

# PROGRAMME HOP'EN

## GUIDE DES INDICATEURS DES PRÉREQUIS DU SOCLE COMMUN



JUILLET 2019

DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

# 1. LE SOCLE COMMUN DU PROGRAMME HOP'EN

## 1.1. LE PROGRAMME HOP'EN

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) [« Ma santé 2022 »](#) et de son volet numérique dont il constitue l'action 19, le programme HOP'EN est le nouveau plan d'action national des systèmes d'information hospitaliers de production des soins.

**Le programme HOP'EN pour « Hôpital numérique ouvert sur son environnement »** s'inscrit pleinement dans la politique du numérique en santé qui intègre les recommandations du [rapport Pon-Coury](#) (cf. rapport final « Accélérer le virage numérique » - Dominique Pon et Annelore Coury).

Il rejoint les éléments de philosophie générale mis en avant dans le rapport et particulièrement les suivants : **une vision centrée sur les usages, le pragmatisme et l'humilité des démarches progressives dans un cadre de valeurs éthiques et humanistes**. Il contribue ainsi à la mise en œuvre du schéma d'architecture cible proposé dans le rapport.

Ce programme s'inscrit également dans le cadre du Grand Plan d'Investissement (GPI), et de son initiative 23 : accélérer la transition numérique du système de santé et son volet « numériser les hôpitaux et leur environnement ».

Il poursuit les efforts engagés par les établissements de santé dans leur transformation numérique et leur modernisation et a comme ambition d'amener - d'ici 2022 - les établissements de santé, quels que soient leur statut, leur taille et leur activité, à un palier de maturité de leur système d'information, nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux de décloisonnement du système de santé et de rapprochement avec les patients.

HOP'EN doit donc permettre de :

- Capitaliser et poursuivre les efforts engagés dans le cadre du programme Hôpital Numérique.
- Renforcer la structuration des données hospitalières pour en faciliter le partage.
- Développer et simplifier les liens entre l'hôpital et ses partenaires, notamment la ville et le médico-social dans une logique de prise en charge décloisonnée, via le développement de la MS Santé, du DMP, et d'autres outils territoriaux appuyés par le niveau national (via le programme e-parcours notamment).
- Accélérer la transformation numérique des établissements de santé pour rapprocher les hôpitaux de leurs patients en offrant des services numériques adaptés et sécurisés (prise de rendez-vous, paiement en ligne, etc.) dans le cadre de la mise en place de l'espace numérique de santé.
- Harmoniser les services numériques des hôpitaux sur un même territoire pour que le patient et le professionnel de santé vivent avec plus de facilité le passage d'un établissement à l'autre et bénéficient d'un même niveau de services (dans le contexte GHT notamment).

HOP'EN a également comme objectif de renforcer le socle de maturité nécessaire pour s'informatiser en toute sécurité et assurer une prise en charge de qualité, quel que soit l'établissement de santé. Une des priorités sera donc de renforcer les exigences autour du déploiement des services socles nationaux

tels que le DMP et les messageries conformes à l'espace de confiance MS Santé et autour de la sécurité des SI, l'identité patient unique (Identifiant National de Santé), notamment.

Ce programme se décline en un ensemble de leviers opérationnels complémentaires afin de permettre aux établissements d'atteindre le socle de maturité et ces nouvelles ambitions.

Tout comme le programme précédent, le programme HOP'EN s'appuie sur des indicateurs (prérequis et domaines fonctionnels).

## 1.2. LE SOCLE COMMUN DU PROGRAMME HOP'EN

Le socle commun, ou palier de maturité cible du programme HOP'EN, a été défini en concertation avec des représentants des institutions et des opérationnels du terrain, et à partir du bilan du programme Hôpital Numérique et des nouveaux enjeux à adresser. Il est constitué de :

- Quatre prérequis :
  - Identités - mouvements
  - Sécurité
  - Confidentialité
  - Échange et partage
- Sept domaines fonctionnels :
  - Partager les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie
  - Développer le dossier patient informatisé et interopérable et le DMP
  - Informatiser la prescription alimentant le plan de soins
  - Programmer les ressources et partager l'agenda du patient
  - Piloter ses activités médico-économiques
  - Communiquer et échanger avec les partenaires
  - Mettre à disposition des services en ligne aux usagers et aux patients

## 1.3. LES INDICATEURS DU PROGRAMME HOP'EN

### 1.3.1. Méthodologie d'élaboration des indicateurs

Etude documentaire et entretiens individuels :

- **Etude documentaire**
- **Sollicitation des parties prenantes**
- **Une trentaine d'entretiens individuels** pour partager la vision du bilan du programme et recueillir les propositions pour le plan d'action 2018-2022.

Enquête quantitative et étude comparative :

- **Sollicitation des établissements bénéficiaires** : Enquête quantitative pour recueillir la vision de l'ensemble des établissements bénéficiaires.

Concertation :

- **Groupe de travail multipartenaires**

Un groupe de travail, piloté par la DGOS, a été constitué en février 2018 afin de définir les indicateurs du programme HOP'EN.

Des professionnels du terrain se sont joints à des représentants institutionnels. La composition des membres du groupe de travail a fait l'objet d'un appel à candidature auprès des collèges de DSIO de

CHU, des fédérations (FHF, FHP, FEHAP, Unicancer et FNEHAD), de l'ensemble des chargés de mission systèmes d'information (CMSI) des ARS.

Les opérateurs ANAP et ASIP ont également contribué aux travaux de ce groupe de travail, tout comme la Haute Autorité de Santé, l'Assurance Maladie, la DSSIS et, sur certains sujets, la compagnie nationale des commissaires aux comptes.

Les membres du groupe de travail ont été :

- **FHF** : Valérie Altuzarra (CHU de Bordeaux) ; Mickaël Taine (CHU de Reims) ; Laurent Treluyer (APHP) ; Helene Sol (CH Alpes Isère) ; Cyrille Politi (Représentant FHF - SI)
- **FEHAP** : Jean François Goglin (Représentant FEHAP)
- **UNICANCER** : Emmanuel Reyrat (Représentant UNICANCER) ; Thierry Durand (Centre Léon Berard)
- **FHP** : Christian Prudhomme (Clinique Saint Didier) ; Laurent Jouatel (LNA Santé) ; Marc Fantino (Ramsays générale de Santé) ; Emmanuel Daydou (Représentant FHP) ; Guilherme Pontes (Représentant FHP -SI) ; David Castillo (Représentant FHP PSY) ; Dominique Lorigoux (La Parisière)
- **FNEHAD** : Jérôme Lemai (Santé Services Lens) ; Nicolas Noiriel (Représentant FNEHAD)
- **ARS Centre Val de Loire** : Dominique Pierre
- **ARS Ile de France** : Sylviane Roger ; Eric Lepage ; Bruno Xoual
- **ARS Hauts de France** : Benoît Normand
- **ARS PACA** : Laurent Simon
- **ANAP** : Benjamin Lemoine
- **ASIP** : Nicole Janin ; Emmanuel Clout
- **CNAM** : Yvon Merlière ; Emmanuelle Petit
- **Compagnie nationale des commissaires aux comptes** : Patrick Aumeras ; Marc Corbi ; Nicolas Gasnier-Dupont
- **DSSIS** : Julie Chabroux
- **HAS** : Pierre Liot ; Frédérique Blarel
- **DGOS** : Caroline Le Gloan ; Michel Raux ; Patrick Desmet ; Nadine Harb ; Marie Vallas

Les travaux du groupe de travail se sont tenus de février à octobre 2018. Ils ont été menés en s'appuyant sur les retours d'expérience du programme Hôpital Numérique et les nouveaux enjeux associés au programme HOP'EN.

**4 groupes de travail sur les indicateurs** ont permis de définir les nouveaux indicateurs.

Par ailleurs, deux enquêtes ont été menées entre avril et juin 2018 auprès des établissements de santé sur deux thèmes avec une mobilisation importante :

- Leur appréciation du programme Hôpital Numérique et des enjeux à venir : 1000 établissements répondants.
- Les services numériques aux patients : 600 établissements répondants.

Chaque prérequis et chaque domaine ont ensuite été abordés sous forme de propositions individuelles d'indicateurs par les membres du groupe d'abord, puis en revue collective, avant une validation collégiale. Les indicateurs ont ensuite été soumis à des experts pour enrichissement.

Les orientations ont été validées par la DGOS pour concertation publique.

