



**MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Délégation ministérielle Direction générale  
au numérique en santé de l'offre de soins



Financé par  
l'Union européenne  
NextGenerationEU

# Guide des indicateurs d'usage

*Document d'information*

Programme SUN-ES - volet 1 et 2

INSTRUCTION N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167  
du 26 juillet 2021

INSTRUCTION N° DGOS/PF5/DNS/2022/40 du 9 février  
2022

INSTRUCTION N° DGOS/PF5/DNS/2022/84 du 29 mars  
2022

Statut :  
Validé

Classification :  
Publique

Mise à jour :  
**Septembre 2022**



## Objet du document

Le présent document constitue le guide des indicateurs d'usage du programme Ségur Usage Numérique en Etablissements de Santé (SUN-ES) – Volets 1 et 2. Ce guide est disponible sur le site internet du Ministère de la Santé et de la Prévention. Il est à consulter avec les instructions N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167, N°DGOS/PF5/DNS/2022/40 du 9 février 2022, N° DGOS/PF5/DNS/2022/84 du 29 mars 2022, INSTRUCTION N° DGOS/PF5/DNS/2022/84 du 29 mars 2022, relatives au Programme SUN-ES,

## Table des matières

<b>Table des matières</b> .....	<b>2</b>
<b>Le Ségur de la Santé : une opportunité d'accélérer la mise en œuvre de la feuille de route nationale du numérique en santé</b> .....	<b>4</b>
Une enveloppe historique de 2 milliards d'euros pour soutenir l'accélération du numérique en santé .....	4
Le Ségur numérique : un enjeu prioritaire autour de la mise à disposition de l'espace de santé numérique citoyen « Mon espace santé » .....	5
Des mesures incitatives qui permettront de générer des résultats à inscrire dans la durée .....	5
<b>Programme de financement à l'usage destiné aux établissements sanitaires</b> .....	<b>6</b>
Objectifs du programme .....	6
Un programme dont les exigences se structurent autour de prérequis et d'indicateurs d'usage .....	7
Présentation des prérequis sur le volet 1 et 2 .....	7
Présentation des indicateurs d'usage du volet 1 et 2 .....	8
<b>Description de la méthode de construction des indicateurs d'usage</b> .....	<b>9</b>
Une démarche de co-construction impliquant l'ensemble des parties prenantes de l'écosystème hospitalier.....	9
Principes et caractéristiques des indicateurs d'usage .....	10
Structure des fiches descriptives des indicateurs d'usage.....	11
<b>Présentation des cibles d'usage pour chacun des indicateurs d'usage du volet 1 et 2</b> .....	<b>12</b>
Notions essentielles pour produire les indicateurs d'usage .....	13
Définition de la notion de séjour.....	13
Lien entre la période d'observation des indicateurs et la notion de séjours.....	14
Précisions sur les exigences techniques nécessaires à l'atteinte des cibles d'usage.....	15
Pour le Volet 1 : alimentation du DMP.....	15
Pour le Volet 2 : usage de la messagerie sécurisée de santé .....	16
<b>Fiches détaillées des indicateurs d'usage</b> .....	<b>17</b>
Les indicateurs d'usage du volet 1 .....	17
Domaine 1 : Documents de sortie.....	17
Domaine 2 : Biologie médicale .....	26
Domaine 3 : Imagerie .....	28
Les indicateurs d'usage du volet 2 .....	30

Domaine 4 : échanges de données de santé.....	30
<b>Les justificatifs demandés dans l’Observatoire des Systèmes d’Information de santé.....</b>	<b>34</b>
Pour les indicateurs du domaine 1 – documents de sortie.....	34
Pour les indicateurs du domaine 2 – biologie .....	34
Pour les indicateurs du domaine 3 – imagerie.....	34
Pour les indicateurs du domaine 4 – messagerie sécurisée de santé.....	34

### **Mises à jour apportées sur la version de septembre 2022**

Précision sur les cas pour lesquels le DMP peut ne pas être « ouvert »	Page 13
Mise à jour de la notion de séjours pour la HAD	Page 14
Dans chacune des fiches indicateurs, éclairage sur les pièces justificatives demandées à l’établissement dans l’oSIS	De page 18 à 34
Dans chacune des fiches indicateurs du volet 1 « alimentation du DMP », précision du type code à associer aux documents qui alimentent le DMP	De page 18 à 30
Précisions pour dénombrer les DMP ouverts et non ouverts sur la période d’observation de l’indicateur	Page 26
Précisions sur l’exigence de production d’un CR de biologie au format PDF, en sus du CDAR2N3	Page 29
Synthèse des pièces justificatives demandées pour chaque indicateur dans l’oSIS	Page 36

# Le Ségur de la Santé : une opportunité d'accélérer la mise en œuvre de la feuille de route nationale du numérique en santé

## Une enveloppe historique de 2 milliards d'euros pour soutenir l'accélération du numérique en santé

---

En juillet 2020, le Ségur de la santé a été un moment clé pour le système de santé français, alors que ce dernier était confronté à une crise épidémique inédite. Il a en effet permis à ses différents acteurs – soignants, patients, administrations - de se réunir autour d'une même table, et d'identifier les principales pistes de modernisation de notre système de santé.

De cette concertation a émergé un certain nombre de conclusions à partir desquelles les pouvoirs publics ont établi un plan d'actions structuré autour de 4 piliers :

- Pilier 1 : Transformer les métiers, et revaloriser les soignants ;
- Pilier 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins ;
- Pilier 3 : Simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé ;
- Pilier 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

C'est dans le cadre du pilier 2 qu'est énoncée la nécessité d'investir massivement dans le numérique pour rattraper le retard de la France dans la modernisation, l'interopérabilité, la réversibilité, la convergence et la sécurité des systèmes d'information en santé.

Cette nécessité se traduit alors par la mise à disposition d'une enveloppe de financement historique de 2 milliards d'euros, entièrement soutenue par le Plan de Relance et Résilience Européen. Cette enveloppe se répartissant de la manière suivante :

- 1,4 milliards d'euros pour le partage de données de santé clé (sur 3 ans) ;
- 600 millions d'euros dédiés au secteur du médico-social (sur 5 ans).

Les investissements majeurs consentis doivent permettre d'accélérer la mise en œuvre de la feuille de route « accélérer le virage numérique » et bâtir in fine un parcours de santé coordonné à l'aide de services numériques ergonomiques, interopérables et faciles d'usage pour les professionnels de santé. Ces services doivent par ailleurs garantir l'accès de la personne à ses propres données de santé et préparer au mieux le déploiement en janvier 2022 de l'Espace Numérique de Santé (ENS), appelé également « Mon espace santé », l'outil phare du citoyen pour être acteur de sa santé.

Ainsi, les efforts à soutenir en matière de numérique, se concentrent sur les priorités suivantes :

- L'intégration des fondations numériques régaliennes, notamment l'identifiant national de santé, le cadre de sécurité et d'interopérabilité, la messagerie sécurisée et le dossier médical partagé. Cette priorité devra être soutenue auprès de toutes les parties prenantes (établissements, industriels, plateaux techniques...). Elle permettra le développement et le déploiement d'une offre logicielle de qualité.
- Le développement de cas d'usage prioritaires comme le partage de l'histoire médicale du patient, le lettre de liaison et les résultats de biologie et d'imagerie, afin de s'assurer de l'accès effectif du citoyen à ses données de santé et à leur partage entre professionnels.

Ces enjeux sont poursuivis au travers d'un programme national piloté par la Délégation ministérielle du Numérique en Santé (DNS) : **le Ségur numérique**.

## **Le Ségur numérique : un enjeu prioritaire autour de la mise à disposition de l'espace de santé numérique citoyen « Mon espace santé »**

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'espace numérique citoyen, appelé **Mon espace santé** proposera à l'ensemble des usagers de notre système de soin :

- **Une messagerie sécurisée** permettant des échanges d'informations et de documents (ordonnances, photos...) entre l'usager et les professionnels qui interviennent dans son parcours de soin.
- **Un agenda** permettant de consolider les différents événements de santé : rendez-vous médicaux, hospitalisations, rappels, etc. Ces événements pourront être alimentés par les services de prise de rendez-vous, les portails des établissements et l'usager lui-même.
- **Un catalogue de services** référencés / labellisés par la puissance publique ("store" Mon espace santé), l'usager pourra choisir de partager les données de santé de Mon espace santé avec les applications de son choix.

La mise en place d'un tel espace implique de travailler en amont sur :

- La généralisation de l'échange et du partage fluide et sécurisé des données de santé : Il s'agit d'accélérer de façon significative la feuille de route du numérique en santé, en passant de 10 millions à 500 millions de documents médicaux échangés ou partagés d'ici 2 ans ;
- La fédération de l'ensemble des acteurs de santé intervenant dans des parcours de santé coordonnées.

### **Des mesures incitatives qui permettront de générer des résultats à inscrire dans la durée**

Le Ségur numérique offre deux financements distincts et indépendants :

- Le dispositif SONS (Système Ouvert et Non Sélectif) d'achat de l'Etat pour les comptes des acteurs de l'offre de soins : ce dispositif aide les établissements à acquérir et déployer des versions logicielles référencées Ségur, c'est-à-dire respectant l'ensemble des exigences Ségur édictées dans les Dossiers de Spécifications de Référencement (DSR). Plus précisément, il repose sur un mécanisme « d'achat pour compte », où l'Etat finance des prestations d'équipement logiciel pour le compte d'établissements de santé. Pour plus d'informations : <https://esante.gouv.fr/segur-de-la-sante/hopital>
- Le financement forfaitaire à l'atteinte de cibles d'usage : en miroir de ce dispositif SONS, le financement forfaitaire à l'atteinte de cibles d'usage vise à accompagner les établissements de santé et les professionnels de santé autour de l'accélération des usages numériques : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>

La dynamique obtenue grâce à ces 2 leviers incitatifs doit s'inscrire dans la durée, en établissant des règles pérennes et de nature plus coercitive. Ainsi :

- Concernant le financement à l'équipement, le dispositif SONS : les exigences fixées dans les Dossiers de Spécifications de Référencement (DSR) pour les éditeurs seront rendues opposables pour chaque système d'information de santé.
- Concernant le financement forfaitaire à l'atteinte de cibles d'usage SUN-ES : les indicateurs qui déterminent ce financement auront vocation à être intégrés, après concertation, de manière pérenne au référentiel d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) ainsi qu'au système de calcul déterminant le forfait structure.

