
PROGRAMME E-PARCOURS

GUIDE DES SERVICES NUMÉRIQUES ET DES INDICATEURS

VERSION REVISEE AU 31/12/2020

PREAMBULE

Le présent document constitue le guide des indicateurs du programme E-parcours ; il explicite le contenu des services numériques socles et de coordination, ainsi que les indicateurs et les cibles d'usage. **Ce document a été révisé fin 2020 afin d'ajuster les cibles d'usage à la réalité des usages constatés sur le terrain et en lien avec la mise en œuvre de la doctrine technique du numérique en santé.**

Ce guide est disponible sur le site internet du ministère: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/le-programme-e-parcours>.

SOMMAIRE

1. LE PROGRAMME E-PARCOURS	3
1.1. CONTEXTE ET OBJECTIFS	3
1.2. DESCRIPTION DES SERVICES SOCLES ET DES SERVICES NUMERIQUES DE COORDINATION	4
1.2.1. LES SERVICES ET REFERENTIELS SOCLES	4
1.2.2. LES SERVICES NUMERIQUES DE COORDINATION ET LEURS UTILISATEURS PRESENTIS	5
2. LES INDICATEURS DU PROGRAMME E-PARCOURS	9
2.1. DESCRIPTION GENERALE DES INDICATEURS ET DES FICHES	9
2.2. LISTE DES INDICATEURS	10
2.2.1. INDICATEURS SOCLES CONCERNANT LA REGION	10
2.2.2. INDICATEURS D'USAGE POUR LES DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION	11
2.2.3. INDICATEURS D'USAGES POUR LES COLLECTIFS DE SOINS COORDONNES	12
3. FICHES DESCRIPTIVES DES INDICATEURS	13
3.1. INDICATEURS SOCLES	13
3.1.1. ORGANISATION REGIONALE DE L'IDENTITOVIGILANCE ET DE GESTION DES IDENTITES PATIENT	13
3.1.2. POLITIQUE DE SECURITE DES SI	15
3.1.3. REPERTOIRE OPERATIONNEL DES RESSOURCES	17
3.1.4. DOSSIER MEDICAL PARTAGE	19
3.1.5. MESSAGERIE SECURISEE DE SANTE	21
3.2. INDICATEURS D'USAGES POUR LES DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION	23
3.2.1. VISION SYNTHETIQUE	23
3.2.2. DESCRIPTION DETAILLEE	23
3.3. INDICATEURS D'USAGE POUR LES COLLECTIFS DE SOINS	27
3.3.1. VISION SYNTHETIQUE	28
3.3.2. DESCRIPTION DETAILLEE	28
4. GLOSSAIRE	30

1. Le programme E-parcours

1.1. Contexte et objectifs

Inscrit dans la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 »¹ et de son volet numérique, le programme E-parcours vise à offrir un bouquet de services numériques de coordination aux professionnels de santé, en appui des engagements pris :

- Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge, la boussole de la réforme;
- Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et établissements de santé pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité ;
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

Ainsi sur la période 2018-2022, le programme E-Parcours a pour objet d'accompagner la mise en œuvre de services numériques territoriaux destinés aux professionnels des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées au travers de collectifs de soins (CPTS, IPEP...) ou dispositif d'appui à la coordination. La mise en œuvre de ces services s'inscrit dans le schéma d'architecture cible des systèmes d'information de santé mis en œuvre par la Délégation au Numérique en Santé (DNS) et présenté dans la Doctrine Technique du Numérique en santé²

Le programme E-parcours doit donc permettre de :

- Réussir la transformation numérique du parcours de santé dans les territoires entre les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire, médico-social et social dans une logique de prise en charge décloisonnée, via le déploiement et l'usage de services socles³, l'usage de services d'échange et de partage sécurisés, et dans une articulation étroite avec la mise en œuvre du programme HOP'EN, qui fait de l'ouverture des Systèmes d'Informations Hospitaliers vers la ville et le médicosocial, un axe majeur de sa stratégie⁴ ;
- Contribuer à l'architecture cible des systèmes d'information de santé développé par la DNS, en lien avec la mise en place de l'espace numérique de santé de l'utilisateur, engagement majeur de « Ma santé 2022 » et la mise à disposition des services numériques aux professionnels, via le bouquet de services dédié. Ce dernier comprend l'ensemble des services pertinents pour l'exercice de leur profession, au sein d'un espace sécurisé.

Le programme E-parcours propose un volet de financement de projet organisationnels et numériques⁵ en soutien au déploiement des nouvelles organisations promues dans le cadre de la Ma santé 2022, à savoir :

- Les collectifs de soins coordonnés (notamment les CPTS...);
- Les dispositifs d'appui à la coordination.

Le programme met en œuvre un mécanisme de financement « à l'usage significatif » des services numériques, dont l'objectif est de laisser une marge de manœuvre aux acteurs locaux dans leur priorisation et les moyens qu'ils souhaitent mettre en œuvre, tout en renforçant l'obligation de résultats.

Les indicateurs décrits ci-après comprennent donc :

¹ La présentation de « Ma santé 2022 » est disponible au lien suivant :

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef .pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf)

² <https://esante.gouv.fr/node/3301>

³ La messagerie sécurisée conforme à l'espace de confiance MS Santé, le Dossier médical Partagé (DMP), l'usage d'un référentiel unique de ressources (le ROR), la e-prescription.

⁴ Programme du Grand Plan d'Investissement porté par le Chantier Numérique de la STSS, HOP'EN est la feuille de route nationale 2018-2022 pour les SIH : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopen>.

⁵ Cf. Instruction https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2019_129t0.pdf qui présente les modalités de financement actualisées du programme.

- Des indicateurs dits « socles » qui concernent un territoire entier,
- Et des indicateurs d’usage des services numériques de coordination propres à chaque type de dispositif souhaitant les utiliser.

1.2. Description des services socles et des services numériques de coordination

1.2.1. Les services et référentiels socles

Les services et infrastructures socles sont les suivants :

