

Produire efficacement les indicateurs eParcours

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans trois collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



+ d'infos ?

numerique@anap.fr

Résumé

Cette publication s'adresse aux Groupements régionaux d'appui au développement de la e-Santé (GRADeS) et vise à leur permettre de fiabiliser la production des indicateurs du programme eParcours.

Les indicateurs du programme eParcours sont destinés à mesurer le niveau d'utilisation des services numériques de coordination par les professionnels de santé et médico-sociaux, quels que soient leurs situations d'activité (ville, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux).

Le niveau d'utilisation des indicateurs eParcours s'apprécie au niveau d'un territoire au sein duquel un dispositif d'appui à la coordination, une communauté professionnelle territoriale de santé, ou tout autre collectif professionnel, favorise l'utilisation des services numériques de coordination par les professionnels.

Cette publication présente le programme eParcours, précise la définition des indicateurs eParcours, et formule, pour chaque indicateur, des recommandations relatives aux règles de calcul à appliquer, aux précautions et aux points d'attention à prendre en compte, des exemples d'éléments susceptibles d'attester la fiabilité de la mesure de l'indicateur.

Les financements du programme eParcours étant alloués aux agences régionales de santé sur la base de l'atteinte de seuils prédéfinis pour chacun des indicateurs, ce guide permet aux acteurs régionaux des programmes eParcours (agences régionales de santé, groupements régionaux d'appui au développement de la e-Santé, collectifs professionnels de coordination) de s'appuyer sur une référence commune permettant de sécuriser la production des indicateurs.

SOMMAIRE

Résumé.....	3
1. Contexte et objectifs du programme eParcours.....	6
2. Recommandations générales relatives à la production des indicateurs eParcours.....	8
3. Production des indicateurs.....	9
3.1. Indicateurs socles	9
Indicateur 1.1 : l'organisation régionale de l'identitovigilance est définie et formalisée, sous la responsabilité de l'Agence régionale de santé	9
Indicateur 1.2 : le bouquet de services numériques territorial de coordination intègre un champ « Identifiant national de santé - INS » (sous réserve des dispositions permettant sa mise en œuvre) en sus des éléments permettant d'identifier le patient.	11
Indicateur 2.1 : les professionnels partie prenante des dispositifs d'appui aux parcours complexes et des collectifs de soins sont sensibilisés aux risques et bonnes pratiques concernant la sécurité des systèmes d'information. Une charte sur ces sujets est formalisée et diffusée aux professionnels	13
Indicateur 2.2 : les patients et usagers inclus dans les dispositifs d'appui aux parcours complexes et suivis par les professionnels adhérents aux CPTS sont informés de l'utilisation de leurs données à caractère personnel et du Délégué à la protection des données (DPO) qu'ils peuvent solliciter	14
Indicateur 3.1 : le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) est déployé dans la région	16
Indicateur 3.2 : le ROR comprend une description exhaustive des ressources du territoire respectant le critère qualité	17
Indicateur 4.1 : Dossier médical partagé (DMP) – Les services numériques de coordination en usage sur le territoire sont compatibles avec le Dossier médical partagé (DMP).....	19
Indicateur 4.2 : DMP : alimentation du volet synthèse médicale dans les régions.....	20
Indicateur 5.1 – Messagerie sécurisée de santé : Le bouquet de services numériques d'appui à la coordination en usage sur le territoire est compatible avec la messagerie sécurisée de santé ...	22
Indicateur 5.2 – Messagerie sécurisée de santé : Un annuaire régional des correspondants MSSanté est disponible et actualisé semestriellement	23
3.2. Indicateurs d'usage pour les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes 24	
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	24
Indicateur 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).	26
Indicateur 6.3 – Le carnet de liaison/les alertes ont été utilisés pour a minima 60% des usagers en cours de prise en charge par le dispositif d'appui dans le trimestre précédent.	28
Indicateur 6.4a – Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, l'équipe de prise en charge comprend au moins deux professionnels différents.	29

Indicateur 6.4b – 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)	31
Indicateur 6.5 – Pour 60% des usagers pris en charge par le dispositif d’appui aux parcours complexes un rendez-vous est positionné dans l’agenda de l’usager pour le trimestre écoulé...32	
Indicateur 6.6 – Le dispositif d’appui aux parcours complexes utilise un tableau de bord trimestriel de suivi de ses indicateurs et de son activité.....	32
3.3. Indicateurs d'usage pour les collectifs de soins coordonnés	33
Indicateur 7.1 – Si le collectif de soins utilise un réseau social professionnel : le réseau social professionnel a été utilisé par au moins 40% des professionnels membres du collectif de soins dans le trimestre écoulé.....	33
Indicateur 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.	34
4. Glossaire.....	35
5. Remerciements.....	38

1. Contexte et objectifs du programme eParcours

Le programme eParcours a été initié en avril 2017 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (bureau des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins) et vise à généraliser, sur l'ensemble du territoire national, l'usage des *services numériques de coordination*.

Les services numériques de coordination sont des logiciels destinés à tout professionnel de santé ou médico-social impliqué dans une activité coordonnée avec d'autres professionnels.

Les utilisateurs potentiels des services numériques de coordination sont par conséquent extrêmement nombreux et variés. On peut citer, de façon non exhaustive :

- les professionnels de santé de premier recours, intervenant dans le champ ambulatoire (médecins généralistes ou spécialistes, infirmiers, pharmaciens...);
- les professionnels de santé des établissements de santé, notamment dans le contexte de leur coordination avec le champ ambulatoire ou médico-social;
- les professionnels des établissements et structures du champ médico-social;
- les professionnels intervenant au sein d'une structure de coordination, notamment :
 - les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) issus de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (article L.6327-1 du Code de la santé publique),
 - les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
 - les organisations innovantes issues de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018.
- par extension, certains professionnels du champ social peuvent être associés à l'usage des services numériques de coordination dès lors que leur activité auprès des personnes accompagnées nécessite une articulation étroite avec les professionnels de santé ou médico-sociaux.

Le cadre du programme eParcours a été fixé par l'instruction DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des Services numériques d'appui à la coordination (SNACs) dans les régions, puis précisé par l'instruction DGOS/PF5/2019/129 du 24 mai 2019 relative à la mise en œuvre du programme eParcours (instruction publiée le 16/08/2019).

Le programme eParcours est une des composantes de la feuille de route « accélérer le développement du numérique en santé » du plan Ma Santé 2022¹.

Les services numériques de coordination des parcours font l'objet d'un chapitre dans la doctrine technique du numérique en santé².

Le programme eParcours vise à assurer le déploiement et l'usage, dans chaque région, des services numériques de coordination, dans le cadre d'un projet régional piloté par l'agence régionale de santé

¹ <https://esante.gouv.fr/virage-numerique/feuille-de-route>
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

² https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/doctrine--technique-du-numerique-en-sante_version-2019_vf.pdf

et dont la maîtrise d'ouvrage est confiée aux Groupements régionaux d'appui au développement de la e-Santé (GRADeS).

Le programme eParcours mobilise un financement total de 150 M€. Le financement est réparti forfaitairement entre les territoires qui sont organisés autour d'un dispositif d'appui à la coordination, d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou d'un autre collectif pluriprofessionnel coordonné, dès lors que l'on observe, sur ce territoire, un niveau d'usage des services numériques de coordination qui atteint les objectifs et les seuils fixés par l'instruction 2019/129.