# Programme de financement à l'usage destiné aux établissements sanitaires

## Objectifs du programme

---

Le programme SUN-ES pour « Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé » vise à poursuivre les efforts pour amener l'ensemble des établissements sanitaires – quels que soient leur statut, leur taille et leur activité – vers un plus grand niveau de maturité de leur système d'information, nécessaire pour assurer une meilleure prise en charge des patients grâce à l'échange et au partage sécurisé de leurs données.

Le montant alloué au financement de ce programme s'élève à 210M€ sur 3 ans (2021-2022-2023) dédiés exclusivement aux établissements sanitaires et entièrement financés par le Plan de Relance et Résilience Européen.

Le programme SUN-ES se situe dans le prolongement du programme HOP'EN et privilégie la production et la transmission de documents de santé dans le but d'enrichir, via le DMP, le nouvel espace numérique de santé « Mon espace santé » qui sera ouvert à tout citoyen français dès le début de l'année 2022. Il vise également à promouvoir l'usage des messageries sécurisées de santé dans l'espace de confiance MS Santé.

Le programme SUN-ES s'inscrit dans les grands principes du volet numérique du Ségur et particulièrement celui d'**une vision centrée sur les usages et d'une dimension inclusive pour l'ensemble des établissements sanitaires**. Il contribue ainsi à la généralisation de l'échange et du partage fluide et sécurisé des données de santé afin d'accélérer les usages, en passant de 10 millions à 500 millions de documents médicaux échangés ou partagés par an d'ici 2023.

Les usages ciblés par le programme se structurent en 2 volets :

- Le Volet 1 « **alimentation du DMP** » vise à soutenir le partage de documents de santé à travers l'alimentation du DMP et par extension, l'alimentation de « Mon espace santé ». Ce premier volet se décompose en 3 domaines :
  - Documents de sortie ;
  - Biologie médicale ;
  - Imagerie.
- Le Volet 2 « **usage de la messagerie sécurisée de santé (MSS)** » tant auprès des professionnels de santé que des patients :
  - Renforcement des usages autour de la messagerie sécurisée de santé professionnelle<sup>1</sup> (MSS professionnelle) ;
  - Mise en œuvre de la messagerie sécurisée de santé citoyenne (MSS citoyenne) : il s'agit d'une messagerie accessible depuis « Mon espace santé » qui permettra aux professionnels de santé et établissements de correspondre avec les patients. Compte tenu du caractère nouveau de la messagerie sécurisée citoyenne, une phase d'expérimentation de la MSS citoyenne a été conduite dans 3 départements pilotes (Somme, Loire Atlantique et Haute Garonne) entre septembre et décembre 2021. Cette phase d'expérimentation est suivie d'une phase de généralisation du déploiement de la MSS Citoyenne à l'ensemble des établissements à partir de juillet 2022.

Les usages ciblés font l'objet d'exigences qu'il est nécessaire d'atteindre si les établissements souhaitent bénéficier de soutiens financiers. Ces exigences se structurent en prérequis et en indicateurs d'usage, décrits ci-après.

Trois instructions ministérielles ont été publiées respectivement au mois d'août 2021 et février 2022 afin de fixer le cadre de financement des établissements qui s'engagent dans le programme SUN-ES- **Instructions N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167, N°DGOS/PF5/DNS/2022/40 du 9 février 2022, N° DGOS/PF5/DNS/2022/84 du 29 mars 2022.**

La Délégation du Numérique en Santé (DNS) qui pilote le Ségur numérique a confié à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) le pilotage opérationnel du programme SUN-ES. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont quant à elles, chargées du suivi opérationnel de ce programme au niveau régional, en articulation avec la DGOS.

---

<sup>1</sup> Pour plus d'informations sur la messagerie sécurisée professionnelle, consulter le lien suivant : <https://esante.gouv.fr/securite/messageries-de-sante-mssante>

## Un programme dont les exigences se structurent autour de prérequis et d'indicateurs d'usage

---

A l'instar du programme HOP'EN, des prérequis et des indicateurs d'usage permettent de mesurer l'atteinte du niveau de maturité attendue par les pouvoirs publics en matière d'échange et de partage de données de santé.

### Présentation des prérequis sur le volet 1 et 2

---

- 7 prérequis ont été définis : 6 sur le volet 1 (DMP) et 1 sur le volet 2 (MSS)

#### **Sur le volet 1 :**

- **2 sur l'identitovigilance :**
  - Cellule d'identitovigilance opérationnelle (reprise à l'identique du P1.2 HOPEN)
  - Appropriation du référentiel national d'identitovigilance (RNIV 1 et RNIV 2) → nouveau pré requis par rapport à HOP'EN
- **2 sur la sécurité :**
  - Présence d'une politique de sécurité et d'un plan d'action SSI réalisé ainsi que l'existence d'un responsable sécurité (reprise à l'identique du P2.4 HOP'EN)
  - Cybersécurité avec la réalisation d'un audit externe de cybersurveillance au sein de l'établissement (extension du P2.5 HOP'EN)
- **2 sur l'échange et le partage d'informations médicales :**
  - La capacité du SIH à alimenter le DMP (reprise à l'identique du P4.1 HOP'EN)
  - L'existence d'une messagerie opérationnelle intégrée à l'espace de confiance MS Santé (reprise à l'identique du P4.3 HOP'EN).

#### **Sur le volet 2 :**

- **1 sur l'échange et le partage d'informations médicales :**
  - La capacité technique de l'établissement de santé d'envoyer et de recevoir un message test vers/depuis la MSS citoyenne.

Le processus de candidature est décrit dans le document « présentation détaillée du programme SUN-ES » téléchargeable depuis le lien suivant : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>

## Présentation des indicateurs d'usage du volet 1 et 2

### Sur le volet 1 :

Le volet 1 – Alimentation du DMP – compte 6 indicateurs :

<b>DS1.1</b> : Alimentation du DMP en lettre de liaison (LDL)	Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté d'une lettre de liaison de sortie au format CDA R2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée.
<b>DS1.2</b> : Alimentation du DMP en ordonnance de sortie	Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté d'au moins une ordonnance de sortie au format CDA R2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée.
<b>DS1.3</b> : Alimentation du DMP en compte-rendu opératoire (CRO) - BONUS	Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté d'un compte-rendu opératoire au format CDA R2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée.
<b>DS1.4</b> : Alimentation du DMP en documents historiques du DPI BONUS	Parmi les patients déjà venus, taux de séjours pour lesquels au moins un document datant d'un ancien séjour a fait l'objet d'une alimentation au DMP, avec une INS qualifiée.
<b>DS2.1</b> : Alimentation du DMP en CR de biologie médicale	Taux de CR d'examens de biologie médicale structurés au format CDA R2 niveau 3 transmis au DMP avec une INS qualifiée.
<b>DS3.1</b> : Alimentation du DMP en CR d'imagerie	Taux de CR d'examens d'imagerie structurés au format CDA R2 niveau 1 transmis au DMP avec une INS qualifiée.

### Sur le volet 2 :

Le volet 2 – Usage de la Messagerie Sécurisée de Santé – compte 3 indicateurs :

<b>DS 4.1</b> : Envoi de documents de santé aux correspondants de santé via la messagerie sécurisée de santé professionnelle	Taux de correspondants équipés d'une messagerie sécurisée professionnelle auxquels des documents de santé référencés avec une INS qualifiée et structurés au format CDA R2 ont été transmis.
<b>DS 4.2</b> : Envoi de messages aux patients via la messagerie sécurisée de santé citoyenne	Taux de séjours pour lesquels un message a été envoyé au patient par la MSS citoyenne (avec ou sans pièce jointe)
<b>DS 4.3</b> : Présentation de la messagerie sécurisée citoyenne en Commission Médicale d'Etablissement (CME) ou équivalent	Présentation par l'établissement des fonctionnalités de la messagerie sécurisée de santé citoyenne en CME (ou instance équivalente dans les GHT et les établissements privés) ainsi que les cas d'usage pressentis

## Description de la méthode de construction des indicateurs d'usage

### Une démarche de co-construction impliquant l'ensemble des parties prenantes de l'écosystème hospitalier

---

En s'appuyant sur le retour d'expérience du programme HOP'EN et au regard des enjeux du Ségur numérique, les indicateurs d'usage ont été définis au cours d'ateliers de co-construction avec les acteurs de l'écosystème hospitalier sur les périodes suivantes :

- Le 13 avril et le 29 juin 2021 pour le volet 1 ;
- Le 19 octobre et le 10 décembre 2021 pour le volet 2.

