



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Délégation au numérique
en santé**

HOP'EN2

Guide des indicateurs de la première
phase du programme

Détails des modalités d'atteinte des 8
objectifs

Objet du document

Le présent document constitue le guide des indicateurs de la première phase du programme HOP'EN2.

Ce guide est disponible sur le site internet du ministère chargé de la santé.

Il est à consulter avec l'instruction N° DNS/2024/123 du 23 juillet 2024 relative à la première phase du programme HOP'EN2.

Date de publication : 25 juillet 2024

Date de dernière mise à jour : après retour de l'écosystème (éléments en bleu en évolution du guide des indicateurs SUN-ES).

Table des matières

Le programme HOP'EN2.....	3
Les ambitions du programme	3
Le périmètre de la première phase du programme	3
Objectifs d'usages tournés vers le suivi du patient.....	5
Continuité des informations médicales du patient entre structures	5
Objectifs retenus à l'aune de la consultation des documents de Mon espace santé	5
Accompagnement des usagers	5
Ressources utiles.....	6
Présentation des objectifs d'usage de la phase 1 de HOP'EN2	7
Notions essentielles pour produire les indicateurs d'usage.....	9
Définition de la notion de séjour	9
Lien entre la période d'observation des indicateurs et la notion de séjours.....	10
Précisions sur les exigences techniques nécessaires à l'atteinte des cibles d'usage	11
Précisions sur les exigences spécifiques GHT sur l'atteinte des cibles d'usage.....	13
Structure des fiches descriptives des indicateurs d'usage	14
Fiches détaillées des indicateurs d'usage.....	15
Les indicateurs d'usage	Erreur ! Signet non défini.
Les justificatifs demandés dans l'Observatoire des Systèmes d'Information de santé	35

Le programme HOP'EN2

Le programme HOP'EN.2 est une des actions de la feuille de route du numérique en santé portée par la Délégation du Numérique en Santé. Ce programme s'inscrit dans la continuité des programmes précédents sur la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (Hôpital numérique, HOP'EN et SUN-ES) et fixe les priorités nationales concernant l'évolution de ces derniers à ans.

Le programme fera l'objet d'un séquençement avec la définition d'une première phase du programme en 2024, décrit dans une première instruction (INSTRUCTION N° DNS/2024/123 du 23 juillet 2024). Ce séquençement vise à accompagner progressivement les établissements dans leur transformation numérique.

Sur la suite de l'année 2024 et 2025, se déroulera une nouvelle concertation pour une deuxième phase du programme, qui fera l'objet d'une autre instruction ultérieure.

Le calendrier d'atteinte des objectifs des différentes phases du programme sera adapté au niveau d'exigence des ambitions fixées.

Une instruction ministérielle a été publiée au mois de juillet 2024 afin de fixer le cadre de financement des établissements qui s'engagent dans le programme

La Délégation du Numérique en Santé (DNS) pilote le programme. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont quant à elles, chargées du suivi opérationnel de ce programme au niveau régional, en articulation avec la DNS.

Les ambitions du programme

- Amplifier l'ouverture de l'hôpital vers la ville et l'ensemble de ses partenaires; notamment par le déploiement des usages des services socles à l'hôpital : Identité Nationale de santé, Mon Espace Santé et la Messagerie de Santé Sécurisée;
- Accompagner les projets de simplification des processus métier ayant un impact en termes de gain de temps soignant et d'optimisation de la prise en charge des patients;
- Accompagner la transformation numérique des établissements de santé pour soutenir les services métiers et supports;
- Encourager la mutualisation des ressources techniques et la convergence applicative, en cohérence avec les projets territoriaux et médicaux.

Le périmètre de la première phase du programme

La première phase du programme HOP'EN2 s'inscrit dans la continuité des programmes SUN-ES et HOP'EN. Elle vise à poursuivre les efforts d'alimentation de Mon espace santé avec les documents les plus utiles aux parcours des patients et à préparer l'accès en consultation au dossier médical de Mon espace santé à l'hôpital.

À l'instar des précédents programmes, 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.

Cette première phase du programme se concentre sur 8 objectifs d'usages des services socle :

1. Développer la qualification de l'Identité Nationale de Santé (INS)

2. Partager les documents de sortie du séjour dans Mon espace santé
3. Partager les comptes-rendus opératoires dans Mon espace santé
4. Partager les comptes-rendus de consultation dans Mon espace santé
5. Partager les comptes-rendus de biologie médicale dans Mon espace santé
6. Partager les comptes-rendus d'imagerie dans Mon espace santé
7. Échanger des documents de santé par MSSanté professionnelle
8. Échanger des messages aux patients via la messagerie de Mon Espace Santé

Pour être intégré dans cette première phase, 4 prérequis sur l'identitovigilance sont nécessaires (cf. Le Guide des prérequis) :

1. Référent en identitovigilance
2. Charte d'identitovigilance
3. Procédure de création des identités et de qualification de l'INS
4. Questionnaire d'appropriation de mise en œuvre de l'identitovigilance

Seuls les établissements qui auront justifié de la conformité des prérequis verront leurs candidatures acceptées par les ARS.

Le processus de candidature est décrit dans le document « Instruction de la phase 1 du programme Hop'EN2 ». La liste des objectifs, indicateurs et cibles est fournie en annexe 1 de l'instruction.

Le présent document est le guide des indicateurs qui précise le détail de modalités d'atteinte des objectifs d'usage.