### 1.3.2. Principes et caractéristiques des indicateurs

#### La notion de seuil d'éligibilité

Le seuil d'éligibilité permet de mesurer l'atteinte des indicateurs du socle commun.

Les seuils d'éligibilité correspondent aux valeurs fixées pour les indicateurs de prérequis.

Les seuils d'éligibilité indiqués dans le guide des indicateurs ne constituent pas un standard d'informatisation mais un socle commun minimum par prérequis, l'ensemble des indicateurs d'un prérequis constituant un ensemble devant être atteint.

#### Caractéristiques des indicateurs

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

- Les indicateurs sont en nombre restreint.
- Ils sont communs pour tous les établissements (taille, statut, type).
- Ils ont vocation à être produits autant que possible par les systèmes d'information de l'établissement.
- Ils sont conformes aux référentiels existants (par exemple : référentiel d'interopérabilité) et aux règles de l'art.
- Ils sont conformes à la convergence des systèmes d'informations des GHT rendue obligatoire par l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016
- Enfin, ils répondent aux exigences propres à assurer la qualité du dispositif :
  - Les indicateurs sont **mesurables**, pour les indicateurs quantitatifs, et issus de l'appréciation d'éléments formalisés, normés et vérifiables pour les indicateurs qualitatifs.
  - Les seuils d'éligibilité sont jugés **atteignables** par les experts du métier.
  - Les conditions de mesure des indicateurs sont **vérifiables**.

L'applicabilité des indicateurs et la notion de « séjours concernés » sont précisées dans un document dédié (matrice d'applicabilité).

#### Natures des indicateurs

Les indicateurs ont **été conçus** de sorte à apporter une vision équilibrée de chaque prérequis. Les indicateurs peuvent être :

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

#### Éléments complémentaires pour une bonne prise en compte des indicateurs

**Notion de séjour en HAD** : séjour de patients adultes, hospitalisés au moins 8 jours en HAD, séjour non précédé d'un autre séjour en HAD dans le mois précédent et non suivi d'un séjour en HAD dans le mois suivant.

### 1.3.3. Structure des fiches descriptives des indicateurs

Les indicateurs sont décrits dans des fiches regroupées par prérequis<sup>1</sup>. Une introduction décrit le prérequis concerné ainsi que les objectifs des indicateurs retenus. Les fiches descriptives des indicateurs sont établies sur le modèle suivant, construit autour de trois parties :

- Définition de l'indicateur
- Production de l'indicateur
- Restitution de l'indicateur

<b>Prérequis</b>	<b>Libellé du prérequis</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Libellé de l'indicateur</b>

Définition de l'indicateur	
<b>Définition</b>	Définition de l'indicateur
<b>Déclinaison GHT</b>	Déclinaison de l'indicateur au périmètre GHT
<b>Seuil d'éligibilité</b>	Valeur en-deçà de laquelle un établissement de santé et/ou GHT ne satisfait pas au prérequis
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	Progression entre l'indicateur Hôpital Numérique et celui présent dans le programme HOP'EN (nouvel indicateur, augmentation de la cible, etc.)
<b>Textes de référence / Liens utiles</b>	

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

Restitution de l'indicateur	
<b>Remontée de l'information</b>	La valeur de l'indicateur est saisie dans l'outil oSIS (Observatoire des Systèmes d'Information de Santé de la DGOS)
<b>Documents justificatifs</b>	Les documents justificatifs sont téléchargés dans oSIS
<b>Audit</b>	Exemples de modalités de vérification et de justification des informations <i>ex-post</i> pouvant faire l'objet d'un contrôle (liste non exhaustive)

<sup>1</sup> Nota Bene : Tous les indicateurs du programme HN n'ont pas été repris à l'identique dans le programme HOP'EN. Néanmoins, pour conserver une cohérence entre les 2 programmes, la numérotation a été conservée ce qui induit parfois des « sauts » dans la numérotation.

## 2. LISTE DES INDICATEURS DE PREREQUIS

P1 / Identités, mouvements	Seuil d'éligibilité	Evolution HN / HOP'EN
<b>P1.1</b> Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identités des patients et en capacité d'intégrer l'INS.	80% des applications des domaines concernés et en capacité d'intégrer l'INS.	Augmentation de la cible (+10 pts) Capacité à intégrer l'INS.
<b>P1.2</b> Cellule d'identito-vigilance opérationnelle.	Fonctionnement régulier des CIV établissements/GHT (réunion à minima une fois par semestre et capacité à livrer un rapport d'activité).	
<b>P1.3</b> Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients.	80% des applications des domaines concernés.	Augmentation de la cible (+10 pts).
<b>P1.4</b> Existence d'un référentiel unique de structure de l'établissement (juridique, géographique, fonctionnel) piloté et mis à jour régulièrement dans les applicatifs.	Existence du référentiel unique de structure interne et des procédures de mises à jour.	

P2 / Sécurité		Seuil d'éligibilité	Evolution HN / HOP'EN
<b>P2.1</b>	Continuité d'activité.	Existence d'un plan de reprise d'activité (PRA) du système d'information formalisé et testé. Existence de procédures assurant un fonctionnement dégradé du système d'information au cœur du processus de soins en cas de panne.	Fusion P2.1 et P2.3
<b>P2.2</b>	Définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux.	Existence d'une observation du taux de disponibilité avec fourniture du taux cible, de la méthode d'évaluation et du taux évalué.	
<b>P2.4</b>	Présence d'une politique de sécurité et plan d'action SSI réalisé, existence d'un responsable sécurité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'une politique de sécurité, d'une analyse des risques détaillée, d'un plan d'action associé incluant à minima le plan d'action SSI de l'instruction 309, et d'une fonction de responsable sécurité.</li> <li>- Positionnement fonctionnel du RSSI en dehors de la DSI. Existence d'au moins 2 rendez-vous annuels RSSI/Direction de l'établissement pour point de situation.</li> <li>- Mise en œuvre et suivi régulier du plan d'actions SSI selon l'annexe 1 (en référence aux actions citées en annexe de l'instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016).</li> <li>- Existence de la procédure de remontée des incidents de sécurité (Art. L.1111- 8-2 CSP).</li> </ul>	Nouvel indicateur (Indicateur P3.1 HN et intégration du plan d'actions SSI) Intégration de l'alignement entre la PSSI, la PSSI-MCAS et la PGSSI-S de l'ASIP Santé.
<b>P2.5</b>	Cyber sécurité : réalisation d'un audit externe de cybersurveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fourniture d'une attestation de réalisation de l'audit de cybersurveillance signée par le directeur d'établissement <b>ou</b></li> <li>- Bon de commande auprès d'une société spécialisée signé par le directeur d'établissement.</li> </ul>	Nouvel indicateur.



P3 / Confidentialité	Seuil d'éligibilité	Evolution HN/HOP'EN
<b>P3.2</b> Existence d'un document lié au règlement intérieur formalisant les règles d'accès et d'usage du SI, en particulier pour les applications gérant des données de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs.	Existence du document et processus de diffusion (fait partie du plan d'actions SSI).	Renforcement du lien avec le règlement intérieur.
<b>P3.3</b> Information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel et les modalités d'exercice de leur droit d'opposition.	Existence et procédure de diffusion (préciser où et comment est communiquée cette information).	Ajout des modalités d'exercice du droit d'opposition.
<b>P3.4</b> Taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'identification, d'authentification personnelle et de traçabilité.	100% des applications gérant des données de santé à caractère personnel.	Augmentation de la cible (+ 10 points).
<b>P3.6</b> Existence d'une fonction DPO et présence d'un registre des activités de traitement des données à caractère personnel.	Existence de la fonction (production d'un rapport d'activité annuel). Existence du registre.	Nouvel indicateur.

P4 / Echange et partage		Seuil d'éligibilité	Evolution HN/HOP'EN
<b>P4.1</b>	Capacité du SIH à alimenter le DMP (directement ou indirectement).	DMP compatibilité (alimentation).	Nouvel indicateur.
<b>P4.2</b>	Peuplement du ROR (champs sanitaires : MCO (dont HAD et USLD), SSR, PSY).	Peuplement du ROR sur les champs d'activité (unité opérationnelle) en respectant le critère qualité.	Nouvel indicateur.
<b>P4.3</b>	Existence d'une messagerie opérationnelle intégrée à l'espace de confiance MS Santé.	Existence d'une messagerie opérationnelle raccordée à l'espace de confiance MS Santé.	Nouvel indicateur.