Les acteurs qui ont participé à ces ateliers sont listés ci-dessous :

- **FHF** : Alexandre Mokede (Représentant FHF - SI) ; Enguerrand Habran (Représentant FHF - SI) ; Cécile Chevance (Représentante FHF) ; Kathia Barro (Représentante FHF) ; Valérie Altuzarra (DSI CHU de Bordeaux), David Cuzin (DSI GHT Atlantique 17)
- **FEHAP** : Laurent Pierre (Représentant FEHAP) ; Christophe Nicolai (Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph) ; Laurent Uttscheid (Aider Santé) ; Jean-Pierre Grangier (Calydial) ; Gregory Chevalier (Anider)
- **UNICANCER** : Emmanuel Reyrat (Représentant UNICANCER) ; Thierry Durand (Centre Léon Berard)
- **FHP** : Bertrand Sommier (Représentant FHP) ; Christian Prudhomme (Clinique Saint Didier) ; Olivier Boixière (Vivalto) ; Pierre-André Thubet (Elsan), Dider Baty (Saint Gatien)
- **FNEHAD** : Anastasia Strzyk (Représentant FNEHAD) ; Karine Alouis (Représentante FNEHAD), Vincent Hubert (HAD France) ; Guillaume Coquet (Santelys) ; Olivier Salze (HAD Aven à l'Étel)
- **ASINHPA** : Mostafa Lassik ; Charlotte Hammel ; Jérôme Manzanares ; Elise Guittard
- **Numéum** : Mariane Cimino ; Lucile Lecomte ; Erick Vert Franck Toufaily ; Guillaume Lescar
- **Les ARS** : Bertrand Lerhun (ARS Bourgogne Franche Comté), Dominique Pierre (ARS Centre Val de Loire), Laurent Simon (ARS PACA), Benoit Normand (ARS Hauts de France), Bernard Geffroy (ARS Pays de la Loire), Marie Christine Labes (ARS Occitanie)
- **ANS** : Nolwenn François ; Jean-Christophe Turbatte ; Anne Lorin ; Anne Benayoune ;
- **DNS** : Jean-Baptiste Lapeyrie ; Clara Morlière
- **DGOS** : Caroline Le Gloan ; Michel Raux ; Inès Ghouil

Les participants ont également eu la possibilité de faire leurs retours et suggestions hors séance sur cette même période.

## Principes et caractéristiques des indicateurs d'usage

---

Plusieurs lignes directrices ont guidé la définition des indicateurs des volets 1 et 2 retenus dans le cadre du programme SUN-ES :

- **Un nombre d'indicateurs restreint** concentrés sur l'alimentation des outils socles que sont le DMP et la MSS ;
- Des indicateurs **simples** afin d'en faciliter l'appropriation par les établissements, les éditeurs et les ARS avant le dépôt d'une candidature ;
- **En cohérence avec les indicateurs HOP'EN** et leurs seuils d'éligibilité pour accompagner progressivement la montée en maturité des infrastructures indispensables à l'échange et au partage de données de santé dans un cadre sécurisé.

Selon les bonnes pratiques qui s'appliquent à des prérequis dans une démarche qualité, les indicateurs définis sont :

- **Universels**, c'est-à-dire communs à tous les établissements (quels que soient leur taille, statut et type d'activité),
- **Mesurables**,
- **Produits par les systèmes d'information des établissements** ou leur documentation associée,
- **Vérifiables** au niveau national,
- **Jugés atteignables**,
- **Conformes** aux référentiels existants (par exemple : référentiel d'interopérabilité) et aux règles de l'art.

A chaque indicateur est associée une cible d'atteinte décrite dans les fiches descriptives des indicateurs d'usage (cf. document plus bas).

## Structure des fiches descriptives des indicateurs d'usage

De même que dans le programme HOP'EN, les indicateurs d'usage du programme SUN-ES sont décrits dans des fiches regroupées par domaine. Une introduction décrit le domaine concerné ainsi que les objectifs des indicateurs retenus. Les fiches descriptives des indicateurs sont établies sur le modèle suivant :

- Libelle de l'indicateur,
- Définition de l'indicateur,
- Production de l'indicateur,
- Restitution de l'indicateur.

<b>Domaine</b>	<b>Intitulé du domaine de l'indicateur</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Libellé de l'indicateur</b>

Définition de l'indicateur	
<b>Définition</b>	Définition de l'indicateur
<b>Déclinaison GHT</b>	Déclinaison de l'indicateur au périmètre GHT
<b>Valeur cible</b>	Valeur en-deçà de laquelle un établissement de santé ou GHT ne satisfait pas aux exigences de l'indicateur
<b>Evolution HOP'EN/Séjour</b>	Progression entre l'indicateur du programme HOP'EN et celui présent dans le programme SUN-ES (nouvel indicateur, augmentation du seuil d'éligibilité, etc.).
<b>Textes de référence / Liens utiles</b>	
Production de l'indicateur	
<b>Unité</b>	Unité de mesure utilisée pour restituer la valeur de l'indicateur
<b>Modalité de calcul</b>	Formule de calcul, point méthodologique sur la construction et les modalités de recueil des valeurs d'indicateur
<b>Période</b>	Période de référence pour le calcul de l'indicateur
<b>Fréquence</b>	Fréquence minimale à laquelle doit être mesuré et transmis
Restitution de l'indicateur	
<b>Remontée de l'information</b>	Outil sur lequel les documents justificatifs doivent être déposés
<b>Documents justificatifs</b>	Liste des documents à fournir par l'établissement pour justifier de l'atteinte des valeurs cibles de l'indicateur
<b>Audit</b>	Exemples de modalités de vérification et de justification des informations <i>ex-post</i> pouvant faire l'objet d'un contrôle (liste non exhaustive)

## Présentation des cibles d'usage pour chacun des indicateurs d'usage du volet 1 et 2

Afin d'inciter les établissements à rapidement adopter les usages soutenus par le programme SUN-ES, a été introduit le principe de progressivité des cibles : ainsi, au plus tôt s'engage l'établissement dans le programme, au plus bas seront les cibles d'usage à atteindre. Cette règle de progressivité des cibles dans le temps s'applique aux volets 1 et 2.

Ci-dessous est explicité le seuil des cibles d'usage pour chacun des indicateurs des volets 1 et 2 et pour chacune des fenêtres de financement.

**Sur le volet 1 « Alimentation du DMP », on obtient les cibles d'usage suivantes :**

Fenêtre de mesure		S1 2022	S2 2022	S1 2023	S2 2023
Domaine 1 Documents de sortie	Alimentation du DMP en lettre de liaison (LDL)	49%	59%	64%	69%
	Alimentation du DMP en ordonnance de sortie	40%	48%	59%	63%
	Alimentation du DMP en compte rendu opératoire (CRO) - BONUS	49%	59%	64%	69%
	Alimentation du DMP documents historiques du DPI - BONUS	/	50%	50%	50%
Domaine 2 Biologie	Alimentation du DMP en CR de biologie (CDAR2 niveau 3)	45%	54%	59%	63%
Domaine 3 Imagerie	Alimentation du DMP en CR d'imagerie	45%	54%	59%	63%

**NB :**

- **L'indicateur Compte-Rendu Opératoire (CRO) ne s'applique qu'aux établissements ayant une activité chirurgicale**, donc donnant lieu à la production de comptes-rendus opératoires. L'atteinte de cet indicateur permet de bénéficier d'un bonus de 10% par rapport au forfait de financement de l'établissement sur le domaine 1.
- **Pour les structures de HAD, l'indicateur « ordonnance de sortie » concernent les HAD qui produisent des ordonnances de sortie.** Une attestation sur l'honneur est demandée en cas de production d'aucune ordonnance de sortie pendant la période d'observation de l'indicateur.
- **Les indicateurs d'alimentation du DMP sont calculés sur la base des séjours de patients disposant d'un DMP** - que cette information soit collectée à l'admission du patient ou lors de la tentative d'alimentation des documents.
- Avec la création automatique des comptes Mon espace santé, une grande majorité des patients a désormais un DMP. Toutefois, il existe des patients qui n'en ont pas et qu'il ne faut pas prendre en compte dans le calcul des indicateurs, **notamment ceux qui se seraient opposés à la création automatique de leur compte, ceux qui ont choisi de le fermer, ou ceux qui s'opposent à son alimentation.** Voilà pourquoi la recherche par le SI de l'établissement d'un DMP ouvert ou non est indispensable.

**Sur le volet 2 « Usage de la messagerie sécurisée de santé », on obtient les cibles d'usage suivantes :**

Fenêtre de candidature	Fenêtre 1 S1 2022	Fenêtre 2 S2 2022	Fenêtre 3 S1 2023	Fenêtre 4 S2 2023
<b>DS4.1 :</b> Envoi de documents de santé aux correspondants de santé via la messagerie sécurisée de santé professionnelle	/	42%	49%	56%
<b>DS4.2 :</b> Envoi de messages aux patients via la messagerie sécurisée de santé citoyenne	/	42%	49%	56%
<b>DS4.3 :</b> Présentation de la messagerie sécurisée citoyenne en Commission Médicale d'Établissement (CME) ou équivalent	/	OUI	OUI	OUI

*Notions essentielles pour produire les indicateurs d'usage*

*Définition de la notion de séjour*

Il est apparu au fil de la concertation pour le volet 1 que la définition d'un séjour varie selon l'activité considérée. Certaines activités, telles que la dialyse, la radiothérapie ou la psychiatrie, ont des séjours qui ne se caractérisent pas par une date d'entrée et une date de sortie mais peuvent être le regroupement de plusieurs séances ou venues.

**Dans le cadre du recueil des indicateurs d'usage SUN-ES**, il est demandé aux établissements d'appliquer la définition des séjours suivantes :

*Activité Définition de la notion de « séjour » dans le cadre du recueil des indicateurs SUN-ES*

<i>MCO SSR</i>	Un séjour se caractérise par une date d'entrée et une date de sortie.
<i>PSY</i>	Un séjour est caractérisé par une date d'entrée et une date de sortie et peut comprendre plusieurs venues du patient.
<i>HAD</i>	Séjour de patients adultes, hospitalisés au moins 8 jours,
<i>Radiothérapie Chimiothérapie</i>	Un séjour est une <b>succession d'au moins 3 séances</b> en moins de 3 mois.
<i>MRC - Dialyse</i>	Un séjour couvre une période de 4 mois, au cours de laquelle ont eu lieu au moins 3 séances de dialyse, au sein de la même structure juridique.

Le fil rouge retenu pour la définition de séjour est le moment où la lettre de liaison doit être produite par l'établissement en vue de la continuité de la prise en charge du patient. **Il est donc possible pour certaines activités de regrouper plusieurs séances ou venues en un seul séjour** comme décrit dans le tableau ci-dessus.

