus des examens dont le type est

BIOLOGIE

Avec le statut

Validé par le responsable médical

UNION

Pour chaque ACE dont la date de réalisation est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Compter les comptes rendus des examens dont le type est

BIOLOGIE

Avec le statut

Validé par le responsable médical

Dénominateur

Le nombre d'examens produits peut être estimé à partir du dénombrement des examens produits au cours d'un ACE ou d'un séjour depuis le logiciel de l'établissement (DPI/ PMSI / GAP) et/ou depuis le logiciel de chaque prestataire ayant réalisé les examens pour les patients de l'établissement.

Dans chaque système produisant des examens et dont l'établissement a la maîtrise, procéder aux interrogations suivantes (a priori ces mesures doivent être fournies par les outils (robots, SIR) des plateaux techniques) :

- Séjours : tous les examens réalisés quelle que soit l'entité juridique qui a réalisé l'examen (si l'établissement a la maîtrise des données SI relatives)

Cas 1,2, 4

Pour chaque séjour de patient de l'établissement

Dont la date de sortie est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Compter les examens réalisés dont le type est

BIOLOGIE

Cas 3, 4 (requête s'adressant à une entité juridique tierce)

Sélectionner les examens réalisés à la demande d'un prescripteur de l'établissement

Pour l'entité juridique concernée par l'indicateur

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Dont le type est

BIOLOGIE

- ACE : tous les examens réalisés par l'entité juridique au cours de l'ACE

Cas 1, 2

Pour chaque ACE dont la date de réalisation est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Compter les examens dont le type est

BIOLOGIE

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
<p>Données à restituer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de résultats de biologie répondant aux critères de requête • Liste des résultats répondant aux critères avec : identifiant de séjour, identifiant du patient, identifiant du prescripteur, date d'examen, mode d'intégration (natif, importé), identifiant centre d'imagerie si applicable • Liste des services disposant d'un système d'accès aux résultats de biologie déployés • Capture d'écran du portail d'établissement installé dans les services • Capture d'écran de l'accès aux résultats dans les applications 	<p>Données à restituer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de résultats de biologie répondant aux critères de requête • Liste des examens répondant aux critères avec : identifiant de séjour, identifiant du patient, identifiant du prescripteur, date d'examen, mode d'intégration (natif, importé), identifiant centre d'imagerie si applicable
<p>Source d'information :</p> <p>Selon le ou les systèmes utilisés pour accéder aux résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossier patient Informatisé de l'établissement • Serveur de résultats • Serveur de fichiers 	<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PMSI / GAP • Système d'information du ou des laboratoire(s) • Systèmes d'information des laboratoires externes

7. D1.4 : Taux d'examens pour lesquels une ou plusieurs images illustratives, produites lors d'un ACE ou lors du séjour du patient sont consultables depuis les services de soins et médicotechniques concernés

Cadre 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 ou lors du séjour du patient, sont consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médicotechniques concernés
Valeur cible	90% des examens
Modalités de calcul	(Nombre d'examens pour lesquels au moins une image illustrative est consultable sous forme électronique / Nombre d'examens)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur D1.4

Cet indicateur concerne :

- Les examens de scanner, IRM, Rx, interventionnel, écho, scintigraphie, PET scan (soit les examens produits par les radiologies) :
 - Les images d'exploration fonctionnelle ne sont pas incluses dans le périmètre
 - Les comptes rendus des autres examens sont disponibles dans les comptes rendus de spécialité.
- Les dossiers des séjours non annulés des patients sortis et les ACE pour lesquels l'établissement maîtrise les données SI relatives.

Le périmètre de l'indicateur est identique à celui du D1.1.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur

Pour dossier patient dont la date de sortie est comprise
Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil
COMPTER les comptes rendus des examens dont le type est

SCANNER, IRM, RX, INTERVENTIONNEL, ECHO, SCINTIGRAPHIE, PET SCAN

Dont au moins une image est consultable dans le DPI ou via une visionneuse d'images

Avec le statut

Validé par le responsable médical

UNION

Pour chaque ACE dont la date de réalisation est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

COMPTE les comptes rendus des examens dont le type est

SCANNER, IRM, RX, INTERVENTIONNEL, ECHO, SCINTIGRAPHIE, PET SCAN

Dont au moins une image est consultable dans le DPI ou via une visionneuse d'images

Avec le statut

Validé par le responsable médical

En pratique, il sera souvent nécessaire d'effectuer un dénombrement selon chaque mode de réception/visualisation des images, puis de les additionner.

Dénominateur

Le nombre de comptes rendus produits peut être estimé à partir du dénombrement des examens produits au cours d'un ACE ou d'un séjour depuis le logiciel de l'établissement (DPI/ PMSI / GAP) et/ou depuis le logiciel de chaque prestataire ayant réalisé les examens pour les patients de l'établissement.

Dans chaque système produisant des examens et dont l'établissement a la maîtrise, procéder aux interrogations suivantes (a priori ces mesures doivent être fournies par les outils (robots, SIR) des plateaux techniques) :

- Séjours : tous les examens réalisés quelle que soit l'entité juridique qui a réalisé l'examen (si l'établissement a la maîtrise des données SI relatives)

Cas 1,2, 4

Pour chaque séjour de patient de l'établissement

Dont la date de sortie est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Compter les examens réalisés dont le type est

Scanner OU IRM OU Rx ou interventionnel OU écho OU scintigraphie OU

PET scan

Cas 3, 4 (requête s'adressant à une entité juridique tierce)

Sélectionner les examens réalisés à la demande d'un prescripteur de l'établissement

Pour l'entité juridique concernée par l'indicateur

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Dont le type est

Scanner OU IRM OU Rx ou interventionnel OU écho OU scintigraphie OU PET scan

- ACE : tous les examens réalisés par l'entité juridique au cours de l'ACE

Cas 1, 2

Pour chaque ACE dont la date de réalisation est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil

Compter les examens dont le type est

Scanner OU IRM OU Rx ou interventionnel OU écho OU scintigraphie OU PET scan

Des examens répondant aux critères avec : identifiant de séjour, identifiant du patient, identifiant du prescripteur, date d'examen, type d'examen (imagerie), mode d'intégration (natif, importé), identifiant centre d'imagerie si applicable.

Éléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
<p>Données à restituer :</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre d'images répondant aux critères de requête• Liste des résultats répondant aux critères avec : identifiant de séjour, identifiant du patient, identifiant du prescripteur, date d'examen, type d'examen, mode d'intégration (natif, importé), identifiant centre d'imagerie si applicable• Liste des services disposant d'un système d'accès aux images déployé• Capture d'écran du portail d'établissement installé dans les services• Capture d'écran de l'accès aux images dans les applications	<p>Données à restituer :</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre d'examens d'imagerie répondant aux critères de requête• Liste des examens répondant aux critères avec : identifiant de séjour, identifiant du patient, identifiant du prescripteur, date d'examen, type d'examen, mode d'intégration (natif, importé), identifiant centre d'imagerie si applicable
<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none">• Selon le ou les systèmes utilisés pour accéder aux résultats :<ul style="list-style-type: none">○ PACS○ DPI○ Serveur de résultats	<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none">• PMSI / GAP• Système d'information radiologique de l'établissement• Systèmes d'information des prestataires d'imagerie externe

6.2. D1.5 : Taux de services de soins et médicotechniques accédant aux CR, résultats et images sous forme électronique

Cadre de l'indicateur

Définition	Taux de services de soins et médicotechniques accédant aux comptes rendus et images sous forme électronique
Valeur cible	80% des services de soins et médicotechniques
Modalités de calcul	(Nombre de services de soins et médicotechniques pouvant accéder aux comptes rendus et images sous forme électronique / Nombre de services de soins et médicotechniques)*100
Période	Période de recueil : 3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur D1.5

Cet indicateur concerne :

- Les comptes rendus d'imagerie (scanner, IRM, Rx, interventionnel, écho, scintigraphie / PET Scan), d'anatomo-pathologie (si applicable), des résultats de laboratoire et les images illustratives des examens d'imagerie et ce, quelle que soit la modalité de consultation (cf. indicateurs D1.1 à D1.4)
- L'ensemble des services de l'établissement :
 - La définition des services ou unités se rapporte au référentiel usuel (par exemple : comptabilité analytique) de l'établissement
 - Les services de soins sont concernés y compris la HAD et les services sanitaires situés dans les établissements pénitentiaires (dans le respect de la réglementation et de la politique d'habilitation de l'établissement)
 - Les services médicotechniques ne sont pas nécessairement tous inclus dans le périmètre. La liste des services médicotechniques étant autorisés à accéder aux résultats d'examen doit être définie, enregistrée ainsi que les règles d'habilitation des services concernés.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur : Le nombre de services / unités à partir desquelles les examens et images sont accessibles, quel que soit le mode de consultation.
Concrètement, il faut au moins qu'un membre du service accède réellement à au moins un résultat pendant la période considérée.

Dénominateur : Le nombre total de services / unités de l'entité juridique au moment de la période de mesure, la source d'autorité étant logiquement le Référentiel de Structure de l'établissement (cf. indicateur de prérequis P1.4).

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • État daté du déploiement de l'accès aux comptes rendus d'imagerie pour chaque service de l'établissement • État daté du déploiement de l'accès au comptes rendus d'anatomo-pathologie chaque service de l'établissement • État daté du déploiement de l'accès aux résultats de biologie pour chaque service de l'établissement • État daté du déploiement de l'accès aux images illustratives pour chaque service de l'établissement • Logs des services à l'accès aux comptes rendu, aux résultats et images au format électronique • Captures d'écran des accès aux comptes rendus et résultats 	<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liste des services / unités de soins et médicotecniques de l'établissement
<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de réalisation du déploiement • Suivi ou relevé de décision des comités du projet • Document de validation et de recette interne et contractuels • Traçabilité des accès attestée à l'indicateur de prérequis P3.5 • Historique des accès et des logs de l'établissement à la plateforme régionale, le cas échéant 	<p>Sources d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référentiel de structure validé (par exemple Fichier Commun de Structure)

6.3. D2 : DPII (Dossier patient informatisé et interopérable) et communication extérieure

L'objectif de ce domaine est atteint si l'établissement prouve que le dossier patient est en capacité de partager des informations à travers le DMP et est alimenté et consulté par les services de soins et médicotechniques.

Périmètre du domaine fonctionnel

Le domaine fonctionnel concerne :

- L'ensemble des séjours non annulés des patients sortis et les ACE
- Les services de soins et médicotechniques. L'ensemble des services n'est pas systématiquement concerné pour chaque indicateur (cas des services médicotechniques indépendants de l'entité juridique).

Points de vigilance du domaine fonctionnel

- Démontrer et documenter la DMP-compatibilité (dans le cas de l'utilisation du DMP avec un logiciel DPI ou comme dans le cas d'une utilisation du DMP avec composant tiers) :
 - Éditeur et nom du logiciel DPI
 - Version en production en précisant à partir de quelle version la DMP compatibilité existe
 - Caractéristiques du logiciel concernant :
 - La fourniture de l'accès sécurisé au DMP (requis)
 - La création et gestion administrative du DMP (requis)
 - L'alimentation du DMP (requis)
 - La consultation du DMP (optionnel).
- Assurer le suivi de la conformité en parallèle avec le suivi des évolutions du système DMP. La DMP comptabilité évolue avec les versions de Web Services DMP
- Permettre le calcul automatisé en cible des transactions suivantes par le DPI :
 - Test d'existence d'un DMP et vérification de l'autorisation d'accès
 - Alimentation de documents dans le DMP.

1. D2.1 : DPI DMP compatible en propre ou via un dispositif tiers permettant la DMP compatibilité

Cadre 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)
Modalités de calcul	Non applicable
Période	Etat à la date de déclaration
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne le logiciel de DPI.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Tous les 6 mois, l'établissement produit, pour la ou les versions en production dans l'établissement, les informations suivantes :

Transaction DMP	Homologué Version « officielle » du Web Service DMP
Accès Sécurisé au DMP	
1. <i>Authentification sur le DMP</i>	<i>Oui/non</i>
2. <i>Test d'existence d'un DMP et vérification de l'autorisation d'accès</i>	<i>Oui/non</i>
3. <i>Mise à jour de l'autorisation d'accès</i>	<i>Oui/non</i>
Création et Gestion Administrative d'un DMP	
4. <i>Création d'un DMP</i>	<i>Oui/non</i>
5. <i>Accès internet du patient</i>	<i>Oui/non</i>
Alimentation d'un DMP	
6. <i>Alimentation de documents dans un DMP</i>	<i>Oui/non</i>
Consultation du DMP (optionnel)	
7. <i>Gestion des attributs d'un document</i>	<i>Oui/non</i>

Identification des versions	
<i>Version du logiciel en production dans l'établissement</i>	
<i>Numéro d'homologation</i>	

Une réponse non à l'un des 6 premiers items rend le critère non satisfait.

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éditeur et nom du logiciel DPI • Version en production en précisant à partir de quelle version la DMP compatibilité existe • Caractéristiques du logiciel concernant : <ul style="list-style-type: none"> ○ La fourniture de l'accès sécurisé au DMP (requis) ○ La création et gestion administrative du DMP (requis) ○ L'alimentation du DMP (requis) ○ La consultation du DMP (optionnel).
<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentation éditeur • Documents de suivi de projet • Certificat semestriel de DMP-compatibilité de l'éditeur

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

Cadre de l'indicateur

Définition	Taux de comptes rendus d'hospitalisation des patients disposant d'un DMP lors de leur admission publiés dans le DMP
Valeur cible	98% des comptes rendus d'hospitalisation des patients disposant d'un DMP lors de leur admission
Modalités de calcul	$(\text{Nombre de comptes rendus de patients disposant d'un DMP lors de leur admission publiés dans le DMP} / \text{Nombre de comptes rendus de patients disposant d'un DMP lors de leur admission}) * 100$
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur D2.2

Cet indicateur concerne :

- Tous les séjours des patients disposant d'un DMP à leur admission quel que soit le mode de connexion de l'établissement au DMP (DPI ou composant tiers).

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Il existe deux méthodes possibles de calcul. La période de mesure exigible est de trois mois. L'indicateur est calculé par l'application qui assure la tenue du tableau de bord (DPI ou autre application).

