

Glossaire

Terme	Définition	Observations
C		
Coût de Fonctionnement	<p>Les coûts de fonctionnement correspondent à la classe 6 du plan comptable des associations hors amortissement, provisions, crédit-bail et prestations dérogatoires, à savoir les comptes:</p> <p>60 : Achats, 61 : Services Extérieurs, 62 : Autres Services extérieurs (exclure le montant des prestations dérogatoires qui serait éventuellement enregistré sous cette rubrique). 63 : Impôts, Taxes et Versements assimilés, 64 : Charges de personnel, 65 : Autres charges de gestion courante, 66 : Charges financières, 67 : Charges exceptionnelles, 69 : Impôts sur les bénéfices. Ne pas prendre le compte 68</p>	
D		
Date de premier signalement	Date du premier contact établi avec le réseau par le patient, un professionnel, ou un tiers en vue d'une demande d'adhésion.	
Dossier patient du réseau	Document papier ou informatisé permettant la transmission d'informations de nature médicale, paramédicale, psychologique, sociale et administrative concernant un patient entre les professionnels du réseau permettant la prise en charge globale du patient. Ce document respecte les règles de déontologie, de secret médical et de confidentialité.	Sont exclues les fiches de liaison

E

Education Thérapeutique du Patient	Action visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. L'action d'éducation thérapeutique comprend un diagnostic éducatif. Elle fait partie de la prise en charge du patient et de son parcours de soins et a donc vocation à être intégrée dans le plan personnalisé de santé (PPS). Les informations orales ou écrites et les conseils de prévention délivrés par un professionnel de santé ne constituent pas à elles seules une éducation thérapeutique (Définition OMS).	>Sont incluses: Les actions organisées par le réseau ou par un prestataire (autre réseau, associations...) >Ne sont pas incluses: Les actions d'accompagnement des patients.
Equipe du réseau	Professionnels de santé ou non, salariés directement par le réseau ou mis à disposition du réseau et travaillant de manière régulière sur l'ensemble des activités de ce dernier.	>Sont incluses: l'équipe de coordination et l'équipe administrative. Au titre des salariés, inclure les vacataires.
Etablissements de santé, structures de soins ou médico-sociales ou sociales adhérents au réseau et participant à un PPS	Etablissements et structures dont l'activité comporte un lien avec la thématique portée par le réseau et ayant signé le document d'adhésion du réseau (ou ayant signé une convention de partenariat définissant des engagements précis de l'établissement ou de la structure, <i>quelle que soit la date</i>) et participant au moins à un PPS. Ces différentes structures peuvent se situer dans ou hors périmètre géographique d'intervention du réseau. La participation à un PPS peut se faire selon différentes modalités : mise à disposition de lit de répit, poursuite de consultation spécialisée...	>Sont incluses par exemple: Les centres de santé, les CLIC, CSAPA, les "maisons départementales des personnes Handicapées" et les "équipes d'allocation pour perte d'autonomie" à condition que ces équipes aient passé convention avec le réseau.
Etablissements de santé et structures de soins, médico-sociales ou sociales ayant adhéré dans l'année et participant à un PPS	Etablissements et structures dont l'activité comporte un lien avec la thématique portée par le réseau ayant signé, dans l'année observée, le document d'adhésion du réseau ou ayant signé une convention de partenariat définissant des engagements précis de l'établissement ou de la structure <i>dans l'année</i> et participant au moins à un PPS. Ces différentes structures peuvent se situer dans ou hors périmètre géographique d'intervention du réseau. La participation à un PPS peut se faire selon différentes modalités : mise à disposition de lit de répit, poursuite de consultation spécialisée.	>Sont incluses par exemple: Les centres de santé, les CLIC, CSAPA, les "maisons départementales des personnes Handicapées" et les "équipes d'allocation pour perte d'autonomie" à condition que ces équipes aient passé convention avec le réseau dans l'année.