Service numérique	Description
PARTAGE	
Dossier Médical Partagé (DMP)	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation du DMP par les professionnels de santé de l’équipe de soins du patient en données médicales (Compte rendu médical, résultat d’examen, ...) afin de constituer le dossier médical de l’Usager ; • Consultation du DMP de l’Usager afin de faciliter sa prise en charge en prenant connaissance de ses antécédents, de ses intolérances médicamenteuses et de ses allergies (en respectant la matrice d’habilitation du DMP). • Utilisation du DMP pour classer et partager les informations médicales utiles pour une prise en charge coordonnée • Utilisation du Dossier Pharmaceutique (DP) pour connaître les traitements médicaux en cours • Utilisation du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) pour partager les informations utiles pour une prise en charge coordonnée des soins en cancérologie
ECHANGE	
Messagerie Sécurisée Santé – intégrée / conforme à l’espace de confiance MS Santé	<p>Utilisation du service de messagerie conforme à l’espace de confiance MS Santé pour un échange de documents cliniques, paracliniques ou sociaux (extension en cours) utiles pour la prise en charge coordonnée, notamment les échanges entre les professionnels de santé.</p> <p>En complément du DMP, utilisation automatisée du service de messagerie pour la transmission des documents médicaux entre les Professionnels de santé, notamment entre la ville et l’hôpital (comptes rendus hospitaliers, comptes rendus d’examen complémentaires, lettres de liaison, ...).</p> <p>En complément du DMP, utilisation automatisée du service de messagerie MS Santé pour la transmission des résultats de biologie médicale (Laboratoire --> Médecin)</p>
OUTIL D’AIDE A L’ORIENTATION ET ROR	
Outil d’aide à l’orientation	Aide à l’orientation de l’Usager dans le système de santé notamment l’outil ViaTrajectoire.
Répertoire opérationnel des ressources (ROR)	Outil de description des ressources de l’offre de santé pour une région qui propose une information exhaustive de l’offre de santé régionale et extra-régionale, sans cloisonnement entre la ville et l’hôpital
PRESCRIPTION ELECTRONIQUE	

Service numérique	Description
Prescription électronique (E-prescription)	<p>Service de prescription électronique pour améliorer dans le cas de la prescription du médicament, la relation prescripteur / pharmacien et faciliter le suivi des prescriptions, renforcer la sécurité du circuit du médicament dans les soins ambulatoires.</p> <p>Ce service doit être conforme aux spécifications du service numérique E-Prescription (Prescription électronique du médicament dans un premier temps puis d'autres prescriptions à terme) de la Cnam.</p>

1.2.2. Les services numériques de coordination et leurs utilisateurs pressentis

Points d'accès

Service numérique	Description
Point d'accès pour les professionnels	<p>Le professionnel accède aux services numériques de coordination, idéalement via son logiciel métier, à défaut via un point d'accès unique proposé en cohérence avec le bouquet de services numériques professionnel.</p> <p>Cet accès s'appuie sur le respect de référentiel d'identification et d'authentification et de préférence sur des modalités d'authentification forte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le référentiel d'identification des acteurs sanitaires et médico-sociaux de la PGSSI-S donne des consignes sur la manière d'identifier les acteurs avec un identifiant national ou de portée nationale (). - Le référentiel d'authentification des acteurs de santé de la PGSSI-S donne des consignes relatives à l'authentification les acteurs de santé.
Point d'accès pour les usagers	<p>L'utilisateur / patient et / ou son aidant accède à ces services numériques de coordination, via un point d'accès unique et à terme via l'espace numérique du patient annoncé dans le cadre de Ma Santé 2022.</p> <p>Cet accès s'appuie sur le respect de référentiel d'identification et d'authentification et de préférence sur des modalités d'authentification forte.</p>

Services « métiers » facilitant la coordination et la mise en place et le suivi de parcours par un ensemble de professionnels

Service numérique	Description
Outil de coordination	<p>Service de partage inter-professionnel des données de prise en charge, de soins et d'aide, de services et informations utiles à la coordination (partage et agrégation d'informations structurées et non structurées).</p> <p>Cet outil constitue le dossier de coordination utilisé au quotidien par les professionnels des dispositifs d'appui à la coordination et doit permettre une visibilité améliorée des données selon l'habilitation des professionnels y accédant voire le patient / l'utilisateur. Il doit s'appuyer notamment sur le DMP et favoriser une complémentarité entre différentes sources d'informations et de données en améliorant par exemple la visibilité voire le croisement des différentes données disponibles en fonction de l'habilitation du professionnel (sous la forme d'une ligne de vie, identification facilitée d'évènement remarquable, ...). Dans tous les cas, ce service suppose l'existence d'un entrepôt permettant de collecter les données des usagers concernés et leur restitution</p>

Service numérique	Description
	<p>aux utilisateurs : cet entrepôt n'a pas vocation à comprendre les données relevant du DMP.</p> <p>Ce service intègre les services et des informations issues du bouquet de services numériques de coordination ; annuaire de l'équipe de prise en charge, fiches de repérage, notifications, alertes, PPS, ...</p> <p>Il doit être paramétrable pour intégrer différents besoins liés aux parcours et pathologies.</p>
Equipe de prise en charge (type annuaire)	<p>Ce service numérique permet d'établir la liste des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux qui constituent l'équipe pluri-professionnelle de prise en charge du patient / usager et doit permettre de les contacter facilement (via réseau professionnel, MSSanté, téléphone, ...). Il doit être facilement accessible à partir de l'outil de coordination.</p> <p>Dans la mesure du possible, des informations concernant l'équipe de prise en charge pourront être exportées à partir du DMP et inversement, ce service pourra alimenter le DMP.</p> <p>Ce service devra intégrer les données d'identification nationale des professionnels (diffusées par l'Annuaire Santé géré par l'ASIP Santé) lorsqu'elles existent. Ce service de type annuaire doit permettre de réguler l'accès des différents professionnels à l'outil de coordination et données du patient. Par nature, il est dynamique et évolue tout au long du parcours du patient / de l'utilisateur, il doit ainsi permettre le désenrôlement des acteurs lors de la fin d'une prise en charge et / ou en fonction du droit d'opposition du patient / usager.</p>
Plan Personnalisé de Santé (de manière générique est entendu par ce terme tous les dispositifs de plans d'aides et de soins coordonnés) tel que le PSI	<p>Service numérique permettant la gestion du PPS (processus collaboratifs pour l'élaboration du PPS et le suivi de sa mise en œuvre (création, consultation, alimentation, validation). Ce service doit être accessible à partir de l'outil de coordination.</p> <p>Le PPS validé (synthèse finale) alimente l'outil de coordination et le DMP.</p> <p>Le titulaire veillera à respecter les volets de contenus décrits dans le cadre d'interopérabilité des Systèmes d'information de santé.</p> <p>Au-delà du PPS, d'autres services de ce type pourront être intégrés tels que le Bilan de Soins Infirmiers (BSI) en cours de généralisation par l'Assurance Maladie et le PSI en usage dans les MAIA, par exemple. Le Plan personnalisé de Coordination en Santé (PPCS) élaboré par la HAS devra être inclus.</p>