Le système est en mesure de fournir à tout moment l'indicateur entre deux dates arbitraires. La restitution couvre à minima la période définie.

L'établissement peut décider de procéder :

- Soit par agrégation des données entre deux dates, J0 et J-90 jours :
 1. Pour tout patient admis en hospitalisation par l'établissement, quel que soit le type d'hospitalisation, lors de la validation par l'établissement de son admission, le système vérifie l'existence d'un DMP et l'autorisation d'accès
 2. Le système enregistre :
 - L'information qu'un DMP existe ou n'existe pas pour ce patient à la date d'admission
 - L'autorisation d'accès acceptée ou refusée.
 3. Lors de la validation du Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) du patient disposant d'un DMP lors de son admission, le système publie le CRH dans le système DMP

4. Le système reçoit et enregistre les codes retours du système DMP pour le séjour du patient concerné.
- Soit par construction d'un indicateur au fil de l'eau (Taux de publication à Jour de Sortie, ou Taux de Publication à Sortie+1 jour), et ensuite agréger et moyenner les taux quotidiens entre deux dates, J0 et J-90 jours.

Numérateur :

Nombre des séjours de patients disposant d'un DMP lors de leur admission pour lesquels un CRH a été envoyé au système DMP et pour lesquels un code retour a été reçu.

Dans le DPI ou l'application tierce servant à élaborer le tableau de bord :

COMPTEZ les dossiers patients dont la date de sortie est comprise
 Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil
 Dont le patient disposait d'un DMP à l'admission
 Avec un CRH envoyé au système DMP et un code-retour reçu.

Dénominateur

Compter les dossiers patients dont la date de sortie est comprise
 Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil
 Dont le patient disposait d'un DMP à l'admission

L'indicateur ne doit pas tenir compte des CRH envoyés aux DMP nouvellement créés pendant l'hospitalisation du patient.

Éléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat daté du nombre de séjours pour des patients disposant d'un DMP à leur admission et pour lesquels un CRH a été envoyé au DMP • Liste et nombre des séjours de patients disposant d'un DMP lors de leur admission : identifiant du séjour du patient, identité du patient, date d'admission, identifiant du DMP • Liste et nombre des séjours de patients disposant d'un DMP lors de leur admission pour lesquels un CRH est disponible dans le système et est validé : données de la liste précédente, plus : identifiant du CRH, identifiant du PS Médecin ayant validé le CRH, date de validation du CRH • Liste et nombre des séjours de patients disposant d'un DMP lors de leur 	<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat daté du nombre de séjours pour des patients disposant d'un DMP

Numérateur	Dénominateur
<p>admission pour lesquels un CRH est disponible dans le système et n'est pas validé : données de la liste précédente, plus : identifiant du CRH, identifiant du PS Médecin n'ayant pas validé le CRH (médecin responsable), date de validation du CRH</p> <ul style="list-style-type: none"> Liste et nombre des séjours de patients disposant d'un DMP lors de leur admission pour lesquels un CRH a été envoyé au système DMP : données de la liste précédente, plus : date d'envoi au DMP Liste et nombre des séjours de patients disposant d'un DMP lors de leur admission pour lesquels un CRH a été envoyé au système DMP et pour lesquels un code retour du système DMP a été reçu : données de la liste précédente, plus : code retour du système DMP, date d'enregistrement par le système de l'établissement du code retour. 	
<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> DPI ou application tierce 	<p>Sources d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> DPI ou application tierce

3. D2.3 : Taux de services pour lesquels le DPI intègre les CR, traitements de sortie et résultats de biologie

Cadre de l'indicateur

Définition	Taux de services pour lesquels le DPI intègre les comptes rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'exams d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie
Valeur cible	60% des services de soin et médicotechniques
Modalités de calcul	(Nombre de services de soins et médicotechniques disposant d'un dossier patient informatisé contenant les comptes rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'exams d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie / Nombre de services de soins et médicotechniques)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne :

- L'intégration dans le DPI des éléments suivants :
 - Les comptes rendus d'actes ou consultations réalisées durant l'hospitalisation (les ACE étant mesurés par l'indicateur D2.5)
 - Les comptes rendus d'hospitalisation
 - Les comptes rendus opératoires [si applicable]
 - Les comptes rendus d'exams d'imagerie
 - Les traitements de sortie
 - Les résultats de biologie.
- L'ensemble des services de l'établissement pour lesquels le DPI est accessible :
 - Tous les services de soins sont concernés y compris la HAD et les services sanitaires situées dans les établissements pénitentiaires (dans le respect de la réglementation et de la politique d'habilitation de l'établissement)
 - Les services médicotechniques ne sont pas nécessairement inclus dans le périmètre. La liste des services médicotechniques étant autorisés à accéder aux résultats d'examen doit être définie, enregistrée ainsi que les règles d'habilitation des services concernés.

La notion d'intégration recouvre aussi les situations dans lesquelles les données sont accessibles avec un lien, à partir du DPI (par exemple : appels contextuels).

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur : Nombre de services répondant aux critères d'habilitation + liste de ces services

Dénominateur : Nombre de services de soins et médicotechniques concernés de l'entité juridique au moment de la période de mesure.

Numérateur	Dénominateur
<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none">• État daté du déploiement de l'accès aux comptes rendus de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examens d'imagerie pour chaque service de l'établissement• État daté du déploiement de l'accès au traitement de sortie des patients pour chaque service de l'établissement• État daté du déploiement de l'accès aux résultats de biologie pour chaque service de l'établissement	<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none">• Liste des services de soins et médicotechniques de l'établissement
<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none">• Plan de réalisation du déploiement• Suivi ou relevé de décision des comités du projet• Document de validation et de recette interne et contractuels	<p>Sources d'information :</p> <ul style="list-style-type: none">• Référentiel de structure validé (par exemple Fichier Commun de Structure)

4. D2.4 : Séjours pour lesquels le DPI a été mis à jour et contient le CRH

Cadre 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 dans les services de soin dans lequel le DPII est déployé
Modalités de calcul	(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
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

L'indicateur concerne l'ensemble des séjours non annulés des patients sortis réalisés dans les unités de soins ayant déployés le DPI.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

<p>Numérateur</p> <p>COMPTER / SELECTIONNER les séjours dont la date de sortie est comprise Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil SELECTIONNER les éléments de type Observation médicale OU donnée OU transmission OU (prescription ET administration) De ce séjour LIMITE A 1 Dont la date de création est comprise Entre date de début du séjour et date de fin du séjour INTERSECTION ET dont le compte rendu a le statut « Validé » par le responsable médical.</p> <p>Dénominateur</p> <p>Sélectionner les hospitalisations dont la date de sortie est comprise Entre la date de début ET la date de fin de période de recueil Et dont l'unité de soins de rattachement est Dans la liste des unités de soins pour lesquelles le DPI est déployé</p>
--

Les unités de soins sont identifiées en cohérence avec le référentiel de structure.

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de DPI répondant aux critères de recherche • Liste des DPI avec : identifiant du séjour, identifiant du patient, identifiant du CRH, date de validation du CRH, identifiant du médecin qui a validé le CRH, identifiant de l'élément traceur de mise à jour, date de mise à jour de l'élément traceur 	<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'hospitalisations répondant aux critères de recherche
<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPI 	<p>Sources d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séjours : <ul style="list-style-type: none"> ○ DPI (voir la cohérence avec les données GAM et PMSI) ○ Gestion administrative des malades ○ PMSI • Services de soins avec DPI déployé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Référentiel de structure validé (par exemple Fichier Commun de Structure) ○ Plan de réalisation du déploiement ○ Ou Suivi ou relevé de décision des comités du projet • Ou Document de validation et de recette interne et contractuels

5. D2.5 : Taux de consultations externes réalisées par des PM (professionnels médicaux) pour lesquelles le DPI a été mis à jour

Cadre 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 pour lesquelles le DPI a été mis à jour
Modalités de calcul	$(\text{Nombre de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient informatisé a été mis à jour} / \text{Nombre de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux}) * 100$
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Cas d'usage des établissements

Trois cas d'usage peuvent se produire :

- **Cas 1** : L'établissement utilise un logiciel de DPI commun aux séjours et aux consultations externes
- **Cas 2** : L'établissement utilise des DPI différents pour les séjours et les consultations externes permettant au DPI d'hospitalisation d'accéder aux résultats de consultations
- **Cas 3** : L'établissement n'utilise pas de DPI pour les consultations externes.

Périmètre de l'indicateur

Les consultations externes sont celles :

- Réalisées dans l'établissement utilisant le DPI et gérées par la même entité juridique.

Points de vigilance de l'indicateur

- **Cas 1** : Avoir connaissance des consultations hors séjour de patients clairement identifiés (GAP,...) et automatiser la recherche de la création ou d'une mise à jour du DPI
- **Cas 2** : construire une interopérabilité
- **Cas 3** : la construction de l'indicateur sera difficile

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

La mise à jour du DPI est précisée dans chaque établissement selon les équipes médicales (processus), l'architecture informatique (technique) et les interopérabilités mises en place. Mais elle comprendra de façon explicite :

- La notion de la consultation (indispensable)
- La date et l'heure (indispensable)
- Le nom du médecin consultant (indispensable)
- La spécialité du médecin consultant
- Le motif
- La synthèse avec les propositions des traitements et l'analyse bénéfique/risque
- La lettre d'information au Médecin Traitant
- L'ensemble des données structurées et des documents si les outils sont identiques ou complètement interopérables.

Cas 1 :

- Générer, tracer et pouvoir consulter les consultations externes
- Calcul du taux :

Numérateur :

COMPTER les consultations externes avec le DPI en support
SELECTIONNER les éléments de type
Observation médicale OU Donnée

Dénominateur : Nombre de consultations externes facturées.

Ce dénominateur doit être égal ou supérieur au numérateur.

Cas 2 :

- Mener un (ou des) projets d'interopérabilité pour que le DPI des séjours reçoive le déclencheur au minimum, avec les données qui auront été définies en projet d'établissement comme faisant l'objet de l'interopérabilité quand il y a un séjour
- Calcul du taux :

Numérateur :

COMPTER les consultations externes avec le DPI en support
SELECTIONNER les éléments de type
Observation médicale OU Donnée dans l'historique du DPI

Dénominateur : Nombre de consultations avec DPI + nombre de consultations LPS interopérable.

Cas 3 :

Numérateur :

COMPTE les consultations externes réalisées pour des patients disposant déjà d'un DPI, dont la date de réalisation est comprise :

Entre la date de début et la date de fin de période de recueil

Avec un compte-rendu de consultation dans le DPI

Dénominateur :

COMPTE les consultations externes réalisées pour des patients disposant déjà d'un DPI, dont la date de réalisation est comprise :

Entre la date de début et la date de fin de période de recueil.

Éléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">• Etat daté du nombre de consultations avec un DPI en support et renseigné	Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">• Nombre de consultations externes facturées sur la période
Source d'information : <ul style="list-style-type: none">• DPI	Sources d'information : <ul style="list-style-type: none">• PMSI / GAP

6.4. D3 : PRESCRIPTIONS ALIMENTANT LE PLAN DE SOINS

L'objectif de ce domaine est atteint si l'établissement prouve l'usage de la prescription électronique et de l'alimentation du plan de soins.

1. Périmètre du domaine fonctionnel

Les séjours à prendre en compte sont tous les séjours d'hospitalisation complète ou à temps partiel (jour, nuit, chirurgie ambulatoire, séances de radiothérapie, séance de dialyse séance de chimiothérapie), des patients sortis, tels qu'ils ont été facturés.

Après avoir formalisé l'indicateur initial, il est possible d'expliquer la non-atteinte de la cible d'usage en :

- Identifiant les séjours pour lesquels les prescriptions concernées par l'indicateur ne sont jamais ou rarement demandées (par exemple, pour les séjours d'un service ne demandant jamais ou très rarement des examens d'imagerie). L'établissement doit prouver que le service ne demande pas / rarement ce type de prescription.
- Calculant un nouvel indicateur qui ne prend pas en compte ces séjours dans le dénominateur. Les deux indicateurs devront être présentés.

2. Points de vigilance du domaine fonctionnel

- Dénombrer chacune des séances :
 - Une prescription électronique peut alimenter un ou plusieurs plans de soins de séances et évite ainsi une ressaisie à chaque séance par le médecin. Dans ce cas, comptabiliser la prescription à chaque séance "alimentée"
 - Le but est que la prescription électronique alimente chaque plan de soins afin de permettre à l'équipe soignante de réaliser la prescription sans effectuer de ressaisie.

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

Cadre de l'indicateur

Définition	Taux de séjours comportant à minima une prescription de médicaments informatisée.
Valeur cible	50% des séjours
Modalités de calcul	(Nombre de séjours comportant les prescriptions de médicaments informatisées / Nombre de séjours total)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne :

- L'ensemble des médicaments, quelle que soit la voie d'administration
- L'ensemble des dossiers non annulés des patients sortis.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur :

Compter les séjours avec plan de soins dont la date de sortie est comprise
Entre la date de début ET la date de fin de la période de recueil
Avec au moins une prescription de médicaments.

Dénominateur :

Le nombre de séjours total peut être calculé à partir du dénombrement des séjours, depuis le logiciel de l'établissement (PMSI/GAP).

Certains établissements réalisent trop peu de prescriptions de médicaments pour atteindre la cible de 40%. Dans ce cas, il convient de :

- Calculer l'indicateur initial
- Justifier que le nombre total de prescriptions de médicaments sur une année ne permet pas d'atteindre ce seuil.

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">• Etat daté du nombre de séjours avec plans de soins alimenté par au moins une prescription de médicaments	Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">• Nombre de séjours facturés
Source d'information : <ul style="list-style-type: none">• DPI	Sources d'information : <ul style="list-style-type: none">• PMSI / GAP

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

Cadre de l'indicateur

Définition	Taux de séjours comportant à minima une prescription d'examens de biologie informatisée
Valeur cible	40% des séjours
Modalités de calcul	(Nombre de séjours comportant les prescriptions d'examens de biologie informatisées / Nombre de séjours total)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne tous les dossiers non annulés des patients sortis.

Certains établissements réalisent trop peu de prescriptions de biologie pour atteindre la cible de 40%. Dans ce cas, il convient de justifier que le nombre total de prescriptions de biologie sur une année ne permet pas d'atteindre ce seuil.

Après avoir formalisé l'indicateur initial, il est possible d'expliquer la non-atteinte de la cible d'usage en :

- Identifiant les séjours pour lesquels des examens de biologie ne sont jamais ou rarement demandés (par exemple, les séjours ambulatoires). L'établissement doit prouver que le service ne réalise pas / rarement ce type de prescription et que de ce fait le seuil Hôpital Numérique ne peut être atteint
- Calculant un nouvel indicateur avec un dénominateur restreint aux séjours d'hospitalisation. Les deux indicateurs devront être présentés.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur :

Compter les séjours avec plan de soins dont la date de sortie est comprise
Entre la date de début ET la date de fin de la période de recueil
Avec au moins une prescription de biologie.

Dénominateur :

Le nombre de séjours total peut être calculé à partir du dénombrement des séjours, depuis le logiciel de l'établissement (PMSI/GAP).

Éléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">• Etat daté du nombre de séjours avec plan de soin alimenté par au moins une prescription de biologie	Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">• Nombre de séjours facturés sur la période
Source d'information : <ul style="list-style-type: none">• DPI• Attestation des laboratoires partenaires	Sources d'information : <ul style="list-style-type: none">• PMSI / GAP• Attestations des laboratoires partenaires

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

Cadre de l'indicateur

Définition	Taux de séjours comportant à minima une demande d'examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle informatisée.
Valeur cible	30% des séjours
Modalités de calcul	$(\text{Nombre de séjours comportant les demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées} / \text{Nombre de séjours total}) * 100$
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne tous les dossiers non annulés des patients sortis.

En pratique, pour la plupart des établissements, le nombre de séjours comportant au moins une prescription d'examen d'imagerie suffira pour atteindre le taux cible de 30 % (radio, IRM, scanner).

Mais en fonction du type d'activité et si les praticiens de l'établissement ne prescrivent pas d'examens de radiologie par informatique, il faudra le compléter avec les prescriptions d'explorations fonctionnelles (ECG, endoscopies,...) pour atteindre l'objectif.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur :

Compter les séjours dont la date de sortie est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de la période de recueil
Avec au moins une prescription RADIOLOGIE OU EXPLORATION FONCTIONNELLE

Dénominateur :

Le nombre de séjours total peut être calculé à partir du dénombrement des séjours, depuis le logiciel de l'établissement (PMSI/GAP).

Certains établissements réalisent trop peu de prescriptions pour atteindre la cible de 30%. Après avoir formalisé l'indicateur initial, il est possible d'expliquer la non-atteinte de la cible d'usage en :

- Identifiant les séjours pour lesquels des examens d'imagerie ne sont jamais ou rarement demandés (par exemple, certains types de séjours de chirurgie ambulatoire)

ou d'hospitalisation partielle). L'établissement doit prouver que les services concernés ne réalisent pas / rarement ce type de prescription.

- Calculant un nouvel indicateur avec un dénominateur restreint au nombre de séjours d'hospitalisation + nombre de séances concernées. Les deux indicateurs devront être présentés.

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
Données à collecter : <ul style="list-style-type: none"> • Etat daté du nombre de séjours avec plan de soin alimenté par au moins une prescription d'imagerie 	Données à collecter : <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séjours facturés sur la période
Source d'information : <ul style="list-style-type: none"> • DPI • Attestations des centres d'imagerie médicales partenaires 	Sources d'information : <ul style="list-style-type: none"> • PMSI / GAP

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

Cadre de l'indicateur

Définition	Taux de séjours comportant a minima une prescription informatisée d'actes infirmiers
Valeur cible	60% des séjours
Modalités de calcul	(Nombre de séjours disposant des prescriptions informatisées d'actes infirmiers / Nombre de séjours total)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne :

- L'ensemble des dossiers des séjours non annulés des patients sortis
- Les prescriptions d'actes de soins infirmiers et les consignes.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur :

Compter les séjours avec plan de soins dont la date de sortie est comprise
 Entre la date de début ET la date de fin de la période de recueil
 Avec au moins une prescription d'actes de soins infirmiers (y compris les
 « prescriptions » générées par les IDE pour les IDE).

Dénominateur :

Le nombre de séjours total peut être calculé à partir du dénombrement des séjours, depuis le logiciel de l'établissement (PMSI/GAP).

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

1. Numérateur	2. Dénominateur
Données à collecter : <ul style="list-style-type: none"> • Etat daté du nombre de séjours avec plan de soin alimenté par au moins une prescription d'actes infirmiers 	Données à collecter : <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séjours facturés sur la période
Source d'information : <ul style="list-style-type: none"> • DPI 	Sources d'information : <ul style="list-style-type: none"> • PMSI / GAP

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

Cadre de l'indicateur

Définition	Taux de séjours comportant un plan de soins informatisé par l'ensemble des prescriptions
Valeur cible	50% des séjours
Modalités de calcul	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

Cas d'usage

- **Cas 1** : le plan de soins informatisé reçoit la totalité des prescriptions effectuées pour un patient, soit par ressaisie manuelle, soit par interface entre les modules ou les outils)
- **Cas 2** : le plan de soins informatisé reçoit partiellement les prescriptions du patient. Par exemple, le plan de soin est incomplet pour les patients opérés, si les prescriptions de prémédication ne sont pas interfacées avec le plan de soins.

Périmètre de l'indicateur

Cas 1

Cet indicateur concerne :

- Les prescriptions de soin ou médicament ou consigne ou examen ou protocole
- L'ensemble des dossiers des séjours non annulés des patients sortis.

Cas 2

- Les prescriptions de soin ou médicament ou consigne ou examen ou protocole
- L'ensemble des dossiers des séjours non annulés des patients sortis et pour lesquels le plan de soins reçoit l'ensemble des prescriptions. Par exemple, exclure du dénominateur, les séjours de chirurgie si les prescriptions de prémédications ne sont pas interfacées avec le plan de soins.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Cas 1

Numérateur :

Compter les séjours avec plan de soins dont la date de sortie est comprise
Entre la date de début ET la date de fin de la période de recueil

Avec au moins une prescription de médicaments ou d'examens de biologie ou d'examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle ou d'actes infirmiers.

Dénominateur :

Le nombre de séjours total peut être calculé à partir du dénombrement des séjours, depuis le logiciel de l'établissement (PMSI/GAP).

Cas 2

Numérateur :

Compter les séjours avec plan de soins dont la date de sortie est comprise

Entre la date de début ET la date de fin de la période de recueil

Avec au moins une prescription de type

médicaments ou examens de biologie ou examens d'imagerie ou exploration fonctionnelle ou actes infirmiers

En retirant au nombre des séjours, les prises en charges pour lesquelles la totalité des prescriptions n'est pas interfacée avec le plan de soins (par exemple : passage au bloc opératoire).

Dénominateur :

Le nombre de séjours total recevant la totalité des prescriptions peut être calculé à partir du dénombrement des séjours, depuis le logiciel de l'établissement (PMSI/GAP) pour disposer du nombre de la totalité des séjours

Éléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">Etat daté du nombre de séjours avec plan de soin alimenté par au moins une prescription	Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">Nombre de séjours facturés sur la période
Source d'information : <ul style="list-style-type: none">DPI	Sources d'information : <ul style="list-style-type: none">PMSI / GAP

6.5. D4 : PROGRAMMATION DES RESSOURCES ET AGENDA DU PATIENT

L'objectif de ce domaine est atteint si l'établissement prouve son équipement et l'usage d'outils de programmation et d'agenda patient.

1. Cas d'usage des établissements

Trois cas sont identifiés :

- **Cas 1** : l'établissement gère les différentes programmations et l'agenda patient avec un outil transversal
- **Cas 2** : l'établissement gère les différentes programmations et l'agenda patient à l'aide de plusieurs outils spécifiques interfacés et alimentant l'agenda patient (vue de synthèse de la prise en charge)
- **Cas 3** : l'établissement gère les différentes programmations et l'agenda patient à travers différents outils, pas tous interfacés avec l'agenda patient et/ou encore papier.

2. Périmètre du domaine fonctionnel

Le domaine fonctionnel recouvre la programmation des soins, des consultations, des actes médicotecniques, des séances et la gestion des lits lors d'un séjour.

3. Point de vigilance du domaine fonctionnel

Dans le cas des établissements privés, l'atteinte de la cible est facilitée par une gestion commune de la programmation des ressources et agenda du patient, à travers l'utilisation par les professionnels de santé libéraux d'un logiciel de gestion de cabinet commun avec le logiciel de DPI de l'établissement

Des solutions d'interfaçage automatiques ou manuelles sont également envisageables

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

Cadre de l'indicateur

Définition	La 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
Modalités de calcul	NA
Période	Tous les 3 mois (échantillonnage à instant t)

Fréquence	Semestrielle
------------------	--------------

Périmètre de l'indicateur

Cas 1, 2 : Cet indicateur concerne la vision du planning du patient intégrant les consultations externes, examens des plateaux techniques, gestes chirurgicaux et actes paramédicaux (hors plan de soins).

Cas 3 : L'établissement n'atteint pas les cibles HN et n'est pas concerné par le calcul.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

L'indicateur est consolidé à partir du taux de couverture fonctionnelle des différents domaines de programmation. Pour chaque domaine fonctionnel :

1. Faire manuellement la liste des éléments possibles dans ce domaine
2. Pour chaque élément possible de chaque domaine, préciser l'outil de planification utilisé :
 - Application intégrée à l'application DPI
 - Autre application interfacée
 - Autre application non interfacée
 - Pas d'application.

L'établissement doit présenter :

- Le nombre des (éléments planifiés dans l'application intégrée au DPI) + (éléments planifiés dans une autre application interfacée)
- Le nombre d'éléments faisant l'objet d'une planification quel que soit le support.

Éléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Données à collecter :

- Etat daté de la couverture fonctionnelle et de la vision du planning transversal du patient
- Capture d'écran de la vision du planning transversal du patient
- Editeur(s) de (ou des) l'outil(s) de planification transversal
- Si plusieurs outils sont utilisés : cartographie applicative, description des interfaces
- Si plusieurs outils sont utilisés : application qui présente la vue consolidée en un agenda unique
- Liste des domaines fonctionnels couverts

Source d'information :

- Outils de suivi de projet des déploiements d'outils
- Cartographie applicative
- Flux d'interface

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

Cadre de l'indicateur

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

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne l'ensemble des interventions prises en charge par le bloc opératoire.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur : l'application de programmation calcule automatiquement la donnée « nombre d'interventions planifiées » par « période de temps ».

Dénominateur : l'application de facturation ou le PMSI calcule le « nombre d'interventions facturées » par « période de temps ».

Les deux sont requêtées par l'application assurant le calcul de l'indicateur et la tenue du tableau de bord.

Éléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
Données à collecter : <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'interventions planifiées dans l'outil de programmation pendant la période d'étude 	Données à collecter : <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'interventions programmées réalisées par période d'étude
Source d'information : <ul style="list-style-type: none"> • Outil de gestion du bloc opératoire 	Source d'information : <ul style="list-style-type: none"> • PMSI / GAP

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

Cadre de l'indicateur

Définition	Taux d'ACE effectivement planifiées avec un outil de planification partagé, visibles dans la vue consolidée en un agenda unique
Valeur cible	90% des ACE
Modalités de calcul	(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	Tous les 3 mois
Fréquence	Semestrielle

Cas d'usage

Deux cas d'usage ont été identifiés :

- **Cas 1** : l'établissement a un DPI dans lequel les ACE sont historicisés
- **Cas 2** : l'établissement n'a pas de DPI dans lequel les ACE sont historicisés

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne l'ensemble des ACE effectués par l'établissement.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur : « nombre d'ACE planifiés » par « période de temps ». L'application assurant le calcul de l'indicateur et la tenue du tableau de bord requête l'application d'agenda consolidé.

Dénominateur : l'application assurant le calcul de l'indicateur et la tenue du tableau de bord
Requête :
Le nombre d'ACE par application de facturation ou de gestion de l'activité médicale (**cas 1**, **cas 2**) par période de temps
Le nombre d'ACE tracées dans le DPI (**cas 1**) pour la même période de temps.
Compare les deux données et utilise la plus grande (**cas 1**).

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">• Nombre d'ACE planifiées dans la vue consolidée en un agenda unique pendant la période étudiée	Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">• Le nombre d'ACE réalisées pendant la période de temps étudiée. C'est la plus grande de deux données entre :<ul style="list-style-type: none">○ Le nombre total d'ACE facturées○ Le nombre total d'ACE tracées dans l'historique du DPI.
Source d'information : <ul style="list-style-type: none">• Outil de planification partagé	Source d'information : <ul style="list-style-type: none">• PMSI / GAP• DPI

7. 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

Cadre de l'indicateur

Définition	Taux d'examens de plateaux d'imagerie et explorations fonctionnelles programmées effectivement planifiées dans la vue consolidée en un agenda unique pendant la période de temps
Valeur cible	90% des examens programmés
Modalités de calcul	(Nombre d'examens programmés de plateaux d'imagerie et explorations fonctionnelles planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé / Nombre d'examens de plateaux d'imagerie et explorations fonctionnelles programmés de la période)*100
Période	Tous les 3 mois
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne l'ensemble des examens réalisés par les plateaux d'imagerie (IRM, scanners, imagerie lourde) et les explorations fonctionnelles.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Numérateur : l'application de vue consolidée en un agenda unique calcule automatiquement la donnée « nombre d'interventions planifiées » par « période de temps », donnée qui est requête par l'application assurant le calcul de l'indicateur et la tenue du tableau de bord.

Dénominateur : l'application assurant le calcul de l'indicateur et la tenue du tableau de bord fait la requête auprès du ou des outils de facturation du nombre d'examens de plateaux d'imagerie et explorations fonctionnelles facturées pendant la même période de temps.
Dans les établissements financés en séjour au cout complet, le nombre d'examens réalisés est recueilli auprès des outils métiers.

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'examens de plateaux d'imagerie et explorations fonctionnelles programmés effectivement planifiées dans la vue consolidée en un agenda unique est requêtée dans l'application gérant cette vue consolidée ou dans l'application d'agenda partagé. 	<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre total d'examens réalisés hors urgence des plateaux d'imagerie et explorations fonctionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ○ Facturés ○ Ou réalisés ○ Ou pour lesquels un compte rendu est disponible et validé
<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outil de planification des actes d'imagerie et d'exploration fonctionnelle • Outil d'agenda partagé 	<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PMSI / GAP • DPI • Serveurs de résultats • Système d'information radiologique et outil métier

6.6. D5 : PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE

L'objectif de ce domaine est atteint si l'établissement prouve :

- La production d'un tableau de bord par pôle qui couvre l'ensemble des domaines nécessaires au pilotage de l'établissement et des pôles
- L'usage des tableaux de bord
- L'alimentation du SI, pour fonder les tableaux de bord.

1. Cas d'usage des établissements

Deux cas ont été identifiés :

- **Cas 1** : L'établissement met en œuvre le pilotage médico-économique mais de manière manuelle (par exemple en utilisant des outils bureautiques). Il n'atteint pas les cibles HN mais est en mesure de produire les indicateurs médico-économiques
- **Cas 2** : L'établissement met en œuvre le pilotage médico-économique, en s'appuyant sur un SI décisionnel. Il est en mesure d'atteindre les cibles et de produire les indicateurs.

2. Périmètre du domaine fonctionnel

Ce domaine fonctionnel concerne les items du pilotage médico-économique :

- Performance financière (recettes de l'établissement, par pôle...)
- Ressources Humaines (nombre d'ETP, salaires, absentéisme par pôle...)
- Activité (taux d'occupation par pôle, évolution du nombre de séjours / séances, IPDMS...)
- Qualité (indicateurs IPAQSS et TBIN...).

Cet indicateur porte sur l'ensemble des pôles / entités de l'établissement.

3. Points de vigilance du domaine fonctionnel

Le pilotage médico-économique ne peut pas être produit de manière manuelle, à travers des outils de bureautique. Néanmoins, un dispositif automatisé, utilisant un outil bureautique comme dispositif d'affichage, est recevable.

Le pilotage médico-économique est à partager avec la direction et les pôles de l'établissement.

La démarche d'instauration d'un pilotage médico-économique au sein d'un établissement est progressive. L'essentiel est de commencer à partager des informations même si le tableau de bord n'est pas exhaustif au départ.

Le tableau de bord peut être constitué de plusieurs tableaux de bord, présenter les données pertinentes à chacun selon son rôle. Cependant, le PME doit offrir une vue synthétique des divers domaines, la collection des tableaux de bords opérationnels de chaque élément du système d'information de l'établissement ne constitue pas un outil de pilotage.

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

Cadre 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
Modalités de calcul	Lister les applications avec leur numéro de version, et leur éditeur
Période	Instant t
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne les outils de production et de mise à disposition des indicateurs et des tableaux de bord utiles.

Il n'est pas précisé si les tableaux de bords doivent être individualisés par pôle, ou si un même tableau de bord doit être décliné avec les données de chaque pôle. Ce choix ressort de l'établissement.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Cas 1, Cas 2 : Produire une cartographie identifiant les flux.

Éléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">• Décrire pour chaque interface :<ul style="list-style-type: none">○ Les données produites par l'application métier○ Le connecteur (requête, mode de transmission)○ Le mapping et le traitement permettant de produire les données utilisées pour la construction des indicateurs et des tableaux de bord
Source d'information : <ul style="list-style-type: none">• Cartographie applicatives décisionnelles• Requêtes

5. 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

Cadre de l'indicateur

Définition	Produire par pôle ou entité un format de tableau de bord comprenant des indicateurs sur : <ul style="list-style-type: none"> • La performance financière • Les ressources humaines • L'activité • La qualité
Valeur cible	100% des pôles ou entités couverts par le tableau de bord
Modalités de calcul	(Nombre de pôles ou entités couverts par un tableau de bord / Nombre de pôles ou entités de l'établissement) *100
Période	6 mois
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne l'ensemble des pôles ou entités de l'établissement.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

Différents indicateurs peuvent figurer dans le tableau de bord construit par l'établissement. La liste donnée ci-dessous est une proposition :

- Performance financière (recettes de l'établissement, ...par pôle ou entité)
- Ressources Humaines (nombre d'ETP, salaires, absentéisme,...par pôle ou entité)
- Activité (taux d'occupation, évolution du nombre de séjours / séances, ...par pôle ou entité)
- Qualité (IPAQSS, TBIN, EI...par pôle ou entité). Comme dans la méthode QUAL.HAS l'application assurant le calcul de l'indicateur et la tenue du tableau de bord produit des indicateurs :
 - Soit quantitatifs qui reflètent une notion de grandeur, les valeurs prises sont des nombres :
 - Taux :
 - Numérateur : somme des critères satisfaits
 - Dénominateur : somme des critères applicables au dossier analysé

- Dates qui permettent d'indiquer des heures et des minutes (hh.mm) pour les délais
- Soit qualitatives binaires prenant pour valeur 0 si le dossier n'a pas la caractéristique étudiée et 1 si le dossier a la caractéristique étudiée.

Les requêtes permettent un recueil des données, un calcul des indicateurs et la génération d'un tableau de bord de façon continue.

Par exemple :

- IPAQSS : Recueil des indicateurs transversaux et de spécialité par l'application assurant le calcul de l'indicateur et la tenue du tableau de bord (requête du DPI et du DAN ou de l'EAI)
- TBIN : l'application assurant le calcul de l'indicateur et la tenue du tableau de bord a deux actions :
 - Requête l'application de biologie pour les données bactériologiques (BMR...)
 - Est renseigné des résultats des enquêtes pour les autres indicateurs.

L'établissement relève le nombre de pôles ou d'entités disposant et alimentant le tableau de bord défini.

Eléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Numérateur	Dénominateur
<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procédures de reporting • Exemples de tableaux de bord • Performance financière • Ressources Humaines • Activité • Qualité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Indicateurs IPAQSS (modalités décrites dans les fiches descriptives HAS, adaptées aux différents secteurs : MCO, SSR, PSY, HAD) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ DPA/DPI ▪ DAN si pertinent (activité de bloc avec anesthésie) ▪ Indicateurs de Spécialité : Prise en Charge de l'Hémorragie du post Partum, prise en charge hospitalière de l'AVC, prise en charge hospitalière de l'AVC, prise en charge des patients hémodialysés chroniques... ○ Indicateurs du TBIN : <ul style="list-style-type: none"> ▪ ICALIN ▪ ICATB ▪ SURVISO 	<p>Données à collecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pôles de l'établissement

Numérateur	Dénominateur
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ICSHA 2 ▪ RAISIN... ○ I-SATIS (Satisfaction des patients hospitalisés, application publiée par l'ATIH : 	
<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • IPAQSS, TBIN : application assurant le calcul de l'indicateur et la tenue du tableau de bord • I-SATIS : récupération des données par requête du site ATIH: http://i-satisfaction.atih.sante.fr • Procédures de reporting 	<p>Source d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fichier structure de l'établissement

6. D5.3 : Utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du dialogue de gestion

Cadre de l'indicateur

Définition	Utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du pilotage de l'établissement (dialogue de gestion, contrats performance, contrats avec ARS)
Valeur cible	Existence et contractualisation interne
Modalités de calcul	NA
Période	6 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Périmètre de l'indicateur

Cet indicateur concerne l'ensemble des pôles ou entités de l'établissement.

Spécification pour la production automatisée de l'indicateur

NA

Éléments indicatifs concourant à la méthode de calcul

Données à collecter : <ul style="list-style-type: none">• Décrire l'utilisation des tableaux de bord par les pôles
Source d'information : <ul style="list-style-type: none">• Comptes rendus des réunions de pôle• Requêtes d'exploitation des données• Processus et Procédures• Exemples de tableaux de bord

7. GLOSSAIRE

ACE : Actes et Consultations Externes

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

DPA : Dossier de Pré Anesthésie

DAN : Dossier d'anesthésie

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

TBIN : Tableau de Bord des Infections Nosocomiales

GAM : Gestion Administrative des Malades autrement appelée **GAP** (Gestion Administrative des Patients).

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Sources documentaires

Éléments opposables

- Guide des indicateurs HN de la DGOS
- Foire Aux Questions (site du Ministère)

2. Sources informatives

- Circulaires ARS
- Forum MHN, rubriques indicateurs (<http://www.monhopitalnumerique.fr/forum>)
- Note Méthodologique sur les pièces justificatives (<http://www.monhopitalnumerique.fr/publication/496>)

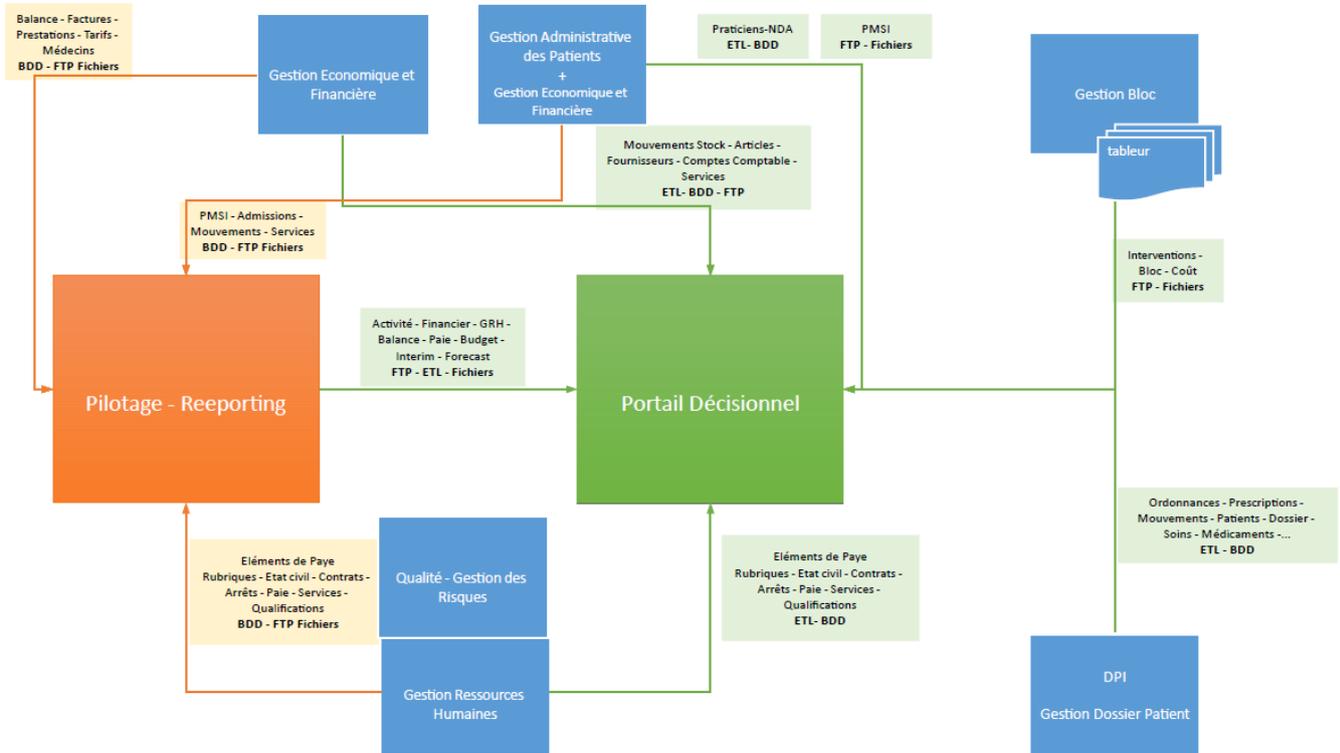
9. ANNEXES

9.1. TABLEAU DE QUALIFICATION DES EFFORTS ORGANISATIONNELS, TECHNIQUES ET DES GAINS, A COMPLETER PAR CHAQUE ETABLISSEMENT.

Indicateur	Effort technique	Effort organisationnel	Gain
	+ : <i>modéré</i> ++ : <i>important</i> +++ : <i>majeur</i>	+ : <i>modéré</i> ++ : <i>important</i> +++ : <i>majeur</i>	+ : <i>modéré</i> ++ : <i>important</i> +++ : <i>majeur</i>
D1.1 : CR d'imagerie structurés consultables depuis les services de soins et médicotechniques			
D1.2 : CR d'anapath structurés consultables depuis les services de soins et médicotechniques			
D1.3 : Résultats de biologie structurés consultables depuis les services de soins et médicotechniques			
D1.4 : Images illustratives consultables depuis les services de soins et médicotechniques			
D1.5 : Services de soins et médicotechniques accédant aux CR, résultats et images sous forme électronique			
D2.1 : DPI DMP compatible en propre ou via un dispositif tiers			
D2.2 : Publication de comptes rendus dans le DMP			
D2.3 : services pour lesquels le DPI intègre les CR, traitements de sortie et résultats de biologie			
D2.4 : Séjours pour lesquels le DPI a été mis à jour et contient le CRH			
D2.5 : Consultations externes réalisées par des PM pour lesquelles le DPI 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			

Indicateur	Effort technique	Effort organisationnel	Gain
	+ : <i>modéré</i> ++ : <i>important</i> +++ : <i>majeur</i>	+ : <i>modéré</i> ++ : <i>important</i> +++ : <i>majeur</i>	+ : <i>modéré</i> ++ : <i>important</i> +++ : <i>majeur</i>
d'explorations fonctionnelles informatisées			
D3.4 : Taux de séjours disposant de prescriptions informatisées d'actes infirmiers			
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			
D4.4 : Taux d'actes et consultations externes planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé			
D4.5 : 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 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			
D5.3 : Utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du dialogue de gestion			

9.2. EXEMPLE DE CARTOGRAPHIE D5



Contacts : Philippe Manet, chef de projet ANAP (philippe.manet@anap.fr)

Mentions légales

Financement : les contenus publiés par le collège des experts Hôpital Numérique sont le résultat du travail de ses membres. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions du collège des experts Hôpital Numérique sont indépendants de toute relation commerciale. Le collège des experts Hôpital Numérique n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : le collège des experts Hôpital Numérique garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Produire efficacement les indicateurs d'usage Hôpital Numérique » et respecter l'intégrité du contenu.