

Tableau de bord des indicateurs de suivi des réseaux de santé

Ce document est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service documentation – information des publics

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Contexte de la saisine	4
2. Les indicateurs et méthodes d'évaluation actuels.....	4
3. Objectifs	5
4. Méthode d'élaboration	5
5. Synthèse bibliographique	5
6. Proposition d'indicateurs liés à la fonction d'appui.....	6
Bibliographie	10
ANNEXE 1: Fiches descriptives de chaque indicateur	11
ANNEXE 2: Participants.....	23
Parties prenantes et partenaires institutionnels	23
Groupe de travail	23
Pour la HAS.....	24

1. Contexte de la saisine

La [circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseaux de santé](#)¹ préconise de « financer ou de ne continuer à financer que les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations ».

La DGOS dans le [guide sur l'évolution des réseaux de santé](#)², publié en septembre 2012, constate que l'allocation de ressources aux réseaux reste peu liée à l'évaluation de service rendu. Deux principaux facteurs sont identifiés :

- le manque d'outils à disposition des agences régionales de santé (ARS) pour mesurer l'impact sur le parcours des patients ;
- l'insuffisante mobilisation des indicateurs existants.

Ceci a conduit la DGOS :

- à diffuser en novembre 2012 avec la CNAMTS une [méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé](#)³, ne concernant qu'une partie des réseaux de santé ;
- à saisir la HAS sur un tableau de bord des indicateurs d'évaluation de la fonction d'appui à la coordination.

2. Les indicateurs et méthodes d'évaluation actuels

Plusieurs outils et méthodes ont été proposés successivement aux unions régionales des caisses d'assurance maladies (URCAM) et agences régionales d'hospitalisation (ARH), puis ARS pour l'évaluation des réseaux de santé :

- Les principes d'évaluation des réseaux de santé publiés par l'ANAES en août 1999 ;
- Le guide d'évaluation des réseaux de santé de l'ANAES, publié en juillet 2004 ;
- L'Indice Synthétique de Qualité (ISQ), qui synthétise chaque année les indicateurs-traceurs des procédures de qualité et de sécurité mises en place par les réseaux et répartis en quatre groupes : objectifs fixés par la convention, prise en charge des patients, intégration des acteurs, et organisation et fonctionnement du réseau. Cet indicateur est calculé d'après les données d'activité transmises par les réseaux de santé aux ARS annuellement. Sa valeur peut être comprise entre 0 et 10. Il ne tient cependant pas compte de l'évolution des réseaux vers des fonctions d'appui à l'organisation des parcours.
- Des indicateurs fixés par circulaire pour certaines thématiques : soins palliatifs, gérontologie, cancer et périnatalité.

Sur cette base, les ARS ont développé de façon empirique des indicateurs permettant d'apprécier l'activité des réseaux.

Pour compléter ces indicateurs, la Caisse nationale des travailleurs salariés (CNAMTS) et la DGOS ont diffusé en 2012 une **méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé**. Cette méthode permet une appréciation du service rendu par le réseau en termes médico-économiques et la comparaison de cette prise en charge avec d'autres modes d'organisation.

Tous ces outils et méthodes ne rendent pas compte de l'évolution actuelle des réseaux de santé **vers des fonctions d'appui à l'organisation des parcours par les professionnels**, telle qu'engagée en septembre 2012 par le guide de la DGOS : « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? ». La fiche points-clés et solutions : « Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ? » et la matrice de maturité relative aux réseaux de santé s'inscrivent dans cette évolution.

¹ Circulaire DHOS/03/CNAM n°2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

² Instruction DGOS/PF3 n°2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ».

³ Instruction DGOS/PF3/CNAM n°2012-393 du 21 novembre 2012 relative à la mise en œuvre d'une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé.

3. Objectifs

Ce travail a pour objectif de définir une dizaine d'indicateurs rendant compte de l'évolution demandée aux réseaux de santé en termes de fonctions d'appui, ponctuelles ou plus prolongées (assistance au parcours).

Ceci vise à constituer un modèle national minimal de référence permettant de mesurer l'atteinte des objectifs fixés par les CPOM. Les ARS pourront proposer d'autres indicateurs optionnels en fonction des orientations régionales.

4. Méthode d'élaboration

La méthode d'élaboration du tableau de bord a reposé sur l'analyse des productions de la HAS suivantes :

- La fiche points-clés et solutions : [Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires](#) ;
- [La grille d'auto-évaluation des réseaux de santé](#).

De plus, les indicateurs ont été comparés :

- à l'analyse de la littérature scientifique sur les indicateurs utilisés sur les principaux sujets retenus.

Les bases de données ont été interrogées avec les mots-clés suivants :

- « *case management* » and « *primary care* » and « *measure* » or « *quality indicator* » ;
 - « *case management* » and « *primary care* » and « *outcomes* » ;
 - « *continuity of care* » and « *primary care* » and « *measure* » or « *quality indicator* » ;
 - « *continuity of care* » and « *primary care* » and « *outcomes* » ;
 - « *care coordination* » and « *primary care* » and « *measure* » or « *quality indicator* » ;
 - « *care coordination* » and « *primary care* » and « *outcomes* » ;
 - « *care transitions* » and « *primary care* » and « *measure* » or « *quality indicator* » .
- aux indicateurs utilisés par un échantillon de réseaux ayant des pratiques remarquables en termes de fonctions d'appui.