Service numérique	Description
<p>Dépistage, repérage, évaluation de la situation de l'Usager</p>	<p>Services numériques destinés à signaler, repérer et qualifier la situation de l'Usager en vue de son éventuelle inscription dans un dispositif de coordination.</p> <p>Les services numériques peuvent être de simples fiches de signalement (des questionnaires, ou des outils plus élaborés de type échelle de scoring) accessibles sous format dématérialisé. Ils doivent pouvoir intégrer des questionnaires (de satisfaction, ...) à destination des usagers (patients / aidants).</p> <p>Ces services doivent pouvoir alimenter de façon simplifiée l'outil de coordination et permettre d'aider à la décision les professionnels concernés. Ils doivent être paramétrables pour s'adapter à des pathologies et parcours spécifiques et être accessibles de façon unifiée pour faciliter les sollicitations pour une orientation de la part de professionnels mais également d'usagers.</p> <p>Ce service doit être en capacité d'intégrer l'outil InterRAI Home Care (interRAI-HC, qui fait l'objet d'un référentiel technique et fonctionnel à respecter : https://www.cnsa.fr/documentation/ressources-informatiques/les-referentiels-maia) choisi par la CNSA pour mettre en œuvre la méthode d'évaluation multidimensionnelle par les gestionnaires de cas.</p>
<p>Cahier de liaison, notification d'évènements</p>	<p>Service numérique permettant le signalement d'un évènement remarquable, imprévu, ... à partir notamment du domicile du patient, et l'envoi de notifications / alertes aux différents membres de l'équipe pluri professionnelle de prise en charge.</p> <p>Ce service numérique doit être accessible à partir de l'outil de coordination et doit pouvoir l'alimenter.</p> <p>Le volet Cahier de liaison et le volet Notification d'évènements décrits dans le cadre d'interopérabilité (CI-SIS) doivent être respectés.</p> <p>Concernant la notification d'évènement, ce service aura vocation à se synchroniser au sein de l'espace numérique de santé lorsque celui-ci sera disponible.</p>
<p>Réseau social professionnel</p>	<p>Service numérique permettant d'échanger et de partager au sein de l'équipe ou du réseau professionnel, en mobilité, en mode asynchrone et synchrone, des échanges, des images et tous autres documents, autour d'un patient ou d'une thématique /question (pathologie, protocole, ...).</p> <p>L'usage de ce service est complémentaire à l'usage d'une messagerie sécurisée de santé.</p>
<p>Agendas partagés</p>	<p>Service de partage d'agenda permettant d'inscrire les évènements d'un patient / usager et permettant la vision consolidée de l'agenda de l'Usager sous une visualisation de type ligne de vie accessible à tous les professionnels de sa prise en charge et l'usager lui-même.</p> <p>Cet agenda devra par ailleurs fédérer les agendas des professionnels du collectif de santé ou d'appui à la coordination afin de faciliter l'organisation entre professionnels</p>

Service numérique	Description
	<p>de la réponse aux soins non programmés, sans se substituer à un service de prise de rendez-vous.</p> <p>Le titulaire veillera à respecter le volet d’agenda partagé décrit dans le cadre d’interopérabilité (CI-SIS).</p> <p>Ce service doit être accessible dans l’outil de coordination et en mobilité. Il devra être synchronisé à terme avec l’agenda santé proposé dans le cadre de l’Espace Numérique de Santé.</p>
Orientation des sorties pour les prises en charge à domicile	<p>Service numérique destiné à organiser le retour à domicile d’un patient après une hospitalisation et fluidifier le parcours ville-hôpital.</p> <p>Ce service s’appuie sur le ROR (Répertoire Opérationnel des ressources) pour le référentiel de l’offre de soins et l’outil d’orientation ViaTrajectoire (qui intégrera à terme l’orientation dans le cadre du programme PRADO de l’Assurance Maladie).</p>

Organisation propre au dispositif

Service numérique	Description
Pilotage et gestion du dispositif	<p>Service numérique destiné au pilotage du dispositif, notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La collecte et l'analyse fine des données d’activité et leur rapprochement avec les ressources mobilisés (ressources, file active ...) - La description et la gestion des ressources du dispositif et de leur utilisation - La production des tableaux de bord utiles au pilotage du dispositif - La gestion des fonctions support du dispositif - La gestion de formulaire notamment destiné à suivre la satisfaction des patients /usagers / aidants. <p>Ce service devra s’interfacer à terme avec les services internes et externes de facturation, tels que les services de facturation mis à disposition par l’Assurance Maladie.</p> <p>Un service complémentaire permettra la gestion et mise à disposition de Référentiels métiers, protocoles et pratiques professionnelles en facilitant leur mise à disposition et communication aux professionnels concernés, en fonction de leur pratique et intérêt, via le bouquet de services numériques.</p>

Exploitation des données, reporting

Service numérique	Description
Exploitation de données pour la connaissance et l'analyse des parcours	<p>Service permettant de proposer une vision organisationnelle, cheminement clinique et/ou social de l'Usager à partir d'un ensemble de données.</p> <p>Service d'analyse de l'activité des dispositifs.</p> <p>Ce service devra s'interfacer avec les services de suivi mis à disposition par l'Assurance Maladie et le SNDS. Il s'agit de pouvoir envoyer des données du dossier de coordination au SNDS (en les anonymisant) ou de récupérer des données du SNDS dans le dossier de coordination pour l'exploitation des données.</p> <p>Ce service devra aussi alimenter les bases de données décisionnelles régionales si elles existent ou si elles sont prévues.</p>

2. Les indicateurs du programme E-parcours

2.1. Description générale des indicateurs et des fiches

Chaque indicateur est défini de façon précise, ainsi qu'une cible à atteindre (exprimée par une valeur, un taux, etc.), ces deux éléments constituant la base nécessaire à la définition d'un degré d'usage significatif.

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

Indicateur	Libellé de l'indicateur
Définition de l'indicateur	
Définition	Définition de l'indicateur
Valeur cible	Valeur cible : valeur en-deçà de laquelle le(s) dispositif(s) considéré(s) ne satisfait(ont) pas aux exigences de l'indicateur.
Textes de référence / Liens utiles	
Production de l'indicateur	
Unité	Unité de mesure utilisée pour restituer la valeur de l'indicateur
Modalité de calcul	Formule de calcul, point méthodologique sur la construction et les modalités de recueil des valeurs d'indicateur
Période	Période de référence pour le calcul de l'indicateur
Fréquence	Fréquence minimale à laquelle l'indicateur doit être mesuré et transmis
Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	

Documents justificatifs

Audit	Exemples de modalités de vérification et de justification des informations <i>ex-post</i> pouvant faire l'objet d'un contrôle (liste non exhaustive)
--------------	--

2.2. Liste des indicateurs

2.2.1. Indicateurs socles concernant la région

Organisation régionale de l'identito-vigilance et de gestion des identités patient

#	Indicateur
1.1	L'organisation régionale de l'identito-vigilance est définie et formalisée, sous la responsabilité de l'agence régionale de santé, et comprend notamment : <ul style="list-style-type: none">- Un ensemble de règles opposables sur la gestion des identités (« politique d'identito-vigilance ») partagée ;- Une gouvernance régionale (stratégique et opérationnelle) opérationnelle et active.
1.2	Le bouquet de services numériques territorial de coordination intègre un champ « INS » (sous réserve des dispositions permettant sa mise en œuvre) en sus des éléments permettant d'identifier l'utilisateur.

