

Dossier médical commun au sein des maisons de santé pluridisciplinaires dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Etat des lieux 2011 du partage de l'information au sein des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires concernés par l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération en Lorraine

Sandra Denis

▶ **To cite this version:**

Sandra Denis. Dossier médical commun au sein des maisons de santé pluridisciplinaires dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Etat des lieux 2011 du partage de l'information au sein des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires concernés par l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération en Lorraine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01733379

HAL Id: hal-01733379

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733379

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N° **(réservé à l'Administration)**

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sandra DENIS

le 26 janvier 2012

DOSSIER MEDICAL COMMUN AU SEIN DES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES DANS LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION DES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION

ETAT DES LIEUX 2011 DU PARTAGE DE L'INFORMATION AU SEIN DES MAISONS ET PÔLES DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES CONCERNES PAR L'EXPERIMENTATION DES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION EN LORRAINE

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur François KOHLER	Président
M. le Professeur Faiez ZANNAD	Juge
M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Juge
M. le Docteur Jean-Jacques ANTOINE	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission* « *Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :	
- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
Assesseurs Relations Internationales	**Professeur Jacques HUBERT**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER
2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION
1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE
1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteur Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS
Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN *(à c. 1.12.2011)* - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse

M. le Professeur François KOHLER,
Professeur de biostatistique et informatique médicale (option biologique)

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse
Pour l'intérêt porté à notre travail, pour votre disponibilité
Veuillez trouvez ici l'expression de notre gratitude et notre profond respect

A nos Maîtres et Juges

M. le Professeur Faiez ZANNAD
Professeur de thérapeutique

Vous nous faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse
Nous vous remercions pour votre disponibilité
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance

M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN
Professeur des universités de médecine générale

Pour l'intérêt porté à ce travail en acceptant d'être membre du jury
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect

M. le Docteur Jean-Jacques ANTOINE
Médecin généraliste

Pour votre accompagnement et votre disponibilité
Pour les connaissances et l'expérience acquises à vos côtés
Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon plus profond respect

A Tom
Notre ange à jamais dans nos cœurs

A Robin
Pour ta patience, ton optimisme et ton amour

A mes parents
Pour votre soutien, merci d'avoir toujours cru en moi

A mon frère
Pour ta force de caractère, que la vie te comble de bonheur.

A Amandine et Léane
Pour tous les bons moments partagés et ceux à venir

A mémère
Pour le modèle de vie que tu représentes pour moi

A tous les autres membres de ma famille
Merci pour votre soutien

A mes plus fidèles amies
Kénora pour ton incroyable énergie de vie, Christelle L. pour ta générosité et ta relecture attentive, Christelle M. pour cette complicité qui s'est poursuivie malgré la distance, Stéphanie pour ton soutien depuis toutes ces années et ton anglais si parfait, Héloïse pour ta bienveillance
Merci de m'avoir épaulée et encouragée

A tous les autres
Merci pour tous les bons moments partagés, mention spéciale à Audrey

Au Dr ARNAULD Simone
Pour la sagesse de vos conseils

A tous les professionnels de santé côtoyés tout au long de mon parcours professionnel
Merci pour l'expérience acquise à vos côtés, notamment les Dr POYETON et Dr GERARD

Et aux médecins généralistes qui ont bien voulu participer aux entretiens
Veuillez recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 9
SERMENT 12
TABLE DES MATIERES 13

INTRODUCTION : 18
PREMIERE PARTIE : Généralités concernant le dossier médical et le partage de données de santé en médecine ambulatoire. 20
1. DOSSIER MEDICAL EN MEDECINE AMBULATOIRE : ..…….21
1.1. Introduction : ..……21
1.2. Définitions : ……..22
1.3. Informatisation du dossier du patient : ……23
1.3.1. Informations à recueillir : ……23
1.3.2. Objectifs du dossier médical : ……24
1.3.3. Les apports de l'informatisation : ……25
1.3.3.1. Gestion du dossier du patient : ……25
1.3.3.1.1. Structuration : ……..25
1.3.3.1.2. Données de santé : ……25
1.3.3.1.3. Standardisation des données de santé : ……26
1.3.3.2. Systèmes d'aide à la décision médicale : ……...27
1.3.3.3. Outil de communication : ……..28
1.3.3.4. Gestion administrative et financière : ……28
1.3.3.5. Autres vocations : ……...29
1.3.4. Les limites de l'informatisation : ……29
1.3.5. Sécurisation du dossier médical informatisé : ……29
1.4. Conclusion : ……31
2. Partage de données de santé : ……32
2.1. Secret professionnel : ……..32
2.1.1. Introduction : ……..32
2.1.2. Professions soumises au secret professionnel : ……32
2.1.2.1. Professions de santé : ……..32
2.1.2.2. Collaborateurs : ……33
2.1.3. Obligation légale et déontologique : ……..34
2.1.3.1. Obligation légale : ……34
2.1.3.2. Obligation déontologique : ……..34
2.1.3.2.1. Code de déontologie médicale : ……34
2.1.3.2.2. Ordre national des auxiliaires médicaux : ……35
2.1.3.3. Notion de déconfidentialisation : ……35
2.1.3.4. Violation du secret professionnel : ……36
2.1.4. Conclusion : ……36

2.2. Secret partagé : ……37
2.2.1. Introduction : ……..37
2.2.2. Données de santé partagées : ……...37
2.2.2.1. Echange et partage : ……...37
2.2.2.2. Information et donnée : ……37
2.2.2.3. Données de santé : ……...38
2.2.3. Notion d'équipe de soins : ……39
2.2.4. Plusieurs niveaux de partage du secret professionnel : ……39
2.2.4.1. Au sein d'un établissement de santé : ……...39
2.2.4.2. Au sein d'un réseau : ……40
2.2.4.3. Médecine de « ville » : ……..41
2.2.5. Conclusion : ……41
2.3. Traitement des données de santé : ……..42
2.3.1. Introduction : ……..42
2.3.2. Dossier médical : ……...42
2.3.3. Mesures de protection des données de santé : ……...43
2.3.3.1. Information identifiée : ……..43
2.3.3.2. Support informatique : ……..43
2.3.3.3. Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés : ……44
2.3.3.3.1. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : ……..44
2.3.3.3.2. Application aux données de santé : ……..44
2.3.3.3.3. Cas particulier des professionnels de santé : ……...45
2.3.3.4. Hébergeurs de données de santé à caractère personnel : ……47
2.3.3.4.1. Définitions : ……47
2.3.3.4.2. Législation relative à l'hébergement des données de santé : ……47
2.3.3.4.3. Conditions d'agrément des hébergeurs : ……..49
2.3.3.4.4. Données de santé hébergées par les professionnels ou établissements de santé : ……..49
2.3.3.5. Carte Professionnelle de Santé (CPS) et programme SESAM-Vitale : ……50
2.3.3.5.1. CPS : ……...50
2.3.3.5.2. Programme SESAM-Vitale : ……50
2.3.3.6. Droit de rectification et de masquage : ……..51
2.3.3.6.1. Droit de rectification : ……51
2.3.3.6.2. Masquage : ……51
2.3.4. Dossier Médical Personnel (DMP) : ……..52
2.3.4.1. Généralités : ……...52
2.3.4.2. Elaboration du DMP : ……52
2.3.5. Conclusion : ……53

DEUXIEME PARTIE : Dossier médical commun au sein des Maisons de Santé Pluridisciplinaires et Pôles de Santé Ambulatoires Pluridisciplinaires concernés par l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération en Lorraine. 54

CHAPITRE 1 : Définitions. 55

1. Maison de Santé Pluridisciplinaire et Pôle de Santé Ambulatoire Pluridisciplinaire : ……56

1.1. Maison de Santé Pluridisciplinaire : ……56

1.2. Pôle de Santé Ambulatoire Pluridisciplinaire : ……56

1.3. Missions des MSP/PSAP : ……..57

1.4. Objectifs des MSP/PSAP : ……..58

1.5. Plan national d'équipement en maison de santé en milieu rural : ……..58

1.6. Cahier des charges national des MSP/PSAP fixé par l'ARS Lorraine : ..59

1.6.1. Généralités : ……...59

1.6.2. Cahier des charges régional des MSP dans le cadre du financement au titre du FIQCS : ……59

1.6.2.1. La participation financière de l'ARS au titre du FIQCS : ……59

1.6.2.2. Objectifs du cahier des charges régional pour un financement FIQCS : ……..60

1.6.3. Les conditions d'éligibilité : ……..61

1.6.3.1. Diagnostic des besoins de santé du territoire : ……61

1.6.3.1.1. Modalités de réalisation du diagnostic au regard de la population : ……...61

1.6.3.1.2. Missions de soins et de santé publique de la structure :.62

1.6.3.1.3. *Prévenir le risque de distorsion de concurrence : ……62*

1.6.3.2. Un projet de santé formalisé : ……62

1.6.3.2.1. Lieu d'implantation et accessibilité de la structure : …….63

1.6.3.2.2. Organisation pluridisciplinaire et coordonnée : ……63

1.6.3.2.3. Actions concourant à l'amélioration de la prise en charge des patients : ……66

1.6.3.3. Projet immobilier rationnel : ……68

1.6.3.3.1. *Conformités aux normes : ……68*

1.6.3.3.2. *Des locaux adaptés : ……68*

1.6.3.3.3. Respect de l'environnement : ……..69

1.6.3.4. Montage juridique et financier : ……..69

1.6.3.4.1. Forme juridique : ……69

1.6.3.4.2. *Plan de financement : ……...69*

1.6.3.5. Suivi et évaluation de la structure : ……70

2. Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération : ……71

2.1. Introduction : ……..71

2.2. Prétendants aux ENMR : ……73

2.3. Expérimentations en Lorraine : ……73

2.4. Forfaits attribués dans le cadre des ENMR : ……74

2.4.1. Module 1 : forfaits missions coordonnées : ……..74
2.4.1.1. Généralités : ……...74
2.4.1.2. Calcul de forfait : ……74
2.4.1.3. Les 4 classes de forfaits : ……75
2.4.1.4. Objectifs à atteindre dans le cadre de la dotation différée : …..76
2.4.2. Module 2 : Education Thérapeutique du Patient : ……..77
2.4.2.1. Généralités : ……...77
2.4.2.2. Conditions de mise en œuvre du module d'ETP : ……..77
2.4.2.3. Pathologies prioritaires et population cible : ……78
2.4.2.4. Différentes étapes d'un programme d'ETP : ……78
2.4.2.5. Financement : ……79
2.4.2.6. Engagement des sites : ……80
2.4.3. Module 3 : coopération entre professionnels de santé : ……81
2.4.4. Module 4 : capitation ou forfait pour les maladies chroniques : ……81
2.5. Conclusion : ……81
CHAPITRE 2 : Etat des lieux 2011 du partage d'informations au sein des MSP/PSAP concernés par l'ENMR en Lorraine. 82
1. Introduction : ……83
2. Matériels et méthodes : ……..84
3. Résultats : ……..85
3.1. Présentation de la structure : ……85
3.2. Dossier médical sur support papier : ……..87
3.3. Equipement informatique : ……88
3.3.1. Description générale : ……88
3.3.2. Sécurisation de l'accès aux données de santé : ……91
3.4. Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération : ……..93
3.4.1. Indicateurs sélectionnés : ……93
3.4.1.1. Objectifs de qualité des pratiques choisis : ……...93
3.4.1.2. Objectifs de coordination et de continuité des soins : ……94
3.4.2. Données de santé partagées : ……95
3.4.3. Outil informatique et adaptation technique : ……96
3.4.4. Information du patient : ……97
3.5. Remarques éventuelles : ……98
4. Discussion : ……...99
4.1. A propos de la méthode employée : ……99
4.2. A propos des résultats : ……100
4.2.1. Organisation pluridisciplinaire : ……100
4.2.2. Organisation coordonnée : ……100
4.2.2.1. Organisation interne : ……100
4.2.2.1.1. Partage d'information sécurisé : ……...100
4.2.2.1.2. Réunions pluri-professionnelles : ……102
4.2.2.1.3. Secrétariat : ……..102
4.2.2.1.4. Autres missions des MSP/PSAP : ……102

4.2.2.2. Coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire : ……103
4.2.2.3. DMP : ……103
4.2.3. Information du patient : ……..104
4.3. Perspectives : ……..104
5. Conclusion : ……105

TROISIEME PARTIE : Perspectives législatives et techniques. Information du patient. 106
1. Perspectives législatives : ……...107
1.1. Objectifs de la proposition de loi Fourcade : ……..107
1.2. Applications aux MSP : ……107
1.2.1. Les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) :...107
1.2.2. Renforcement du statut juridique des MSP : ……..108
1.3. Actualités : ……..109
2. Perspectives techniques : ……110
2.1. Introduction : ……110
2.2. Systèmes d'information : ……..110
2.2.1. Modèle intégré : ……..110
2.2.2. Modèle distribué : ……...112
2.3. Conclusion : ……112
3. Information du patient : ……113
3.1. Introduction : ……113
3.2. Fiche d'information du patient : ……..113
3.3. Fiche de recueil de consentement : ……...115
3.4. Hébergements des données de santé à caractère personnel par des hébergeurs externes : ……116
3.5. Conclusion : ……116
CONCLUSION 117

ABREVIATIONS 119
BIBLIOGRAPHIE 121
ANNEXES : 127
- **Annexe 1 :** ENMR : Module 1 « missions coordonnées » : listes des objectifs et des indicateurs à atteindre.
- **Annexe 2 :** Guide d'entretien semi-structuré.
- **Annexe 3 :** Principales dispositions du texte et des amendements des commissions dans le cadre de la proposition de loi Fourcade
- **Annexe 4 :** Fiche d'information du patient dans le cadre de l'EMNR.

INTRODUCTION

Au cours de mon internat, j'ai eu la possibilité de réaliser un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS). Ce stage m'a permis de découvrir divers modes d'exercices de la médecine générale dont l'exercice pluridisciplinaire en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). Cette expérience de la pluridisciplinarité a été très enrichissante étant donné que ce mode d'exercice se développe de plus en plus. En effet l'essor des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et des Pôles de Santé Ambulatoires Pluridisciplinaires (PSAP) tente de répondre, entre autres, aux attentes des professionnels de santé : développer un mode d'exercice regroupé et pluri-professionnel[1]. Cette pluridisciplinarité permet de favoriser les coopérations interprofessionnelles, la coordination et la continuité des soins concourant à une prise en charge globale du patient.
Afin d'assurer ces missions les MSP et les PSAP doivent disposer d'un système d'information sécurisé et interopérable entre les différents professionnels d'une même structure, mais également avec des acteurs externes (laboratoires d'analyses médicales, cabinets de radiologie, voire établissements de santé…). Ce d'autant plus que le partage d'information est un objectif de coordination et de continuité des soins dans le cadre des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR). Ces expérimentations proposent des modes de rémunérations alternatifs au paiement à l'acte sous réserve de l'atteinte d'objectifs et concernent toute structure pluridisciplinaire ambulatoire ayant formalisé un projet de santé.

Tout au long de notre parcours hospitalier, nous avons eu la possibilité de travailler avec un dossier médical commun au patient pris en charge dans les établissements de santé. Or s'il est une réalité effective au sein des établissements de santé, j'ai pu constater que sa mise en application dans le champ de la médecine générale apparaît plus problématique tant sur le plan législatif que d'un point de vue technique : système informatique initialement prévu au colloque singulier entre le médecin et le patient.

Au travers de ce travail de recherche, nous nous proposons de faire l'état des lieux du partage d'information au sein des six MSP et PSAP Lorrains concernés par l'ENMR mais également de donner un aperçu des évolutions législatives ayant eu lieu au cours de l'année 2011 ainsi que les adaptations techniques à venir.

PREMIERE PARTIE

Généralités concernant le dossier médical et le partage de données de santé en médecine ambulatoire.

1. DOSSIER MEDICAL EN MEDECINE AMBULATOIRE :

1.1. Introduction :

Longtemps, simple matérialisation d'un besoin du médecin, le dossier médical conservait les notes personnelles lui permettant de ne rien oublier de l'histoire de son patient. Il lui permettait également d'y classer les courriers échangés avec d'autres confrères, ou avec les proches ou la famille des malades. Tout au plus ce dossier embryonnaire pouvait être partagé avec d'autres médecins au sein d'équipes soignantes. La morale la plus élémentaire interdisait qu'il en fût autrement[(2)].

Au fil du temps le dossier médical est devenu une obligation déontologique puis légale[(3)].
Le législateur, au travers de lois successives, notamment celle du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en a fixé les conditions :

- d'accès,
- de transmission, de divulgation,
- de conservation.

En effet, « indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte des éléments actualisés, nécessaire aux décisions thérapeutiques et diagnostiques.
Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. Tout médecin doit à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et les documents utiles à la continuité des soins.
Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant »[(4)].

Notons que si la fiche d'observation est codifiée par la loi, le dossier médical ne l'est pas. La tenue du dossier médical est implicite par le fait que le patient a un droit d'accès aux informations médicales le concernant[(5)]. Ainsi il en résulte la tenue d'un dossier regroupant ses informations.

L'informatisation des cabinets médicaux a permis d'envisager le dossier médical sous de nouveaux aspects que nous développerons par la suite.

1.2. Définition:

Le dossier du patient est constitué de l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives, qui permettent d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée d'un patient en terme de soins et de santé par les différents professionnels le prenant en charge[6].

Destiné à contenir des données à caractère personnel, il est couvert par le secret médical.

Sa bonne tenue est gage de qualité de l'exercice professionnel.

1.3. Informatisation du dossier du patient:

1.3.1. Informations à recueillir :

Le contenu du dossier médical en médecine libérale n'est que peu précisé par la législation, contrairement à celui tenu en établissements de santé. En effet pour ces derniers la structuration du dossier est définie dans l'article R.1112-2 du Code de Santé Publique (CSP).

Le tableau 1, ci-dessous, décrit les principales informations à recueillir pour constituer un dossier médical[7].

IDENTIFICATION :	
• nom complet actualisé :	**Indispensable**
• sexe :	**Indispensable**
• date de naissance :	**Indispensable**
• numéro de dossier :	Souhaitable
• symbole pour signaler les homonymes :	Souhaitable
INFORMATIONS ADMINISTRATIVES :	
• adresse, téléphone :	**Indispensable**
• profession :	**Indispensable**
• numéro de sécurité sociale :	Souhaitable
• Affection de Longue Durée (ALD) :	Souhaitable
• tuteur, curateur, tiers-payant :	Souhaitable
• mutuelle :	Souhaitable
DONNEES D'ALERTE (dont allergies et intolérances médicamenteuses):	**Indispensable**
RENCONTRE :	
• nom du médecin :	**Indispensable**
• date de la rencontre :	**Indispensable**
• type de contact :	**Indispensable**
• données significatives de la rencontre :	Souhaitable
• conclusion/synthèse de la rencontre :	**Indispensable**
• décisions :	**Indispensable**
HISTOIRE MEDICALE ACTUALISEE :	
• antécédents personnels :	**Indispensable**
• antécédents familiaux :	**Indispensable**
• facteurs de risque :	**Indispensable**
• vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage :	**Indispensable**
• évènements biographiques significatifs :	Souhaitable

Tableau 1. Informations à référencer dans le dossier médical.

1.3.2. Objectifs du dossier médical :

Le dossier type doit permettre d'atteindre les objectifs suivants[7] :

- retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier,
- se remémorer le contenu des rencontres précédentes,
- disposer à tout moment d'une histoire médicale actualisée et synthétique, comportant les éléments utiles à la prise de décision,
- structurer le recueil d'informations au moment des rencontres,
- expliquer les arguments qui sous-tendent les décisions,
- planifier et assurer le suivi médical personnalisé prenant en compte les pathologies, les problèmes de santé, les facteurs de risque, les facteurs psychologiques et environnementaux,
- favoriser la transmission à un autre soignant (associé, remplaçant, successeur, confrère en ville ou hospitalier, intervenant paramédical) des informations permettant d'optimiser l'efficacité, la sécurité, l'efficience de son intervention,
- minimiser le risque iatrogène en disposant, lors de la prescription, des informations suivantes : âge, pathologies chroniques ou aiguës, facteurs de risque, données biologiques éventuelles (créatinine chez la personne âgée…), traitement en cours (par les différents médecins et/ou auto-prescrit), allergies et intolérances médicamenteuses antérieures,
- documenter les faits liés à la prise en charge des patients.

1.3.3. Les apports de l'informatisation :

1.3.3.1. Gestion du dossier du patient :

1.3.3.1.1. Structuration[6] :

La structuration du dossier médical informatisé peut être réalisée selon plusieurs axes :

- Acteurs : dossier médical, dossier de soins infirmiers, dossier du kinésithérapeute, dossier social ou administratif,
- Type d'information : lettres, comptes-rendus, fiche d'anesthésie, vaccination, examens biologiques/radiologiques,
- Temporel : enregistrement chronologique,
- Problème médical pris en charge.

Dans tous les cas, il doit intégrer la notion de temps, l'identité de la personne recueillant les informations ainsi que les contacts du patient avec le système de santé.

