

RAPPEL DU CONTEXTE

Par une lettre de mission de la DGOS et de la DSS du 12 octobre 2010, l'ASIP Santé a été chargée d'établir un cahier des charges relatif aux systèmes d'information des MSP/PSP.

Dans le prolongement de cette demande, le document de l'ASIP Santé référencé *Asip Aac Mpsp CspV*, intitulé « *Etude du système d'information des maisons de santé et pôles de santé pluri professionnels et des centres de santé polyvalents* » a été publié. Il fait l'objet depuis le 24 mai et pour un mois d'un appel à commentaires, dont la présente note constitue la contribution de la Fédération LESISS.

Sur le fond les contributeurs de cette note, tout en saluant les objectifs affichés, s'interrogent sur le bien-fondé de l'élaboration, par les institutions de la gouvernance nationale¹, de Cahiers des charges détaillés.

Au vu de l'expérience du passé il leur semble en effet préférable de concentrer les efforts desdites instances autour d'un double objectif :

- d'une part, en impulsant une **vision stratégique d'ensemble**, évitant ainsi le risque de focaliser les efforts sur l'élaboration de figures imposées de nature à entraver l'innovation ;
- d'autre part en étayant les réflexions, comme au reste pour d'autres projets en devenir (poste de travail des professionnels libéraux, DMP, SIH ...) sur les **modèles économiques pérennes** indispensables pour que lesdits projets puissent prospérer.

La présente contribution ne vise donc pas à entrer dans le détail du Cahier des charges soumis à commentaire, mais à formuler quelques recommandations de fond déclinées ci-après. Afin d'éclairer le lecteur, le compte-rendu d'une réunion organisée en début d'année avec l'ASIP Santé au sujet de l'informatisation des MSP/PSP est annexé à la présente contribution.

LES RECOMMANDATIONS

- Préférer « Guide aux choix d'implémentation » (ou équivalent) à « Cahier des charges »
- Circonscrire ce Guide à la description de l'environnement (notamment réglementaire)
- Renvoyer au socle référentiel à utiliser (CI-SIS, DMP-compatibilité, HDS, INS, PGSSIS ...)
- Décliner les grands domaines fonctionnels et lister les fonctions non prioritaires
- Eviter les exigences d'ergonomie porteuse du risque d'entrave à la créativité
- Résister à la tentation d'imposer une offre standardisée qui stériliserait l'innovation
- Mettre en place un dispositif de déclaration de conformité associé à des audits ponctuels
- Définir les cibles tout en procédant dans une logique de trajectoires
- Promouvoir ces recommandations par des mesures d'opposabilité et/ou d'incitations

Enfin et surtout, **élaborer l'ensemble de ces réflexions en concertation avec les trois principaux acteurs** : les instances de la gouvernance concernées, les utilisateurs finaux et les industriels spécialisés. Comme de nombreux déboires l'ont démontré dans le passé, ce triptyque fondamental est en effet la condition *sine qua* non du succès.

¹ Bien que portant sur le Cahier des charges MSP/PSP de l'ASIP Santé, cette remarque vaut pour d'autres projets similaires (i.e « Programme 2 » de la CNAM, ou travaux de l'ANAP, qui a lancé la rédaction de cinq Cahiers des charges : gestion des rendez-vous, dossier médical commun, dossier infirmier, demande et résultats d'actes, planification avancée)

De : Y. Motel Réf : YM-180111-1 Date : 18/01/11 Diffusion : Tous

Objet : Réunion plénière - Etat des lieux et perspectives MSP

Documents joints :

INTERVENTION DE L'ASIP SANTE

Cette intervention s'inscrivait dans le cadre de l'élaboration, à la demande de la DGOS, du cahier des charges pour un système d'information adapté aux MSP/PSP (Maisons et Pôles de santé pluridisciplinaires).