Des échanges ont eu lieu avec le bureau PF3 de la DGOS, auteur de la saisine, et avec les référents réseaux des ARS lors d'une réunion au ministère, le 13 février 2015.

5. Synthèse bibliographique

L'analyse de la littérature (1) (2) (3) permet de caractériser les indicateurs.

Ceux-ci doivent ainsi être :

- précis,
- factuels,
- basés sur des données fiables et complètes,
- traduisant l'état actuel des connaissances.

Les ressources, tant matérielles qu'humaines, doivent être en adéquation : technologies de l'information compatibles, disponibilité satisfaisante en temps pour interpréter et jouer sur les indicateurs, support pratique pour la saisie des données, compétences en communication et en informatique du personnel et capacité de collaboration.

6. Proposition d'indicateurs liés à la fonction d'appui

Chaque indicateur retenu est communément caractérisé comme suit. Il est⁴ :

- Simple : l'objectif de simplicité doit l'emporter sur celui d'exhaustivité. Pour qu'un indicateur soit accepté, il faut qu'il soit facile à comprendre.
- Fiable : il reflète des variations de qualité non liées aux caractéristiques des patients.
- Mesurable : il est facile à recueillir et à calculer à partir de données disponibles, dans les bases de données accessibles (proxys souvent nécessaires).
- Valide : il est sensible, spécifique et reproductible (il mesure réellement ce qu'il prétend mesurer et il est compréhensible de la même manière par les utilisateurs).
- Pertinent pour améliorer la qualité : il évalue des événements ou pratiques sur lesquels il est possible d'agir pour réduire les écarts par rapport aux éléments clés de la qualité.

Les indicateurs proposés dans le cadre de ce travail rendent compte de l'évolution demandée aux réseaux de santé en termes de fonctions d'appui, ponctuelles ou plus prolongées. Ils s'inspirent de la grille d'auto-évaluation des réseaux de santé, organisée autour de trois axes :

AXE 1 : Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients

Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Indicateur 5	Indicateur 6
Nombre de médecins du territoire ayant participé à un accord entre généralistes et spécialistes de second recours sur les procédures de référence et de communication / nombre de médecins du territoire	Nombre de professionnels de santé mobilisés par le réseau en appui à l'élaboration ou au suivi de PPS / nombre de professionnels de santé sur le territoire	Nombre de réunions de concertation organisées avec l'aide ou par le réseau et répondant aux critères de qualité de la HAS en matière de traçabilité / nombre total de réunions de concertation organisées avec l'aide ou par le réseau	Nombre de patients suivis dans le cadre d'une assistance au parcours et pour lesquels un retour d'information au médecin traitant a été effectué / ensemble des patients suivis dans ce cadre	Nombre de programmes d'ETP construits avec le soutien méthodologique du réseau / nombre de programmes d'ETP autorisés par l'ARS sur le territoire du réseau	Nombre de patients âgés ≥ 75 ans ou handicapés accompagnés par le réseau après une hospitalisation et pour lesquels le réseau a assuré une intervention au domicile < 7 jours après la sortie / nombre de patients âgés ≥ 75 ans ou handicapés accompagnés par le réseau après une hospitalisation

⁴ Principes généraux de la construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Anaes 2002. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456514/fr/construction-et-utilisation-des-indicateurs-dans-le-domaine-de-la-sante-principes-generaux

AXE 2 : Aide à l'organisation du travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale

Indicateur 7	Indicateur 8	Indicateur 9
Nombre de médecins du territoire ayant bénéficié d'un appui pour utiliser les outils de partage d'information (VSM, DLU, DMP, MSS, etc.) / nombre de médecins sur le territoire	Nombre de structures d'appui partageant avec le réseau ou au sein de la plateforme les mêmes procédures d'orientation des professionnels ou des usagers / nombre de structures d'appui du territoire	Nombre de retours d'information à la gouvernance ≤ 30 jours / nombre de difficultés et de besoins non satisfaits identifiés par le réseau

AXE 3 : Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions

Indicateur 10	Indicateur 11	Indicateur 12
Nombre de demandes de médecins traitants ou de médecins en lien avec le médecin traitant ayant fait l'objet d'une intervention auprès du patient < 7 jours / nombre total de demandes de médecins traitants ou de médecins en lien avec le médecin traitant	Nombre de salariés du réseau ayant bénéficié d'une action de formation professionnelle continue ou de DPC depuis trois ans / nombre de salariés du réseau	Nombre d'indicateurs du CPOM directement renseignés par le système d'information du réseau / nombre d'indicateurs du CPOM

Caractéristiques des publications retenues

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs Cohérence avec les données de la littérature présentées
Addington 2010 Revue systématique (1)	1996-2005	Oui	Oui	Oui	57	2	<p>Selon cette revue systématique, le choix d'indicateurs de mesure de la qualité doit tenir compte de la perception des acteurs en ce qui concerne l'importance de ce qui est mesuré et de la facilité avec laquelle cela peut être mesuré. Ces indicateurs doivent par ailleurs être clairement définis, factuels et basés sur des données fiables et complètes. Ils doivent également traduire l'état actuel des connaissances.</p> <p>La principale barrière identifiée par les auteurs est le manque de précision.</p> <p>Les ressources, tant matérielles qu'humaines, doivent être en adéquation : technologies de l'information compatibles, disponibilité satisfaisante en temps pour interpréter et jouer sur les indicateurs, support pratique pour la saisie des données, compétences en communication et en informatique du personnel et capacité de collaboration.</p> <p>Les auteurs précisent cependant que la réussite de l'implémentation de l'évaluation repose sur l'interaction entre de multiples facteurs : caractéristiques des indicateurs, messages de promotion, stratégies d'implémentation, ressources, professionnels-cibles, et le contexte intra et inter-organisationnel.</p>
PIRU 2014							Il s'agit des résultats d'un projet de recherche destiné à apporter une aide méthodologique à la

