

# Systeme d'information territorial pour le parcours et la coordination

## Tome 2 : Programme fonctionnel type

METTRE  
EN ŒUVRE  
ET PARTAGER



---

**Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :**

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

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

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

---



**Yves Beauchamp**

yves.beauchamp@anap.fr

**Elsa Ptakhine**

elsa.ptakhine@anap.fr

**Dr Jean-Guilhem Xerri**

jean-guilhem.xerri@anap.fr

# Résumé

Ce document présente le Programme fonctionnel type (PF-type) d'un système d'information territorial au service du parcours patient et de la coordination des prises en charge.

**Ce programme fonctionnel type constitue le socle d'un dossier de consultation type. À ce titre, il vise à aider les acteurs régionaux, à formaliser leurs besoins et à exprimer leurs attentes en matière de services numériques auprès des industriels des systèmes d'information de santé. L'utilisation de ce programme fonctionnel type doit donc résulter d'une identification préalable des besoins fonctionnels et métiers propres à chaque maîtrise d'ouvrage.**

Le PF-type porte sur les spécifications fonctionnelles des services numériques attendus et sur la fourniture de services utiles à la mise en œuvre de ces systèmes (hébergement des infrastructures et des systèmes techniques, déploiement et appropriation des outils numériques par les professionnels, maintenance...).

Les spécifications fonctionnelles types décrites dans ce document découlent principalement de l'observation et de l'analyse du programme Territoires de soins numériques (TSN) et des démarches qui ont été menées dans les cinq régions pilotes pour la construction d'outils numériques.

Il concerne une grande variété de situations et de cas d'usage, les activités de coordination étant comprises dans une acception très large et concernant potentiellement toutes les catégories d'utilisateurs et de professionnels, sur l'ensemble du parcours patient, dans une approche décloisonnée et polyvalente multi-population, multi-pathologie.

Cette publication s'inscrit dans la perspective de diffusion des systèmes d'information pour le parcours et la coordination dans l'ensemble des régions.

Ce document fait partie d'un ensemble de publications relatives au programme TSN et à la capitalisation de ses résultats.

3

## Abstract

This document presents the standard functional programme for a regional information system to be used in the patient care pathway and coordination of care.

**This standard functional programme forms the basis for a standard tender package. As such, it is aimed at helping regional players to formalise their needs and express their expectations regarding digital services to the developers of health information systems. This standard functional programme should therefore be used following a prior identification of the specific functional and business needs of each project manager.**

The standard functional programme relates to the functional specifications of expected digital services and the provision of relevant services for the implementation of these systems (accommodation of infrastructure and technical systems, deployment and adoption of digital tools by professionals, maintenance, etc.).

The standard functional specifications described in this document mainly stem from observation and analysis of the Territoires de Soins Numériques (TSN) (Digital Healthcare Regions) and the processes that have been conducted in the five pilot regions for the construction of digital tools.

It covers a wide variety of settings and use situations, with the coordination activities understood in a very broad sense, and potentially involving all categories of users and professionals along the entire patient care pathway, in a seamless, versatile, multi-population, multi-pathology approach.

This publication explores the deployment of information systems for the patient pathway and coordination in all the regions.

This document is part of a set of publications about the TSN programme and the exploitation of its results.



# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>p. 6</b>
1. Objet du document	p. 6
2. Méthode	p. 6
3. Périmètre et domaine couvert	p. 7
4. Éléments hors périmètre	p. 7
5. Publics concernés	p. 8
6. Publications associées	p. 8
<b>1. Contexte général</b>	<b>p. 11</b>
1. La stratégie nationale de santé et la notion de parcours	p. 12
2. La coordination entre professionnels	p. 12
<b>2. Présentation générale des services numériques attendus</b>	<b>p. 16</b>
1. Quatre grandes classes de besoins	p. 17
2. Panorama général et typologie des services numériques attendus	p. 18
3. Illustration par un cas d'usage	p. 22
<b>Glossaire</b>	<b>p. 24</b>
<b>Remerciements</b>	<b>p. 25</b>

# Introduction

## 1. Objet du document

Ce document présente le Programme fonctionnel type (PF-type) d'un système d'information territorial au service des parcours et de la coordination de la prise en charge, dans une logique de fluidification du parcours du patient.

Ce PF-type est destiné à être utilisé pour l'expression des besoins et des exigences fonctionnelles lors de démarches d'acquisition d'un système d'information territorial au service des parcours et de la coordination.

Il constitue une base de travail pour la rédaction du programme fonctionnel d'un dossier de consultation d'entreprises dans le cadre d'une procédure d'achat.

Le programme fonctionnel, et en particulier les spécifications fonctionnelles, ont vocation :

- ▶ À exprimer les besoins métiers des professionnels en situation d'utiliser ces fonctions et services numériques ;
- ▶ À exposer différentes variantes découlant de particularités, de choix stratégiques, organisationnels, territoriaux.

Il a aussi pour objectif d'indiquer les exigences en termes non fonctionnels, comme les prestations nécessaires à la construction et au déploiement des services.

Dans la suite du document, le système d'information territorial au service des parcours et de la coordination, ou les services numériques et outils collaboratifs pour les parcours et la coordination, seront respectivement désignés par :

- ▶ Système d'information parcours & coordination ;
- ▶ Services numériques parcours & coordination.

## 2. Méthode

### 2.1 Démarche et éléments utilisés

Ce PF-type s'appuie sur les programmes fonctionnels qui ont été publiés par les régions du programme Territoire de soins numériques lors de leurs opérations de consultation du marché. Leur expérience a été recueillie, analysée et complétée, permettant la rédaction de ce document.

### 2.2 Un programme fonctionnel type à adapter au contexte régional

Ce programme fonctionnel type se place dans un contexte générique.

C'est pourquoi l'exploitation de ce document en vue de produire un programme fonctionnel ou un cahier des charges particuliers à un territoire et son contexte, nécessite un certain nombre d'adaptations :

- ▶ pour faire ressortir les caractéristiques essentielles des territoires concernés ;
- ▶ pour mettre en exergue le ou les modèles organisationnels propres aux territoires considérés ;
- ▶ pour se concentrer sur les fonctionnalités et les situations d'usage qui auront été validées par les professionnels des territoires concernés, et leurs variantes.

Le PF-type part donc d'un ensemble assez large de « possibles », en termes de modèles organisationnels, de scénarios d'usage et bien sûr de fonctions et services numériques associés, l'ensemble étant inscrit dans un cadre générique fournissant le contexte et le support nécessaires à ces descriptions.

Il convient donc de contextualiser ces éléments dans les situations particulières propres à une région et à ses territoires, à l'issue d'une identification préalable des besoins fonctionnels et métiers propres à chaque maîtrise d'ouvrage.