Politique de sécurité des SI

#	Indicateur
2.1	Une charte de sécurité des SI comprenant les règles d'accès aux outils est formalisée. Les professionnels partie prenante des dispositifs d'appui à la coordination et des collectifs de soins sont sensibilisés aux risques et bonnes pratiques concernant la sécurité des SI.
2.2	Les patients et usagers inclus dans les dispositifs d'appui à la coordination et suivis par les professionnels adhérents aux CPTS sont informés de l'utilisation de leurs données à caractère personnel et du DPO qu'ils peuvent solliciter.

Répertoire opérationnel des ressources

#	Indicateur
3.1	Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est déployé dans la région.
3.2	<p><i>A compter de 2020</i> : Le ROR comprend une description exhaustive des ressources du territoire respectant le critère qualité :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pour les acteurs du champ sanitaire hospitalier :<ul style="list-style-type: none">○ A compter de fin 2020 et jusqu'à fin 2022 : 90% des structures MCO (hors HAD et USLD), SSR, et PSY ;○ A compter de fin 2021 : 40% des structures <u>HAD et USLD</u>,○ A compter de 2022 : 60% des structures <u>HAD et USLD</u>,- Pour les structures du champ médico-social, avec des paliers :<ul style="list-style-type: none">○ Fin 2020 : 10 % des structures ;○ Fin 2021 : 20% des structures ;○ Fin 2022 : 30% des structures ;- Pour l'offre de soins ambulatoire, une initialisation du peuplement à compter de 2021.

Dossier médical partagé (DMP)

#	Indicateur
4.1	Le bouquet de services numériques de coordination en usage sur le territoire est compatible avec le DMP.
4.2	<p>A compter de 2020, l'alimentation des volets de synthèse médicale (VSM) au sein des DMP progresse dans la région :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1% des DMP ouverts dans la région contiennent un VSM à fin 2020 ; - 2 % des DMP ouverts dans la région contiennent un VSM à fin 2021 ; - 4% des DMP ouverts dans la région contiennent un VSM à fin 2022. <p>Cet indicateur constitue un bonus à hauteur de 3% des financements d'usage jusqu'au 31/12/2021 ; à compter de cette date, une pénalité proportionnelle à l'écart à la cible sera appliquée avec un plafond de 3% des financements d'usage.</p> <p>Revue</p> <p>A compter de 2021, les DMP des personnes accompagnées dans le cadre de la coordination complexe sont enrichis des documents de synthèse issus de la coordination (synthèse PPS et à terme PPCS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2021 : remontée en test de la progression de l'alimentation des DMP en documents de synthèse issus de la coordination - 2022 (avant le 31/12/2022) : 20% des dossiers de coordination ouverts ont alimenté le DMP en documents de synthèse issus de la coordination - Relevé au 31/12/2022 : 30% des dossiers de coordination ouverts ont alimenté le DMP en documents de synthèse issus de la coordination.

Messagerie sécurisée de santé (MSS)

#	Indicateur
5.1	Le bouquet de services numériques territorial de coordination est compatible avec la messagerie sécurisée de santé.
5.2	Un annuaire régional des correspondants MSSanté est disponible et actualisé semestriellement.

2.2.2. Indicateurs d'usage pour les dispositifs d'appui à la coordination

#	Indicateur
6.1	60% des dossiers de coordination ouverts pour des usagers en cours de prise en charge par le dispositif d'appui ont été actualisés au moins une fois dans le trimestre précédent
6.2	<p>Pour 80% des dossiers créés le trimestre précédent, un travail d'évaluation a été réalisé dans le mois suivant la date d'ouverture du dossier (réalisation d'une primo-évaluation). Ce travail d'évaluation peut prendre les formes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En récupérant des informations et évaluations précédemment réalisées par différents acteurs ou partenaires du territoire et en les joignant au dossier, - En utilisant des outils d'évaluation structurés de type Outil d'Evaluation Multi-Dimensionnel (OEMD), Formulaire d'Analyse Multidimensionnel, l'InterRAI etc.
6.3	Le carnet de liaison / les alertes ont été utilisées pour a minima 60% des usagers en cours de prise en charge dans le trimestre précédent.
6.4	Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, l'équipe de prise en charge comprend au moins 2 professionnels différents.

	Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, un échange a eu lieu dans le trimestre écoulé (au moins 2 messages de 2 PS différents).
6.5	Pour 60% des usagers, un rendez-vous est positionné dans l'agenda de l'utilisateur pour le trimestre écoulé. <i>Indicateur supprimé</i>
6.6.5	Le dispositif d'appui à la coordination utilise un tableau de bord trimestriel de suivi de ses indicateurs et de son activité.

2.2.3. Indicateurs d'usages pour les collectifs de soins coordonnés

#	Indicateur
7.1	Si le collectif de soin utilise un réseau social professionnel : Le réseau social professionnel a été utilisé par au moins 40% des professionnels membres du collectif de soin dans le trimestre écoulé.
7.2	Si le collectif de soins coordonné utilise un dossier de coordination : Pour 40% des patients disposant d'un dossier de coordination ouvert auprès des membres de la CPTS, celui-ci a été actualisé au moins une fois dans le trimestre précédent par l'un des membres de la CPTS.

3. Fiches descriptives des indicateurs

3.1. Indicateurs socles

Ces indicateurs ont pour objectifs

- D'amener les professionnels des secteurs sanitaire et médicosociaux à un niveau de maturité suffisant sur les sujets de l'identito-vigilance et de la sécurité des SI, dans le respect du cadre réglementaire, afin de contribuer à la sécurité des parcours usagers et patients ;
- D'assurer le déploiement des services et référentiels numériques socles du parcours, afin d'assurer la continuité des prises en charge sur le territoire et extraterritoriale.

3.1.1. Organisation régionale de l'identitovigilance et de gestion des identités patient

Indicateur 1.1

Indicateur	L'organisation régionale de l'identito-vigilance est définie et formalisée, sous la responsabilité de l'agence régionale de santé, et comprend notamment : <ul style="list-style-type: none">- Un ensemble de règles opposables sur la gestion des identités (« politique d'identito-vigilance ») partagée ;- Une gouvernance régionale (stratégique et opérationnelle) opérationnelle et active.
-------------------	---

Définition de l'indicateur

Définition

Une politique d'identitovigilance comprend une charte d'identitovigilance, précisant les règles et pratiques régionales en matière d'identitovigilance ; elle s'appuie sur le cadre réglementaire et les normes en vigueur. Cette charte est opposable régionalement aux structures et aux acteurs intervenant dans le secteur de la santé.

Dans la région, cette politique d'identitovigilance a été élaborée et validée par les acteurs sanitaires et médicosociaux concernés et a été transmise pour mise en œuvre à l'ensemble des structures sanitaires et médicosociales du territoire.

Une gouvernance régionale de l'identitovigilance a été formalisée et mise en place ; elle comprend un niveau stratégique et un niveau opérationnel. Une représentativité des acteurs des secteurs sanitaire et médicosociaux est assurée.