## 3. FICHES DESCRIPTIVES DES INDICATEURS DE PREREQUIS

### 3.1. PREREQUIS 1 : IDENTITES, MOUVEMENTS

#### Description du prérequis

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

- Identités des patients
- Mouvements des patients d'une structure interne à une autre
- Séjours des patients

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

Outre l'identifiant propre à l'établissement/GHT, le référentiel devra être en capacité d'intégrer l'INS (Identifiant National de Santé).

De plus, le décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, indique que les établissements parties au groupement utilisent, un identifiant unique pour les patients, au plus tard le 1er janvier 2021.

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

#### Objectifs des indicateurs

Ces indicateurs ont pour objectifs :

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

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

<b>Prérequis</b>	<b>Identités, mouvements</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identités des patients et en capacité d'intégrer l'INS</b>

**Définition de l'indicateur**

<b>Définition</b>	<p>Taux de desserte des applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI par le référentiel unique d'identités des patients.</p> <p>Le référentiel unique d'identités du patient est un serveur d'identités ou un ensemble de composants (techniques et organisationnels) du système d'information hospitalier, qui garantit la cohérence des données d'identités des patients pour toutes les applications.</p> <p>Le référentiel unique d'identités du patient devra être en capacité d'intégrer l'INS. Il sera tenu compte du calendrier national de mise en œuvre de l'INS.</p>
<b>Déclinaison GHT</b>	<p>Ce référentiel d'identités est unique au sein du GHT.</p> <p>L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint.</p>
<b>Seuil d'éligibilité</b>	80% des applications des domaines concernés* et en capacité d'intégrer l'INS.
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	Augmentation de la cible (+10 pts).
<b>Textes de référence / Liens utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Article L. 1111-8-1 du code de la santé publique</li> <li>▪ Article L.1110-4-1 du code de la santé publique</li> <li>▪ Décret en conseil d'Etat du 27 mars 2017</li> <li>▪ Article R.6132-15 du code de la santé publique sur la mise en place de l'identifiant unique patient GHT</li> <li>▪ <a href="#">Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Cartographie applicative</a></li> <li>▪ <a href="#">Fiche 7 « Les modalités de gestion des identités patients » du guide méthodologique « Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT »</a></li> <li>▪ <a href="#">Foire aux questions sur la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent</a></li> <li>▪ <a href="#">Guide méthodologique - Retours d'expérience « Mise en œuvre de l'identité patient au sein des groupements hospitaliers de territoire » publié par l'ASIP</a></li> <li>▪ Page d'information de l'ASIP : <a href="https://esante.gouv.fr/securite/identifiant-national-de-sante">https://esante.gouv.fr/securite/identifiant-national-de-sante</a></li> </ul>

Production de l'indicateur	
<b>Unité</b>	%
<b>Modalité de calcul</b>	<p>Calcul du taux :</p> <p>(Nombre d'applications des domaines concernés de l'établissement/GHT interfacées avec le référentiel unique d'identités et en capacité d'intégrer l'INS / Nombre d'applications des domaines concernés de l'établissement/GHT)*100.</p> <p>Les applications spécifiques développées par l'établissement/GHT sont à intégrer dans le nombre d'applications.</p> <p>Toutes les applications dont la responsabilité de traitement incombe à l'établissement (en tant qu'entité juridique) sont à prendre en compte dans le calcul (illustration : dans le cas d'échanges avec des laboratoires et plateaux techniques externes, la responsabilité de traitement incombe aux laboratoires et non à l'établissement. Ces applications ne sont donc pas à prendre en compte dans le calcul).</p> <p>Les outils développés en bureautique (type tableur) et les appareils biomédicaux ne sont pas à intégrer dans le nombre d'applications.</p> <p>Si une fonction d'un des domaines concernés n'est pas informatisée, la fonction est neutralisée pour le calcul du taux.</p> <p>* Les domaines concernés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dossier médical (observations et synthèses, comptes rendus, recueil de l'activité et des diagnostics)</li> <li>▪ Prescriptions (prescriptions de médicaments, demandes d'examens, prescriptions de chimiothérapie)</li> <li>▪ Dossier de soins (prise en charge du patient, gestion du travail infirmier)</li> <li>▪ Dossiers de spécialité (anesthésie, réanimation, urgences, autres)</li> <li>▪ Production des activités médico-techniques (bloc opératoire, anesthésie, laboratoire, pharmacie, anatomopathologie, imagerie SIR, imagerie PACS, radiothérapie)</li> <li>▪ PMSI</li> <li>▪ Gestion administrative du patient</li> </ul>
<b>Période</b>	Instant t (date de transmission des informations)
<b>Fréquence</b>	Semestrielle
Restitution de l'indicateur	
<b>Remontée de l'information</b>	Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur (pourcentage des applications connectées au référentiel unique d'identités des patients, intégration de l'INS par le référentiel unique d'identités des patients).
<b>Documents justificatifs</b>	Cartographie applicative détaillant les applications concernées par domaine, bloc fonctionnel et établissement dans le cadre d'un GHT, avec le détail par application de l'interfaçage ou non avec le référentiel unique d'identités (à préciser par établissement dans le cadre des GHT).
<b>Audit</b>	Vérification de la liste des applications et description des interfaces avec le référentiel unique d'identités.

## Indicateur P1.2 : Cellule d'identito-vigilance opérationnelle

Prérequis	Identités, mouvements
Indicateur	Cellule d'identito-vigilance opérationnelle

### Définition de l'indicateur

#### Définition

Une cellule d'identito-vigilance est un organe ou instance en charge de la surveillance et de la prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients.

Elle a pour objectif de permettre de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Son rôle est de veiller à la formation des personnels d'accueil administratif et des professionnels de santé de l'établissement/GHT en matière de surveillance et de prévention des erreurs d'identification du patient.

La cellule promeut ou propose les éléments concourant à la mise en œuvre de procédures de vérification de l'identité du patient. Elle peut s'appuyer sur des mesures d'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge (indicateurs et audit) en vue d'améliorer le dispositif. La cellule doit être en capacité de fournir la documentation de la politique d'identification et de rapprochement d'identités ainsi que les procédures de création et de fusion d'identité.

Une cellule d'identito-vigilance opérationnelle se réunit a minima une fois par semestre et est en capacité de livrer un rapport d'activité périodique comprenant (a) la liste des réunions de la cellule effectuées (une réunion par semestre a minima), (b) les incidents sur les identités relevés, (c) le nombre de corrections et d'améliorations auxquelles la cellule a contribué (fusion et dédoublement, conformément au référentiel INS lorsqu'il sera disponible).

#### Déclinaison GHT

Une cellule d'identito-vigilance est également mise en place au niveau du GHT et s'appuie sur des CIV établissement.  
L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint pour chaque établissement candidat.

#### Seuil d'éligibilité

Fonctionnement régulier des CIV établissements et GHT (réunion à minima une fois par semestre et capacité à livrer un rapport d'activité).

#### Evolution HN-HOP'EN

##### Textes de référence / Liens utiles

- [Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Mise en œuvre de l'identito-vigilance](#)
- [Guide HAS, Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, Septembre 2014](#)
- [Fiche 2.3.2 « Opérer le rapprochement et la fusion des identités patients en amont de tout rapprochement fonctionnel » du guide méthodologique « Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT »](#)

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

  

Restitution de l'indicateur	
<b>Remontée de l'information</b>	Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur (fonctionnement régulier) .
<b>Documents justificatifs</b>	Descriptif des procédures de fonctionnement des cellules établissement et GHT et comptes rendus des réunions.
<b>Audit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rapports d'activité des cellules établissements et GHT</li><li>▪ Documentation de la politique d'identification et de rapprochement d'identités ainsi que les procédures de création et de fusion d'identité</li><li>▪ Comptes rendus de(s) réunions des cellules établissement et GHT, etc.</li></ul>

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

<b>Prérequis</b>	<b>Identités, mouvements</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients</b>

#### Définition de l'indicateur

**Définition** Taux de desserte des applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI par un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients.

Le référentiel unique de séjours et de mouvements des patients est un serveur unique ou un ensemble de composants (techniques et organisationnels) du système d'information hospitalier, qui garantit la cohérence des données de séjours et de mouvements des patients pour toutes les applications.