1.3.3.1.2. Données de santé :

Le dossier médical du patient permet de collecter et d'enregistrer les informations nécessaires à la prise en charge du patient.
Les informations sont composées de:

- Données initiales :
  - textuelles structurées : concernant l'identité du patient,
  - recueillies lors de l'interrogatoire,
  - brutes : données quantitatives, qualitatives, ordinales (taille, poids, sexe…),
  - données de l'examen clinique, correspondant à un langage spécialisé,
  - de plus en plus complexes non textuelles, correspondant à un nouveau type de données : imagerie statique ou dynamique.

- Données de synthèse :

Les données de synthèse sont élaborées à partir de l'interprétation des données initiales :

- interprétation automatisée : calcul d'Indice de Masse Corporelle (IMC)…,
- ou non : raisonnement du professionnel de santé.

Ces données, ainsi interprétées, permettent au professionnel de santé, d'élaborer une stratégie diagnostique et de suivi.

1.3.3.1.3. Standardisation des données de santé :

Déjà implantée au sein des établissements de santé (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)), la standardisation des données de santé apparaît essentielle à la pratique libérale.
Cette standardisation passe par un codage et une classification des actes et des diagnostics.

En médecine libérale, les classifications et nomenclatures des actes utilisées sont :

- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour les actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux,
- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes techniques réalisés par les médecins,
- et la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour les actes de biologie.

L'utilisation de classification des diagnostics en médecine libérale n'est pas pratique courante :

- variétés et imprécisions des doléances des patients au cours d'une même consultation,
- motifs de consultations parfois non médicaux,
- appréhension pour les praticiens non initiés…

Or devant le développement de l'épidémiologie en médecine générale et celui de l'informatisation du dossier médical, l'utilisation d'un langage commun standardisé propre à la pratique des soins primaires va devenir nécessaire.
Les logiciels informatiques disposent de différents dictionnaires de codification comme par exemple :

- Classification Internationale des Maladies 10ème édition (CIM-10) : difficilement utilisable en médecine libérale, car ne permet pas de décrire certains états morbides fréquemment observés mais également risque d'interprétations différentes selon les utilisateurs(8),
- Classification Internationale des Soins Primaires 2ème version (CISP-2),
- Dictionnaire des « Résultats de Consultation en Médecine Générale(8) » de la Société française de Médecine Générale (SFMG)…

Ainsi, les finalités de la standardisation des données de santé sont:

- **l'épidémiologie, la santé publique,**
- **la recherche,**
- **et l'évaluation de l'activité et des pratiques professionnelles.**

1.3.3.2. Systèmes d'aide à la décision médicale :

Un apport non négligeable de l'informatisation du dossier médical est son couplage à un système d'aide à la décision médicale.
Il s'agit d' « applications informatiques dont le but est de fournir aux cliniciens, en temps et lieux utiles, les informations décrivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients »[(9)].

Les systèmes d'aide à la décision concernent [(9)]:

- Les différents modes d'exercice de soins: cabinets médicaux, services d'hospitalisation, de consultation ou d'urgence des établissements de santé publics ou privés,
- Les diverses catégories de médecins : généralistes, spécialistes (plupart des spécialités médicales), médecins en formation,
- L'ensemble des activités médicales: prévention, dépistage, diagnostic, prescriptions…,
- Les maladies chroniques (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires…), les affections aigües et les urgences.

Leurs modalités d'intervention sont diverses[(9)] :

- Accès en ligne à des informations de référence dans le contexte d'une situation clinique donnée,
- Recherche et présentation des données cliniques pertinentes dans le contexte de la tâche en cours: décision diagnostique ou thérapeutique, prescription médicamenteuse, tableaux de bords pour le suivi des traitements…,
- Aide à la documentation des soins sous la forme de listes de données cliniques pertinentes :
    - Recueillies afin d'établir un diagnostic ou un pronostic ou de suivre les effets d'un traitement,
    - Associées à des contrôles automatiques de la qualité des données saisies,
- Aide à la prescription des actes diagnostiques ou des médicaments au moyen de formulaires établis à partir des recommandations de pratiques et proposant des bilans ou protocoles appropriés à la situation clinique du patient,
- Fonctions de gestion de protocoles pour la prise en charge de maladies chroniques utilisant les diverses modalités d'intervention des systèmes d'aide à la décision médicale,
- Alertes informant les cliniciens de la survenue d'évènements, tels que l'identification d'un résultat d'examen anormal, la détection d'une allergie ou d'une interaction médicamenteuse dangereuse,

- Rappels ou « aide-mémoire» rappelant à l'utilisateur:
    - Soit des recommandations pour la prévention primaire ou secondaire,
    - Soit des recommandations pour le diagnostic, la prescription d'examens ou de médicaments, la surveillance d'un traitement.

Le but étant l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

1.3.3.3. Outil de communication :

L'informatisation permet d'organiser les communications extérieures:

- Avec les médecins spécialistes: récupération de compte-rendu de consultations, ou demande d'avis spécialisé via un système de messagerie,
- Avec les laboratoires d'analyses et les cabinets de radiologie : récupération des résultats complémentaires,
- Organismes d'assurance maladie: télétransmission des feuilles de soins électroniques….

De plus, elle favorise également la communication interne au sein des structures pluridisciplinaires, assurant ainsi la continuité et coordination des soins.

Ces communications doivent s'opérer selon un mode sécurisé afin d'assurer la confidentialité et la traçabilité des données de santé.

1.3.3.4. Gestion administrative et financière :

Plus largement l'informatisation du cabinet médical permet :

- la gestion des rendez-vous, avec la possibilité d'un agenda partagé pour l'ensemble des professionnels de santé au sein des structures pluridisciplinaires,
- l'enregistrement de l'activité,
- la gestion de la comptabilité (livre de recettes, de dépenses, déclarations fiscales…).

1.3.3.5. Autres vocations:

Les autres vocations du dossier médical informatisé sont :

- Médico-légale :

La traçabilité est assurée par l'enregistrement des différentes opérations réalisées dans le dossier médical. Cet enregistrement permet d'identifier les auteurs de ces actions.

- Enseignement et évaluation :

Comme pour les dossiers patients des établissements de santé, les dossiers de soins primaires servent de support à l'enseignement par la création de cas cliniques.

1.3.4. Les limites de l'informatisation :

Il existe des risques liés à l'emploi des machines et des supports de mémorisation : pannes ou virus informatiques, possibilité de perdre des informations ou de rétablir des fichiers erronés… mais également des risques d'utilisation illicites intentionnelles ou non.
Pour pallier à ces risques les utilisateurs doivent mettre en place des mesures de protection de l'intégrité des données ainsi que des mesures de sécurité d'accès.

1.3.5. Sécurisation du dossier médical informatisé :

Avant tout, les utilisateurs sont tenus d'assurer la protection physique des fichiers:

- Protection des salles informatiques,
- Sauvegarde régulière des fichiers,
- Conservation des sauvegardes dans des locaux indépendants.

Les garanties que les logiciels informatiques doivent assurer sont la confidentialité et la protection des données de santé.

Pour cela les mesures à mettre en œuvre sont[7] :

- Identification et authentification des utilisateurs :

Tous les utilisateurs doivent être identifiés de façon unique.
L'identification peut se faire par l'intermédiaire d'un clavier ou grâce à une carte d'identification (par exemple la carte professionnelle de santé), et doit être complétée de l'authentification prouvant l'identité de l'utilisateur. Cette dernière se faisant le plus souvent grace à un mot de passe.
Le système doit bloquer le compte de l'utilisateur au bout de plusieurs tentatives d'accès illégal.

- Définition des droits d'accès et d'utilisation :

Ils sont déterminés par des profils d'utilisateurs. Ces derniers doivent tenir compte de la profession de l'utilisateur (médecins, professionnels paramédicaux, administratifs, ou sociaux) et des différentes catégories de données (diagnostics, sociales, traitements…), d'action (lecture, écriture…) mais également de ressources (périphériques, ordinateurs…).
Les profils d'utilisateurs conditionnent ainsi les catégories de fonctions ou de programmes informatiques accessibles à chaque utilisateur.

- Cryptage :

Le cryptage des informations permet de sécuriser le stockage et la communication des données de santé. Ainsi seul l'utilisateur disposant du droit de décryptage pourra accéder à ces informations.

- Programme de surveillance :

Les différentes opérations effectuées sur les fichiers nominatifs doivent faire l'objet d'un enregistrement dans un journal de transaction. Il s'agit d'une garantie supplémentaire aux tentatives d'accès illicite mais il a également un aspect médico-légal.

Les aspects déontologiques et légaux seront développés ultérieurement au cours de cette première partie.

1.4. Conclusion :

Au total le dossier du patient a pour fonctions principales[6]:

- Aide mémoire: éléments historiques sur la santé et les soins du patient,
- Coordination des actions de santé : communication entre les professionnels de santé (médecin généraliste/ médecin spécialiste, médecin/auxiliaires médicaux, médecin/travailleurs sociaux, médecin/ administration pour gestion et le financement) des éléments nécessaires à la prise en charge du patient,
- Traçabilité : aspect médico-légal,
- Recueil d'informations standardisées (codage, classification, nomenclature): pour la recherche et l'évaluation,
- Système d'alerte: couplage du dossier du patient à des systèmes de base de connaissance (alerte vis-à-vis de la pratique du professionnel, alerte épidémiologique…),
- Evaluation des pratiques professionnelles,
- Enseignement et évaluation: création de cas-type (Examen National Classant (ECN)).

Même si les différents logiciels informatiques ont permis la standardisation de son organisation, chaque utilisateur le structure en fonction de ses besoins, reflétant ainsi sa pratique.

2. PARTAGE DE DONNEES DE SANTE :

2.1. Secret professionnel :

2.1.1. Introduction :

« Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime… »[10]. Cet extrait du serment d'Hippocrate nous démontre que les médecins respectaient le secret bien avant que le législateur ne l'impose.

Plus proche de nous la loi du 4 mars 2002[11] a formalisé ce principe sous l'article L. 1110-4 du CSP, alinéa 1 et 2 : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogations, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de tout autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »

Il est important de noter que le secret professionnel ne couvre pas uniquement les informations concernant la santé du patient. Comme le précise l'article R. 4127-4 du CSP : « le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

2.1.2. Professions soumises au secret professionnel :

2.1.2.1. Professions de santé :

L'article L.1110-4 du CSP stipule que le secret des informations concernant le patient s'impose à tout professionnel de santé.

Les professions de santé sont définies et réglementées dans la 4ème partie du CSP intitulée : « professions de santé » :

- Le livre 1er de la 4ème partie du CSP consacré aux professions médicales compte les médecins, sages-femmes, et les chirurgiens-dentistes(12),
- Le 2ème livre réglemente les professions de pharmacie(13) qui comptent les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie ;
- Le 3ème livre réglemente les auxiliaires médicaux(14). Ils sont composés des professions d'infirmier ou d'infirmière, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'orthophoniste, de manipulateur d'électroradiologie médicale, d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, de diététicien et, depuis le décret n°2005-840 du 20 juillet 2005, des professions d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'ambulanciers et de techniciens en analyses biomédicales.

Les professionnels médicaux, les auxiliaires médicaux et les professionnels de la pharmacie, qui auraient obtenu l'information dans l'exercice de leur profession ou à l'occasion de leur profession, sont tenus au secret.

2.1.2.2. Collaborateurs :

Comme le précise l'article L. 1110-4 du CSP, le secret ne s'applique pas uniquement aux professions de santé mais également: « à toute personne intervenant dans le système de santé »

En effet de nombreuses personnes n'étant ni médecin ni professionnel de santé accèdent à des informations médicales pour lesquelles elles sont soumises au secret professionnel : secrétaire médicale d'un cabinet, psychologue, brancardier d'un établissement de santé, assistant dentaire, intervenant extérieur, personnel administratif des caisses d'Assurance maladie… et ce même si elles interviennent comme intérimaires, stagiaires ou étudiantes.

Tout professionnel intervenant dans le système de santé est tenu au secret professionnel.

2.1.3. Obligation légale et déontologique :

Le droit commun du secret professionnel, applicable aux professionnels de santé, représente le corps de règles communément appliquées par les juges à la situation de divulgation d'une information par une personne qui en est le dépositaire par état, par profession, par mission ou fonction temporaire[15].
Le droit pénal sanctionne cette infraction de violation du secret professionnel et le droit civil répare les préjudices liés à cette infraction. Le secret relève de deux catégories de règles différentes qui peuvent s'appliquer cumulativement.
Le secret est donc sans ambiguïté une obligation légale, à laquelle la déontologie médicale a largement contribué au point que ne soient confondus secret professionnel et secret médical[15].

2.1.3.1. Obligation légale :

Le secret professionnel est une obligation légale.
Selon le Code Pénal : « la révélation d'une information à caractère secret » par le médecin à tout tiers, c'est-à-dire à une autre personne que le patient, constitue une infraction pénale susceptible de poursuites sur le fondement de l'article 226-13 du Code pénal.
Et d'après le Code de Santé Publique: la violation du droit au respect du secret ouvre à son titulaire la possibilité d'une réparation sur le fondement spécifique du non respect de l'article L.1110-4 du CSP.

2.1.3.2. Obligation déontologique :

La déontologie est « l'ensemble des devoirs inhérents à l'exercice d'une activité professionnelle libérale et est le plus souvent définie par un ordre professionnel »[16].

2.1.3.2.1. Code de déontologie médicale :

Le secret médical est une obligation déontologique.
Les règles professionnelles proviennent du code de déontologie médicale et leur sanction relève de leur ordre propre : l'Ordre des médecins.

Le code de déontologie médicale est apparu en 1947 et a été publié au sein du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995[17], et codifié dans le CSP par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 aux articles R. 4127-1 à R. 4127-112[18].

Dans le code de Déontologie, plusieurs notions du secret sont définies, notamment :

- « le secret professionnel, institué dans l'intérêt du malade, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi »[19],
- « le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment »[20],
- « le médecin doit protéger contre toutes indiscrétions les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents »[21].

2.1.3.2.2. Ordre national des auxiliaires paramédicaux:

Trois professions paramédicales relèvent d'un Ordre national distinct:

- Pour la profession d'infirmier ou d'infirmière : il est codifié de l'article L 4312-1 à L 4312-9 du CSP,
- Pour la profession de masseur-kinésithérapeute : il est codifié de l'article L 4321-13 à L 4321-22 du CSP,
- Pour la profession de pédicure-podologue : il est codifié de l'article L 4322-6 à L 4322-14 du CSP.

2.1.3.3. Notion de déconfidentialisation :

Le patient a le droit de lever le secret professionnel, déconfidentialisant ainsi ses informations couvertes par le secret professionnel.

La déconfidentialisation ne délit pas le professionnel de santé du secret mais modifie la nature de l'information[15].

De manière plus générale, elle permet à une personne d'ôter le caractère confidentiel d'une de ses informations vis-à-vis d'un professionnel lié par le secret (médecins, avocats…).

2.1.3.4. Violation du secret professionnel :

Pour un médecin, la violation du secret professionnel expose aux sanctions de 3 Codes : le Code pénal, le Code civil et le Code déontologique. Les 3 procédures peuvent coexister.
Un médecin peut donc être sanctionné pénalement, civilement et disciplinairement. Il peut également l'être pénalement sans l'être disciplinairement, et inversement.

Comme nous l'avons cite précédemment, le respect du secret professionnel s'étend aux auxiliaires du médecin sous sa responsabilité, car ils ont accès aux informations à caractère confidentiel concernant le patient (dossiers médicaux, courriers…). Les secrétaires, les infirmières, les agents hospitaliers, les techniciens de laboratoires d'analyses médicales… et donc plus généralement toutes les personnes assistant les médecins, sont soumises au secret professionnel.
A noter que l'article R.4127-72 du CSP stipule que le médecin est responsable de toute indiscrétion venant de son entourage. Il doit donc informer les membres de son personnel de leur obligation en matière de secret professionnel et doit le leur rappeler régulièrement.

Ainsi l'article 226-13 du Code Pénal ne concerne pas exclusivement les professions médicales : « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est le dépositaire par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

2.1.4. Conclusion :

Le secret professionnel médical est le garant de la vie privée du patient mais également de l'intégrité d'une profession.

Chaque auxiliaire d'un médecin est tenu personnellement au secret, car dépositaire, au même titre que ce dernier, d'informations à caractère confidentiel concernant les patients.

2.2. Secret partagé :

2.2.1. Introduction :

Le secret partagé qualifie les échanges ou le partage d'informations pour la prise en charge sanitaire du patient. S'il n'existe pas d'intérêt thérapeutique pour le patient, on ne peut parler de « secret partagé ».

La loi du 4 mars 2002[(11)] le définit sous l'article L. 1110-4 du CSP, alinéa 3: « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. »

Le secret partagé est devenu un principe légal avec pour limite l'intérêt thérapeutique du patient.

2.2.2. Données de santé partagées:

2.2.2.1. Échange et partage :

L'échange est un transfert unidirectionnel ou réciproque de données, par voie orale ou par le biais de l'informatique[(15)].

Le partage est l'action de rendre les informations accessibles à plusieurs personnes[(15)].

2.2.2.2. Information et donnée :

La donnée est la représentation d'une information sous une forme conventionnelle destinée à faciliter son traitement[(22)].

Quand à l'information, il s'agit d'un « élément de connaissance susceptible d'être représenté à l'aide de convention pour être conservé, traité ou communiqué »[(23)].

Ces définitions semblent très proches, mais elles montrent que la donnée se distingue de l'information par la « transformation que cette dernière subit pour être utilisée en vue d'un traitement informatique […] ; la donnée possède donc une valeur ajoutée d'ordre technologique »[(24)]. Ainsi on collecte une information, alors que l'on traite une donnée.

2.2.2.3. Données de santé :

Commençons par définir la notion de donnée à caractère personne, il s'agit de « toute information concernant une personne physique identifiée ou identifiable »[25], et « notamment par référence à son nom, à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, psychique, économique, culturelle ou sociale »[26].

Quant à la donnée de santé, il s'agit d'une donnée à caractère personnel à laquelle s'ajoute des « données médicales de base (historique des interventions médicales subies par l'intéressé, médicaments qui lui ont été prescrits, résultats d'analyses diverses biologiques, radiologiques, [ou autres], mais aussi des données individuelles sensibles, telles que celles relatives à l'état psychique de la personne, à ses antécédents familiaux, à ses habitudes de vie, y compris sa vie sexuelle, à sa situation sociale et économique), comme à des données administratives en rapport avec les premières (admissions dans des établissements de santé et décharges établies lors de ces admissions, données opérationnelles de routine, conditions d'assurance de la personne et autres données financières) »[26].

La directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 octobre 1995 « relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données »[27] a qualifié les données de santé de « catégories particulières de données »[27], leurs conférant un caractère sensible, au même titre que « les données à caractère personnel qui font apparaître, directement ou indirectement, les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses ou l'appartenance syndicale des personnes, ou qui sont relatives […] à la vie sexuelle de celle-ci »[28].

Le risque d'atteinte à l'intimité de la personne étant « incontestablement multiplié par l'accroissement du partage dans les dossiers de santé informatisés »[15], **cette qualification permet ainsi de veiller au partage des données de santé (en principe interdites de traitement).**

2.2.3. Notion d'équipe de soins :

L'équipe de soins est composée d'au moins deux professionnels de santé mais il n'existe pas de composition « type ».
Les personnes composant l'équipe de soins : professions de santé ou autres professionnels, sont celles qui partagent le secret pour des raisons de « nécessaires coordination des soins » et de « détermination de la meilleure prise en charge »

Comme le précise Caroline ZORN-MACREZ[(15)], il existe une différence à apporter concernant l'équipe de soins en milieu hospitalier et l'équipe de soins en ambulatoire :

- Milieu hospitalier : les personnes composant l'équipe de soins, indépendamment de leur qualité de professionnel, sont celles qui partagent le secret pour la « nécessaire continuité des soins » ou de « détermination de la meilleure prise en charge sanitaire possible »
- En ambulatoire : au travers de l'alinéa 3 de l'article L. 1110-4 du CSP le partage apparaît strictement limité à « deux ou plusieurs professionnels de santé ». Donc, hors établissements de santé, seuls les professionnels de santé pourront, si le patient ne s'y oppose pas, partager des informations et uniquement si elles sont nécessaire à « la continuité des soins », ou à la « détermination de la meilleure prise en charge »

2.2.4. Plusieurs niveaux de partage du secret professionnel :

2.2.4.1. Au sein d'un établissement de santé :

Comme nous le montre l'article L. 1110-4 du CSP, le partage au sein d'une équipe de soin d'un établissement de santé est plus aisé. En effet l'information révélée par le patient est réputée confiée à l'ensemble des membres de l'équipe de soin.

Le consentement du patient est présumé acquis dès son entrée dans un établissement de santé.

A noter qu'en cas de litige avec le patient, il appartiendra à l'établissement de soin de démontrer que le patient ne s'est pas opposé au partage.

2.2.4.2. Au sein d'un réseau :

- Créés par la loi du 4 mars 2002[11] et codifiés sous les articles L.6321-1 et suivants du CSP « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ».

Ils sont « constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec un représentant des usagers »[29].

- Afin de pouvoir assurer leur fonction de prise en charge des patients, les réseaux de santé ont besoin de bénéficier du secret partagé.