Rappel des différentes configurations

Les Centre de santé (CDS), dont les professionnels sont salariés, le Centre étant porté par une association ou une structure municipale. Ces centres sont caractérisés par des exercices en secteur 1 et une pratique généralisée du Tiers-Payant, donnant à ces centres une dimension sociale. L'implantation est essentiellement urbaine, ils peuvent compter jusqu'à 100 professionnels et collaborateurs dont 5 à 20 médecins. Ils ont la possibilité d'avoir une prestation de coordination pour leurs patients au travers d'un forfait annuel par patient. Le versement de cette prestation est notamment assujéti à la tenue d'un dossier médical.

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), instaurées comme les pôles ci-après par la loi HPST sont des regroupements de professionnels qui s'organisent pour construire un projet de santé défini, projet qui se décline en projet professionnel en terme d'organisation, de structure juridique, de pratique commune. L'expérience montre qu'un projet ne fonctionne que s'il est porté par un médecin à fort charisme qui s'y investit. Le groupe définit alors une organisation avec des murs, un secrétariat, un système d'information, etc... Le mode d'exercice reste l'exercice libéral avec en support un SCM ou une SELARL selon la taille et la maturité du groupe. La création des MSP est déclenchée soit par des professionnels, soit par des URCAM (désormais ARS), l'expérience montrant une meilleure dynamique si les professionnels en sont à l'initiative. L'objectif affiché² par le Chef de l'Etat est de créer 250 MSP d'ici à 2013 ;

Les pôles de Santé pluridisciplinaires (PSP) sont des organisations virtuelles qui peuvent regrouper des professionnels libéraux, des établissements de santé, des MSP, des réseaux. Ce peut être pour les libéraux une voie de préfiguration d'une maison de santé s'appuyant également sur une SCM ou une SELARL.

Objectifs des travaux de l'ASIP avec la FFMPSP

- Rédaction d'un cahier des charges (lecture publique fin mars)
- Mise en œuvre d'un appel à projet (maitrise d'œuvre : structures régionales)
- Mise en place d'un pilote (stabilisation fonctionnelle et évaluation des offres)

² www.gouvernement.fr/gouvernement/250-maisons-de-sante-financees-dans-les-territoires-ruraux-d-ici-a-2013



Etat des lieux et perspectives des MSP/PSP

De l'intervention de nos partenaires de l'ASIP Santé quelques ambiguïtés restent à lever concernant la terminologie des éléments du périmètre visé :

- Maison de santé
- Maisons médicales
- Centre de soins
- Centre de santé (mono spécialité ou polyvalent)
- Pôle de santé

Un document cadre devrait apporter les précisions utiles au sujet du concept de Maison de Santé, associé à un cadre juridique approprié pour permettre à la fois l'exercice libéral et des possibilités comptables et financières proches des sociétés anonymes.

Financement

L'établissement d'une maison de santé est éligible au financement FIQCSV (Fond d'Investissement pour la Qualité et la Coordination des Soins de Ville), au sujet duquel la configuration SCM ou SELARL ne se prête pas au recueil de subventions publiques. Pallier cet inconvénient rédhibitoire suppose donc un nouveau statut juridique qui devra notamment permettre:

- l'inter professionnalité ;
- les subventions publiques (Etat, Assurance Maladie, ARS, collectivités territoriales...) ;
- la redistribution des sommes entre ses membres (professionnels de santé libéraux) en toute sécurité aux plans fiscal et social ;
- l'usage de règles simples en matière d'entrée et de sortie des professionnels de santé au sein de la structure.

Ces obstacles franchis, la mise en œuvre de ces nouvelles activités devra être soutenue par les éléments suivants :

- *Rémunération forfaitaire sur la base d'un nouvel acte dit de « coordination des soins »*. Basée sur le nombre de médecins et de patients, cette formule reconductible sur 5 ans prévoit le financement à 100 % la première année, une minoration pouvant aller jusqu'à 20% sur les années suivantes si les objectifs fixés ne sont pas atteints ; Ces objectifs sont basés sur une batterie d'indicateurs liés à la coordination et la prise en charge des patients ;
- *Rémunération forfaitaire liée à l'éducation thérapeutique du patient (ETP)* basée sur des protocoles préétablis, qui par exemple dans le cas d'un patient diabétique peuvent se traduire par une série de 4 « sessions » d'éducation, pouvant être délivrée au cours d'une consultation médicale ou d'une prestation d'infirmier à domicile,
- *Partage des compétences* (à préférer à la terminologie *transfert de tâche* ou *délégation de compétence*) : la rémunération est basée sur une logique de protocoles visant à permettre, par exemple, que certaines prestations de consultation soient réalisées par des infirmiers. A terme, le renouvellement d'ordonnance où le réglage d'une chimiothérapie à domicile en fonction de résultats d'analyses médicales pourront être envisagées par ce procédé.