Objectifs d'usages tournés vers le suivi du patient

Continuité des informations médicales du patient entre structures

Les objectifs d'usage de la première phase du programme HOP'EN2 visent à assurer et améliorer la continuité des soins entre les structures du parcours de soins. À ce titre, les objectifs relatifs à l'alimentation du dossier médical de Mon espace santé et à l'utilisation de la Messagerie de Santé Sécurisée constituent des moyens concrets d'investissement dans l'optimisation de la coordination entre les acteurs de soins sur un territoire.

Par ailleurs, au-delà de l'aspect coordination, un profil Mon espace santé dûment alimenté dans le cadre d'une prise en charge donne les moyens aux patients d'accéder à ses documents de santé et notamment les documents de sortie de séjour hospitalier et ses résultats d'examens, essentiel pour la suite de son parcours de soin. Une bonne coordination ville-hôpital permet d'éviter des ré-hospitalisations. La bonne articulation entre les deux écosystèmes via Mon espace santé et la MSSanté permet d'éviter la rupture de prise en charge.

Objectifs retenus à l'aune de la consultation de Mon espace santé

Les objectifs retenus ont pour but :

- D'améliorer le taux d'INS qualifiée pour permettre la consultation de Mon espace santé nécessitant la connaissance de l'identité du patient ;
- D'augmenter le nombre d'établissements alimentant Mon espace santé en documents de sortie, en comptes-rendus opératoires, en comptes-rendus de consultation et en comptes-rendus de biologie médicale et en comptes-rendus d'imagerie ;
- D'augmenter le nombre de documents effectivement versés dans les profils Mon espace santé pour que plus de patients puissent accéder à leurs documents et plus de professionnels y aient accès, grâce à l'amélioration du nombre de patients avec une INS qualifiées ;
- De renforcer les échanges de documents de santé entre professionnels de santé via MSSanté Professionnelle ;
- D'augmenter le nombre et la pertinence des messages échangés avec les patients lors de leur parcours de soin, via la messagerie sécurisée de Mon espace santé pour sécuriser et centraliser les échanges entre les professionnels et les patients.

En effet, à l'aune de la consultation du DMP grâce à la poursuite du Ségur numérique, le nombre et la qualité de documents de santé doivent encore être augmentés pour tenir l'ambition du partage fluide et sécurisée des données de santé.

C'est pourquoi les cibles du programme ont été augmentées pour permettre d'accroître le nombre de chance pour les professionnels de santé de disposer des informations médicales pertinentes. C'est également pour cela qu'est introduit un nouvel objectif sur la qualification de l'INS pour permettre plus de documents à être alimentés ainsi que pour permettre la consultation du DMP, dépendant de cette qualification.

Accompagnement des usagers

Pour accompagner le déploiement de Mon espace santé auprès des usagers, un dispositif spécifique a été mis en place depuis 2 ans : les ambassadeurs Mon espace santé. Ce dispositif

est animé à la maille régionale par le coordinateur Mon espace santé placé auprès de l'ARS ou de GRADeS de chaque région, qui est votre contact privilégié. Pour déployer Mon espace santé dans vos établissements et vous aider à accompagner votre patientèle, il peut réaliser plusieurs types d'accompagnement adapté à chaque spécificité des établissements (SSR, psy, CHU, etc) : soutien à la stratégie de sensibilisation des patients, mise en place d'actions d'accompagnement dans vos locaux, formation de vos agents pour répondre aux questions de premier niveau sur Mon espace santé.

Les actions réalisées par le coordinateur Mon espace santé permettent de se préparer aux questions des patients et d'obtenir clé en main de la documentation à mettre à disposition dans votre établissement, ou un accompagnement sur mesure pour votre patientèle, et encore une sensibilisation côté usagers pour vos agents. Par ailleurs, il dispose d'une expertise sur les usages de Mon espace santé par les patients qui pourraient vous aider à identifier les parcours privilégiés pour mettre en place ce dispositif dans votre établissement.

Ressources utiles

[Identité Nationale de Santé - Référentiel INS | e-santé](#)

Cette page met à disposition de nombreuses documentations sur l'INS.

[Boîte à outils de Etablissement de santé pour Mon espace santé](#)

Retrouvez ici les documents pour mener le projet, pour sensibiliser vos professionnels de santé et les usagers avec les Top 15 des questions posées par les professionnels de santé à propos de Mon espace santé et les affiches, vidéos, et principales questions des patients liées à Mon espace santé.

[Fondamentaux et principes opérationnels d'échange et de partage des données de santé](#)

Ce document vise à garantir que chacun comprenne de manière claire et uniforme notre stratégie nationale pour la dématérialisation des échanges en santé. Il rappelle explicitement les principes clés autour de l'envoi des documents vers Mon espace santé et la MSSanté selon les situations et oriente les lecteurs intéressés vers les textes de référence. Il a également pour vocation d'accompagner concrètement la transition numérique pour tous les acteurs concernés et les impacts sur l'organisation / information patients.

[Guide de déploiement Mon espace santé en établissement sanitaire - Slite](#)

Ce guide a pour objectif de donner des clés d'action concrètes pour mener à bien le déploiement des usages autour de Mon espace santé. De l'idée à la mise en œuvre, la démarche n'est pas toujours évidente, nous avons donc souhaité formaliser des recommandations de méthode basées notamment sur les retours d'expérience d'acteurs terrain. Ces retours d'expérience ont été collectés lors de l'expérimentation menée auprès des établissements de santé pilotes.