Cette gouvernance est active ; chaque instance se réunit à échéance régulière et au moins 2 fois dans l'année. Un bilan annuel est disponible et présente les réalisations des instances :

- Liste des réunions opérationnelles tenues
- Actions d'amélioration des identités régionales (exemple : suivi et résolution d'incidents d'identité, partage de pratiques, formation...).

Valeur cible

Existence de la politique régionale d'identitovigilance et de la gouvernance régionale

Textes de référence / Liens utiles

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	
Documents justificatifs	Charte et preuves de diffusion Document formalisant la gouvernance et comptes-rendus de tenue des instances Rapport d'activité annuel
Audit	Visite sur site

Indicateur 1.2

Indicateur	Le bouquet de services numériques territorial de coordination intègre un champ « INS » (sous réserve des dispositions permettant sa mise en œuvre) en sus des éléments permettant d'identifier le patient.
-------------------	---

Définition de l'indicateur	
Définition	L'INS est l'identifiant national de santé ; la loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 autorise l'usage du NIR (numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques - « numéro de sécurité sociale ») comme identifiant national de santé. Afin d'assurer une bonne identification des personnes dans leurs parcours, l'usage de l'INS est préconisé selon les recommandations énoncées par l'ASIP dans le CI-SIS. Le bouquet de services numériques territorial d'appui à la coordination intègre un champ « INS » en sus des éléments permettant d'identifier le patient – usager. Il sera tenu compte des dispositions réglementaires de mise en œuvre de l'INS pour appliquer cet indicateur.
Valeur cible	Présence du champ INS et des traits d'identité
Textes de référence / Liens utiles	Article L 1111-8-1 et articles R 1111-8-1 à 7 du code de santé publique Décret d'application en conseil d'Etat N° 2017-412 du 27 mars 2017, Page d'information de l'ASIP : https://esante.gouv.fr/securite/identifiant-national-de-sante

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

Documents justificatifs	Spécifications des solutions utilisées présentant le champs de l'INS
Audit	Vérification des solutions

3.1.2. Politique de sécurité des SI

Indicateur 2.1

Indicateur	Une charte de sécurité des SI comprenant les règles d'accès aux outils est formalisée. Les professionnels partie prenante des dispositifs d'appui à la coordination et des collectifs de soins sont sensibilisés aux risques et bonnes pratiques concernant la sécurité des SI.
-------------------	--

Définition de l'indicateur

Définition	<p>Une charte précisant les règles d'accès et d'usage des outils partagés est formalisée et diffusée aux professionnels utilisateurs. Cette charte organise notamment l'accès aux outils présentant des informations de santé à caractère personnel avec un référentiel d'habilitations adapté.</p> <p>Cette charte précise par ailleurs les risques en termes de sécurité SI (particulièrement sur la confidentialité des données) et les bonnes pratiques SI.</p> <p>Un processus d'élaboration, de validation et de diffusion existe.</p>
Valeur cible	Existence d'une charte de sécurité des SI et de règles d'accès aux outils
Textes de référence / Liens utiles	<p>Article L. 1110-4-1 du Code de Santé Publique</p> <p>Memento de cybersécurité</p> <p>La loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (qui complète la loi de 1978) : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/6/20/JUSC1732261L/jo/texte</p> <p>Règlement général sur la protection des données (RGPD)</p>

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	
Documents justificatifs	Charte précisant les règles d'accès aux outils SI
Audit	Visite sur site

Indicateur 2.2

Indicateur	Les patients et usagers inclus dans les dispositifs d'appui à la coordination et suivis par les professionnels adhérents aux CPTS sont informés de l'utilisation de leurs données à caractère personnel et du DPO qu'ils peuvent solliciter.
-------------------	---

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Les patients et usagers sont informés par tout moyen de l'usage des données à caractère personnel qui sont recueillies dans le cadre des accompagnements et prises en charge.</p> <p>En lien avec l'ARS, un délégué à la protection des données (« DPO ») est nommé pour les dispositifs d'appui à la coordination et les collectifs de soins ; la fonction peut être mutualisée entre les dispositifs et n'est pas nécessairement exercée à temps plein.</p>
Valeur cible	<p>Existence d'une information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel (livret d'accueil, affichage, etc.).</p> <p>Désignation du DPO</p>
Textes de référence / Liens utiles	<ul style="list-style-type: none">- https://www.cnil.fr/fr/designation-dpo- https://www.cnil.fr/fr/rgpd-et-professionnels-de-sante-liberaux-ce-que-vous-devez-savoir- https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2018/09/guide_cnom_cnil_rgpd_2018.pdf.

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	
Documents justificatifs	Modalités d'information des patients et usagers concernant l'utilisation des données de santé Fiches de poste du DPO
Audit	Visite sur site

3.1.3. Répertoire opérationnel des ressources

Indicateur 3.1

Indicateur	Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est déployé dans la région.
-------------------	--

Définition de l'indicateur

Définition	La région a déployé le répertoire opérationnel des ressources.
Valeur cible	ROR en production
Textes de référence / Liens utiles	<ul style="list-style-type: none"> - Instruction N°DGOS/PF5/2015/114 du 07 avril 2015 relative au déploiement du répertoire opérationnel des ressources - Instruction N°SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé

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	
Documents justificatifs	N/A
Audit	Visite sur site

Indicateur 3.2

Indicateur	<p>A compter de 2020 : Le ROR comprend une description exhaustive des ressources du territoire respectant le critère qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour 100% des acteurs du champ sanitaire hospitalier (MCO dont HAD et USLD, SSR, PSY) dès 2020; <ul style="list-style-type: none"> ○ A compter de fin 2020 et jusqu'à fin 2022 : 90% des structures MCO (hors HAD et USLD), SSR, et PSY ; ○ A compter de fin 2021 : 40% des structures HAD et USLD, ○ A compter de 2022 : 60% des structures HAD et USLD - Pour les structures du champ médico-social, avec des paliers : <ul style="list-style-type: none"> ○ 10 % des structures à fin 2020 ; ○ 20% des structures à fin 2021 ; ○ 30% des structures à fin 2022 ; - Pour l'offre de soins ambulatoire, une initialisation du peuplement à compter de 2021.
-------------------	--