(2)						<p>définition d'indicateurs relatifs à l'intégration, mesurables, et reposant sur les sources de données existantes. Selon les auteurs, les indicateurs peuvent être plus ou moins robustes et significatifs selon qu'ils répondent ou non à l'ensemble des 8 critères suivants : importance et pertinence, validité, précision, fiabilité, faisabilité, ayant du sens, implication pour l'action, évitement des incitations perverses. Plusieurs séries d'indicateurs sont proposés par les auteurs en lien avec la santé des populations, les systèmes et processus organisationnels, les résultats personnels, l'utilisation des ressources/la balance de soins, l'expérience des usagers/des aidants.</p>
Wrong 2014 (3)						<p>Cette étude a pour objectif de développer une série d'indicateurs qui pourraient mesurer et suivre la performance des organisations de soins primaires et de leurs stratégies pour favoriser les soins centrés sur l'équité. 17 indicateurs ont été construits sur une revue de la littérature et sur la conduite d'entretiens avec des patients et des professionnels.</p>

Bibliographie

1. Addington D., Kyle T., Desai S., Wang J.L., *Facilitators and barriers to implementing quality measurement in primary mental health care. Systematic review.* Can Fam Physician 2010;56:1322-31.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001932/pdf/0561322.pdf>
2. *Policy Innovation Research Institute. Integrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care.* Final Report. London: PIRU; 2014.
<http://www.piru.ac.uk/assets/files/IC%20and%20support%20Pioneers-Indicators.pdf>
3. Wong S.T., Browne A.J., Varcoe C., Lavoie J. and al., *Development of Health Equity Indicators in Primary Health Care Organizations Using a Modified Delphi.* PLoS ONE 9(12): e114563.

ANNEXE 1: Fiches descriptives de chaque indicateur

Indicateur 1	Nombre de médecins du territoire ayant adhéré à un accord entre généralistes et spécialistes de second recours sur les procédures de référence et de communication / nombre de médecins du territoire
Objectif	Évaluer la qualité de la continuité des soins entre le premier et le second recours sur le territoire du réseau.
Champ ou contexte d'utilisation	La formalisation au niveau du territoire d'un accord pluriprofessionnel sur les procédures de recours et de communication, sur les rôles et les responsabilités de chaque professionnel est une intervention proposée pour favoriser la continuité des soins. Les réseaux peuvent contribuer à la formalisation de cet accord pluriprofessionnel au niveau du territoire.
Clés de lecture	L'accord doit être formalisé. Il peut être général ou porter sur une population ou une situation clinique spécifique. Tous les accords entre professionnels sur le sujet peuvent être pris en compte, que le réseau en soit ou non l'initiateur : c'est la dynamique territoriale qui compte. Il est également nécessaire de préciser la qualification des médecins concernés par cet accord formalisé, en précisant s'il existe des limites liées au statut d'exercice (libéral par exemple) ou aux modalités d'exercice (spécialité ou MEP ⁵ par exemple).
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Sources de données conseillées : système d'information du réseau et ARS. ➤ Numérateur : nombre de médecins ayant adhéré à l'accord. ➤ Dénominateur : nombre de médecins du territoire correspondant aux spécifications de l'accord.
Exemples	5 ophtalmologistes sur 5 et 45 médecins généralistes sur 65 ont adhéré à l'accord portant sur le bon usage du rétinographe et sur l'accès rapide à l'ophtalmologiste en cas de rétinopathie anormale. 4 pédiatres formés au suivi des nouveaux nés vulnérables et 60 généralistes hors MEP ont adhéré à l'accord de continuité des soins sur le suivi des nouveaux nés vulnérables sur 4 pédiatres formés et 65 généralistes concernés soit 64/69.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Taylor E.F., Lake T., Nysenbaum J., Peterson G., Meyers D., Coordinating care in the medical neighborhood: critical components and available mechanisms. White Paper (Prepared by Mathematica Policy Research under Contract No. HHS290200900019I TO2). AHRQ Publication No. 11-0064. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2011.

⁵ MEP : médecins à exercice particulier.