A noter pour ces deux derniers points que l'élaboration de ces protocoles a fait l'objet le 26 novembre dernier lors d'une réunion à l'Assemblée nationale d'une annonce conjointe de coopération sur ce sujet de la part des Ordres infirmier et médecin.



Etat des lieux et perspectives des MSP/PSP

Les grandes lignes du cahier des charges

Cette nouvelle organisation des soins est conditionnée par un système d'information dont l'expression de besoins soit profilée pour une prise en charge de l'ensemble des professionnels de santé qui assurent le suivi technique, médical et financier de l'ensemble des opérations.

Les éléments clés du cahier des charges présentés impliquent donc un préalable fort en termes d'architecture de la solution et de fonctionnalités avancées. En avant première du document, qui sera rédigé par l'ASIP et proposé aux régions, la liste ci-dessous, exprimée oralement, identifié les éléments les plus importants aux yeux de l'Agence :

- Contexte multi-utilisateurs avec base patients centralisées et unique
- Multi spécialités (prescripteurs, autres professionnels de santé, dentistes...)
- Agenda partagé
- Suivi par pathologie
- Mode SaaS externalisé
- Liaison DMP en natif (les logiciels devront être DMP-compatibles)
- articulation entre logiciels de professionnels intervenant en premier recours et ceux du second recours
- Tableau de bord (pratique médicale et indicateurs d'activité)
- Gestion des protocoles (référentiels de type HAS)
- Gestion du consentement du patient
- Traçabilité de toutes les opérations (qui a fait quoi, quand, où)
- Analyse multicritère
- Pilotage de l'activité

Précisions

- L'hébergement des données devra être réalisé par un hébergeur agréé
- La partie analyse multicritère est fondamentale afin de créer une situation contradictoire vis-à-vis des informations produites par la CNAMTS dans le cadre du financement de l'activité
- L'ASIP semble préférer une approche intégrée plutôt que « best of breed »

Conclusion

L'objectif visé par la FFMSP (présidée par le docteur Pierre De Haas) consiste en un exercice en MSP de 50% des médecins généralistes d'ici à 5 ans. Si en raison de l'évolution de la démographie médicale, des usages et de la technique ce projet constitue une opportunité pour nos entreprises, il ne faut toutefois pas éluder les obstacles :

- En matière de périmètre fonctionnel encore très incertain ;
- En termes de professionnalisation de la gestion de projet et du déploiement ;
- au plan juridique, même si le ministre a annoncé des réflexions réglementaires sur le sujet ;
- sur le volet financier, avec un flou sur les enveloppes consacrées tant à l'édification des bâtiments qu'aux modes de rémunération ;
- concernant certains professionnels (généralistes de l'UNOF, infirmiers libéraux ...) extrêmement réservés, voire franchement hostiles à cette nouvelle organisation³

³ A ce sujet extrait de l'édito de la revue de la Fédération des infirmiers signé par son Président : « ... / De quoi faire rêver certains médecins, plus businessman que thérapeutes, qui se projettent fort bien aux commandes de ces futurs « supermarchés sanitaires », déléguant des tâches aux subalternes et répartissant, selon leur bon vouloir, la portion congrue des richesses tellement convoitées aux infirmières les plus vertueuses ! »



Etat des lieux et perspectives des MSP/PSP

Pour autant, la réalisation d'un système d'information complet et adapté aux besoins nouveaux des professionnels de santé en ambulatoire devra faire l'objet d'une approche projet globale avec analyse technique et fonctionnelle avancée et évaluation des capacités du marché à produire un retour sur investissement compatible avec les objectifs généraux de nos adhérents concernés.