Or la distinction entre établissements de soins et réseaux apparaissant au premier alinéa de l'article L 1110-4 du CSP, il n'est pas possible d'admettre que le consentement de la personne soit réputé acquis à l'échange d'informations entre membres d'une équipe de soins en réseaux.

La circulaire de la Direction de l'Hospitalisation du 19 décembre 2002 relative aux réseaux a permis de nuancer cette distinction: « toute personne a le libre choix d'entrer ou de sortir d'un réseau. Conformément à la loi, toute personne prise en charge par un réseau de santé a le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ; toutefois, deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible »[30].

Pour permettre la circulation des informations, elle précise que la « coordination médicale nécessite au sein de l'équipe des professionnels de santé intervenant dans le réseau la désignation d'un coordonnateur (ou d'une cellule de coordination) »[30].

Le professionnel ayant la qualité de coordonnateur a entre autre pour fonction d'organiser l'accueil du patient, de définir les objectifs en termes de continuité des soins et d'assurer l'orientation de la personne au sein d'un réseau à chaque étape de sa prise en charge.

Il assure l'échange d'information entre les intervenants et l'étude partagée des cas.

La Circulaire recommande également que le coordonnateur soit un professionnel de santé afin que le partage d'informations ne relève des règles applicables dans le cadre de la médecine de ville.

Si tel n'est pas le cas, le patient devra être préalablement informé et expressément consentir au partage d'informations.

2.2.4.3. Médecine de « ville » :

En médecine dite de « ville », le partage doit répondre à plusieurs conditions cumulatives[31]:

- Les informations concernant le patient doivent uniquement être échangées entre deux ou plusieurs professionnels prenant en charge ce même patient,
- Ne peuvent être partagées que les informations utiles à la continuité des soins ou à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique,
- Le patient dûment averti, préalablement informé, doit consentir au partage des informations le concernant.

Ainsi seuls les professionnels de santé pourront – si le patient ne s'y oppose pas – partager des informations, si elles sont nécessaires à la continuité des soins, ou à la détermination « de la meilleure prise en charge sanitaire ».

De ce fait si la stricte finalité du partage de l'information n'est pas la détermination de la meilleure prise en charge ou de la continuité des soins, toute révélation d'information relève de la violation du secret professionnel, quelle que soit la qualité du destinataire.

2.2.5. Conclusion :

Le partage au sein d'une équipe de soins d'un établissement de santé est plus aisé car le consentement du patient est présumé acquis, contrairement au cas où le partage se déroule en « ville ».

Dans tous les cas, l'intérêt thérapeutique du patient sert de limite au secret partagé[32].

2.3. Traitement des données de santé partagées:

2.3.1. Introduction :

L'informatisation des professionnels de santé a permis de favoriser le partage d'information. Cependant il est nécessaire d'apporter des garanties au partage de ces données.

2.3.2. Dossier médical :

Comme cité précédemment, le dossier du patient est constitué de l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives, qui permettent d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée d'un patient en terme de soins et de santé par les différents professionnels le prenant en charge[(6)].

Il constitue donc un traitement de données de santé.

Le traitement des données peut être automatisé : dossier médical sur support électronique, ou non automatisé : dossier médical sur support papier.
L'article 2 de la loi de 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifié en 2004[(28)] s'applique aux 2 types de traitement.

Plusieurs étapes sont nécessaires au partage d'un dossier médical :

- Recueillir les données de santé concernant le patient sur le support informatique,
- Stocker ces données de santé,
- Rendre accessible ces données de santé aux différents utilisateurs.

Ces étapes sont possibles grâce à un hébergement des données de santé.

Le but des dossiers de santé partagés est la coordination des soins.

Mais il faut garder à l'esprit que plus les possibilités de partage sont grandes, plus le risque d'atteinte à la vie privée est important. C'est pourquoi la législation encadre le partage de données à travers la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et plus récemment la réglementation relative à l'hébergement des données de santé à caractère personnel.

2.3.3. Mesures de protection des données de santé :

2.3.3.1. Information identifiée :

L'alinéa deuxième de l'article 2 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés dispose: « constitue une donnée à caractère personnel toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres. Pour déterminer si une personne est identifiée, il convient de considérer l'ensemble des moyens en vue de permettre son identification dont dispose ou auxquels peut avoir accès le responsable du traitement ou tout autre personne ».

L'information couverte par le secret doit donc être identifiée, c'est-à-dire constituer le lien entre un individu et son identité. Toutes les informations identifiées sont couvertes par le secret, sauf dispositions contraires[(15)].

2.3.3.2. Support informatique :

La sécurisation de l'outil informatique passe d'abord par la protection du local où il est entreposé (dans le cabinet médical ou dans une structure extérieure), ainsi que par la sauvegarde régulière des fichiers informatiques.

De plus, l'outil informatique doit permettre :

- L'identification unique de l'utilisateur par exemple au moyen de la carte professionnelle de santé,
- L'authentification de l'utilisateur par exemple au moyen de mots de passe,
- De définir des droits d'accès et d'utilisation (fonctions et programmes informatiques autorisés) en fonction de la catégorie professionnelle de l'utilisateur,
- D'enregistrer chaque consultation de données de santé par le professionnel, en lecture ou en écriture, dans un journal de transaction.
- De masquer certaines informations du dossier médical à la demande du patient, les rendant accessibles à un seul professionnel de santé.
- La communication entre les professionnels de santé (médecin généraliste/ médecin spécialiste, médecin/auxiliaires médicaux, médecin/travailleurs sociaux, médecin/ administration pour la gestion et le financement : programme SESAM-Vitale) des éléments nécessaires à la prise en charge du patient. La sécurisation de la communication entre professionnels de santé doit se faire au moyen de système de messagerie cryptée.

Le dossier médical informatisé permet le traitement automatique des données de santé. Pour que la sécurisation de ces données de santé soit optimale, il doit répondre à un cahier des charges rigoureux.

2.3.3.3. Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

2.3.3.3.1. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) :

La CNIL a été créée par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en 2004.
Elle est composée de 17 commissaires et son président est élu parmi ses membres.
Il s'agit d'une autorité administrative indépendante.
La mission principale de la CNIL est la protection de la vie privée et des libertés.

« L'informatique doit respecter l'identité humaine, les droits de l'Homme, la vie privée et les libertés »[(33)].

2.3.3.3.2. Application aux données de santé :

L'article 2 de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés dispose : « Constitue un traitement de données à caractère personnel tout ensemble d'opérations portant sur de telles données, quel que soit le procédé utilisé, et notamment la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la communication par transmission, diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l'interconnexion, ainsi que le verrouillage, l'effacement ou la destruction »

La qualification des données de santé en tant que données sensibles permet d'assurer leur protection. Leur traitement en est interdit et cette interdiction est prévue par l'article 8 de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.
Ainsi le traitement des données de santé, sans le consentement de la personne expose à une peine de 5 ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende selon les termes de l'article 226-19 du Code Pénal.

Cependant l'article 8, II, 1° de la loi de 1978 permet de lever cette interdiction uniquement envers « les traitements pour lesquels la personne concernée a donné son consentement exprès ».

2.3.3.3.3. Cas particulier des professionnels de santé :

L'interdiction du traitement des données de santé ne s'applique pas aux établissements de santé ou aux professionnels de santé car il est nécessaire à leur exercice professionnel (finalité et gestion des soins).
Cette dérogation « couvre uniquement le traitement de données à caractère personnel dans le but spécifique de fournir des services de santé à caractère préventif, diagnostique, thérapeutique, ou de postcure et de gérer ces services de besoins de santé, par exemple pour la facturation, la comptabilité ou les statistiques. Elle ne couvre pas un traitement ultérieur non nécessaire à la fourniture directe de ces services, notamment l'utilisation des données pour la recherche médicale, le remboursement ultérieur des frais par un régime d'assurance maladie ou de recouvrement de créances »[(34)].

Dans quelques cas prévus par l'article 8 de la loi Informatique et Libertés, ne sont pas soumis au consentement du patient:

- « Les traitements nécessaires à la sauvegarde de la vie humaine, mais auxquels la personne concernée ne peut donner son consentement par suite d'une incapacité juridique ou impossibilité matérielle[(35)]»,

- « Les traitements de donnée nécessaires aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements, ou de la gestion de services de santé et mis en œuvre par un membre d'une profession de santé, ou par une autre personne à laquelle s'impose en raison de ses fonctions l'obligation de secret professionnel prévue par l'article 226-13 du Code Pénal[(36)] ».

En définitive, « il y a 3 conditions cumulatives pour que le traitement soit autorisé : la nécessité, la finalité et la qualité de la personne soumise au secret professionnel (pas nécessairement professionnel de santé au regard du texte) »[(15)].

Afin d'informer les patients sur le traitement de leurs données de santé, la CNIL diffuse des affichettes à destination des professionnels de santé. Ces derniers peuvent les afficher dans leur salle d'attente:

« Ce cabinet médical dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de votre médecin. Votre médecin traitant se tient à votre disposition pour vous communiquer ces renseignements ainsi que toutes les informations nécessaires sur votre état de santé. Tout médecin désigné par vous peut également prendre connaissance de l'ensemble de votre dossier médical. »

2.3.3.4. Hébergeurs de données de santé à caractère personnel:

2.3.3.4.1. Définition:

Les professionnels de santé sont tenus de réaliser une fiche d'informations pour chaque patient. Ces documents sont conservés sous la responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement de santé qui les détient, et doivent faire l'objet d'une déclaration à la CNIL.
Cette déclaration est à remplir quelque soient les modalités d'hébergement des données de santé: conservation par le professionnel lui-même ou hébergement par une structure agréée.

L'hébergeur est chargé d'assurer la confidentialité, la sécurité, l'intégrité et la disponibilité des données de santé qui lui sont confiées par un professionnel de santé, un établissement de santé ou directement par la personne concernée par les données. Leur activité peut consister en:

- un traitement et un archivage des données,
- un simple archivage,
- ou un site de sauvegarde.

L'hébergement de données de santé à caractère personnel, données sensibles, nécessite des garanties solides. C'est pourquoi l'hébergeur devra démontrer sa fiabilité en matière de sécurité et de confidentialité renforcée, en vue de l'obtention d'un agrément pour l'hébergement des données de santé à caractère personnel.

2.3.3.4.2. Législation relative à l'hébergement des données de santé :

L'hébergement des données de santé est réglementé par:

- L'article L.1111-8 du CSP qui dispose : « les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement […], quels qu'en soit le support, papier ou informatique, doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement, quel qu'en soit le support, fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leur modalités de transmission sont **subordonnées à l'accord de la personne concernée** »,

- Le décret « hébergeur » du 4 janvier 2006[37] indique l'obligation de « définir et mettre en œuvre une politique de confidentialité et de sécurité, destinée notamment à assurer le respect des exigences de confidentialité et de secret prévu par les articles L.1110-4 et L.1111-7 *(principe d'accès direct aux informations par la personne concernée),* la protection contre les accès non autorisés ainsi que la pérennité des données, et dont la description doit être jointe au dossier d'agrément […] »,

- Le décret « confidentialité » du 15 mai 2007[38] dispose que « la détention et le traitement sur des supports informatiques de données de santé à caractère personnel par des professionnels de santé, des établissements de santé ou des hébergeurs de données de santé à caractère personnel sont subordonnées à l'utilisation de systèmes d'information conformes aux prescriptions adoptées en application de l'article L.1110-4 et aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L.1111-24 ».

Les référentiels d'interopérabilité caractérisent :
- les mesures de sécurisation physique et logistique,
- les modalités d'accès au traitement,
- les mesures d'identification, d'habilitation,
- les procédures de traçabilité et d'historique des accès aux informations,
- ainsi que les mesures mises en œuvre pour garantir la confidentialité dont le chiffrement de tout ou partie de ces informations[15].

Ces référentiels sont importants pour tout professionnel traitant des données de santé, mais également pour les hébergeurs et les industriels commercialisant les logiciels métiers à destination des professionnels.

Ainsi la volonté du législateur est d'organiser le recueil et la conservation des données de santé à caractère personnel, dans les conditions de sécurité afin de garantir leur pérennité et leur confidentialité, mais aussi de les mettre à disposition des personnes autorisées selon les critères définis par contrat, et de les restituer en fin de contrat. **Soulignons que l'hébergement des données de santé ne pourra se faire qu'avec le consentement exprès, libre et éclairé, de la personne concernée.**

2.3.3.4.3. Conditions d'agrément des hébergeurs[39] :

Les conditions d'agrément des hébergeurs sont donc fixées par le décret en conseil d'Etat (décret « hébergeur ») du 4 janvier 2006 après avis de la CNIL, des Conseils de l'ordre des professionnels de santé et des représentants des patients.

L'agrément est délivré par le ministre en charge de la santé, après avis d'un comité d'agrément et de la CNIL, pour une durée de 3 ans renouvelable.
Le comité d'agrément, dont l'ASIP assure le secrétariat, évalue le dossier de candidature sous les aspects éthique, déontologique, technique, financier et économique.

Un dossier de demande d'agrément est disponible sur le site de l'ASIP (http://esante.gouv.fr). Il regroupe les différents formulaires exigés par les articles du décret.

En cas de non respect des dispositions décrites précédemment, les hébergeurs s'exposent aux dispositions pénales prévues par l'article L. 1115-1 et L. 1115-2 du CSP: 3 ans d'emprisonnement et 45 000 Euros d'amende.

2.3.3.4.4. Données de santé hébergées par les professionnels ou établissements de santé:

Concernant les professions médicales et paramédicales, les formalités de déclaration des fichiers à la CNIL sont simplifiées: elles consistent en une déclaration de conformité de leur traitement à la norme simplifiée n°50 de la CNIL. Pour les pharmaciens, il s'agit de la norme simplifiée n°52.

Comme nous l'avons cité précédemment, l'interdiction du traitement des données de santé ne s'applique pas aux professionnels de santé car il est nécessaire à l'exercice de leur profession. Cette exception vaut également pour l'hébergement des données de santé à caractère personnel. En effet **lorsque les professionnels de santé ou les établissements de santé hébergent leurs propres données de santé, ils ne sont pas soumis à l'agrément et ne sont pas tenus de recueillir le consentement de la personne concernée. Le patient peut faire valoir son droit d'opposition au traitement et son droit d'accès à ses données de santé.**

2.3.3.5. Carte Professionnelle de Santé (CPS) et programme SESAM-Vitale:

2.3.3.5.1. CPS:

La CPS est une carte électronique individuelle protégée par un code confidentiel.
Elle contient:

- des informations concernant l'identité du professionnel de santé, sa qualification, ses différentes situations d'exercice,
- des données de facturation pour l'établissement des Feuilles de Soins Electroniques (FSE), dans le cadre de l'application SESAM-Vitale.

Ses différentes fonctions sont:

- l'identification du professionnel de santé,
- l'authentification du professionnel de santé : vérification de son identité,
- la signature électronique des opérations effectuées,
- la transmission électronique d'actes ou de prestations remboursables par l'assurance maladie, obligatoire selon la loi[40],
- l'accès ou la transmission électronique de données de santé par les professionnels de santé, obligatoire comme en dispose le décret du 15 mai 2007[38]. Ces opérations sont possibles par le chiffrement des données échangées, afin que seul le destinataire puisse les lire, assurant ainsi la confidentialité des messages.

Le décret « confidentialité » instaure l'obligation de l'utilisation de la CPS « en cas d'accès par les professionnels de santé aux informations médicales à caractère personnel conservées sur support informatique ou lors de leur transmission par voie électronique »[41].
Son utilisation est très largement répandue dans la profession libérale, en cours de progression dans la sphère hospitalière publique ou privée.

2.3.3.5.2. Programme SESAM-Vitale[42]:

Le Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie (SESAM) permet la dématérialisation des échanges d'information entre professionnels de santé et organismes d'assurance maladie (obligatoire ou complémentaire).

Les feuilles de soins papiers transmises à l'assurance maladie sont remplacées par des Feuilles de Soins Electroniques (FSE).

Ces FSE sont générées grâce :

- à la carte vitale: carte à puce individuelle garant de l'identification et de l'authentification des assurés (depuis 2007 : diffusion de la carte vitale 2 avec la photographie de l'assuré)
- et à la Carte Professionnel de Santé (CPS) : signature électronique du praticien.

Ce système permet de simplifier les échanges d'information, d'accélérer le remboursement des assurés tout en veillant à apporter le meilleur niveau de sécurité possible. Depuis sa généralisation en 1998, ce projet est considéré comme l'élément moteur de l'informatisation des médecins en France.

2.3.3.6. Droit de rectification et de masquage :

2.3.3.6.1. Droit de rectification :

Les personnes concernées par le traitement de leurs données de santé à caractère personnel ont un droit de rectification (qui ne vaut que pour le dossier informatisé).
Ce droit est défini dans l'article 40 de la loi dite « Informatique et Libertés »: « toute personne physique justifiant de son identité peut exiger du responsable d'un traitement que soient, selon les cas, rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées les données à caractère personnel la concernant, qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ».

Ce droit du patient est fondamental mais doit être mis en balance avec les obligations du médecin, comme par exemple celle de tenir un dossier médical[43].
De ce fait le professionnel doit informer le patient :

- Du risque d'altération de sa prise en charge : la donnée ne pouvant plus être partagée,
- Du traçage de la suppression.

Il appartiendra au professionnel, en tant que responsable du traitement, de prouver que la demande du patient n'est pas légale.

2.3.3.6.2. Masquage :

Le masquage permet de rendre inaccessibles certaines informations du dossier médical par la personne concernée.
Cette possibilité est prévue par les éditeurs de logiciels pour les professionnels de santé libéraux, mais le masquage de données de santé apparaît surtout comme un droit important à la constitution du Dossier Médical Personnel (DMP).

Comme pour le droit de rectification, un accompagnement par un professionnel de santé doit être possible à la demande du patient et les traces de ce masquage doivent être prévues.

2.3.4. Le Dossier Médical Personnel (DMP) :

2.3.4.1. Généralités :

Le DMP est une application nationale du partage des données de santé.

Créé par la loi du 13 août 2004, le DMP regroupe l'ensemble des services permettant au patient et aux professionnels de santé autorisés par celui-ci de partager, sous forme électronique, des informations de santé utiles et pertinentes pour améliorer la prévention, la continuité, la coordination et la qualité des soins.
Le partage permet de maîtriser la iatrogénie, d'éviter la redondance d'examens de santé, d'augmenter la vitesse de prise en charge du patient et ainsi de réduire les coûts de prise en charge pour la sécurité sociale. L'aspect financier n'est donc pas négligeable.

Sa constitution et son exécution nécessite la résolution de problématiques liées à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'informations mais également celles liées à l'implication de tous les professionnels de santé.

2.3.4.2. Élaboration du DMP:

Le DMP est un dossier médical informatisé et sécurisé, accessible sur internet où :

- Les professionnels de santé, préalablement autorisés par le patient, pourront accéder aux données de santé en lecture ou en écriture,
- Les patients pourront consulter les données saisies (traçage de l'accès des professionnels) mais également ajouter des informations.

Pour constituer un DMP, le patient doit contacter un professionnel ou établissement de santé, mais surtout **il doit donner son consentement**.
La création du DMP se fait à partir de la carte vitale du patient ainsi que par la création d'un Identifiant National de Santé (INS), différent du numéro de sécurité sociale (NIR).
L'hébergement du DMP est sous la responsabilité de l'ASIP Santé, placée sous l'autorité du ministère en charge de la santé. Le groupement des sociétés ATOS Origin et La Poste a été sélectionné pour assurer l'hébergement national du DMP.

La consultation du DMP par le patient se fera via internet, par le site officiel : www.dmp.gouv.fr .

2.3.5. Conclusion :

Le traitement des données de santé partagées est soumis à une législation qui garantit le droit fondamental du patient au respect de sa vie privée et au secret de ses informations.
Aux dispositions du partage des données de santé décrites dans le chapitre n°2.2. « Secret partagé », viendront s'adjoindre les dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 et celles relatives à l'hébergement des données de santé lorsque le partage de données de santé se fait au moyen des technologies de l'information et de la communication.

« La législation permettant d'encadrer les dossiers de santé n'a pas cessé d'évoluer. En réalité, elle n'a eu de cesse de rattraper l'évolution de la pratique médicale, bien plus rapide que le législateur et le pouvoir réglementaire[15] ».

DEUXIEME PARTIE

Dossier Médical Commun au sein des Maisons de Santé Pluridisciplinaires et Pôles de Santé Ambulatoires Pluridisciplinaires concernés par l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération en Lorraine.

CHAPITRE 1

Définitions.

1. MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE ET POLE DE SANTE AMBULATOIRE PLURIDISCIPLINAIRE:

1.1. Maison de Santé Pluridisciplinaire :

Une maison de santé pluridisciplinaire est un lieu d'exercice qui rassemble plusieurs professionnels de santé libéraux du premier recours : médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, pédicures/podologues, diététiciens…et éventuellement travailleurs sociaux, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients(44).

L'article L.6323-3 du CSP(45) prévoit que « les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et des actions sociales ».

