

// POSITION DE SYNTEC INFORMATIQUE
DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL :
VERS UN CONTRAT DE PARTENARIAT
AU BÉNÉFICE DE L'INTÉRÊT GÉNÉRAL
➤ JURIDIQUE



Syntec informatique



LESISS

Syntec informatique (www.syntec-informatique.fr) : Chambre Professionnelle des SSII et des Éditeurs de Logiciels, Syntec informatique représente près de 500 groupes et sociétés membres (59 % SSII, Conseils en technologies, sociétés de Conseil, 41% d'Éditeurs de logiciels), soit plus de 85% du chiffre d'affaires et des effectifs de la profession (170 000 collaborateurs, 19 Mds d'euros de chiffre d'affaires des sociétés de 10 collaborateurs et plus).

Syntec informatique assure notamment la défense et la promotion des intérêts collectifs professionnels et se préoccupe des questions déontologiques, économiques, internationales, juridiques, sociales et techniques liées aux activités des sociétés membres. La Chambre Professionnelle contribue parallèlement à informer l'ensemble de la communauté informatique des chiffres et tendances de la profession, ainsi qu'à représenter le secteur auprès de différents organismes et des Pouvoirs Publics.

LESISS (Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux) (www.le6.org) est une fédération créée à la fin de l'année 2004 par deux organisations professionnelles dédiées au secteur de la santé : le **GIPSIM** (regroupant les prestataires des systèmes d'information pour les acteurs de la médecine de ville) et le **SNIIS** (industriels spécialisés dans les systèmes d'information hospitaliers - SIH). Représentant institutionnel des industries d'information de santé, LESISS rassemble des PME expérimentées, des éditeurs de SIS et de grandes entreprises industrielles. Cette fédération est née du constat de l'interpénétration croissante de la médecine de ville et de la sphère hospitalière, qui oeuvraient jusqu'alors de manière cloisonnée et dont la segmentation des organisations était le reflet de problématiques et de pratiques séparées. Les membres de LESISS sont déterminés à apporter leur expertise en vue d'accompagner les évolutions indispensables à l'adaptation du système de santé français. Ils estiment que les technologies de l'information utilisées à bon escient contribuent efficacement à l'indispensable coordination des soins, à l'amélioration des pratiques médicales et à la réduction de risque de perte de chance pour les assurés, ainsi qu'à une meilleure affectation des ressources de la collectivité.

PREAMBULE

LE DMP, CLE DE VOÛTE DU PARTAGE D'INFORMATION GENERALISE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Avec plus de 10 points de son PIB qui leur sont affectées, la France est désormais entrée dans le club des États qui consacrent la part la plus importante de leurs ressources aux dépenses de santé. Pour maintenir sa position de nation dotée d'un dispositif sanitaire dont la qualité n'est plus à démontrer tout en enrayant une dérive financière qui atteint désormais une ampleur inégalée, la puissance publique a élaboré une réforme dont le partage d'information généralisé constitue l'axe principal.

Si au centre de ce partage - ou plutôt au sommet, puisqu'il en constituera la clé de voûte - le DMP suscite de grands espoirs, de nombreux obstacles en jalonnent toutefois le déploiement.

A cet égard il convient de rappeler que l'objectif du DMP n'est - et ne sera - pas d'être le "deus ex machina" appelé à sauver miraculeusement un dispositif sanitaire aujourd'hui en surchauffe. Conçu prioritairement dans une optique d'amélioration des pratiques des acteurs du système de santé et donc de la qualité de la production de soins, le DMP sera en revanche un outil au service de tous, à commencer par les principaux acteurs de la sphère sanitaire : les praticiens et leurs patients.

Pour tendre vers ce but, les promoteurs du projet devront savoir raison garder en résistant à la tentation de vouloir obtenir tout, et tout de suite. En effet, d'une part le succès du DMP sera conditionné par la capacité des émetteurs structurels de données (hôpitaux et praticiens libéraux) à l'alimenter à partir de leurs propres données. D'autre part les réticences du corps médical, dont les membres sont inscrits de longue date dans un colloque singulier avec leur patient, ne seront levées que progressivement en s'accéléralant à mesure que les intéressés mesureront le bénéfice et l'innocuité de ce nouvel outil.

Dans cet esprit, les objectifs par paliers affichés par le ministre de la Santé relèvent d'une stratégie de nature à faciliter une conduite progressive du changement. Ainsi, le DMP devra d'abord s'articuler autour de la dématérialisation de la prescription qui conduira à une diminution du fléau que constituent, pour les patients en souffrance et pour les ressources de la collectivité, les accidents iatrogènes. L'analyse et la lutte contre la redondance inutile de produits et prestations, aussi dangereuse que dispendieuse, relèvent également d'un objectif réaliste à court terme. L'intégration de l'image (radios, scanners, IRM) constituera un atout essentiel à l'amélioration d'un diagnostic de qualité. Elle peut rapidement être envisagée pour les émetteurs hospitaliers d'ores et déjà dotés des équipements nécessaires, qui montreront progressivement la voie aux établissements dont la mise à niveau est en cours ou prévue. D'autres fonctionnalités viendront par la suite, dans la concertation et à mesure que les professionnels s'approprient l'outil, enrichir ce partage de données de santé pour le conduire vers l'exhaustivité.

Sur ces sujets une certitude se dégage : la gestation de cet outil sera longue, et les ressources financières à mobiliser très importantes. Mais parce qu'il est indispensable à la survie d'un dispositif sanitaire de qualité pour notre pays, le partage d'information généralisé de santé dont le DMP sera la clé de voûte mobilise l'intérêt et les ressources des industries spécialisées.

C'est dans cette optique que s'inscrit la publication de cette note de synthèse, conjointement élaborée par les experts de Lesiss et de Syntec informatique, qui propose une option de financement et un modèle économique réalistes et en adéquation avec l'ampleur des enjeux.

EXECUTIVE SUMMARY

Le DMP clé de voûte du partage d'information généralisé dans le domaine de la santé est un projet d'intérêt national, novateur et complexe, impliquant des changements culturels et organisationnels ainsi que la mobilisation de ressources financières très importantes.