Indicateur 2	Nombre de professionnels de santé mobilisés par le réseau au moins une fois en appui à l'élaboration ou au suivi de PPS / nombre de professionnels de santé exerçant sur le territoire
Objectif	Évaluer la capacité de mobilisation des acteurs professionnels dans le cadre de l'appui apporté aux médecins généralistes pour la réalisation d'un PPS.
Champ ou contexte d'utilisation	<p>L'élaboration et le suivi d'un PPS sont recommandés pour les patients âgés dont la situation exige l'intervention de plusieurs acteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Cette démarche de concertation pluriprofessionnelle et de planification peut être étendue aux patients atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques, lorsque leur situation le nécessite. C'est au médecin traitant, ou à un médecin en lien avec le médecin traitant, que revient la décision d'élaborer un PPS, en fonction de sa perception de la situation du patient et des ressources à mobiliser.</p> <p>Dans les cas les plus complexes, en particulier en raison de l'intrication de problèmes sanitaires et sociaux, le médecin traitant peut solliciter l'appui d'un réseau de santé à différents niveaux : pour l'aide à l'évaluation de la personne, aide à l'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle, dans la fonction de référent du PPS.</p> <p>Dans ce cadre, les réseaux sont amenés à mobiliser différents acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour la concertation entre professionnels et la réalisation des actions prévues dans le PPS.</p>
Clés de lecture	<p>Les PPS doivent être tracés et archivés par le réseau.</p> <p>Les acteurs mobilisés peuvent être des professionnels de santé conventionnés avec l'Assurance Maladie dans différentes disciplines ou professions. La liste précise des disciplines et professions concernées doit être établie et adressée à l'ARS.</p> <p>Concernant les professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie (diététiciennes, psychologues, éducateurs sportifs, etc.), le réseau doit faire lui-même l'inventaire des ressources du territoire.</p> <p>NB : Cet indicateur peut être dupliqué pour les professionnels sociaux et médico-sociaux mobilisés en appui à l'élaboration et au suivi d'un PPS.</p>
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Sources de données conseillées : système d'information du réseau et ARS. ➤ Numérateur : nombre de professionnels de santé mobilisés par le réseau en appui à l'élaboration ou au suivi de PPS (système d'information du réseau). ➤ Dénominateur : nombre de professionnels de santé exerçant sur le territoire (ARS).
Exemples	Le réseau est intervenu en appui aux médecins traitants pour 60 PPS et a mobilisé 121 professionnels de santé pour cela, sur les 180 professionnels de santé exerçant sur le territoire dans les professions et les disciplines concernées.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA

Indicateur 3	Nombre de réunions de concertation organisées avec l'aide ou par le réseau et répondant aux critères de qualité de la HAS en matière de traçabilité / nombre total de réunions de concertation organisées avec l'aide ou par le réseau
Objectif	Évaluer la fonction d'appui du réseau en matière d'organisation de RCP.
Champ ou contexte d'utilisation	<p>Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles prévoit l'organisation d'une concertation formalisée et régulière (en moyenne une fois par mois) entre médecins et autres professionnels de santé sur les dossiers des cas complexes pour lesquels l'amélioration des pratiques est susceptible de permettre des gains de qualité et d'efficacité. Il prévoit également « Dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges, un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé. »</p> <p>Dans les cas les plus complexes, en particulier en raison de l'intrication de problèmes sanitaires et sociaux, l'intervention d'un réseau de santé peut être sollicitée pour appuyer l'organisation de la concertation pluriprofessionnelle. Ces RCP, organisées avec l'aide ou par les réseaux, doivent répondre à des critères de qualité, notamment en matière de traçabilité.</p> <p>Selon la HAS, ces critères sont les suivants : « L'avis de la RCP comporte la date, la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient. Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de la RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin référent et inscrites dans le dossier du patient. Un recueil permettant de noter à chaque réunion le nom des participants, celui des patients dont les dossiers sont évalués, et la décision prise, est tenu à jour par le secrétariat. »</p>
Clés de lecture	Évaluer le nombre de réunions de concertation pluriprofessionnelle organisées avec l'aide du réseau ou par le réseau, dont les comptes rendus correspondent aux critères de qualité requis. Ces critères doivent être définis explicitement : au minimum chaque RCP doit donner lieu à un compte-rendu daté et signé, tracé avec propositions de prise en charge.
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Sources de données conseillées : système d'information du réseau. ➤ Numérateur : nombre de RCP organisées au cours de l'année avec l'aide ou par le réseau et dont les comptes rendus correspondent aux critères de qualité définis. ➤ Dénominateur : nombre de RCP organisées au cours de l'année avec l'aide ou par le réseau.
Exemples	Le réseau a organisé 12 RCP qui ont toutes donné lieu à un compte rendu tracé et signé avec propositions de prise en charge, soit 100 %.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu (DPC) – Fiche méthode – Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1356809 • Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité Legifrance

Indicateur 4	Nombre de patients suivis dans le cadre d'une assistance au parcours et pour lesquels un retour d'information au médecin traitant a été effectué / ensemble des patients suivis dans ce cadre
Objectif	Évaluer la qualité de la coopération avec les médecins traitants dans le cadre des fonctions d'assistance au parcours (ou « <i>case management</i> »).
Champ ou contexte d'utilisation	L'assistance au parcours de santé est une prestation d'accompagnement d'un patient qui correspond à une démarche collaborative d'évaluation, de planification, de facilitation, de coordination des soins, de réévaluation et de défense des intérêts du patient afin de répondre à l'ensemble de ses besoins. Cette assistance est assurée par une tierce personne (coordinateur d'appui, gestionnaire de cas, etc.) à la demande du médecin traitant ou d'un médecin en lien avec le médecin traitant. Elle dure un temps déterminé, et prend fin lorsque la situation est devenue moins complexe. Parmi les facteurs qui conditionnent son efficacité figurent un ciblage approprié des patients en situation complexe et le retour régulier d'informations au médecin traitant.
Clés de lecture	Les contours et le contenu de l'assistance au parcours doivent être définis de façon explicite par le réseau. Le retour d'information au médecin traitant doit être tracé sous forme d'un courrier ou d'un courriel archivé par le réseau ou la plateforme. La périodicité souhaitée du retour d'information peut être définie par le réseau. Les exceptions à cet indicateur sont les patients qui n'ont pas de médecin traitant au moment de l'accompagnement par le réseau.
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Source de données conseillée : système d'information du réseau. ➤ Numérateur : nombre de patients suivis dans le cadre d'une assistance au parcours et ayant un médecin traitant. ➤ Dénominateur : nombre de patients auxquels un retour d'information tracé a été effectué au médecin traitant au moins tous les deux mois.
Exemples	110 patients ont bénéficié d'une assistance au parcours au cours de l'année. 98 seulement avaient un médecin traitant. 98 sera donc le numérateur. Pour 78 patients, un retour au médecin traitant a été réalisé, soit 76,4 %.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Haute Autorité de Santé. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014. • Ross S., Curry N., Goodwin N., Case management. What it is and how it can best be implemented. London: King's Fund. 2011 http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf • Case Management Society of America. Standards of practice for case management. Little Rock: CMSA; 2010. http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf

Indicateur 5	Nombre de programmes d'ETP construits avec le soutien méthodologique du réseau / nombre de programmes d'ETP autorisés par l'ARS sur le territoire du réseau
Objectif	Suivre le transfert de savoirs et de savoir-faire aux professionnels dans le champ de l'ETP.
Champ ou contexte d'utilisation	<p>L'implication des patients est une des principales conditions de la réussite des parcours de santé. Elle s'exerce notamment à travers des actions d'éducation thérapeutique (ETP). L'ETP vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, grâce à l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation, dont certaines sont indispensables à leur sécurité.</p> <p>Favoriser le partage des outils d'éducation et le transfert de savoirs et de savoir-faire aux professionnels sont des enjeux majeurs de l'intervention des réseaux dans ce domaine.</p>
Clés de lecture	<p>Il s'agit des actions autorisées par l'ARS sur le territoire dans le cadre de la procédure réglementaire d'autorisation. Tous les programmes d'ETP autorisés par l'ARS sur le territoire sont concernés, ambulatoires, hospitaliers ou mixtes.</p> <p>Le soutien du réseau ou de la plateforme peut s'exprimer à travers une formation des professionnels, un soutien méthodologique à la construction ou à la délivrance du programme, la mise à disposition d'une personne ressource, etc.</p>
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Source de données conseillée : système d'information du réseau pour les programmes d'ETP construits avec le soutien méthodologique du réseau, ARS pour les programmes autorisés sur le territoire. ➤ Numérateur : nombre de programme d'ETP autorisés par l'ARS sur le territoire et auxquels le réseau ou la plateforme ont apporté un soutien méthodologique. ➤ Dénominateur : nombre de programme d'ETP autorisés par l'ARS sur le territoire.
Exemples	4 programmes ont été construits avec le soutien méthodologique du réseau sur le territoire sur un total de 8 programmes autorisés par l'ARS, soit 50 %.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Haute Autorité de Santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf 2007 • Page HAS dédiée à l'ETP : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

Indicateur 6	Nombre de patients âgés ≥ 75 ans ou handicapés accompagnés par le réseau après une hospitalisation et pour lesquels le réseau a assuré une intervention au domicile < 7 jours après la sortie / nombre de patients âgés ≥ 75 ans ou handicapés accompagnés par le réseau après une hospitalisation
Objectif	Évaluer la capacité du réseau à intervenir au domicile des patients âgés ou handicapés à risque de ré-hospitalisation, dans un délai <1 semaine après la sortie
Champ ou contexte d'utilisation	<p>Les programmes de transition hôpital-domicile se déroulent en trois temps : pendant l'hospitalisation, lors de la sortie et après la sortie, généralement pendant 30 et 90 jours, parfois plus.</p> <p>Le suivi après la sortie repose en priorité sur des visites régulières à domicile (<i>on entend ici le retour sur le lieu de vie, quel qu'il soit, y compris en EHPAD</i>), en débutant dès la première semaine après la sortie. Il relève prioritairement de la responsabilité du médecin traitant en coopération avec les infirmières, les pharmaciens et les autres professionnels sanitaires et sociaux. Les réseaux ou les plateformes d'appui peuvent intervenir en appui des professionnels de soins primaires, particulièrement si les problèmes sociaux ou liés à l'aménagement du domicile prédominent.</p> <p>Cette « assistance au parcours » limitée dans le temps permet d'identifier les besoins dans le contexte de la vie à domicile et de superviser le parcours de la personne. Elle a été montrée réduire le risque de réadmission non programmé avec un niveau de certitude élevé.</p>
Clés de lecture	<p>Les patients concernés sont les patients âgés ≥ 75 ans ou atteints d'un handicap quel que soit leur situation médicale ou leur contexte de vie, à partir du moment où l'intervention du réseau a été requise par le médecin traitant ou un médecin en lien avec le médecin traitant.</p> <p>L'intervention concerne l'évaluation de la situation du patient, de son domicile, l'effectivité et le caractère approprié des soins et services fournis au patient. Elle peut être réalisée par un salarié du réseau ou par un professionnel de santé mandaté par le réseau. Elle doit donner lieu à un compte rendu adressé au médecin traitant et tracé dans le système d'information du réseau.</p>
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Source de données conseillée : système d'information du réseau. ➤ Numérateur : nombre de patients âgés ≥ 75 ans ou handicapés accompagnés par le réseau après une hospitalisation et pour lesquels le réseau a assuré une intervention au domicile < 7 jours après la sortie. ➤ Dénominateur : nombre de patients âgés ≥ 75 ans ou handicapés accompagnés par le réseau après une hospitalisation.
Exemples	Sur 47 patients âgés ≥ 75 ans accompagnés par le réseau après une hospitalisation, 39 ont bénéficié d'une intervention du réseau moins de 7 jours après leur sortie, soit 83 %.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Haute Autorité de Santé. Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». 2013. • Purdy S., Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say ? London: King's Fund 2010. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010.pdf