Définition de l'indicateur

Définition	<p>Le ROR présente une description opérationnelle de l'offre de ressources dans le secteur sanitaire (établissement de santé et soins de villes) et le secteur médicosocial. Le champ sanitaire comprend :</p> <ul style="list-style-type: none">- Les établissements MCO (qui intègrent HAD et USLD), SSR, et PSY,- Les soins de ville <p>Le champ médico-social comprend les établissements et services médicosociaux, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées.</p> <p>Les structures de ces secteurs doivent décrire leur offre de ressources en respectant le critère qualité défini (5 champs minimum).</p> <ul style="list-style-type: none">- Le peuplement est mesuré au niveau de la structure géographique (EG) au sens FINESS géographique.- 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.- 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">o Au moins une activité associée à l'unitéo Un mode de prise en chargeo Les classes d'âge des patients pris en chargeo Le champ d'activité (MCO, SSR...)o Une adresseo Un contact <p>Selon la date prévisionnelle d'atteinte des cibles par la région, des paliers sont prévus pour la description des structures médicosociales (début de peuplement en 2019) et pour les soins de ville (à compter de 2021).</p>
Valeur cible	<p>2020 : 90% des structures sanitaires hospitalières (MCO hors HAD et USLD), SSR, PSY) et 10% des structures médicosociales décrites respectent le critère qualité</p> <p>2021: 90% des structures sanitaires hospitalières (MCO hors HAD et USLD), SSR, PSY), 40% des structures HAD et USLD, 20% des structures médicosociales et 20% des soins de villes décrites respectent le critère qualité.</p> <p>2022 : 90% des structures sanitaires hospitalières (MCO hors HAD et USLD), SSR, PSY), 60% des structures HAD et USLD, 30% des structures médicosociales et 30% des soins de villes décrites respectent le critère qualité.</p>
Textes de référence / Liens utiles	<ul style="list-style-type: none">- Instruction N°DGOS/PF5/2015/114 du 07 avril 2015 relative au déploiement du répertoire opérationnel des ressources- Instruction N°SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé

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	
Documents justificatifs	Requête ROR
Audit	Contrôle des requêtes

3.1.4. Dossier médical partagé

Indicateur 4.1

Indicateur	Les services numériques de coordination en usage sur le territoire sont compatibles avec le DMP.
-------------------	---

Définition de l'indicateur	
Définition	<p>Le Dossier Médical Partagé est le service de partage des données médicales du patient entre tout professionnel habilité à y accéder ; l'alimentation du DMP constitue un enjeu pour la continuité des soins en toute situation (urgence, continuité des prises en charge extraterritoriale...) Il est décrit dans ce document dans le chapitre 1.2.21.2.1.</p> <p>Le bouquet de services numériques régionaux de coordination, décrit dans ce document dans le chapitre 1.2.2, est compatible avec le DMP.</p>
Valeur cible	DMP-compatibilité des services numériques régionaux de coordination
Textes de référence / Liens utiles	<ul style="list-style-type: none"> - Instruction N°SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé - Instruction N°SG/DSSIS/DGOS/DGCS du 13 mars 2018 relative à l'accompagnement en région de la généralisation du dossier médical partagé (DMP) - Contenu du DMP : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872

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	
Documents justificatifs	Documents éditeur
Audit	Visite sur site

Indicateur 4.2 REVU

Indicateur	<p>A compter de 2021, les DMP des personnes accompagnées dans le cadre de la coordination complexe sont enrichis des documents de synthèse issus de la coordination (ex. : synthèse PPS, PPCS...)</p> <ul style="list-style-type: none">- 2021 : remontée en test de la progression de l'alimentation des DMP en documents de synthèse issus de la coordination- 2022 (avant le 31/12/2022) : 20% des dossiers de coordination ouverts ont alimenté le DMP en documents de synthèse issus de la coordination- Relevé au 31/12/2022 : 30% des dossiers de coordination ouverts ont alimenté le DMP en documents de synthèse issus de la coordination
-------------------	---

Définition de l'indicateur

Définition

On entend par document de synthèse issu de l'activité de coordination, toute synthèse issu d'un plan de prise en charge mis en œuvre par le dispositif (PPS, PSI, PPCS...) ou une synthèse issue d'une évaluation réalisée par le dispositif. Ces documents de synthèse concernent prioritairement la synthèse des plans d'accompagnement élaborés par le dispositif (PPS, PPCS, PSI...) ; les résultats des évaluations réalisées par le dispositif peuvent aussi être considérés comme un document issu de l'activité de coordination. Ces éléments ont vocation à alimenter le DMP en vue d'assurer une cohérence et une continuité de prise en charge.

Le Plan Personnalisé de Santé (PPS) est un plan d'action élaboré conjointement par l'équipe de soins de la personne pour accompagner la personne en situation de complexité.

Selon la HAS, « il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation. »

Le Volet de Synthèse du PPS, élaboré par la HAS, constitue un document de référence qui doit être intégré au DMP, en vue de faciliter la continuité des soins dans l'ensemble des situations où des acteurs de soins ne prenant pas habituellement en charge le patient sont amenés à intervenir.

La HAS a publié une évolution du PPS pour répondre aux situations de coordination associant les acteurs du sanitaire, du médicosocial et du social qui est le Plan Personnalisé de Coordination en Santé. Ce document doit être progressivement implémenté dans les outils de coordination et son usage, accompagné auprès des acteurs.

On entend par dossier « ouvert » un dossier actif, non clôturé à la date d'évaluation de l'indicateur.

Valeur cible

Atteinte du palier annuel.

Textes de référence / Liens utiles

- Sur le PPS : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa
- Concernant le PCCS : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante.
- Contenu du DMP : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872>
- [Instruction N°SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé](#)

- [Instruction N°SG/DSSIS/DGOS/DGCS du 13 mars 2018 relative à l'accompagnement en région de la généralisation du dossier médical partagé \(DMP\)](#)

Production de l'indicateur

Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (Nombre de dossiers de coordination actifs comprenant un volet de synthèse PPS transmis au DMP / nombre de dossiers de coordination actifs dans la région)*100
Période	Annuel
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information

Documents justificatifs	Résultat de la requête régionale
Audit	Contrôle des requêtes

3.1.5. Messagerie sécurisée de santé

Indicateur 5.1

Indicateur	Le bouquet de services numériques de coordination en usage sur le territoire est compatible avec la messagerie sécurisée de santé.
-------------------	---

Définition de l'indicateur

Définition	La messagerie sécurisée de santé est intégrée à l'espace de confiance MSsanté. ; le service est décrit au chapitre 1.2.1 dans ce document. Le bouquet de services numériques de coordination en usage sur le territoire, décrit au chapitre 1.2.2, est compatible avec la messagerie sécurisée de santé
Valeur cible	Compatibilité MSS des services numériques régionaux de coordination
Textes de référence / Liens utiles	<ul style="list-style-type: none"> - https://www.mssante.fr/home - Instruction N°SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé - « MSSanté, le kit de déploiement » mis à disposition par l'ASIP Santé : http://esante-formation.fr

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	
Documents justificatifs	Document éditeur
Audit	Visite sur site

Indicateur 5.2

Indicateur	Un annuaire régional des correspondants MSSanté est disponible et actualisé semestriellement.
-------------------	--

Définition de l'indicateur	
Définition	Un annuaire régional des correspondants MSSanté est alimenté, afin de faciliter les échanges sécurisés de données de santé. Cet annuaire est actualisé semestriellement par l'un des référents du dispositif ou par l'opérateur de messagerie.
Valeur cible	Existence d'un annuaire régional de correspondants MSSanté
Textes de référence / Liens utiles	<ul style="list-style-type: none">- https://www.mssante.fr/home- Instruction N°SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé- « MSSanté, le kit de déploiement » mis à disposition par l'ASIP Santé : http://esante-formation.fr

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

Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	
Documents justificatifs	Preuve d'actualisation
Audit	Visite sur site

3.2. Indicateurs d'usages pour les dispositifs d'appui à la coordination

3.2.1. Vision synthétique

Ces indicateurs ont pour objectifs

- D'amener les professionnels des secteurs sanitaire et médicosociaux à un niveau d'usage « suffisant » des services numériques à leur disposition ;
- In fine, de contribuer à la qualité des prises en charges et des parcours.