Les montants forfaitaires par territoire sont de :

- 800 000 € pour un territoire organisé autour d'un dispositif d'appui à la coordination ;
- 200 000 € pour un territoire organisé autour d'une ou plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé ou d'un collectif professionnel coordonné.

Les territoires considérés doivent compter environ 300 000 habitants, avec une certaine tolérance selon les configurations géographiques.

Les financements forfaitaires correspondants à l'atteinte des objectifs et des seuils d'usage des services numériques de coordination sont alloués à l'Agence régionale de santé du ressort du territoire considéré.

Les financements sont opérés par abondement du fonds d'intervention régionale.

2. Recommandations générales relatives à la production des indicateurs eParcours

Conformément aux principes qui régissent le programme eParcours, plusieurs points généraux nécessitent d'être pris en considération et valent pour tous les indicateurs du programme.

- a. Le territoire d'observation et de mesure des usages des services numériques de coordination doit être défini dans des limites géographiques précises : communes ou arrondissements dans les territoires peu denses, circonscriptions métropolitaines dans les territoires urbains denses.
- b. La population du territoire doit être évaluée sur la base du dernier recensement. Si elle présente un écart notable par rapport à la jauge de 300 000 habitants prévue par le programme eParcours, il conviendra de justifier cet écart, par exemple en raison d'une configuration géographique particulière, d'un déterminant sanitaire ou relatif à l'offre de soins, d'une dynamique territoriale spécifique.
- c. Le dénombrement des professionnels de santé (ordres de grandeur) et le recensement des établissements sanitaires et médico-sociaux du ressort du territoire sont utiles afin d'apprécier le niveau d'usages des services numériques de coordination au regard du nombre d'utilisateurs potentiels.
- d. Le (ou les) dispositif d'appui à la coordination présent sur le territoire doit être identifié et son activité générale attestée par des éléments observables : acte constitutif, effectifs, nature et volume de l'activité, bilan d'activité annuel, etc.
- e. La (ou les) communauté professionnelle territoriale de santé, ou le collectif professionnel coordonné, présent sur le territoire doit être identifié et son activité générale attestée par des éléments observables : acte constitutif, effectifs mobilisés, caractéristiques des démarches d'animation entreprises, bilan d'activité annuel, etc.
- f. En complément de ces éléments, un tableau général de la situation du déploiement des services numériques de coordination pourra être fourni en complément et à l'appui des seules mesures d'usage des services numériques, afin d'apprécier les démarches entreprises pour structurer et réaliser le déploiement auprès des différents professionnels. Plusieurs éléments peuvent décrire la mobilisation régionale pour le déploiement des services numériques eParcours, parmi lesquels :
 - le nombre et l'organisation des professionnels chargés de l'animation territoriale et du développement des usages des services numériques. Ces professionnels, souvent placés sous l'égide des GRADeS, sont les principaux acteurs du déploiement ;
 - la nature, le volume et la fréquence des initiatives de sensibilisation, de formation et de soutien aux usages du numérique auprès des professionnels sanitaires et médico-sociaux sont autant d'éléments susceptibles de caractériser l'effort de déploiement ;
 - un historique des différentes phases de déploiement des services numériques de coordination, ainsi que la courbe de montée en charge progressive ;
 - les évaluations quantitatives, mais aussi qualitatives, qui peuvent avoir été menées dans la région ou les territoires afin d'apprécier le niveau d'appropriation des outils numériques par les professionnels et leur niveau de satisfaction.

3. Production des indicateurs

Les indicateurs à produire se répartissent en trois catégories :

- Les indicateurs socles ;
- Les indicateurs d’usage pour les dispositifs d’appui à la coordination des parcours complexes ;
- Les indicateurs d’usage pour les collectifs de soins coordonnés.

3.1. Indicateurs socles

Ce domaine comporte dix indicateurs, qui portent sur des services de niveau régional.

Indicateur 1.1 : l’organisation régionale de l’identitovigilance est définie et formalisée, sous la responsabilité de l’Agence régionale de santé

Description générale de l’indicateur

Indicateur 1.1	
Objectifs	Sécuriser l’identification des patients dans les outils numériques grâce à la mise en place d’une organisation régionale d’identitovigilance.
Définition	<p>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, ainsi que sur le référentiel national d’identitovigilance.</p> <p>Dans la région, cette politique d’identitovigilance a été élaborée et validée par les acteurs sanitaires et médico-sociaux concernés et a été transmise pour mise en œuvre à l’ensemble des structures sanitaires et médico-sociales du territoire.</p> <p>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 médicosocial est assurée.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
Modalités de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Méthodologie de calcul	Déclarative
Source des informations	Cellule d'identitovigilance régionale ou territoriale
Problématiques	<p>Opposabilité de la charte :</p> <ul style="list-style-type: none"> les chartes régionales définissent un cadre d'organisation et des règles d'identitovigilance que les acteurs régionaux se donnent. Ces chartes ne sont pas opposables. Il revient aux agences régionales de santé de définir leurs modalités d'application et d'y faire adhérer les acteurs sanitaires ou médico-sociaux. chaque région doit disposer d'une charte et pouvoir témoigner de l'activité de la structure régionale/territoriale d'identitovigilance. le référentiel national d'identitovigilance constitue une avancée majeure pour renforcer les pratiques d'identitovigilance. Ses deux premiers volets ont été publiés en novembre 2020.
Facteurs clés de succès de production de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> co-construction avec les acteurs de terrain de la charte d'identitovigilance : implication de l'ensemble des catégories d'acteurs (structures de santé versus médecine de ville, sanitaire et médico-social) afin de s'assurer de son applicabilité. communication auprès des acteurs de terrain sur la charte d'identitovigilance pour s'assurer de son appropriation et repérer les éventuelles difficultés. Une attention et un soutien particulier sont à accorder à la médecine de ville et au champ médico-social. Le champ sanitaire hospitalier a le plus souvent entrepris le renforcement de l'identitovigilance dans le cadre des programmes nationaux Hôpital Numérique et HOP'EN.
Modèle type de document de preuve	<ul style="list-style-type: none"> description de la gouvernance : composition et fréquence des réunions, comptes-rendus de réunions. La description du comité régional d'identitovigilance doit comporter des informations relatives à sa composition, ses règles et procédures et son fonctionnement ; les comptes-rendus des réunions et des actions entreprises par le comité en attestent. cartographie des structures en charge de l'identitovigilance dans la région et description du lien avec les structures en charge de l'identitovigilance dans les établissements de santé. thématiques relatives à l'identitovigilance traitées (liste d'actions) état des lieux des démarches préparatoires à la mise en œuvre de l'Identifiant national de santé (INS). bilan annuel en matière d'identitovigilance.

Principales ressources	<ul style="list-style-type: none"> référentiel national d'identitovigilance publié sur le site de l'agence du numérique en santé dans le cadre de sa mise en concertation³. ressources publiées par les membres du réseau des référents régionaux d'identitovigilance (3RIV)⁴.
-------------------------------	--

Indicateur 1.2 : le bouquet de services numériques territorial de coordination intègre un champ « Identifiant national de santé - INS » (sous réserve des dispositions permettant sa mise en œuvre) en sus des éléments permettant d'identifier le patient.