Indicateur 7	Nombre de médecins du territoire ayant bénéficié d'un appui pour utiliser les outils de partage d'information (VSM, DLU, DMP, MSS, etc.) / nombre de médecins exerçant sur le territoire
Objectif	Suivre l'appui apporté aux médecins du territoire par le réseau ou la plateforme pour les aider à utiliser les outils de partage d'information.
Champ ou contexte d'utilisation	Le partage en temps utile des données nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins peut être favorisé par l'utilisation des documents de synthèse dématérialisés : Volet Médical de Synthèse ⁶ , Dossier de Liaison Urgence ⁷ , document de sortie d'hospitalisation, etc. Ces documents peuvent être transmis par Messagerie Sécurisée de Santé ⁸ ou déposés dans le Dossier Médical Personnel.
Clés de lecture	Cet indicateur porte sur toutes les interventions mises en œuvre pour aider les médecins à utiliser les outils de partage d'information, mises en œuvre totalement ou partiellement au cours de l'année. Dans ce dernier cas, elles ne sont pas prises en compte l'année suivante. Il est nécessaire de définir la cible qui peut varier selon les réseaux ou les plateformes : médecins en exercice regroupé, médecins généralistes, médecins généralistes hors MEP, médecins toutes spécialités confondues, mode d'exercice, etc. L'intitulé de la cible doit figurer de façon explicite en dénominateur. Cet indicateur est un indicateur de processus. Il peut être remplacé par un indicateur de résultat évaluant le nombre de professionnels de santé ayant échangé depuis un an avec le réseau au moins une fois par Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) / nombre de professionnels de santé du territoire.
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Source de données conseillée : système d'information du réseau à partir d'un item enregistrant les interventions réalisées et les médecins contactés (définition au préalable de la typologie des interventions : visite en situation, télécommunication, réunion de formation, mailing, etc.) ➤ Numérateur : nombre de médecins auprès desquels au moins une intervention a été réalisée pour l'aider à utiliser les documents de synthèse dématérialisés. ➤ Dénominateur : nombre total de médecins correspondant à la cible exerçant sur le territoire, communiqué par l'ARS.
Exemples	32 médecins généralistes hors MEP ont participé à des réunions de formation à l'utilisation du VSM et du DMP sur un total de 48 médecins généralistes hors MEP exerçant sur le territoire, soit 66 %.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Haute Autorité de Santé. Volet de Synthèse Médicale. 2013. • Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h 2014.

⁶ Il s'agit d'une fiche de synthèse informatisée contenant des renseignements administratifs et cliniques, les traitements au long cours et les points de vigilance relatifs à un patient. Ce document est déposé dans le DMP.

⁷ Le Dossier de Liaison d'Urgence est un document synthétique pour une prise en charge optimale médicale et en soins d'un résident en EHPAD pour tout médecin intervenant dans l'EHPAD ou aux urgences hospitalières.

⁸ <http://esante.gouv.fr/mssante>

Indicateur 8	Nombre de structures d'appui partageant avec le réseau ou au sein de la plateforme les mêmes procédures d'orientation des professionnels ou des usagers / nombre de structures d'appui du territoire
Objectif	Évaluer la coopération du réseau avec les autres structures d'appui dans le cadre d'une démarche de type « guichet intégré ».
Champ ou contexte d'utilisation	La démarche de type « guichet intégré » repose sur l'élaboration et l'actualisation d'outils et référentiels communs permettant aux usagers et aux professionnels d'être orientés de la même façon, quelle que soit la porte d'entrée à laquelle ils s'adressent. Les fonctions recherchées sont d'activer les appuis sociaux et médico-sociaux et de donner accès en temps utile aux expertises appropriées.
Clés de lecture	Les structures ou dispositifs d'appui doivent être identifiés sur le territoire (réseaux de santé, CLIC, MAIA, etc.). Les outils communs d'orientation doivent pouvoir être transmis sur demande de l'ARS.
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Source de données conseillée : système d'information du réseau. ➤ Numérateur : nombre de structures d'appui ayant utilisé au moins un outil commun avec le réseau ou au sein de la plateforme pour orienter les professionnels et les usagers. ➤ Dénominateur : nombre de structures d'appui identifiés par l'ARS sur le territoire.
Exemples	3 structures sur 4 (un CLIC, une MAIA et un autre réseau) partagent avec le réseau une procédure commune d'orientation des professionnels ou des patients demandant comment accéder à des sessions d'activité physique adaptée, soit 75 %.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Haute Autorité de Santé. Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014. • De Stampa M., Vedel I., Trouvé H., Jean O.S., Ankri J., Somme D., Intégration des services : obstacles et facteurs facilitant leur implantation. Rev Epidemiol Sante Publique 2013;61(2):145-53. • De Stampa M., Vedel I., De Montgolfier S. et al., Un guichet unique dans un réseau gériatrique pour l'orientation des personnes âgées. Santé publique, vol. 25 n° 1, 2013-01, pp. 7-14.