[Programme ambassadeur | Agence du Numérique en Santé](#) avec en bas de page les coordonnées du coordinateur de votre région pour le contacter directement.

Présentation des objectifs d'usage de la phase 1 de HOP'EN2

Identifiant	Libellé HOP'EN2	Indicateur HOP'EN2	Cible d'atteinte pour les établissements ayant atteint la cible analogue dans le programme SUN-ES*	Cible d'atteinte pour les autres établissements*	Équivalence des indicateurs par rapport à SUN-ES
P1.O1	Développer la qualification de l'Identité Nationale de Santé (INS) des patients de la file active	Taux de patients uniques de la file active, disposant d'une INS, hors identité douteuse ou fictive, qui ont une Identité Nationale de Santé qualifiée	80 %		Nouvel objectif
P1.O2	Partager les documents de sortie dans Mon espace santé	Taux de séjours clôturés pour lesquels une lettre de liaison de sortie (LDL) au format CDAR2 N1 a été alimentée à Mon espace santé (DMP)	70 %	55 %	DS1.1
		Taux de séjours clôturés pour lesquels au moins une Ordonnance de Sortie (ODS) produite a été alimentée à Mon espace santé (DMP)	65 %	50 %	DS1.2
P1.O3	Partager les comptes-rendus opératoires dans Mon espace santé	Taux de séjours clôturés pour lesquels un Compte-Rendu Opératoire (CRO) au format CDAR2 N1 a été alimenté à Mon espace santé (DMP)	70 %	55 %	DS1.3
P1.O4	Partager les comptes-rendus de consultation dans Mon espace santé	Taux de Comptes-Rendus de Consultation produits (CRC) au format CDAR2 N1 qui sont alimentés à Mon espace santé au format CDAR2 N1	50 %		Nouvel objectif



P1.O5	Partager les comptes-rendus de biologie médicale dans Mon espace santé	Taux de comptes-rendus de biologie médicale au format CDAR2 N3 ou CDAR2 N1 qui sont alimentés à Mon espace santé (DMP)	65 %	50 %	DS2.1
P1.O6	Partager les comptes-rendus d'imagerie dans Mon espace santé	Taux de comptes-rendus d'imagerie au format CDAR2 N1 qui sont alimentés à Mon espace santé (DMP)	60 %	45 %	DS3.1
P1.O7	Échanger des documents de santé aux correspondants de santé via MSSanté professionnelle	Taux de patients pour lesquels au moins un document de santé a été transmis à un correspondant de santé via MSSanté professionnelle	70 %	50 %	Changement d'indicateur
P1.O8	Échanger des messages aux patients via la Messagerie sécurisée de Mon espace santé	Taux de patients d'un parcours éligible qui ont reçu un message via la Messagerie sécurisée de Mon Espace Santé	70 %	50 %	Changement d'indicateur

Notions essentielles pour produire les indicateurs d'usage

Définition de la notion de séjour

Il est apparu au fil de la concertation 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, 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
MCO SSR	Un séjour se caractérise par une date d'entrée et une date de sortie.
PSY	Un séjour est caractérisé par une date d'entrée et une date de sortie et peut comprendre plusieurs venues du patient.
HAD	Séjour de patients adultes, hospitalisés au moins 8 jours,
Radiothérapie Chimiothérapie	Un séjour est une succession d'au moins 3 séances en moins de 3 mois.
MRC - Dialyse	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 ces indicateurs. 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. 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 v3.

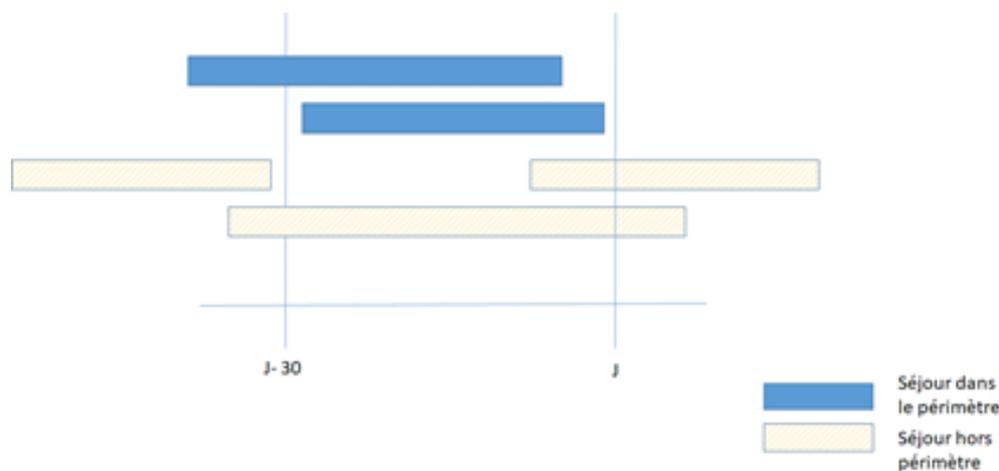
A noter que les passages aux urgences ne donnant pas lieu à une hospitalisation ne sont pas intégrés dans les séjours à comptabiliser.