Description générale de l'indicateur

Indicateur 1.2	
Objectifs	Afin d'assurer une bonne identification des personnes dans leurs parcours, l'usage de l'Identifiant national de santé (INS) est préconisé, conformément aux recommandations formulées dans le Cadre d'Interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS).
Définition	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Il sera tenu compte des dispositions réglementaires de mise en œuvre de l'INS pour appliquer cet indicateur.</p>
Valeur cible	Présence du champ INS et des traits d'identité
Modalités de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

³ <https://participez.esante.gouv.fr/project/identifiant-national-de-sante-referentiel-national-didentitovigilance-rniv/synthesis/synthese>
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/securite-des-soins-securite-des-patients/article/identitovigilance>

⁴ <https://www.rreva-na.fr/travaux/identitovigilance>

Description détaillée de l'indicateur

Méthodologie de calcul	Déclaratif
Source des informations	Éditeur des logiciels eParcours retenu par la région
Problématiques	<ul style="list-style-type: none"> • Selon quel calendrier peut-on appliquer cet indicateur ? L'utilisation de l'Identifiant national de santé (INS) s'applique à compter du 1^{er} janvier 2021. Le calendrier de mise en œuvre de l'Identifiant national de santé (INS) peut être variable selon les éditeurs de logiciels, et tient compte de la disponibilité d'un ensemble de spécifications publiques, et des téléservices de l'Assurance maladie relatifs à l'INS. • Quel périmètre pour le recours à l'INS ? L'INS doit être utilisé dans le cadre de tout type d'échanges et de partage de données de santé à caractère personnel, et par la suite dans tous les services numériques de coordination qui traitent des données de santé à caractère personnel.
Facteurs clés de succès de production de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition par l'éditeur des éléments de preuve témoignant de l'utilisation de l'INS dans les logiciels eParcours.
Modèle type de document de preuve	<ul style="list-style-type: none"> • Document éditeur qui démontre que l'INS est intégré et utilisé dans les logiciels eParcours, notamment les résultats des tests d'interopérabilité utilisant l'INS, les spécifications fonctionnelles et techniques du logiciel ou un extrait (anonymisé) de la base de données.
Principales ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Article L 1111-8-1 et articles R 1111-8-1 à 7 du code de santé publique • Décret d'application en conseil d'État N° 2017-412 du 27 mars 2017 • Page d'information de l'agence du numérique en santé : https://esante.gouv.fr/securite/identifiant-national-de-sante

Indicateur 2.1 : les professionnels partie prenante des dispositifs d'appui aux parcours complexes et des collectifs de soins sont sensibilisés aux risques et bonnes pratiques concernant la sécurité des systèmes d'information. Une charte sur ces sujets est formalisée et diffusée aux professionnels

Description générale de l'indicateur

Indicateur 2.1	
Objectifs	S'assurer que les professionnels sont sensibilisés aux risques et bonnes pratiques concernant la sécurité des systèmes d'information
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 des systèmes d'information (particulièrement sur la confidentialité des données) et les bonnes pratiques de sécurité.</p> <p>Un processus d'élaboration, de validation et de diffusion existe.</p>
Valeur cible	Existence d'une charte de sécurité des systèmes d'information et des règles d'accès aux outils
Modalités de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Méthodologie de calcul	Déclaratif
Source des informations	Agence régionale de santé et/ou groupement régional d'appui au développement de la eSanté
Problématiques	<p>Les acteurs de terrain peuvent avoir des interrogations sur le périmètre de la charte et son application dans leurs propres pratiques professionnelles : respect des obligations réglementaires (comment les connaître et les maîtriser), intégration du Règlement général sur la protection des données (RGPD), comment identifier ce qui relève de la pratique individuelle et ce qui relève des fonctionnalités du logiciel.</p> <p>Un modèle de charte est annexé au présent document.</p>
Facteurs clés de succès de production de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> • Co-construction avec les acteurs de terrain de la charte de sécurité des systèmes d'information : implication de l'ensemble des catégories d'acteurs afin de s'assurer de son applicabilité. • Définition de bonnes pratiques en matière de sécurité des systèmes d'information - adaptées au contexte de l'outil de coordination et connues des professionnels. L'enjeu est d'identifier les informations à communiquer aux professionnels et de les aider à mûrir sur le sujet de la sécurité des systèmes d'information.
Modèle type de document de preuve	<ul style="list-style-type: none"> • Charte régionale sur la sécurité des SI

	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes à qui la charte a été présentée. Nombre de personnes formées. • Actions de communication réalisées pour faire connaître la charte régionale de sécurité des SI.
Principales ressources	<p>Article L. 1110-4-1 du Code de santé publique Memento de cybersécurité 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 Règlement général sur la protection des données (RGPD)</p>

Indicateur 2.2 : les patients et usagers inclus dans les dispositifs d'appui aux parcours complexes et suivis par les professionnels adhérents aux CPTS sont informés de l'utilisation de leurs données à caractère personnel et du Délégué à la protection des données (DPO) qu'ils peuvent solliciter

Description générale de l'indicateur

Indicateur 2.2	
Objectifs	L'indicateur est orienté sur les usagers (les patients) : respect du droit individuel de protection des données avec notamment la mise en place d'une organisation sur le sujet.
Définition	<p>Les patients et usagers sont informés par tout moyen approprié de l'usage des données à caractère personnel qui sont recueillies dans le cadre de leur prise en charge et de l'utilisation des outils numériques qui en découle.</p> <p>En lien avec l'Agence régionale de santé, un délégué à la protection des données est nommé pour les dispositifs d'appui aux parcours complexes et les collectifs de soins ; la fonction peut être mutualisée entre plusieurs dispositifs et n'est pas nécessairement exercée à temps plein.</p>
Valeur cible	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel (livret d'accueil, affichage, etc.). • Désignation du délégué à la protection des données.
Modalités de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Méthodologie de calcul	Déclaratif
Source des informations	Responsable(s) de traitement
Problématiques	<ul style="list-style-type: none"> Le consentement du patient doit être distingué de l'archivage du consentement. Il convient également de distinguer deux situations : <ul style="list-style-type: none"> Les échanges d'informations numériques au sein de l'équipe de prise en charge, qui ne requièrent pas un consentement préalable du patient. Les échanges d'informations numériques entre professionnels hors équipe de prise en charge, qui requiert un consentement de la part du patient et son enregistrement probant. Les régions doivent également être en mesure de gérer le droit d'opposition du patient. La responsabilité de la mise en œuvre de ces dispositions peut varier d'une région à l'autre en fonction de l'acteur qui porte la responsabilité du traitement informatique : groupement régional d'appui au développement de la eSanté, Agence régionale de santé, dispositif d'appui à la coordination, ou toute autre structure désignée à cet effet. <p>La nature des documents à produire reste inchangée. Le responsable de la production de ces documents est le(s) responsable(s) de traitement informatique de la région sur le périmètre couvert par les logiciels eParcours.</p>
Facteurs clés de succès de production de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> Proposer une approche permettant à la région de produire cet indicateur en tenant compte de l'organisation régionale mise en place et de la responsabilité en matière de traitement des données. Privilégier une logique d'acculturation, et démontrer la mise en place d'actions permettant aux patients d'être sensibilisés à la problématique des données de santé.
Modèle type de document de preuve	<ul style="list-style-type: none"> Plan de communication Existence et diffusion d'une Note d'information aux patients Informations disponibles en ligne dans les outils accessibles aux patients (capacité des outils à recueillir les consentements, stocker et suivre) Identité et qualification de la personne en charge de ces sujets ainsi que la fiche de poste Nombre d'usagers qui ont sollicité le délégué à la protection des données (DPO). Historique des sollicitations
Principales ressources	<p>https://www.cnil.fr/fr/designation-dpo</p> <p>https://www.cnil.fr/fr/rgpd-et-professionnels-de-sante-liberaux-ce-que-vous-devez-savoir</p> <p>https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2018/09/guide_cn timer rgpd_2018.pdf</p>