1.2. Pôle de Santé Ambulatoire Pluridisciplinaire :

Un pôle de santé réunit les professionnels de santé d'un territoire dans les mêmes conditions qu'une maison de santé, sans qu'ils occupent les mêmes murs. Il est en général constitué par des professionnels qui ne désirent pas porter de projet immobilier collectif ou qui ne souhaitent pas quitter leur lieu d'exercice pour diverses raisons(44).

L'article 40 de la loi Hôpital, Santé, Patient, Territoire (HPST), créant ainsi l'article L.6323-4 du CSP, reconnaît les pôles de santé comme des structures « assurant des activités de soins de premier recours […], le cas échéant de second recours […], et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire […] ». Ces organisations fonctionnelles (indépendamment de tout regroupement physique) peuvent être constituées entre professionnels de santé mais également « des maisons de santé, des centres de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale».

1.3. Missions des MSP/PSAP[46] :

Comme les établissements de santé, les **MSP peuvent être chargées d'assurer ou de contribuer à assurer en fonction des besoins de la population, des missions de service public.**

On retrouve dans ces missions :

- la permanence des soins,
- l'organisation de la continuité des soins (en cas d'absences),
- la prise en charge des soins palliatifs,
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé ainsi que leur coordination,
- les actions de santé publique locales,
- l'aide médicale urgente,
- la lutte contre l'exclusion sociale,
- la formation des professionnels de santé et l'évaluation des pratiques
- la recherche.

C'est le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) qui, appréciant les besoins de la population, servira de fondement à de telles missions.

De plus, l'article L.6323-3 du CSP spécifie que les MSP/PSAP doivent se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités (services de soins infirmiers à domicile, réseaux…).
Le projet de santé est élaboré et validé par l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure. Cette élaboration commune est d'autant plus recommandée qu'elle constitue un élément fortement fédérateur entre les professionnels.
Le projet de santé est ensuite transmis au Directeur général de l'ARS, en vue de l'obtention d'un financement.
Tout projet peut être amené à évoluer en fonction de l'évolution de la structure, elle-même dépendante des besoins et de l'offre de soins du territoire.

Ainsi seules les structures pluridisciplinaires ayant élaboré un projet de santé peuvent se prévaloir de la dénomination « MSP ».

1.4. Objectifs des MSP/PSAP :

Les MSP/PSAP ont pour objectifs :

- D'offrir à la population d'un territoire un lieu de prise en charge la plus globale possible,

- De contribuer à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients et de la continuité des soins, par le partage de l'expérience, la complémentarité des approches, l'insertion des professionnels de santé partenaires au sein de la MSP dans un tissu sanitaire, médico-social et social,

- D'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé,

- De développer une orientation novatrice de la formation des jeunes professionnels de santé, ouverte sur ce nouveau mode d'exercice.

1.5. Plan national d'équipement en maisons de santé en milieu rural :

Lors de la clôture des Assises des Territoires Ruraux, le 9 février 2010, le Président de la République a annoncé le lancement d'un plan de développement de MSP ; la question de l'accès à la santé est en effet apparue comme la première préoccupation des habitants des territoires ruraux en terme de services.

Par la suite, le Comité Interministériel pour l'Aménagement et le Développement des Territoires (CIADT) du 11 mai 2010 a acté un programme national visant à la création de 25O MSP en milieu rural d'ici 2013. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan national, la circulaire interministérielle NOR N°EATV1018866C du 27 juillet 2010 fixe un cahier des charges national que doivent satisfaire les projets pour bénéficier d'un financement de l 'Etat pour la part investissement.

Les lauréats sont sélectionnés par un comité de sélection régional, présidé conjointement par le Préfet de Région et le Directeur Général de l 'ARS et associant le Conseil Régional, les Conseils Généraux, les Préfectures de département, les Représentants des Professionnels de Santé (URPS) et les associations départementales des maires et des présidents d'Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) à Fiscalité Propre.

1.6. Cahier des charges régional des MSP/PSAP fixé par l'ARS Lorraine[47] :

1.6.1. Généralités :

L'ARS Lorraine a élaboré un cahier des charges régional dans le cadre d'une demande de financement au titre du Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Ce cahier des charges s'adresse aux professionnels de santé et élus locaux, promoteurs ou porteurs d'un projet de MSP/PSAP.

Il prolonge le cahier des charges national, paru dans le cadre de la mise en œuvre du plan national d'équipement en maisons de santé.

Le cahier des charges régional s'appuie sur le socle minimal de conditions fixé par le référentiel national et ajoute des critères souhaités par l'ARS Lorraine ainsi que des critères facultatifs apportant une plus-value au dossier.

Il est susceptible de devenir le référentiel utilisé par les divers financeurs publics des MSP/PSAP, et plus généralement, de servir de référentiel pour tout projet qui entre, ou non, dans le cadre du plan national d'équipement en maisons de santé en milieu rural (création de 250 MSP en milieu rural entre 2010 et 2013).

1.6.2. Cahier des charges régional des MSP dans le cadre du financement au titre du FIQCS :

1.6.2.1. La participation financière de l'ARS au titre du FIQCS :

« Seules les structures pluridisciplinaires ayant élaboré un projet de santé pourront bénéficier, sous réserve d'une contractualisation avec l'ARS, des financements versés par l'ARS.

L'article L.6323-5 du CSP[48] prévoit que les réseaux de santé, centres de santé, MSP et PSAP devront être signataires d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec l'ARS s'ils souhaitent percevoir une dotation au titre du FIQCS, dans les conditions prévues à l'article L.221-1-1 du code de Sécurité Sociale, pour financer en leur sein l'exercice coordonné des soins.

Le soutien au développement des MSP a été affirmé dans les orientations stratégiques du FIQCS dès 2008.

Le montant maximal alloué à une même structure sur les crédits nationaux du FIQCS ne pourra dépasser, au total, 50 000 euros. Ce montant peut être porté à 100 000 euros pour les projets situés dans un des 215 quartiers de la « Dynamique Espoir Banlieue ».

Pour une même région, un minimum de 50% de la dotation FIQCS doit soutenir les MSP ou projets implantés dans les zones dont l'offre de soins est déficitaire.
Les ARS peuvent compléter l'aide financière octroyée via les crédits FIQCS nationaux par une aide prélevée sur l'enveloppe régionale qui leur est allouée au titre du FIQCS.

La subvention pourra être accordée en deux temps : une première fois pour le financement du projet en amont de l'ouverture, une seconde fois pour le financement de la structure en fonctionnement.

Ce soutien est destiné à financer :

- pour les projets de MSP en cours d'élaboration : des études de besoins et d'ingénierie (conseil et expertises fiscales, statut des structures, informations des usagers sur leur droit d'accès au dossier médical et au partage des informations les concernant…),
- pour les MSP en fonctionnement :
  - des prestations d'ingénierie, d'accompagnement et des conseils nécessaires à la réalisation d'un projet d'agrandissement ou d'évolution (expert-comptable, fiscaliste, avocat, études de besoins de territoire,…),
  - à titre exceptionnel et en l'absence de soutien apporté antérieurement, des investissements ponctuels (travaux, agrandissement, mise aux normes, investissement en système d'information…), et une aide pour certains équipements (gros et petit matériel). »[47]

1.6.2.2. Objectifs du cahier des charges régional pour un financement FIQCS[47] :

- Fixer les conditions d'éligibilité des projets qui sollicitent une demande de subvention,

- Graduer les critères de sélection : minimal (obligatoire), complémentaire (souhaité), avancé (plus-value),

- Guider les promoteurs dans l'élaboration du dossier de demande de subvention,

- Donner aux professionnels de santé des indications facilitant l'élaboration et l'évolution du projet de santé,

- Indiquer les évolutions possibles vers lesquelles peuvent tendre les MSP en fonction du contexte local et des besoins.

1.6.3. Les conditions d'éligibilité :

Ce chapitre 1.6.3. reprend textuellement le cahier des charges régional de l'ARS Lorraine, dans le but de comprendre la création d'un projet de MSP/PSAP.
Le cahier des charges établi par l'ARS régional est hiérarchisé selon 3 niveaux (figurés de manière distincte dans le texte) :

- un socle minimal obligatoire contenu dans le cahier des charges national
- *critères supplémentaires souhaités par l'ARS Lorraine (italique)*
- critères facultatifs (taille de police 10)

Pour tous les candidats, il n'y a pas de dossier type imposé.

1.6.3.1. Diagnostic des besoins de santé du territoire :

Tout projet d'implantation d'une MSP est fondé sur un diagnostic territorial préalable.
Ce dernier ayant pour but de mettre en exergue l'opportunité de la MSP dans le territoire considéré au regard de déterminants multiples :

- fragilités territoriales ou géographiques particulières,
- situation présente ou prévisible de l'offre de soins,
- caractéristiques sanitaires, démographiques ou sociales de la population,
- conditions d'accès ou de recours aux soins…

Le diagnostic territorial des besoins de santé conduit en outre à étayer l'action de tous les acteurs, internes et externes, concernés par la création de la MSP.

1.6.3.1.1. Modalités de réalisation du diagnostic au regard de la population :

Le projet de santé s'appuie sur le diagnostic des besoins du territoire.
Ces derniers figurent notamment dans le volet ambulatoire du SROS de 3ème génération, pour la région Lorraine : SROS 3 Lorraine[(49)]. Les projets de MSP s'inscrivent dans les objectifs de ce schéma.
Le projet décrit également les moyens utilisés pour établir ce diagnostic (appui de l'ARS, concertations avec les acteurs concernés : professionnels du champ sanitaire, médico-social et social, usagers…).

1.6.3.1.2. Missions de soins et de santé publique de la structure :

En réponse au diagnostic établi, le dossier indique la nature des missions de soins et de santé publique (à titre individuel et collectif) menées par la structure à destination des patients ou, plus largement, de la population: suivi des maladies chroniques, prévention, promotion de la santé, éducation à la santé, éducation thérapeutique du patient… .

Le dossier propose et décrit en outre les modalités d'information et d'orientation des patients en fonction de leurs besoins et de leurs attentes.

1.6.3.1.3. Prévenir le risque de distorsion de concurrence :

Le diagnostic s'assurera que la création de la MSP n'est pas de nature à induire un risque de concurrence préjudiciable à l'exercice des professionnels de santé libéraux installés dans le périmètre géographique d'intervention de la structure.

1.6.3.2. Un projet de santé formalisé :

Le mode d'exercice en MSP permet d'assurer à la population, sur un même lieu, une prise en charge sanitaire voir médico-sociale, sur des plages horaires étendues.

L'ensemble des professionnels de santé, intégrés à la structure ou partenaires de celle-ci, formalise un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné. Le projet collectif de santé est élaboré et validé par les professionnels de santé.

Le projet de santé veille à décrire précisément les modalités d'organisation et de fonctionnement de la structure en matière de coordination interne, de coopération externe et d'actions engagées ou visées.

La formalisation, même envisagée, des partenariats (accords, conventions, dynamique de contractualisation, ...) avec des professionnels de santé extérieurs à la structure, des réseaux de santé, d'autres structures d'exercice collectif, des établissements de soins, des structures médico-sociales, des acteurs sociaux, est mise en exergue.

1.6.3.2.1. Lieu d'implantation et accessibilité de la structure :

- Une implantation conforme au volet ambulatoire du SROS :

Les projets de MSP s'inscrivent dans le territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée conformément au SROS.

Dans l'attente du SROS, ils s'inscrivent dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée au regard de la démographie des professionnels de santé, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux soins de la population.
Il convient également de veiller à tenir compte de la proximité géographique d'autres MSP effectives ou en cours de réalisation. Le cas échéant, une coordination entre les structures est à rechercher.

- *L 'accessibilité :*

Une MSP est accessible en 20 minutes maximum aux usagers, et la population est suffisante pour garantir une ampleur satisfaisante du projet.

1.6.3.2.2. Organisation pluridisciplinaire et coordonnée :

a) Le regroupement sur un même site d'une offre médicale et sociale diversifiée :

Le projet indique les différentes catégories de professionnels (médicaux, paramédicaux, administratifs et, le cas échéant, médico-sociaux) qui participent au fonctionnement de la structure.
Il précise en outre ceux, parmi les professionnels de santé, qui exercent à temps plein et à temps partiel ainsi que, si le cas se présente, ceux qui sont disposés à intervenir ponctuellement.

Le dossier comporte les lettres d'intention individuelles, datées et signées, des professionnels de santé concernés mentionnant leur engagement à exercer durant une durée déterminée (au moins 5 ans, sauf cas de force majeure).

- Un « noyau dur » de professionnels de santé :

La structure ou le projet comprend au minimum des médecins généralistes à hauteur de deux par Equivalent Temps Plein (EqTP), et un ou des professionnels paramédicaux (infirmiers, masseur-kinésithérapeute, …) à hauteur d'un EqTP.

- Un lieu d'accueil pour d'autres professions de santé et acteurs médico-sociaux voire sociaux :

En fonction des opportunités et des besoins locaux identifiés, peuvent ou pourront également intervenir dans le cadre de la structure, de manière ponctuelle ou non, d'autres professionnels de santé tels que des spécialistes dans le cadre de consultation avancée, des chirurgien(s) dentiste(s), sage(s)- femme(s), pédicure(s)/podologue(s), orthophoniste(s), diététicienne(s)...

La participation des acteurs des secteurs médico-social et social ainsi que des services aux personnes constitue un atout supplémentaire : acteurs de la prévention (PMI…), permanence des services sociaux, du CLIC, services d'aides à domicile…
Il convient de réserver des locaux distincts aux structures sociales et médico-sociales adjointes à l'exercice pluridisciplinaire.

Concernant le pharmacien, le rapprochement est souhaitable s'il n 'existe qu'une officine (en respectant les contraintes réglementaires). Dans tous les cas, la coopération fonctionnelle doit être facilitée.

- *Le secrétariat :*

Un secrétariat, coordonnant au moins un agenda électronique partagé, est souhaité.

Une fonction de gestion administrative de la structure est préconisée. La fonction de secrétariat peut être mutualisée entre plusieurs MSP.

b) Modalités d'organisation interne à la structure :

Le projet de santé formalise l'organisation interne et précise les responsabilités de chacun au sein de la structure dans le respect des règles déontologiques.

- Organisation de la pluri-professionnalité :

Le projet précise les mesures mises en place pour assurer une coordination optimale entre les différents professionnels de la structure : dispositifs de partage d'information (voir infra), réunions pluri-professionnelles, mise en place d'une formalisation de la coordination des soins autour du patient, protocolisation entre professionnels de différentes disciplines, coopérations interprofessionnelles mises en œuvre au sens de l'article L. 4011-1. du CSP.

- Mise en œuvre du dispositif d'information :

Les professionnels exerçant au sein de la structure s'engagent à mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisées, informatisées ou non, pour ses besoins propres de gestion et de coordination entre professionnels de la structure.

Ce dispositif favorise la continuité des soins, notamment en cas d'absence d'un médecin.

Le projet de santé décrit également :

. l'organisation mise en place afin de faciliter l'accès du patient aux informations médicales le concernant : information du patient sur son droit d'accès, protocole d'archivage des dossiers médicaux, modalités de conservation des dossiers, sortie des dossiers en cas de fermeture de la structure,

. les modalités de partage de ces informations de santé (existence ou non d'un système d'information informatisé) entre les professionnels ou éventuellement avec les autres acteurs du territoire, dans le respect des règles de confidentialité.

- Assurer l'accès aux soins, la continuité et la permanence des soins :

Afin de faciliter l'accès aux soins, le projet de santé indique :

. les mesures prises pour faciliter l'accès de tous aux soins et, plus particulièrement, des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge,

. le cas échéant, les actions de communication mises en place, en conformité avec les règles de déontologie (en partenariat avec les ARS et les collectivités locales éventuellement), en faveur des usagers pour les informer des possibilités de prise en charge offertes par la structure et de l'existence d'une offre aux tarifs opposables.

Dans le cadre de l'exigence de continuité des soins, le projet précise l'organisation mise en place pour répondre aux demandes de soins non programmées, en dehors des heures de permanence des soins : amplitude des horaires d'ouverture et possibilités de consultations non programmées.

Le projet présente également les modalités de prise en charge du patient par l'ensemble des médecins de la structure, même en cas d'absence du médecin habituel.

Les professionnels de santé s'engagent à participer à l'organisation de la permanence des soins régulée aux heures de fermeture des cabinets. Le projet de santé prévoit des modalités d'information des patients quant à l'organisation mise en place dans le territoire aux heures de permanence des soins ambulatoires.

c) Coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire :

La MSP fonctionne en articulation et conclut des partenariats avec d'autres acteurs sanitaires et médico-sociaux : régulation libérale, Service Aide Médicale Urgente (SAMU), centre hospitalier, hôpital local, médecins spécialistes, autres MSP, laboratoires d'analyses médicales, Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Hospitalisation A Domicile (HAD), Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC),… .

Le projet de santé précise les relations de la structure, effectives ou en projets (convention, association, création d'un groupement sanitaire de coopération, d'un pôle de santé, d'un réseau de santé, ...), avec les partenaires du territoire.

La participation à un ou plusieurs réseaux de santé, s'ils existent sur le territoire couvert par la MSP, ainsi que le renforcement des pratiques coopératives doivent s'inscrire dans le cadre des thématiques prioritaires arrêtées par le Projet Régional de l'ARS ou résulter du diagnostic territorial préétabli.

Il est souhaitable que la structure s'organise pour prendre en charge certains actes dits de " petite chirurgie ".
La MSP participe au fonctionnement des réseaux de santé et contribue, chaque fois que possible, à la mutualisation des moyens (exemple : consultations de diététique, de psychologue, mise à disposition d'une salle d'éducation thérapeutique du patient, ...).

1.6.3.2.3. Actions concourant à l'amélioration de la prise en charge des patients :

a) La démarche qualité :

- *respect des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques :*

Les professionnels de santé s'engagent à respecter les référentiels, recommandations de bonnes pratiques et règles déontologiques.

- Développement professionnel continu :

Le projet indique les modalités, si elles existent, visant à favoriser le développement professionnel continu des professionnels de la structure

- Evaluation de la qualité de la prise en charge :

Le projet de santé prévoit le recueil de données médicales permettant d'évaluer la qualité de prise en charge au travers des pratiques individuelles et collectives mises en œuvre au sein de la structure. Ces données sont recueillies, le cas échéant, dans le cadre du système d'information mis en place. Ces informations demeurent la propriété des professionnels de santé de la MSP.

Le projet de santé précise toutes les démarches, existantes ou prévues, d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques (participation à des groupes d'analyse de pratiques, enquêtes de satisfaction auprès des patients, labellisation, ...).

- Nouveaux services du projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge :

Le projet indique, le cas échéant :

. les activités innovantes associées à la prise en charge des patients : éducation thérapeutique, télésurveillance au domicile des patients, ...,

. les mesures prises pour faciliter l'accès à des spécialités ou techniques particulières (notamment grâce à la télémédecine) soit par réponse propre, soit par conventions passées avec d'autres structures (centre de radiologie, laboratoire de biologie médicale, ...).

b) Missions de service public :

- Accueil de professionnels de santé en formation :

Les professionnels s'engagent à accueillir et à encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2ème cycle, internes, étudiants infirmiers, …).

Sont déclinées ici les mesures prises en vue d'assurer la participation de la structure à la formation des étudiants à l'exercice pluri-professionnel (terrains de stage, formateurs, liens avec l'Université et les écoles de formation) ainsi que les mesures prises pour répondre aux demandes d'hébergement des étudiants et des stagiaires (mise à disposition d'un studio, indemnité, …)

Le projet de santé indique, le cas échéant, les démarches d'agrément, obtenues, engagées ou envisagées, auprès de la Faculté de médecine pour devenir Maître de stage.

- Veille épidémiologique :

Le projet de santé témoigne de l'éventuelle participation à un dispositif de veille épidémiologique.

- Recherche :

Est précisée la participation éventuelle à des activités de recherche en lien avec l'Université.

1.6.3.3. Projet immobilier rationnel :

Les exigences du cahier des charges immobilier peuvent être rappelées en préambule.

1.6.3.3.1. Conformité aux normes :

La MSP respecte les normes/référentiels en vigueur relatives à l'hygiène, la sécurité, l'environnement, l'ergonomie, la protection incendie.

L'accès piéton est sécurisé et la création d'un parking est envisagée. La structure respecte en particulier les normes réglementaires d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite et aux personnes atteintes de handicap, quelle que soit la nature de ce dernier : la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la répartition et la citoyenneté des personnes handicapées fixe le principe d'une accessibilité généralisée intégrant tous les handicaps.

1.6.3.3.2. Des locaux adaptés :

a) Terrains d'une surface opportune :

La MSP est implantée sur un terrain suffisamment vaste pour envisager des évolutions, ainsi qu'une accessibilité du bâtiment et des locaux.

b) Locaux nécessaires à l'exercice pluridisciplinaire :

- *Locaux des professionnels de santé :*

Le dossier présente les locaux nécessaires à l'exercice de chacun des professionnels de santé concerné par le projet et précise les métrages afférents. La surface des locaux professionnels doit être raisonnablement adaptée à la nature et aux exigences de l'exercice de chacune des professions de santé.

Le cas échéant, le projet immobilier a réservé des locaux distincts pour les interventions ponctuelles de professionnels de santé et d'acteurs médico-sociaux ou sociaux extérieurs à la structure.