Evènements indésirables	Incidents et accidents pour lesquels le réseau doit mettre en place un système de recensement, d'analyse et de suivi (exemple: hospitalisations non programmées, rupture de prise en charge, sorties volontaires des patients et des professionnels...) ainsi qu'une évaluation des actions correctives.	
F		
Financement total perçu par le réseau	Financement total perçu par le réseau au cours de l'exercice N, (toutes sources confondues): Montant de l'ensemble des subventions versées au cours de l'exercice N + (Montant des subventions non utilisées, cumulés en N-1 , reportée sur l'exercice N (crédit du compte de classe 7 à l'ouverture de l'exercice au titre des Produits constatés d'avance)) - (Montant constaté au titre des "produits constatés d'avance" sur l'exercice N (débit du compte de classe 7 à la clôture de l'exercice)) + (Montant constaté au titre des autres Produits versés sur l'exercice N (reprise sur amortissement, cotisations..))	
Financement FIQCS perçu par le réseau	Montant perçu au titre du FIQCS par le réseau au cours de l'exercice N (année observée)	
H		
Hospitalisations	Sont comptabilisées les hospitalisations en court séjour (hospitalisation complète ou partielle, hospitalisation de jour), moyen séjour et hospitalisation à domicile.	
M		
Mutualisation	Mise en commun de moyens, humains, matériels et/ou financiers.	Cette définition exclut le simple échange de pratiques.
O		
Objectif cible du réseau en nombre de patients	Objectif quantifié en nombre de patients adhérents et ayant un PPS (CF. définition "Patient adhérent du réseau et ayant un PPS") sur le périmètre géographique d'intervention du réseau. Il est précisé dans la convention de financement et peut faire l'objet d'une déclinaison annuelle prenant en compte la montée en charge. On prendra l'objectif fixé pour l'année observée.	

P		
Patient ayant adhéré et ayant bénéficié de la création de PPS dans l'année	Patient ayant signé le document d'adhésion au réseau de santé et ayant bénéficié de la création de PPS dans la période de recueil (année observée).	L'adhésion doit être formalisée dans un document d'adhésion signé par le patient et l'informant de façon complète des modalités de prise en charge en réseau. Ce document peut s'intituler: "demande d'inclusion", "charte d'inclusion", "contrat d'adhésion"....
Patient adhérent du réseau et ayant un PPS	Patient adhérent ayant fait l'objet d'une création ou d'une révision de plan personnalisé de santé durant la période de recueil. (Cet item inclut les patients ayant adhéré au réseau dans l'année ou antérieurement).	Attention à ne pas utiliser le vocable "file active" pour les réseaux.
Périmètre géographique d'intervention	Espace d'intervention du réseau qui peut être: Soit régional (couverture de toute la région), Soit infra régional (si le réseau intervient sur plusieurs départements), Soit départemental, Soit infra départemental (si le réseau intervient sur un périmètre géographique tel que le canton, une zone urbaine et périurbaine par exemple).	
Permanence téléphonique	Organisation téléphonique liée à un numéro de téléphone unique à partir duquel les patients du réseau peuvent avoir accès aux informations indispensables 24h/24, et 7jours/7. L'organisation peut aller du simple répondeur indiquant les numéros à joindre, la fourniture d'un numéro de portable jusqu'à un standard organisé. Les informations (numéro du professionnel de garde, personne à contacter en cas d'urgence...) sont délivrées par une personne physique ou non. Cette organisation doit être en lien avec les systèmes de permanence des soins.	
Plan Personnalisé de Santé (PPS)	Document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins notamment en soins du patient, et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le Plan de soins et le Plan d'aide, le cas échéant. Il peut inclure un plan d'éducation thérapeutique. Toutefois, le plan d'éducation thérapeutique ne constitue pas à lui seul un PPS. Le médecin traitant doit participer à l'élaboration ou à la validation du PPS. En l'absence de rencontre, cet avis peut être recueilli par courrier ou par échange téléphonique.	Sont à inclure ici les termes utilisés dans certains rapports d'activité et circulaires : «projet personnalisé de soins», «programme personnalisé de soins », «plan d'intervention personnalisé ».