La notion de séjour ainsi décrite vaut pour SUN-ES. Si un établissement a pour habitude de déterminer autrement ses séjours à des fins de facturation notamment, il devra en revanche appliquer la définition ci-dessus pour le recueil des indicateurs SUN-ES.

Le nombre de séjours peut être calculé à partir des données du PMSI ou de la GAP/GAM.

**Il est demandé à l'établissement de justifier de sa notion de séjour**, au regard des définitions proposées plus haut, lors de la saisie des indicateurs dans l'oSIS.

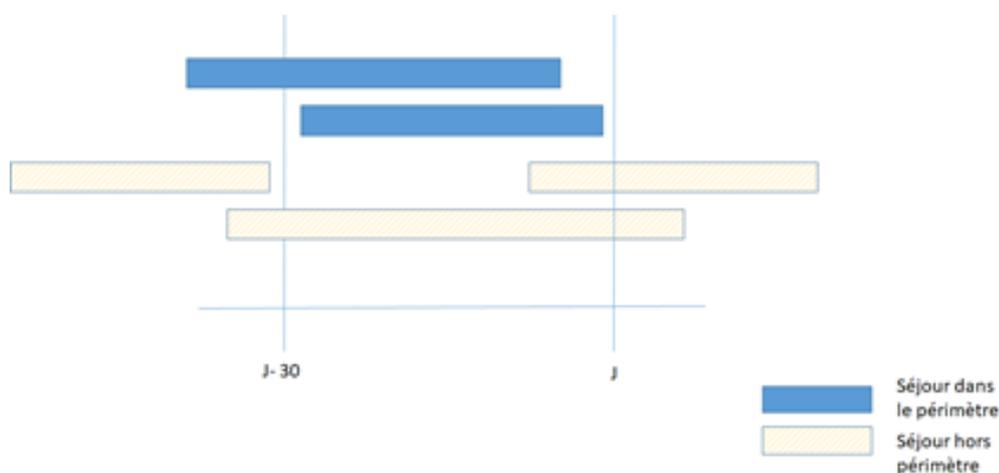
**A noter que les passages aux urgences ne donnant pas lieu à une hospitalisation ne sont pas intégrés dans les séjours à comptabiliser.**

### Lien entre la période d'observation des indicateurs et la notion de séjours

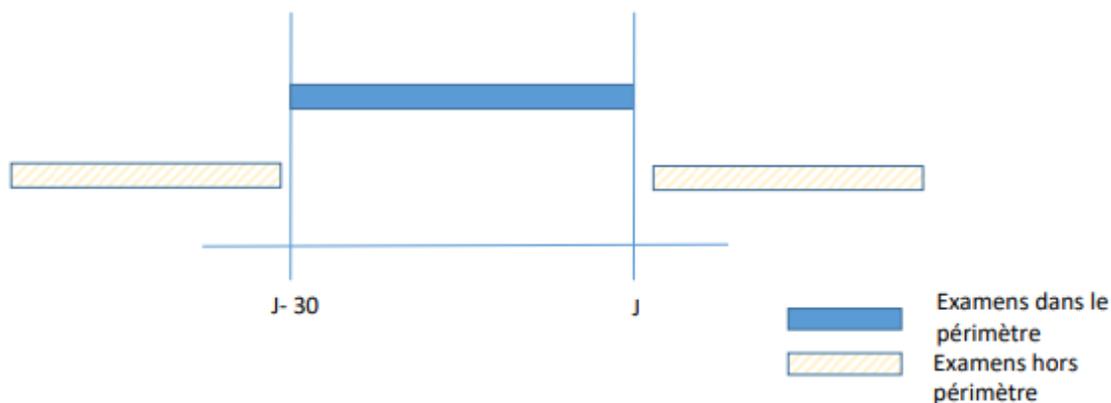
La période d'observation correspond à la période durant laquelle on comptabilise les séjours ayant donné lieu à une alimentation du DMP en documents de santé référencés avec une INS qualifiée. Elle est de 1 mois pour tous les indicateurs et pour toutes les structures, quelle que soit leur activité.

**La période d'observation est à distinguer de la notion de séjours.** Pour prendre en compte les prises en charge de patients dans les structures présentant une activité PSY, HAD, radiothérapie, chimiothérapie et MRC/Dialyse, la notion de séjours a été adaptée par rapport à celle que l'on connaît dans le MCO. Le fil rouge retenu pour la définition de séjour est le moment où la lettre de liaison doit être produite par l'établissement en vue de la continuité de la prise en charge du patient. Il est donc possible pour certaines activités de regrouper plusieurs séances ou venues en un seul séjour (comme en témoigne le tableau page 14).

Ainsi, pour les indicateurs relatifs à la lettre de liaison de sortie, l'ordonnance de sortie et le compte-rendu opératoire (indicateurs du domaine 1 du volet 1), le schéma ci-dessous présente les séjours à intégrer au périmètre de calcul, en fonction de la période de mesure :



Pour les indicateurs relatifs aux comptes-rendus d'examen de biologie et d'imagerie, le schéma ci-dessous présente les examens réalisés qui doivent rentrer dans le périmètre de calcul, en fonction de la période de mesure – les examens sont ceux réalisés dans le cadre de séjours et d'actes de consultation externe (ACE).



## Précisions sur les exigences techniques nécessaires à l'atteinte des cibles d'usage

### *Pour le Volet 1 : alimentation du DMP*

---

L'arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant national de santé » décrit les conditions et modalités de mise en œuvre de l'obligation de référencement des données de santé avec l'INS.

A ce titre, il est nécessaire pour atteindre les usages du Volet 1 :

- Pour le document PDF (hors ordonnances de sortie) d'intégrer l'INS et le datamatrix, cf la proposition de cartouche et la description du datamatrix : [ANS - datamatrix INS v2 \(esante.gouv.fr\)](#)
- Pour le document CDA (encapsulant le PDF mentionné ci-dessus), l'en-tête doit intégrer cette INS qualifiée, suivant le référentiel CI-SIS : [Annexe – Prise en Charge de l'INS dans les volets du CI-SIS | esante.gouv.fr](#) et [Volet Structuration minimale de Documents de Santé | esante.gouv.fr](#)

Afin d'alimenter le DMP du patient, l'utilisation de l'INS qualifiée n'est pas obligatoire pour l'appel au téléservice DMP jusqu'à fin 2022. Toutefois, Il est **fortement recommandé d'alimenter le DMP exclusivement via l'API v2 en utilisant l'INS qualifiée car :**

- Alimenter le DMP de documents référencés avec une INS à partir de l'API V1 (i.e. avec INS-C) **est très complexe, risqué, non pérenne, non testé ni validé par la CNAM et le GIE SESAM-Vitale, et ne devrait donc pas être envisagé.**
- En effet, il est nécessaire de gérer en parallèle dans le système d'information hospitalier et au moment de l'alimentation du DMP deux identités patient (INS qualifiée et INS-C).
- Le fait de qualifier des INS implique donc pour ces raisons de recourir à l'API v2 du DMP. En cas d'erreurs ou de problèmes avérés sur le terrain, introduits par les éditeurs post homologation, la CNAM ne pourra pas être tenue responsable des anomalies rencontrées.
- L'API v1 (i.e. avec INS-C) et l'API v2 sans INS qualifiée (i.e. les versions inférieures strictement à la v2.4) seront définitivement arrêtées en fin d'année 2022 ;
- L'INS qualifiée, avec l'application de l'ensemble des règles d'identitovigilance, apporte un niveau de garantie élevé sur le fait d'alimenter le DMP du bon patient.

L'arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant national de santé » décrit les conditions et modalités de mise en œuvre de l'obligation de référencement des données de santé avec l'INS.

A ce titre, il est nécessaire pour atteindre les usages du Volet 2 :

- De transmettre des documents de santé référencés avec une INS qualifiée pour les échanges MSS professionnelle. Concernant la MSS Citoyenne, cela dépend des cas d'usage retenus.
- Pour les documents PDF (hors ordonnances de sortie) d'intégrer l'INS et le datamatrix, cf la proposition de cartouche et la description du datamatrix : [ANS - datamatrix INS v2 \(esante.gouv.fr\)](#)
- Pour le Document CDA (encapsulant le PDF), l'en-tête doit intégrer cette INS qualifiée, suivant le référentiel CI-SIS : [Annexe – Prise en Charge de l'INS dans les volets du CI-SIS | esante.gouv.fr](#) et [Volet Structuration minimale de Documents de Santé | esante.gouv.fr](#)

Le format CDA devra être encapsulé dans une enveloppe IHE XDM.

Pour les envois MSS citoyenne, le référentiel MSSanté « [Référentiel #2 Clients de Messageries Sécurisées de Santé](#) » indique à l'exigence « ECO.2.2.6 » une dérogation valable jusqu'à fin 2022 qui permet de construire « manuellement » l'adresse MSS Citoyenne du patient sans INS qualifiée.

Mis à part pour les cas d'usage en « pré-admission », **il est fortement recommandé** de n'écrire au patient **qu'à partir d'une INS qualifiée** compte-tenu du niveau de garantie élevé apporté afin d'écrire au **bon** patient.

Pour la « pré-admission », un envoi sans INS qualifiée peut être envisagé, sous réserve que l'établissement ait un niveau de confiance élevé sur l'identité du patient.

# Fiches détaillées des indicateurs d'usage

## Les indicateurs d'usage du volet 1

### Domaine 1 : Documents de sortie

#### Description du domaine

Ce domaine vise à promouvoir l'alimentation de « Mon espace santé », à travers l'alimentation du DMP en documents de santé référencés avec une INS qualifiée, depuis les systèmes d'information hospitaliers.

#### Objectifs des indicateurs

Les indicateurs ont pour objectifs de s'assurer de l'alimentation du DMP avec les documents de sortie clés pour le suivi du patient que sont :

- La lettre de liaison de sortie ;
- La (ou les) ordonnance(s) de sortie ;
- Le compte-rendu opératoire (pour les établissements ayant une ou plusieurs activités de chirurgie).