### 2.3 Un programme fonctionnel type à adapter selon la forme de la consultation

Il est possible que d'autres adaptations du PF-type soient rendues nécessaires en fonction du type de consultation choisie. Dans le cadre d'un dialogue compétitif, ou d'une procédure concurrentielle avec négociation, il conviendra notamment de préciser les attentes du pouvoir adjudicateur vis-à-vis des candidats en matière de propositions d'outils ou de services, de co-construction, et d'une manière générale d'implication dans l'objectif à atteindre.

Dans le cadre d'un appel d'offres, il conviendra parfois de définir avec plus de précision les besoins fonctionnels de façon à disposer d'éléments permettant la comparaison des offres (formalisation d'un cadre de réponse par exemple).

## Introduction

### 3. Périmètre et domaine couvert

Par sa variété, par le nombre parfois important des professionnels mobilisés, par sa complexité même, l'activité de coordination des soins appelle le partage et l'échange des informations utiles entre les acteurs du monde sanitaire, médico-social et social, pour favoriser leur coopération, préparer et suivre la mise en œuvre de tâches coordonnées, au bénéfice du patient pris en charge. Parmi les outils de nature à contribuer à l'atteinte de ces objectifs, le système d'information occupe à l'évidence une place essentielle.

Ce document vise à présenter les éléments fonctionnels répondant aux besoins fondamentaux d'un dispositif de coordination et de gestion des parcours à large spectre (toutes populations, toutes pathologies). Il pourra aussi être exploité dans une perspective plus ciblée (sur un segment de population ou une pathologie en particulier).

Le champ couvert est donc très large, à la fois sanitaire - médico-social - social, de la prévention aux soins aigus, de la naissance aux soins palliatifs, de la veille sanitaire à l'éducation thérapeutique.

Le PF-type porte sur un bouquet de services et d'outils numériques destinés à :

- ▶ Renforcer les capacités de coordination entre professionnels, notamment dans le cadre de la coordination de proximité, et en simplifier les modalités;
- ▶ Constituer le système d'information de dispositifs territoriaux d'appui à la coordination, notamment les plateformes territoriales d'appui à la coordination, et faciliter l'interaction entre les professionnels et les dispositifs d'appui;
- ▶ Renforcer les actions de prévention et de suivi des personnes, l'éducation à la santé, et améliorer la connaissance des parcours patient.

Au-delà de la description des services et outils numériques, le PF-type porte sur les prestations et les fournitures nécessaires à la mise en œuvre et à l'usage des services numériques par les professionnels.

Le programme fonctionnel aborde notamment les volets suivants :

- ▶ Contexte territorial ou régional de déploiement et d'usage des services numériques parcours & coordination;
- ▶ Spécifications fonctionnelles d'un bouquet de services et d'outils numériques collaboratifs parcours & coordination;
- ▶ Les composants socles;
- ▶ Les exigences en matière d'interopérabilité et d'intégration des outils numériques sur les postes de travail des professionnels;
- ▶ Les exigences en matière de sécurité et de confidentialité;
- ▶ Les aspects techniques de la mise en œuvre;
- ▶ Le soutien au déploiement des services numériques et la consolidation des usages;
- ▶ Les résultats attendus et les indicateurs d'usage.

7

### 4. Éléments hors périmètre

Afin de préciser la nature et la portée du présent document (une aide à l'élaboration d'un programme fonctionnel ou d'un cahier des charges), il convient de mentionner certains éléments qu'il ne traite pas (principalement parce que ces éléments ne relèvent pas directement d'un programme fonctionnel)

- ▶ Le document ne traite pas les aspects particuliers d'une procédure d'achat ni la forme d'une consultation. Le PF-type devra être adapté selon la procédure choisie. Les éléments complémentaires au programme fonctionnel, constituant le Dossier de consultation des entreprises (DCE), ne sont pas abordés dans le présent document.

Le présent document ne traite pas les aspects relatifs à la structuration finale des marchés (allotissement, tranches fermes ou optionnelles, parties à bons de commande) ni la structuration des unités d'œuvre;

- ▶ Le document ne définit pas l'architecture des services numériques dont on présente les exigences fonctionnelles, ni la vision urbanisée du système d'information régional qui pourrait résulter de la mise en œuvre de ces services.

Ces sujets sont bien entendu de grande importance, et peuvent tout à fait justifier un travail de définition ou une étude d'urbanisation que pourrait engager la MOA (le cas échéant avec l'appui d'un prestataire ou dans le cadre des prestations qui sont demandées au fournisseur);

## Introduction

- ▶ Le document ne constitue pas une observation des services numériques ayant fait l'objet d'un déploiement effectif dans les régions TSN.

Ces différents points sont abordés dans d'autres publications, mentionnées au paragraphe 6.

### 5. Publics concernés

Ce document s'adresse principalement aux acteurs amenés à assurer la maîtrise d'ouvrage du système d'information dédié aux dispositifs de coordination des soins et de gestion des parcours patients.

On pense en particulier aux acteurs suivants :

- ▶ Agences régionales de santé (Référénts Parcours, chargés de mission systèmes d'information, direction de la Stratégie);
- ▶ Groupements régionaux en charge de l'e-santé;
- ▶ Responsables des structures de coordination et d'appui aux professionnels (Plateformes territoriales d'appui, Réseaux, Coordination territoriale d'appui...).

Plus généralement, ce document s'adresse à tout professionnel intéressé par cette thématique ou impliqué dans la conception et la mise en œuvre d'un dispositif territorial de coordination des prises en charge et de gestion des parcours.

Le document a également vocation à intéresser les industriels qui proposent des systèmes d'information destinés aux activités de parcours et de coordination. Ils y trouveront un large éventail des fonctions et services utiles, l'illustration de leurs interactions, leur permettant notamment d'apprécier l'adéquation entre l'offre qu'ils proposent aux acteurs des territoires et le PF-type.

Le document peut également contribuer à la réflexion et à l'action des décideurs institutionnels en charge de l'action publique de santé et des systèmes d'information (État, Assurance maladie, agences).

Le présent document sera susceptible de faire l'objet d'une révision fin 2017 afin de tenir compte des résultats opérationnels des projets en cours.

### 6. Publications associées

La présente publication est articulée avec plusieurs travaux de capitalisation produits par l'ANAP dans le cadre du programme TSN :

- ▶ Les domaines fonctionnels ont été présentés dans la publication «Système d'information territorial pour le parcours et la coordination - Tome 1 : Schéma général» (ANAP - novembre 2016). Le présent document reprend ces éléments et prolonge leur description, sous forme de spécifications fonctionnelles types. Il aborde également, au-delà des spécifications des logiciels, les autres services, prestations et fournitures qui sont nécessaires à la mise en œuvre et à l'usage pérenne du système.
- ▶ La conduite et la maîtrise des procédures contractuelles relatives à l'acquisition d'un système d'information et de solutions numériques complexes en santé sont traitées dans la publication «Mener un achat de solutions numériques complexes en santé : Tome 1 - Retour d'expériences» (ANAP - octobre 2016).
- ▶ Les éléments relatifs aux aspects organisationnels de la coordination, et notamment l'organisation des dispositifs d'appui à la coordination, sont traités dans une publication à paraître. Y sont abordées les questions de construction des dispositifs d'appui à la coordination, leur gouvernance, leur organisation, le dimensionnement des dispositifs, les compétences utiles pour ces activités.  
«Organisations territoriales au service de la coordination - Tome 1 - Construction de pilotes organisationnels en appui à la coordination des parcours de santé complexes» (ANAP - à paraître).