Le Partenariat Public-Privé (le «PPP») est particulièrement approprié au projet DMP :

- il ne s'oppose pas aux **objectifs** recherchés par l'Etat (et capitalise même sur ces derniers), **qu'il s'agisse de l'interopérabilité entre les systèmes d'information de santé ou de l'impact sur la qualité des soins, ou encore de l'efficacité et la productivité du système de santé,**
- il permet d'enchaîner facilement avec les résultats des opérations de préfiguration, objet de l'appel d'offre du 29 juillet 2005 (période de test),
- il répond remarquablement bien à la problématique des investissements lourds nécessaires au projet, en évitant à l'Etat ou à l'Assurance Maladie d'avoir à en supporter le financement.

En premier lieu, la sélection d'un ou plusieurs consortiums opérateurs (structures juridiques dédiées) regroupant des partenaires privés conduit à **fédérer les compétences et les moyens** en matière d'infrastructures techniques, en proposant une offre de services complète, de qualité et pérenne. Convenablement configuré, le projet peut rapidement conduire à une diminution sensible, entre autres, des actes redondants et des épisodes iatrogènes, générateurs de pertes de chances pour le patient et de dépenses inutiles.

Sur les plans financier et budgétaire, un Contrat de Partenariat présente trois avantages principaux :

- Les risques de conception, de réalisation et d'exploitation du système sont entièrement pris en charge par le partenaire privé. En d'autres termes, l'Etat n'aura pas à subir les conséquences pécuniaires d'un dérapage de coût, de délais ou de qualité, ce qui ne peut être exclu sur un grand projet informatique ; au contraire, tout dérapage peut être sanctionné par une pénalité sur la rémunération versée au partenaire privé,
- L'investissement est amorti sur la durée du contrat, contrairement au Marché Public « classique » où le coût de l'investissement initial pèse en totalité la première année sur les finances publiques,
- Il n'y aura pas de ressaut dans les dépenses publiques; en effet, ce sont les économies réalisées sur le système de soins après le démarrage du DMP qui permettent à l'Assurance Maladie de rémunérer le cocontractant, en écrêtant les pointes de charges financières.

Par ailleurs, ce mode de contractualisation s'accompagne d'une procédure d'évaluation (ici, il s'agirait plus d'un modèle économique qui pourrait modéliser l'impact financier du projet pour l'Assurance Maladie), laquelle est accompagnée, avec un certain décalage, d'un appel d'offres intégrant la modalité du dialogue compétitif. Cette procédure, qui pourrait apparaître assez longue en première analyse, permet en réalité de gagner un temps précieux en comparaison avec les autres procédures envisageables, notamment la conclusion de plusieurs Marchés Publics successifs. **La procédure de dialogue compétitif permettra en outre d'assurer la cohérence entre les objectifs stratégiques et les visions juridique et technique du projet.**

Enfin, la possibilité d'indexer la rémunération du partenaire privé sur les niveaux de qualité de service atteints et sur la performance est très motivante et incitera le partenaire privé à ne pas ménager ses efforts, notamment en ce qui concerne la tenue d'objectifs de création, de disponibilité ou encore de fréquentation des dossiers patients (on pourrait tout à la fois introduire des «bonus financiers» récompensant le bon résultat et des pénalisations par le transfert de zones réservées à un prestataire vers d'autres prestataires), pour aboutir, in fine, à la généralisation d'un système de qualité.

*Le recours au Contrat de Partenariat est soutenu par une forte volonté politique, **le Premier ministre souhaitant que chaque ministère dégage, au plus vite, des projets pilotes. Le ministre des Finances et le Président de la Mission d'Appui à la réalisation des Contrats de Partenariat apportent leur soutien à cette dynamique (la Mission d'Appui pourrait utilement contribuer à l'établissement du modèle économique évoqué ci-dessus).** Les prestataires informatiques privés bénéficient d'une expérience sur ce type de montage juridique et financier à l'étranger. A cette expérience s'ajoute celle acquise dans le domaine de l'infogérance où l'on retrouve certains mécanismes de type convention de niveau de service, rémunération en fonction de la performance ou encore réversibilité / transférabilité.*

*De ce fait, il est possible d'organiser un deuxième appel d'offres qui commencera par l'émission d'un appel à candidatures à un moment qui serait proche de la phase de préfiguration du service prévue par le premier appel d'offre, ce qui, au-delà de pression exercée sur le calendrier, permettra d'une part de gagner du temps, et d'autre part de retenir les mêmes candidats que ceux sélectionnés lors de la première consultation. **L'Etat pourra ainsi bénéficier du plein investissement des partenaires privés sélectionnés au terme du premier appel d'offres.***

*La consultation relative au Partenariat Public-Privé pourra se dérouler pendant la période de test correspondant au premier appel d'offres pour aboutir in fine à la sélection de trois compétiteurs qui concluront un Contrat de Partenariat avec l'Etat pour une période initiale de 5 ans (montée en charges du système et généralisation). **En outre, ceux-ci se verront offrir une option de prolongation de 10 ans pendant laquelle les partenaires seront mis en concurrence jusqu'à atteindre l'objectif d'harmonisation du système DMP.***

La profession bancaire a été associée à cet exercice. Elle a confirmé qu'à son avis, l'idée d'envisager l'application du PPP au projet DMP présentait un très grand intérêt pour les acteurs publics concernés.

SOMMAIRE

Le DMP, clé de voûte du partage d'information généralisé dans le domaine de la santé	03
Executive summary	04
1. Le choix du contrat	08
1.1. La Délégation de Services Publics (DSP)	08
1.2. L'attribution de licences sur le modèle TELECOM	08
1.3. Le Marché au titre du Code des Marchés Publics	09
1.4. Un modèle souple et pérenne : le Contrat de Partenariat	09
2. Le Partenariat Public - Privé au service de la collectivité	10
2.1. Rappel sur le Déroulement de la première opération (lancée le 29/07/05)	10
2.2. Enchaînement entre les deux opérations	10
2.3. Déroulement de la deuxième opération en Partenariat Public-Privé	11
2.4. Phase I du Contrat de Partenariat (avec concurrence axée sur l'inscription de patients dans le DMP)	11
2.5. Phase II (avec concurrence totale) et incidence sur le lotissement	11
2.5.1. <i>Élaboration d'une méthode de lotissement compatible avec la mise en concurrence</i>	11
2.5.2. <i>Technique de mise en concurrence</i>	12
3. Ingénierie juridique et financière du Contrat de Partenariat	13
3.1. Le modèle «spontané» (en ligne avec les expériences étrangères)	13
3.2. Projection / Simulation : le financement public	14
3.2.1. <i>Comparaison générale Marché Public vs Contrat de Partenariat</i>	14
3.2.2. <i>Application au cas du DMP</i>	15
4. Un avantage subsidiaire pour le tissu industriel français et pour l'Etat	16
5. Conclusion	17

La loi du 13 août 2004 a pour principal objectif la réforme de l'Assurance Maladie. Elle prévoit notamment la mise en place du dossier médical personnalisé (DMP), clé de voûte d'un partage généralisé de données de santé. Ce dispositif doit permettre d'accroître la qualité du service rendu au patient par son médecin (libéral ou service hospitalier) et de contribuer aux équilibres économiques. Le calendrier de la loi du 13 août 2004 prévoit une large généralisation du DMP et un accès possible à tous pour juillet 2007.