Population de référence du réseau	Théoriquement, il s'agit du nombre de personnes potentiellement concernées par les actions du réseau sur le périmètre géographique d'intervention du réseau. L'échelle géographique la plus fine est actuellement le département, compte tenu de l'absence de données reproductibles à l'échelle infra - départementale.	
Prestation Dérogatoire	Il s'agit des versements effectués au titre des dérogations tarifaires mentionnées à l'article L162-4 du code de la sécurité sociale en application de convention de financement.	Synonyme Dérogation tarifaire.
Produits constatés d'avance au titre du FIQCS	Traitement de la part de subvention FIQCS non utilisée du ou des exercices précédents et qui a été reportée sur l'exercice N à l'ouverture et auquel on déduit le produit constaté d'avance au titre du FIQCS en fin d'exercice N.	
Professionnel ayant adhéré au réseau dans l'année et intervenant dans au moins un PPS	Professionnel ayant signé, au cours de l'année observée, le document d'adhésion du réseau ET intervenant dans au moins un Plan Personnalisé de Santé durant la période de recueil.	Ne sont pas comptabilisés : - les professionnels de santé participant aux activités du réseau (formation, EPP, club qualité ...) en tant qu'effecteur ou bénéficiaire sans avoir signé le document d'adhésion. - Le médecin traitant d'un patient adhérent du réseau n'ayant pas signé lui-même le document d'adhésion au réseau. -Les personnes physiques ou morales adhérents de la structure juridique portant le réseau sont comptabilisées uniquement si elles ont signé le document d'adhésion du réseau, le plus souvent associative.
Professionnels adhérents du réseau et intervenant dans au moins un PPS	Professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux ayant adhéré au réseau au cours de l'année ou antérieurement ET intervenant dans au moins un Plan Personnalisé de Santé durant la période de recueil.	Synonyme: Professionnel intervenant dans le réseau.

Professionnels adhérents et intervenant dans au moins un PPS bénéficiant d'au moins une action de formation	Professionnels adhérents, participant au moins à un PPS ayant participé au moins une fois à une formation organisée par le réseau.	>Les actions de formations sont les actions ayant pour but l'acquisition, le renouvellement, l'approfondissement ou l'enrichissement des connaissances, des capacités et des compétences.Ces formations sont orientées vers la qualité de la prise en charge. >Sont exclues: Les participations aux réunions pluri et inter-disciplinaires.
Professionnels de santé	Professionnels mentionnés dans le code de santé publique : Actuellement : médecins, infirmiers ; masseurs kinésithérapeutes ; pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens dentistes, pédicures podologues ; orthophonistes orthoptistes ; opticiens lunetiers ; audioprothésistes ; ergothérapeutes ; psychomotriciens ; manipulateurs d'électroradiologie médicales ; techniciens de laboratoire d'analyses médicales ; diététiciens , ambulanciers, psychologues.	
R		
Réunion de coordination pluri-professionnelle	Réunion d'au moins deux professionnels de santé de catégories ou spécialités différentes en vue d'examiner le cas d'un ou plusieurs patient(s) du réseau et de définir les stratégies de prise en charge diagnostique, thérapeutique, médico-sociale et sociale. Elle fait l'objet d'un compte rendu écrit qui est joint au dossier patient.	
Réévaluation de la situation du patient	Examen par le réseau de santé de la pertinence du maintien du patient dans le réseau (hors cas de décès, sortie volontaire, déménagement).	
S		
Somme des délais de prise en charge	Il est égal à la somme en jours de (date de création du plan personnalisé de santé au cours de l'année observée – date du premier signalement).	A partir de cet item, la MRS calculera un délai moyen par patient ayant adhéré et ayant bénéficié d'une création de PPS dans l'année.
Sortie à l'initiative du patient adhérent au réseau et ayant un PPS	Patient adhérent au réseau et ayant un PPS sorti du réseau à leur initiative, hors cas de décès, déménagement ou placement en institution médico-sociale.	il ne s'agit pas des patients "perdus de vue" ni les sorties à l'initiative du réseau suite à réévaluation de la situation du patient.