- Locaux collaboratifs :

Un espace coopératif, si possible central car fédérateur, permet la tenue de réunions de coordination interprofessionnelles mais sert également d'accueil des rencontres programmées dans le cadre de la santé publique : prévention (vaccination, ...), éducation à la santé, éducation thérapeutique du patient, … .

Ces locaux peuvent également être utilisés par d'autres acteurs du domaine sanitaire ou social selon une convention.

- *Modalités d'accueil et de logement :*

- *Un espace pour le secrétariat.*
- *Une salle d'attente voire plusieurs (les règles déontologiques de certaines professions ne permettent pas toujours d'avoir des salles d'attentes communes).*
- *Un/des logement(s) pour les professionnels en formation (stagiaires, internes) et les remplaçants, au sein de la structure ou en dehors.*

- *Un lieu pour les déchets professionnels :*

Le projet architectural aura notamment prévu un lieu pour le traitement des déchets professionnels.

1.6.3.3.3. Respect de l'environnement :

Les projets comportant une plus-value environnementale bénéficieront d'une attention supplémentaire.

1.6.3.4. Montage juridique et financier :

1.6.3.4.1. Forme juridique :

Dans le cadre réglementaire actuel, il n'existe pas a priori de forme juridique unique. Les promoteurs pourront choisir entre les différentes structures juridiques existantes : Société Civile de Moyens (SCM), Société d'Exercice Libéral (SEL), Société Civile Professionnelle (SCP), Société Civile Immobilière (SCI), structure associative, … .

Une structure juridique sous forme de SCM interprofessionnelle semble la plus adaptée. La constitution de SCM par profession est également recevable.

1.6.3.4.2. Plan de financement :

Un plan de financement détaillé est exigé. Celui-ci présente également les caractéristiques des loyers et des baux.

1.6.3.5. Suivi et évaluation de la structure :

Tout projet de MSP financé fait l'objet d'une évaluation. Outre l'évaluation interne par les professionnels de santé permettant d'apprécier la qualité de la prise en charge au travers des pratiques individuelles et collectives, une évaluation est réalisée par l'ARS. Cette évaluation a lieu l'année suivant celle du versement du financement. Elle s'effectue dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens qui détermine les indicateurs. Elle doit en particulier justifier de l'utilisation des crédits alloués conformément aux engagements pris pour améliorer la prise en charge libérale coordonnée des patients.

2. EXPERIMENTATION DES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION[50] :

2.1. Introduction :

- Les ENMR sont pilotées par le ministère (Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)) et régionalement par les ARS et sont prévues sur une période de 5 ans : de 2008 à 2012. Elles sont entrées en phase opérationnelle le 1er janvier 2010 dans 6 régions (1ère vague : 18 MSP et 2O centres de santé) et se sont étendues au 2nd semestre 2010 à l'ensemble des régions.

Elles concernent toute structure pluridisciplinaire ambulatoire qui a formalisé un projet de santé.

- Elles apparaissent dans un contexte de démographie médicale en berne, de besoins de la population en hausse et tentent de répondre aux attentes des professionnels de santé[1].

En effet de plus en plus de professionnels de santé, notamment les plus jeunes, aspirent à une activité différente de leurs aînés et envisagent de se regrouper.
Ce mode d'exercice favorise les échanges et la coordination entre les professionnels de santé et permet une meilleure prise en charge médicale des patients, notamment celles des maladies chroniques.
Elles visent également à encourager la répartition des tâches entre les professionnels de santé et le développement de nouveaux services adaptés aux besoins du patient en matière de prévention, d'éducation à la santé, mais également l'accompagnement des patients dans leurs tâches administratives (ouverture de droits), orientation de patients dans le système de soins y compris hospitalier, la prise en compte de la santé des aidants familiaux (maladie d'Alzheimer), … .

La rémunération actuelle des professionnels de santé libéraux n'encourage pas ces initiatives. En effet, le paiement à l'acte ne favorise pas de nouvelles répartitions des tâches entre professionnels, ni le développement de nouveaux services adaptés aux besoins des patients.
Des financements complémentaires par le FIQCS existent mais il ne s'agit pas de financements pérennes.

- C'est pourquoi l'Art. 44 Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2008 et le décret du 29 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des ENMR des professionnels de santé ont permis de procéder à des expérimentations de

nouveaux modes de rémunérations, ceux-ci pouvant compléter ou se substituer au paiement à l'acte.

Ces expérimentations dérogent aux règles habituelles de participation de l'assuré aux tarifs des soins. Ainsi, pour ces nouvelles formes de rémunération, les patients ne s'acquittent pas du ticket modérateur et ne doivent pas faire l'avance des frais.
Ces nouveaux forfaits seront intégralement pris en charge. En revanche, la participation de l'assuré est maintenue pour tous les actes facturés dans le cadre habituel.

- Les groupements de professionnels de santé (centres de santé, réseaux de santé, MSP, PSAP) :

  - sont choisis par les ARS,

  - informent leurs patients, par tous moyens, qu'ils participent à ces expérimentations,

  - concluent avec l'ARS et la Caisse locale unique (en Lorraine : la CPAM d'Epinal) une convention fixant notamment le montant des rémunérations, les conditions de versement des financements et de prise en charge des organismes d'assurance maladie, la durée, les modalités annuelles et pluriannuelles de suivi et d'évaluation de l'expérimentation.

- Les structures sélectionnées pour l'ENMR doivent s'engager à renseigner un certain nombre d'indicateurs qui serviront à la modulation des forfaits ainsi qu'à l'évaluation des nouveaux modes de rémunération.

Ces indicateurs sont répartis au sein de plusieurs modules :

  - module 1 : forfait missions coordonnées[51],

  - module 2 : éducation thérapeutique[52],

  - module 3 : coopération entre professionnels de santé (art. 51 loi HPST) : en cours de travail,

  - module 4 : capitation ou forfait pour les maladies chroniques : non d'actualité.

Le cumul des modules 1 et 2 est possible.

2.2. Prétendants aux ENMR :

Afin de pouvoir prétendre aux expérimentations, les « structures » candidates doivent être en fonctionnement et présenter obligatoirement certaines caractéristiques :

- un exercice pluri-professionnel (au moins 2 médecins généralistes et un professionnel paramédical) et de premier recours,

- un projet de santé formalisé qui décrit le mode de fonctionnement de la « structure » et comporter les points suivants :

    - prendre en compte les besoins de santé du territoire et proposer une offre cohérente avec le volet ambulatoire du SROS,

    - témoigner d'un exercice coordonné des professionnels de santé (en interne et en externe avec les autres acteurs de santé dans une même zone géographique),

    - témoigner d'une prise en charge globale du patient qui va de la prévention à la continuité des soins,

    - mettre en place un dispositif de partage d'information sécurisé

- être le lieu d'exercice principal des professionnels de santé et être facilement identifiable par la population,

- s'engager à accueillir et encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2ème cycle, internes,…).

2.3. Expérimentations en Lorraine :

Les « structures » lorraines participant aux EMNR sont :

- 1ère vague (début 2010) :
    - MSP de VICHEREY (Vosges) : module 1
    - MSP de GERARDMER (Vosges) : modules 1 et 2
- 2ème vague (courant 2011) :
    - MSP du THILLOT (Vosges) : module 1
    - MSP d 'HAROUE (Meurthe et Moselle) : modules 1 et 2
    - PSAP de REVIGNY-SUR-ORNAIN (Meuse) : modules 1 et 2
    - PSAP de VIGNEULLES- LES- HATTONCHATEL (Meuse) : modules 1 et 2

2.4. Forfaits attribués dans le cadre des ENMR :

2.4.1. Module 1 : forfait missions coordonnées[51] :

2.4.1.1. Généralités :

Le premier module consiste dans le versement d'un forfait pour l'activité coordonnée conditionné par l'atteinte d'objectif de santé publique.
Il s'agit donc de rémunérer le temps passé à la coordination : management et concertations professionnelles.
Il est cumulable avec le module 2 : Education Thérapeutique du Patient (ETP).

En début d'année, un forfait est alloué pour rémunérer les activités coordonnées en plus du paiement à l'acte. Il est versé en totalité à la structure qui détermine ensuite librement les modalités de répartition de ce forfait entre les professionnels de santé qui la composent.
Le professionnel de santé reste payé à l'acte aux tarifs conventionnels pour son activité de soin auprès des patients.
Ce forfait est garanti jusqu'en 2013. Les conventions doivent prévoir le rythme de versement des forfaits. Il est suggéré que 80% soit versé dès le début de l'expérimentation (dotation de départ) et 20% 3 à 6 mois plus tard (dotation différée).
A noter qu'il est possible de le cumuler avec la dotation FIQCS pour l'investissement et l'ingénierie.

2.4.1.2. Calcul de forfait :

Le forfait (= dotation globale) se décompose en 2 parties :

- PARTIE A (variable), la patientèle du site :

Il rémunère le temps de management de la structure, en fonction du nombre de patients ayant désigné leur médecin traitant au sein de la structure. Les enfants entre 6 et 16 ans sont intégrés à la patientèle dès lors qu'ils ont consulté un médecin de la structure 2 fois au cours de l'année. Les patients souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD) sont également inclus dans la patientèle considérée.

- PARTIE B (fixe), temps passé par chaque professionnel de santé au sein de la structure :

Il rémunère le temps nécessaire à la coordination. Le temps de présence au sein de la structure est comptabilisé en Equivalent Temps Plein(EqTP): « un EqTP = 11 demi-journées par semaine ».

2.4.1.3. Les 4 classes de forfait :

Il existe 4 classes de forfaits distinctes, selon la taille de la structure. Une réévaluation du nombre de patients par site est réalisée chaque année. Le tableau 2, ci-dessous, indique les montants alloués en fonction de la taille de la structure et de la composition de l'équipe de professionnels de santé.

		Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
PARTIE A	Nombre de patients ayant un médecin traitant sur le site = X	X≤2 700	2 700<X≤6 300	6 300<X≤12 400	X> 12 400
	Dotation	6900 Euros	13 800 Euros	22 500 Euros	45 000 Euros
PARTIE B	Supplément pour l'EqTP 1er médecin généraliste	8 900 Euros			
	Supplément pour les autres EqTP « médecin généraliste »	3 000 Euros			
	Supplément pour chaque EqTP « professionnels de santé hors médecins généralistes »	1 400 Euros			

Tableau 2: Dotation allouée dans le cadre du module 1: forfait missions coordonnées.

L'exercice de l'activité peut avoir lieu dans et hors les murs s'il a un lien avec les patients suivis au sein de la structure. Cependant, ni l'activité de recherche, ni l'activité relative à la permanence des soins n'entrent dans le calcul de temps dédié à la coordination.

<u>Par exemple :</u> calcul pour une MSP dont le nombre de patients ayant désigné leur médecin traitant au sein de la structure est compris entre 2700 et 6300 :

Professions	*Equivalent temps plein*
2 médecins généralistes	*2*
1 infirmière équivalent temps plein et une travaillant 6 demi-journées sur 11	*1,55*
1 psychologue	*1*

⇨ *Partie A= 13800 Euros*
⇨ *Partie B= 8900+3000+(14O0 x 2,55)= 15 470 Euros*

La MSP peut alors prétendre à un total de 29 270 Euros pour le module, lors de la 1ère année.
Il est possible que la somme soit proratisée sur la 1ère année de conventionnement, par exemple : si le conventionnement prend effet le 1er avril, le site pourra percevoir 29720 x 0,75= 21 952 Euros.

Le versement de la dotation différée (3 à 6 mois après le versement de la dotation de départ) sera par la suite conditionnée à l'atteinte d'objectifs auxquels le site souscrit par convention avec l'ARS. Ils visent à évaluer l'apport de l'exercice coordonné à la qualité des soins et à l'efficience des pratiques. Ils sont donc calculés sur les résultats agrégés de tous les professionnels de la structure et non, professionnel par professionnel.

2.4.1.4. <u>Objectifs à atteindre dans le cadre de la dotation différée :</u>

Il existe 16 objectifs *<u>(cf annexe 1)</u>* qui sont de 3 natures :

- qualité des soins,
- travail coordonné pluri-professionnel,
- efficience (rapport entre la dépense engagée et la pertinence médicale de l'intervention).

A ces objectifs, sont associés des indicateurs qui permettent d'apprécier leur niveau de réalisation. Ces indicateurs, retenus par le ministère de la santé sont au nombre de 24. Ils sont tous validés par la HAS, à l'exception de ceux portant sur l'efficience.

Il est possible au site de choisir certains indicateurs en fonction de ses activités et priorités d'action :

- au minimum 4 indicateurs parmi les 12 indicateurs de qualités des pratiques,
- 4 indicateurs parmi les 7 indicateurs de coordinations des soins.

Les objectifs d'efficience sont obligatoires car ils conditionnent l'équilibre économique du modèle.

2.4.2. Module 2 : Education Thérapeutique du Patient[52]:

2.4.2.1. Généralités :

Il s'agit de la rémunération de l'activité dédiée à l'éducation thérapeutique du patient en médecine de ville.

Les programmes d'ETP visent à aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer leur maladie, de façon plus autonome, en cherchant à prévenir les complications et à maintenir la meilleure qualité de vie possible.

Selon les dispositions de l'article de la loi HPST, les programmes devront être :

- conformes au cahier des charges national défini par arrêté du ministère chargé de la santé[53],
- autorisés par les ARS,
- évalués par la HAS.

Sur le fondement de l'article 84 de la loi HPST, aucun contact direct entre le malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ne sera autorisé (y compris une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro).

2.4.2.2. Conditions de mise en œuvre du module d'ETP[53] :

L'équipe d'intervention doit :

- être formée à l'ETP,
- être pluri-professionnelle,
- obligatoirement comprendre au minimum 2 professionnels de santé de professions différentes.

Le programme d'ETP doit être accessible à toute personne le nécessitant dans le cadre des objectifs du programme et son périmètre géographique. Pour favoriser leur accessibilité, les projets proposés doivent s'inscrire dans une offre de proximité (au plus près du lieu de vie des personnes).
En principe, à l'issue de la première année de fonctionnement, il est souhaité que la file active du programme comprenne au minimum 50 patients. Elle devra ensuite augmenter chaque année d'au moins 10% pendant la durée de l'expérimentation.

2.4.2.3. Pathologies prioritaires et population cible :

Les programmes devront prioritairement porter sur les pathologies suivantes :

- diabète de type 1 et 2,
- asthme et BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (BPCO),
- insuffisance cardiaque et/ou HyperTension Artérielle (HTA),
- obésité.

Les programmes peuvent s'adresser aux enfants et/ou aux adultes selon les pathologies.
Il est demandé d'inclure prioritairement dans le cadre expérimental, les patients n'ayant jamais bénéficié de séances d'ETP ainsi que ceux étant dans les périodes charnières d'évolution de la maladie où le bénéfice est plus important. Le cas échéant, leurs proches (parents, conjoints…) pourront être inclus.

A noter : un même patient ne peut bénéficier :

- que d'un seul programme par an pour une même pathologie (année décomptée à partir de la première séance d'ETP)
- que de deux programmes pour des pathologies différentes sur la durée des expérimentations

2.4.2.4. Différentes étapes d'un programme d'ETP :

Le programme proposé doit successivement se composer des phases suivantes :

a) Orientation vers le programme :

L'inclusion du patient dans le programme doit être prise à l'initiative ou avec l'accord du médecin traitant du patient, ce dernier étant tenu informé des principales étapes du déroulement du programme par les intervenants du programme.

b) Diagnostic éducatif :

Il doit permettre d'identifier les besoins du patient, d'évaluer ses potentiels, de prendre en compte ses attentes.
Il est réalisé par un ou plusieurs professionnels de santé formés à l'ETP dans le cadre d'un entretien individuel avec le patient.

c) Séances :

Idéalement, elles sont réalisées en groupe de 8 à 10 adultes (6 à 8 enfants) et animées par un ou plusieurs professionnels de santé au sein d'une équipe pluri-professionnelle.
Le nombre de séances collectives peut dépendre de la pathologie, du stade de sévérité et des besoins du patient, le forfait qui est proposé est basé sur 3 à 6 séances par patient.
Des séances individuelles pourront être envisagées en fonction de la pathologie et de l'état de la personne malade.

d) Evaluation individuelle finale du bénéfice du programme pour le patient :

Elle est réalisée par le(s) professionnel(s) de santé ayant effectué le diagnostic initial au cours d'une séance individuelle.
Une copie en est faite au médecin traitant.

2.4.2.5. Financement :

Le site peut percevoir 3 types de forfait :

a) Un forfait (automatique) par programme et par patient :

Son montant varie en fonction du nombre de séances proposées aux patients, qui se substitue au paiement à l'acte.
La structure reçoit le forfait et détermine les modalités de répartition entre les professionnels qui la composent.

Le montant du forfait par programme et par patient est fonction du nombre de séances proposées au patient :

- ⇨ 250 euros pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 séances.
- ⇨ 300 euros lorsque le nombre de séances est porté à 5 ou 6.

Il couvre :

- le diagnostic éducatif initial,
- la rémunération des professionnels pour les séances individuelles et collectives, y compris le temps de coordination et la transmission des informations aux principales étapes de la démarche,
- l'évaluation individuelle finale du bénéfice de l'ETP pour le patient et la synthèse écrite,
- les frais de fonctionnement : location de la salle, frais d'entretien des locaux, logistique, matériel, document,
- les supports.

A noter qu'une indemnisation de 100 euros est prévue en cas d'abandon du programme par le patient après le diagnostic initial et la 1ère séance.
Il n'y a pas, non plus, de cumul possible avec d'autres forfaits sortant du cadre des expérimentations.

b) Un forfait (optionnel) pour l'aide à la structuration initiale du projet :

Il est d'un montant de 1000 euros et est alloué en début de programme.

c) Un forfait (optionnel) de formation :

Il s'agit d'un forfait versé sur justificatif de dépenses dans la limite de 2 formations par an et par type de programme.
Il est de 1000 euros par professionnel et n'est pas cumulable avec celui du dispositif de développement professionnel continu.

2.4.2.6. Engagement des sites :

Le site accepte de renseigner un certain nombre d'indicateurs de suivi d'activité et de résultat, notamment :

- Evolution annuelle de la file active de patients,
- Accessibilité géographique (nombre de sites, territoire géographique couvert), accessibilité horaire (plages horaires proposées pour les séances),
- Contenu du programme : nombre de séances individuelles/collectives,
- Pourcentage de patients terminant le programme (participation à l'ensemble des séances prévues lors du diagnostic éducatif ainsi qu'à l'évaluation individuelle des compétences acquises),
- Pourcentage des patients dont les objectifs d'acquisition des connaissances fixés lors du diagnostic éducatif ont été jugés atteints lors de l'évaluation individuelle,
- Pourcentage de satisfaction des bénéficiaires en terme de modalités de l'enseignement et d'acquisition des connaissances.

En fin d'année, l'ARS invite les sites expérimentateurs à un échange sur les résultats, les conditions et difficultés de l'expérimentation.

2.4.3. Module 3 : coopération entre professionnels de santé :

Le module 3 est actuellement en cours de travail.

Les professionnels peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients.

2.4.4. Module 4 : capitation ou forfait pour les maladies chroniques :

Le module 4 n'est pas d'actualité.

Mais il prévoit une rémunération forfaitaire de la prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique par une équipe soignante.

Il s'agit d'un forfait ayant pour vocation de remplacer la totalité des actes et forfaits alloués, précédemment facturés par les professionnels pour le traitement de ces patients.

2.5. Conclusion :

Cette expérimentation, déployée sur le plan national, va permettre de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficience des soins de premier recours, en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Et ainsi, elle pourrait être à l'origine de la définition des conditions nécessaires à la généralisation des nouveaux modes de rémunération.

Pour cela une évaluation de ces expérimentations est prévue, courant 2013, et elle sera basée sur les données fournies par les MSP/PSAP.

Cette évaluation sera menée par PROSPERE : équipe de professionnel regroupant l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), la Société Française de Médecine Générale (SFMG) et le CEntre de Recherche MEdecine, Science, santé et société (CERMES), en accord avec l'ARS.

CHAPITRE 2

Etat des lieux 2011 du partage d'informations au sein des MSP/PSAP concernés par l'ENMR en Lorraine:

1. INTRODUCTION :

Afin d'assurer leurs missions de coopérations interprofessionnelles, la coordination et la continuité des soins, les MSP et les PSAP doivent disposer d'un système d'information sécurisé et interopérable entre les différents professionnels d'une même structure, mais également avec des acteurs externes (laboratoires d'analyses médicales, cabinets de radiologie, voire établissements de santé…).
Le partage d'information est un objectif de coordination et de continuité des soins dans le cadre des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR). Comme nous l'avons développé précédemment, ces expérimentations proposent des modes de rémunérations alternatifs au paiement à l'acte sous réserve de l'atteinte d'objectifs et concernent toute structure pluridisciplinaire ambulatoire ayant formalisé un projet de santé.

Au travers d'une enquête qualitative, nous nous proposons de faire l'état des lieux du partage d'information au sein des six MSP et PSAP Lorrains concernés par l'ENMR. Des entretiens individuels ont été menés auprès des six professionnels référents de ces six structures. Ces entretiens ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien semi-structuré.
Quelles sont les difficultés auxquelles se heurtent le partage de données au sein des ces structures ?