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

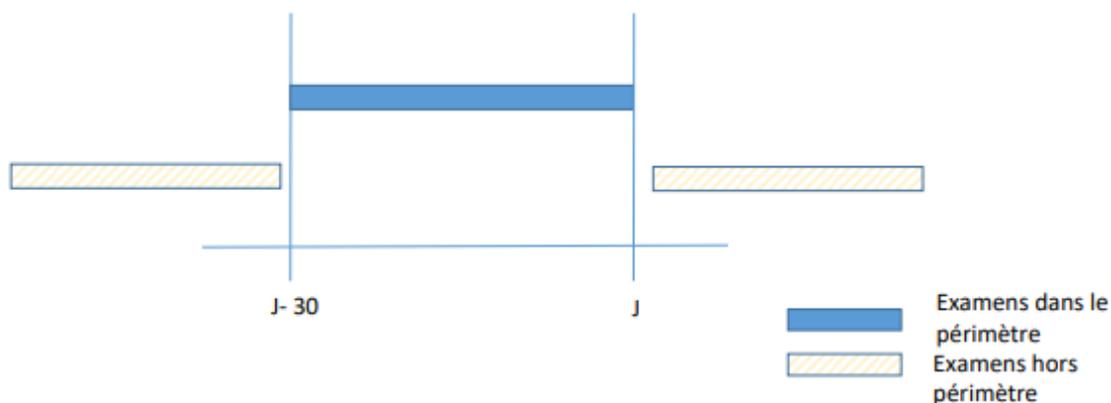
La période d'observation correspond à la période durant laquelle on comptabilise les séjours ayant donné lieu à une alimentation du DMP en documents de santé référencés avec une INS qualifiée. Elle est de 1 mois pour tous les indicateurs et pour toutes les structures, quelle que soit leur activité.

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).

Ainsi, pour les indicateurs relatifs à la lettre de liaison de sortie, l'ordonnance de sortie et le compte-rendu opératoire, 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

L'arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identité nationale 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 que les documents soient produits ainsi :

- 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](#)

Précisions spécifiques pour les objectifs d'alimentation du DMP

Les indicateurs d'alimentation du DMP sont calculés sur la base **de patients disposant d'un profil Mon espace santé**. Avec la création automatique des comptes Mon espace santé, plus de 90% des patients a désormais un profil Mon espace santé.

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.

Les documents scannés **ne sont pas éligibles**. Les pouvoirs publics ont mobilisé des financements à travers plusieurs programmes numériques pour soutenir les établissements dans leur transformation numérique.

Au cas par cas exceptionnel, en cas d'impossibilité d'alimentation dans le mois, les établissements devront justifier de la production d'un type de documents pertinent adaptés à l'activité de l'établissement, avec une description des règles de production documentaire en fonction des typologies de parcours.

Précisions spécifiques pour les objectifs d'usage de la messagerie sécurisée de santé

Pour la transmission de documents de santé par MSSanté, le format CDA devra être encapsulé dans une enveloppe IHE XDM.

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

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.

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.

Précisions sur les exigences spécifiques GHT sur l'atteinte des cibles d'usage

Afin d'atteindre les cibles d'usage dans les délais de la première phase du programme HOP'EN.2, il est admis qu'un établissement puisse recourir à toute solution déjà en place (solution déjà installée en production au moment de l'ouverture du programme) lorsque la trajectoire de convergence ne permet pas son évolution vers la cible de convergence avant l'atteinte des cibles. Le programme exclut en revanche la possibilité d'atteindre des cibles d'usage à partir d'une nouvelle solution qui ne s'inscrit pas dans le schéma de convergence du GHT.

Le ou les objectifs doivent être atteints par chaque établissement juridique partie du GHT. Chaque indicateur est calculé par établissement partie au GHT. 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.

Structure des fiches descriptives des indicateurs d'usage

De même que dans le programme HOP'EN, les indicateurs d'usage du programme sont décrits dans des fiches regroupées par objectif. Une introduction décrit l'objectif concerné, ainsi que les 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.

Indicateur	Libellé de l'indicateur
Définition de l'indicateur	
Définition	Définition de l'indicateur
Valeur cible	Valeur en-deçà de laquelle un établissement de santé ne satisfait pas aux exigences de l'indicateur
Evolution HOP'EN/Ségur	Progression de l'indicateur par rapport aux précédents programmes
Textes de référence / Liens utiles	
Production de l'indicateur	
Unité	Unité de mesure utilisée pour restituer la valeur de l'indicateur
Modalité de calcul	Formule de calcul, point méthodologique sur la construction et les modalités de recueil des valeurs d'indicateur indiquant les numérateurs et les dénominateurs
Période de mesure	Période de référence pour le calcul de l'indicateur
Restitution de l'indicateur	
Remontée de l'information	Outil sur lequel les indicateurs et les documents justificatifs doivent être déposés
Documents justificatifs	Liste des documents à fournir par l'établissement pour justifier de l'atteinte des valeurs cibles de l'indicateur
Audit	Exemples de modalités de vérification et de justification des informations <i>ex-post</i> pouvant faire l'objet d'un contrôle (liste non exhaustive)

Fiches détaillées des indicateurs d'usage

Objectif 1 : Qualification de l'INS

Cet objectif vise à renforcer le taux de qualification de l'Identité Nationale de Santé depuis les systèmes d'information hospitaliers.

Cela est nécessaire à la fois pour l'alimentation de Mon espace santé (DMP) et aussi particulièrement pour la consultation des documents de santé.

En effet, afin de pouvoir tenir l'ambition du partage fluide et sécurisé des données de santé, il est nécessaire pour les établissements d'accéder au plus de profils Mon espace santé possible. Pour cela, la qualification de l'INS du patient est impérative. C'est pourquoi la cible à 80% est positionnée afin que les professionnels de santé puissent avoir la capacité de consulter le profil d'au moins 80% des patients pris en charge.