#	Indicateur
6.1	60% des dossiers de coordination ouverts pour des usagers en cours de prise en charge par le dispositif d'appui ont été actualisés au moins une fois dans le trimestre précédent.
6.2	Pour 80% des dossiers créés le trimestre précédent, un travail d'évaluation a été réalisé dans le mois suivant la date d'ouverture du dossier (réalisation d'une primo-évaluation). Ce travail d'évaluation peut prendre les formes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - En récupérant des informations et évaluations précédemment réalisées par différents acteurs ou partenaires du territoire et en les joignant au dossier, - En utilisant des outils d'évaluation structurés de type Outil d'Evaluation Multi-Dimensionnel (OEMD), Formulaire d'Analyse Multidimensionnel, l'InterRAI etc.
6.3	Le carnet de liaison / les alertes ont été utilisées pour a minima 60% des usagers en cours de prise en charge dans le trimestre précédent.
6.4	Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, l'équipe de prise en charge comprends au moins 2 professionnels différents. Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, un échange a eu lieu dans le trimestre écoulé (au moins 2 messages de 2 professionnels différents concourant à la prise en charge).
6.5	Pour 60% des usagers, un rendez-vous est positionné dans l'agenda de l'utilisateur pour le trimestre écoulé. <i>Indicateur supprimé</i>
6.5.6	Le dispositif d'appui à la coordination utilise un tableau de bord trimestriel de suivi de ses indicateurs et de son activité.

3.2.2. Description détaillée

Indicateur 6.1

Indicateur	60% des dossiers de coordination ouverts pour des usagers en cours de prise en charge par le dispositif d'appui ont été actualisés au moins une fois dans le trimestre précédent.
-------------------	--

Définition de l'indicateur

Définition Les usagers pris en charge dans les dispositifs d'appui à la coordination bénéficient d'un dossier de coordination durant leur prise en charge, qui est actualisé régulièrement par tout moyen.

On entend par dossier « ouvert » un dossier actif, non clôturé à la date d'évaluation de l'indicateur.

Valeur cible 60% des usagers pris en charge.

Textes de référence / Liens utiles -

Production de l'indicateur

Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (nombre de dossiers actifs actualisés dans le trimestre / nombre de dossiers actifs)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information

Documents justificatifs	Modalité de calcul
Audit	Visite sur site et analyse de dossier par échantillonnage

Indicateur 6.2

Indicateur	<p>Pour 80% des dossiers créés le trimestre précédent, un travail d'évaluation a été réalisé dans le mois suivant la date d'ouverture du dossier (réalisation d'une primo-évaluation).</p> <p>Ce travail d'évaluation peut prendre les différentes formes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En récupérant des informations et évaluations précédemment réalisées par différents acteurs ou partenaires du territoire et en les joignant au dossier, - En utilisant des outils d'évaluation structurés de type Outil d'Evaluation Multi-Dimensionnel (OEMD), Formulaire d'Analyse Multidimensionnel, l'InterRAI etc.
-------------------	--

Définition de l'indicateur

Définition	<p>Tout professionnel impliqué dans la coordination peut être amené à réaliser un dépistage ou une évaluation de situation d'un usager. Dans ce cadre, la primo-évaluation en vue d'une prise en charge peut s'appuyer sur la récolte d'information ou d'évaluations précédemment réalisées auprès des partenaires ou la réalisation d'une évaluation par l'un des membres du dispositif, quelle que soit la forme prise par cette dernière.</p> <p>La primo-évaluation est réalisée dans les 30 jours calendaires suivant l'ouverture du dossier ou la demande de prise en charge.</p>
Valeur cible	80% des dossiers créés durant le trimestre écoulé

Textes de référence / Liens utiles

Production de l'indicateur

Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (nombre de dossiers usager créés durant le trimestre écoulé et présentant une primo-évaluation dans les 30 jours calendaires après la date d'ouverture / nombre dossier usager créés durant le trimestre écoulé)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information

Documents justificatifs	Modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site et analyse de dossier par échantillonnage

Indicateur 6.3

Indicateur	Le carnet de liaison / les alertes ont été utilisées pour a minima 60% des usagers en cours de prise en charge par le dispositif d'appui dans le trimestre précédent.
-------------------	--

Définition de l'indicateur

Définition	La fonction « carnet de liaison / alerte » permet d'informer les professionnels de la coordination sur les principaux évènements survenus durant la prise en charge de l'utilisateur, notamment au domicile. On entend par dossier « ouvert » un dossier actif, non clôturé à la date d'évaluation de l'indicateur.
Valeur cible	60% des dossiers ouverts
Textes de référence / Liens utiles	

Production de l'indicateur

Unité	%
Modalité de calcul	Calcul du taux : (nombre de dossiers usager ouverts comprenant au moins une notification durant le trimestre / nombre de dossiers usager ouverts)*100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information

Documents justificatifs	Modalités de calcul du taux
Audit	Visite sur site et analyse de dossier par échantillonnage

Indicateur 6.4

Indicateur	<p>Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, l'équipe de prise en charge comprend au moins 2 professionnels différents.</p> <p>Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, un échange a eu lieu dans le trimestre écoulé (au moins 2 messages de 2 professionnels différents concourant à la prise en charge).</p>
-------------------	--

Définition de l'indicateur

Définition	<p>L'équipe de prise en charge d'un patient comprend l'ensemble des intervenants concourant à sa prise en charge et coordonnés via le dispositif d'appui à la coordination ; elle peut comprendre des professionnels de santé et du secteur médico-social ou social, dans la mesure où leur intervention et le partage des informations autour de l'utilisateur concourt à la qualité de la prise en charge. Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, cette équipe comprend au moins 2 professionnels différents.</p> <p>Le réseau social professionnel permet aux professionnels intervenant dans la prise en charge d'une personne d'échanger de manière sécurisée et simple au sein d'une communauté identifiée. Au moins 2 messages de 2 professionnels différents sont recensés dans le trimestre écoulé pour 60% des usagers.</p> <p>L'indicateur est calculé sur la base des prises en charges en cours, à savoir actives et non clôturées lors de l'évaluation de l'indicateur.</p>
Valeur cible	<p>Equipe de prise en charge : au moins 2 professionnels différents pour 60% des usagers en cours de prise en charge</p> <p>Réseau social : au moins 2 messages de 2 professionnels différents pour 60% des usagers.</p>
Textes de référence / Liens utiles	<ul style="list-style-type: none"> - Article L110-4 1 du Code de santé publique - Décret n°2016-994 précisant la notion d'équipe de soins