Indicateur 9	Nombre de retours d'information à la gouvernance ≤ 30 jours / nombre de difficultés et de besoins non satisfaits identifiés par le réseau
Objectif	Évaluer la capacité du réseau ou de la plateforme à reporter les difficultés ou les besoins non satisfaits à la gouvernance.
Champ ou contexte d'utilisation	Les retours réguliers et en temps réel d'informations à la gouvernance sur les difficultés rencontrées et les besoins non satisfaits sont un moyen important d'entretenir la dynamique d'intégration territoriale et d'améliorer la réponse aux besoins.
Clés de lecture	Cet indicateur permet d'évaluer le nombre de retours d'informations réalisés depuis un an auprès de la gouvernance, dans le délai d'un mois après leur mise en évidence. Ces retours d'informations doivent être effectués en temps réel par rapport à l'événement et ne se confondent pas avec le rapport d'activité du réseau ou de la plateforme. La gouvernance doit être identifiée explicitement : ARS et Conseil général, en règle générale, en identifiant la personne en charge de la thématique à son niveau.
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Source de données conseillée : système d'information du réseau avec deux items individualisés 1/ constatation d'une difficulté avec date de la constatation 2/ retour d'information à la gouvernance avec date de ce retour. ➤ Numérateur : nombre de retours d'information réalisés dans un délai ≤30 jours après la constatation de difficultés ou de besoins non satisfaits. ➤ Dénominateur : nombre de difficultés ou de besoins non satisfaits constatés au cours de l'activité du réseau ou de la plateforme depuis un an.
Exemples	Le réseau a collecté, depuis un an, 14 difficultés ou besoins non satisfaits au cours de ses activités d'appui aux professionnels de soins primaires (absence de réponse d'un service d'aides à domicile, impossibilité d'accéder à une association d'activité physique adaptée, impossibilité d'obtenir un rendez-vous spécialisé dans un délai approprié, etc.). 11 ont fait l'objet d'un retour d'information à l'ARS ou au Conseil général dans un délai ≤ 30 jours.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Haute Autorité de Santé. Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

Indicateur 10	Nombre de demandes de médecins traitant ou de médecins en lien avec le médecin traitant ayant fait l'objet d'une intervention auprès du patient < 7 jours / nombre de demandes totales de médecins traitant ou de médecins en lien avec le médecin traitant
Objectif	Évaluer la capacité du réseau ou de la plateforme à répondre en temps utile aux demandes d'intervention des professionnels.
Champ ou contexte d'utilisation	La proximité avec les soins primaires s'exprime d'abord par une réponse réactive aux demandes du médecin traitant ou d'un médecin en lien avec le médecin traitant, qui sont chargés de déclencher le recours aux fonctions d'appui et d'assurer leur intégration dans la prise en charge globale des patients concernés grâce à des échanges d'informations réguliers.
Clés de lecture	Cet indicateur permet d'évaluer le nombre d'interventions réalisées à la demande des médecins traitants ou en lien avec le médecin traitant dans un délai considéré comme compatible avec la qualité de la réponse. Le délai de réponse peut être modifié en fonction du domaine d'activité du réseau et des accords conclus localement avec les professionnels. Il est décompté à partir de la réception de la demande du médecin traitant. La réponse peut prendre la forme de l'intervention programmée du réseau sur les lieux de soins primaires (à des jours fixés d'un commun accord) ou d'une intervention au domicile des patients ou encore d'un débriefing par téléphone avec le patient pour une première évaluation de ses besoins.
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Source de données conseillée : système d'information du réseau. ➤ Numérateur : nombre de demandes de médecins traitant ou de médecins en lien avec le médecin traitant ayant fait l'objet d'une intervention auprès du patient dans un délai <7 jours. ➤ Dénominateur : nombre de demandes de médecins traitants ou de médecins en lien avec le médecin traitant.
Exemples	126 demandes d'interventions ont été adressées au réseau depuis un an de la part de médecins traitants ; sur ces demandes 102 ont fait l'objet d'une réponse dans un délai <7 jours.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Haute Autorité de Santé. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». 2014.

Indicateur 11	Nombre de salariés du réseau ayant bénéficié d'une action de formation continue ou de DPC depuis trois ans / nombre de salariés du réseau
Objectif	Évaluer la capacité du réseau ou de la plateforme à fournir une formation professionnelle continue aux salariés du réseau.
Champ ou contexte d'utilisation	Le réseau ou la plateforme doit veiller à ce que les salariés de l'équipe aient accès à la formation professionnelle continue ou au développement professionnel continu (DPC) pour les professionnels de santé, au regard de l'évolution de leurs missions. Les formations sur la coordination et les parcours de santé doivent être particulièrement encouragées.
Clés de lecture	Cet indicateur permet d'évaluer le nombre de salariés du réseau ayant suivi au moins une formation depuis deux ans. Les salariés du réseau désignent toutes les personnes rémunérées par le réseau, à l'exclusion des prestations dérogatoires, à temps partiel ou à temps complet. La formation désigne une action de formation délivrée conformément aux dispositions relatives à la formation professionnelle continue (article L. 6313-1 du Code du travail) ou une action de DPC dans le cadre de l'obligation triennale.
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant les trois années civiles précédentes. ➤ Source de données conseillée : système d'information du réseau. ➤ Numérateur : nombre de salariés du réseau ayant suivi au moins une formation depuis trois ans. ➤ Dénominateur : nombre de salariés du réseau.
Exemples	Deux infirmiers et la secrétaire du réseau ont bénéficié d'une action de formation professionnelle continue depuis trois ans, sur les trois salariés à temps plein et les trois autres salariés à temps partiel du réseau, soit 50 %.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • La formation des salariés : principes généraux. • Disposition de la loi de santé sur le DPC.