Le gain de temps engendré par la généralisation de ce système permettra entre autres :

- **d'améliorer la pratique et la productivité des intervenants de santé en mettant en place une base de données générales,**
- **d'améliorer la qualité des soins en apportant en particulier un diagnostic et un traitement plus rapides au patient, et fondamentalement une réponse adaptée au problème de l'iatrogénie (qui induit plus de 100.000 incidents et près de 10.000 morts par an),**
- **de faire l'économie de nombreux actes redondants, dès lors inutiles et générateurs d'inconfort pour les usagers.**

Le traitement de ces données médicales à caractère personnel très sensibles doit se faire dans le strict respect de la confidentialité et de la déontologie. Il s'inscrit dans un cadre législatif et réglementaire précis mais parfois contradictoire, dont les textes d'application sont encore en attente de parution.

Le ministère de la santé et de la protection sociale a donné une première impulsion au projet en mettant en place un **groupement d'intérêt public dédié au DMP (GIP-DMP)**, véritable donneur d'ordre. Un fort besoin d'interopérabilité entre les différents systèmes mis en oeuvre a été clairement identifié.

La réussite des opérations nécessite l'élaboration d'une vision technique cohérente complétée par un montage juridique et financier approprié, conditions *sine qua non* d'une réponse adaptée à l'ensemble des objectifs stratégiques que le gouvernement s'est fixé.

1 LE CHOIX DU CONTRAT

Le caractère complexe et novateur du projet pousse, si l'on veut ne laisser dans l'ombre aucun aspect, à la conclusion d'un contrat entre l'Etat et le prestataire privé. Ce contrat permettra de fixer clairement et dans le détail les objectifs stratégiques ainsi que les exigences de qualité de service et de performance que l'Etat est en droit d'attendre.

L'étude des différentes possibilités offertes à la personne publique dans ses rapports avec les prestataires privés est donc nécessaire, en dégageant si possible le mode de contractualisation le plus avantageux et pérenne pour l'ensemble des acteurs.

Il conviendra, en tout état de cause, de responsabiliser les industriels, d'exploiter leur capacité d'innovation, de direction de grands projets complexes faisant appel à une vaste gamme de compétences, de les motiver à recruter des patients et de les inciter à atteindre des performances de services irréprochables (disponibilité, sécurité, intégrité).

1.1. LA DELEGATION DE SERVICES PUBLICS (DSP)

Dans le cadre de la DSP, il revient à l'utilisateur de payer le service rendu par le partenaire privé dans une proportion représentant une part substantielle de la rémunération totale du délégataire. L'Assurance Maladie serait donc amenée à rembourser ce service aux patients et ce remboursement de «service annexe» devrait être autorisé par une disposition législative.

Naturellement, dans cette configuration, les prestataires, soucieux de l'amortissement de leurs investissements, auraient besoin d'une vision des tarifs à long terme et chercheraient à imposer des engagements de prix unitaire, de la part de l'Assurance Maladie, polluant les mécanismes de négociation conventionnelle, ou à défaut, prévoiraient une stratégie d'amortissement court. De ce fait, l'Etat ne pourrait pas bénéficier pleinement d'un financement privé du projet. De la même manière, l'Assurance Maladie se trouverait dans l'impossibilité de bénéficier d'effets de volumes (puisqu'il s'agirait d'un remboursement d'actes individuels).

1.2. L'ATTRIBUTION DE LICENCES SUR LE MODELE TELECOM

Un mécanisme d'attribution de licence peut paraître une alternative (une "dérivée") par rapport à la DSP : cette idée se conçoit bien dans le contexte du DMP, auquel correspond l'existence de plusieurs opérateurs concurrents, comme dans le secteur des télécommunications. Ce mécanisme serait donc fondé sur un régime d'autorisation.

Le régime d'autorisation résulte de textes communautaires (Directive «Cadre », « Accès et interconnexion » et « Autorisations »), lié entre autres à des notions propres à ce secteur telles que celle de *ressources rares* ; il n'a donc pas vocation à s'appliquer au cas du DMP. De plus une modification du cadre législatif de l'Assurance Maladie resterait obligatoire.

A supposé qu'il n'y ait pas d'obstacle juridique à appliquer des textes conçus pour autre chose, un tel système apparaît rapidement frappé des mêmes travers que la DSP. Notamment, il obligerait à un cahier des charges précis pour que la concurrence qui s'ensuivrait ne soit pas débridée et préjudiciable en fin de compte à ceux à qui le projet est sensé apporter un service irréprochable, c'est-à-dire les citoyens / les patients.

1.3. LE MARCHÉ AU TITRE DU CODE DES MARCHÉS PUBLICS

En premier lieu, le Marché Public suppose un **financement public à hauteur de 100%** et le Code des Marchés Publics ne permet pas de lisser le paiement sur la durée des contrats.

Ensuite, la mise en place du DMP suppose une responsabilité de bout en bout des prestataires et une flexibilité que n'offre pas le Code des Marchés Publics. La technique retenue pour atteindre le résultat souhaité est figée ; dans ce contexte, l'interopérabilité indispensable à la migration des dossiers - dont les mécanismes s'affineront au fil de l'eau dans le cadre de la mise en concurrence - ne s'en trouve pas facilitée.

1.4. UN MODELE SOUPLE ET PERENNE : LE CONTRAT DE PARTENARIAT

Le projet DMP, **projet novateur et complexe**, est bien adapté à l'objet du Contrat de Partenariat Public-Privé (PPP), créé par l'ordonnance du 17 juin 2004. Il s'agit d'un projet global et national incluant la conception du DMP, sa réalisation et l'offre d'un service parallèlement à l'exploitation des systèmes mis en place, et nécessitant un financement très important (en tout état de cause et à la lumière des projets similaires de nos partenaires européens, de l'ordre de plusieurs centaines de millions d'Euros).