**Déclinaison GHT** Applicable par établissement.  
L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.

**Seuil d'éligibilité** 80% des applications des domaines concernés.

**Evolution HN-HOP'EN** Augmentation de la cible (+10 pts).

**Textes de référence / Liens utiles** [Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Cartographie applicative](#)

#### Production de l'indicateur

**Unité** %

**Modalité de calcul** Calcul du taux :  
(Nombre d'applications des domaines concernés interfacées avec le référentiel unique de séjours et de mouvements / Nombre d'applications des domaines concernés)\*100.

Les applications spécifiques développées par l'établissement sont à intégrer dans le nombre d'applications.

Dans le cas où des applications utilisées sont externes à la structure, elles doivent être prises en compte sauf si aucune contractualisation/conventionnement n'existe avec l'établissement/GHT (illustration : dans le cas d'échanges avec des laboratoires et plateaux techniques externes, les applications ne sont donc pas à prendre en compte dans le calcul).

Les outils développés en bureautique (type tableur) et les appareils biomédicaux ne sont pas à intégrer dans le nombre d'applications.

Si une fonction d'un des domaines concernés n'est pas informatisée, la fonction est neutralisée pour le calcul du taux.

\* Les domaines concernés sont :



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

<b>Période</b>	Instant t (date de transmission des informations)
<b>Fréquence</b>	Semestrielle

#### Restitution de l'indicateur

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

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

<b>Prérequis</b>	<b>Identités, mouvements</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Existence d'un référentiel unique de structure de l'établissement (juridique, géographique, fonctionnel) piloté et mis à jour régulièrement dans les applicatifs</b>

**Définition de l'indicateur**

**Définition**

Existence d'un référentiel unique de structure de l'établissement (juridique, géographique, fonctionnel) piloté.

Le référentiel unique de structure garantit la cohérence de l'information.

L'interfaçage de ce référentiel avec les applications, s'il est recommandé, n'est pas exigé dans le cadre des prérequis : les applicatifs sont mis en cohérence automatiquement (fichier de structure commun) ou manuellement dans le cadre des procédures de mises à jour assurant la juste correspondance entre le référentiel de structure interne et les données de structure utilisées par les applicatifs.

L'exigence concerne l'existence d'un fichier de structure unique piloté et mis à jour régulièrement. Ce fichier unique de structure peut être un fichier informatisé alimentant automatiquement les applications, mais il peut également être un fichier de type bureautique dont les modifications sont reportées manuellement dans les applications. Il doit comprendre les données de structure suivantes : pôles, services, UF, UM, unités de soins, etc.

**Déclinaison GHT**

Applicable par établissement.

L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.

**Seuil d'éligibilité**

Existence du référentiel unique de structure interne et des procédures de mises à jour.

**Evolution HN-HOP'EN**

**Textes de référence / Liens utiles**

- [Fiche 2.3.6 « Mettre en place un socle fonctionnel unique » du guide méthodologique « Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT »](#)
- [Boîte à outils HOP'EN – Fiche méthode : Mise à jour du référentiel unique de structure](#)

**Production de l'indicateur**

**Unité**

N/A

**Modalité de calcul**

Déclaratif

**Période**

Instant t (date de transmission des informations)

**Fréquence**

Semestrielle

**Restitution de l'indicateur**

**Remontée de l'information**

Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur (existence du référentiel unique et des procédures de mise à jour).

**Documents justificatifs**

- Fichier de structure
- Procédure de mise à jour du fichier

---

<b>Audit</b>	Vérification que les procédures de gestion du fichier des structures sont opérationnelles.
--------------	--

---

## 3.2. PREREQUIS 2 : SECURITE

### Description du prérequis

Ce prérequis relatif à la sécurité des systèmes d'information vise à garantir la protection du système d'information et de ses données et d'installer une véritable démarche de gestion du risque numérique.

Cette démarche doit garantir la disponibilité, la confidentialité et l'intégrité des données et des applicatifs et assurer la continuité du service en mettant en place :

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

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

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

Au-delà, la démarche de gestion et de réduction des risques est une démarche collective qui nécessite le soutien de la direction et qui doit s'exprimer dans le cadre d'une véritable politique de sécurité de l'établissement/GHT, élaborée par un responsable sécurité du système d'information, dûment mandaté.

Dans ce travail, l'établissement/GHT trouve ses orientations au sein des référentiels nationaux produits dans le cadre de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) élaborée par l'ASIP Santé, et dans le plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information (plan d'action SSI).

Ce plan d'action SSI a été introduit par l'instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016. Il vise à opérer une mise à niveau minimale de la sécurité des systèmes d'information dans toutes les structures concernées, au sein desquelles la défaillance des outils numériques représente un haut niveau de criticité (probabilité/impact). Il propose un calendrier à 6, 12 et 18 mois de réalisation de mesures prioritaires en termes d'efficacité par rapport, notamment, au risque de piratage informatique.

### Objectifs des indicateurs

Ces indicateurs ont pour objectifs :

- De mettre en évidence les mécanismes de préservation des données du système d'information (notamment en cas d'incident ou problème)
- De garantir le niveau de disponibilité des applications au sein de l'établissement/GHT
- De garantir la mise en œuvre d'une démarche de gestion de risque organisée et soutenue par la direction de l'établissement/GHT
- De garantir la mise en œuvre du plan d'action SSI

## Indicateur P2.1 : Continuité d'activité

Prérequis	Sécurité
Indicateur	Continuité d'activité

### Définition de l'indicateur

#### Définition

Cet indicateur comprend :

- L'existence d'un plan de continuité d'activité constitué (PCA) de procédures assurant un fonctionnement dégradé du système d'information au cœur du processus de soins en cas de panne (exemples : procédures d'impression en secours de dossiers, procédures de basculement sur site de secours).
- L'existence d'un plan de reprise d'activité (PRA) formalisé pour l'ensemble du SIH (comprenant l'ensemble des SI d'un établissement), constitué de procédures et des moyens techniques permettant un retour au fonctionnement nominal, intégrant des tests de sauvegarde et de restauration. Ce plan doit être testé sur tout ou partie du SIH (intégrant un niveau de criticité des applicatifs).

#### Précisions relatives à la continuité d'activité :

La continuité d'activité se traduit en 2 parties : le PCA qui consiste à décrire les modalités de fonctionnement en mode dégradé, et la reprise d'activité qui documente dans un PRA les modalités de reprise jusqu'au retour à la normal.

Un plan de reprise d'activité est un document qui formalise l'ensemble des moyens techniques et des procédures permettant d'assurer, en cas de crise majeure ou importante d'un centre informatique, la reconstruction de son infrastructure et la remise en route des applications supportant l'activité d'une organisation.

Les exigences relatives au PRA concernent la formalisation de procédures pour le redémarrage des applications, la récupération des données et l'information des utilisateurs en cas de panne. Le PRA doit faire référence au retour au fonctionnement normal.

L'indicateur porte sur le PRA du système d'information. Il n'aborde pas la question du PRA global des activités de soins de l'établissement/GHT. L'indicateur porte sur le retour à un fonctionnement normal du système d'information : applications, bases, communication avec les utilisateurs.

Dans le cas d'un hébergement externe, un document précisant les éléments de communication avec la DSI, les éléments d'information des utilisateurs, des éléments de durée, la liste des applications doit être mis à disposition par l'hébergeur. Une demande d'attestation et un rapport d'audit annuel seront exigés.

Des tests de sauvegarde et de restauration doivent être réalisés annuellement sur l'infrastructure qui supporte le cœur de métier (applicatifs de haute criticité incluant le processus de soins) et donner lieu à un rapport explicitant les tests effectués et les résultats observés.