Le lecteur est invité à intégrer ces différentes publications dans l'exploitation qu'il fait du présent programme fonctionnel type, et à prendre en compte les articulations avec les sujets de contractualisation, d'organisation et avec le schéma général des services numériques.



## Introduction

La présente publication est également associée au « Guide de référence technique du programme Territoire de soins numérique » (ASIP Santé - octobre 2016)

[http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/guide\\_programme\\_tsn\\_v\\_1\\_2\\_ok.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/guide_programme_tsn_v_1_2_ok.pdf)

Ce guide fournit une description des standards et référentiels applicables aux projets TSN, et formalise des recommandations en termes d'urbanisation et d'interopérabilité basées sur les orientations nationales et adaptées aux objectifs du programme TSN. Il met en place un cadre de travail permettant d'élaborer des spécifications d'intégration à partir de réalisations innovantes. Il est régulièrement actualisé.

Le cadre commun des projets de e-Santé est défini par l'instruction SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016, visant à garantir la cohérence et l'efficacité des actions conduites au plan régional en matière de e-santé.

[http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-06/ste\\_20160006\\_0000\\_0081.pdf](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-06/ste_20160006_0000_0081.pdf)



### LE PROGRAMME TERRITOIRE DE SOINS NUMÉRIQUE (TSN)

Le programme Territoire de soins numérique (TSN) est un programme doté d'un budget de 80 millions d'euros dans le cadre du PIA (Programme d'investissement d'avenir) sur la période 2014-2017. Il a pour objectifs de faire émerger dans des territoires pilotes, avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et l'appui des industriels, des organisations innovantes de prises en charge des patients appuyées par un bouquet de services intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients. Ces organisations ont pour objet d'améliorer la coordination des prises en charge.

Suite à un appel à projet, 5 régions ont été sélectionnées en septembre 2014 par un comité d'experts indépendants :

- ▶ Aquitaine : XL ENS (Landes espace numérique de santé);
- ▶ Bourgogne : E\_TICSS (Territoire innovant coordonné santé social);
- ▶ Île-de-France : TERR-ESANTE (« Le numérique au service de la santé en métropole du Grand-Paris »);
- ▶ Océan Indien : OIIS (Océan Indien Innovation Santé);
- ▶ Rhône-Alpes : PASCALINE (Parcours de santé coordonné et accès à l'innovation numérique).

Par ailleurs, TSN est un laboratoire pour tester le modèle de plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé (art.74 de la loi de modernisation du système de santé) et déterminer les outils numériques qui peuvent contribuer à son développement.

Au terme de ce programme en 2017, les solutions organisationnelles et technologiques qui auront montré leur efficacité pourront être proposées à la diffusion.

Ce programme est financé par le CGI et la CDC et piloté au niveau national par la DGOS assistée par l'ANAP.

#### ▶ Système d'information territorial pour le parcours et la coordination - Tome 1 : Schéma général

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/systeme-dinformation-territorial-pour-le-parcours-et-la-coordination-tome-1-schema-general/>

#### ▶ Mener un achat de solutions numériques complexes en santé : Tome 1 - Retour d'expériences

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/mener-un-achat-de-solutions-numeriques-complexes-en-sante-tome-1-retour-dexperiences/>



Les outils sont disponibles  
au téléchargement sur  
le site de l'ANAP :

[www.anap.fr](http://www.anap.fr)

## Introduction

### Synthèse

Les éléments essentiels à prendre en considération lors de l'élaboration d'un programme fonctionnel à destination de partenaires industriels pour un système d'information de gestion du parcours et de la coordination sont les suivants :

- ▶ Identifier précisément le bouquet de services numériques souhaités, que l'on peut organiser en 4 classes de besoins :
  - Les services numériques destinés à renforcer les capacités de coordination entre professionnels et à simplifier les modalités de la coordination;
  - Les services numériques constituant le système d'information de dispositifs territoriaux d'appui à la coordination, notamment les Plateformes territoriales d'appui à la coordination (PTA), et facilitant l'interaction entre les professionnels et les dispositifs d'appui;
  - Les services numériques pour améliorer la connaissance des parcours patient, renforcer les actions de prévention et d'éducation à la santé et le suivi des personnes;
  - Les services et infrastructures numériques socles.
- ▶ Traiter l'ensemble des besoins fonctionnels et non fonctionnels. Au-delà des spécifications des services numériques, le programme fonctionnel porte aussi sur les fournitures et les prestations nécessaires à leur construction et leur déploiement;
- ▶ Définir l'organisation de la coordination en amont de la conception du SI et des services numériques. Ceux-ci viennent en appui de cette organisation. Les services numériques doivent disposer d'une grande capacité d'adaptation et de paramétrage pour couvrir des modèles d'organisation potentiellement différents, y compris au sein d'une même région;
- ▶ Porter une attention particulière aux problématiques d'interopérabilité;
- ▶ Exploiter cette production avec les autres travaux de capitalisation de l'ANAP du programme TSN.

10



### NOTE AU LECTEUR


La documentation ANAP constituant le programme fonctionnel type d'un système d'information territorial pour le parcours et la coordination se compose de deux volets distincts :

- ▶ La présente publication, présentant les principes généraux (concepts, contexte du projet) ainsi qu'une description succincte des services numériques pour le parcours et la coordination.  
La publication est téléchargeable sur le site [www.anap.fr](http://www.anap.fr) (rubrique Publications);
- ▶ Une trame au format Word modifiable, téléchargeable sur le site [www.anap.fr](http://www.anap.fr), qui constitue à la fois un support et un guide à la rédaction d'un programme fonctionnel.



La publication et la trame  
sont disponibles  
au téléchargement sur  
le site de l'ANAP :

[www.anap.fr](http://www.anap.fr)



# 1

Contexte général

## Chapitre 1

### Contexte général

## 1. La stratégie nationale de santé et la notion de parcours

### 1.1 La stratégie nationale de santé

La stratégie nationale de santé a été établie en 2013 par le ministre en charge de la santé, à partir des travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie et du Comité des Sages présidé par Alain Cordier.

Elle vise à faire évoluer le système de santé français, notamment sur deux plans :

- ▶ Une meilleure adaptation du système de santé à la prise en charge des maladies chroniques et des pathologies liées au vieillissement, ces deux dimensions étant appelées à prendre de plus en plus d'importance dans les prochaines années ;
- ▶ La réduction des inégalités de santé.

La stratégie nationale de santé met particulièrement l'accent sur la notion de parcours de santé et sur la coordination.