2. MATERIELS ET METHODES :

L'objectif de l'étude a été de faire l'état des lieux du partage des données de santé au sein des MSP/PSAP lorrains concernés par l'ENMR.

Pour répondre à cet objectif une étude qualitative a été menée.

La méthode de recueil de données a consisté en la réalisation d'entretien individuel grâce à un guide d'entretien semi-structuré : mis en annexe n°2.

La population étudiée est celle des six professionnels référents des six MSP/PSAP lorrains concernés par l'ENMR.

Le guide d'entretien a été soumis aux six participants par courrier électronique. Puis, l'entretien individuel s'est déroulé soit par contact téléphonique soit au sein de la structure, en fonction de leur disponibilité.

Le traitement des réponses a été effectué selon 5 parties :

- Présentation de la structure.
- Dossier médical sur support papier.
- Equipement informatique de la structure.
- ENMR :
    - Indicateurs sélectionnés,
    - Données de santé partagées,
    - Outil informatique et adaptations techniques.
- Remarques éventuelles.

3. RESULTATS :

Les entretiens ont été réalisés auprès des référents des six MSP/PSAP. Les six référents ont répondu au questionnaire (taux de participation 100%).
Ces référents sont tous médecins généralistes (5 hommes et 1 femme).

3.1. Présentation de la structure :

- Concernant les professions administratives :

Toutes les structures sont dotées d'un secrétariat.

- Concernant les professions médicales :

  - Le nombre de professionnels médicaux est variable mais dans tous les cas supérieur à deux,

  - Au sein des MSP/PSAP, tout ou une partie des médecins généralistes sont maîtres de stage pour les 2ème et/ou 3ème cycles,

  - Une seule structure accueille des vacations de médecins spécialistes (1 vacation de gynéco-obstétrique/oncologie et 1 vacation de chirurgie orthopédique), ainsi qu'une vacation de sage-femme,

  - Un à deux chirurgiens-dentistes font partie de l'équipe de cinq des six MSP/PSAP.

- Concernant les professionnels paramédicaux :

  - Comme le montre le tableau n°3, la composition de l'équipe de professionnels paramédicaux est variable, la seule catégorie commune est celle des IDE,

  - Les IDE et les masseurs-kinésithérapeutes peuvent accueillir des étudiants,

  - Une particularité à noter : une MSP accueille une infirmière de santé publique : réseau Action SAnté Libérale En Equipe (ASALEE : intervention d'une infirmière de santé publique en cabinet de médecine générale pour le suivi de patients diabétiques de type 2).

- Concernant les professionnels médicosociaux :

Un PSAP accueille à la fois un assistant social et l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR).

	MSP A	MSP B	PSAP C	MSP D	MSP E	PSAP F
IDE (Elève Infirmier Diplômé d'Etat : EIDE)	3 accueillant EIDE	3 accueillant EIDE	11 accueillant EIDE	- 2 IDE - 1 infirmière de santé publique : réseau ASALEE	4 accueillant EIDE	1 Au sein de la structure
Masseur(s)-kinésithérapeute(s)	2 accueillant un étudiant	2	5	0	0	0 au sein de la structure
Orthophoniste(s)	1	0	1	0	0	1 Au sein de la structure
Pédicure(s) – podologue(s)	0	1	1	1	0	1 Au sein de la structure
Diététicienne(s)	0	1	0	0	0	1 Au sein de la structure
Psychologue(s)	0	1	0	0	2	0
Autre(s)	0	0	1 opticien	0	0	ADMR dans la structure
Total	6	8	19	4	6	5

Tableau 3 : Répartition des professionnels paramédicaux au sein des MSP/PSAP.

3.2. Dossier médical sur support papier :

Le dossier médical sur support papier est présent dans toutes les structures mais pour les professionnels médicaux de deux d'entre elles il n'est plus utilisé (archives uniquement).

Pour toutes les MSP/PSAP : ces dossiers médicaux sont partagés entre les médecins généralistes, ainsi qu'avec les médecins spécialistes pour le PSAP accueillant des vacations de médecins spécialistes.

Pour 5 des 6 structures, les dossiers sont rangés dans un local indépendant.
Pour la dernière, ils sont rangés dans le bureau médical commun aux deux médecins généralistes.

Pour l'ensemble des MSP/PSAP, leur accès est protégé aux heures de fermeture (locaux fermés à clés et certains d'entre eux protégés par une alarme).

3.3. Equipement informatique :

3.3.1. Description générale :

- Postes informatiques au sein des 6 MSP/PSAP :

Le tableau n°4 indique le nombre de postes informatiques par MSP/PSAP.
Ce nombre est variable d'une structure à l'autre.
A noter qu'un seul professionnel utilise un terminal mobile (« PALM ») pour réaliser les actes à domicile.

	MSP A	MSP B	PSAP C Maison médicale	MSP D	MSP E	PSAP F
Postes fixes	7	7	3	9	8	9
Ordinateurs portables	0	Dont 3 pouvant devenir portables	5	0	0	0
Terminaux mobiles	0	3 mais 1 seul utilisé	0	0	0	0
Total	7	10	8	9	8	9

Tableau 4 : Nombre de postes informatiques au sein des MSP/PSAP.

- Répartition des postes informatiques par professionnels : (tableau n°5)

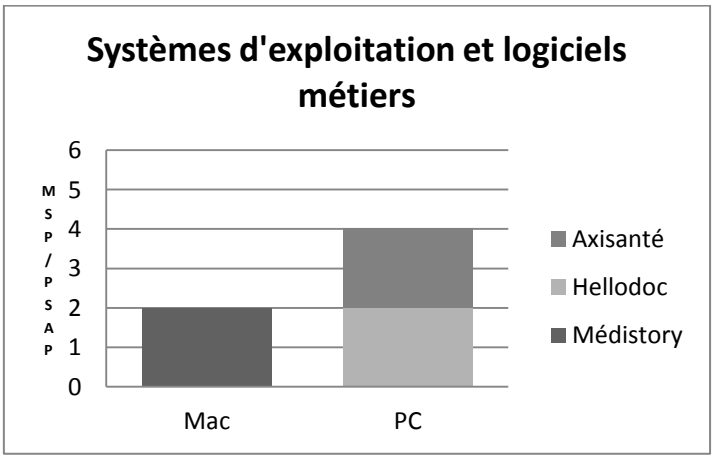
  - Il y a un poste informatique par professionnel médical,
  - Il y a un poste informatique par secrétariat (pour les cinq structures dotées d'un secrétariat informatisé), à noter qu'une MSP n'a pas de secrétariat informatisé, celui-ci est en projet,
  - Pour les MSP il y a un poste informatique par catégorie de professionnel de santé. Concernant les PSAP, les paramédicaux sont informatisés et il y a un à deux postes par équipe de paramédicaux.

	MSP A	MSP B	PSAP C	MSP D	MSP E	PSAP F
Répartition par professionnel médical (médecins généralistes)	1 par médecin (4)	1 par médecin (3)	1 par médecin (5)	1 par médecin (6)	1 par médecin (6)	1 par médecin (3)
Répartition par professionnel paramédical	1 par catégorie de professionnel (3)	- 1 pour les IDE - 1 pour les masseurs-kinésithéra-peutes - 1 pour diététicienne/ psychologue - 1 pour podologue (4)	- 6 pour les IDE - 3 pour les masseurs-kinésithéra-peutes - 1 pour orthophoniste - 1 pour podologue - plusieurs pour l'opticien.	- 1 pour l'infirmière de santé publique - autres : non	1 pour les IDE	1 par paramédical
Répartition par professionnel administratif	0	- 1 poste secrétariat - 1 poste pour la comptabilité	- 2 pour secrétariat - 1 pour salle de réunion	- 1 poste secrétariat - 1 dans le local informatique commun	1 poste pour les secrétaires	1 poste pour les secrétaires

<u>Tableau 5</u>: Répartition des postes informatiques par catégories de professionnels des MSP/PSAP.

- <u>Systèmes d'exploitation :</u>

La figure n°1 montre la répartition des systèmes d'exploitation des professionnels médicaux et administratifs au sein des six MSP/PSAP ainsi que leurs logiciels métiers.



<u>Figure 1 :</u> Systèmes d'exploitation et logiciels métiers au sein des six MSP/PSAP.

Concernant l'informatisation des professionnels paramédicaux :

- Au sein de la même structure : leur système d'exploitation peut être discordant de celui des autres professionnels,
- leurs logiciels métiers sont différents d'une catégorie de professionnel paramédical à une autre.

- Système de connexion entre les postes informatiques des structures :

Il existe un système de connexion commun au sein de toutes les structures :

- entre les postes informatiques des médecins généralistes
- et le poste du secrétariat (lorsqu'il est informatisé : 5 des 6 MSP/PSAP),
- voire avec le poste d'une salle de réunion informatisée.

Le WIFI est le système de connexion majoritairement utilisé (éthernet pour une MSP).

- Référent informatique :

- pour cinq des six MSP/PSAP, un professionnel se charge de cette fonction,
- pour la dernière, cette fonction est assurée conjointement par deux professionnels.

Tous les référents informatiques sont des médecins généralistes (hommes).

- Espace de travail informatique commun :

- quatre des six MSP/PSAP considèrent le logiciel comme espace informatique commun,
- les deux autres ont un local informatique commun.

3.3.2. Sécurisation de l'accès aux données de santé :

- Protection physique des fichiers :

Les sauvegardes des fichiers sont exécutées par :

- Les secrétaires pour deux MSP/PSAP,
- Le même médecin généraliste (sauvegarde hebdomadaire) et les secrétaires (sauvegarde quotidienne) pour un PSAP,
- Le même médecin généraliste pour une MSP,
- Deux médecins généralistes en alternance pour deux MSP.

Pour quatre des six structures la sauvegarde des fichiers est quotidienne. Pour les deux autres, le rythme n'est pas systématisé.

Pour toutes les structures, les sauvegardes sont effectuées sur support de stockage de données informatiques amovible, ce dernier étant conservé au domicile du professionnel ayant exécuté la sauvegarde.

Pour l'ensemble des MSP/PSAP, leur accès est protégé aux heures de fermeture (locaux fermés à clés et certains d'entre eux protégés par une alarme).

- Identification et authentification des utilisateurs :

Pour l'ensemble des MSP/PSAP, l'accès au dossier médical n'est possible qu'après l'identification (CPS) complétée de l'authentification (mots de passe) des professionnels médicaux.

- Définition des droits d'accès :

Le niveau d'accès au logiciel médical est identique pour tous les professionnels médicaux des six MSP/PSAP.

- Cryptage :

Pour le partage de données avec « l'extérieur » (résultats d'analyses biologiques, radiologiques, courriers de médecins spécialistes), toutes les structures ont un système de messagerie cryptée : Apicrypt.

Concernant le partage de données en « interne » : aucune structure n'a de système de messagerie cryptée (une MSP communique par système de messagerie non sécurisée).

- Masquage de données de santé :

Les logiciels Hellodoc et Médistory ne le permettent pas.
Le logiciel Axisanté le permet, mais cette fonctionnalité n'est pas utilisée par les professionnels médicaux.

- Programme de surveillance :

Tous les logiciels utilisés par les professionnels médicaux ont un système de surveillance des opérations effectuées sur les dossiers médicaux (journal de transaction).

3.4. Expérimentation des nouveaux modes de rémunération :

3.4.1. Indicateurs sélectionnés:

3.4.1.1. Objectifs de qualité des pratiques choisis :

Le tableau n°6 indique les quatre objectifs de qualité des pratiques choisis par les six MSP/PSAP parmi les douze proposés. Il ressort que quatre objectifs sont principalement sélectionnés :

- Dépistage des cancers : cancer colorectal et cancer du sein,
- Lutte contre l'HTA,
- Prise en charge des diabétiques.

	MSP A	MSP B	PSAP C	MSP D	MSP E	PSAP F
a) Dépistage des cancers : - cancer colorectal :	■		■	■	■	■
- cancer du sein :	■	■			■	■
b) Prévention contre la grippe saisonnière : - pour les patients de 65 ans et plus				■		
-vaccination par IDE						
c) Lutte contre l 'HTA :		■	■	■		■
d) Prise en charge des diabétiques :		■	■	■	■	■
e) Prévention de l'obésité :						
f) Prévention du risque cardio-vasculaire :		■				
g) Dépistage de la maladie d'Alzheimer :						
h) Accompagnement Alzheimer :						
i) Prescription par les paramédicaux :	■				■	
j) Lombalgies chroniques :	■		■			

Tableau 6 : Objectifs de qualités des pratiques choisis par les MSP/PSAP.

3.4.1.2. Objectifs de coordination et de continuité des soins :

Le nombre d'objectifs requis est de quatre. Le tableau n°7 indique les objectifs sélectionnés par les six MSP/PSAP.
Deux structures ont choisi la totalité des objectifs, une autre a choisi six des sept objectifs.

	MSP A	MSP B	PSAP C	MSP D	MSP E	PSAP F
a) Coordination des soins : - consultation/série d'acte paramédical tracé dans dossier médical commun tenu par chaque médecin traitant :	■	■				■
- continuité des soins en dehors des heures de fonctionnement du site :	■	■	■	■	■	■
- continuité des soins aux heures de fonctionnement du site :	■	■	■	■	■	■
- Coordination des soins avec une structure extérieure (HAD*, SSIAD**…) :	■	■	■			■
b) Partage d'information : - Espace de travail informatique commun :	■	■		■	■	■
- Réunions de concertation/suivi organisées régulièrement :	■	■	■	■	■	■
c) Organisation des pratiques :	■	■				

*HAD : Hospitalisation A Domicile
** SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

Tableau 7 : Objectifs de coordination et de continuité des soins

3.4.2. Données de santé partagées :

- Dossier médical commun :

Pour tous les MSP/PSAP, il apparaît que les dossiers médicaux informatisés sont communs aux professionnels médicaux (médecins généralistes et spécialistes en vacation). Ces professionnels ont des niveaux d'accès au dossier médical équivalents.

Pour les cinq structures ayant un secrétariat informatisé, les secrétaires ont accès au dossier médical du patient.
Pour deux d'entre elles, les secrétaires y accèdent selon un mode « dégradé » (en écriture).

Quatre des six structures ont un dossier médical commun au sein du réseau Insuffisance CArdiaque LORraine (ICALOR).

- Agenda partagé :

L'agenda partagé entre professionnels médicaux est présent pour trois des six MSP/PSAP. Pour l'un d'entre eux, il existe un agenda partagé pour les masseurs-kinésithérapeutes.

- Communication au sein des MSP/PSAP :

La figure 2 met en évidence que la communication entre professionnels de santé au sein d'une même structure:

- Se fait pour la totalité des MSP/PSAP par oral,
- Se fait pour quatre d'entre elles par documents écrits.

Les documents écrits sont intégrés au dossier médical informatisé pour quatre d'entre elles.
Une MSP a un réseau de communication non crypté entre les professionnels médicaux.
Un PSAP a le projet d'un système de communication pour l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux du pôle par messagerie sécurisée (type apycript).

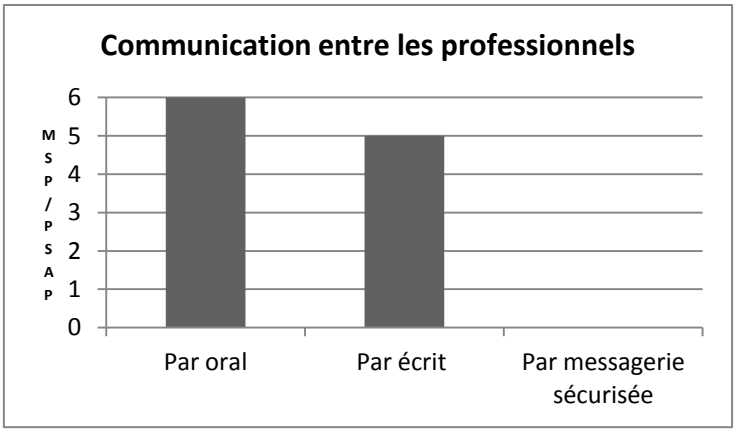


Figure 2 : Communication entre professionnels médicaux et paramédicaux d'une même structure.

3.4.3. Outil informatique et adaptation technique :

- Visualisation des niveaux de réalisation des objectifs de pratiques :

La moitié des MSP/PSAP n'a pas la possibilité de connaître leur niveau de réalisation.
Pour l'autre moitié, les requêtes réalisées par le logiciel métier ne sont pas fiables, car les chiffres obtenus sont discordants avec ceux de l'ARS et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Pour connaître leur niveau de réalisation :

- Deux structures exécutent des comptages manuels après avoir réalisé un encodage des données,
- Toutes les MSP/PSAP attendent les données communiquées par la CNAM/réunion annuelle de l'ARS.

- Améliorations du logiciel :

Cinq des six référents interrogés connaissent les améliorations à apporter au logiciel et quatre d'entre eux ont contacté leur éditeur de logiciel.

- Connaissances informatiques :

Pour l'ensemble des référents, la mise à jour de leurs connaissances informatiques se fait grâce aux mises à jour du logiciel fournies par l'éditeur de logiciel.

Deux référents interrogés ont pris connaissance du cahier des charges « Système d'Information des MSP/PSAP/Centre de santé polyvalents » publié par l'ASIP Santé[(54)].

- Compatibilité DMP :

Pour cinq des six MSP/PSAP, le logiciel n'est pas compatible avec le DMP. Pour la sixième, le référent interrogé ne sait pas si le logiciel est compatible.

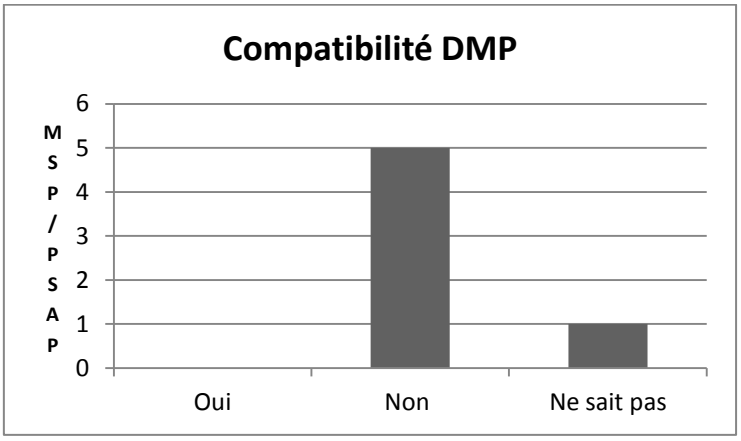


Figure 3: Compatibilité du logiciel métier avec le DMP

3.4.4. Information du patient :

L'information du patient est délivrée principalement au patient :

- Par une affiche dans la salle d'attente,
- Et par oral lors du colloque singulier entre le médecin et le patient.

Deux structures ont le projet de créer une fiche de recueil de consentement à intégrer au dossier médical du patient.

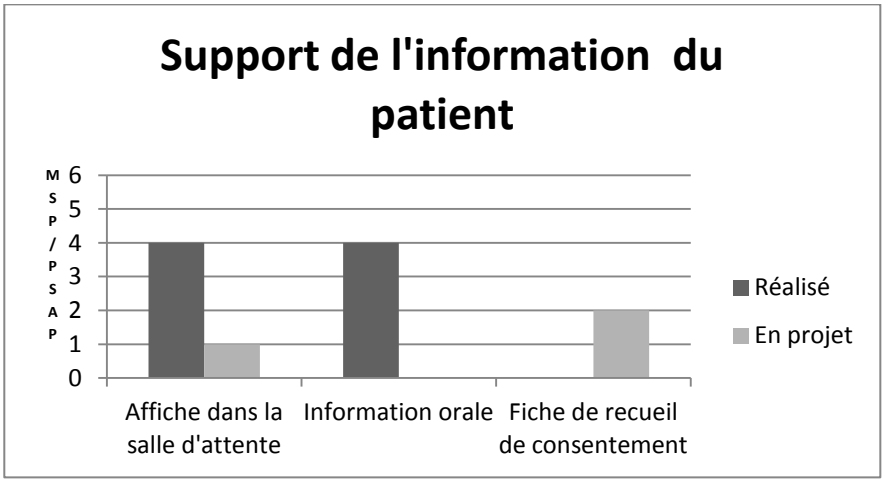


Figure 4 : Information du patient sur le partage de ses données de santé.

D'après l'ensemble des référents interrogés : les patients n'ont pas émis de remarques négatives concernant le partage de leurs données de santé.

3.5. Remarques éventuelles :

Les remarques faites dans cette partie de l'entretien peuvent s'organiser en deux parties :

- Problématiques ressenties sur le partage de données :

Les réponses des six référents se rejoignent selon deux axes :

- Non adaptation des logiciels au partage de données de santé
- Non adaptation de la législation au partage de données de santé

Trois référents s'accordent sur le fait : « qu'il va y avoir du travail », car ces adaptations nécessitent :

- « Du temps »,
- « Un investissement financier »,
- « Une formation adaptée des professionnels aux systèmes d'information en santé ».