Ce mode de contractualisation suppose de recourir à la démarche d'évaluation prévue par l'ordonnance, laquelle sera accompagnée, après un certain décalage dans le temps, d'un appel d'offres selon la procédure de dialogue compétitif. Celle-ci conduit à une forte implication du Ministère de l'Économie et des Finances, apportant ainsi une garantie de faisabilité du projet. Elle permettra de surcroît de combler l'actuel fossé entre les objectifs stratégiques et la vision du projet aux plans juridique et technique.

Le projet DMP a ceci de particulier que son but est de sélectionner non pas un mais plusieurs consortiums (structures juridiques dédiées), chacun regroupant des partenaires privés pour assurer un certain service dans le cadre d'une certaine concurrence. Il sera ainsi possible de **fédérer les compétences et les moyens pour mettre en place les infrastructures techniques nécessaires et proposer une offre de services complète, de qualité, innovante et pérenne.** Ainsi les objectifs de partage d'informations et de diminution du nombre d'actes inutiles pourront être plus facilement précisés et atteints. **Des économies, au plan financier et au sens médico-sanitaire du terme, pourront alors être réalisées** (gain de temps et donc de productivité, amélioration des pratiques, et donc de la qualité et de l'efficacité des soins en dépit d'un accroissement de la demande).

La possibilité d'indexer la rémunération du partenaire privé sur les niveaux de qualité de service atteints et sur la performance sera très motivante et poussera le prestataire à multiplier les créations de dossiers pour aboutir, *in fine*, à la généralisation du système.

En outre, le Contrat de Partenariat implique une répartition des risques entre la personne publique et le partenaire privé, chacun portant les risques qu'il est le mieux à même de supporter.

2 LE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE AU SERVICE DE LA COLLECTIVITE

Pour profiter pleinement de l'impulsion donnée par le premier appel d'offres lancé en juillet 2005 par le GIP-DMP, **le recours au Contrat de Partenariat suppose le lancement rapide d'un deuxième appel d'offres.** La consultation qui suivra se déroulera parallèlement à la poursuite des tests résultant de l'extension de la période de test correspondant au premier appel d'offres. Au terme d'une période réservée à la consultation, les Contrats de Partenariat pourront être conclus. **C'est par un lotissement qu'il sera possible d'attribuer simultanément un contrat à plusieurs prestataires, chacun sur un nombre défini de lots, puis d'introduire un régime de concurrence entre eux, librement consenti.**

2.1. RAPPEL SUR LE DÉROULEMENT DE LA PREMIÈRE OPÉRATION (LANCÉE LE 29/07/05)

Celle-ci se déroulera, a priori, en deux phases :

- Test de prototypes fonctionnels,
- Test d'appropriation du service offert (« préfiguration » sur environ 5000 dossiers).

Cette opération permettra d'obtenir des spécifications initiales, base des étapes qui suivront.

Cette première opération ne fait pas partie du champ de l'opération en PPP dont il est question dans le présent document.

2.2. ENCHAINEMENT ENTRE LES DEUX OPERATIONS

L'appel à candidatures est une procédure légère pouvant être mise en place très rapidement. **Celui-ci sera émis dès que possible dans le sillage de l'appel d'offres du 29 juillet.** Il est à remarquer en premier lieu que celui-ci permet un enchaînement harmonieux avec le premier appel d'offres, puisqu'en effet il conduira vraisemblablement à la présélection (parmi d'autres candidats) des candidats sélectionnés pour le premier appel d'offres.

Ces candidats seront ainsi puissamment motivés pour investir -et s'investir- dans le projet au cours de la période de test prévue par le premier appel d'offres, afin d'aboutir à des spécifications initiales pertinentes, suffisamment riches. Sans cette précaution, il est à craindre que ceux-ci hésiteront à mettre pleinement en œuvre leur savoir-faire, et à engager les fonds nécessaires à l'élaboration et à l'adaptation d'un prototype fonctionnel dont ils n'ont aucune garantie qu'ils en seront les acteurs lors des phases ultérieures.

Ce mode de présélection pourra être assorti d'une **«garantie» d'indemnisation des partenaires privés non retenus au terme de la deuxième consultation** (Contrat de Partenariat). A cet égard, l'idée est que les compétiteurs « gagnants » indemnisent les « perdants » qui, de ce fait, se verront offrir une reprise de leur parc de patients dans des conditions prévues à l'avance, récoltant alors un minimum de couverture de leurs frais. Cette règle du jeu pourra être formalisée dans les clauses de l'appel à candidatures, et la consultation consécutive prévoira un engagement des candidats sur ce mécanisme. Le montant de l'indemnité versée aux « perdants » par les « gagnants » constituera un investissement de départ qui pourra être amorti pour chacun d'eux par une intégration dans l'assiette de calcul des amortissements à couvrir par la rémunération du service.

Dans ce contexte de clause de sauvegarde, **l'Etat pourra ainsi disposer de l'assurance d'un investissement adapté et avisé de tous les partenaires privés dans le projet.**

Ainsi, la période de consultation au titre de la deuxième opération est mise à profit pour constituer une période transitoire qui permettra aux six candidats sélectionnés pour le premier appel d'offres (à supposer qu'ils soient présélectionnés au titre de l'appel à candidatures lancé dans le cadre du deuxième appel d'offres), de poursuivre la gestion des dossiers en cours, voire d'en créer d'autres, jusqu'à ce que les trois gagnants au titre du deuxième appel d'offres en reprennent l'exploitation dans les conditions contractuellement mentionnées. Ce schéma permet de répondre au plan du GIP DMP, à savoir que les concurrents pour cette deuxième opération auraient à réaliser des tests de volume avant de se lancer dans la généralisation (seule la signature d'un contrat de PPP avec un nombre réduit de concurrents lancera cette généralisation). L'indemnisation des candidats sortants n'interviendra qu'au terme de cette période transitoire.

2.3. DÉROULEMENT DE LA DEUXIÈME OPÉRATION EN PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ

Comme indiqué ci-dessus, la consultation en mode PPP proprement dite se déroulera parallèlement à la poursuite de test. Les spécifications de la solution-cible seront bâties sur des indices qualifiés qui permettront de compléter le cahier des charges éventuellement à partir des tests menés parallèlement et d'orienter judicieusement les parties dans leurs choix, alimentant ainsi la phase de dialogue compétitif. **Au terme des procédures de dialogue compétitif et d'évaluation, trois compétiteurs parmi les six présélectionnés pourront être retenus, et concluront un Contrat de Partenariat avec l'Etat.**

2.4. PHASE I DU CONTRAT DE PARTENARIAT (AVEC CONCURRENCE AXÉE SUR L'INSCRIPTION DE PATIENTS DANS LE DMP)

Dans le cadre du Contrat de Partenariat, le donneur d'ordre, qui pourra être le GIP-DMP reconduit dans sa mission au-delà du 31 décembre 2005 (ou toute autre entité administrative qui lui succèderait), se verra idéalement affecter une terminologie conforme à sa mission de gestionnaire d'un déploiement généralisé. **Au terme du deuxième appel d'offres, les trois compétiteurs retenus devront assurer la montée en charge rapide du dispositif jusqu'à sa généralisation sur l'ensemble du territoire national.**

Le contrat sera conclu pour une **première période de cinq ans** pendant laquelle les partenaires privés ne seront en concurrence que sur les résultats du processus d'inscription des patients dans le DMP. Le déploiement se fera progressivement, chacun se voyant attribuer des lots géographiques exclusifs assortis d'objectifs de performance à atteindre. Dans cette hypothèse, le non respect de ces objectifs pourra déclencher l'application de pénalités contractuellement prévues, voire la perte de certains lots géographiques réattribués aux prestataires plus concurrentiels.

Afin de permettre un meilleur amortissement de l'investissement de départ, les partenaires privés bénéficieront d'une option de prolongation de dix ans du contrat initial à lever à la signature de celui-ci. Cette prolongation relèvera de clauses particulières que chacun devra préalablement accepter. C'est dans cette phase décennale de prolongation que les partenaires privés seront mis en concurrence totale, conduisant à une harmonisation du service DMP sur l'ensemble du territoire national.

2.5. PHASE II (AVEC CONCURRENCE TOTALE) ET INCIDENCE SUR LE LOTISSEMENT

2.5.1. ÉLABORATION D'UNE MÉTHODE DE LOTISSEMENT COMPATIBLE AVEC LA MISE EN CONCURRENCE

Le lotissement peut être conçu à travers plusieurs critères. Ici, le lotissement géographique paraît s'imposer puisqu'à terme, l'objectif est la concurrence entre opérateurs, c'est-à-dire un régime où ces derniers sont à égalité sur tous les plans, en particulier sur le volet technique.

Le lotissement géographique déterminé au début de la Phase I devra être compatible avec la mise en concurrence (des prestataires en lice) qui interviendra en Phase II.

Ainsi, il ne s'agira pas de diviser le territoire en blocs distincts (par exemple 3 zones continues constituées d'un regroupement de régions administratives) mais, au contraire, de procéder à une imbrication de zones géographiques au départ exclusives à chacun des consortiums. Cette répartition des lots facilitera la mise en concurrence, chaque compétiteur étant implanté dans toutes les régions (ou presque) et en mesure d'attaquer la base de patients d'un lot confié à l'origine à l'un de ses concurrents dans le cadre d'une démarche de proximité. Le territoire national pourra ainsi être morcelé en une cinquantaine de lots répartis entre les trois intéressés. Naturellement, l'allotissement initial devra être équitable et doté d'un potentiel de dossiers identique pour chacun des compétiteurs.

2.5.2. TECHNIQUE DE MISE EN CONCURRENCE

La concurrence totale dont il est question ici (liberté pour tout prestataire en lice d'aller démarcher des patients pour lesquels le service est jusqu'alors assuré par un concurrent, ou d'aller rechercher de nouveaux patients dans un lot géographique qui au départ ne lui avait pas été attribué) ne commencera à s'appliquer que pendant la phase de prolongation du Contrat de Partenariat (phase II), c'est-à-dire, au terme des 5 premières années de contrat.

Pendant cette deuxième phase, l'Etat devra avoir accès à un ensemble d'informations garantes de la transparence attendue : prix pratiqués par chaque prestataire, nombre et couverture fonctionnelle des dossiers gérés, taux de consultation par les utilisateurs professionnels et leurs patients, etc.

A cet effet, un observatoire pourra être créé -sur le modèle de l'ART en matière de télécommunications- qui centralisera l'ensemble des données fournies par chaque prestataire. Des indicateurs de performance, basés sur un modèle médico-économique, préalablement définis au Contrat de Partenariat compléteront ces données et **permettront de calculer la valeur ajoutée induite par chaque prestataire et de déceler les éventuels écarts de prix à qualité égale.**

L'Etat pourra ainsi procéder à un « benchmarking » continu (étalonnage comparatif) et retirer aux prestataires (consortiums) les moins compétitifs la gestion de certains lots pour les redistribuer au partenaire privé pratiquant le meilleur prix pour un niveau de qualité de service similaire, ou faisant preuve du meilleur rapport valeur ajoutée / prix du service. Cette méthode permettra à l'Etat de disposer d'un effet de levier concurrentiel (et en permanence d'un niveau de performance optimisé) et d'aboutir à un lissage progressif des méthodes et des prix. L'imbrication des lots permettra à chaque prestataire d'être en mesure de reprendre rapidement le lot de l'un de ses compétiteurs défaillants, en utilisant les règles d'interopérabilité.

En outre, l'Etat, tout en disposant d'un système homogène, aura **l'assurance d'un dispositif basé sur plusieurs fournisseurs**, ce qui est nécessaire au maintien du jeu de la concurrence et indispensable dans l'hypothèse où l'un d'entre eux serait défaillant.

REMARQUE

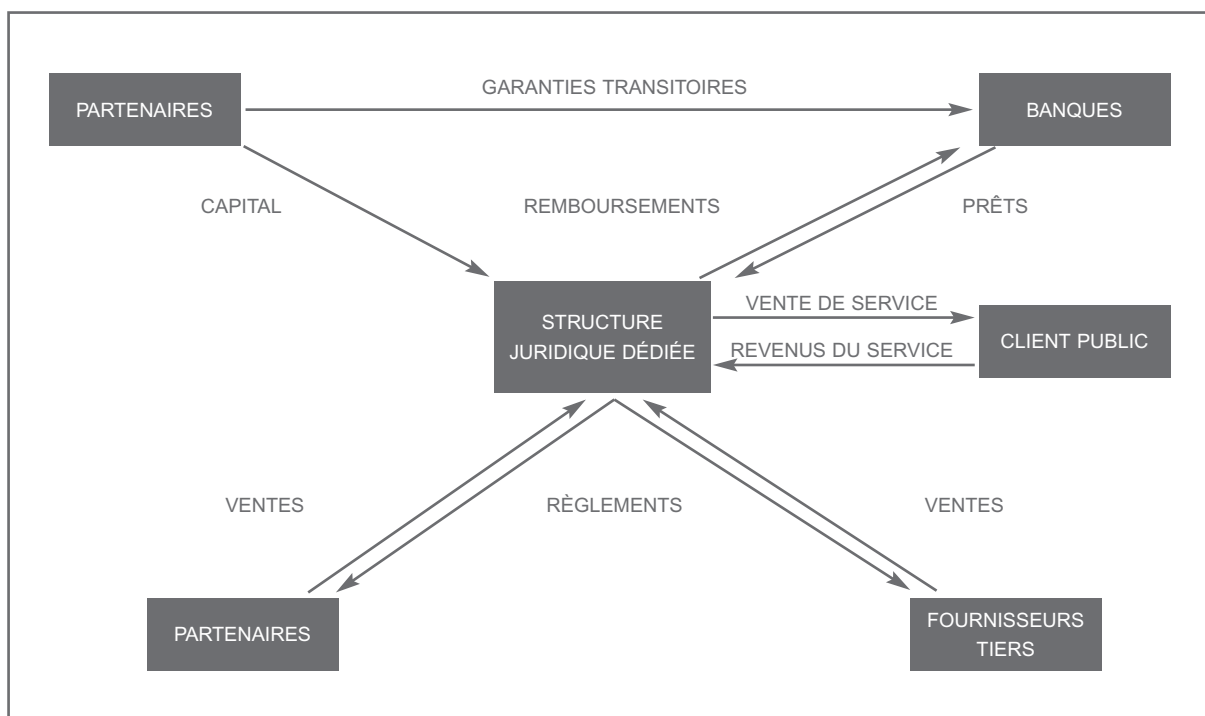
Un dispositif visant à régler la problématique de la responsabilité des hébergeurs dans le cadre des migrations de dossiers devra être prévu. L'intégrité des données transmises par l'hébergeur ayant créé le dossier à son concurrent devra être garantie. Un tiers de confiance (l'AFNOR par exemple) pourra se voir confier la vérification des données. L'hébergeur d'origine sera ainsi libéré de toute responsabilité postérieure à la transmission du dossier.

L'harmonisation imposée par la mise en concurrence apportera de surcroît une réponse au problème rencontré par un médecin libéral exerçant dans différentes zones géographiques, confronté dans les faits à plusieurs systèmes de gestion et d'exploitation du DMP. Ce sera notamment le cas s'agissant de l'IHM standardisée, commune à tous les prestataires, sans laquelle les praticiens concernés seraient réticents à assurer le suivi du dossier personnel.

3 INGENIERIE JURIDIQUE ET FINANCIERE DU CONTRAT DE PARTENARIAT

3.1. LE MODELE «SPONTANE» (EN LIGNE AVEC LES EXPERIENCES ETRANGERES)

Le schéma ci-après présente le cœur du montage possible. Une entité juridique (consortium), vraisemblablement contractualisée sous la forme d'une structure légale dédiée, regroupe un ou plusieurs fournisseurs privés et un ou plusieurs partenaires financiers. Pour la personne publique, il y a un unique contrat, le Contrat de Partenariat, conclu avec le consortium.



Le Contrat de Partenariat est un contrat de longue durée, cette dernière étant déterminée en fonction de la durée d'amortissement des investissements ou des modalités de financement retenues. Il se caractérise par un **partage des risques** entre la personne publique cocontractante et les opérateurs privés. Ce partage doit être optimisé pour obtenir le meilleur rendement financier pour la personne publique et pour confier chaque risque à la personne qui est le mieux à même de le gérer et de le valoriser. Il s'agit là d'une condition déterminante de la réussite du contrat. Dans le cas du DMP, il est probable que l'on aboutisse à la répartition suivante :

- les risques de performance (liés à la qualité des constructions réalisées au cours de la première phase d'exécution du contrat, comme à celle des prestations exécutées pendant la seconde phase) doivent relever du partenaire privé,
- les risques liés à des évolutions du besoin du service public ou des changements dans l'environnement réglementaire ou législatif devront, pour l'essentiel, relever de la personne publique.

La structure de rémunération est un élément central du Contrat de Partenariat. Les textes imposent qu'elle soit juridiquement unique (paiement d'un service global) mais qu'une décomposition fasse apparaître les parts respectives des coûts d'investissements, de fonctionnement et de financement. La rémunération peut être étalée sur toute la durée du contrat et doit être liée à des objectifs de performance¹.

¹ Selon l'article 11 de l'ordonnance 2004-559 du 17 juin 2004, la rémunération peut également intégrer des recettes annexes (exploitation des équipements pour répondre à d'autres besoins que ceux de la personne publique contractante).

Dans un Contrat de Partenariat, le financement privé couvre l'ensemble des investissements et le besoin de fonds de roulement. Sa répartition entre dette et capital est optimisée en fonction de la répartition des risques entre les cocontractants, le capital jouant en effet le rôle d'un amortisseur de risque. Les investisseurs en capital peuvent être les industriels impliqués dans la réalisation du Contrat de Partenariat ou des financiers. Ils sont disposés à encourir des risques en contrepartie d'une rémunération attractive. De leur côté, les banques et les prêteurs proposeront plusieurs manières d'optimiser le coût du financement :

- en demandant des garanties à l'entreprise (ou aux divers membres du groupement) qui chacun dans leur domaine devront s'engager à assumer les conséquences financières d'un manquement aux exigences de la personne publique en phase d'investissement comme en phase d'exploitation. Les banques demanderont en outre à être « senior » vis à vis du principal, dont la rémunération ne pourra intervenir que si la dette est remboursée régulièrement et si l'entreprise présente des ratios financiers minimum (pendant la période de réalisation des investissements),
- en recherchant une cession en leur faveur des créances dues par la personne publique au consortium une fois la phase d'investissement réalisée. En effet, la marge de crédit peut être réduite sur la fraction de l'investissement financée par cession de créance (à condition que cette cession -faite sous la forme « Dailly »- soit « acceptée » par le contractant public, c'est à dire que celui-ci renonce à la contester. Les règles prudentielles accordent un traitement préférentiel aux créances sur une personne publique, qui permet aux banques de pratiquer des marges très modérées se traduisant donc par une diminution des loyers versés par la personne publique contractante et *in fine* un coût moindre du projet pour cette dernière.

La formule de rémunération envisagée sera fonction de la performance réalisée par le partenaire privé (nombre de dossiers pouvant être « hébergés », conformité au cahier des charges, pourcentage d'incidents, de disponibilité effective au cours d'une période donnée, etc). En d'autres termes, les paiements ne commenceront que lorsque le DMP entrera en fonctionnement et conduira, tout en améliorant les prestations délivrées, au retour à un meilleur équilibre économique de notre système de santé. Cette équation est vertueuse, en ce que le cocontractant sera de fait rémunéré sur les améliorations budgétaires réalisées après le démarrage du système.

Enfin, sur le plan de la comptabilité nationale, le Contrat de Partenariat permettra une déconsolidation susceptible de lever les ultimes objections budgétaires sur le DMP. En effet, dans sa décision du 11 février 2004, Eurostat (Principale source de statistiques au niveau européen) recommande que les actifs relatifs à un Contrat de Partenariat ne soient pas classifiés dans la catégorie des actifs appartenant au secteur public, et indique que ces actifs devraient être comptabilisés hors bilan lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

- Le cocontractant supporte le risque de construction, et
- Le cocontractant supporte soit le risque de disponibilité, soit le risque de demande.

Ces deux conditions seront bien entendu remplies dans le cas du DMP.

3.2. PROJECTION/ SIMULATION : LE FINANCEMENT PUBLIC

3.2.1. COMPARAISON GÉNÉRALE MARCHÉ PUBLIC VS CONTRAT DE PARTENARIAT

La comparaison, aux plans économique et juridique, du schéma de Partenariat Public-Privé avec un ou plusieurs appel(s) d'offres au titre du Code des Marchés Publics doit être effectuée objectivement. Un ou des Marchés Publics auraient globalement pour avantages :

- un coût de financement avantageux (environ celui de l'Etat),
- un cadre juridique connu et maîtrisé avec une procédure très standardisée,
- la possibilité de passer plusieurs contrats (construction, exploitation) relativement courts qui permettent de gagner en flexibilité pour d'éventuelles évolutions.

En revanche, un Marché Public ne bénéficiera pas des économies engendrées par la formule du Contrat de Partenariat :

- en intégrant conception, réalisation et exploitation, un Contrat de Partenariat est générateur d'une économie. En effet, celui qui conçoit le système est le même que celui qui doit ensuite répondre de sa bonne réalisation, de son bon fonctionnement et de son évolutivité. Or, précisément, l'expérience montre que la puissance publique a le plus grand mal, en règle générale, à jouer le jeu d'un architecte industriel, rôle pour lequel elle n'est pas bien armée,
- la procédure de dialogue compétitif permet au donneur d'ordre public de bénéficier de toutes les capacités d'innovation technique et financière du privé, en faisant jouer au mieux la concurrence,
- le Contrat de Partenariat permet un partage équilibré des risques.

A l'inverse, les Contrats de Partenariat présentent des inconvénients notamment en terme de coût de financement (coût de la dette et coût du financement des actionnaires). Alors que l'Etat peut emprunter à un taux très compétitif, les taux de financement du privé sont moins avantageux. Ces taux reflètent néanmoins la prise de risque du co-contractant privé et en constituent la rémunération. Ils doivent être mis en regard des coûts supportés par l'Etat dans un Marché classique qui sont habituellement « cachés » : coût de « non qualité », coût d'un dérapage en délais,...

Enfin, un des principaux avantages du Contrat de Partenariat est socio-économique :

- en intégrant toutes les phases du projet dans un seul contrat, il permet de réduire le calendrier de réalisation globale par rapport à un Marché Public,
- en permettant l'étalement des paiements dans un cadre contractuel avec un partenaire privé, il permet d'éviter :
 - le report du projet de DMP, comme c'est souvent le cas dans le contexte actuel des finances publiques pour des investissements pourtant indispensables,
 - un entretien insuffisant du système, qui peut causer pannes, insatisfactions ou besoin accéléré de renouvellement.

3.2.2. APPLICATION AU CAS DU DMP

Cette comparaison est d'autant plus significative dans le cas du DMP car :

- Il s'agit d'un programme majeur d'investissement qui nécessite une gestion efficace des risques associés à la construction et à la livraison du projet, et suppose une maîtrise technologique ainsi qu'une expertise de haut niveau,
- Le secteur privé a toutes les compétences nécessaires pour mener à bien ce type de projet, alors que, pour une réalisation en Marché Public, il faudrait réunir en maîtrise d'ouvrage publique une équipe projet nombreuse et couvrant un vaste spectre de compétences,
- La taille du projet est largement suffisante pour s'assurer que le coût de réalisation en financement innovant (coûts de développement et de financement) sera compensé par les bénéfices du système.

Ce projet implique un coût très important. En l'absence de possibilité de **lissage de l'investissement de départ sur la durée du contrat**, l'Assurance Maladie ferait face aux mêmes préoccupations que le partenaire financier privé et devrait calibrer le financement en fonction de la rentabilité du projet.

De plus, elle se heurterait inévitablement à de très complexes problèmes techniques, dont celui de la rupture technologique inévitable lors de la migration d'une solution de gestion de quelques *milliers* de dossiers vers celle permettant la gestion de plusieurs *millions* de dossiers, problème qui, même avec la meilleure volonté du monde, ne pourra jamais être maîtrisé aussi bien, et avec des engagements dans la durée appropriés, que par les industriels, rompus à la discipline.

Dans le montage recommandé, la gestion du système et l'exploitation des dossiers donneront lieu à rémunération des partenaires privés. Celle-ci étant versée par le GIP-DMP, ou toute autre structure appropriée, il conviendra de trouver un moyen d'organiser un flux financier entre l'Assurance Maladie (grand bénéficiaire du dispositif sur le plan financier) et le GIP-DMP.

Il est souhaitable et sain que cette rémunération soit effectivement versée par l'Assurance Maladie parallèlement à la rémunération des médecins libéraux pour l'utilisation, la mise à jour et la gestion du DMP. Celle-ci, dont le caractère inéluctable était évoqué par le Conseil Économique et Social dès avril 2002, est essentielle au succès du DMP; en effet, elle accompagnera, par une légitime rétribution, les professionnels de santé dans leur responsabilité à créer des dossiers patients adaptés et à les faire évoluer au cours du temps. Cet accompagnement financier des professionnels libéraux pourra s'intégrer dans le cadre d'une négociation conventionnelle avec l'Assurance Maladie portant sur la tarification des différents types de consultation

La rémunération des prestataires privés sera indexée sur des niveaux de performance à atteindre ainsi que sur le taux de fréquentation des dossiers. Il y aurait pour eux un double aménagement de ce «parallélisme» avec la rémunération des professionnels de santé : d'une part, l'Assurance Maladie assurera au GIP-DMP un seuil de versement annuel indépendant de la notion de service utilisé -le fonctionnement de l'ensemble du projet induit en effet des coûts fixes, notamment pour l'amortissement des investissements, d'autre part, en fonction de la montée en régime du système et donc de l'inscription de patients dans le DMP, cette rémunération deviendrait rapidement variable, liée aux nombres d'actes et de prestations servis et remplacerait dès lors l'application du seuil.

Abondé successivement par ces deux contributions, le GIP-DMP assurera, au profit de l'Assurance Maladie, une opération de transformation des flux financiers, modulée par un modèle mathématique approprié.

4 UN AVANTAGE SUBSIDIAIRE POUR LE TISSU INDUSTRIEL FRANÇAIS ET POUR L'ETAT

La mise en œuvre d'un Contrat de Partenariat sous-tend la mise en place de consortiums, avec à leur tête quelques partenaires principaux. Si cette entité est amenée à contracter avec l'Etat, dans les faits, elle devra faire appel à des sous-traitants, souvent de moindre taille, pour réaliser les objectifs.

Ce sera notamment le cas s'agissant des TIC santé, la base cognitive des besoins fonctionnels étant aujourd'hui capitalisée au sein de petites et moyennes entreprises du marché, dont il serait gravement préjudiciable et contre-productif de ne pas mettre l'expertise à contribution.

Dans un contexte d'atonie de l'activité industrielle française, cette opportunité coïncidera avec une relance et des perspectives de développement d'un secteur prometteur aujourd'hui fortement sous dimensionné.

Elle répondra, en outre, à la double volonté du gouvernement ; d'une part d'encourager les initiatives porteuses d'avenir et de scénarios d'exportation, et, d'autre part, de s'appuyer sur le potentiel des PME nationales (*Small Business Act* à la française récemment évoqué par le Premier ministre).

Dans ce contexte, un Contrat de Partenariat, **non seulement permettra à l'Etat de rompre avec une logique de dépenses publiques, mais renforcera un pan important de l'économie nationale, génératrice de recettes fiscales. Il est à noter à ce sujet que l'ordonnance de juin 2004 créant le Contrat de Partenariat spécifie, parmi les objectifs de ces contrats, celui de faire participer le tissu de PME en sous-traitants des grands industriels appelés à se prêter au «jeu» du partenariat.**

5 CONCLUSION

Sous réserve d'en décrire les règles et usages particuliers avec minutie, il est possible de concevoir le DMP comme un cas d'application du Partenariat Public-Privé, qui apparaît comme pleinement approprié pour le projet DMP, clé de voûte du partage d'information généralisé de santé. Globalement, il permettra de trouver une solution pour le financement des opérations intermédiaires entre réalisation de l'appel d'offres n°1 et décision d'attribution pour l'appel d'offres n°2. Il conduira en outre à sélectionner plusieurs prestataires, à introduire la concurrence entre eux (à un moment dont les Pouvoirs Publics sont maîtres), et à leur faire financer les investissements, y compris l'inscription des patients dans le DMP pour que l'Assurance Maladie ne commence réellement à payer le service que lorsqu'elle sera en mesure de bénéficier de ses effets.

Sans pour autant déroger aux règles de nécessaire rigueur budgétaire publique et par un strict contrôle de l'Etat, ce modèle permettra de satisfaire au mieux les objectifs d'amélioration de qualité des soins, de productivité du système de santé et d'interopérabilité des systèmes d'information, répondant ainsi à la problématique de financement du projet. Il permettra à l'Assurance Maladie d'attendre que le projet génère à plein son effet d'amélioration des équilibres économiques en matière de dépenses de santé, avant qu'elle ne commence véritablement à rembourser les investissements.

La volonté politique de bénéficier des avantages du Contrat de Partenariat est une réalité forte, portée par le Premier Ministre qui souhaite voir chaque ministère dégager, au plus vite, trois projets pilotes en la matière. Il reçoit également le soutien du Ministre des Finances, et du Président la Mission d'Appui à l'Evaluation des Contrats de Partenariat.

Dans son rôle de contrôle, **l'Etat disposera des moyens nécessaires à la poursuite de ses objectifs**, tout en veillant à une utilisation avisée des données de santé en conformité avec la loi sur la réforme de l'Assurance Maladie.

De leur côté, **les prestataires informatiques bénéficient d'une expérience sur ce type de montage juridique et financier** venant de l'étranger (en particulier de Grande-Bretagne mais aussi, et de plus en plus, d'Allemagne). A cette expérience s'ajoute celle acquise dans le domaine de l'infogérance où se retrouvent certains mécanismes de type convention de niveau de service, rémunération en fonction de la performance ou encore réversibilité / transférabilité, mécanismes de partages de gains de productivité, etc.

Une mutualisation des énergies des différents acteurs de ce projet doit avoir lieu pour garantir sécurité juridique et interopérabilité. Afin de faciliter cette étape indispensable, un interlocuteur unique pourra être désigné ; le rapprochement déjà engagé entre les organisations fédérant les industries d'information de santé permettra de constituer rapidement une commission mixte pour optimiser cette dynamique. Parallèlement, **un plan de communication précis et cohérent** devra être mis en place. L'Assurance Maladie sera pleinement légitime, dans un premier temps, pour faire la promotion du DMP auprès des assurés. Les partenaires privés prendront ensuite le relais dans les zones géographiques qui leurs seront confiées.

Enfin, le modèle du Contrat de Partenariat permettra de dynamiser un pan important de l'activité industrielle de notre pays qui, **outre les bienfaits pour l'économie et l'emploi, ouvriront des perspectives d'exportation du savoir-faire français**.



SYNTEC INFORMATIQUE
3, rue Léon Bonnat - 75016 Paris
Tel : 01 44 30 49 70 - Fax : 01 42 88 26 84
www.syntec-informatique.fr