<b>Domaine</b>	<b>Documents de sortie</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté d'une lettre de liaison de sortie au format CDA R2 N1 et comprenant une INS qualifiée</b>

#### Définition de l'indicateur

##### Définition

Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté d'une lettre de liaison.

La lettre de liaison alimentant le DMP doit au préalable répondre à 2 conditions : être structurée au format CDA R2 de niveau 1 et intégrer l'INS qualifiée du patient. Ce taux est calculé sur la base **des séjours de patients disposant d'un DMP**.

Le typecode à utiliser pour la lettre de liaison au moment de l'alimentation du DMP est 11490-0.

NB : La notion de séjour évoquée dans les modalités de calcul est celle décrite précédemment, page 14.

##### Déclinaison GHT

Le taux est calculé par établissement.

L'établissement support s'assure que cet indicateur est atteint par chaque établissement candidat partie au GHT. Ce taux est calculé de préférence à partir d'applications inscrites dans la cible de convergence SI du GHT

##### Valeur cible

49% au S1 2022 ; 59% au S2 2022 ; 64% au S1 2023 ; 69% au S2 2023

##### Evolution

Evolution de l'indicateur D6. 1 HOP'EN :

##### HOP'EN/Séjour

- Orientation ciblée vers la lettre de liaison au format CDAR2 niveau 1 ;
- Intégration de l'INS qualifiée du patient.

##### Textes de référence /

##### Liens utiles

- Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison
- Volet de contenu publié par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) : <http://esante.gouv.fr/services/referentiels/ci-sis/espacepublication/contenus-metiers>
- Décret n°2019-1036 du 8 octobre 2019 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé
- Arrêté du 24 décembre 2019 portant approbation du référentiel « Identifiant national de santé »
- Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant national de santé »

#### Production de l'indicateur

##### Unité

%

##### Modalité de calcul

---

**Calcul du taux au niveau local par l'établissement (à l'émission) :**

(Nombre de séjours pour les patients disposant d'un DMP et pour lesquels une lettre de liaison, référencée avec une INS qualifiée et au format CDA R2 niveau 1, a été transmise au DMP / Nombre de séjours pour des patients disposant d'un DMP) \*100

**Calcul du taux par le niveau national, pour vérification (à la réception)**

(Nombre de lettres de liaison référencées avec une INS qualifiée et au format CDA R2 niveau 1, transmises par l'établissement au DMP/ Nombre de séjours pour des patients disposant d'un DMP) \*100

---

<b>Période</b>	1 mois
<b>Fréquence</b>	6 mois

---

**Restitution de l'indicateur**

<b>Remontée de l'information</b>	<u>Au niveau local</u> : par l'établissement <u>Au niveau national</u> : les données d'alimentation du DMP sont fournies par la CNAM pour les établissements et alimentent l'observatoire oSIS (mensuellement)
<b>Documents justificatifs fournis par l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Justification de la notion de séjours</li><li>• Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement</li><li>• Exemple de document complet, transmis au DMP, anonymisé montrant l'intégration des traits INS dans le document mais de façon non lisible (sous forme de cartouche INS si c'est le cas) avec la présence du datamatrix (partiellement caché pour en empêcher la lecture) au nom de l'établissement candidat</li></ul>
<b>Audit</b>	Rapprochement des données de l'établissement avec celles de la CNAM

---

<b>Domaine</b>	<b>Documents de sortie</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté avec au moins une ordonnance de sortie au format CDAR2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée</b>

### Définition de l'indicateur

#### Définition

Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté d'au moins une ordonnance de sortie. L'ordonnance de sortie alimentant le DMP doit au préalable répondre à 2 conditions : être structurée au format CDA R2 de niveau 1 et intégrer l'INS qualifiée des patients. Ce taux est calculé sur la base des séjours de patients disposant d'un DMP et pour lesquels au moins une ordonnance de sortie a été transmise.

Une ordonnance de sortie ne se limite pas aux prescriptions médicamenteuses et peut correspondre (liste non exhaustive) à :

- une prescription médicamenteuse,
- une prescription de soins,
- une prescription de dispositif médical,
- une prescription de transport médicalisé,
- une prescription d'examen complémentaires
- Etc.....

Chacune de ces ordonnances de sortie doit être alimentée au DMP avec le typecode correspondant tel décrit dans la matrice d'habilitation du DMP :

<https://www.dmp.fr/matrice-habilitation>

Dans le cas où le séjour fait l'objet de plusieurs ordonnances de sortie, celles-ci sont transmises par lot au DMP.

**L'ordonnance de sortie est à distinguer de la lettre de liaison. Ainsi, une lettre de liaison de sortie ne peut pas faire office d'ordonnance de sortie. Il est attendu de l'établissement qu'il transmette bien au DMP ces 2 types de documents différenciés.**

*ND : Les HAD qui ne produisent pas d'ordonnance de sortie (cf. Décret 31.1.2022 - Art. D. 6124-199) pendant la période d'observation de l'indicateur ne sont pas concernées par cet indicateur.*

<b>Déclinaison GHT</b>	Le taux est calculé par établissement. L'établissement support s'assure que cet indicateur est atteint par chaque établissement candidat partie au GHT. Ce taux est calculé de préférence à partir d'applications inscrites dans la cible de convergence SI du GHT
<b>Valeur cible</b>	40% au S1 2022 ; 48% au S2 2022 ; 59% au S1 2023 ; 63% au S2 2023
<b>Evolution HOP'EN/Ségu</b>	Evolution de l'indicateur D6. 1 HOP'EN : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation ciblée vers l'ordonnance de sortie au format CDAR2 N1</li> <li>- Intégration de l'INS qualifiée du patient</li> </ul>
<b>Textes de référence / Liens utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volet de contenu publié par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) : <a href="http://esante.gouv.fr/services/referentiels/ci-sis/espacepublication/contenus-metiers">http://esante.gouv.fr/services/referentiels/ci-sis/espacepublication/contenus-metiers</a></li> <li>• Décret n°2019-1036 du 8 octobre 2019 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé</li> <li>• Arrêté du 24 décembre 2019 portant approbation du référentiel « Identifiant national de santé »</li> <li>• Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant national de santé »</li> </ul>

---

**Production de l'indicateur****Unité** %**Modalité de calcul****Calcul du taux au niveau local par l'établissement (à l'émission) :**

(Nombre de séjours pour les patients disposant d'un DMP et pour lesquels au moins une ordonnance de sortie, référencée avec une INS qualifiée et au format CDA R2 niveau 1, a été transmise au DMP / Nombre de séjours pour des patients disposant d'un DMP et pour lesquels au moins une ordonnance de sortie a été produite) \*100

**Calcul du taux par le niveau national, pour vérification (à la réception)**

(Nombre de lots d'ordonnance de sorties référencés avec une INS qualifiée et au format CDA R2 niveau 1, transmises par l'établissement au DMP / Nombre de séjours pour des patients disposant d'un DMP et pour lesquels au moins une ordonnance de sortie a été produite) \*100

*NB : dans le cadre des ES de HAD concernées, le dénominateur sera*

*« Nombre de séjours pour des patients disposant d'un DMP et pour lesquels au moins une ordonnance de sortie a été produite ».*

---

**Période** 1 mois

---

**Fréquence** 6 mois

---

**Restitution de l'indicateur**

**Remontée de l'information** Au niveau local : par l'établissement  
Au niveau national : les données d'alimentation du DMP sont fournies par la CNAM pour les établissements et alimentent l'observatoire oSIS (mensuellement)

**Documents justificatifs fournis par l'établissement**

- Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement

---

**Audit** Rapprochement des données de l'établissement avec celles de la CNAM

---

<b>Domaine</b>	<b>Documents de sortie</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté d'un compte-rendu opératoire au format CDAR2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée</b>

### Définition de l'indicateur

**Définition** Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté d'un compte-rendu opératoire. Le compte-rendu opératoire alimentant le DMP doit au préalable répondre à 2 conditions : être structuré au format CDA R2 de niveau 1 et intégrer l'INS qualifiée des patients. Ce taux est calculé sur la base des séjours comprenant au moins un acte chirurgical pour des patients disposant d'un DMP.

Le typecode à utiliser pour le compte-rendu opératoire au moment de l'alimentation du DMP suivant : 34874-8

**NB : Cet indicateur ne s'applique qu'aux établissements ayant une activité de chirurgie donnant lieu à un compte-rendu opératoire.**

<b>Déclinaison GHT</b>	Le taux est calculé par établissement. L'établissement support s'assure que cet indicateur est atteint par chaque établissement candidat partie au GHT. Ce taux est calculé de préférence à partir d'applications inscrites dans la cible de convergence SI du GHT
<b>Valeur cible</b>	49% au S1 2022 ; 59% au S2 2022 ; 64% au S1 2023 ; 69% au S2 2023
<b>Evolution HOP'EN/Séjour</b>	Evolution de l'indicateur D6. 1 HOP'EN : - Orientation ciblée vers le compte-rendu opératoire au format CDAR2 niveau 1 - Intégration de l'INS qualifiée du patient
<b>Textes de référence / Liens utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volet de contenu publié par l'ANS : <a href="http://esante.gouv.fr/services/referentiels/ci-sis/espacepublication/contenus-metiers">http://esante.gouv.fr/services/referentiels/ci-sis/espacepublication/contenus-metiers</a></li> <li>Décret n°2019-1036 du 8 octobre 2019 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé</li> <li>Arrêté du 24 décembre 2019 portant approbation du référentiel « Identifiant national de santé »</li> <li>Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant national de santé »</li> </ul>