Indicateur

Taux de patients uniques de la file active, disposant d'une INS, hors identité douteuse ou fictive, qui ont une Identité Nationale de Santé qualifiée

Définition de l'indicateur

Définition

Taux de patients uniques de la file active, disposant d'une INS, hors identité douteuse ou fictive, qui ont une Identité Nationale de Santé qualifiée.

L'indicateur comprend les patients de l'ensemble de l'établissements, pour les séjours hospitaliers, les consultations externes, les soins non programmés, etc.

Valeur cible

80% pour tous les établissements

Evolution

Nouvel indicateur

HOP'EN/Ségur

Textes de référence / Liens utiles

- 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 »
- [Identité Nationale de Santé - Référentiel INS | e-santé](#)
- [Webinaire sur l'amélioration du taux de qualification de l'Identité Nationale de Santé](#)

Production de l'indicateur

Unité

%

Modalité de calcul

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

(Nombre de patients uniques avec INS qualifiées venus pendant la période de mesure / nombre de patients uniques pris en charge par la structure, à l'exclusion des identités ayant un attribut fictif ou

douteux) *100

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

(Nombre d'appel au téléservice INSi pendant la période de mesure / nombre de patients uniques pris en charge par la structure, à l'exclusion des identités ayant un attribut fictif ou douteux) *100

Période de mesure 1 mois calendaire

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information de Au niveau local : par l'établissement
Au niveau national : les données d'appel au service INSi sont fournies par la CNAM pour les établissements

Documents justificatifs fournis par l'établissement

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

Audit

Tolérance sur l'atteinte de la cible à 80% en fonction de critères définis au niveau national avec l'ensemble des régions :

- Soins non programmés (ES avec des urgences)
- Bassins de populations avec notamment de nombreux non assurés sécurité sociale
- Taille de l'établissement (en particulier le multisite qui peut être complexe à gérer)

Rapprochement approximatif des données de l'établissement avec les statistiques INSi et du DMP de la CNAM

Objectif 2 : Partager les documents de sortie dans Mon espace santé

Cet objectif vise à promouvoir l'alimentation du dossier médical de Mon espace santé, en documents de santé de sortie référencés avec une INS qualifiée, depuis les systèmes d'information hospitaliers.

Les documents de sortie clés pour le suivi du patient sont :

- La lettre de liaison de sortie ;
- La (ou les) ordonnance(s) de sortie (toutes prescriptions).

On rappelle que la lettre de liaison de sortie est un document essentiel pour la prise en charge du patient et demander d'être produite et partagé le plus tôt après la sortie du patient notamment dans le cadre des parcours de soin avec des prises en charge par d'autres structures rapidement après la sortie du patient (dialyse, HAD, EPHAD).

Indicateur

Taux de séjours clôturés pour lesquels une lettre de liaison de sortie au format CDAR2 N1 et comprenant une INS qualifiée a été alimentée à Mon espace santé (DMP)

Définition de l'indicateur

Définition

Taux de séjours clôturés pour lesquels une lettre de liaison a été alimenté dans Mon espace santé. La lettre de liaison 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 profil Mon espace santé**.

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

Pour rappel, le contenu de la lettre de liaison est décrite à l'article R1112-1-2 du Code de la santé publique.

Les comptes-rendus d'hospitalisation ne sont pas acceptés pour atteindre la cible d'usage.

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

Valeur cible

70% pour les établissements ayant atteint les cibles SUN-ES
55% pour les autres établissements

Evolution HOP'EN/Séguur

Reprise de l'indicateur SUN-ES DS1.1

Textes de référence / Liens utiles

- [Article L1112-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#)
- [Article R1112-1-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#)
- Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison
- [Volet de contenu publié par l'Agence du Numérique en Santé \(ANS\)](#)

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 alimentée à Mon espace santé (DMP) / Nombre de séjours clôturés dans le mois 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 clôturés dans le mois pour des patients disposant d'un DMP) *100

Période de mesure

1 mois calendaire

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

Documents justificatifs fournis par l'établissement

- Justification de la notion de séjours
- Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
- 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

Audit

Rapprochement des données de l'établissement avec les statistiques DMP de la CNAM

Indicateur

Taux de séjours pour lesquels au moins une ordonnance de sortie a été alimentée dans Mon espace santé (DMP) au format CDAR2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée

Définition de l'indicateur

Définition

Taux de séjours pour lesquels au moins une ordonnance de sortie a été alimentée dans Mon espace santé. L'ordonnance de sortie doit au

préalable répondre à 2 conditions : être structurée au format CDA R2 niveau 1 et intégrer l'INS qualifiée des patients. Ce taux est calculé sur la base des séjours de patients disposant d'un profil Mon espace santé 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 :

- Prescription de produit de santé
- Prescriptions d'actes de biologie médicale
- Prescriptions d'acte de kinésithérapie
- Prescriptions d'acte infirmiers
- Prescriptions d'acte de pédicurie
- Prescription d'acte d'orthophonie
- Prescription d'acte d'orthoptie
- 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 à Mon espace santé (DMP) ces 2 types de documents différenciés.

Exception : 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. Une attestation sur l'honneur est demandée en cas de production d'aucune ordonnance de sortie pendant la période d'observation de l'indicateur.