Indicateur 3.1 : le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) est déployé dans la région

Description générale de l'indicateur

Indicateur 3.1	
Objectifs	S'assurer que la région dispose d'un outil numérique « Répertoire opérationnel des ressources (ROR) » pour décrire l'offre de santé.
Définition	La région a déployé le Répertoire opérationnel des ressources (ROR)
Valeur cible	Le logiciel répertoire opérationnel des ressources est fonctionnel
Modalités de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Méthodologie de calcul	Déclaratif
Source des informations	Groupement régional d'appui au développement de la eSanté
Problématiques	
Facteurs clés de succès de production de l'indicateur	
Modèle type de document de preuve	<ul style="list-style-type: none"> • Document témoignant de l'existence d'une solution ROR à l'échelle de la région • Lien internet permettant d'accéder au ROR
Principales ressources	

Indicateur 3.2 : le ROR comprend une description exhaustive des ressources du territoire respectant le critère qualité

À compter de 2020 : le ROR comprend une description exhaustive des ressources du territoire respectant le critère qualité :

- Pour les acteurs du champ sanitaire hospitalier :
 - À compter de fin 2020 et jusqu'à fin 2022 : 90% des structures MCO (hors HAD et USLD), SSR, et PSY ;
 - À compter de fin 2021 : 40% des structures HAD et USLD,
 - À compter de 2022 : 60% des structures HAD et USLD,
- Pour les structures du champ médico-social, avec des paliers :
 - 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.

Description générale de l'indicateur

Indicateur 3.2	
Objectifs	S'assurer que la solution eParcours régionale peut accéder au référentiel portant l'offre de santé - Le répertoire opérationnel des ressources - pour décrire les acteurs des parcours, notamment en identifiant les ressources du territoire afin de constituer les acteurs du cercle de soins. L'enjeu est d'éviter de créer un référentiel propre aux outils eParcours, dans une logique d'urbanisation régionale.
Définition	<p>Le ROR présente une description opérationnelle de l'offre de ressources dans le secteur sanitaire (établissement de santé et soins de ville) et le secteur médico-social. Le champ sanitaire comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les établissements porteurs d'activités MCO, SSR, PSY, HAD, USLD • Les soins de ville <p>Le champ médico-social comprend les établissements et services médico-sociaux, 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 (au sens du 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 établissement géographique est considéré comme peuplé en respectant le critère qualité attendu si toutes les unités de l'établissement sont décrites sur le champ d'activité considéré avec les informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Au moins une activité associée à l'unité ○ Un mode de prise en charge ○ Les classes d'âge des patients pris en charge ○ Le champ d'activité (MCO, SSR...) ○ Une adresse

Indicateur 3.2	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un contact <p>Selon la date prévisionnelle d'atteinte des cibles par la région, des paliers sont prévus pour la description des structures médico-sociales (début de peuplement en 2019) et pour les soins de ville (à compter de 2021).</p>
Valeur cible	<ul style="list-style-type: none"> • 2020 : 90% des structures sanitaires hospitalières (MCO hors HAD et USLD), SSR, PSY) et 10% des structures médico-sociales décrites respectent le critère qualité • 2021 : 90% des structures sanitaires hospitalières (MCO hors HAD et USLD), SSR, PSY), 40% des structures HAD et USLD, 20% des structures médico-sociales et 20% des soins de ville décrits respectent le critère qualité. • 2022 : 90% des structures sanitaires hospitalières (MCO hors HAD et USLD), SSR, PSY), 60% des structures HAD et USLD, 30% des structures médico-sociales et 30% des soins de ville décrits respectent le critère qualité.
Modalités de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Méthodologie de calcul	Requête sur le ROR et comparaison au regard des autres référentiels de l'agence régionale de santé relatifs à l'offre sanitaire et médico-sociale.
Source des informations	<p>Chaque trimestre, l'agence du numérique en santé réalise une enquête relative au suivi du peuplement sur l'ensemble des champs couverts par le ROR. Ainsi, des indicateurs de suivi du peuplement du ROR sont produits chaque trimestre sur les champs MCO, PSY, SSR, médico-social personnes âgées et personnes en situation de handicap.</p> <p>Dans la plupart des régions, le peuplement du ROR sur le champ de l'offre de soins de ville devrait commencer en 2021.</p> <p>Les données sont présentées aux régions lors des instances de gouvernance.</p>
Problématiques	Amplifier et accélérer le peuplement du ROR sur l'ensemble des champs
Facteurs clés de succès de production de l'indicateur	Les indicateurs sont déjà produits en routine.
Modèle type de document de preuve	Tableau de bord/cartes régionales communiquées par l'agence du numérique en santé aux régions
Principales ressources	https://esante.gouv.fr/projets-nationaux/repertoire-operationnel-ressource

Indicateur 4.1 : Dossier médical partagé (DMP) – Les services numériques de coordination en usage sur le territoire sont compatibles avec le Dossier médical partagé (DMP)

Description générale de l'indicateur

Indicateur 4.1	
Objectifs	S'assurer que les services numériques eParcours ont la capacité d'alimenter le dossier médical partagé.
Définition	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...) Le bouquet de services numériques régionaux d'appui à la coordination, décrit dans ce document dans le chapitre 1.2.2, est compatible avec le DMP.
Valeur cible	DMP-compatibilité des services numériques régionaux d'appui à la coordination
Modalités de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Méthodologie de calcul	Déclaratif
Source des informations	Agence régionale de santé et/ou groupement régional d'appui au développement de la eSanté
Problématiques	<ul style="list-style-type: none"> DMP-Compatibilité des solutions eParcours mises en place dans les régions
Facteurs clés de succès de production de l'indicateur	
Modèle type de document de preuve	<ul style="list-style-type: none"> Spécifications éditeurs Schéma d'alimentation du DMP
Principales ressources	<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 Doctrine technique du numérique en santé : https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/doctrine-technique-du-numerique-en-sante_version-2019_vf.pdf

Indicateur 4.2 : DMP : alimentation du volet synthèse médicale dans les régions

À compter de 2020, l'alimentation des volets de synthèse médicale (VSM) au sein des DMP progresse dans la région :

- 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.