<b>Déclinaison GHT</b>	Applicable par établissement. L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.
<b>Seuil d'éligibilité</b>	Existence d'un plan de reprise d'activité (PRA) du système d'information formalisé et testé. Existence de procédures assurant un fonctionnement dégradé du système d'information au cœur du processus de soins en cas de panne.
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	Fusion P2.1 et P2.3. Définition et réalisation d'un plan de tests.
<b>Textes de référence / Liens et références utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Boîte à outils HOP'EN – Fiche méthode : Plan de Reprise d'Activité et procédures de fonctionnement en mode dégradé</a></li> <li>▪ <a href="#">Guide d'auditabilité des SI</a></li> <li>▪ PGSSI-S de l'ASIP Santé : <a href="https://esante.gouv.fr/securite/politique-generale-de-securite-des-systemes-d-information-de-sante">https://esante.gouv.fr/securite/politique-generale-de-securite-des-systemes-d-information-de-sante</a></li> </ul>

#### Production de l'indicateur

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

#### Restitution de l'indicateur

<b>Remontée de l'information</b>	Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur (existence d'un PRA du système d'information formalisé et testé et existence des procédures relatives au fonctionnement en mode dégradé).
<b>Documents justificatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Document présentant le PRA du SI</li> <li>▪ Document décrivant les procédures de fonctionnement dégradé existantes, les principes de retour à la normale et les applications critiques en faisant l'objet</li> </ul>
<b>Audit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revue du PRA du SI</li> <li>▪ Revue des procédures</li> </ul>

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

<b>Prérequis</b>	<b>Sécurité</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux</b>

### Définition de l'indicateur

<b>Définition</b>	<p>Définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux de disponibilité.</p> <p>La disponibilité d'une application se définit comme la disposition d'une application à être en fonctionnement. A contrario, l'indisponibilité est définie comme une panne ou un arrêt programmé entravant l'utilisation en service régulier de l'application.</p> <p>L'évaluation de la disponibilité implique la production régulière d'indicateurs de taux de disponibilité en temps des applications, en distinguant arrêts programmés et arrêts non programmés.</p> <p>Les applicatifs concernés par cette exigence sont les applicatifs au cœur du processus de soins. Il n'est pas imposé de méthode de calcul du taux de disponibilité.</p>
<b>Déclinaison GHT</b>	<p>Le taux de disponibilité cible des applicatifs convergés et la mise en œuvre d'une évaluation de ce taux sont communs aux établissements du GHT.</p> <p>L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint.</p>
<b>Seuil d'éligibilité</b>	Existence d'une observation du taux de disponibilité avec fourniture du taux cible, de la méthode d'évaluation et du taux évalué.
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	
<b>Textes de référence / Liens et références utiles</b>	<a href="#">Boîte à outils HOP'EN – Fiche méthode : Évaluation des taux de disponibilité</a>

### Production de l'indicateur

<b>Unité</b>	N/A
<b>Modalité de calcul</b>	Déclaratif
<b>Période</b>	Dernier trimestre
<b>Fréquence</b>	Semestrielle

### Restitution de l'indicateur

<b>Remontée de l'information</b>	Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur (taux de disponibilité cible et taux de disponibilité observé).
<b>Documents justificatifs</b>	Méthode d'évaluation du taux de disponibilité.
<b>Audit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définition (établie par l'établissement/GHT) du taux de disponibilité des applications</li> <li>▪ Relevé des dernières évaluations du taux de disponibilité pour les applications : extrait de tableau de bord DSI, etc.</li> <li>▪ Revue de la collecte des incidents et problèmes au cours de la période</li> </ul>

## Indicateur P2.4 : Présence d'une politique de sécurité et plan d'actions SSI réalisé, existence d'un responsable sécurité

Prérequis	Sécurité
Indicateur	Présence d'une politique de sécurité et plan d'actions SSI réalisé, existence d'un responsable sécurité

### Définition de l'indicateur

#### Définition

Une politique de sécurité des systèmes d'information consiste en un ensemble d'exigences en matière de prévention du risque numérique et de mesures portant sur l'organisation (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.) autant que sur les caractéristiques techniques des infrastructures numériques. Elle doit être accompagnée d'actions de sensibilisation et d'amélioration au sein de l'établissement.

Cette politique de sécurité doit être mise à jour a minima tous les trois ans et doit viser à la conformité aux différents référentiels du secteur et tout particulièrement à celui de l'ASIP Santé (PGSSI-S).

L'analyse de risque permet aux organisations de réaliser une appréciation et un traitement des risques.

L'analyse de risques consiste en la combinaison de trois éléments principaux :

- Une identification et évaluation des ressources informatiques de l'établissement, classées par criticité ;
- Une analyse des menaces et qualification des risques (virus, intrusions, erreurs, incidents, etc.) auxquelles ces ressources peuvent être exposées ;
- L'élaboration d'un plan de traitement des risques à même de réduire la probabilité et l'impact de ces risques.

Le plan d'action SSI, dont il est demandé la réalisation, est celui précisé par l'instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016 et dont l'application permet déjà de réduire significativement le risque numérique en établissement de santé.

Le responsable sécurité (RSSI) est le point de contact désigné au sein de l'établissement sur le thème de la sécurité des systèmes d'information. L'exigence concerne l'existence d'une fonction de référent sécurité au sein de l'établissement, fonction qui n'est pas exercée nécessairement à temps plein et dont le positionnement fonctionnel est en dehors de la DSI (il pourrait, par exemple, être attaché à la cellule qualité de l'établissement/GHT).

---

<b>Déclinaison GHT</b>	<p>Une politique de sécurité cadre des SI du GHT (PSSI GHT) existe, avec une déclinaison par établissement partie.</p> <p>Le plan d'action sécurité du SI est réalisé au niveau de chaque établissement.</p> <p>Un responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) du GHT est désigné. Il s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.</p>
<b>Seuil d'éligibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Existence d'une politique de sécurité, d'une analyse des risques détaillée, d'un plan d'action associé incluant à minima le plan d'action SSI de l'instruction 309, et d'une fonction de responsable sécurité</li><li>▪ Positionnement fonctionnel du RSSI en dehors de la DSI. Existence d'au moins 2 rendez-vous annuels RSSI/Direction de l'établissement pour point de situation</li><li>▪ Mise en œuvre et suivi régulier du plan d'actions SSI selon l'annexe 1 (en référence aux actions citées en annexe de l'instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016)</li><li>▪ Existence de la procédure de remontée des incidents de sécurité (Art. L.1111- 8-2 CSP)</li></ul>
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	Nouvel indicateur.
<b>Textes de référence / Liens et références utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Article L. 1110-4-1 du Code de Santé Publique</li><li>▪ <a href="#">Instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information (« Plan d'action SSI »)</a></li><li>▪ <a href="#">Mémento de cybersécurité</a></li><li>▪ <a href="#">Fiche 2.3.7 « Mettre en place une politique de sécurité du SI » du guide méthodologique « Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT »</a></li><li>▪ <a href="#">Fiche 4 « Modèle de fiche de poste de RSSI de GHT » du guide méthodologique « Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT »</a></li><li>▪ <a href="#">Foire aux questions sur la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent</a></li><li>▪ <a href="#">Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Politique de sécurité et plan d'action SSI</a></li><li>▪ <a href="#">Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Rôles de RSSI et DPO</a></li></ul>

---



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

  

Restitution de l'indicateur	
<b>Remontée de l'information</b>	Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur.
<b>Documents justificatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Politique de sécurité formalisée, signée par le directeur, à jour depuis moins de 3 ans incluant l'analyse de risques, le plan d'actions et la désignation du RSSI</li><li>▪ Calendrier des réunions RSSI/Direction réalisées sur les deux dernières années</li><li>▪ Procédure de remontée des incidents</li></ul>
<b>Audit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Revue des documents justificatifs</li><li>▪ Revue du plan d'action SSI et planning de mise en œuvre pour les actions concernées (cf. annexe 1)</li></ul>

## Indicateur P2.5 : Cyber sécurité : réalisation d'un audit externe de cybersurveillance

Prérequis	Sécurité
Indicateur	Cyber sécurité : réalisation d'un audit externe de cybersurveillance

### Définition de l'indicateur

#### Définition

Un audit de sécurité est l'un des moyens à disposition de tout organisme pour éprouver et s'assurer du niveau de sécurité de son système d'information. Il permet, en pratique, de mettre en évidence les forces mais surtout les faiblesses et vulnérabilités du système d'information. Ses conclusions permettent d'identifier des axes d'amélioration, de proposer des recommandations et de contribuer ainsi à l'élévation de son niveau de sécurité, en vue, notamment, de son homologation de sécurité.

Il est demandé à l'établissement de faire réaliser un audit de cybersurveillance dont les caractéristiques minimales sont définies par le service national de cybersurveillance en santé prévu dans le cadre de l'action 9 de la feuille de route « Accélérer le virage numérique ».

Cet audit devra être réalisé par une entreprise spécialisée dans le domaine de la sécurité des SI.

Dans le cas d'un audit global qui concernerait plusieurs établissements d'un GHT/groupe, si un seul rapport d'audit est produit (rapport global versus rapport individuel), celui-ci doit comprendre les résultats de l'audit pour chacun des établissements concernés ainsi qu'une proposition de plan d'actions par établissement.