Valeur cible	65% pour les établissements ayant atteint les cibles SUN-ES 50% pour les autres établissements
Evolution HOP'EN/Séjour	Reprise de l'indicateur SUN-ES DS1.2
Textes de référence / Liens utiles	<ul style="list-style-type: none"> • Article L1111-15 - Code de la santé publique - Légifrance • Arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique - Légifrance • Volet de contenu publié par l'Agence du Numérique en Santé (ANS)

Production de l'indicateur

Unité %

Modalité de calcul	<p><u>Calcul du taux au niveau local par l'établissement (à l'émission) :</u></p> <p>(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</p> <p><u>Calcul du taux par le niveau national, pour vérification (à la réception)</u></p> <p>(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 clôturés pour des patients disposant d'un DMP et pour lesquels au moins une ordonnance de sortie a été produite) *100</p>
Période de mesure	1 mois calendaire

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information	<p><u>Au niveau local</u> : par l'établissement</p> <p><u>Au niveau national</u> : les données d'alimentation du DMP sont fournies par la CNAM</p>
Documents justificatifs fournis par l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
Audit	Rapprochement des données de l'établissement avec les statistiques DMP de la CNAM

Objectif 3 : Partager les comptes-rendus opératoires dans Mon espace santé

L'objectif est de s'assurer le partage des comptes-rendus opératoires, pour tous les patients ayant un acte chirurgical.

Indicateur

Taux de séjours clôturés pour lesquels un compte-rendu opératoire au format CDAR2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée a été alimenté à Mon espace santé (DMP)

Définition de l'indicateur

Définition

Taux de séjours clôturés comprenant au moins un acte chirurgical pour lesquels un compte-rendu opératoire a été alimenté dans Mon espace santé.

Le compte-rendu opératoire 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 (avec présence de blocs opératoires) donnant lieu à un compte-rendu opératoire.

Valeur cible

70% pour les établissements ayant atteint les cibles SUN-ES
55% pour les autres établissements

Evolution HOP'EN/Séguir

Reprise de l'indicateur SUN-ES DS1.3

Textes de référence / Liens utiles

- [Arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)
- [Volet de contenu publié par l'Agence du Numérique en Santé \(ANS\)](#)

Production de l'indicateur

Unité

%

Modalité de calcul

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

(Nombre de séjours clôturés 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 clôturés dans le mois comprenant au moins un acte chirurgical pour des patients disposant d'un DMP) *100

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

(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

Période de mesure 1 mois calendaire

Restitution de l'indicateur

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

Objectif 4 : Partager les comptes-rendus de consultation dans Mon espace santé

L'objectif est de pouvoir promouvoir le partage des comptes-rendus de consultation des professionnels de santé en établissement de santé avec leurs patients.

C'est notamment particulièrement intéressant pour les patients chroniques suivis pour des pathologies lourdes.

C'est une demande forte de l'écosystème de pouvoir renforcer l'alimentation de ces documents qui contiennent de nombreuses informations médicales importantes pour la prise en charge du patient.

Indicateur

Taux de Comptes-Rendus de Consultation produits (CRC) produits qui sont alimentés à Mon espace santé au format CDAR2 N1

Définition de l'indicateur

Définition

Taux de Comptes-Rendus de Consultation produits (CRC) au format CDAR2 N1 qui sont alimentés à Mon espace santé

Le document 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.

Le typecode principal à utiliser au moment de l'alimentation du DMP est suivant : CR ou fiche de consultation ou de visite : 11488-4

Ce taux est calculé sur la base de consultations avec facturation d'un ACE (acte et consultation externe).

NB : Cet indicateur ne s'applique qu'aux établissements ayant des consultations avec facturation ACE.

Valeur cible

50% pour tous les établissements

Evolution

Nouvel indicateur

HOP'EN/Ségur

Textes de référence

[Article L1111-15 - Code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](http://legifrance.gouv.fr)

Production de l'indicateur

Unité

%

Modalité de calcul

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

(Nombre de consultations pour les patients disposant d'un DMP et pour lesquels un compte-rendu de consultation produit référencé avec une INS qualifiée et au format CDA R2 niveau 1, a été transmis au DMP / Nombre de consultations dans le mois comprenant pour des patients disposant d'un DMP) *100

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

(Nombre de comptes-rendus de consultation transmis par l'établissement dans le DMP avec une INS qualifiée et au format CDA R2 niveau 1 / Nombre de consultations dans le mois comprenant pour des patients disposant d'un DMP) *100

Période de mesure 1 mois calendaire

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information de Au niveau local : par l'établissement
Au niveau national : les données d'alimentation du DMP sont fournies par la CNAM pour les établissements

Documents justificatifs fournis par l'établissement

- **Justification sur la notion de consultation**
- Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
- 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

Audit Rapprochement des données de l'établissement avec des statistiques DMP de la CNAM

Objectif 5 : Partager les comptes-rendus de biologie médicale dans Mon espace santé

L'alimentation du DMP avec les comptes-rendus de biologie médicale par les laboratoires internes de l'établissement permettra aux patients et professionnels de santé d'avoir tout l'historique de leurs résultats de biologie médicale.

Sont exclus des comptes-rendus de biologie pris en considération dans cet objectif :

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

Dans le cadre de la première phase du programme, l'envoi de document au format CDA R2 N1 pour les établissements en difficulté de produire du format CDA R2 N3 est accepté.

Cela rentre dans une logique pragmatique de compréhension des obstacles terrains propres à ce secteur et répond tout de même aux objectifs du programme sur la qualification de l'INS et l'alimentation du DMP des documents clés de la prise en charge que sont les comptes-rendus de biologie médicale.

L'objectif collectif reste la production de compte-rendu au format CDA R2 N3, objectif attendu de la part de l'écosystème métier, qui sera demandé par la suite.

Détails des préconisations d'envoi dans le document "[Fondamentaux de l'échange et partage des documents de santé](#)" dans la partie [2. Alimentation de Mon espace santé - Slite](#)

Certains documents sont sensibles et nécessitent une consultation d'annonce par un professionnel. Le mécanisme d'envoi en invisible au patient permet cela et ainsi d'adapter les modalités d'envoi (mécanisme de masquage et invisibilisation). En tenant compte des obligations légales (L1111-15) et des situations sensibles, **des préconisations nationales d'envoi des documents sont proposées** à adapter selon le contexte, sur décision de la CME et/ou de la direction médicale de la structure et en fonction du contenu du document (ex : envoi en invisible d'une lettre de liaison à la sortie si non pertinent de la mettre en visibilité immédiate de la personne malade, ou envoi en visible d'un CR d'anapath si médicalement pertinent dans le contexte donné) ou selon les possibilités techniques disponibles (fonctionnalités des outils, paramétrage, indépendamment des fonctions Ségur).

Dans tous les cas, la diffusion des informations médicales via Mon espace santé doit s'inscrire dans le cadre légal encadrant l'information des personnes sur leur état de santé, telles les articles L1111-2, L1111-7 du Code de la santé publique et les règles professionnelles (ex : Article 35 du code de déontologie médicale).

Indicateur

Taux de comptes-rendus de biologie médicale structurés au format CDA R2 niveau 1 référencé avec une INS qualifiée qui sont alimentés dans Mon espace santé

Définition de l'indicateur

Définition

Taux de comptes rendus de biologie médicale transmis au DMP au format CDAR2 niveau 3 ou CDAR2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée pour des patients disposant d'un profil Mon espace santé.

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

Actuellement, lorsque l'établissement envoie les documents en format structurés N3, il est demandé d'envoyer également le format CDA R1 N1 (avec le PDF intégré) pour permettre une meilleure visibilité des résultats.

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

NB : 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.

Valeur cible

65% pour les établissements ayant atteint les cibles SUN-ES
50% pour les autres établissements

Evolution HOP'EN/Ségur

Reprise de l'indicateur SUN-ES DS2.1

Textes de référence / Liens utiles

[Volet CR-BIO – Compte-rendu d'examen de biologie médicale | Agence du Numérique en Santé \(esante.gouv.fr\)](#)

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 ou CDAR2 niveau 1) / Nombre de comptes rendus de biologie médicale produits par l'établissement pour des patients disposant 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 (CDA2 R2 niveau

3 ou CDAR2 niveau 1) / Nombre de comptes rendus de biologie médicale produits par l'établissement pour des patients disposant d'un DMP) *100

Période de mesure 1 mois calendaire

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information	<p><u>Au niveau local</u> : par l'établissement</p> <p><u>Au niveau national</u> : les données d'alimentation du DMP sont fournies par la CNAM pour les établissements</p>
Documents justificatifs fournis par l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> 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 les statistiques DMP de la CNAM

Objectif 6 : Partager les comptes-rendus d'imagerie dans Mon espace santé

L'alimentation de Mon espace santé avec les comptes-rendus d'imagerie au format structuré CDA R2 N1 produits par les plateaux techniques internes de l'établissement 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.

Indicateur

Taux de comptes rendus d'imagerie structurés au format CDA R2 niveau 1 transmis au DMP avec une INS qualifiée

Définition de l'indicateur

Définition

Taux de comptes-rendus d'imagerie au format CDAR2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée, pour les patients disposant d'un DMP.

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

Tout comme les comptes-rendus de biologie médicale, les comptes-rendus d'imagerie peuvent avoir des contenus sensibles et l'établissement peut recourir aux mécanismes d'invisibilité de Mon espace santé (cf ci-dessus).

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

NB : 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.

Valeur cible

60% pour les établissements ayant atteint les cibles SUN-ES
45% pour les autres établissements

Evolution HOP'EN/Ségur

Reprise de l'indicateur SUN-ES DS3.1

Textes de

[Volet de contenu publié par l'Agence du Numérique en Santé \(ANS\)](#)

référence / Liens
utiles

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 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 d'un DMP) *100

Période de mesure

1 mois calendaire

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

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 les statistiques DMP de la CNAM

Objectif 7 : Echanger des documents de santé aux correspondants de santé via MSSanté professionnelle

Cet objectif vise à soutenir le développement des échanges des documents de santé 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, pour tous les patients de l'hôpital.

Indicateur

Taux de patients pour lesquels au moins un document de santé a été transmis à un correspondant de santé via MSSanté professionnelle

Définition de l'indicateur

Définition

Au moins un document de santé concernant un patient a été transmis à un correspondant de santé via la MSS professionnelle.

Cet indicateur peut être pondéré par le taux d'équipement MSSanté des médecins libéraux au niveau régional ou départemental (fourni dans les statistiques MSSanté).

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 plusieurs documents sont réglementairement obligatoires à être transmis par MSSanté aux professionnels de santé.** 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.

La MSSanté professionnelle a pour but de permettre un échange entre professionnel intervenant dans le parcours de soin du patient. Il est fortement recommandé de qualifier l'INS du patient avant de transmettre l'information médicale, néanmoins, il est aussi possible d'envoyer des documents sans avoir pu qualifier l'INS du patient pour permettre de favoriser l'envoi par MSSanté plutôt que par d'autres moyens non sécurisés.