Dans une communication adressée en octobre 2020 aux agences régionales de santé et aux groupements régionaux d'appui au développement de la eSanté, la Direction générale de l'offre de soins – bureau des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins a élargi la définition de cet indicateur et l'a reformulé de la façon suivante :

Alimentation du dossier médical partagé en documents de synthèse issus de la coordination :

- *Synthèse 2021 : remontée de la progression de l'alimentation des DMP en documents de issus de la coordination ;*
- *Courant 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.*

Description générale de l'indicateur

Indicateur 4.2	
Objectifs	S'assurer que les informations pertinentes disponibles dans la solution eParcours alimentent le Dossier médical partagé (DMP) pour faciliter la continuité des soins en toute situation.
Définition	<p>Les « documents de synthèse issus de la coordination » mentionnés dans la définition de l'indicateur désignent un ensemble de documents, parmi lesquels figurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le Plan personnalisé de santé⁵(PPS), ou le Plan personnalisé de coordination en santé⁶(PPCS), définis par la Haute autorité de santé (HAS). Concernant le PPCS, des travaux sont en cours, sous l'égide de l'agence du numérique en santé, en vue d'en définir le volet de contenu et de l'inscrire dans le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé. • Un service numérique du programme eParcours est particulièrement destiné à produire et à suivre la mise en œuvre des plans personnalisés de coordination en santé. • Au-delà de ces documents, tout élément extrait du dossier numérique de coordination, et attestant de la réalité d'une coordination pluriprofessionnelle pour la prise en charge ou l'accompagnement de la personne, peut constituer

⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

Indicateur 4.2	
	valablement un « document de synthèse issu de la coordination ».
Valeur cible	Atteinte du palier annuel
Modalités de calcul	(Nombre de DMP présentant un ou plusieurs documents de synthèse issus de la coordination pouvant être transmis au DMP) / (nombre de dossiers de coordination ouverts) * 100
Période	Annuelle
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Méthodologie de calcul	<p>Deux méthodes de calcul sont envisageables :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Requête réalisée par le groupement régional d'appui au développement de la eSanté sur la plate-forme régionale eParcours Cette requête effectue le dénombrement des dossiers de coordination qui comportent un document de synthèse ayant été transmis au DMP : les documents de synthèse doivent correspondre à une typologie précise et non équivoque de document ; la transmission au DMP doit être signalée par un indicateur (binaire) associé à la date/heure de transmission. 2. Compteur automatique intégré au service numérique <i>Plan personnalisé de coordination en santé</i> (PPCS) Dans la mesure où la production d'un Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) et sa transmission au DMP sont des fonctions intégrées au service eParcours, l'éditeur de ce service peut y associer un compteur s'incrémentant à chaque occurrence de l'activation de ce service. L'extraction de ce compteur est effectuée par le GRADeS.
Source des informations	Groupement régional d'appui au développement de la eSanté
Problématiques	<ul style="list-style-type: none"> • Qualification des types de documents relevant des documents de synthèse issus de la coordination. Le groupement régional d'appui au développement de la eSanté pourra transmettre la typologie de documents retenue, en lien avec le dispositif d'appui à la coordination concerné.
Modèle type de document de preuve	Résultat de la requête ou relevé du compteur
Principales ressources	<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) • Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé

Indicateur 5.1 – Messagerie sécurisée de santé : Le bouquet de services numériques d'appui à la coordination en usage sur le territoire est compatible avec la messagerie sécurisée de santé

Description générale de l'indicateur

Indicateur 5.1	
Objectifs	S'assurer que le bouquet de services numériques de coordination permet l'usage d'une messagerie sécurisée de santé.
Définition	La messagerie sécurisée de santé est intégrée à l'espace de confiance MSSanté ⁷ . Le bouquet de services numériques d'appui à la coordination en usage sur le territoire est compatible avec la messagerie sécurisée de santé.
Valeur cible	Compatibilité MSS des services numériques régionaux d'appui à la coordination
Modalités de calcul	Déclaratif
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Méthodologie de calcul	Déclaratif
Source des informations	Groupement régional d'appui au développement de la eSanté
Problématiques	
Facteurs clés de succès de production de l'indicateur	
Modèle type de document de preuve	<ul style="list-style-type: none"> Spécifications éditeurs Nombre de messages transmis par MSSanté
Principales ressources	<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'agence du numérique en santé : http://esante-formation.fr

⁷ <https://esante.gouv.fr/securite/messageries-de-sante-mssante>

Indicateur 5.2 – Messagerie sécurisée de santé : Un annuaire régional des correspondants MSSanté est disponible et actualisé semestriellement

Description générale de l'indicateur

Indicateur 5.2	
Objectifs	S'assurer que les courriers peuvent être effectivement adressés aux acteurs ciblés
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 le référent MSS du groupement régional d'appui au développement de la eSanté ou par l'opérateur de messagerie.
Valeur cible	Existence d'un annuaire régional de correspondants MSSanté
Modalités de calcul	N/A
Période	Instant t (date de transmission des informations)
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Méthodologie de calcul	Déclaratif
Source des informations	Groupement régional d'appui au développement de la eSanté
Problématiques	
Facteurs clés de succès de production de l'indicateur	
Modèle type de document de preuve	<ul style="list-style-type: none"> Spécifications éditeurs Historique de l'évolution du nombre de correspondants inscrits dans l'annuaire MSS
Principales ressources	

3.2. Indicateurs d'usage pour les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes

Sept indicateurs sont définis dans cette catégorie.

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

Description générale de l'indicateur

Indicateur 6.1	
Objectifs	<p>S'assurer que les services numériques de coordination sont utilisés de façon régulière et soutenue pour les dispositifs d'appui à la coordination.</p> <p>L'ensemble des dossiers de coordination (le stock) doit être le moins en écart possible avec les dossiers actifs du trimestre (le flux).</p> <p>L'indicateur doit permettre de se questionner sur les dossiers sur lesquels il n'y a pas eu de mouvements durant le trimestre écoulé.</p>
Définition	<p>Les usagers pris en charge dans les dispositifs d'appui aux parcours complexes bénéficient d'un dossier de coordination durant leur prise en charge, qui est actualisé régulièrement par tout moyen.</p> <p>On entend par dossier « ouvert » un dossier actif, non clôturé à la date d'évaluation de l'indicateur. C'est un dossier sur lequel des mouvements (ajouts ou modifications d'informations) se sont produits dans la période récente ou sont susceptibles de se produire.</p> <p>Les dossiers « ouverts » ou « actifs » se distinguent des autres dossiers de coordination, qui correspondent à des épisodes de coordination anciens et sur lesquels on n'observe plus d'activité.</p> <p>Le dispositif d'appui à la coordination peut légitimement souhaiter conserver les dossiers anciens, au cas où un nouvel épisode de coordination devait survenir et aux fins de conservation de l'historique. Cependant, le service eParcours doit permettre d'opérer une distinction claire entre les dossiers actifs et les autres dossiers.</p>
Valeur cible	60% des usagers pris en charge.
Modalités de calcul	(Nombre de dossiers actualisés dans le trimestre / nombre de dossiers actifs) * 100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