Il ressort également que les MSP/PSAP s'organisent pour le partage de données de santé: instauration de réunions régulières entre professionnels de santé de la structure.

- Existence de projets au sein de la structure :

Les MSP/PSAP ont plusieurs projets :

- Informatisation du secrétariat non encore informatisé,
- Instauration de réunions pour celles n'en réalisant pas,
- Mise en place de système de communication crypté entre les professionnels d'une même structure,
- Pour l'information du patient : création de fiche de recueil de consentement au partage de ses données de santé.

4. DISCUSSION :

4.1. A propos de la méthode employée :

La méthode de recherche sélectionnée pour ce travail est la recherche qualitative par entretien individuel, réalisé au moyen d'un guide d'entretien semi-structuré.
La recherche qualitative apparaît adaptée à ce sujet de soins primaires car elle permet d'étudier le partage de données de santé dans le cadre d'une expérience nouvelle : les nouveaux modes de rémunérations, mais également de recueillir les expériences et réactions personnelles sur ce sujet.

L'entretien individuel a été choisi car son organisation est plus facile. En effet il permet de tenir compte des obligations des professionnels interrogés.
Les entretiens ont duré de 20 à 35 min.
Les participants sont tous très impliqués au sein de leur structure respective mais également très engagés pour faire évoluer la profession de médecin généraliste, nous faisant penser que leurs réponses ont été spontanées et honnêtes.
Les réponses aux questions ouvertes ont été retranscrites manuellement et non au mot près, comme cela aurait pu être possible grâce à l'enregistrement des entretiens. Celui-ci n'a pas été envisagé.

Le guide d'entretien semi-structuré a été réalisé après une revue de la littérature relative au sujet du travail. Il serait ambitieux de penser qu'elle a été exhaustive.

L'échantillon est réduit et non randomisé : les six référents des MSP/PSAP concernés par l'ENMR, conduit à un biais ne permettant pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des MSP/PSAP.

4.2. A propos des résultats :

4.2.1. Organisation pluridisciplinaire :

Au sein des six MSP/PSAP, la composition de l'équipe de professionnels est variable mais il existe une base commune:

- plus de deux médecins généralistes,
- et les IDE.

D'autres professionnels viennent compléter cette base, probablement en fonction de l'opportunité d'installation et des besoins de la population :

- fréquemment : les chirurgiens-dentistes,
- de manière plus variable : les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les orthophonistes, les diététiciens, les psychologues,
- plus rarement : vacation de médecins spécialistes ou de sage-femme.

Ces structures permettent également d'accueillir des acteurs du secteur médico-social, qui offre un atout supplémentaire à l'offre de soin.

Les six MSP/PSAP assurent au sein d'une même structure une prise en charge sanitaire, voir médicosociale, diversifiée.

Ces lieux de prise en charge sanitaire sont également des lieux de partage de connaissance, dont bénéficient les étudiants en médecine (2ème et 3ème cycle) mais également les étudiants paramédicaux.

4.2.2. Organisation coordonnée :

4.2.2.1. Organisation interne :

4.2.2.1.1. Partage d'information sécurisé :

- Comme le montrent les résultats de l'étude, le partage d'information entre médecins généralistes est possible grâce aux dossiers médicaux qu'ils soient informatisés (par interconnexion des postes informatiques) ou non.

On remarque que le dossier médical sur support papier commence à être délaissé au profit de l'informatisation, ne servant plus qu'à l'archivage de documents papiers.

Avec l'informatisation des dossiers médicaux, un nouveau rôle apparaît : celui de référent informatique, actuellement assuré par des médecins généralistes.
Devant l'émergence des nouvelles technologies d'information et de communication, nous pouvons nous poser la question de l'apparition d'un nouveau poste au sein des MSP/PSAP entièrement dédié à ce rôle.

- Les logiciels métiers des médecins généralistes répondent aux critères de sécurisation (cahier des charges des éditeurs de logiciels métiers), et les professionnels exécutent des sauvegardes régulières.

Notons que les droits d'accès sont identiques pour tous les médecins généralistes.
Il n'y a donc pas de niveaux d'accès différents permettant à d'autres professionnels de santé de s'y connecter.

Les logiciels actuellement utilisés ne permettent pas de créer un dossier médical partagé.

En effet, ils ont initialement été prévus pour le colloque singulier entre le médecin et le patient.

On remarque également que les logiciels ne sont pas adaptés à l'évaluation des objectifs des nouveaux modes de rémunération. Les éditeurs contactés par les référents informatiques n'ont pas apporté de solution à cette problématique.

- Les professionnels paramédicaux sont en grande majorité informatisés, mais il apparaît une disparité des systèmes d'exploitation et de logiciels métiers.

Cette disparité ne permet pas l'interopérabilité des systèmes.
C'est sans doute pour cette raison que certaines structures ont le projet de développer un système de messagerie sécurisée.

L'harmonisation des systèmes d'informations au sein des MSP/PSAP nécessite de définir les besoins de tous les acteurs de santé. Ce projet demande une implication logistique et financière non négligeable.

Ainsi il serait intéressant d'étudier le point de vue et les besoins des professionnels paramédicaux en matière de partage d'information.

- Dans le cadre des ENMR, seulement la moitié des structures ont sélectionné l'objectif du dossier médical commun. Les problématiques techniques et législatives ressortant des paragraphes précédents en sont vraisemblablement à l'origine.

4.2.2.1.2. Réunions pluri-professionnelles :

La plupart des MSP/PSAP organisent des réunions pluri-professionnelles, dans l'intérêt thérapeutique du patient. Ces réunions s'inscrivent dans le parcours de soins coordonné.

Certaines structures ont des salles de réunion informatisées, où l'accès au dossier médical du patient est commun aux différents professionnels de santé. Cet accès se fait dans l'intérêt thérapeutique du patient et dans le respect du secret professionnel.

4.2.2.1.3. Secrétariat :

Un poste important pour assurer la coordination interne est le poste de secrétariat. Ce dernier est informatisé, ou en voie de le devenir, permettant ainsi l'instauration d'un agenda partagé.

Lorsque que l'agenda partagé est présent, il est partagé uniquement entre les médecins généralistes (une seule MSP a un agenda partagé pour les masseurs-kinésithérapeutes).

L'agenda partagé s'avère être une fonctionnalité que devrait permettre le logiciel métier.

4.2.2.1.4. Autres missions des MSP/PSAP :

Le mode de fonctionnement de ces structures permet d'assurer l'accès, la continuité et la permanence des soins.
D'ailleurs toutes les structures se sont engagées à tenir les objectifs de continuité des soins dans le cadre de l'ENMR.

4.2.2.2. Coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire :

- La communication des examens complémentaires (laboratoires d'analyses médicales, cabinets de radiologie) ou la communication avec des médecins spécialistes est permise grâce à un système de messagerie sécurisée : Apicrypt.

Apicrypt est un procédé de cryptage de données médicales confidentielles circulant par message (technologie de l'information et de la communication dans l'exercice de la médecine) [55].

- Coordination des soins au sein d'un réseau :

La majorité des MSP/PSAP fait partie du réseau ICALOR[56].
ICALOR a pour objectif principal l'amélioration de la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques de Lorraine ayant déjà été hospitalisés pour décompensation cardiaque.
Ce réseau a, entre autre, mis en place un dossier médical partagé. Une fiche de recueil de consentement éclairé est signée par le patient mais également par le médecin traitant. Ce dossier a pour vocation la circulation minimale d'information nécessaire à la coordination des soins.
Une cellule de coordination existe pour assurer le fonctionnement des différentes activités du réseau (locaux au sein de l'hôpital de Brabois).
Les données de santé sont hébergées par un hébergeur de données de santé agréé (diatelic).

4.2.2.3. DMP :

L'étude montre que les structures interrogées ne sont pas prêtes au DMP, faute de compatibilité des logiciels métiers.
La « DMP compatibilité[57] » nécessite donc un investissement supplémentaire des professionnels de santé dans le cadre de l'interopérabilité des systèmes d'informations de santé partagé (CI-SIS).

4.2.3. Information du patient :

Au sein des six MSP/PSAP, les patients sont informés sur le partage de leurs données de santé.
Le patient devant consentir au partage de ses données de santé, il nous paraît important de développer les projets de fiches de recueil de consentement éclairé (intégrées secondairement au dossier médical informatisé).

Une fonction peu développée, qui place le patient en position d'acteur pour l'accès à ses données de santé, est le masquage de certaines de ses informations de santé. Le traçage du masquage est essentiel car il permet, entre autre, d'ouvrir le dialogue entre le patient et les autres praticiens.

Les praticiens des six structures constatent que les patients apparaissent plutôt satisfaits du partage d'information.
Une étude complémentaire pourrait être menée afin de connaître réellement le point de vue des patients à ce sujet.

4.3. Perspectives :

Les modifications législatives ainsi que les perspectives techniques seront abordées dans la troisième partie de ce travail de thèse.

5. CONCLUSION :

Les MSP/PSAP sont des lieux de partage, tant sur le plan du partage de l'information nécessaires à la coordination et la continuité des soins, que sur le plan du partage de connaissances.
Le partage de données de santé se heurte à deux difficultés majeures : une législation et des systèmes informatiques non adaptés à cette fonction.

La création d'un dossier médical commun au sein de ces structures apparaît essentielle à la coordination des soins mais son développement demande un investissement non négligeable de la part des MSP/PSAP. Les forfaits alloués dans le cadre des nouveaux modes de rémunération sont susceptibles de permettre aux MSP/PSAP d'investir dans des systèmes d'information adaptés à leurs objectifs de partage.
Au terme de l'ENMR, leur évaluation permettra de mesurer l'efficacité, le coût et l'efficience de l'exercice regroupé pluri-professionnel. Les résultats conditionneront peut-être sa généralisation.

Le législateur a compris l'importance de faciliter le partage d'information au sein des MSP/PSAP : la proposition de loi Fourcade a été adoptée au mois d'août 2011. Celle-ci devrait permettre de faciliter le partage des données de santé tout en respectant les droits du patient.
De plus, les éditeurs de logiciels s'attellent à la création de systèmes d'informations communicants et interopérables.
Nous nous proposons de développer ces deux points dans la troisième partie de ce travail de thèse.

TROISIEME PARTIE

Perspectives législatives et techniques. Information du patient.

1. PERSPECTIVES LEGISLATIVES : PROPOSITION DE LOI FOURCADE :

1.1. Objectifs de la proposition de loi Fourcade :

Cette proposition de loi a pour objectif d'apporter au Code de Santé Publique et au Code de la Sécurité Sociale certaines modifications à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'Hôpital relative aux Patients, à la Santé et aux Territoire (HPST).

Les principales dispositions du texte et des amendements des commissions sont mises en annexe n°3.

1.2. Applications aux MSP :

1.2.1. Les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA)[58] :

La loi Fourcade propose la création d'un nouveau type de société civile, la société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA), permettant un regroupement des professionnels de santé issus de spécialités différentes.

Le livre préliminaire de la 4ème partie du CSP est complété par un titre IV : *« TITRE IV : LES SOCIETES INTERPROFESSIONNELLES DE SOINS AMBULATOIRES ».*

Le livre IV est organisé en 3 chapitres :

- Chapitre Ier « Constitution de la société », introduisant les articles L.4041-1 à L.4041-7.
- Chapitre II « Fonctionnement de la société », introduisant les articles L.4042-1 à L.4042-3
- Chapitre III « Dispositions diverses », introduisant les articles L.4043-1 et L.4043-2

Les SISA pourront être constituées de professionnels médicaux, d'auxiliaires médicaux et, nouveauté, de pharmaciens titulaires.
Leurs objectifs sont[59]:

- « La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés,
- L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé relevant de leurs professions respectives. »

1.2.2. Renforcement du statut juridique des MSP[60]:

L'article 2 de la proposition de loi redéfinit les MSP et autorise le partage d'information :

- Nouvelles caractéristiques de la MSP :

La proposition de loi se propose de modifier l'article L. 6323-3 du CSP :

- ❖ Définition de la MSP comme « personne morale constituée des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux » et adjonction des pharmaciens,

- ❖ Définition des activités de soins : « activités de soins sans hébergement de 1er recours au sens de l'article L.1411-11, et le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 »,

- ❖ Définition d'un projet de santé répondant à un cahier des charges: participation « à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre du projet de santé »,

- ❖ Conformité du projet de soin au SROS mentionné à l'article L.1434-2 du CSP,

- ❖ Adhésion de l'ensemble des professionnels de santé : « ce projet de santé est signé par l'ensemble des professionnels de santé membres de la MSP. Il peut également être signé par tout professionnel de santé dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. ».

- Partage d'information :

La proposition de loi projette d'insérer 4 alinéas supplémentaires après le 3ème alinéa de l'article L.1110-4 du CSP, de telle sorte que :

« Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

- Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'est pas retiré selon les mêmes formes ;
- De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6323-3 ;
- La personne dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. »

Cette disposition vise à répondre à une attente des professionnels de santé mais également à la nécessité de la réalisation du projet de soins.

1.3. Actualités :

Dans le cadre de l'organisation des soins de premier recours, certaines dispositions de la réforme HPST se sont révélées d'application difficile, ainsi la proposition de Loi Fourcade vise à la simplifier.

Le législateur a apprécié l'importance de modifier le statut des MSP/PSAP, en effet la proposition de loi Fourcade a été adoptée le 1O août dernier.

Ainsi cette loi va permettre de faciliter le partage de données de santé au sein des MSP/PSAP, tout en respectant le droit du patient.

2. PERSPECTIVES TECHNIQUES :

2.1. Introduction :

Comme le montre le cahier des charges national concernant les systèmes d'informations des MSP/PSAP et centres de santé publié par l'ASIP Santé[54], l'évolution technologique de ces structures est au cœur des préoccupations des agences gouvernementales. Ce cahier des charges démontre l'importance de définir un cadre structurant pour le développement de système d'informations compatible avec la pluridisciplinarité des soins de premier recours.

De même les éditeurs de logiciels ont pris conscience des améliorations à apporter au logiciel métier des professionnels, afin de répondre aux attentes des professionnels de santé.

2.2. Systèmes d'information :

Dans ce cahier des charges, l'ASIP Santé propose deux modèles de système d'information adapté aux différents modes d'organisation des structures pluri-professionnelles :

- le modèle intégré semble plus adapté aux MSP, PSAP : « MSP hors murs », et centres de santé,
- le modèle distribué semble plus adapté aux PSAP rassemblant des professionnels de santé et des organisations de type établissements de santé et réseaux de santé et MSP.

2.2.1. Modèle intégré :

Les organisations de type : MSP, PSAP « hors mur » et centres de santé nécessitent un système d'information de type intégré à la structure, afin d'organiser une prise en charge coordonnée de chaque patient par les différents professionnels de santé autour du médecin traitant. Cette organisation de professionnels de santé s'apparente au fonctionnement d'une équipe de soins.

Ce modèle intégré nécessite une adaptation des logiciels métiers : aux fonctionnalités déjà présentes dans les logiciels métiers disponibles sur le marché (dossier patient, facturation), il convient d'ajouter les évolutions suivantes :

- Gestion des accès et habilitations en fonction du patient, de la catégorie professionnelle de l'utilisateur, du contenu… (associées à une fonction de traçabilité),

- Partage de données médicales permettant la coordination du parcours de soins d'un même patient. Selon l'ASIP Santé[54], deux documents ont été identifiés comme outil de partage d'informations plus spécifiques à ces structures :
  - Vue de synthèse : ensemble des données de santé essentielles à la prise en charge du patient : antécédents, dernières prescriptions, note de synthèse élaboré par le médecin traitant, évènements prévisionnels de la prise en charge,
  - Fiche de suivi par pathologie : pour le suivi des patients atteints de maladie chronique.

- Agenda partagé pour les professionnels de santé permettant la gestion:
  - des plages horaires des praticiens,
  - des disponibilités des patients,
  - des absences (ponctuelles ou régulières),

  ⇨ permettant au secrétariat d'avoir une vision globale des rendez-vous du patient.

- Requêtes fiables nécessitant un langage informatique commun utilisé par l'ensemble des professionnels de santé ayant accès au dossier médical du patient (production d'indicateurs d'activités et de pilotage).

L'hébergement externe de ce type de système d'informations auprès de prestataires disposant d'un agrément à l'hébergement de données de santé à caractère personnel pourrait faciliter sa mise en œuvre en dégageant l'obligation des contraintes d'exploitation et de fonctionnement.

Ainsi le dossier patient unique pourrait être composé du dossier médical (partie commune), servant de base, pouvant être complété par chaque professionnel de santé intervenant auprès du patient (partie spécifique par praticiens)[44]. Il convient d'y ajouter une fiche de synthèse[61], facilement extractible, accompagnant le patient dans son parcours de soins (consultations spécialisées…) ainsi qu'une fiche de suivi par pathologie pour faciliter le suivi des patients atteints de maladie chronique et la coordination entre professionnels médicaux et paramédicaux (délégation d'actes entre médecins et IDE…).

2.2.2. Modèle distribué :

Le système d'information selon le modèle distribué semble plus adapté à l'organisation des pôles de santé rassemblant des professionnels de santé et des organisations de type établissements de santé, réseaux de santé et même MSP (définissant une organisation souple adaptée aux objectifs définis par le projet de santé à l'échelle territoriale de chacun de ses membres dans le cadre du parcours de soins)[54].
En effet ce modèle ne nécessite pas de modification des logiciels métiers déjà présents, uniquement une compatibilité DMP. Le DMP joue le rôle de support du partage d'informations médicales entre les différents acteurs prenant en charge le patient.
Le système d'information de ces structures est donc constitué de l'ensemble des logiciels de chaque professionnel sur un modèle distribué, ayant la fonction : « DMP compatibilité ».

2.3. Conclusion :

La pluridisciplinarité des MSP/PSAP nécessite un partage de données de santé afin d'assurer la coordination et la continuité des soins. Le support de ce partage d'informations est le dossier patient unique.

Dans le modèle intégré, l'harmonisation des systèmes d'informations de ces structures implique un investissement important, tant financier que temporel.
En ce qui concerne le modèle distribué, seule la compatibilité DMP est suffisante mais nécessite l'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé ainsi que des patients. D'ailleurs la publication du cahier des charges pour la « DMP compatibilité[57] » montre la volonté d'un déploiement national rapide du DMP.

La création d'un dossier patient unique et partagé au sein des MSP/PSAP est essentielle à la coordination des soins mais nécessite un investissement non négligeable de la part de ces structures.

3. INFORMATION DU PATIENT :

3.1. Introduction:

Avec l'adoption de la loi Fourcade, le partage de données de santé est facilité entre les professionnels de santé d'une même structure sous réserve du recueil du consentement du patient.

Comme le montre l'étude réalisée dans la deuxième partie de ce travail de thèse, l'information du patient se fait essentiellement par oral lors du colloque singulier entre le médecin et le patient ou par l'intermédiaire d'une affichette dans la salle d'attente.
Certaines structures ont le projet d'utiliser une fiche de recueil de consentement. Ces projets s'avèrent intéressants mais doivent être complétés d'une fiche d'information à l'intention du patient.
Par conséquent, nous avons réalisé une fiche d'information patient associée à une fiche de recueil de consentement.

Le principe du consentement éclairé s'applique au partage des données de santé car il s'agit de données sensibles. Ce droit implique :

- La délivrance d'une information claire, loyale et adaptée au degré de compréhension du patient[62],
- Puis par le recueil du consentement du patient (après un délai de réflexion)[63].

3.2. Fiche d'information du patient :

Au même titre que les fiches d'informations concernant une attitude thérapeutique (bénéfices/risques inhérents à une prise en charge chirurgicale, …), l'information concernant le partage des données de santé doit être quasi exhaustive et personnalisée. Elle doit également être délivrée à l'oral à l'occasion d'une consultation. Cette information orale est importante car elle peut être adaptée à chaque patient.
A l'issue de cette consultation, une fiche d'information doit être remise au patient.

Après avoir réalisé ce travail de thèse et à la vue des recommandations fixées par l'ANAES[64], il nous apparaît important que la fiche d'information contienne les notions suivantes :

- les coordonnées du lieu de prise en charge du patient,
- objectifs et bénéfices concernant le partage d'information au sein de la structure,
- rappel de la législation en vigueur,
- droit du patient concernant ses données de santé.

FICHE D'INFORMATION CONCERNANT LE PARTAGE DE VOS DONNEES DE SANTE

- Votre médecin traitant déclaré exerce au sein *d'un(e) Maison de Santé Pluridisciplinaire/ Pôle de Santé Pluridisciplinaire:*

  _____

  (nom et coordonnées de MSP/PSAP)

  Il s'agit d'une structure pluridisciplinaire, c'est-à-dire qu'elle regroupe plusieurs catégories de professionnels de santé (médecins généralistes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens….).
  Cette pluridisciplinarité permet d'assurer la coordination et la continuité des soins participant ainsi à la qualité et l'efficience de votre prise en charge.
  Afin que votre prise en charge soit la plus optimale possible, les professionnels de santé vous prenant en charge seront amenés à partager vos données de santé dans le respect de la législation en vigueur :
    - Article L. 1110-4 du CSP : tous les professionnels de santé sont soumis au secret professionnel,
    - Loi Fourcade : lorsqu'un professionnel de santé vous prend en charge au sein de votre structure, vos informations sont réputées confiées aux autres professionnels de santé de cette même structure vous prenant en charge sous réserve du recueil de votre consentement. Et vous pouvez refuser à tout moment que soient communiquées des informations vous concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

- De plus, votre dossier médical est informatisé et son utilisation a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL). Les informations recueillies au cours des différentes consultations y seront donc enregistrées, sauf opposition de votre part.
  Conformément à la loi du 06 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer, à tout moment, un droit d'accès à vos données afin de faire modifier ou supprimer des informations.
  Pour cela, il vous suffit de contacter le médecin vous prenant en charge.