Il s'agit d'intégrer l'ensemble des patients pris en charge par l'établissement (sauf le passage aux urgences).

Valeur cible

60% pour les établissements ayant atteint les cibles SUN-ES
45% pour les autres établissements

Evolution HOP'EN/Séгур

Evolution de l'indicateur SUN-ES DS4.1 pour élargir le périmètre d'application, pour ajouter les documents envoyés même sans INS qualifiée et surtout pour simplifier le calcul de l'indicateur par rapport au calcul des correspondants de santé. Il est possible de pondérer ainsi le dénominateur par rapport au taux d'équipement national.

Textes de référence / Liens utiles

- [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 patients pour lesquels au moins un document de santé au format CDA a été transmis à un correspondant de santé via MSSanté professionnelle / Nombre de patients prise en charge dans le mois) *100

Cet indicateur peut être pondéré par le taux d'équipement MSSanté des médecins libéraux au niveau régional ou départemental (fourni dans les statistiques MSSanté).

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

(Nombre de messages envoyés avec des documents de santé / Nombre de patients prise en charge dans le mois) *100

Période de mesure 1 mois calendaire

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information de Au niveau local : par l'établissement
Au niveau national : les données d'utilisation de la MSS sont fournies par l'ANS pour les établissements

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 les statistiques MSSanté

Attention : l'ensemble des Boites aux lettres utilisées par l'établissement doivent être rattachés à l'établissement au FINESS géographique (ou éventuellement juridique dans le cas des ES publics).



MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Guide des indicateurs

Programme HOP'EN.2 – Phase 1

Objectif 8 : Echanger des messages aux patients via la Messagerie sécurisée de Mon espace santé

Cet objectif a pour but de permettre les échanges utiles et pertinents des données de santé avec le patient via la messagerie sécurisée de Mon espace santé. Faire du patient un acteur de sa santé est un de but de la feuille de route du numérique en santé, en lui permettant entre autres de disposer d'un service d'échange sécurisé avec les professionnels de son parcours.

Indicateur

Taux de patients d'un parcours éligible qui ont reçu un message via la Messagerie sécurisée de Mon Espace Santé

Définition de l'indicateur

Définition

Taux de patients d'un parcours éligible qui ont reçu un message via la Messagerie sécurisée de Mon Espace Santé

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.

Il est nécessaire pour l'établissement d'identifier les cas d'usage pertinents pour son activité et de définir ainsi les patients avec les parcours éligibles. Il est également souhaité de pouvoir articuler cela avec les logiques de parcours territoriaux.

Il s'agit d'intégrer l'ensemble des patients pris en charge par l'établissement (sauf le passage aux urgences)

Valeur cible

60% pour les établissements ayant atteint les cibles SUN-ES
45% pour les autres établissements

Evolution HOP'EN/Séguir

Reprise de l'indicateur SUN-ES DS4.2
L'indicateur a été modifié pour avoir plus de sens dans la pratique des établissements de santé, néanmoins le dénominateur sera plus complexe à calculer. Il est possible de mettre le nombre total de patients de l'établissement.

Textes de référence / Liens utiles

[Mode d'emploi des échanges MSSanté et messagerie de Mon espace santé](#)
[Note d'information sur la MSS citoyenne](#)
[Bilan de la phase pilote Mon espace santé](#)

Production de l'indicateur

Unité

%

Modalité de calcul

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

(Nombre de patients éligibles pour lesquels un message a été envoyé au

patient par MSS citoyenne/ Nombre de patients éligibles) *100

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

(Nombre de patients à qui des messages ont été envoyés par l'établissement via la MSS citoyenne/ Nombre de patients éligibles) *100

Période de mesure 1 mois calendaire

Restitution de l'indicateur

Remontée de l'information de Au niveau local : par l'établissement
Au niveau national : les données d'utilisation de la MSS citoyenne sont fournies par l'Assurance Maladie, croisée avec les données de l'annuaire Santé de l'Agence du numérique en santé

Documents justificatifs fournis par l'établissement

- Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement
- Document détaillant les cas d'usage validés par la CME et mis en œuvre dans l'établissements

Audit Rapprochement des données de l'établissement avec les statistiques MSSanté
 Attention : l'ensemble des Boites aux lettres utilisées par l'établissement doivent être rattachés à l'établissement au FINESS géographique (ou éventuellement juridique dans le cas des ES publics).

Justificatifs demandés dans l'Observatoire des Systèmes d'Information de santé

Pour l'objectif sur la qualification de l'INS

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

- La justification du nombre de patients retenus dans le dénominateur et les détails expliquant les actions mises en œuvre pour améliorer le taux de qualification.

Pour chaque indicateur concernant l'alimentation de Mon espace santé (DMP)

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

- La justification de la notion de séjours et 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.

Pour l'objectif sur les documents de sortie, seule est exigée la lettre de liaison (pas l'ordonnance de sortie)

Pour les indicateurs concernant la 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
- Pour la MSSanté professionnelle :
- Liste des types de documents validés par la CME ou instance équivalente et qui fait l'objet d'envois par la MSSanté professionnelle lorsque l'établissement choisit d'envoyer d'autres documents que ceux réglementairement obligatoires
- 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.
- Pour la MSSanté citoyenne de Mon espace santé :
 - Liste des cas d'usage validés par la CME ou instance équivalente et mis en œuvre,