<p>Retour d'expériences des régions</p>	<p>Dossier actif : un dossier pour lequel le dispositif d'appui assure une coordination active.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour la région Bourgogne-Franche-Comté, il n'y a pas de notion de dossier actif dans l'outil eParcours. Les patients décédés sont exclus du calcul et une borne de temps est utilisée pour déterminer la notion de dossier actif ; • Pour la région Bretagne, le statut « Accompagnement engagé » matérialise l'entrée dans la file active. Les dossiers suspendus sont inclus dans la file active tandis que les dossiers clos ne sont pas dans la file active. Toute modification du dossier est considérée comme une mise à jour. • En Ile-de-France, un dossier actif est un dossier pour lequel il peut y avoir des mises à jour sur le dossier (à la différence d'un dossier clos). Lors de l'inscription des patients, il est possible de choisir « Parcours complexe ». Ce sont ces dossiers qui sont intégrés dans le calcul de l'indicateur. • En Auvergne-Rhône-Alpes, un dossier actif est un dossier pour lequel il y a eu une activité sur la période de calcul. • La région Nouvelle-Aquitaine souligne que le suivi est fonction des patients : en moyenne 40% sur le trimestre précédent, 80% sur le semestre précédent. La file active correspond aux dossiers ouverts (l'outil permet de clôturer des dossiers). La notion de mise à jour est large : une note rédigée, une mise à jour sur des données administratives, l'ajout d'un rendez-vous, l'ajout d'un document, la création ou la mise à jour du plan personnalisé de santé ou la modification du traitement. <p>Il est important que chaque région soit en mesure de donner une définition précise de la notion de dossier actif et de la notion de mise à jour justifiant la valeur de l'indicateur.</p>
--	--

Indicateur 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).

Description générale de l'indicateur

Indicateur 6.2	
Objectifs	S'assurer de l'utilisation des services numériques de coordination pour l'évaluation initiale des nouveaux patients pris en charge par le dispositif d'appui à la coordination, et notamment pour enregistrer les conclusions de cette évaluation.
Définition	<p>Tout professionnel impliqué dans la coordination peut être amené à réaliser un repérage ou une évaluation de situation d'un usager, qu'il juge particulièrement complexe ou fragile.</p> <p>C'est la première étape qui suit la sollicitation d'une demande d'appui à la coordination, par laquelle le dispositif d'appui à la coordination inscrit le patient et qualifie sa situation.</p> <p>Il peut y avoir plusieurs niveaux d'évaluation : primo-évaluation, évaluation plus approfondie ou ciblée, évaluation multi-dimensionnelle,...</p> <p>Il s'agit dans ce contexte de la première évaluation après inscription du patient dans le dispositif.</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> <p>Ce travail d'évaluation peut prendre les différentes formes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collecte et synthèse des informations et évaluations précédemment réalisées par différents acteurs ou partenaires du territoire • Collecte d'informations auprès du patient, observation de sa situation lors d'une visite par un professionnel désigné (professionnel du dispositif d'appui à la coordination, infirmier, ergothérapeute,...) • En utilisant des outils d'évaluation structurés de type Outil d'évaluation multi-dimensionnel (OEMD), Formulaire d'Analyse Multidimensionnel, outil InterRAI utilisé par la méthode MAIA, etc. <p>Les éléments collectés durant l'évaluation, leur synthèse et leurs conclusions ont vocation à être enregistrés dans le dossier de coordination géré par le dispositif d'appui à la coordination.</p>
Valeur cible	80% des dossiers créés durant le trimestre écoulé
Modalités de calcul	(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 dossiers usager créés durant le trimestre écoulé) * 100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Retour d'expériences des régions	<p>Bretagne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit des dossiers pour lesquels une évaluation a eu lieu durant le mois suivant leur création. Le format de l'évaluation n'a pas d'importance puisqu'il s'agit de tracer le fait qu'une évaluation a été effectuée puis de les dénombrer. • Sont pris en compte les dossiers créés sur les mois 0,1 et 2 pour le dénominateur. • Sont pris en compte pour ces dossiers créés sur les mois 0, 1 et 2 ceux qui ont une évaluation sur les mois 1, 2 et 3. Ce sont des dossiers qui ont un statut "étude de la demande". • L'enjeu est celui de l'harmonisation des pratiques et de se mettre d'accord sur le statut du dossier durant lequel l'évaluation a lieu. Sur la région, il y a du rattrapage à faire pour raccrocher des évaluations à des dossiers avec "l'étude de la demande". <p>Ile-de- France : il est possible de comptabiliser le niveau 1 - primo-qualification. La comptabilisation du niveau 2 est en cours d'investigation sur la base du retour d'expériences de la Bourgogne-Franche-Comté.</p> <p>Nouvelle-Aquitaine : l'indicateur est calculé en comptabilisant le nombre de formulaire de demandes : le formulaire interRAI ou le PPS.</p> <p>Pour la région Bourgogne-Franche-Comté : l'outil permet d'identifier un objet Evaluation ce qui permet d'avoir les informations pour effectuer le calcul.</p>

Indicateur 6.3 – Le carnet de liaison/les alertes ont été utilisés pour a minima 60% des usagers en cours de prise en charge par le dispositif d'appui dans le trimestre précédent.

Description générale de l'indicateur

Indicateur 6.3	
Objectifs	Évaluer l'usage du carnet de liaison entre professionnels sur les dossiers ouverts
Définition	<p>La fonction « carnet de liaison/alerte » permet d'informer les professionnels de la coordination sur les principaux événements survenus durant la prise en charge de l'usager, notamment au domicile.</p> <p>Ces informations peuvent prendre la forme d'une notification (une mention, une transmission, voire une alerte) dans le cahier de liaison.</p> <p>On entend par dossier « ouvert » un dossier actif, non clôturé à la date d'évaluation de l'indicateur.</p>
Valeur cible	60% des dossiers ouverts
Modalités de calcul	(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

Description détaillée de l'indicateur

Retour d'expériences des régions	<p>Pour la région Bretagne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les fiches de suivi permettent de tracer les événements et les échanges et font office de cahier de liaison (pas de carnet de liaison en tant que tel dans la solution). • Pour calculer l'indicateur, sont prises en compte les fiches de suivi formalisées, hors fiches de prise de rendez-vous. <p>Certaines régions ont des outils ne comportant pas la notion de carnet de liaison, mais qui disposent d'une fonction de notification ou d'alerte, qu'elles assimilent à un carnet de liaison. Dans ce cas on comptabilise le nombre de notifications et d'alertes.</p>
---	--

Indicateur 6.4a – Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, l'équipe de prise en charge comprend au moins deux professionnels différents.

Description générale de l'indicateur

Indicateur 6.4a	
Objectifs	S'assurer de la réalité de la constitution d'une équipe de soins coordonnée autour de la personne prise en charge.
Définition	<p>L'équipe de prise en charge d'un patient comprend l'ensemble des intervenants concourant à sa prise en charge.</p> <p>Sa définition est donnée par les articles L.1110-4 et L.1110-12 du Code de la santé publique et par l'arrêté du 25 novembre 2016.</p> <p>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 concourent à la qualité de la prise en charge.</p> <p>Les professionnels qui constituent l'équipe de prise en charge ont vocation à assurer une coordination entre eux, ou via un dispositif d'appui aux parcours complexes ;</p> <p>Pour assurer l'effectivité de la constitution de l'équipe de prise en charge coordonnée, il est demandé que, pour 60% des usagers en cours de prise en charge par un dispositif coordonné, cette équipe comprenne au moins deux professionnels différents.</p>
Valeur cible	Équipe de prise en charge : au moins 2 professionnels différents pour 60% des usagers en cours de prise en charge.
Modalités de calcul	(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
Période	Instant t (date de transmission des informations) Trimestre écoulé
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Retour d'expériences des régions	<p>Région Bretagne</p> <ul style="list-style-type: none"> • La solution comporte la notion de cercle de soins. Il est donc possible de tracer les échanges entre les partenaires (libéraux et structures) qui interviennent dans la prise en charge de l'utilisateur. • Deux modes de constitution du cercle de soins existent : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une constitution assistée : l'annuaire de l'application est asservi à l'annuaire régional, lui-même mis à jour quotidiennement par les répertoires et les fichiers RPPS, Adeli et FINISS. Les utilisateurs de la solution recherchent donc dans une liste existante les acteurs qui composent le cercle de soins. ○ Une alimentation manuelle - cette saisie est possible pour tenir compte d'un éventuel défaut de complétude des annuaires. Cependant cette saisie manuelle ne peut pas être prise en compte dans le calcul de l'indicateur.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ La valeur de l'indicateur affichée est donc inférieure à la valeur réelle de l'indicateur. <p>Région Nouvelle-Aquitaine : la comptabilisation du nombre d'acteurs constituant l'équipe de soins est faite de la manière suivante : un professionnel individuel compte pour un, une structure (comportant potentiellement plusieurs professionnels, comme par exemple un service de soins infirmiers à domicile) compte pour un.</p>
<p>Ressources</p>	<p>Article L.1110-4 du Code de la santé publique (notamment le II et le III) Article L.1110-12 du Code de la santé publique Arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique</p>

Indicateur 6.4b – 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)

Description générale de l'indicateur

Indicateur 6.4b	
Objectifs	S'assurer que les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient utilisent les outils numériques eParcours pour se coordonner.
Définition	Le service numérique eParcours « 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 deux messages émanant de deux professionnels différents sont recensés dans le trimestre écoulé, et ce pour au moins pour 60% des usagers. L'indicateur est calculé sur la base des prises en charges en cours, c'est-à-dire actives et non clôturées lors de l'évaluation de l'indicateur.
Valeur cible	Réseau social : au moins deux messages de deux professionnels différents pour 60% des usagers.
Modalités de calcul	(Nombre de dossiers usagers actifs comprenant au moins 2 publications de messages par 2 professionnels différents dans le trimestre / Nombre de dossiers usagers actifs comprenant des messages) * 100
Période	Instant t (date de transmission des informations) Trimestre écoulé
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l'indicateur

Thématique	Contenu
Retour d'expériences des régions	Dans certaines régions, les échanges entre professionnels s'opèrent principalement autour d'un même dossier de coordination. La notion « d'échanges entre professionnels » est donc difficile à matérialiser, dans la mesure où elle ne passe pas par des envois – réceptions de messages. Cette situation rend difficile le calcul de cet indicateur. Cet outil est difficile à calculer pour les régions. Une approche pour contourner cette difficulté peut s'inspirer de l'expérience suivante : le dossier de coordination comporte des fiches de suivi, qui permettent aux professionnels de l'équipe de soins ou du dispositif d'appui à la coordination de noter et suivre la situation du patient. Dans la mesure où ces fiches de suivi sont partagées entre les professionnels, elles constituent le support des échanges numériques qui sont opérés au sein de l'équipe de soins. Ainsi, indirectement, il est possible de tracer les échanges et de les associer à différents professionnels.

Indicateur 6.5 – Pour 60% des usagers pris en charge par le dispositif d’appui aux parcours complexes un rendez-vous est positionné dans l’agenda de l’usager pour le trimestre écoulé

Cet indicateur est abandonné.

Indicateur 6.6 – Le dispositif d’appui aux parcours complexes utilise un tableau de bord trimestriel de suivi de ses indicateurs et de son activité

Description générale de l’indicateur

Indicateur 6.6	
Objectifs	S’assurer que le dispositif d’appui à la coordination dispose des informations utiles au pilotage de son activité.
Définition	Le tableau de bord est actualisé <i>a minima</i> trimestriellement. Il fait l’objet d’un échange au sein de l’équipe de direction.
Valeur cible	Actualisation trimestrielle du tableau de bord et comptes-rendus des réunions trimestrielles de suivi des indicateurs.
Modalités de calcul	N/A
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Description détaillée de l’indicateur

Ressources	La publication ANAP « Dispositifs d’appui à la coordination - Guide d’indicateurs d’activité et de pilotage » fournit la définition d’un ensemble d’indicateurs permettant de caractériser l’activité des dispositifs d’appui à la coordination. Ces indicateurs ont vocation à figurer dans le tableau de bord de l’indicateur 6.6. Ils peuvent par ailleurs être complétés par d’autres indicateurs utiles au pilotage, qui seraient définis localement dans chaque région.
-------------------	---

3.3. Indicateurs d'usage pour les collectifs de soins coordonnés

Deux indicateurs sont définis dans cette catégorie.

Indicateur 7.1 – Si le collectif de soins utilise un réseau social professionnel : le réseau social professionnel a été utilisé par au moins 40% des professionnels membres du collectif de soins dans le trimestre écoulé

Dans les deux indicateurs 7.1 et 7.2, le terme « collectif de soins » désigne soit une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), soit un groupement coordonné de professionnels constitué dans un cadre spécifique, notamment une expérimentation prévue par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2018.

Description générale de l'indicateur

Indicateur 7.1	
Objectifs	S'assurer que le collectif de soins utilise de façon significative un réseau social professionnel pour se coordonner.
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. Le réseau social professionnel constitue un outil pour l'organisation du collectif de soins et l'animation de son projet territorial (notamment pour une CPTS).
Valeur cible	40% des professionnels de santé adhérents au collectif de soins ont émis un message sur le réseau social professionnel durant le trimestre écoulé.
Modalités de calcul	$(\text{Nombre de professionnels de santé adhérent au collectif de soins ayant posté au moins un message durant le trimestre écoulé} / \text{nombre de professionnels de santé adhérent au collectif de soins}) * 100$ Le collectif de soins devra indiquer la modalité de calcul du nombre de professionnels de santé appartenant au collectif de soins : dénombrement dans un répertoire ou un annuaire, valeur déclarative, autre modalité de calcul.
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

Indicateur 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.

Description générale de l'indicateur

Indicateur 7.2	
Objectifs	L'objectif de cet indicateur est d'apprécier l'usage des services numériques de coordination, notamment le dossier de coordination, au sein des collectifs de soins. Il vise également à définir un niveau d'usage significatif de ces outils.
Problématiques	<p>La nature et la finalité d'un dossier de coordination pour un collectif de soins peuvent répondre à deux objectifs distincts.</p> <p>D'une part, le dossier de coordination peut servir à mettre en œuvre les missions propres du collectif de soins et de son projet territorial. Dans ce cas, il peut viser des problématiques d'accès aux soins, d'organisation collective, de service rendu à une population globale, etc.</p> <p>D'autre part, le dossier de coordination peut outiller la coordination « usuelle » des prises en charge courantes par les professionnels qui constituent l'équipe de soins entourant le patient. Parmi ces professionnels, certains peuvent faire partie d'un collectif de soins. Dans ce cas de figure, le dossier de coordination joue un rôle analogue à celui décrit dans l'indicateur 6.1 (mais en l'absence d'un dispositif d'appui à la coordination des cas complexes).</p> <p>Selon la nature et le périmètre que l'on donne au dossier de coordination d'un collectif, les conditions de mise en œuvre de cet indicateur seront sensiblement différentes.</p>
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.</p> <p>Dans ce cadre, il appartient aux professionnels de santé adhérents au collectif de soins (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.
Modalités de calcul	(nombre de dossiers de coordination actifs actualisés dans le trimestre / nombre de dossiers de coordination actifs) * 100
Période	3 mois révolus
Fréquence	Semestrielle

4. Glossaire

3RIV	<p>Réseau des référents régionaux d'identitovigilance</p> <p>Ce réseau a très largement contribué à établir le référentiel national d'identitovigilance.</p>
ADELI	<p>Répertoire d'enregistrement des professionnels de santé dont l'activité est réglementée par le Code de la santé publique</p> <p>L'acronyme signifie Automatisation DEs Listes.</p>
CI-SIS	<p>Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé</p> <p>Documentation de référence pour la définition des règles sémantiques et techniques d'interopérabilité applicables dans le domaine de la santé.</p>
CPTS	<p>Communauté Professionnelle Territoriale de Santé</p> <p>Les communautés professionnelles territoriales de santé ont pour rôle de coordonner les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile.</p> <p>Dispositif créé par la Loi de Modernisation du Système de Santé du 26 janvier 2016 (article 65)</p>
DAC	<p>Dispositif d'Appui à la Coordination</p> <p>Les Dispositifs d'Appui à la Coordination ont été créés par l'article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui prévoit l'intégration des dispositifs d'appui aux parcours complexes (réseaux de santé, MAIA, PTA, CTA, PAERPA ou encore CLIC), au sein d'un dispositif d'appui unique.</p>
DGOS	<p>Direction Générale de l'Offre de Soins</p>
DMP	<p>Dossier Médical Partagé</p> <p>Le Dossier médical partagé (DMP) est un dossier de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé (traitements, résultats d'examens, allergies, ...) de tout bénéficiaire de l'Assurance maladie.</p> <p>Il permet de les partager avec les professionnels de santé, selon les choix du patient.</p>
DPO	<p>Délégué à la Protection des Données</p> <p>Le délégué à la protection des données (DPO) est une fonction définie par le règlement européen sur la protection des données (RGPD), qui conseille et accompagne les organismes qui le désignent dans leur conformité au RGPD.</p>

FINES	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux Fichier qui assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques des secteurs sanitaires et médico-sociaux porteurs d'une autorisation ou d'un agrément.
GRADeS	Groupement Régional d'Appui au Développement de la eSanté Structures créées par l'instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région.
HAD	Hospitalisation à Domicile - Typologie d'activité hospitalière
HAS	Haute Autorité de Santé Autorité publique indépendante à caractère scientifique, la Haute autorité de santé (HAS) vise à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des personnes. Elle a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. https://www.has-sante.fr/
HOP'EN	Hôpital numérique ouvert sur son environnement Programme national pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers Défini par l'instruction N° DGOS/PF5/2019/32 du 12 février 2019 relative au lancement opérationnel du programme HOP'EN.
INS	Identifiant National de Santé Identifiant numérique attribué à tout bénéficiaire de l'Assurance maladie en France . Les données de santé à caractère personnel sont associées à l'identifiant national de santé de la personne à laquelle elles se rapportent, dans le but notamment de renforcer la sécurité des informations et l'identitovigilance. L'article L. 1110-4 du Code de la santé publique définit le Numéro Inter-Régimes comme identifiant national de santé.
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique - Typologie d'activité hospitalière
MSS	Messagerie Sécurisée de Santé Système de messagerie électronique dédié au domaine de la santé.
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire nationale d'identification des personnes physiques. Communément appelé « numéro de sécurité sociale ».
PPCS	Plan Personnalisé de Coordination en Santé Le Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) est un outil de coordination générique, établi par la Haute autorité de santé (HAS), pour l'ensemble des acteurs. Il vise à améliorer le parcours de santé de l'utilisateur. Il planifie et personnalise les prises en charge complexes. Il favorise le développement d'une culture de la coordination, en matérialisant les bonnes pratiques collectives autour des situations complexes, et en encourageant leur diffusion. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

PSY	Psychiatrie - Typologie d'activité hospitalière
RGPD	Règlement Général pour la Protection des Données Règlement européen qui encadre le traitement des données personnelles sur le territoire de l'Union européenne. https://www.cnil.fr/fr/rgpd-et-professionnels-de-sante-liberaux-ce-que-vous-devez-savoir
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources Le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) constitue le référentiel des ressources de santé au sens large (sanitaires, médico-sociales, voire sociales) auxquelles peuvent avoir recours les professionnels de tous secteurs intervenant dans le parcours de soins d'une personne. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/repertoire-operationnel-des-ressources-ror
SNAC ou SNC	Services Numériques d'Appui à la Coordination ou Services Numériques de Coordination Outils numériques destinés à renforcer la coordination des parcours de santé. Le déploiement de ces outils est porté par le programme eParcours
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation - Typologie d'activité hospitalière
USLD	Unité de Soins de Longue Durée - Typologie d'activité hospitalière
VSM	Volet de Synthèse Médicale

5. Remerciements

Plusieurs référents régionaux du programme eParcours, intervenant au sein des agences régionales de santé ou des groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé, ont contribué à la production de cette publication et apporté leur retour d'expériences.

DOERFLER	Matthieu	e-Santé Auvergne Rhône-Alpes
RIOU	Christian	e-Santé Bretagne
DELAVEAU	Hélène	ARS Bretagne
GUITON	Cyril	e-Santé Bourgogne-Franche-Comté
COUNIL	Caroline	ARS Bourgogne-Franche-Comté
BLOT	Emmanuel	e-Santé Centre-Val de Loire
HOENNER	Typhaine	e-Santé Centre-Val de Loire
HUSSELSTEIN	Alain	ARS Corse
JAISSON	Guillaume	e-Santé Grand-Est
LELEU	Vincent	e-Santé Grand-Est
CIUFFINI	Sabine	ARS Guadeloupe
BILLARD	Zety	ARS Guyane
MUNCH	Hayla	e-Santé Hauts de France
ROUQUET	Ronan	ARS Hauts-de-France
GUIBERT	Emmanuel	ARS Hauts-de-France
Dr. BENSALAH	Nourdine	e-Santé Ile-de-France
MEZAOUR	Naima	e-Santé Ile-de-France
Dr. DOLVECK	François	e-Santé Ile-de-France
LECOMTE	Lionel	ARS La Réunion
MILIA	Louise	e-Santé Martinique
HIRTZ	Prisca	e-Santé Normandie
HAUCHARD	Karine	e-Santé Normandie
VERNOUILLET	Thomas	e-Santé Normandie
CHAMBERLAND	Gilles	ARS Normandie
MAUFRAIS	Laure	e-Santé Pays de la Loire
RETAUD	Jean-Loïc	ARS Pays de la Loire
GEFFROY	Bernard	ARS Pays de la Loire
Dr. ORHOND	Céline	e-Santé PACA
BRESSON	Benoit	e-Santé PACA
GOMEZ	Hélène	e-Santé PACA
CURTO	Christophe	ARS PACA
DELPLANQUE	Sylvie	CH Calais - Expert ANAP
DELAPORTE	Nicolas	CHU Toulouse - Expert ANAP

Auteur de la publication

Yves Beauchamp - ANAP