### Production de l'indicateur

<b>Unité</b>	%
<b>Modalité de calcul</b>	<p><u>Calcul du taux au niveau local par l'établissement (à l'émission) :</u> (Nombre de séjours pour les patients disposant d'un DMP et pour lesquels au moins un compte rendu opératoire référencé avec une INS qualifiée et au format CDA R2 niveau 1, a été transmis au DMP / Nombre de séjours comprenant au moins un acte chirurgical pour des patients disposant d'un DMP) *100</p> <p><u>Calcul du taux par le niveau national, pour vérification (à la réception) :</u> (Nombre de compte-rendu opératoires transmis par l'établissement dans le DMP avec une INS qualifiée et au format CDA R2 niveau 1 / Nombre de séjours comprenant au moins un acte chirurgical pour des patients disposant d'un DMP) *100</p>
<b>Période</b>	1 mois
<b>Fréquence</b>	6 mois

## Restitution de l'indicateur

<b>Remontée de l'information</b>	<u>Au niveau local</u> : par l'établissement <u>Au niveau national</u> : les données d'alimentation du DMP sont fournies par la CNAM pour les établissements et alimentent l'observatoire oSIS (mensuellement)
<b>Documents justificatifs fournis par l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement</li></ul>
<b>Audit</b>	Rapprochement des données de l'établissement avec celles de la CNAM

<b>Domaine</b>	<b>Documents de sortie</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Parmi les patients déjà venus, taux de séjours pour lesquels au moins un document datant d'un ancien séjour a fait l'objet d'une alimentation au DMP, avec une INS qualifiée.</b>

### Définition de l'indicateur

#### Définition

Parmi les patients déjà venus, taux de séjours pour lesquels au moins un document datant d'un ancien séjour a fait l'objet d'une alimentation au DMP, avec une INS qualifiée.

L'indicateur se concentre sur les séjours clôturés un mois donné, et pour lesquels le patient avait déjà au moins un autre séjour dans le même établissement dans les 5 dernières années.

Pour ces patients, l'indicateur calcule si au moins un document datant d'un séjour passé a été alimenté, dans le cadre d'une opération de reprise.

L'indicateur n'est pas restrictif sur le type de documents à alimenter mais il est proposé de privilégier les documents de synthèse du fait de leur intérêt pour les professionnels de santé et patients (lettre de liaison, compte-rendu opératoire, compte-rendu hospitalier, etc.).

En termes de format, le document doit être en format CDA R2 N1 (avec identité du professionnel et de la structure et/ou du professionnel dans l'en-tête CDA), reformaté si nécessaire pour l'alimentation du DMP.

Le document PDF contenu ne doit pas être modifié car validé précédemment par un professionnel de santé, ainsi il n'est pas demandé de rajouter des informations sur le document PDF telles que le datamatrix INS.

<b>Déclinaison GHT</b>	Le taux est calculé par établissement. L'établissement support s'assure que cet indicateur est atteint par chaque établissement candidat partie au GHT. Ce taux est calculé de préférence à partir d'applications inscrites dans la cible de convergence SI du GHT
<b>Valeur cible</b>	50% au S2 2022 ; au S1 2023 ; au S2 2023
<b>Evolution HOP'EN/Séjour</b>	Nouvel indicateur Ségur
<b>Textes de référence / Liens utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Article L. 1112-1 du CSP depuis 2016 portant sur l'obligation de versement au DMP pour les lettres de liaisons de sortie d'hospitalisation.</li> <li><a href="https://solidarites-sante.gouv.fr">Guide de la reprise de documents historiques DPI vers le DMP v1.5 (solidarites-sante.gouv.fr)</a></li> </ul>

### Production de l'indicateur

**Unité** %

#### Modalité de calcul

##### **Calcul du taux au niveau local par l'établissement (à l'émission) :**

(Nombre de séjours pour lesquels il y a eu au moins une alimentation au DMP d'un document datant d'un séjour antérieur, avec une INS qualifiée  
/ Nombre de séjours pour lesquels au moins un séjour précédent avait déjà eu lieu il y a moins de 5 ans dans le même établissement) \*100

##### **Calcul du taux par le niveau national, pour vérification (à la réception) :**

(Nombre de documents datant d'un séjour antérieur transmis par l'établissement dans le DMP, avec une INS qualifiée  
/ Nombre de séjours pour lesquels au moins un séjour précédent avait déjà eu lieu il y a moins de 5 ans dans le même établissement) \*100

---

<b>Période</b>	1 mois
<b>Fréquence</b>	6 mois

---

#### Restitution de l'indicateur

<b>Remontée de l'information</b>	<u>Au niveau local</u> : par l'établissement <u>Au niveau national</u> : les données d'alimentation du DMP sont fournies par la CNAM pour les établissements et alimentent l'observatoire oSIS (mensuellement)
<b>Documents justificatifs fournis par l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement</li></ul>
<b>Audit</b>	Rapprochement des données de l'établissement avec celles de la CNAM

---

## **Précisions pour dénombrer les DMP ouverts et non ouverts sur la période d'observation de l'indicateur**

*A noter qu'il est rappelé au préalable de retirer du périmètre de calcul :*

- *Les patients ne pouvant avoir d'INS (cf. patients étrangers qui ne disposent pas d'un NIA)*
- *Les patients qui s'opposent à l'alimentation de leur DMP pour un motif légitime, au moment de leur séjour*

Une fois ces précautions prises, une méthode est proposée pour estimer le nombre de séjours avec DMP ouverts, dans l'attente d'obtenir les taux d'opt-out. En effet, le taux *d'opt out* pourra être utilisé pour estimer le nombre de séjours avec DMP existant.

Le calcul des indicateurs du domaine 1 « documents de sortie » implique de dénombrer au niveau du dénominateur des indicateurs, les séjours de tous les patients disposant d'un DMP ouvert sur la période d'observation de l'indicateur, qu'on ait réussi ou non à qualifier les INS pour ces derniers.

Il est donc proposé aux établissements de procéder à une estimation des DMP non ouverts sur la cible des patients sans INS qualifiée, de la manière suivante :

***1 – Comptabiliser le nombre de séjours total sur la période d'observation – ce nombre de séjours englobe tous les patients ayant séjourné à l'hôpital qu'on ait réussi ou non à qualifier leurs INS***

*Exemple : 100 séjours*

***2 – Calculer le taux de patients qui correspondent à la catégorie suivante : patient avec INS qualifiée mais sans DMP ouvert***

***3 – Récupérer ce taux et le multiplier au nombre de patients pour lesquels l'ES n'a pas réussi à qualifier les INS – on obtient ainsi une estimation du nombre de patients sans INS qualifiée et sans DMP ouvert***

*Exemple : en étape 1, je constate que j'ai 17% de mes patients (10 séjours sur 60) avec INS qualifiée et sans DMP ouvert – J'ai par ailleurs identifié 40 patients pour lesquels je n'ai pas réussi à qualifier mes INS, alors j'estime que sur ces 40 patients, j'en ai 7 qui n'ont pas de DMP ouvert en faisant le calcul suivant :  $40 * 17\% = 7$  patients*

***4 – Estimer le dénominateur de la formule de l'indicateur alors ainsi : nombre de séjours total pendant la période d'observation (1) – nombre de séjours pour lesquels les patients ont une INS qualifiée mais sans DMP ouvert (2) – estimation du nombre de séjours pour lesquels les patients n'ont pas d'INS qualifiée et sans DMP ouvert (3)***

*Exemple : 100 séjours – 10 [séjours avec DMP non ouverts lors de l'alimentation soit 17%] - 7 [17% de DMP non ouverts estimés pour les 40 patients sans INS qualifiées]*

### Description du domaine

L'alimentation du DMP avec les comptes-rendus de biologie médicale au format structuré CDA R2 N3 permettra aux patients et professionnels de santé d'avoir tout l'historique de leurs résultats de biologie médicale et de voir l'évolution des constantes du patient dans le temps.

Sont exclus des comptes-rendus de biologie pris en considération dans ce domaine :

- Les résultats d'Anatomo-Cyto-Pathologie (ACP) ;
- Les résultats de génétique.

### Objectifs des indicateurs

L'indicateur a pour objectif de s'assurer de l'alimentation du DMP avec les comptes-rendus de biologie médicale produits de manière structurée par les laboratoires internes de l'établissement.

Domaine	Biologie médicale
Indicateur	Taux de comptes-rendus de biologie médicale structurés au format CDA R2 niveau 3 transmis au DMP, avec une INS qualifiée

### Définition de l'indicateur

#### Définition

Taux de comptes rendus de biologie médicale transmis au DMP au format CDAR2 niveau 3 et comprenant une INS qualifiée. Ce taux est calculé sur la base des patients disposant d'un DMP.

**Cet indicateur n'est applicable qu'aux établissements disposant d'un laboratoire de biologie en interne non éligible à la ROSP. Plus précisément : seuls les établissements disposant d'un laboratoire de biologie médicale interne à l'établissement, c'est-à-dire ayant la même immatriculation juridique que l'établissement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) sont éligibles pour cet indicateur.**

Les établissements peuvent décider la non-transmission de certains comptes-rendus (dans le cas de réanimation notamment).

**Le typecode à utiliser pour le compte-rendu de biologie médicale au moment de l'alimentation du DMP est 11502-2.**

Ainsi, le dénominateur « Nombre de comptes rendus de biologie médicale produits par l'établissement pour des patients disposant déjà d'un DMP » désigne les comptes-rendus de biologie médicale réalisés au sein de l'établissement (hors sous-traitance), qui ne font pas l'objet d'une décision de non-transmission et qui concernent les patients disposant d'un DMP.