Ces orientations ont été traduites dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Présentation synthétique de la stratégie nationale de santé : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>

### 1.2 La notion de parcours et ses enjeux

Dans le présent document, le terme « parcours » désigne l'organisation coordonnée et proactive de l'ensemble des actes diagnostics, curatifs et palliatifs nécessaire pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes ayant une maladie chronique et /ou en perte d'autonomie et /ou en situation de handicap, pour répondre de façon globale aux besoins sanitaires, médico sociaux et sociaux de cette personne, avec elle et l'ensemble des acteurs d'un territoire. Il intègre la dimension de prise en charge mais aussi celle de prévention.

Cette notion revêt un caractère essentiel, au point de constituer l'un des fondements de la stratégie nationale de santé et de nombre de politiques publiques qui en découlent.

Les événements de « rupture » à chaque étape importante du parcours de santé ont été largement soulignés comme étant un obstacle majeur pour la qualité des soins et l'efficacité du système de santé et de son organisation.

À l'inverse de la « rupture » et de la discontinuité qu'elle implique, la recherche d'une « fluidification » des parcours vise à créer les conditions permettant d'anticiper les étapes, de renforcer la

coordination des différents acteurs impliqués en amont et en aval, de prendre en compte au mieux la situation de la personne, ses besoins et ses souhaits. Le maintien et le suivi au domicile sont des points d'attention importants qui concourent aux mêmes objectifs.

Ces problématiques sont particulièrement accentuées par l'évolution de l'état de santé de la population durant les dernières années : allongement de l'espérance de vie et augmentation significative des pathologies chroniques qui sont deux enjeux majeurs de l'adaptation du système de santé.

## 2. La coordination entre professionnels

### 2.1 Concepts et définitions

Dans le présent document, le terme « coordination des prises en charge » ou « coordination des soins » doit être compris (sauf mention particulière) dans une acception très large, s'agissant aussi bien du sens du mot « prise en charge » que de celui de « coordination ».

Par *prise en charge*, on désigne toute activité conduite par un professionnel de santé, un professionnel médico-social, voire un professionnel du secteur social, au bénéfice d'une personne, de sa santé et de son bien-être. Le terme désigne donc naturellement les soins de santé, mais aussi toutes les attentions et l'accompagnement qui, compte tenu de la situation de la personne, concourent à satisfaire ses besoins essentiels connexes aux soins de santé proprement dit. *Soins* prend ici la double acception que distingue la langue anglaise : *cure* et *care*.

La *coordination* désigne l'ensemble des processus et des moyens par lesquels différents professionnels :

- ▶ S'accordent sur les activités qu'ils jugent utile de mener au bénéfice de la *personne* ;
- ▶ Interagissent durant la réalisation de ces activités.

L'*équipe de soins*, ou l'*équipe de prise en charge*, constituée des professionnels sanitaires, médico-sociaux ou sociaux qui agissent au service d'une même personne, et, à ce titre, sont concernés par la coordination de leurs activités, correspond donc aux définitions mentionnées à l'article L.1110-12 du Code de la Santé publique, et aux textes qui en découlent :

- ▶ Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels

## Chapitre 1

### Contexte général

de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel;

- ▶ Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins;
- ▶ Arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L. 1110-12 du Code de la Santé publique.

## 2.2 Les enjeux de la coordination

Depuis une quinzaine d'années environ, les phénomènes liés au vieillissement, à la perte d'autonomie et la dépendance, au développement des maladies chroniques, aux addictions, aux troubles psychiques, ainsi que les progrès manifestes de certaines prises en charges ayant fait sensiblement reculer la mortalité (dans le domaine du cancer notamment), ont amplifié, pour les professionnels de santé de premier recours, la complexité de la prise en charge de ces patients et leur coordination.

À ces phénomènes s'ajoutent des problématiques sociales qui apparaissent plus prégnantes, conduisant à additionner les dispositifs d'accompagnement social, sous l'égide de plusieurs acteurs (communes, départements, etc.), au risque d'en réduire la lisibilité pour des professionnels non spécialistes de ces sujets. La combinatoire « complexité sanitaire / sociale / psychique » est telle qu'il devient de plus en plus difficile, pour le médecin traitant notamment, d'appréhender de façon globale et exhaustive l'ensemble des besoins et surtout la façon d'y répondre.

Le renforcement et la simplification des capacités de coordination entre les professionnels répondent donc à plusieurs enjeux :

- ▶ Pour les personnes, il s'agit de bénéficier de soins et de prestations coordonnés, sans ruptures, adaptés aux variations de leur situation, et visant le renforcement ou le maintien de l'autonomie et de la vie à domicile (notamment en évitant l'hospitalisation);
- ▶ Pour les professionnels, il s'agit de travailler dans des conditions d'exercice meilleures, en parfaite synergie avec l'ensemble de l'équipe de prise en charge, et de retrouver du temps disponible pour les activités professionnelles qui le nécessitent. Cet enjeu est particulièrement fort dans un contexte de diminution des ressources de soins;
- ▶ Pour les acteurs de la régulation, l'enjeu est d'assurer le maintien de prises en charges et de soins de qualité par un usage efficient des ressources.

Pour répondre aux défis de la coordination et à leur complexité, différentes modalités d'appui à la coordination ont été instituées et se sont développées, de façon plus ou moins large selon les territoires.

Qu'il s'agisse des réseaux de soins, thématiques ou polyvalents, des MAIA, des CLIC, dans une certaine mesure de l'HAD, des réunions de concertation pluridisciplinaire, des maisons de santé pluri-professionnelles, ces dispositifs ont cherché à apporter un appui aux professionnels de santé et médico-sociaux dans la prise en charge des situations complexes.

L'objectif de ces dispositifs est de soulager le professionnel de santé de démarches auxquelles il est peu habitué, tout en visant à renforcer la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui participent, à des degrés divers, à la prise en charge de la personne.

## 2.3 Deux formes essentielles de coordination

La coordination des soins fait partie des activités fondamentales de tous les professionnels de santé.

Dans cette acception, elle peut donc prendre des formes variables, que l'on peut rassembler en deux catégories : la coordination usuelle et la coordination de situations complexes.

Bien entendu, dans la réalité des prises en charge et de la pratique professionnelle, ces différentes formes de coordination coexistent, se succèdent et s'articulent l'une à l'autre.

### 2.3.1 La coordination usuelle

La coordination usuelle entre professionnels est informelle ou formalisée.

Dans le premier cas, elle mobilise deux ou quelques professionnels, utilisant des supports usuels (conversation, échange téléphonique, échange informel type SMS). Cette situation correspond à une réalité à laquelle les professionnels ont eu recours de tout temps, et qui recouvre la majorité des situations.

Le second cas (coordination formalisée) correspond typiquement aux situations telles que l'échange de compte-rendu, la circulation d'une prescription, une transmission, ces activités induisant un échange formalisé entre professionnels (par le truchement d'un support documentaire), tout en restant souple et maîtrisable.

## Chapitre 1

### Contexte général

Ces pratiques deviennent plus difficiles à mettre en œuvre dès lors que :

- ▶ Le nombre d'interlocuteurs dépasse 3;
- ▶ Le besoin d'historiser les échanges et de suivre les actions qui en découlent est important;
- ▶ Les informations doivent être accessibles en tous lieux, y compris au domicile du patient.

C'est pourquoi l'usage de fonctions numériques simples peut avantageusement soutenir la coordination usuelle entre professionnels. Ainsi des messageries sécurisées de santé, des SMS et un réseau social professionnel sécurisés, des dossiers partagés ou des notifications d'alertes et d'événements seront mis à profit pour échanger et partager des résultats d'examen, des lettres de liaison, des prescriptions ou des synthèses.

#### 2.3.2 La coordination de situation complexe

La coordination de situation complexe peut prendre, elle aussi, deux formes :

- ▶ Au sein de l'équipe de proximité, par exemple par la préparation et l'élaboration concertée d'un plan personnalisé de santé, dans une activité dirigée par le médecin traitant du patient et associant d'autres professionnels de proximité (pharmacien, infirmier à domicile...);
- ▶ Par le recours à un dispositif dédié d'appui à la coordination, justifié pour les situations les plus complexes du point de vue de la coordination. Le dispositif dédié d'appui à la coordination peut notamment prendre la forme :
  - d'une plateforme territoriale d'appui à la coordination, telle qu'elle est caractérisée dans la Loi Santé (article 74) ou dans ses préfigurations (CTA PAERPA, PTA des projets TSN);
  - d'un dispositif de gestion de cas : gestionnaire de cas MAIA...;
  - d'un réseau de santé, spécialisé ou polyvalent;
  - d'une communauté professionnelle territoriale de santé et d'équipes de soins primaires.

#### 2.3.3 Les Plateformes territoriales d'appui à la coordination (PTA)

Afin d'améliorer la prise en compte des situations de coordination complexes, la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit (article 74) la mise en place de dispositifs territoriaux d'appui à la coordination de situations complexes, en définissant les fonctions d'appui et leurs modalités d'organisation.

Les articles L.6327-1 et L.6327-2 du Code de la Santé publique définissent respectivement les fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes et les Plateformes territoriales d'appui à la coordination (PTA) :

##### ▶ Article L.6327-1.

Des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours.

Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.

Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient.

Les fonctions d'appui peuvent être mises en œuvre par une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé.

##### ▶ Article L.6327-2.

Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à l'article L.6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

La convention définit les missions, les engagements et les apports des différents signataires

## Chapitre 1

### Contexte général

Le décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes précise les missions et l'organisation des PTA.

Les missions se déclinent selon trois axes :

- ▶ Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire;
- ▶ Appui à l'organisation des parcours complexes :
  - Évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient, synthèse;
  - Appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle;
  - Planification de la prise en charge, suivi et programmation des interventions;
  - Appui à la coordination des interventions autour du patient.
- ▶ Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

L'organisation des PTA s'articule autour d'un *opérateur* (qui regroupe les missions de la PTA et mutualise les moyens) et de *composantes*, parties prenantes du dispositif d'appui à la coordination, qui prolongent l'activité d'appui dans tel ou tel champ d'intervention.

Les services numériques auront donc pour objet de soutenir ces deux types de coordination, usuelle et complexe, au sein de l'équipe de prise en charge comme dans l'interaction avec un dispositif d'appui.

Le PF-type générique décrit dans les pages suivantes aura ce périmètre.

A large, white, stylized number '2' is centered on a red background. The number is flanked by two horizontal white dashes, one above and one below. The background features several large, dark red, stylized leaf-like shapes that are semi-transparent and layered, creating a sense of depth and movement.

# 2

Présentation générale  
des services numériques  
attendus



## Chapitre 2

### Présentation générale des services numériques attendus

Pour répondre aux enjeux de l'approche Parcours, et pour renforcer la coordination entre les professionnels sanitaires, médico-sociaux ou sociaux, il convient de disposer d'un bouquet de services numériques adaptés et des prestations et fournitures nécessaires à sa mise en œuvre et à son adoption par les professionnels.

Les services numériques attendus visent à répondre à quatre grandes classes de besoins :

- ▶ Le renforcement de la coordination usuelle directe entre professionnels;
- ▶ L'outillage des dispositifs d'appui à la coordination;
- ▶ Des services numériques connexes à la coordination, visant à renforcer la prévention et le suivi;
- ▶ Les services et infrastructures socles.

## 1. Quatre grandes classes de besoins

### 1.1 Renforcement de la coordination usuelle directe entre professionnels

La coordination fait partie des activités habituelles de tout professionnel de santé, et ce depuis toujours.

Dans la plupart des cas, elle concerne les professionnels qui agissent en proximité pour le patient (coordination clinique de proximité).

Le développement des outils et des technologies numériques (mobilité, supports numériques légers - tablettes, smartphone) doit permettre de renforcer significativement les capacités de coordination entre professionnels, notamment :

- ▶ En simplifiant les actions de coordination, grâce à des outils simples et ergonomiques;
- ▶ En élargissant le spectre des acteurs concernés par une action de coordination (dans l'idéal en touchant l'ensemble de l'équipe de soins du patient), par une plus large diffusion et un plus large accès aux informations de coordination;

- ▶ En améliorant et en sécurisant les échanges et partages d'information qui ont lieu durant les actions de coordination (respect de la confidentialité, protection des données personnelles, traçabilité);
- ▶ En combinant des échanges d'information synchrones (ou quasi synchrone, type conversation) et asynchrones;
- ▶ En qualifiant la nature des informations échangées et leur degré de criticité (alertes, notification d'événements particuliers, transmissions au fil de l'eau);
- ▶ En identifiant de façon précise les professionnels concernés par les actions de coordination, et notamment ceux qui « suivent le patient » et constituent l'équipe de soins élargie (professionnels de santé, médico-sociaux, sociaux);
- ▶ En améliorant les capacités de description des ressources de prévention, de soins, de prise en charge médico-sociales et disposer de services d'aide à la décision en matière d'orientation du patient;
- ▶ En facilitant la planification et la programmation des soins, et d'une manière plus générale des interventions de l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

### 1.2 Le système d'information pour l'appui à la coordination

Le deuxième volet concerne les services numériques et les outils constituant à proprement parler le système d'information d'appui à la coordination, au sein duquel on peut distinguer plusieurs éléments :

- ▶ Les services numériques permettant aux professionnels des dispositifs d'appui à la coordination de travailler dans des conditions sécurisées et efficaces (l'outil de travail des professionnels des PTA, outils de supervision des services rendus par les dispositifs d'appui à la coordination);
- ▶ Les services numériques destinés aux professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux, leur permettant d'interagir avec les dispositifs d'appui à la coordination.

## Chapitre 2

### Présentation générale des services numériques attendus

#### 1.3 Services numériques pour la prévention et le suivi

- ▶ Renforcer les actions en matière de **prévention, d'éducation à la santé**, en disposant de services numériques attractifs et susceptibles d'intéresser différentes cibles (populations, situations à risques, action sur les comportements individuels).  
Sont particulièrement visés :

- Les serious games (jeux sérieux) qui, par leur approche ludique, par la scénarisation de situations de vie, permettent de faire passer des messages de prévention, de sensibilisation, d'éducation à la santé, et d'inviter les utilisateurs à agir sur leurs comportements individuels, notamment en mettant en évidence leur réaction devant telle ou telle situation ;
- Les services numériques pour l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique du patient, qui visent à faciliter la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique et le suivi des patients qui y sont inscrits.

- ▶ Améliorer le maintien à domicile et le suivi à distance de patients présentant certains facteurs de risque, mais qui ne sont pas entrés, jusqu'à présent, au stade élevé de décompensation aiguë d'une pathologie (situations qui correspondent aux niveaux 0 et 1 de la pyramide de Kaiser).  
La surveillance à distance peut également s'appliquer pour le suivi de situations de pathologies chroniques décompensées et renforcer le maintien à domicile (situations qui correspondent au niveau 2 de la pyramide de Kaiser).

Les outils permettant d'assurer cet objectif sont constitués des objets connectés et des outils de la domotique, ainsi que des dispositifs de télésurveillance médicale.

- ▶ Permettre une meilleure connaissance des parcours des patients sur le territoire (ou la région).  
Il s'agit d'améliorer la capacité des acteurs régionaux, notamment l'agence régionale de santé, à identifier les typologies de parcours des patients et à analyser les éventuelles ruptures et leurs causes.

Cette description des parcours et leur analyse peuvent mobiliser plusieurs approches complémentaires :

- L'exploitation des données produites par plusieurs systèmes d'information (SNIIRAM et PMSI notamment) par le moyen de systèmes d'information d'aide à la décision et grâce aux ressources des approches de type data mining ;
- L'analyse des parcours au moyen d'une méthode inspirée de celle du patient traceur.

#### 1.4 Les services et infrastructures socles

Les services et infrastructures socles sont constitués des composants nationaux pour le partage et l'échange de données de santé (notamment le dossier médical partagé et la messagerie sécurisée de santé), des composants et services de sécurité, et des grands référentiels (patients, structures, professionnels).

## 2. Panorama général et typologie des services numériques attendus

Le document « Système d'information territorial pour le parcours et la coordination - Tome 1 : schéma général » (ANAP, nov. 2016) décrit le schéma général du système d'information et des services numériques attendus pour le parcours et la coordination. Le fournisseur est donc invité à en prendre connaissance et à vérifier l'adéquation de son offre à ce schéma.

## Chapitre 2

### Présentation générale des services numériques attendus

Service numérique	Description
<b>SERVICES NUMÉRIQUES ORIENTÉS COORDINATION INTERPROFESSIONNELLE ET APPUI À LA COORDINATION</b>	
<b>Portail</b>	
Portail professionnel	Service de concentration ( <i>via</i> un dispositif unique) des accès à un bouquet de services numériques par les professionnels de santé (et sociaux).
Portail patient	Service de concentration ( <i>via</i> un dispositif unique) des accès à un bouquet de services numériques par les patients et leurs aidants.
<b>Coordination interprofessionnelle au sein de l'équipe de soins et de prise en charge, et interactions avec le dispositif d'appui</b>	
Outil de coordination	Service de partage interprofessionnel des données de prise en charge, de soins et d'aide, utiles à la coordination (examens médicaux, traitements, services à la personne).
Dépistage, repérage, évaluation de la situation du patient	Services numériques destinés à signaler, repérer et qualifier la situation du patient en vue de son éventuelle inscription dans un dispositif de coordination. Les services numériques peuvent être de simples fiches de signalement (type notification), des questionnaires ou des outils plus élaborés de type échelle de scoring.
Équipe de prise en charge, réseau professionnel	Service numérique permettant d'établir la liste des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux qui constituent l'équipe pluriprofessionnelle de prise en charge. Service numérique permettant d'échanger et de partager au sein de l'équipe ou du réseau professionnel.
Plan personnalisé de santé	Service numérique permettant la gestion du PPS (processus collaboratifs pour l'élaboration du PPS et le suivi de sa mise en œuvre).
Cahier de liaison, notification d'événements	Service numérique permettant le signalement d'un événement remarquable, imprévu..., et la notification des membres de l'équipe pluriprofessionnelle de prise en charge.
<b>Programmation et planification</b>	
Agendas partagés	Services de partages d'agenda (notamment la vision consolidée de l'agenda du patient).
Prise de rendez-vous	Services numériques permettant de gérer les rendez-vous dans le cadre du parcours et de la prise en charge.
Pré-admission	Service numérique destiné à préparer une admission en ES ou en ESMS, ou à programmer une HAD.
<b>Prescription électronique</b>	
Prescription électronique	Prescription électronique pour améliorer la relation prescripteur / pharmacien et faciliter le suivi des prescriptions, renforcer la sécurité du circuit du médicament dans les soins ambulatoires. S'appuie sur le service numérique PEM2D (Prescription électronique du médicament en deux dimensions) de la CNAMTS.

## Chapitre 2

### Présentation générale des services numériques attendus

Service numérique	Description
<b>SERVICES NUMÉRIQUES POUR LA PRÉVENTION ET LE SUIVI</b>	
<b>Prévention - éducation à la santé</b>	
E-learning	Service numérique pour la formation à distance.
Serious game	Service numérique pour la sensibilisation aux facteurs de risques et l'acquisition de nouveaux comportements, en utilisant la forme ludique et virtuelle du <i>jeu sérieux</i> .
Éducation thérapeutique	Système d'information destiné à suivre la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique auprès d'un ensemble de patients (inscription dans le programme, détermination des objectifs de l'ETP, évaluation initiale, suivi et progression des séances, évaluation finale et résultats, reporting général sur les programmes d'ETP).
<b>Suivi</b>	
Objets connectés	Service de collecte (automatisée ou non) de données auprès du patient pour la surveillance de son état au moyen de dispositifs de type objets connectés.
Télesurveillance médicale	Dispositif de télémédecine permettant la télésurveillance médicale.
Domotique	Outils et services destinés à favoriser le maintien à domicile en soutenant l'autonomie de la personne.
<b>Exploitation de données, reporting et évaluation</b>	
Exploitation de données pour la connaissance et l'analyse des parcours	Vision organisationnelle, cheminement clinique ou social du patient.
Exploitation de données pour la connaissance et l'analyse des parcours	Vision épidémiologie, évaluation du risque, prévalence.

20

Service numérique	Description
<b>SERVICES NUMÉRIQUES RÉFÉRENTIELS POUR LA COORDINATION</b>	
<b>Aide à l'orientation</b>	
Répertoire opérationnel des ressources (ROR)	Répertoire décrivant l'état régional (voire inter-régional) des offres sanitaires et médico-sociales, les activités et services offerts par ces structures, leurs capacités et disponibilités. Utilisation du ROR dans les activités d'orientation du patient et de définition de son parcours.
Outils d'aide à l'orientation inter-structure	Exemple : orientation vers EHPAD, vers SSR.
<b>Référentiels métiers</b>	
Gestion des référentiels métiers, protocoles et pratiques professionnelles	Services numériques d'accès et de gestion des référentiels métiers, protocoles, guides de bonnes pratiques, et/ou concourant à leur utilisation dans l'ensemble de la prise en charge.
<b>PTA - Organisation et fonctionnement</b>	
Pilotage de la PTA	Outils destinés à faciliter le pilotage de la PTA, notamment par la collecte et l'analyse fine des données d'activité et leur rapprochement avec les ressources mobilisées, production des tableaux de bord utiles au pilotage de la PTA.
Gestion des ressources de la PTA	Description des ressources de la PTA et de leur utilisation (RH, €, outils de programmation...). Gestion des fonctions support de la PTA.

## Chapitre 2

### Présentation générale des services numériques attendus

Service numérique	Description
<b>SERVICES ET INFRASTRUCTURES SOCLES</b>	
<b>Partage</b>	
Dossier médical partagé (DMP)	Utilisation du DMP pour classer et partager les informations médicales utiles pour une prise en charge coordonnée.
Dossier pharmaceutique (DP)	Utilisation du DP pour connaître les traitements médicaux en cours et faciliter la conciliation médicamenteuse.
Dossier communicant de cancérologie (DCC)	Utilisation du DCC pour partager les informations utiles pour une prise en charge coordonnée des soins en cancérologie.
<b>Échange</b>	
Messagerie sécurisée santé - (MSS)	Utilisation du service MSS pour un échange de documents cliniques, paracliniques ou sociaux utiles pour la prise en charge coordonnée, notamment les échanges entre les professionnels et les dispositifs d'appui à la coordination.
MSS (comptes rendus hospitaliers)	Utilisation automatisée du service MSS pour transmission des documents hospitaliers (Comptes rendus hospitaliers, lettre de liaison...)
MSS (BIO)	Utilisation automatisée du service MSS pour transmission des résultats de biologie médicale (Laboratoire -> Médecin).
<b>Référentiels de personnes, structures et ressources</b>	
RPPS	Utilisation des services RPPS pour identifier les professionnels de santé.
Annuaire pour le secteur médico-social et social	
Annuaire de structures	Référentiel des structures sanitaires et médico-sociales.
Référentiel patient et identito vigilance	Référentiel patient (MPI), et services numériques pour le partage ou le rapprochement d'identités patients. Services numériques pour les processus d'identito-vigilance.

21

Pour poursuivre la définition des services numériques Parcours & Coordination et leur fonctionnalités, veuillez vous reporter à la trame modifiable, qui constitue un support et un guide à la rédaction d'un programme fonctionnel.



La publication et la trame  
sont disponibles  
au téléchargement sur  
le site de l'ANAP :  
**[www.anap.fr](http://www.anap.fr)**

## Chapitre 2

### Présentation générale des services numériques attendus

## 3. Illustration par un cas d'usage

Le cas d'usage ci-dessous est destiné à illustrer plusieurs situations d'usage des services numériques parcours & coordination, dans le cadre d'un scénario fictif. Le scénario décrit l'histoire d'une prise en charge, quelques épisodes d'un parcours, et met l'accent sur les activités de coordination entre les professionnels et sur l'utilisation des services numériques pour la coordination.

Histoire	Services numériques
<p>Monsieur Albert, 67 ans, vit seul à son domicile dans un bourg de 4000 habitants. Son médecin traitant est le docteur Luc.</p> <p>M. Albert souffre de BPCO, dont les premières manifestations remontent à plus de 10 ans. M. Albert est suivi par son médecin traitant tous les 2 mois environ.</p> <p>Lors de la dernière consultation, le Dr. Luc a constaté que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'évolution de la BPCO est préoccupante et fait redouter la survenue prochaine d'une crise d'exacerbation majeure.</li> <li>▶ M. Albert présente des troubles psychiques marqués, signes d'un état dépressif.</li> <li>▶ M. Albert a considérablement réduit son activité physique, notamment la marche.</li> <li>▶ À plusieurs reprises durant l'entretien, M. Albert a commis des erreurs inhabituelles de syntaxe, et n'a pas été capable de situer dans le temps la venue prochaine de son neveu, pourtant coutumière lors des vacances de Toussaint.</li> </ul>	
<p>Par ailleurs, un résultat d'examen biologique, que le Dr. Luc a reçu il y a quelques jours, indique un risque de thrombose veineuse (conséquence probable du manque d'activité physique de M. Albert).</p>	<p>Transmission automatisée d'un résultat d'analyse biologique <i>via</i> le service <b>(MSS)</b>.</p> <p>Le résultat d'examen est structuré au format CDA-R2 et adopte une codification universelle des examens basée sur la terminologie LOINC.</p>
<p>Sur ces éléments, et avec le consentement de M. Albert, le Dr. Luc décide les dispositions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prescription de kinésithérapie pour maintenir l'activité physique de M. Albert, et pour renforcer la réhabilitation respiratoire;</li> <li>2. Prescription de corticoïdes pour éviter l'aggravation de l'inflammation bronchique;</li> <li>3. Prescription d'un anticoagulant sous forme injectable (Lovenox);</li> <li>4. Installation d'un dispositif d'assistance respiratoire à domicile (oxygénothérapie), appareil connecté qui signalera au Dr. Luc la fréquence d'utilisation de l'assistance respiratoire par M. Albert;</li> <li>5. Besoin d'une évaluation multidimensionnelle du M. Albert.</li> </ol>	<p><b>(LGC-LAP)</b></p> <p><b>(LGC-LAP) (prescription électronique)</b></p> <p><b>(LGC-LAP) (prescription électronique)</b></p> <p><b>(LGC-LAP)</b> <b>(LGC-LAP)</b></p>
<p>Le Dr. Luc sollicite la Plateforme territoriale d'appui (PTA) de son territoire pour disposer d'un appui à la coordination de la prise en charge de M. Albert.</p> <p>Pour solliciter la PTA, le Dr. Luc utilise la fonctionnalité « repérage », et ouvre un dossier de coordination pour M. Albert.</p> <p>Il y incorpore une synthèse médicale, et établit un projet de prise en charge qui reprend les éléments 1 à 5.</p>	<p><b>(Portail Pro)</b> <b>(Repérage)</b> <b>(Outil de coordination)</b> <b>(LGC) et (DMP) pour établir le volet de synthèse médicale</b> <b>(MSS pour le transmettre)</b> <b>(Outil de coordination)</b> <b>(Service PPS)</b></p>

## Chapitre 2

### Présentation générale des services numériques attendus

Histoire	Services numériques
<p>Au sein de la PTA, la coordinatrice :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ complète le dossier de coordination;</li> <li>▶ recherche un kinésithérapeute/ communique au kinésithérapeute la prescription du Dr. Luc;</li> <li>▶ recherche une infirmière / communique à l'infirmière la prescription du Dr. Luc (corticoïde et anticoagulant);</li> <li>▶ recherche un prestataire d'équipements biomédicaux susceptible de fournir un appareil d'assistance respiratoire connecté;</li> <li>▶ mobilise le gestionnaire de cas appartenant à la PTA pour procéder à l'évaluation multi dimensionnelle et fixe un rdv avec M. Albert;</li> <li>▶ après recueil du consentement de M. Albert (par téléphone), la coordinatrice PTA enregistre les intervenants (médecin traitant, pharmacien, kinésithérapeute, infirmière à domicile) dans le répertoire de l'équipe de soins et en informe chacun d'eux.</li> </ul>	<p>(Outil de coordination) (ROR) (RSP)</p> <p>(Prescription électronique)</p> <p>(ROR) (MSS)</p> <p>(AGENDA)</p> <p>(Équipe de soins) (Notification)</p>
<p>Le gestionnaire de cas se rend chez M. Albert et procède à l'évaluation. Il constate que M. Albert ne s'alimente pas correctement et qu'il n'a plus la capacité suffisante pour préparer lui-même ses repas. Il faudra solliciter le CCAS pour un portage de repas.</p> <p>Les signes de désorientation induisant un réel manque d'autonomie sont confirmés par l'évaluation.</p>	<p>(Évaluation) (Notification) (Cahier de liaison)</p>
<p>Le lendemain, les éléments de l'évaluation sont partagés avec le Dr. Luc, le pharmacien de M. Albert, le gestionnaire de cas et le médecin coordinateur de la PTA.</p> <p>La chargée de coordination PTA contacte le CCAS pour la mise en place d'un service de portage de repas.</p> <p>Elle sollicite également les services du conseil départemental pour établir un dossier APA.</p>	<p>(Outil de coordination)</p> <p>(Outil de coordination)</p> <p>(Messagerie)</p>
<p>Puis le Dr. Luc, le pharmacien, l'infirmière à domicile, le kinésithérapeute à domicile, le CCAS et le gestionnaire de cas établissent les volets plan de soins et plan d'aide du PPS.</p>	<p>(PPS)</p>
<p>3 jours plus tard, après rendez-vous pris par la coordinatrice PTA, le prestataire procède à l'installation de l'appareil d'assistance respiratoire et à sa connexion à une plateforme d'échange à laquelle le Dr. Luc aura accès.</p> <p>Démonstration de l'appareil à M. Albert.</p> <p>Information donnée à la PTA de l'exécution de ces tâches.</p>	<p>(AGENDA)</p> <p>(Objets connectés) [e-learning] [notification]</p>
<p>Chaque jour, l'infirmière à domicile administre à M. Albert son traitement anticoagulant par injection. Elle s'enquiert de son état, et enregistre les éléments marquants.</p>	<p>(Cahier de liaison)</p>
<p>Par l'intermédiaire de l'outil Réseau professionnel, le Dr. Luc a également demandé au kinésithérapeute de procéder à une évaluation des capacités respiratoires du M. Albert en utilisant le TM6 (Test de marche 6 minutes) ce qui constitue également un moyen d'entraîner M. Albert à la marche. Le Dr. Luc avait transmis en pièce jointe dans l'outil Réseau Professionnel la fiche de protocole du TM6.</p> <p>Le kinésithérapeute rend compte de ces exercices.</p>	<p>(Réseau Professionnel)</p> <p>(Référentiel Métier)</p> <p>(Cahier de liaison) (Notification)</p>
<p>Lors de sa visite à son oncle durant les vacances de Toussaint, le neveu de M. Albert s'aperçoit que son oncle n'utilise pas toujours correctement le dispositif d'assistance respiratoire.</p> <p>En conséquence, il signale cette situation et interroge le médecin traitant sur les éventuelles conséquences.</p>	<p>(Portail Patient - Aidant)</p> <p>(Cahier de liaison) (Notification)</p>

# Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ASIP Santé	Agence des systèmes d'information de santé partagés
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CGI	Commissariat général à l'investissement
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CTA	Coordination territoriale d'appui
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DLU	Dossier de liaison urgences
DMP	Dossier médical partagé
DP	Dossier pharmaceutique
DSS	Direction de la Sécurité sociale
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
ENRS	Espace numérique régional de santé
ETP	Éducation thérapeutique du patient
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GMSIH	Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier
HAS	Haute autorité de santé
MOA	Maîtrise d'ouvrage
MOE	Maîtrise d'œuvre
MSS	Messagerie sécurisée santé
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PEM2D	Prescription électronique du médicament en deux dimensions (téléservice numérique conçu par l'Assurance maladie)
PGSSI-S	Politique générale de sécurité des systèmes d'information - appliquée au domaine de la santé
PIA	Programme d'investissement d'avenir
PPS	Plan personnalisé de santé
PTA	Plateforme territoriale d'appui
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
SI	Système d'information
TSN	Territoires de soins numériques
VSM	Volet de synthèse médicale



# Remerciements

Ce document a bénéficié de la relecture et des commentaires des personnes ci-dessous que nous remercions vivement :

- ▶ **F. Jolivaldt et C Legloan**, (DGOS)
- ▶ **MN. Billebot, Aquitaine** (ARS)
- ▶ **C. Receveur, Aquitaine** (GCS e-santé)
- ▶ **B. Lerhun, Bourgogne** (ARS)
- ▶ **T. Pintus, Bourgogne** (GCS e-santé)
- ▶ **C. Lepertois et E. Lepage, Île-de-France** (ARS)
- ▶ **M. Dumont, Île-de-France** (GCS e-santé)
- ▶ **D. Lerat, Océan Indien** (ARS)
- ▶ **P. Ferreira, Océan Indien** (GCS e-santé)
- ▶ **L. Ponson, Rhône-Alpes** (ARS)
- ▶ **B. Pellet, Rhône-Alpes** (GCS e-santé)
- ▶ **C. Coru**, (ASIP Santé)
- ▶ **P. Cirre**, (DSSIS)
- ▶ **D. Plus et Y. Merlière**, (CNAMTS)





#### Mentions légales

Financement: les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés. Conflits d'intérêts: les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage: l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle: les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement: « Système d'information territorial pour le parcours et la coordination - Tome 2 : Programme fonctionnel type © ANAP 2017 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - [www.efil.fr](http://www.efil.fr)

Crédit photos: ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Avril 2017

Le système d'information a une dimension territoriale ou régionale. Il concerne une grande variété de situations et de cas d'usages relatifs aux activités de coordination.

Ce document présente le programme fonctionnel type d'un système d'information territorial au service du parcours patient et de la coordination des prises en charge.