Production de l'indicateur

Unité	%
Modalité de calcul	<p>Calcul du taux :</p> <p>(Nombre d'usagers en cours de prise en charge dont l'équipe de prise en charge comprend au moins 2 professionnels différents / nombre d'usagers en cours de prise en charge dont l'équipe de prise en charge est décrite) *100</p> <p>(Nombre de dossiers usagers actifs comprenant au moins 2 publications de messages par 2 professionnels différents dans le trimestre / Nombre de dossier usagers actifs comprenant des messages)*100</p>
Période	<p>Instant t (date de transmission des informations)</p> <p>Trimestre écoulé</p>
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information

Documents justificatifs Modalité de calcul du taux
Modalité de calcul

Audit Visite sur site et analyse de dossier par échantillonnage

Indicateur 6.5 / INDICATEUR SUPPRIME

Indicateur ~~Pour 60% des usagers, pris en charge par le dispositif d'appui à la coordination un rendez-vous est positionné dans l'agenda de l'utilisateur pour le trimestre écoulé.~~

Indicateur 6.5 6

Indicateur Le dispositif d'appui à la coordination utilise un tableau de bord trimestriel de suivi de ses indicateurs et de son activité.

Définition de l'indicateur

Définition Le tableau de bord est actualisé *a minima* trimestriellement.
Il fait l'objet d'un échange au sein de l'équipe de direction.

Valeur cible Actualisation trimestrielle du tableau de bord et CR d'un échange sur son contenu par trimestre

Textes de référence / Liens utiles

Production de l'indicateur

Unité N/A

Modalité de calcul N/A

Période 3 mois révolus

Fréquence Semestrielle

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information

Documents justificatifs Description de l'utilisation du tableau de bord dans les instances et compte-rendu de séance

Audit Visite sur site et analyse de dossier par échantillonnage

3.3. Indicateurs d'usage pour les collectifs de soins

3.3.1. Vision synthétique

Ces indicateurs ont pour objectifs

- D'amener les professionnels des secteurs sanitaire et médicosociaux à un niveau d'usage « suffisant » des services numériques à leur disposition ;
- In fine, de contribuer à la qualité des prises en charges et des parcours.

#	Indicateur
7.1	<p>Si le collectif de soin utilise un réseau social professionnel :</p> <p>Le réseau social professionnel a été utilisé par au moins 40% des professionnels membres du collectif de soin dans le trimestre écoulé.</p>
7.2	<p>Si le collectif de soins coordonné utilise un dossier de coordination :</p> <p>Pour 40% des patients disposant d'un dossier de coordination ouvert auprès des membres de la CPTS, celui-ci a été actualisé au moins une fois dans le trimestre précédent par l'un des membres de la CPTS.</p>

3.3.2. Description détaillée

Indicateur 7.1

Indicateur	<p>Si le collectif de soin utilise un réseau social professionnel :</p> <p>Le réseau social professionnel a été utilisé par au moins 40% des professionnels membres du collectif de soin dans le trimestre écoulé.</p>
-------------------	--

Définition de l'indicateur

Définition	Le réseau social professionnel permet aux professionnels membres de celui-ci d'échanger et partager des informations entre eux, par le biais de conversations thématiques (au sujet de leur organisation, de protocoles...) et de partager et diffuser des événements selon leurs besoins.
Valeur cible	40% des professionnels de santé adhérents au collectif de soin ont émis un message sur le réseau social professionnel durant le trimestre écoulé.
Textes de référence / Liens utiles	-

Production de l'indicateur

Unité	%
Modalité de calcul	<p>Calcul du taux :</p> <p>(Nombre de professionnels de santé adhérent au collectif de soins ayant posté au moins un message durant le trimestre écoulé / nombre de professionnels de santé adhérent au collectif de soins)*100</p>
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information

Documents justificatifs	Modalité de calcul
Audit	Visite sur site et analyse de dossier par échantillonnage

Indicateur 7.2

Indicateur	<p>Si le collectif de soins coordonné utilise un dossier de coordination :</p> <p>Pour 40% des patients disposant d'un dossier de coordination ouvert auprès des membres de la CPTS, celui-ci a été actualisé au moins une fois dans le trimestre précédent par l'un des membres de la CPTS.</p>
-------------------	--

Définition de l'indicateur

Définition	<p>Lorsque le collectif de soins s'est doté d'un service numérique permettant la mise en place de dossier de coordination et lorsqu'un dossier de coordination a été créé pour un patient, c'est qu'un besoin de coordination justifie son usage. Dans ce cadre, il appartient aux professionnels de santé adhérents au collectif de soin (CPTS, expérimentation article 51...) de le consulter, notamment lorsqu'ils réalisent une consultation relevant de leur activité propre (consultation médicale, clinique, visite en pharmacie...), et d'actualiser les informations de suivi en conséquence.</p> <p>On entend par dossier « ouvert » un dossier actif, non clôturé à la date d'évaluation de l'indicateur.</p>
Valeur cible	Pour 40% des patients disposant d'un dossier de coordination ouvert auprès des membres de la CPTS, celui-ci a été actualisé au moins une fois dans le trimestre précédent par l'un des membres de la CPTS

Textes de référence / Liens utiles

Production de l'indicateur

Unité	%
Modalité de calcul	<p>Calcul du taux :</p> <p>(nombre de dossiers de coordination actifs actualisés dans le trimestre / nombre de dossiers de coordination actifs)*100</p>
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information

Documents justificatifs	Modalité de calcul
Audit	Visite sur site et analyse de dossier par échantillonnage

4. Glossaire

Acronyme utilisé	Signification
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP Santé	Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CI-SIS	Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé
CLIC	Centre locaux d'information et de coordination
CNAM	Caisse Nationale d'assurance Maladie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DCC	Dossier Communicant de Cancérologie
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP	Dossier Médical Partagé
DP	Dossier Pharmaceutique
DPO	Data protection officer – Délégué à la protection des données
EAI	Enterprise Application Integration
ES	Etablissement de Santé
ESMS	Etablissement de santé médico-sociaux
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GMSIH	Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
GRADeS	groupements régionaux d'appui au développement de la e-Santé
HAD	Hospitalisation à Domicile
InterRAI-HC	Inter Resident Assessment Instrument Home Care
INS	Identifiant national de santé
LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MOA-R	Maîtrise d'Ouvrage Régionale
MSSanté	Messagerie Sécurisée Santé
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
E-Prescription	Prescription électronique de médicaments

Acronyme utilisé	Signification
PIA	programme d'investissement d'avenir
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPS	Plan Personnalisé de Santé
PSI	Plan de Service Individualisé
PS	Professionnel de Santé
PTA	Plate-forme Territoriale d'Appui
RGPD	Règlement général sur la protection des données
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
SI	Système d'Information
Services numériques e-parcours	services numériques de coordination
SNIIRAM	le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
Usager	Usager du système de santé et social