Déclinaison GHT	Le taux est calculé par établissement. L'établissement support s'assure que cet indicateur est atteint par chaque établissement candidat partie au GHT. Ce taux est calculé de préférence à partir d'applications inscrites dans la cible de convergence SI du GHT.
Valeur cible	45% au S1 2022 ; 54% au S2 2022 ; 59% au S1 2023 ; 63% au S2 2023
Evolution HOP'EN/Séjour	Evolution de l'indicateur D1.3 HOP'EN : <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientation ciblée vers les résultats de biologie médicale structurés au format CDAR2 niveau 3</li><li>• Intégration de l'INS qualifiée du patient</li></ul>
Textes de référence / Liens utiles	<ul style="list-style-type: none"><li>• Volet de contenu publié par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) : <a href="http://esante.gouv.fr/services/referentiels/ci-sis/espacepublication/contenus-metiers">http://esante.gouv.fr/services/referentiels/ci-sis/espacepublication/contenus-metiers</a></li></ul>

- Décret n°2019-1036 du 8 octobre 2019 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé
- Arrêté du 24 décembre 2019 portant approbation du référentiel « Identifiant national de santé »
- Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant national de santé »

#### Production de l'indicateur

**Unité** %

#### Modalité de calcul

**Calcul du taux au niveau local par l'établissement (à l'émission) :**

(Nombre de comptes-rendus de biologie médicale produits par l'établissement et transmis au DMP (pour les patients disposant déjà d'un DMP) avec une INS qualifiée au format CDA2 R2 niveau 3/ Nombre de comptes rendus de biologie médicale produits par l'établissement pour des patients disposant déjà d'un DMP) \*100

**Calcul du taux par le niveau national, pour vérification (à la réception) :**

(Nombre de compte-rendu de biologie médicale transmis par l'établissement au DMP avec une INS qualifiée au format CDAR2 niveau 3/ Nombre de comptes rendus de biologie médicale produits par l'établissement pour des patients disposant déjà d'un DMP) \*100

**Période** 1 mois

**Fréquence** 6 mois

#### Restitution de l'indicateur

**Remontée de l'information** Au niveau local : par l'établissement  
Au niveau national : les données d'alimentation du DMP sont fournies par la CNAM pour les établissements et alimentent l'observatoire oSIS (mensuellement).

**Documents justificatifs fournis par l'établissement**

- Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
- Exemple de compte-rendu complet, transmis au DMP, anonymisé montrant l'intégration des traits INS dans le document mais de façon non lisible (sous forme de cartouche INS si c'est le cas) avec la présence du datamatrix (partiellement caché pour en empêcher la lecture) au nom de l'établissement.

**Audit** Rapprochement des données de l'établissement avec celles de la CNAM

***Dans le cadre du dispositif SUN-ES et de l'indicateur du domaine 2 Biologie du volet 1 « Alimentation du DMP », les comptes rendus de biologie médicale doivent être envoyés en format structuré CDA R2 N3 ainsi qu'en format PDF. Les CDA peuvent encore être difficiles à visualiser selon les solutions logicielles utilisées, créant ainsi de possibles biais. Les PDF sont considérés par les biologistes comme des éléments fiables pour le retour des résultats dans les dossiers des patients. Ils sont complets et présentables pour les autres professionnels de santé.***

***Il est donc cohérent d'uniformiser les exigences entre les dispositifs Ségur SONS et SUN-ES : les cibles d'usage seront considérées comme atteintes si l'établissement alimente le DMP en compte-rendu de biologie structurée au format CDA R2N3 et au format PDF.***

### Description du domaine

L'alimentation du DMP avec les comptes-rendus d'imagerie au format structuré CDA R2 N1 permettra aux patients et professionnels de santé d'avoir tout l'historique de leurs résultats d'imagerie.

Les activités de radiologie prises en compte concernent :

- la radiologie conventionnelle ;
- la mammographie ;
- le scanner ;
- l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ;
- l'échographie.

**Il s'agit ici uniquement de l'alimentation avec les comptes-rendus d'imagerie, les images en elles-mêmes ne sont pas concernées.**

### Objectifs des indicateurs

L'indicateur a pour objectif de s'assurer de l'alimentation du DMP avec les comptes-rendus d'imagerie produits par les plateaux techniques internes de l'établissement.

<b>Domaine</b>	<b>Imagerie</b>
<b>Indicateur</b>	<b>Taux de comptes rendus d'imagerie structurés au format CDA R2 niveau 1 transmis au DMP avec une INS qualifiée</b>

### Définition de l'indicateur

#### Définition

Taux de comptes-rendus d'imagerie transmis au DMP au format CDAR2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée. Ce taux est calculé sur la base des patients disposant déjà d'un DMP.

**Cet indicateur n'est applicable qu'aux établissements disposant d'un plateau d'imagerie non éligible à la ROSP. Plus précisément : seuls les établissements disposant d'un plateau d'imagerie interne à l'établissement, c'est-à-dire ayant la même immatriculation juridique que l'établissement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) sont éligibles pour cet indicateur.**

Les établissements peuvent décider la non-transmission de certains comptes-rendus (dans le cas d'annonce par exemple).

**Le typecode à utiliser pour le compte-rendu d'imagerie au moment de l'alimentation du DMP est 18748-4.**

Ainsi, le dénominateur « Nombre de compte rendu d'imagerie produits par l'établissement pour des patients (disposant déjà d'un DMP) » désigne les comptes-rendus d'imagerie réalisés au sein de l'établissement (hors sous-traitance), qui ne font pas l'objet d'une décision de non-transmission et qui concernent les patients disposant d'un DMP.

#### Déclinaison GHT

Le taux est calculé par établissement.

L'établissement support s'assure que cet indicateur est atteint par chaque établissement candidat partie au GHT. Ce taux est calculé de préférence à partir d'applications inscrites dans la cible de convergence SI du GHT.

#### Valeur cible

45% au S1 2022 ; 54% au S2 2022 ; 59% au S1 2023 ; 63% au S2 2023

<b>Evolution HOP'EN/Ségu</b>	Evolution de l'indicateur D1.1 HOP'EN : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientation ciblée vers les résultats d'imagerie structurés au format CDAR2 niveau 1</li> <li>• Intégration de l'INS qualifiée du patient</li> </ul>
<b>Textes de référence / Liens utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volet de contenu publié par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) : <a href="http://esante.gouv.fr/services/referentiels/ci-sis/espacepublication/contenus-metiers">http://esante.gouv.fr/services/referentiels/ci-sis/espacepublication/contenus-metiers</a></li> <li>• Décret n°2019-1036 du 8 octobre 2019 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé.</li> <li>• Arrêté du 24 décembre 2019 portant approbation du référentiel « Identifiant national de santé ».</li> <li>• Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant national de santé »</li> </ul>

### Production de l'indicateur

**Unité** %

#### Modalité de calcul

**Calcul du taux au niveau local par l'établissement (à l'émission) :**

(Nombre de comptes-rendus d'imagerie produits par l'établissement et transmis au DMP (pour les patients disposant déjà d'un DMP) avec une INS qualifiée au format CDA2 R2 niveau 1/ Nombre de compte rendu d'imagerie produits par l'établissement pour des patients disposant déjà d'un DMP) \*100

**Calcul du taux par le niveau national, pour vérification (à la réception) :**

(Nombre de comptes-rendus d'imagerie produits par l'établissement et transmis au DMP avec une INS qualifiée au format CDA2 R2 niveau 1/ Nombre de compte rendu d'imagerie produits par l'établissement pour des patients disposant déjà d'un DMP) \*100

**Période** 1 mois

**Fréquence** 6 mois

### Restitution de l'indicateur

**Remontée de l'information** Au niveau local : par l'établissement  
Au niveau national : les données d'alimentation du DMP sont fournies par la CNAM pour les établissements et alimentent l'observatoire oSIS (mensuellement)

**Documents justificatifs fournis par l'établissement**

- Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
- Exemple de compte-rendu complet, transmis au DMP, anonymisé montrant l'intégration des traits INS dans le document mais de façon non lisible (sous forme de cartouche INS si c'est le cas) avec la présence du datamatrix (partiellement caché pour en empêcher la lecture) au nom de l'établissement.

**Audit** Rapprochement des données de l'établissement avec celles de la CNAM.

## Les indicateurs d'usage du volet 2

### Domaine 4 : échanges de données de santé

#### Description du domaine

Ce domaine vise un double objectif :

- Soutenir le développement des échanges entre les professionnels de santé dans un objectif d'amélioration de la coordination des soins, en particulier en systématisant les échanges entre la ville et l'hôpital.
- Faire du patient un acteur de sa santé, en lui permettant entre autres de disposer d'un service d'échange sécurisé avec les professionnels de son parcours.

#### Indicateur

**Envoi de documents de santé, au format CDA, aux correspondants de santé via la MSS Professionnelle**

#### Définition de l'indicateur

##### Définition

Au moins un document de santé concernant le séjour du patient a été transmis à un correspondant de santé via la MSS professionnelle. Le document envoyé par message via la MSS professionnelle doit au préalable répondre à 2 conditions : intégrer l'INS qualifiée des patients et être au format CDA (encapsulé dans une enveloppe IHE XDM).

Les ES peuvent transmettre les documents d'intérêt de leurs choix dès lors qu'ils servent la coordination des parcours de leurs patients

Les pouvoirs publics rappellent que les types de documents « SEGUR » sont à prioriser dans les documents à transmettre par MSS pro. Pour rappel, ces types de documents sont les suivants : la lettre de liaison de sortie, les ordonnances de sortie, les comptes-rendus opératoires, les comptes-rendus des examens de biologie médicale, les comptes-rendus des examens d'imagerie.

##### Déclinaison GHT

Le taux est calculé par établissement.  
L'établissement support s'assure que cet indicateur est atteint par chaque établissement candidat partie au GHT. Ce taux est calculé de préférence à partir d'applications inscrites dans la cible de convergence SI du GHT.