Un audit réalisé en 2019 est valable.

#### Déclinaison GHT

Applicable par établissement.  
L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.

#### Seuil d'éligibilité

- Fourniture d'une attestation de réalisation de l'audit de cybersurveillance signée par le directeur d'établissement **ou**
- Bon de commande auprès d'une entreprise spécialisée signé par le directeur d'établissement

#### Evolution HN-HOP'EN

Nouvel indicateur.

<b>Textes de référence / Liens et références utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ L'homologation de sécurité en neuf étapes simples, ANSSI, version en vigueur (<a href="https://www.ssi.gouv.fr/guide/lhomologation-de-securite-en-neuf-etapes-simples/">https://www.ssi.gouv.fr/guide/lhomologation-de-securite-en-neuf-etapes-simples/</a>)</li><li>▪ Prestataires d'audit de la sécurité des systèmes d'information référentiel d'exigences (<a href="https://www.ssi.gouv.fr/uploads/2014/12/PASSI_referentiel-exigences_v2.1.pdf">https://www.ssi.gouv.fr/uploads/2014/12/PASSI_referentiel-exigences_v2.1.pdf</a>)</li><li>▪ Arrêté du 14 septembre 2018 fixant les règles de sécurité relatif à la sécurité des systèmes d'information des OSE (<a href="https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEX T000037444012&amp;dateTexte=&amp;categorieLien=id">https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEX T000037444012&amp;dateTexte=&amp;categorieLien=id</a>)</li><li>▪ <a href="#">Feuille de route « Accélérer le virage numérique »</a></li></ul>
<b>Production de l'indicateur</b>	
<b>Unité</b>	N/A
<b>Modalité de calcul</b>	Déclaratif
<b>Période</b>	Instant t (date de transmission des informations)
<b>Fréquence</b>	Au moins une fois au cours du programme
<b>Restitution de l'indicateur</b>	
<b>Remontée de l'information</b>	Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur.
<b>Documents justificatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Attestation de réalisation de l'audit de cybersurveillance signée par le directeur d'établissement</li><li>▪ Bon de commande auprès d'une entreprise spécialisée signé par le directeur d'établissement</li></ul>
<b>Audit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Périmètre de l'audit</li><li>▪ Revue du rapport d'audit, et des recommandations associées le cas échéant</li></ul>

### 3.3. PREREQUIS 3 : CONFIDENTIALITE

#### Description du prérequis

Le prérequis de confidentialité est défini comme suit :

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

La Haute Autorité de Santé (Manuel de certification des établissements de santé, Juin 2009) fournit la définition suivante de la confidentialité : « dans un système d'information, propriété d'une information qui n'est ni disponible, ni divulguée aux personnes, entités ou processus non autorisés (NF en ISO 7498-2). Plus couramment, maintien du secret des informations. Les établissements de santé sont tenus de garantir la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières). Néanmoins, l'application de ce principe ne doit pas être une entrave à la continuité et à la sécurité des soins. Ainsi, les informations à caractère médical sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe qui la prend en charge », comme le prévoit la loi de modernisation de notre système de santé en date du 21 janvier 2016.

Ces prérequis s'inscrivent dans l'évolution de la réglementation notamment la mise en application du RGPD (règlement général sur la protection des données) et sa transposition dans la loi informatique et liberté.

#### Objectifs des indicateurs

Ces indicateurs ont pour objectifs :

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

**Indicateur P3.2. Existence d'un document lié au règlement intérieur formalisant les règles d'accès et d'usage du SI, en particulier pour les applications gérant des données de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs.**

<b>Prérequis</b>	<b>Confidentialité</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Existence d'un document lié au règlement intérieur formalisant les règles d'accès et d'usage du SI, en particulier pour les applications gérant des données de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs</b>

#### Définition de l'indicateur

<b>Définition</b>	Existence d'une charte ou d'un document formalisant les règles d'accès et d'usage du SI, en particulier pour les applications gérant des informations de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs.  Le document comprend des règles d'accès au dossier patient informatisé par les professionnels habilités, notamment d'accès aux données issues de consultations ou d'hospitalisations.
<b>Déclinaison GHT/Périmètre</b>	Applicable par établissement. L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.
<b>Seuil d'éligibilité</b>	Existence du document et processus de diffusion (fait partie du plan d'action SSI)
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	Renforcement du lien avec le règlement intérieur
<b>Textes de référence / Liens et références utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information (« Plan d'action SSI »)</a></li> <li>▪ <a href="#">Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Charte d'accès au SI</a></li> <li>▪ <a href="#">Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Conformité en matière de protection des données personnelles</a></li> </ul>

#### Production de l'indicateur

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

#### Restitution de l'indicateur

<b>Remontée de l'information</b>	Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur (existence du document formalisant les règles d'accès et d'usage du SI et du processus de diffusion et d'acceptation).
<b>Documents justificatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Document formalisant les règles d'accès et d'usage</li> <li>▪ Document formalisant les processus de diffusion et d'acceptation de ces règles</li> </ul>
<b>Audit</b>	Illustrations concrètes de mise en œuvre du document formalisant les règles d'accès et d'usage et de sa diffusion.

### Indicateur P3.3 : Information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel et sur les modalités d'exercice de leur droit d'opposition

<b>Prérequis</b>	<b>Confidentialité</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel et sur les modalités d'exercice de leur droit d'opposition</b>

Définition de l'indicateur	
<b>Définition</b>	Existence d'une information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel (livret d'accueil, affichage, etc.).
<b>Déclinaison GHT/Périmètre</b>	Applicable par établissement. L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.
<b>Seuil d'éligibilité</b>	Existence et procédure de diffusion (préciser où et comment est communiquée cette information).
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	Ajout des modalités d'exercice du droit d'opposition.
<b>Textes de référence / Liens et références utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Loi de modernisation de janvier 2016</li> <li>▪ Décret n°2018-137 du 26 février 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel : <a href="https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEX T000036650041&amp;categorieLien=id">https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEX T000036650041&amp;categorieLien=id</a></li> <li>▪ Certification des hébergeurs de données de santé (Page d'information de l'ASIP) : <a href="https://esante.gouv.fr/labels-certifications/hebergement-des-donnees-de-sante">https://esante.gouv.fr/labels-certifications/hebergement-des-donnees-de-sante</a></li> <li>▪ La loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (qui complète la loi de 1978) : <a href="https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/6/20/JUSC1732261L/j o/texte">https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/6/20/JUSC1732261L/j o/texte</a></li> <li>▪ Règlement général sur la protection des données (RGPD)</li> </ul>

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

Restitution de l'indicateur	
<b>Remontée de l'information</b>	Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur (existence et procédure de diffusion).
<b>Documents justificatifs</b>	Procédure détaillant la diffusion de l'information destinée au patient (préciser où et comment est communiquée cette information).
<b>Audit</b>	Audit de la diffusion.

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

<b>Prérequis</b>	<b>Confidentialité</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'identification, d'authentification personnelle et de traçabilité</b>

#### Définition de l'indicateur

##### Définition

Taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant :

- Un dispositif d'identification
- Un dispositif d'authentification personnelle, via la CPS ou dispositif équivalent ou, à défaut, un login/mot de passe individuel avec système de renouvellement de mot de passe (comme première étape dans une trajectoire de sécurisation progressive)
- Un dispositif de traçabilité

Le système doit comprendre une déconnexion de l'utilisateur sur temporisation d'inactivité.

Ces applications doivent intégrer un dispositif de renouvellement de mot de passe, qui impose à chaque utilisateur de changer son mot de passe à une fréquence donnée ("système de renouvellement par expiration du mot de passe").

##### Déclinaison

##### GHT/Périmètre

Applicable par établissement.

L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.

##### Seuil d'éligibilité

100% des applications gérant des données de santé à caractère personnel

##### Evolution HN-HOP'EN

Augmentation de la cible (+ 10 points)

##### Textes de référence / Liens et références utiles

Production de l'indicateur	
<b>Unité</b>	%
<b>Modalité de calcul</b>	<p>Calcul du taux :</p> <p>(Nombre d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'identification, d'authentification personnelle et de traçabilité / Nombre d'applications gérant des données de santé à caractère personnel)*100.</p> <p>Les applications spécifiques développées par l'établissement sont à intégrer dans le nombre d'applications.</p> <p>Les outils développés en bureautique (type tableur) et les appareils biomédicaux ne sont pas à intégrer dans le nombre d'applications.</p>
<b>Période</b>	3 mois révolus
<b>Fréquence</b>	Semestrielle
Restitution de l'indicateur	
<b>Remontée de l'information</b>	Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur (pourcentage d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle).
<b>Documents justificatifs</b>	Liste des applications gérant des données de santé à caractère personnel avec une description succincte du dispositif d'authentification intégré à l'application.
<b>Audit</b>	Visite sur site et démonstration.



### Indicateur P3.6 : Existence d'une fonction DPO (délégué à la protection des données) et présence d'un registre des activités de traitement des données à caractère personnel

<b>Prérequis</b>	<b>Confidentialité</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Existence d'une fonction DPO et présence d'un registre des activités de traitement des données à caractère personnel</b>

#### Définition de l'indicateur

<b>Définition</b>	Le délégué à la protection des données est le garant de la conformité en matière de protection des données au sein de son établissement/GHT. L'exigence concerne l'existence d'une fonction DPO au sein de l'établissement, fonction qui n'est pas exercée nécessairement à temps plein.
<b>Déclinaison GHT/Périmètre</b>	Applicable par établissement. Le DPO peut cependant être mutualisé. L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.
<b>Seuil d'éligibilité</b>	Existence de la fonction (production d'un rapport d'activité annuel). Existence du registre.
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	Nouvel indicateur.
<b>Textes de référence / Liens et références utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.cnil.fr/fr/designation-dpo">https://www.cnil.fr/fr/designation-dpo</a></li> <li>▪ <a href="https://www.cnil.fr/fr/groupement-hospitalier-de-territoire-et-protection-des-donnees-de-sante-quelles-questions-se-posent">https://www.cnil.fr/fr/groupement-hospitalier-de-territoire-et-protection-des-donnees-de-sante-quelles-questions-se-posent</a></li> <li>▪ <a href="#">Mémento RGPD à l'usage du directeur d'établissements</a></li> <li>▪ <a href="#">Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Rôles de RSSI et DPO</a></li> <li>▪ <a href="#">Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Conformité en matière de protection des données personnelles</a></li> </ul>

#### Production de l'indicateur

<b>Unité</b>	N/A
<b>Modalité de calcul</b>	Déclaratif
<b>Période</b>	Instant t (date de transmission des informations)
<b>Fréquence</b>	Annuelle

#### Restitution de l'indicateur

<b>Remontée de l'information</b>	Saisie dans l'outil oSIS de l'indicateur.
<b>Documents justificatifs</b>	Registre des activités de traitement de DCP (données à caractère personnel).
<b>Audit</b>	Revue du document précité.

### 3.4. PREREQUIS 4 : ECHANGE ET PARTAGE

#### Description du prérequis

Ce prérequis intègre de nouvelles exigences autour de la compatibilité des SIH avec les services nationaux socles (DMP, MS Santé, ROR) pour développer de façon sécurisée l'échange et le partage d'information entre la ville et l'hôpital dans une optique de parcours de soins coordonné.

Ces prérequis accompagnent le déploiement de services socles nationaux tels que le DMP (dossier médical partagé), l'espace de confiance MS Santé, et l'alimentation du répertoire opérationnel des ressources (ROR) référentiel essentiel pour connaître l'offre de soins et orienter dans le cadre de parcours.

#### Objectifs des indicateurs

- Capacité du SIH à alimenter le DMP (directement ou via une plateforme)
- Peuplement du ROR
- Existence d'une messagerie sécurisée intégrée à l'espace de confiance MS Santé

### Indicateur P4.1 : Capacité du SIH à alimenter le DMP (directement ou indirectement)

<b>Prérequis</b>	<b>Echange et partage</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Capacité du SIH à alimenter le DMP (directement ou indirectement)</b>

#### Définition de l'indicateur

<b>Définition</b>	Alimentation du DMP par un ou plusieurs applicatifs du SIH directement ou indirectement.
<b>Déclinaison GHT</b>	Applicable par établissement. L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.
<b>Seuil d'éligibilité</b>	DMP compatibilité (alimentation).
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	Nouvel indicateur.
<b>Textes de référence / Liens et références utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Instruction N°SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé</a></li> <li>▪ <a href="#">Instruction N°SG/DSSIS/DGOS/DGCS du 13 mars 2018 relative à l'accompagnement en région de la généralisation du dossier médical partagé (DMP)</a></li> <li>▪ Contenu du DMP : <a href="https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872">https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872</a></li> </ul>

#### Production de l'indicateur

<b>Unité</b>	N/A
<b>Modalité de calcul</b>	Remontée automatique à partir des données de la CNAM
<b>Période</b>	Instant t (date de transmission des informations)
<b>Fréquence</b>	Semestrielle

#### Restitution de l'indicateur

<b>Remontée de l'information</b>	DMP compatibilité (remontée automatique à partir des données de la CNAM), indication du nom de la solution et de l'éditeur ou du dispositif permettant la DMP compatibilité.
<b>Documents justificatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Attestation de la décision de la CME ou, le cas échéant, du bureau du GHT d'alimenter le DMP</li> <li>▪ Preuve d'alimentation fournie par les services de la CNAM</li> </ul>
<b>Audit</b>	L'audit pourra s'effectuer avec l'utilisation des données produites par la CNAM.

## Indicateur P4.2 : Peuplement du ROR (champs sanitaires : MCO (dont HAD et USLD), SSR, PSY)

<b>Prérequis</b>	<b>Echange et partage</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Peuplement du ROR (champs sanitaires : MCO (dont HAD et USLD), SSR, PSY)</b>
<b>Définition de l'indicateur</b>	
<b>Définition</b>	<p>Cet indicateur permet de mesurer l'activité de peuplement du ROR dans les établissements.</p> <p>Les établissements (MCO, SSR et PSY) peuplent le ROR avec l'ensemble des informations considérées comme indispensables.</p>
<b>Déclinaison GHT</b>	<p>Applicable par établissement.</p> <p>L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.</p>
<b>Seuil d'éligibilité</b>	<p>Peuplement du ROR sur les champs d'activité (unité opérationnelle) en respectant le critère qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le peuplement des ROR est calculé par champ d'activité (MCO qui intègre HAD et USLD, SSR, PSY, médico-social).</li> <li>▪ Le peuplement est mesuré au niveau de l'établissement géographique (EG) au sens FINISS. NB : lorsqu'un EG pratique des activités appartenant à des champs d'activité différents (MCO, PSY, SSR), on comptabilise cet EG dans chacun de ces champs d'activité.</li> <li>▪ L'unité élémentaire correspond au plus petit niveau d'organisation interne auquel sont rattachées les activités. Il s'agit du niveau organisationnel opérationnel décrit dans les ROR. Une unité est rattachée à un champ d'activité unique.</li> <li>▪ Un EG est considéré comme peuplé en respectant le critère qualité attendu si toutes les unités de l'EG sont peuplées sur le champ d'activité considéré avec l'ensemble des informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Au moins une activité associée à l'unité</li> <li>– Un mode de prise en charge</li> <li>– Les classes d'âge des patients pris en charge</li> <li>– Le champ d'activité (MCO, SSR...)</li> <li>– Une adresse</li> <li>– Un contact</li> </ul> </li> </ul>
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	Nouvel indicateur
<b>Textes de référence / Liens et références utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Instruction N°DGOS/PF5/2015/114 du 07 avril 2015 relative au déploiement du répertoire opérationnel des ressources</a></li> <li>▪ <a href="#">Instruction N°SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé</a></li> <li>▪ <a href="#">Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Peuplement du répertoire opérationnel des ressources (ROR)</a></li> </ul>

Production de l'indicateur	
<b>Unité</b>	N/A
<b>Modalité de calcul</b>	déclaratif
<b>Période</b>	Instant t (date de transmission des informations)
<b>Fréquence</b>	Semestrielle
Restitution de l'indicateur	
<b>Remontée de l'information</b>	Saisie / validation dans l'outil oSIS de l'indicateur.
<b>Documents justificatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Déclaration de l'établissement</li><li>▪ Document présentant le peuplement du ROR</li></ul>
<b>Audit</b>	Revue des ressources dédiées au peuplement et du niveau de peuplement (qualité / quantité).