Indicateur 12	Nombre d'indicateurs du CPOM directement par le système d'information du réseau renseignés / nombre d'indicateur du CPOM
Objectif	Évaluer la capacité du réseau ou de la plateforme à se doter d'un tableau de bord informatisé performant pour renseigner les différents indicateurs inscrits dans son CPOM.
Champ ou contexte d'utilisation	Le réseau ou la plateforme doit se doter d'un tableau de bord informatisé comprenant les items permettant de renseigner les indicateurs servant à leur pilotage et à leur évaluation externe en regard de leur CPOM. Ces indicateurs portent à la fois sur les processus mis en œuvre par le réseau et sur les résultats obtenus en termes d'efficacité.
Clés de lecture	Cet indicateur permet d'évaluer le nombre d'indicateurs du CPOM renseignés par le système d'information du réseau.
Modalités de calcul	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rythme conseillé : recueil annuel à partir des données concernant l'année civile précédente. ➤ Source de données conseillée : système d'information du réseau. ➤ Numérateur : nombre d'indicateurs du réseau dont le numérateur et/ou le dénominateur sont renseignés par les informations collectées dans le système d'information du réseau. ➤ Dénominateur : nombre d'indicateurs du CPOM du réseau.
Exemples	Sur 12 indicateurs inscrits dans le CPOM dans le réseau, 11 peuvent être renseignés en totalité ou en partie par le système d'information du réseau.
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Haute Autorité de santé. Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé. 2015.

ANNEXE 2: Participants

Parties prenantes et partenaires institutionnels

Dr Véronique DELORIEUX, Union nationale des réseaux de santé.

Mme Lucie DUFOUR, Direction générale de l'offre de soins.

Mme Magali EYMERY, Agence régionale de santé d'Ile de France.

Dr Pierre GABACH, Caisse nationale de maladie des travailleurs salariés.

Mme Valérie GARNIER, Agence régionale de santé de Bourgogne.

M. Jean-Yves LEMERLE, Union nationale des professionnels de santé.

Dr Patricia MERCIER, Collège de la médecine générale.

Mme Catherine MOUZAWAK, Réseau SEP Ouest, réseaux neurologiques.

Dr Yves PASSADORI, Société française de gériatrie et gérontologie.

Mme Véronique VALLES-VIDAL, Union nationale des réseaux de santé.

Groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

Dr Corinne ALBERGE, pédiatre hospitalier, coordinateur médical au sein d'un réseau spécialisé dans le suivi des enfants vulnérables, Toulouse.

M. Nicolas BIGAUT, ergothérapeute, cadre de santé salarié, Leyr.

Mme Hélène BRUGEROLLES, chef de projet, au sein d'un réseau « Accès aux soins », Nanterre.

Mme Sonia CARDOSO, chercheur en coordination de parcours de soins, IHU-ICM, Paris.

Mme Karine DIDIER, chargée de mission, ARS Lorraine, Nancy.

Mme Jessica GHELLER, chargée de mission, fédération régionale de réseaux de santé, Toulouse.

Mme Fatima GOINEAU-BOUGHAF, infirmière coordinatrice au sein d'un réseau « Soins palliatifs », Montpellier.

Mme Laurence GUERY, infirmière coordinatrice au sein d'un réseau « Obésité pédiatrique », Paris.

Mme Sihem KELLER, psychologue libérale, Soisy-sur-Seine.

Mme Marie-Noëlle KERDELO, chef de projet, ARS Haute-Normandie, Rouen.

Dr Jean-Pierre LAMANDE, médecin généraliste et médecin coordinateur au sein d'un réseau « Surpoids et obésité adulte », Paray Vieille Poste.

Dr Béatrice LOGNOS, médecin généraliste, St-Georges d'Orques.

Mme Sylvie PERREAU, infirmière coordinatrice au sein d'un réseau gérontologique », Clamecy.

M. Laurent PLANSONT, infirmier libéral, Perrat le Château.

Mme Florence SIDOROK, coordinatrice, Pôle de ressources régional dédié au handicap neurologique, Paris.

Dr Thiébaud-Noël WILLIG, pédiatre libéral, coordinateur médical au sein d'un réseau « Troubles des apprentissages », Toulouse.

Le Dr Patrick THERON (président d'un réseau, « pathologies chroniques et aiguës du membre supérieur », Paris), M. Pascal CHAUVET (infirmier libéral, Aulnay de Saintonge), Mme Valérie CORNU (directrice d'un réseau de santé de proximité, Limay) et M. Stéphane FABRIES (directeur d'un réseau polyvalent, Marseille) ont été audités par le groupe de travail.

Pour la HAS

Mme Nathalie DEROZIER, chef de projet, sous la responsabilité du Docteur Michel Varroud-Vial, chef de service, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades (SMACDAM).

Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, service documentation veille.

Mme Sophie DUTHU, secrétaire-assistante, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr