



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

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

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Financé par
l'Union européenne
NextGenerationEU

FOIRE AUX QUESTIONS

Programme SUN-ES

Statut : Classification : Année de publication :
Validé | Publique | 2022

A vocation à être mis à jour tout au long du programme

Dernière mise à jour : Septembre 2022



Objet du document

Le présent document constitue la foire aux questions du programme Ségur numérique usage en établissements de santé (SUN-ES) – Volet 1 et 2. Ce document est disponible sur le site internet de la Direction Générale de l’Offre de Soins (DGOS): <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>

Il est à consulter en complément de toute la documentation mise à disposition sur SUN-ES et en particulier : la présentation détaillée du programme, le guide des prérequis, le guide des indicateurs d’usage.

Table des matières

Thème 1 – La candidature	5
1.1. Qui peut candidater au programme SUN-ES ?.....	5
1.2. Quelles sont les catégories de FINESS éligibles à SUN-ES ?	5
1.3. Dans le cadre de GHT ou de groupes privés, l'établissement support ou le siège du groupe peut-il réaliser une candidature unique pour le groupe ?.....	6
1.4. Les GCS de santé peuvent-ils candidater ?	6
1.5. Quels sont les plateaux techniques de biologie et d'imagerie qui sont éligibles au programme de financement à l'usage ?	6
1.6. Qu'est-ce que l'activité combinée 2019 et comment la retrouve-t-on ?	7
1.7. Les établissements sans activité combinée 2019 peuvent-ils candidater ?	7
1.8. Les GCS de moyens – biologie et imagerie – peuvent-ils candidater ?	7
1.9. Les USLD peuvent-elles candidater ?	8
1.10. Si mon établissement a été retenu mais fusionnera avec un autre établissement en cours de programme, comment sera gérée ma candidature ?.....	8
1.11. Où se trouve le formulaire pour déposer un dossier de candidature pour candidater au programme SUN-ES ?.....	8
1.12. Un établissement ayant déjà reçu des financements dans le cadre du programme HOP'EN peut-il se porter candidat pour le programme SUN-ES ?	9
1.13. Comment connaître les montants forfaitaires auxquels est éligible l'établissement ?.....	9
1.14. Puis-je candidater bien en amont de la fenêtre de financement qui m'intéresse ?	10
1.15. Les dates de période de candidature sont –elles susceptibles d'évoluer ?.....	10
1.16. Un établissement peut-il candidater sur des volets et des domaines pour des fenêtres de financement différentes ?	11
1.17. Comment est attribué le financement dans le cas des GHT ?	11
Thème 2 – Les prérequis.....	12
2.1. L'appropriation du référentiel national d'identitovigilance (RNIV1 et RNIV2) constitue l'un des prérequis du programme SUN-ES (prérequis Ségur PS 1.2). Comment atteindre ce prérequis ?.....	12
2.2. Quel est le périmètre de l'audit de cybersurveillance ?	12
2.3. Si un RSSI est mutualisé entre plusieurs structures, l'établissement répond –il à l'exigence d'existence d'un RSSI ?	13
2.4. L'instruction 309 du 14 octobre 2016 doit-elle être complètement mise en œuvre pour répondre au prérequis PS2.1 ?	13

2.5.	Que signifie la capacité technique d'alimentation du DMP ?.....	14
2.6.	Pourquoi est exigé en prérequis du volet 2, la capacité d'envoi d'une pièce jointe en CDA dans la mesure où la messagerie citoyenne n'est pas en capacité d'afficher ce format ?.....	14
Thème 3 – Les indicateurs d'usage.....		15
3.1.	Doit – on recueillir le consentement du patient pour alimenter le DMP ?	15
3.2.	Comment peut-on dénombrer les DMP existants dès lors qu'on alimente le DMP avec INS qualifiée ?.....	15
3.3.	Est-il possible de valider l'atteinte du domaine 1 « documents de sortie » si le DMP est alimenté uniquement des lettres de liaison de sortie ?	16
3.4.	Comment savoir si un établissement est éligible sur le compte-rendu opératoire (CRO) ?	16
3.5.	Peut-on subsister les lettres de liaison aux compte-rendu hospitaliers ?	17
3.6.	Quel périmètre recouvrent les ordonnances de sortie ?.....	17
3.7.	Comment doit-on typer les documents au niveau du CDA au moment de l'alimentation du DMP ?	17
3.8.	Qu'entend-on par la notion de séjour ?	17
3.9.	Comment considère-t-on les séjours qui ne donnent lieu à aucune ordonnance de sortie ? ...	18
3.10.	Comment identifier les séjours à comptabiliser pour les indicateurs du volet 1, domaine 1 – documents de sortie (lettre de liaison, ordonnance de sortie et compte-rendu opératoire ?	19
3.11.	Comment identifier les examens à considérer pour les indicateurs du volet 1, domaine 2 et 3 – biologie médicale et imagerie.....	20
3.12.	Les consultations externes doivent-elles être comptabilisées dans le calcul des indicateurs du volet 1 ?.....	20
3.13.	Les séjours en hôpital de jour doivent-ils être considérés dans le calcul des indicateurs ?.....	21
3.14.	Les ordonnances de pré-hospitalisation peuvent-elles être considérées comme des ordonnances de sortie dans le cas où elles intègrent des prescriptions post-hospitalisation ?	21
3.15.	Que signifie alimenter le DMP à partir de documents référencés avec une INS qualifiée ?.....	22
3.16.	Qu'est-ce que le cartouche INS et le datamatrix ?	22
3.17.	Les documents scannés sont-ils considérés comme éligibles pour les indicateurs SUN-ES ?	24
3.18.	L'atteinte des cibles d'usage est-elle autorisée avec l'APIv1 du DMP ?	24
3.19.	Quel est le format attendu des comptes rendu de biologie qui alimentent le Dossier Médical Partagé ?	25
3.20.	Peut-on alimenter le DMP en compte rendu de biologie au format CD2 R2 N3 sans nécessairement respecter la nomenclature LOINC ?	25
3.21.	Qu'est-il exigé pour atteindre les cibles d'usage du volet 2 relatif à la MSS ?	25
3.22.	Un établissement peut-il changer sa date d'atteinte des cibles d'usage dès lors que cette date reste dans la temporalité de sa fenêtre de financement	26

Thème 4 – Le remplissage des indicateurs dans l’oSIS.....	27
4.1. Comment remplir ses indicateurs d’usage dans l’oSIS ?.....	27
4.2. Qu’entend-on par période d’observation de l’indicateur ?.....	27
4.3. Quelles sont les périodes de saisie des indicateurs pour les établissements dans l’oSIS ?.....	27
4.4. Comment compléter les fiches indicateurs dans l’Osis ?.....	28
4.5. Comment s’effectue la vérification de l’atteinte des cibles d’usage par les ARS ?	30
4.6. Qui contacter si le FINESS de mon établissement est absent du fichier de données d’alimentation du DMP disponible en ligne ?.....	31
4.7. A qui signaler les écarts entre le volume de documents envoyés au DMP selon l’établissements et celui qui est mesuré à l’arrivée par la CNAM ?.....	31

Thème 1 – La candidature

1.1. Qui peut candidater au programme SUN-ES ?

Seuls les établissements sanitaires sont éligibles au programme SUN-ES. Les établissements médico-sociaux ne sont pas éligibles au programme SUN-ES. Ces derniers doivent s'orienter vers le programme ESMS numérique.

Un établissement sanitaire peut donc candidater, quel que soit son statut juridique ou son activité (MCO, SSR, PSY, HAD, Dialyse, etc.).

Dans le cadre de SUN-ES, les établissements sanitaires candidatent à la maille du FINESS PMSI qui correspond au :

- FINESS juridique pour les établissements publics ;
- FINESS géographique pour les établissements privés.

Pour les structures de dialyse, il a été acté le processus de candidature suivant : 1 candidature se fait à la maille du FINESS juridique, ce qui signifie qu'1 seule candidature doit être déposée pour le compte de l'ensemble des structures qui appartiennent à la même entité juridique.

1.2. Quelles sont les catégories de FINESS éligibles à SUN-ES ?

« Un Etablissement de santé 'juridique' ('ES-juridique') est une structure de droit public ou privé disposant d'une autorisation à jour « établissement de santé » délivrée par son ARS de rattachement. Un ES-juridique a déclaré une activité PMSI non nulle en 2019 en termes de séjours hospitaliers. Il possède un identifiant FINESS juridique, dont la catégorie FINESS est comprise dans les valeurs suivantes : 1101, 1102, 1103, 1104, 1106, 1107, 1109, 1110, 1111, 1201, 1203.

Un Etablissement de santé 'géographique' ('ES-géographique') correspond à une implantation géographique d'un ES juridique ; il est donc obligatoirement relié à un ES-juridique. Un ES-géographique a déclaré une activité PMSI non nulle en 2019 en termes de séjours hospitaliers. Il possède un identifiant FINESS géographique, dont la catégorie FINESS est comprise dans les valeurs suivantes : 101, 355, 292, 131, 106, 109, 362, 122, 128, 129, 365, 156, 161, 366, 412, 415, 425, 430, 444, 127, 141. »

1.3. Dans le cadre de GHT ou de groupes privés, l'établissement support ou le siège du groupe peut-il réaliser une candidature unique pour le groupe ?

La maille de candidature se fait au niveau du FINESS PMSI de l'établissement, selon la logique suivante :

- Pour les établissements publics et les structures de dialyse, la candidature doit s'opérer au niveau du FINESS PMSI = FINESS juridique. Soit 1 candidature par FINESS juridique ;
- Pour les établissements privés à but lucratif et non lucratif, la candidature doit s'opérer au niveau du FINESS PMSI= FINESS géographique. Soit 1 candidature par FINESS géographique.

1.4. Les GCS de santé peuvent-ils candidater ?

Les GCS-Etablissement de santé sont des structures hospitalières tenues aux mêmes règles que tout établissement de santé, notamment en matière de qualité et de sécurité des soins ou de système d'information et de suivi des données.

De ce fait, les GCS-Etablissement de santé sont éligibles au programme SUN-ES, à l'image des établissements de santé. La candidature du GCS-Etablissement de santé doit se faire exclusivement à la maille de son FINESS PMSI.

Pour rappel, il n'est pas possible de cumuler les financements SUN-ES à la maille de l'établissement et à la maille du GCS.

1.5. Quels sont les plateaux techniques de biologie et d'imagerie qui sont éligibles au programme de financement à l'usage ?

Le financement du programme SUN-ES est ouvert uniquement aux établissements sanitaires disposant d'un ou plusieurs plateaux d'imagerie et laboratoires de biologie médicale en propre, c'est-à-dire dont le FINESS juridique est le même que celui de l'établissement sanitaire. Les autres plateaux techniques, non éligibles au programme SUN-ES, sont intégrés dans des mécanismes spécifiques de financement du monde libéral type ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique).

La liste des plateaux techniques éligibles est disponible au niveau d'un fichier appelé « Fichier de calcul – Hôpital », téléchargeable depuis le site de l'ANS : <https://esante.gouv.fr/segur/hopital>

1.6. Qu'est-ce que l'activité combinée 2019 et comment la retrouve-t-on ?

L'activité combinée correspond à une mesure de l'activité des établissements fondée sur le nombre de journées et séances liés aux séjours de l'établissement.

L'activité combinée de chaque établissement est calculée au niveau national, une fois au début du programme. Les données utilisées sont celles de l'année 2019, fournies par l'ATIH (données PMSI), provenant de la SAE 2019, quelle que soit l'année de candidature ou de sélection. Les établissements n'ont pas à calculer par eux même leur activité combinée.

Pour connaître la valeur de votre activité combinée, il vous faudra vous rendre sur le site de l'ANS et télécharger un fichier appelé « Fichier de calcul – Hôpital » : <https://esante.gouv.fr/segur/hopital>

Pour retrouver la ligne dédiée à votre établissement dans ce fichier, il vous faudra vous munir de votre FINESS PMSI (cf. réponse à la question 2).

1.7. Les établissements sans activité combinée 2019 peuvent-ils candidater ?

Les établissements sans activité combinée 2019 peuvent candidater au programme SUN-ES.

Pour autant, la non valorisation de l'activité combinée 2019 doit être investiguée pour en comprendre les raisons :

- L'établissement n'a pas déclaré son activité combinée 2019, alors il devra s'orienter vers l'ATIH pour le faire ;
- L'établissement a été créé après 2019, alors l'établissement peut candidater au programme avec une activité combinée valorisée à 0,1 – il sera valorisé au montant forfaitaire minimal ;
- L'établissement a déménagé en 2019 et a désormais un nouveau FINESS, alors il récupère son ancien FINESS et il lui sera attribué l'activité combinée rattachée à son ancien FINESS. Il candidate par contre sous son nouveau FINESS – ***il conviendra d'en informer son ARS obligatoirement.***

A noter que les fusions d'établissements doivent également faire l'objet d'une information aux ARS le plus tôt possible (cf. question 1.10)

1.8. Les GCS de moyens – biologie et imagerie – peuvent-ils candidater ?

Les GCS de moyens sont des structures ayant mutualisé des moyens tels qu'un laboratoire de biologie médicale qui sert plusieurs établissements sanitaires, parfois d'ailleurs en dehors du GCS.

Un GCS de moyens en soi ne peut pas candidater au programme SUN-ES.

Si les établissements constituant le GCS alimentent indépendamment le DMP et sont éligibles, chaque établissement sanitaire du GCS sera invité à candidater sur le domaine pour un montant forfaitaire correspondant à son activité combinée.

Si un seul établissement du GCS alimente le DMP (en incluant les documents des autres établissements), cet établissement sera invité à candidater pour l'ensemble du GCS auquel il est rattaché sur la base de l'activité combinée cumulée des établissements du GCS

1.9. Les USLD peuvent-elles candidater ?

Dans la grande majorité des cas, les USLD ne peuvent pas candidater au titre d'une structure à part entière :

- La seule exception concerne les USLD purs, c'est-à-dire des USLD non rattachés à des établissements et pour lesquels ils sont identifiés via un FINESS PMSI propre (FINESS géographique) ; ces derniers pourront candidater au titre d'une structure à part entière, à la maille de leur FINESS PMSI, sur la base de leur activité combinée propre.
- Pour les USLD rattachés à des établissements, leurs activités combinées ont été cumulées avec les activités combinées de leur établissement de rattachement ;

1.10. Si mon établissement a été retenu mais fusionnera avec un autre établissement en cours de programme, comment sera gérée ma candidature ?

Les établissements retenus qui fusionneront pendant le programme SUN-ES sont invités à se rapprocher de leur ARS pour signaler cet événement et en faire connaître la date prévisionnelle. Les établissements doivent également communiquer leurs FINESS respectifs ainsi que leur nouveau FINESS si ce dernier est déjà connu.

1.11. Où se trouve le formulaire pour déposer un dossier de candidature pour candidater au programme SUN-ES ?

Les établissements sanitaires souhaitant candidater au programme SUN-ES doivent se rendre sur demarches-simplifiees.fr afin de remplir le formulaire prévu à cet effet. En amont de chaque période de candidature, le lien pour accéder au formulaire sera disponible sur la page Web dédiée au programme SUN-ES : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>

Un guide d'utilisation de demarches-simplifiees.fr à destination des établissements sanitaires est disponible au lien suivant : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>

1.12. Un établissement ayant déjà reçu des financements dans le cadre du programme HOP'EN peut-il se porter candidat pour le programme SUN-ES ?

L'attribution par le passé de financements dans le cadre de programmes comme Hôpital numérique ou HOP'EN ne constitue pas de critères d'exclusion au financement forfaitaire à l'atteinte des cibles d'usage Ségur pour les établissements qui auraient bénéficié de ces précédents programmes. Ces établissements peuvent candidater au financement forfaitaire à l'atteinte des cibles d'usage Ségur au même titre que les autres.

1.13. Comment connaître les montants forfaitaires auxquels est éligible l'établissement ?

Etablissements et ARS ont la possibilité de calculer les montants forfaitaires sur la base de la valeur de l'activité combinée 2019 de l'établissement sanitaire, grâce à un simulateur disponible au lien suivant : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>.

L'activité combinée 2019 est établie au niveau national, à partir des chiffres issus de la SAE 2019. Les établissements n'ont donc pas à la calculer par eux-mêmes puisque c'est au niveau national que celle-ci est établie. L'information de l'activité combinée est disponible au niveau d'une base de données, publiée depuis le site web de l'ANS : <https://esante.gouv.fr/segur/hopital> - télécharger le fichier dénommé « Fichier de calcul – Hôpital »

1.14. Puis-je candidater bien en amont de la fenêtre de financement qui m'intéresse ?

Pour chaque fenêtre de financement, est prévue :

- Une période de candidature pour les établissements, d'une durée de 2 mois maximum chacune ;
- Une période d'instruction des ARS, d'une durée de 4 mois maximum chacune, avec possibilité d'initier l'instruction des dossiers dès le dépôt des candidatures.

Les établissements candidatent uniquement sur la période de candidature associée à leur fenêtre de financement.

		2021				2022								2023					2024											
		Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.
Commun	Période de candidature	■	■					■	■					■	■						■	■								
	Sélection des candidatures par les ARS et contractualisation avec les ES			■	■			■	■	■	■			■	■	■	■				■	■	■	■						
Volet 1	Fenêtre de mesure et d'atteinte des cibles volet 1						■	■	■	■				■	■	■	■				■	■	■	■						
Volet 2	Fenêtre de mesure et d'atteinte des cibles volet 2													■	■	■	■				■	■	■	■						

1.15. Les dates de période de candidature sont-elles susceptibles d'évoluer ?

Aucune candidature ne sera acceptée au-delà de la date limite de chacune des périodes de candidature. Il appartient donc à l'établissement de s'organiser et d'anticiper suffisamment en amont le remplissage du formulaire de candidature ainsi que le remplissage de l'oSIS pour les prérequis pour respecter la date limite de candidature. Le formulaire démarches simplifiées est désactivé automatiquement dès la date de fin de candidature.

1.16. Un établissement peut-il candidater sur des volets et des domaines pour des fenêtres de financement différentes ?

Un établissement peut candidater sur des volets et domaines pour des fenêtres différentes. Dans ce cas, il doit formuler pour chaque fenêtre de financement une candidature, dans la limite du nombre de fenêtre de financement dans le programme. Il doit par ailleurs respecter les périodes de candidatures pour candidater sur les fenêtres de financement qui l'intéressent.

Exemple : si un établissement souhaite candidater au domaine 1 (volet 1) en fenêtre 1 du programme et au domaine 2 et 3 (volet 1) en fenêtre 2 du programme ainsi qu'au volet 2 en fenêtre 2 du programme alors il devra :

- Candidater entre le 1er septembre et 31 octobre pour le domaine 1 (volet 1)
- Candidater entre le 1er mars et le 30 avril pour le domaine 2 et 3 (volet 1) et pour le volet 2

		2021				2022								2023								2024								
		Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.
Commun	Periode de candidature	■	■					■	■					■	■					■	■									
	Sélection des candidatures par les ARS et contractualisation avec les ES	■	■	■	■			■	■	■	■			■	■	■	■			■	■	■	■							
Volet 1	Fenêtre de mesure et d'atteinte des cibles volet 1						■	■	■	■				■	■	■	■													
	Fenêtre de mesure et d'atteinte des cibles volet 2													■	■	■	■													

1.17. Comment est attribué le financement dans le cas des GHT ?

Les candidatures se font à la maille des établissements et non du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Les montants forfaitaires sont calculés sur la base de l'activité combinée 2019 de l'établissement candidat.

Concernant le versement du financement d'un établissement partie de GHT : ses montants forfaitaires pourront être attribués soit directement à l'établissement partie, soit directement à l'établissement support de GHT pour le compte de l'établissement partie. Le scénario retenu devra avoir été discuté entre l'ARS, l'établissement support de GHT et l'établissement partie pour ensuite être formalisé dans une convention

Thème 2 – Les prérequis

Le guide des prérequis recense tous les prérequis du programme (volet 1 et volet 2) ainsi que les exigences associées et les pièces justificatives demandées. Nous vous invitons à le consulter rigoureusement : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>

2.1. L'appropriation du référentiel national d'identitovigilance (RNIV1 et RNIV2) constitue l'un des prérequis du programme SUN-ES (prérequis Ségur PS 1.2). Comment atteindre ce prérequis ?

Les établissements doivent renseigner de manière exhaustive le questionnaire pour répondre à l'exigence d'appropriation du RNIV. Il est demandé aux établissements de le renseigner le plus rigoureusement possible car les réponses apportées permettront au niveau national de mesurer le niveau de connaissance et de mise en œuvre des principes du RNIV 1 et RNIV 2. Pour autant, une mauvaise réponse n'entraîne pas d'exclusion des répondants vis-à-vis du prérequis.

Pour plus d'informations sur les prérequis, nous vous invitons à consulter le guide des prérequis disponible sur la page web dédiée au programme SUN-ES : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>

2.2. Quel est le périmètre de l'audit de cybersurveillance ?

Il s'agit d'un audit des domaines des structures de santé exposés sur Internet ainsi que des accès VPN afin de détecter d'éventuelles vulnérabilités. Cet audit ne constitue pas un outil d'évaluation exhaustif de la sécurité d'un SI et ne permet pas au responsable de traitement de se soustraire à une analyse de sécurité de l'ensemble de ses actifs numériques.

Cet audit recouvre les prestations suivantes, il :

- cartographie et détermine la surface d'attaque d'un système d'information à partir d'Internet ;
- détecte les vulnérabilités qui affectent le système d'information d'une organisation ;
- détecte une éventuelle fuite de données (code-sources, identifiants, données à caractère personnel, etc.) visant le système d'information.

Le rapport de cyber-surveillance fourni doit présenter :

- le périmètre de l'évaluation avec la liste des domaines et sous-domaines, avec une cartographie des systèmes détectés ;
- une synthèse managériale permettant de prendre rapidement connaissance du niveau de sécurité constaté et de la typologie des vulnérabilités ;
- une synthèse technique présentant :
 - les vulnérabilités détectées par niveau de criticité,
 - un plan d'actions de remédiation hiérarchisé ;

- le détail des vulnérabilités identifiées avec pour chacune : la criticité, le type de vulnérabilité (ou catégorie, telle que usurpation d'identité, défaut de configuration, ...), le SI affecté, la description de la vulnérabilité, la recommandation associée en vue de sa correction.

Cet audit devra être réalisé par une entreprise spécialisée dans le domaine de la sécurité des SI. Les audits réalisés par le CERT santé sont recevables. Les audits ADS et SILENE de l'ANSSI ne sont en revanche pas recevables car leurs périmètres sont différents (même s'il y a une partie de recouvrement avec SILENE)

Compte tenu du caractère sensible du résultat de ces audits pour les établissements, il est fortement recommandé de porter une attention particulière au choix de la société prestataire et d'éviter de recourir à une société soumise à des lois extra-européennes ayant pour objectif la collecte de données ou métadonnées des commanditaires sans leur consentement préalable

Pour les fenêtres 1, 2 et 3 du programme SUN-ES, les audits réalisés avant 2020 ne sont pas acceptés.

Pour la fenêtre 4 du programme SUN-ES, les audits réalisés avant 2021 ne sont pas acceptés.

Il n'est pas demandé aux ES de transmettre aux ARS les rapports d'audit qui doivent demeurer confidentiels mais en revanche l'établissement doit fournir une attestation du prestataire attestant de la bonne réalisation de l'audit, confirmant que le périmètre couvre bien la détection de vulnérabilités des domaines exposés sur Internet et des accès VPN avec proposition de plan d'actions. Cette attestation devra être signée par le directeur de l'établissement.

2.3. Si un RSSI est mutualisé entre plusieurs structures, l'établissement répond-il à l'exigence d'existence d'un RSSI ?

Un établissement peut effectivement mobiliser un RSSI mutualisé entre plusieurs structures et répondre au prérequis.

Un RSSI externalisé peut également être mobilisé. Il faut que l'établissement identifie clairement le RSSI et son positionnement au sein de la structure (cf. à quel service, direction est-il rattaché, quelle est la durée de son contrat, etc.).

2.4. L'instruction 309 du 14 octobre 2016 doit-elle être complètement mise en œuvre pour répondre au prérequis PS2.1 ?

Nous encourageons fortement les établissements à prendre connaissance de cette [instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information \(« Plan d'action SSI »\) dans les établissements et services concernés](#) et la prendre en compte dans leur politique de sécurité des SIS.

Dans le cadre du programme SUN-ES, il est demandé aux établissements de se baser sur l'instruction 309 pour établir leur politique de sécurité des SIS, et en particulier leur analyse détaillée de risques et le plan d'actions associés.

On ne demande donc pas la mise en œuvre effective de l'instruction 309 mais bien sa prise en compte réelle dans la mise en place de la politique de sécurité SI de la structure.

2.5. Que signifie la capacité technique d'alimentation du DMP ?

A travers ce prérequis, on ne cherche pas à identifier des usages en nombre en matière d'alimentation du DMP puisque c'est l'objet des fenêtres de financement du volet 1. Il s'agit à travers ce prérequis de vérifier l'existence de connecteurs DMP opérationnels qui permettent au SI de l'établissement d'alimenter le DMP.

Si un établissement est en capacité technique d'alimenter le DMP à travers la preuve de l'existence de connecteurs DMP opérationnels, alors le prérequis est atteint.

Les justificatifs à fournir pour l'atteinte de ce prérequis sont détaillés dans le guide des prérequis publié sur la page web du programme SUN-ES.

2.6. Pourquoi est exigé en prérequis du volet 2, la capacité d'envoi d'une pièce jointe en CDA dans la mesure où la messagerie citoyenne n'est pas en capacité d'afficher ce format ?

Ce prérequis permet d'effectuer deux vérifications :

- La capacité de l'établissement à envoyer des messages aux patients via la messagerie citoyenne ;
- La capacité de l'établissement à transmettre des documents au format CDA via la messagerie de santé, la messagerie citoyenne et la messagerie professionnelle reposant exactement sur les mêmes technologies. Pour les usages demandés sur les échanges entre professionnels, l'envoi de documents au format CDA est requis ; cela permet aux destinataires d'exploiter les métadonnées transmises, dont l'INS du patient pour un classement simplifié.

De plus, la messagerie citoyenne aura vocation à savoir lire également les documents au format CDA.

Thème 3 – Les indicateurs d’usage

Le guide des indicateurs d’usage recense tous les indicateurs et cibles associées du programme (volet 1 et volet 2). Nous vous invitons donc à le consulter rigoureusement : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>

3.1. Doit – on recueillir le consentement du patient pour alimenter le DMP ?

Le consentement du patient n’est pas nécessaire. Les professionnels de santé doivent en revanche informer les patients de l’alimentation de leurs DMP. Cette information n’est à donner qu’une seule fois dans le cadre du suivi du patient.

A noter qu’un patient peut s’opposer à l’alimentation du DMP sur motif légitime après qu’il ait été informé de ses droits. Ces obligations sont définies dans l’article L. 1111-15 du Code de la santé publique et dans l’arrêté du 26 avril 2022.

Pour plus d’informations à ce sujet, des fiches mémo ont été réalisées : : [Mémo Détail des droits et règles d’accès Monespacesanté DMP.pptx \(esante.gouv.fr\)](#)

3.2. Comment peut-on dénombrer les DMP existants dès lors qu’on alimente le DMP avec INS qualifiée ?

En préambule, il convient de retirer du périmètre de calcul :

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

Une fois ces 2 précautions prises, une méthode est proposée pour estimer le nombre de séjours avec DMP ouverts, dans l’attente de la publication du taux d’opt out. Ce taux en effet pourra être utilisé pour identifier le nombre de séjours avec DMP existants.

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

L’alimentation du DMP avec l’INS qualifiée ne permet pas de connaître le statut des DMP pour les patients dont on n’a pas réussi à qualifier les INS. Il est donc proposé aux établissements de procéder à une estimation des DMP non ouverts sur la cible des patients sans INS qualifiée, de la manière suivante :

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

Exemple : 100 séjours

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

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

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

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

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

3.3. Est-il possible de valider l'atteinte du domaine 1 « documents de sortie » si le DMP est alimenté uniquement des lettres de liaison de sortie ?

Pour les établissements qui candidatent au domaine 1, hors bonus compte-rendu opératoire

Les établissements doivent automatiquement alimenter le DMP des 2 documents suivants : lettre de liaison de sortie **ET** ordonnance de sortie pour valider l'atteinte des cibles d'usage du domaine 1. Ces deux documents doivent être bien distincts, la lettre de liaison de sortie ne se substituant pas à l'ordonnance de sortie.

Les 2 indicateurs sont « solidaires » ce qui signifie que l'atteinte des indicateurs du domaine 1 est établie si et seulement si les cibles d'usage des deux indicateurs sont atteintes.

Pour les établissements qui candidatent au domaine 1, avec bonus compte-rendu opératoire

Les établissements doivent alimenter le DMP des 3 documents suivants : lettre de liaison de sortie **ET** ordonnance de sortie **ET** compte-rendu opératoire.

Si l'établissement n'atteint pas la cible d'usage relative au compte rendu opératoire, mais qu'en revanche il a bien atteint les cibles d'usage relatives à la lettre de liaison de sortie et de l'ordonnance de sortie, alors :

- Il percevra le montant forfaitaire du domaine 1 sans bonus, en fonction de sa fenêtre de financement ;
- Son bonus « compte-rendu opératoire (CRO) » lui sera versé à l'atteinte de la cible d'usage (CRO) – ce bonus correspondra à 10% du montant forfaitaire domaine 1.

3.4. Comment savoir si un établissement est éligible sur le compte-rendu opératoire (CRO) ?

Seuls les établissements ayant une activité chirurgicale (avec présence de blocs opératoires) peuvent candidater au bonus CRO.

3.5. Peut-on subsister les lettres de liaison aux compte-rendu hospitaliers ?

Si un compte-rendu d'hospitalisation intègre les éléments de contenu exigés dans la lettre de liaison, alors il peut être considéré comme une lettre de liaison. En revanche, pour être comptabilisé en tant que lettre de liaison dans le DMP au niveau des statistiques nationales fournies par la CNAM, l'établissement devra respecter le type code d'alimentation du DMP suivant : **11490-0**.

3.6. Quel périmètre recouvrent les ordonnances de sortie ?

Par ordonnance de sortie, on entend les prescriptions de sortie qui peuvent être :

- une prescription médicamenteuse ;
- une prescription de soins ;
- une prescription de dispositif médical ;
- une prescription de transport médicalisé ;
- une prescription d'examens complémentaires.

Cette liste n'est pas exhaustive. Nous invitons les établissements à consulter la liste des types code d'alimentation du DMP pour identifier tous les types de prescriptions possibles pouvant alimenter le DMP : <https://www.dmp.fr/matrice-habilitation>

Pour qu'un document soit comptabilisé comme une prescription de sortie par les statistiques nationales d'alimentation du DMP fournies par la CNAM, l'établissement devra respecter les types code en lien avec la rubrique prescription décrits dans la matrice d'habilitation du DMP : <https://www.dmp.fr/matrice-habilitation>

3.7. Comment doit-on typer les documents au niveau du CDA au moment de l'alimentation du DMP ?

Pour que les types de documents transmis au DMP par les établissements soient identifiés correctement par la CNAM, l'établissement doit respecter les types code d'alimentation du DMP décrit dans la matrice d'habilitation du DMP : <https://www.dmp.fr/matrice-habilitation>

Par ailleurs, le guide des indicateurs d'usage explicite par indicateur du domaine 1, les types code attendus.

3.8. Qu'entend-on par la notion de séjour ?

Cette notion a bien été décrite dans le guide des indicateurs d'usage disponible sur la page web du programme SUN-ES.

Le fil rouge retenu pour la définition de séjour est le moment où la lettre de liaison doit être produite par l'établissement en vue de la continuité de la prise en charge du patient. On obtient ainsi les définitions suivantes :

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

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

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

Les séjours qui ne correspondent pas aux définitions précitées ne doivent pas être pris en compte dans le calcul des indicateurs.

Exemple : si un hôpital a des séjours en chimiothérapie d'une durée d'1 an, alors ces séjours ne font pas partie du périmètre des séjours à considérer pour SUN-ES. L'hôpital doit donc exclure ces séjours d'1 an du calcul de leurs indicateurs.

3.9. Comment considère-t-on les séjours qui ne donnent lieu à aucune ordonnance de sortie ?

Les séjours qui ne donnent lieu à aucune ordonnance de sortie ne doivent pas être pris en compte dans les séjours à comptabiliser en dénominateur de l'indicateur.

En effet, pour rappel, la formule de l'indicateur est la suivante :

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

Si, pour tous vos séjours, vous ne produisez aucune ordonnance de sortie, alors vous ne pouvez pas candidater au domaine 1 du volet 1 « documents de sortie » puisque le soutien financier est conditionné à l'atteinte des 2 indicateurs suivants :

- Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté d'une lettre de liaison de sortie au format CDA R2 N1 et comprenant une INS qualifiée
- Taux de séjours pour lesquels le DMP a été alimenté avec au moins une ordonnance de sortie au format CDAR2 niveau 1 et comprenant une INS qualifiée

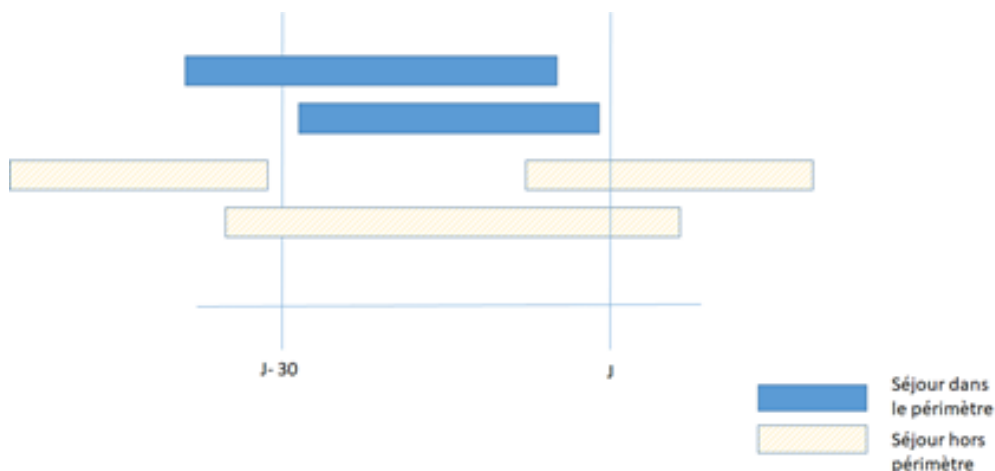
Seules les HAD peuvent prétendre à déclarer l'indicateur « ordonnance de sortie » comme non applicable du fait d'une disposition réglementaire particulière. En effet, au regard du décret 31.1.2022 - Art. D. 6124-199, la responsabilité de la production de l'ordonnance de sortie incombe au médecin traitant. Dans ces cas-là, une attestation est demandée comme pièce justificative de l'indicateur dans oSIS.

3.10. Comment identifier les séjours à comptabiliser pour les indicateurs du volet 1, domaine 1 – documents de sortie (lettre de liaison, ordonnance de sortie et compte-rendu opératoire ?

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

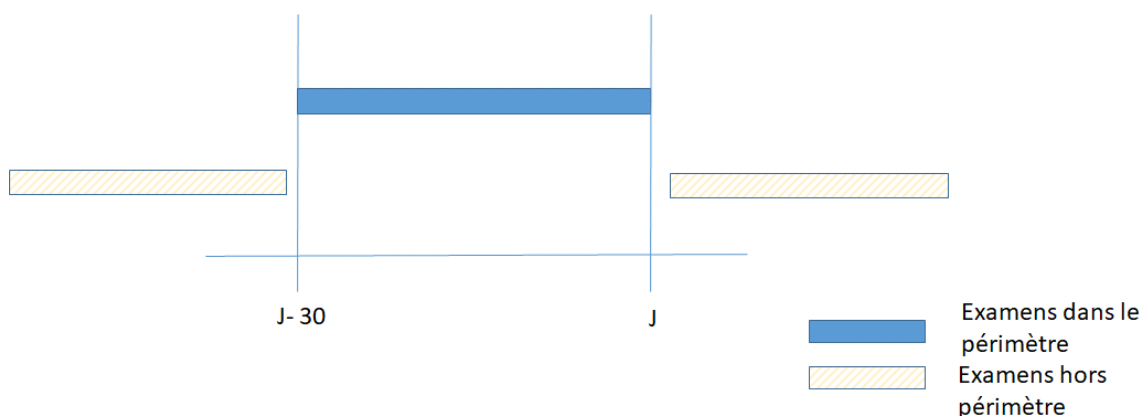
La période d'observation est à distinguer de la notion de séjours. Pour prendre en compte les prises en charge de patients dans les structures présentant une activité psy, HAD, radiothérapie, chimiothérapie et MRC/Dialyse, la notion de séjours a été adaptée par rapport à celle que l'on connaît dans le MCO. Le fil rouge retenu pour la définition de séjour est le moment où la lettre de liaison doit être produite par l'établissement en vue de la continuité de la prise en charge du patient. Il est donc possible pour certaines activités de regrouper plusieurs séances ou venues en un seul séjour (comme en témoigne le tableau page 12).

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



3.11. Comment identifier les examens à considérer pour les indicateurs du volet 1, domaine 2 et 3 – biologie médicale et imagerie

Pour les indicateurs relatifs au compte-rendu d'examens de biologie et d'imagerie, le schéma ci-dessous présente les examens réalisés qui doivent rentrer dans le périmètre de calcul, en fonction de la période de mesure – les examens sont ceux réalisés **dans le cadre de séjours et d'Actes et Consultations Externes (ACE)**



3.12. Les consultations externes doivent-elles être comptabilisées dans le calcul des indicateurs du volet 1 ?

Les consultations externes sont à prendre en compte en sus des séjours d'hospitalisation uniquement pour les indicateurs des domaines 2 et 3 :

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

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

En revanche, les consultations externes ne doivent pas être prises en compte dans le cadre du domaine 1 "documents de sortie" car seuls les séjours d'hospitalisation sont concernés.

3.13. Les séjours en hôpital de jour doivent-ils être considérés dans le calcul des indicateurs ?

Oui, ces séjours doivent être pris en compte dans le calcul de vos indicateurs. Ils doivent être rapprochés de l'activité de l'établissement pour en connaître les contours.

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

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

3.14. Les ordonnances de pré-hospitalisation peuvent-elles être considérées comme des ordonnances de sortie dans le cas où elles intègrent des prescriptions post-hospitalisation ?

L'ordonnance de pré-hospitalisation ou préopératoire remise au patient en entrée du séjour peut être considérée comme une ordonnance de sortie remises en avance de phase si et seulement si elle inclut effectivement la prescription de sortie adaptée à la prise en charge.

Cela signifie qu'il n'y a pas de nouvelle ordonnance de sortie pour ce séjour. Dans ce cas, cette ordonnance doit être alimentée au DMP et ainsi être comptée dans le calcul des indicateurs SUN-ES.

3.15. Que signifie alimenter le DMP à partir de documents référencés avec une INS qualifiée ?

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

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

- Pour les documents PDF (hors ordonnances de sortie) d'intégrer l'INS et le Datamatrix, cf la proposition de cartouche et la description du Datamatrix : [ANS datamatrix V2](#) ;
- Pour le document CDA (encapsulant ce PDF), l'en-tête doit intégrer cette INS qualifiée, suivant le référentiel CI-SIS :
 - [Volet structuration de documents de santé](#)
 - [Prise en charge de l'INS dans les volets de contenu](#)

3.16. Qu'est-ce que le cartouche INS et le datamatrix ?

Le référentiel INS et le référentiel national d'identitovigilance (RNIV) listent les données minimales à faire figurer « en clair » sur tout document de santé. Suite à une demande de l'écosystème, la présentation de ces données est proposée sous forme d'un « cartouche INS », ayant ainsi vocation à uniformiser cet affichage

Ce cartouche INS comprend naturellement le datamatrix, qui doit être intégré sur les documents de santé.

[Dans la spécification du datamatrix](#) est repris le cartouche avec l'intégration du datamatrix :

IDENTITÉ NATIONALE DE SANTÉ (INS)					
Nom de naissance		Garcia-Hammadi			
Prénom(s) de naissance		Sarah-Lou Anna			
Date de naissance	21/01/1977	Sexe	F	 INS non signée	
Lieu de naissance (code INSEE)	01154				
N° matricule INS	2 77 01 01 154 003 29				
NIR	X	NIA			
Adresse de messagerie sécurisée de l'utilisateur* :					


DATAMATRIX

Le cartouche proposé ci-dessus est une suggestion de présentation des données d'identification patient.

Les traits stricts d'identité à retrouver dans le cartouche INS sont explicités par le RNIV dans les termes suivants :

« Il doit être affiché a minima les traits stricts suivants : nom de naissance, premier prénom de naissance, date de naissance, sexe et, sur les documents comportant des données d'information de santé, le matricule INS suivi de sa nature (NIR ou NIA) lorsque cette information est disponible et que son partage est autorisé. »

Concernant les autres informations proposées dans le cartouche mis en exemple, à savoir « adresse de messagerie » et « Code INSEE », il n'y a pas d'obligation de les intégrer aux documents de santé. Plus précisément :

- Pour l'adresse de messagerie : elle a été intégrée au modèle de cartouche joint en tant que suggestion mais il n'y a pas d'obligation de l'inscrire sur les documents de santé
- Pour le code INSEE - lieu de naissance : les éditeurs doivent obligatoirement permettre à leurs clients d'afficher le lieu de naissance sur les documents de santé. L'acteur de santé peut ensuite choisir de l'afficher ou non. S'il peut l'afficher, c'est mieux mais non obligatoire.

3.17. Les documents scannés sont-ils considérés comme éligibles pour les indicateurs SUN-ES ?

Les documents scannés ne sont pas éligibles.

Les pouvoirs publics ont mobilisé des financements à travers plusieurs programmes numériques pour soutenir les établissements dans leur transformation numérique.

Dernièrement, le dispositif SONS vise à soutenir les industriels dans la mise à disposition d'une offre logicielle qui permette l'informatisation des documents de santé et leur transmission de manière sécurisée. L'objectif in fine de tous ces programmes est d'accompagner la production électronique et sécurisée de documents de santé, dans une logique d'amélioration de la coordination des parcours

3.18. L'atteinte des cibles d'usage est-elle autorisée avec l'APIv1 du DMP ?

Les documents à alimenter dans le DMP pour atteindre les cibles d'usages au sens du programme « SUN-ES » doivent être référencés avec une INS qualifiée - au niveau du PDF (avec le Datamatrix) et des en-têtes CDA, et ceci pour toutes les fenêtres de financement du programme SUN-ES.

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

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

3.19. Quel est le format attendu des comptes rendu de biologie qui alimentent le Dossier Médical Partagé ?

Dans le cadre du dispositif SUN-ES et de l'indicateur du domaine 2 Biologie du volet 1 « Alimentation du DMP », les comptes rendus de biologie médicale doivent être envoyés en format structuré CDA R2 N3 ainsi qu'en format PDF.

Les PDF sont considérés par les biologistes comme des éléments fiables pour le retour des résultats dans les dossiers des patients. Ils sont complets et présentables pour les autres professionnels de santé. Les CDA peuvent encore être difficiles à visualiser selon les solutions logicielles utilisées, créant ainsi de possibles biais.

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

3.20. Peut-on alimenter le DMP en compte rendu de biologie au format CD2 R2 N3 sans nécessairement respecter la nomenclature LOINC ?

Il est demandé aux établissements de générer du CDAR2-N3 conforme au CR de bio du CI-SIS.

Cela implique l'usage de la nomenclature LOINC. D'où les 2 SONS en biologie médicale : SGL + transcodeur LOINC du catalogue

3.21. Qu'est-il exigé pour atteindre les cibles d'usage du volet 2 relatif à la MSS ?

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

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

- Pour les échanges avec la MS Santé professionnelle, de transmettre des documents de santé référencés avec une INS qualifiée ;
- Pour les échanges avec la MSS citoyenne, cela dépend des cas d'usage retenus.

Pour les envois à la MSS citoyenne, le référentiel MSSanté « [Référentiel #2 Clients de Messageries Sécurisées de Santé](#) » indique à l'exigence « ECO.2.2.6 » une dérogation valable jusqu'à fin 2022 qui permet de construire « manuellement » l'adresse citoyenne du patient sans INS qualifiée. Mis à part pour les cas d'usage en « pré-admission », il est fortement recommandé de n'écrire au patient qu'à partir d'une INS qualifiée compte-tenu du niveau de garantie élevée apportée afin d'écrire au bon patient.

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

3.22. Un établissement peut-il changer sa date d'atteinte des cibles d'usage dès lors que cette date reste dans la temporalité de sa fenêtre de financement

Un établissement peut décaler la date d'atteinte des cibles d'usage qu'il a déclarée dans son formulaire de candidature depuis démarches simplifiées. Pour ce faire, il le signale à son ARS. Il peut décaler sa date au plus tard au dernier jour de la fenêtre de financement sur laquelle il est engagé.

Thème 4 – Le remplissage des indicateurs dans l'oSIS

4.1. Comment remplir ses indicateurs d'usage dans l'oSIS ?

Les établissements doivent se connecter sur leur compte oSIS : <https://connect-pasrel.atih.sante.fr/cas/login?service=http%3A%2F%2Fosis.atih.sante.fr%2F>

Ils doivent ensuite se rendre sur l'onglet « SUN-ES » dans lequel ils retrouveront l'ensemble des prérequis volet 1 et volet 2 ainsi que l'ensemble des indicateurs d'usage volet 1 et volet 2.

Ils devront ensuite renseigner les champs de saisie des indicateurs correspondant aux domaines /volets sur lesquels ils ont candidaté. Dès lors qu'ils ont renseigné leurs indicateurs, ils doivent en informer le référent SUN-ES de leurs ARS.

4.2. Qu'entend-on par période d'observation de l'indicateur ?

La période d'observation de l'indicateur correspond à la période durant laquelle l'établissement mesure son indicateur.

L'établissement est libre de choisir son mois de mesure dans la limite temporelle de sa fenêtre de financement. Le mois de mesure correspond toujours à un mois calendaire. En d'autres termes, un établissement ne peut pas mesurer son indicateur entre le 15 du mois et le 15 du mois suivant. Il lui sera demandé de toujours se caler entre le 1^{er} du mois et les 30 du même mois.

Exemple : Un établissement est engagé sur la fenêtre 1 du programme SUN-ES qui débute au 1^{er} janvier 2022 pour se clôturer au 30 Juin 2022. Il a annoncé à l'ARS qu'il atteindrait les cibles d'usages au 30 Juin 2022. Il doit donc débiter sa période de mesure le 1^{er} juin pour la clôturer au 30 juin 2022.

4.3. Quelles sont les périodes de saisie des indicateurs pour les établissements dans l'oSIS ?

Les établissements peuvent renseigner les fiches indicateurs tout au long de la fenêtre de financement. Les établissements auront au plus tard 1 mois après la fin de la fenêtre de financement pour saisir leurs indicateurs d'usage.

Exemple :

Un établissement est engagé sur la fenêtre 1 du programme SUN-ES qui débute au 1^{er} janvier 2022 pour se clôturer au 30 juin 2022. Il a annoncé à l'ARS qu'il atteindrait les cibles d'usages au 30 juin 2022. Il doit

donc débuter sa période de mesure le 1^{er} juin pour la clôturer au 30 juin 2022. Il devra avoir saisi ses indicateurs d'usage au plus tard au 30 juillet 2022, en renseignant bien dans sa fiche que sa période de mesure est celle du 1er juin au 30 juin 2022.

4.4. Comment compléter les fiches indicateurs dans l'Osiris ?

L'établissement doit avant toute chose disposer d'un compte Osiris. Pour ce faire, le chef de projet SUN-ES doit se rapprocher du DIM de l'établissement pour avoir les codes de connexion. Si le FINESS de l'établissement n'est pas présent dans la base OSIS, alors un mail devra être adressé à dgos-sun@sante.gouv.fr

Une fois l'accès obtenu, l'établissement sélectionne l'onglet SUN-ES comme indiqué ci-dessous :

A l'arrivée sur votre espace, cliquez sur la vignette ,SUN-ES

Fenêtres de financement	
Fenêtre de financement domaine 1	02-2023
Fenêtre de financement domaine 2	02-2023
Fenêtre de financement domaine 3	02-2023

Sélectionnez votre fenêtre de financement – en fonction, les cibles d'usage nationales seront affichées automatique dans chacune des fiches indicateurs

Puis procéder aux saisies dans les champs qui concernent le déclaratif établissement, comme indiqué ci-dessous :

Domaine 1 - Documents de sortie

DS1.1 Alimentation du DMP en lettre de liaison avec INS qualifiée

Non applicable

Période de mesure de l'indicateur sur 1 mois : indiquez le mois et l'année correspondant à la période de mesure

Nombre de séjours pour des patients disposant d'un DMP à leur admission

Nombre de séjours pour les patients disposant d'un DMP à leur admission et dans lequel une LDL référencée avec une INS qualifiée a été transmise au DMP au format CDA R2 niveau 1

Calcul du taux par l'établissement 65.00%

Valeur cible 69%

Atteinte de la cible Non

Détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement Aucun fichier sélectionné
 Supprimer le fichier

Période de mesure par le national

Données d'alimentation du DMP fournies par la Cnam : Nombre de LDL, transmises de l'établissement dans le DMP, au format CDA R2 N1 avec une INS qualifiée

Calcul du taux par le national NaN%

Saisie ES - Période d'observation

Saisie ES - dénominateur

Saisie ES - numérateur

Calcul automatique – cible déclarée par l'ES

Affichage automatique en fonction de la sélection de la fenêtre de financement

Affichage automatique – comparatif déclaratif ES et ciblana nationale

Récupération automatique du fichier national CNAM – import mensuel avec décalage M+1

Concernant l'item « détails sur les modalités de calcul du taux par l'établissement », il est demandé aux établissements de déposer comme pièces jointes :

Pour les indicateurs du domaine 1 – documents de sortie

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

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

Pour les indicateurs du domaine 2 – biologie

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

Pour les indicateurs du domaine 3 – imagerie

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

Pour l'indicateur MSS pro du domaine 4 – messagerie sécurisée de santé

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

4.5. Comment s'effectue la vérification de l'atteinte des cibles d'usage par les ARS ?

Les établissements renseignent les fiches indicateurs, comme indiqué ci-dessus. Une fois les fiches remplies, les établissements contactent leurs référents SUN-ES en ARS pour les informer de la bonne atteinte des cibles d'usage.

Les ARS procèdent alors à la vérification de la complétude des fiches, en :

- Veillant au remplissage des champs relatifs à la saisie ES (cf. copie d'écran ci-dessus)
- Veillant à la présence des pièces justificatives jointes suivantes :
 - explication de la méthode de calcul des indicateurs,
 - justification de la notion de séjours,
 - exemple de document de santé anonymisé dans lequel on retrouve les traits INS et le datamatrix.
- Comparant les saisies des établissements avec les statistiques nationales d'alimentation du DMP disponibles également ici :
https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/segur-numerique-hopital-donnees-alimentation-dmp.xlsx

4.6. Qui contacter si le FINESS de mon établissement est absent du fichier de données d'alimentation du DMP disponible en ligne ?

Il faudra tout d'abord vérifier que le FINESS de votre établissement figure bien dans la base Hôpital (aussi appelé fichier de calcul Hôpital) disponible sur le site de l'ANS <https://esante.gouv.fr/segur/hopital>

Si votre établissement n'y figure pas, vous devrez vous rapprocher de votre ARS. Si votre établissement y figure, alors :

- Vous devez en premier lieu prendre attache auprès de votre éditeur pour vous assurer du certificat utilisé et des éléments transmis dans les requêtes DMP
- En deuxième temps, votre éditeur peut prendre attache auprès du GIE Sesam-Vitale pour mieux comprendre la situation.
- Enfin, prendre attache auprès de la CNAM avec les éléments recueillis avec votre éditeur, via l'adresse de contact transmise dans le fichier de statistiques nationales d'alimentation du DMP

4.7. A qui signaler les écarts entre le volume de documents envoyés au DMP selon l'établissements et celui qui est mesuré à l'arrivée par la CNAM ?

En cas d'écarts significatifs entre les données remontées par l'établissement et le chiffre figurant dans le fichier, l'établissement doit contacter leurs référents CPAM. La liste des référents CPAM a été transmise à l'ensemble des ARS par ailleurs. Le fichier est justement publié pour que ces écarts puissent être identifiés. Une adresse de contact figure sur le fichier statistique nationales d'alimentation du DMP.