### Indicateur P4.3 : Existence d'une messagerie opérationnelle intégrée à l'espace de confiance MS Santé

<b>Prérequis</b>	<b>Echange et partage</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Existence d'une messagerie opérationnelle intégrée à l'espace de confiance MS Santé</b>

Définition de l'indicateur	
<b>Définition</b>	Existence d'une messagerie opérationnelle intégrée à l'espace de confiance MS Santé.
<b>Déclinaison GHT</b>	Applicable par établissement. L'établissement support s'assure que ce prérequis est atteint par chaque établissement partie au GHT.
<b>Seuil d'éligibilité</b>	Existence d'une messagerie opérationnelle raccordée à l'espace de confiance MS Santé.
<b>Evolution HN-HOP'EN</b>	Nouvel indicateur.
<b>Textes de référence / Liens et références utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Instruction N°DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MS Santé dans les établissements de santé</a></li> <li>▪ <a href="#">Site dédié à la messagerie sécurisée MS Santé</a></li> <li>▪ <a href="#">Instruction N°SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé</a></li> <li>▪ <a href="#">« MSSanté, le kit de déploiement » mis à disposition par l'ASIP Santé</a></li> <li>▪ <a href="#">Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Messagerie Sécurisée de Santé</a></li> </ul>

Production de l'indicateur	
<b>Unité</b>	N/A
<b>Modalité de calcul</b>	Remontée automatique à partir des données de l'ASIP
<b>Période</b>	Instant t
<b>Fréquence</b>	Semestrielle

Restitution de l'indicateur	
<b>Remontée de l'information</b>	Messagerie de santé conforme à l'espace de confiance MS Santé (remontée automatique à partir des données de l'ASIP : indicateur de l'oSIS « a intégré l'espace de confiance » à « Oui » - onglet « Messagerie sécurisée de santé »), nom de la solution et de l'éditeur.
<b>Documents justificatifs</b>	-
<b>Audit</b>	L'audit pourra s'effectuer avec l'utilisation des données de l'ASIP Santé.

## 4. GLOSSAIRE

Acronyme utilisé	Signification
ACE	Acte ou consultation externe
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
ASIP Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
CH / CHU	Centre hospitalier / Centre hospitalier universitaire
CMSI	Chargé de mission systèmes d'information en ARS
CR	Compte-rendu
DCP	Donnée à caractère personnel
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical partagé
DPO	Data protection officer – Délégué à la protection des données
DSI(O)	Direction des systèmes d'information (et de l'organisation)
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
ES	Etablissement de santé
GAP	Gestion administrative du patient
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
INS	Identifiant national de santé
MSS / MS Santé	Messagerie sécurisée de santé
oSiS	Observatoire des systèmes d'information de santé de la DGOS
PACS	Picture archiving and communication system ou système d'archivage et de transmission d'images
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRA	Plan de reprise d'activité
PSSI	Politique de sécurité des systèmes d'information
RGPD	Règlement général sur la protection des données
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RSSI	Responsable de la sécurité des systèmes d'information
SI(H)	Système d'information (hospitalier)
STSS	Stratégie de transformation du système de santé

## Annexe 1 : réalisation du plan d'action SSI (indicateur P2.4)

Dans le cadre de l'indicateur P2.4, il est demandé aux établissements la mise en œuvre et le suivi régulier du plan d'actions SSI en référence aux actions citées en annexe de l'instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016.

Sur la base des mesures identifiées dans l'instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016, les exigences sont les suivantes :

- **100% des mesures de priorité 1 et 2 mises en œuvre ainsi que la mesure [ORG] de priorité 3 relative à l'analyse de risque** : « Réalisation et tenue à jour d'une analyse de risque SI de la structure ; définition et mise en œuvre du plan d'action associé, ces 2 éléments étant validés par les instances de gouvernance de la structure ».
- **Mesures de priorité 3 : engagement de l'établissement à avoir mis en œuvre les actions concernées au plus tard au moment de l'atteinte des cibles d'usage du(des) domaine(s) financés.**

Concernant la mesure « Organisation du maintien en conditions de sécurité de l'ensemble des systèmes numériques », dans l'hypothèse où des difficultés dues au refus de certains fournisseurs à effectuer ces protections apparaîtraient, il conviendrait alors d'indiquer les mesures de contournement adoptées pour minimiser les risques.

### EXTRAIT DE L'ANNEXE 1 DE L'INSTRUCTION N°SG/DSSIS/2016/309 LISTANT LES MESURES A METTRE EN PLACE :

Priorité	Thème	Description	Exigences HOP'EN
<b>Mesures de priorité 1</b>			
1	Gestion des ressources humaines [RH]	La fonction sécurité des systèmes d'information est identifiée et prise en charge par la direction. Cette fonction est éventuellement mutualisée entre plusieurs entités, notamment dans le cadre d'un GHT	Mesure mise en œuvre
1	[RH]	Mise en œuvre d'une charte utilisateur annexée au règlement intérieur de la structure	Mesure mise en œuvre
1	Organisation [ORG]	Réalisation et tenue à jour d'une cartographie / d'un inventaire des ressources informatiques sous la responsabilité de la structure (postes de travail, serveurs, équipements actifs, équipements biomédicaux...) s'appuyant sur un outillage adapté	Mesure mise en œuvre
1	[ORG]	Etablissement d'une procédure de signalement et de traitement des incidents de sécurité SI au sein de la structure en vue de la mise en œuvre de l'obligation de signalement des incidents graves de sécurité des systèmes d'information en application de l'article L. 1111-8-2 du code de la santé publique	Mesure mise en œuvre
1	Gestion du poste de travail [PC]	Equipement de tous les postes de travail par un antivirus, les postes nomades étant équipés d'un pare-feu local	Mesure mise en œuvre
1	Gestion des comptes utilisateurs	Sécurisation des comptes par mots de passe robustes et renouvelés périodiquement	Mesure mise en œuvre
1	Gestion des sauvegardes	Mise en œuvre de sauvegardes régulièrement testées	Mesure mise en œuvre



<b>Mesures de priorité 2</b>			
2	[ORG]	Etablissement d'une procédure formelle d'appréciation du risque avant toute mise en production d'un SI (homologation)	Mesure mise en œuvre
2	[PC]	Versions maintenues des systèmes d'exploitation	Mesure mise en œuvre
2	[PC]	Organisation du maintien en conditions de sécurité de l'ensemble des systèmes numériques (postes de travail, serveurs, équipements actifs, équipements biomédicaux...) notamment en appliquant les mises à jour proposées par les éditeurs et constructeurs	Mesure mise en œuvre
2	Gestion des réseaux [RES]	Identification et protection de tous les accès à internet et de télémaintenance	Mesure mise en œuvre
2	[RES]	Sécurisation du wifi, séparation des réseaux professionnels et des réseaux invités	Mesure mise en œuvre
2	[USER]	Mise en œuvre d'une gestion des comptes utilisateurs avec profils et droits différenciés selon le principe du moindre privilège (utilisateur, prestataire, administrateur...)	Mesure mise en œuvre
2	[RH]	Identification des actions de formation SSI et inscription d'au moins une action de sensibilisation à la SSI dans le plan de formation annuel des personnels de la structure	Mesure mise en œuvre
<b>Mesures de priorité 3</b>			
3	[RES]	Cloisonnement du réseau de la structure par grandes familles d'usage (administration, paie, plateau technique...) et par niveaux de sécurité homogènes	Engagement de l'établissement à avoir mis en œuvre les actions concernées au plus tard au moment de l'atteinte des cibles d'usage du(des) domaine(s) financés
3	[RES]	Définition des modalités d'enregistrement et d'analyse des traces d'accès Gestion des contrats de sous-traitance	
3	SI [PRESTA]	Encadrement contractuel de tous les accès par des prestataires au réseau de la structure et vérification des clauses de réversibilité	
3	[ORG]	Réalisation et tenue à jour d'une analyse de risque SI de la structure ; définition et mise en œuvre du plan d'action associé, ces 2 éléments étant validés par les instances de gouvernance de la structure	Mesure mise en œuvre
3	[ORG]	Engagement de la direction sur la réduction d'un nombre limité de risques chaque année	Engagement de l'établissement à avoir mis en œuvre les actions concernées au plus tard au moment de l'atteinte des cibles d'usage du(des) domaine(s) financés

**Pour plus d'informations**  
**[www.solidarites-sante.gouv.fr/hopen](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/hopen)**

**Contact**  
**[dgos-hopen@sante.gouv.fr](mailto:dgos-hopen@sante.gouv.fr)**

DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