##### Valeur cible

42% au S2 2022 ; 49% au S1 2023 ; 56% au S2 2023

##### Evolution

##### HOP'EN/Séjour

Cet indicateur correspond à l'indicateur D6.3 HOP'EN avec l'évolution suivante : référencement des documents de santé avec une INS qualifiée et structurés au format CDA

##### Textes de référence / Liens utiles

- Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison
- Volet de contenu publié par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) : <http://esante.gouv.fr/services/referentiels/ci-sis/espacepublication/contenus-metiers>
- Décret n°2019-1036 du 8 octobre 2019 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé
- Arrêté du 24 décembre 2019 portant approbation du référentiel « Identifiant national de santé »
- Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant National de Santé »
- [Instruction N°DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MS Santé dans les établissements de santé](#)
- [Site dédié à la messagerie sécurisée MS Santé](#)
- [« MSSanté, le kit de déploiement » mis à disposition par l'ANS](#)

- [Boîte à outils HOP'EN - Fiche méthode : Messagerie Sécurisée de Santé](#)
- [Dossier de Spécifications de Référencement et référentiels d'exigences couloir Hôpital RI – DPI – PFI](#)

### Production de l'indicateur

**Unité** %

**Modalité de calcul** **Calcul du taux au niveau local par l'établissement (à l'émission) :**  
(Nombre de correspondants équipés d'une MSS Professionnelle auxquelles des documents de santé référencés avec une INS qualifiée et au format CDA ont été transmis/ Nombre de correspondants équipés d'une MSS Professionnelle concernés par la venue d'un patient) \*100

**Calcul du taux par le niveau national, pour vérification (à la réception)**  
(Nombre de correspondants équipés d'une MSS Professionnelle auxquelles des documents ont été transmis/ Nombre de correspondants équipés d'une MSS Professionnelle concernés par la venue d'un patient) \*100

NB :

- La venue d'un patient correspond à un séjour
- Par le terme « correspondants concernés par la venue d'un patient (= séjour) », on entend les correspondants pour lesquels la transmission des documents produits lors du séjour présente un intérêt. En d'autres termes, il ne s'agit pas de transmettre à tous les correspondants du cercle de santé du patient mais bien uniquement aux correspondants concernés par les documents produits dans le cadre d'un séjour.

**Période** 1 mois

**Fréquence** 6 mois

### Restitution de l'indicateur

**Remontée de l'information** Au niveau local : par l'établissement  
Au niveau national : les données d'utilisation de la MSS sont fournies par l'ANS pour les établissements et alimentent l'observatoire oSIS (mensuellement)

**Documents justificatifs fournis par l'établissement**

- Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
- Liste des types de documents validés par la CME ou instance équivalente et qui fait l'objet d'envois par la MSS professionnelle
- Exemple de document complet anonymisé montrant l'intégration des traits INS dans le document mais de façon non lisible (sous forme de cartouche INS si c'est le cas) avec la présence du datamatrix (partiellement caché pour en empêcher la lecture) au nom de l'établissement. Pour cela, ne sera pas accepté un exemple d'ordonnance de sortie.

**Audit** Rapprochement des données de l'établissement avec celles de l'ANS

Indicateur	Envoi de messages (avec ou sans pièce jointe) aux patients via la MSS citoyenne
<b>Définition de l'indicateur</b>	
<b>Définition</b>	<p>Un message/mail, en lien avec le séjour, a été envoyé au patient via la MSS citoyenne, avec ou non un document de santé en pièce jointe. Si un document de santé est transmis en pièce jointe, il devra être référencé avec une INS qualifiée.</p> <p>Note d'information sur la MSS citoyenne : <a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sun_es_volet_2_note_messagerie_securisee_de_sante_citoyenne.pdf">https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sun_es_volet_2_note_messagerie_securisee_de_sante_citoyenne.pdf</a></p>
<b>Déclinaison GHT</b>	<p>Le taux est calculé par établissement.</p> <p>L'établissement support s'assure que cet indicateur est atteint par chaque établissement candidat partie au GHT. Ce taux est calculé de préférence à partir d'applications inscrites dans la cible de convergence SI du GHT</p>
<b>Valeur cible</b>	42% au S2 2022 ; 49% au S1 2023 ; 56% au S2 2023
<b>Evolution HOP'EN/Séjour</b>	- N/A
<b>Textes de référence / Liens utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décret n°2019-1036 du 8 octobre 2019 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé</li> <li>• Arrêté du 24 décembre 2019 portant approbation du référentiel « Identifiant national de santé »</li> <li>• Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant national de santé »</li> <li>• <a href="#">Dossier de Spécifications de Référencement et référentiels d'exigences couloir Hôpital RI – DPI – PFI</a></li> </ul>
<b>Production de l'indicateur</b>	
<b>Unité</b>	%
<b>Modalité de calcul</b>	<p><u>Calcul du taux au niveau local par l'établissement (à l'émission) :</u> (Nombre de séjours pour lesquels un message a été envoyé au patient par MSS citoyenne/ Nombre de séjours) *100</p> <p><u>Calcul du taux par le niveau national, pour vérification (à la réception) :</u> (Nombre de patients à qui des messages ont été envoyés par l'établissement via la MSS citoyenne/ Nombre de séjours) *100</p>
<b>Période</b>	1 mois
<b>Fréquence</b>	6 mois
<b>Restitution de l'indicateur</b>	
<b>Remontée de l'information</b>	<p><u>Au niveau local</u> : par l'établissement</p> <p><u>Au niveau national</u> : les données d'utilisation de la MSS citoyenne sont fournies par l'Assurance Maladie pour les établissements et alimentent l'observatoire oSIS (mensuellement)</p>
<b>Documents justificatifs fournis par l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement</li> </ul>
<b>Audit</b>	Rapprochement des données de l'établissement avec celles de l'Assurance Maladie

<b>Indicateur</b>	<b>Présentation de la MSS citoyenne en Commission Médicale d'Établissement (CME) (ou instance équivalente dans les GHT ou établissements privés)</b>
-------------------	--

### Définition de l'indicateur

#### Définition

L'établissement a présenté les fonctionnalités de la Messagerie sécurisée de santé citoyenne ainsi que les cas d'usage pressentis au sein de l'établissement en Commission Médicale d'Établissements (CME), Commission Médicale du Groupement (CMG), ou toute autre instance équivalente dans les établissements privés.

L'instance valide les cas d'usage à mobiliser dans le cadre de la MSS citoyenne et la liste des documents de santé retenus qui pourront être diffusés via la MSS citoyenne

Cet indicateur doit permettre de concourir à la conduite du changement vis-à-vis des professionnels de santé et ainsi les encourager à se saisir de la MSS citoyenne pour en faire un outil de dialogue avec leurs patients.

Une présentation type de « Mon espace santé » ainsi que de la messagerie citoyenne est mise à disposition des établissements via le lien suivant : [segur-numerique-hopital-presentation-cme-mon-espace-sante-mssante\\_0.pptx | esante.gouv.fr](#)

<b>Déclinaison GHT</b>	L'établissement support s'assure soit d'une présentation dans les CME de tous les établissements-parties, soit d'une présentation en CMG.
<b>Valeur cible</b>	Oui au S2 2022 ; Oui au S1 2023 ; Oui au S2 2023
<b>Evolution HOP'EN/Ségu</b>	- N/A
<b>Textes de référence / Liens utiles</b>	

### Production de l'indicateur

<b>Unité</b>	N/A
<b>Modalité de calcul</b>	Déclaratif
<b>Période</b>	Réunion effectuée entre le début de la fenêtre de candidature et la fin de la fenêtre de financement
<b>Fréquence</b>	6 mois

### Restitution de l'indicateur

<b>Remontée de l'information</b>	<u>Au niveau local</u> : par l'établissement <u>Au niveau national</u> : base oSIS
<b>Documents justificatifs fournis par l'établissement</b>	Attestation de la présentation en CME ou partie de CR concerné de la CME avec mention aux usages pressentis et modalités d'envoi (en amont du séjour/ aval du séjour)
<b>Audit</b>	Contrôle sur pièce à partir des informations présentes dans oSIS

# Les justificatifs demandés dans l'Observatoire des Systèmes d'Information de santé

## Pour les indicateurs du domaine 1 – documents de sortie

---

Les établissements devront joindre, dans l'Observatoire des Systèmes d'Information de Santé (oSIS) :

- La justification de la notion de séjours
- Les détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
- Un exemple de document complet, transmis au DMP, anonymisé montrant l'intégration des traits INS dans le document mais de façon non lisible (sous forme de cartouche INS si c'est le cas) avec la présence du datamatrix (partiellement caché pour en empêcher la lecture) au nom de l'établissement candidat.

**Cet exemple est exigé pour la lettre de liaison. Il n'est en revanche pas demandé pour l'ordonnance de sortie et le compte rendu opératoire.**

## Pour les indicateurs du domaine 2 – biologie

---

Les établissements devront joindre, dans l'Observatoire des Systèmes d'Information de Santé (oSIS) :

- Les détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
- Un exemple de compte-rendu de biologie, transmis au DMP, anonymisé montrant l'intégration des traits INS dans le document mais de façon non lisible (sous forme de cartouche INS si c'est le cas) avec la présence du datamatrix (partiellement caché pour en empêcher la lecture) au nom de l'établissement candidat.

## Pour les indicateurs du domaine 3 – imagerie

---

Les établissements devront joindre, dans l'Observatoire des Systèmes d'Information de Santé (oSIS) :

- Les détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
- Un exemple de compte-rendu d'imagerie, transmis au DMP, anonymisé montrant l'intégration des traits INS dans le document mais de façon non lisible (sous forme de cartouche INS si c'est le cas) avec la présence du datamatrix (partiellement caché pour en empêcher la lecture) au nom de l'établissement candidat.

## Pour les indicateurs du domaine 4 – messagerie sécurisée de santé

---

Les établissements devront joindre, dans l'Observatoire des Systèmes d'Information de Santé (oSIS) :

- Les détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
- Liste des types de documents validés par la CME ou instance équivalente et qui fait l'objet d'envoi par la MSS professionnelle
- Exemple de document complet anonymisé montrant l'intégration des traits INS dans le document mais de façon non lisible (sous forme de cartouche INS si c'est le cas) avec la présence du datamatrix (partiellement caché pour en empêcher la lecture) au nom de l'établissement. Pour cela, ne sera pas accepté un exemple d'ordonnance de sortie.