- Les professionnels de santé de votre *Maison de Santé/ Pôles de santé* sont à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

A noter : l'information des patients mineurs ou majeurs sous tutelle se fera selon les dispositions de l'article L. 1111-2 du CSP[(65)].

Dans le cadre des ENMR, les ARS ont mis à disposition une fiche d'information à destination du patient. Cette fiche d'information est jointe en annexe n°4.

3.3. Fiche de recueil de consentement :

La seconde étape après l'information du patient est celle du recueil de son consentement.
Cette fiche est à intégrer au dossier du patient, informatisé ou non.

FICHE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT CONCERNANT LE PARTAGE DE VOS DONNEES DE SANTE

- NOM Prénom :
  Date de naissance :
  Coordonnées :

- Je confirme que le Dr _____ m'a informé(e) du partage de mes données de santé entre les professionnels de santé de la *MSP/PSAP (nom et coordonnées)* participant à ma prise en charge.

- J'ai bien reçu un exemplaire de la fiche d'information concernant le partage de mes données de santé.

- J'ai bien compris les informations données oralement et par écrit.

- Conformément à la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée, je peux à tout moment exercer un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations me concernant.

- Conformément à la loi Fourcade, je peux à tout moment refuser que les informations me concernant soient communiquées à un ou plusieurs professionnels de santé de la *MSP/PSAP*.

- Je déclare par la présente mon accord volontaire et déclare avoir reçu un exemplaire de cette déclaration de consentement.

- Fait à _____, le _____,

  (signature)

3.4. Hébergements des données de santé à caractère personnel par des hébergeurs externes :

Lorsque les données de santé du patient sont hébergées par un hébergeur agréé externe, l'ASIP Santé a fait publier une fiche d'information à destination du patient: « note d'information des usagers relative au consentement à l'hébergement de données de santé à caractère personnel »[66].

3.5. Conclusion :

L'information est un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient, et elle contribue à la participation active de ce dernier aux soins[64].

Dans le cas du partage des données de santé, ces informations apportent au patient une meilleure connaissance de leur lieu de prise en charge, des actions menées au sein de ceux-ci mais également de leurs droits.

CONCLUSION

A travers le temps, le dossier médical s'est imposé comme un outil de travail indispensable, s'adaptant sans cesse aux besoins de chaque médecin. L'informatisation du dossier médical a été un atout majeur pour notre pratique médicale, à tel point que, jeune praticienne, il m'apparaît complexe d'exercer sans.
Actuellement le dossier médical doit s'adapter aux nouvelles évolutions de la pratique médicale ambulatoire de premiers recours.
En effet, les MSP/PSAP sont des lieux de partage, tant sur le plan du partage de l'information nécessaire à la coordination et à la continuité des soins, que sur le plan du partage de connaissances. Or le partage de données de santé se heurte à deux difficultés majeures: une législation et des systèmes informatiques non adaptés à cette fonction.
D'un point de vue législatif, une avancée importante a été réalisée grâce à l'adoption de la loi Fourcade le 10 août 2011. Celle-ci va permettre de faciliter le partage de données de santé au sein d'une équipe de soins primaires ambulatoire, tout en respectant les droits des patients. De plus cette loi contribue à modifier le statut des MSP/PSAP en créant les SISA. Ce type de société répond à l'attente des professionnels de santé concernés par l'ENMR.
Ces modifications législatives vont ainsi permettre de créer un système d'information interopérable et communicant au sein des MSP/PSAP. Les éditeurs de logiciels s'attellent donc à la création de systèmes d'information répondant aux critères du cahier des charges de l'ASIP Santé[54].
Toutes ces évolutions sont indispensables au travail coordonné centré sur la prise en charge globale du patient.

La création d'un dossier médical commun au sein de ces structures apparaît essentielle à la coordination des soins mais son développement demande un investissement non négligeable de la part des MSP/PSAP, tant logistique que financier. Les forfaits alloués dans le cadre des nouveaux modes de rémunération sont susceptibles de permettre aux MSP/PSAP d'investir dans des systèmes d'information adaptés à leurs objectifs de partage.
L'évaluation au terme de ces expérimentations permettra de mesurer l'efficacité, le coût et l'efficience de l'exercice regroupé pluri-professionnel. Les résultats conditionneront peut-être la généralisation de ces nouveaux modes de rémunération.

Les difficultés de la mise en œuvre d'un dossier médical commun à l'échelon local nous fait nous poser la question de son application à l'échelon national: qu'en sera-t-il du déploiement du DMP?
Et pourquoi ne pas envisager un système informatique unique : logiciel informatique commun à tous les professionnels de santé hospitaliers ou ambulatoires du territoire national?

ABREVIATIONS

ADMR: Aide à Domicile en Milieu Rural
ARS : Agence régionale de Santé
ASALEE: Action SAnté Libérale en Equipe
ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CERMES : CEntre de Recherche MEdecine, Science, santé et société
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CIADT : Comité Interministériel pour l'Aménagement et le Développement des Territoires
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10ème édition
CI-SIS : Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Informations de Santé Partagé
CISP-2 : Classification Internationale des Soins Primaires 2ème version
CPOM: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPS: Carte Professionnelle de Santé
CSP: Code de Santé Publique

DGOS: Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP: Dossier Médical Personnel
DSS: Direction de la Sécurité Sociale

ENC : Examen National Classant
ENMR: Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
EIDE : Elève Infirmier Diplômé d'Etat
EPCI : Etablissements Publics de Coopération Intercommunale
ETP : Education Thérapeutique du Patient
EqTP : Equivalent Temps Plein

FIQCS: Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

HAD : Hospitalisation A Domicile
HPST : loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires
HTA: HyperTension Artérielle

ICALOR : Insuffisance CArdiaque LORraine
IDE: Infirmière Diplômée d'Etat
IMC : Indice de Masse Corporelle
INS : Identifiant National de Santé
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

LFSS: Loi de Financement de la Sécurité Sociale
Loi HPST: Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire

MSP: Maison de Santé Pluridisciplinaire
NABM : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques

PSAP: Pôle de Santé Ambulatoire Pluridisciplinaire
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
SCM : Société Civile de Moyens
SCI : Société Civile Immobilière
SCP : Société Civile Professionnelle
SEL : Société d'Exercice Libéral
SESAM : Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie
SFMG : Société Française de Médecine Générale
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SROS: Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

URPS : Union des Représentants des Professionnels de Santé

BIBLIOGRAPHIE

1. HUBERT Elisabeth. Rapport du Dr Elisabeth HUBERT : « Mission de concertation sur la médecine de proximité ». PARIS : Rapport Officiel à la demande de la Présidence de le République, novembre 2010, 183p.

2. Pr. HONNORAT C. Le dossier médical. RENNES : Apprentissage de l'exercice médical, Faculté de médecine de Rennes, 14 novembre 2005, 6p.

3. Dr FAROUDJA JM, Dr CARTON M, Dr BERNARD-CATINAT M, LUCAS J, RAULT JF. Questions sur l'informatisation du dossier médical, le partage et l'hébergement des données. PARIS : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 18 juin 2005, 66p.

4. Article 45 du Code de Déontologie Médicale créant l'article R. 4127-45 (livre V) du Code de Santé Publique.

5. Article L. 1111-7 du Code de Santé Publique.

6. Pr KOHLER F. Le dossier médical. NANCY : ARCHE, Faculté de médecine de Nancy, 2010.

7. BENSOUSSAN A, MOLE A. Guide juridique du dossier médical informatisé. Paris : MMI Editions-Masson, collection médidroit, juin 2001, 135p.

8. Société Française de Médecine Générale. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. Document de recherche en médecine générale, révision 2010, n°66-70, juin 2010, 299p.

9. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_989360/systemes-informatiques-d-aide-a-la-decision-medicale , 16/03/2011.

10. Serment d'Hippocrate, médecin grec 460-370 av. J.-C. Version dite de Montpellier.

11. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, J.O.R.F. du 5 mars 2002.

12. Article L. 4111-1 et s. du Code de Santé Publique.

13. Article L. 4211-1 et s. du Code de Santé Publique.

14. Article L. 4311-1 et s. du Code de Santé Publique.

15. ZORN-MACREZ Caroline. Données de santé et secret partagé. Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 2010, 502p.

16. CORNU Gérard. Vocabulaire juridique. Presses Universitaires de France, coll. « Quadrige Dicos Poche », 8ème édition, 2007, 1152p.

17. Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le code de déontologie médicale, J.O.R.F. du 8 septembre 1995.

18. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de Santé Publique et modifiant certaines dispositions de ce code, J.O.R.F., du 8 août 2004.

19. Article R. 4127-4 alinéa 1er du Code de Santé Publique.

20. Article R. 4127-72 alinéa 1er du Code de Santé Publique.

21. Article R. 4127-73 alinéa 1er du Code de Santé Publique.

22. Arrêté du 22 décembre 1981 relatif à l'enrichissement du vocabulaire de l'informatique, J.O.N.C. du 17 janvier 1982, 624p.

23. LUCAS V.A. Le droit de l'informatique. Presses Universitaires de France, coll. « Thémis Droit », Paris, 1987, n°304.

24. DE LAMBERTERIE I. Qu'est-ce qu'une donnée de santé?. RGD méd., numéro spécial « le droit des données de santé », LEH, 2004, p 11-34, p.13.

25. Loi n°2004-801 du 6 août 2OO4 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, J.O.R.F. du 7 août 2004, article 2.

26. GROUPE EUROPEEN D'ETHIQUE DES SCIENCES ET DES NOUVELLES TEHNOLOGIES AUPRES DE LA COMMISSION EUROPEENNE. Aspects éthiques de l'utilisation des données personnelles de santé dans la société de l'information. 1999, disponible à l'adresse: http://ec.europa.eu .

27. Directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 octobre 1995 « relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données », J.O.U.E.L 281 du 23 novembre 1995.

28. Loi n°2004-801 du 6 août 2OO4 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, J.O.R.F. du 7 août 2004, art. 8.

29. Article L. 6321-1 alinéa 2 du Code de Santé Publique.

30. Circulaire n°DHOS/03/DSS/CNAMTS/2002/610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé en application de l'article L.6321-1 du CSP et des articles L.162-43 à L.162-46 du Code de Sécurité Sociale et des décrets (n° 2002-1298 du 25 octobre 2002) relatifs au financement des réseaux et (n° 2002-1463 du 17 décembre 2002) relatifs aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé, II, A.

31. Article L. 1110-4 du Code de Santé Publique.

32. BACCACHE-GIBEILI M. Le Secret médical partagé. Gaz. Pal., 30/12/2008, n°365. p45.

33. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), www.cnil.fr, 05/07/2011.

34. Groupe de travail « article 29 » sur la protection des données, document de travail sur le traitement des données à caractère personnel relative à la santé contenues dans les dossiers médicaux électroniques (D.M.E.), Commission européenne, 2007, disponible à l'adresse : http://ec.europa.eu/index_fr.htm .

35. Article 8, II, 2° de la législation dite « Informatique et Libertés ».

36. Article 8, II, 6° de la législation dite « Informatique et Libertés ».

37. Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel, J.O.R.F. du 5 janvier 2006.

38. Décret n°2007-960 du 15 mai 2007 « relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le CSP », J.O.R.F. du 16 mai 2007.

39. http://esante.gouv.fr/juridique/l-agrement-des-hebergeurs-de-donnees-de-sante-a-caractere-personnel, 17/06/2011.

40. Article L. 161-33 du code de la Sécurité Sociale.

41. Article R.1110-3 du Code de Santé Publique.

42. Le Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie est un projet de dématérialisation des feuilles de soins porté par l'Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, J.O.R.F. du 25 avril 1996, art 8-I : p194.

43. Article R. 4127-45 alinéa 1er du Code de Santé Publique.

44. DE HAAS Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. Brignais : Le Coudrier, 2010, 173p.

45. Complété par l'article 39 de la loi HPST.

46. Article 1er de la loi HPST modifiant les articles L. 6112-1 et L. 6112-2 du Code de Santé Publique.

47. Agence Régionale de Santé Lorraine. Cahier des charges régional des Maisons de Santé Pluridisciplinaires dans le cadre d'une demande de financement au titre du FIQCS. CCR version du 27 janvier 2001, http://www.ars.lorraine.sante.fr/Maisons-de-Sante-Pluridiscipli.104341.0.html

48. Créé par l'article 41 de la loi HPST.

49. DRASS de Lorraine. Evaluation des besoins nouveaux en professionnels médicaux et paramédicaux du SROS 3 de Lorraine. http://www.lorraine.sante.gouv.fr/statetu/etud/doc/sante/sros3_4p.pdf, 09/08/11.

50. http://ars.lorraine.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.102217.0.html, 10/11/2010.

51. http://ars.lorraine.sante.fr/uploads/media/module1_02.pdf, 10/11/2010.

52. http://ars.lorraine.sante.fr/uploads/media/module2_02.pdf, 10/11/2010.

53. Arrêté du 02 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier à la demande de leur autorisation. J.O.R.F n°178 du 04 août 2010, texte n°31.

54. Etude du système d'information des maisons et pôle de santé pluri-professionnels et des centres de santé, ASIP Santé, réf. Asip Aac Mpsp Csp V0, 13/05/11.

55. http://www.apicrypt.org, 17/07/2011.

56. http://www.icalor.fr, 04/06/2011.

57. http://esante.gouv.fr/actualites/asip-sante-publication-du-cahier-des-charges-de-la-dmp-compatibilite-actualise, 30/06/2011.

58. Article 1er du texte n°723 : proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST, 13/07/2011.

59. Article L.4041-2, chapitre Ier, titre IV, du texte n°723 proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST, 13/07/2011.

60. Article 2 du texte n°723 proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST, 13/07/2011.

61. Article 36 de la loi HPST complétant l'article L.4130-1 du Code de Santé Publique.

62. Article R. 4127-35 du Code de Santé Publique.

63. Article L. 1111-4 du Code de Santé Publique.

64. Information des patients, recommandations destinées aux médecins. ANAES, service de recommandations et références professionnelles, mars 2000, p8.

65. Article L. 1111-2 du CSP : « Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle ».

66. Note d'information des usagers relative au consentement à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et au DMP. ASIP Santé, 29 juillet 2011, p3.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : ENMR : Module 1 « missions coordonnées » : listes des objectifs et des indicateurs à atteindre.

Liste des objectifs et des indicateurs :

Objectifs de qualité des pratiques	Indicateurs
Dépistage des cancers	Taux de couverture du dépistage organisé du cancer du colon chez les patients de 50 à 74 ans
	Taux de couverture du dépistage du cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans
Prévention contre la grippe saisonnière	Taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les patients de 65 ans ou plus
	Taux de patients, hors primo prescription, vaccinés contre la grippe saisonnière par une IDE
Lutte contre l'hypertension	Taux de patients ayant une HTA essentielle isolée non compliquée équilibrée (au moins sur trois contrôles annuels)
Prise en charge des diabétiques	Taux de patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages HBA1C dans l'année
Prévention de l'obésité	Taux de couverture du dépistage de l'obésité au niveau du site
Prévention du risque cardiovasculaire	Taux de patients masculins > 45 ans présentant un « sur risque cardiovasculaire » bénéficiant une fois par an d'une mesure de prévention intégrée dans le dossier médical
Dépistage Alzheimer	Taux de patients se plaignant de troubles mnésiques et bénéficiant de tests mémoires dans le cadre du dépistage de la maladie d'Alzheimer
Accompagnement Alzheimer	Taux de patients atteints d'une maladie d'Alzheimer pour lesquels a été proposé un soutien aux aidants
Prescription par les paramédicaux	Taux de délivrance de dispositifs médicaux prescrits par des IDE
Lombalgies chroniques	Taux de patients lombalgiques ou lombo-sciatalgiques, en arrêt de travail >3mois, dont les dossiers ont été discutés en réunion pluri professionnelle
Objectifs de coordination et de continuité des soins	**Indicateurs**
Continuité des soins	Chaque consultation ou série d'acte paramédical réalisé ou sein du site est tracé dans le dossier médical commun tenu par chaque médecin traitant
	Continuité des soins en dehors des heures de fonctionnement du site
	Continuité des soins aux heures de fonctionnement du site
	Coordination des soins avec une structure extérieure (HAD, SSIAD, etc.)
Partage d'information	Les professionnels de santé ont accès à un espace de travail informatique commun
	Des réunions de concertation/suivi ont lieu selon un rythme programmé avec les professionnels de santé du site
Organisation des pratiques	Existence de protocoles sur support papier ou électronique
Objectifs d'efficience	**Indicateurs**
Bon usage des médicaments génériques	Taux de prescription des antibiotiques dans le répertoire
	Taux de prescription des antihypertenseurs dans le répertoire
	Taux de prescription des statines dans le répertoire
Diminution du recours à l'hospitalisation	En attente
Bon usage des transports sanitaires	Taux d'utilisation de véhicules sanitaires légers (vsl)

ANNEXE N°2 : Guide d'entretien semi-structuré.

DOSSIER MEDICAL COMMUN AU SEIN DES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES DANS LE CADRE DE L 'ENMR

1. Présentation de la structure :

1.1. Coordonnées de la structure :

1.2. Entretien individuel :

1.3. Description de la structure :

- personnel administratif :

- personnel médical (dont étudiants) :

- personnel paramédical (dont étudiants) :

2. <u>Dossier médical sur support papier :</u>

2.1. Avez-vous des dossiers médicaux sur support papier ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

2.2. Où sont rangés les dossiers médicaux sur support papier ?

- ❑ Réunis dans une pièce indépendante
- ❑ Dans le bureau de chaque médecin référent

2.3. Par quel(s) moyen(s) est assurée la protection de l'accès aux dossiers médicaux sur support papier ?

2.4. Comptez-vous les partager ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

3. Equipement informatique de la structure :

3.1. Description générale :

3.1.1. Quel est le nombre de postes informatiques ?

- fixes :
- portables :
- terminaux mobiles pour domicile :

3.1.2. Quelle en est la répartition par professionnel ?

- Médicaux :
- Paramédicaux :
- Administratifs :

3.1.3. Quel est le système d'exploitation (Mac/PC) et le logiciel métier ?

3.1.4. Les postes informatiques sont-ils connectés en réseaux (WIFI, Ethernet…) ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

3.1.5. Référent informatique au sein de votre structure ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

3.1.6. Existe-t-il un espace de travail informatique commun ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

3.2. Sécurisation de l'accès aux données de santé :

3.2.1. Comment est assurée la protection physique des fichiers informatiques ?

- protection des locaux informatiques :

- sauvegarde régulière de fichiers :
  par qui ?

- conservation des sauvegardes dans des locaux indépendants :
  où ?

3.2.2. Identification et authentification des utilisateurs ?

- identification unique de chaque utilisateur :
  par quel moyen ? login/Carte professionnelle de santé (CPS)

- authentification par mots de passe.

3.2.3. Définition des droits d'accès et d'utilisation ?

- Profils d'utilisateurs tenant compte de leur profession, afin de définir l'accès aux catégories de données et aux catégories de fonctions ou programmes informatiques qu'ils peuvent utiliser

- Possibilités de masquage d'information du dossier médical à la demande des patients, rendant ces informations accessibles à un seul professionnel de santé.

3.2.4. Cryptage pour le partage des données ?

- externe (laboratoire d'analyses médicales…)

- interne : communication entre les différents acteurs de la structure

3.2.5. Surveillance ?

- enregistrement des différentes opérations sur fichiers nominatifs = journal de transaction

4. Expérimentation des nouveaux modes de rémunération :

4.1. Indicateurs sélectionnés :

4.1.1. Objectifs de qualités des pratiques :

a) Dépistage des cancers :

- Taux de couverture du dépistage organisé du cancer du colon chez les patients de 50 à 74 ans
- Taux de couverture du dépistage du cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans

b) Prévention contre la grippe saisonnière :

- Taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les patients de 65 ans et plus
- Taux de patients, hors primo prescription, vaccinés contre la grippe saisonnière par une IDE

c) Lutte contre l'hypertension :

- Taux de patients ayant une HTA essentielle isolée non compliquée équilibrée (sur au moins 3 contrôles annuels)

d) Prise en charge des diabétiques :

- Taux de patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages HbA1c dans l'année

e) Prévention de l'obésité :

- Taux de couverture du dépistage de l'obésité au niveau du site

f) Prévention du risque cardio-vasculaire :

- Taux de patients masculins > 45 ans présentant un « sur risque cardio-vasculaire » bénéficiant une fois par an d'une mesure de prévention intégrée dans le dossier médical

g) Dépistage de la maladie d'Alzheimer :

- Taux de patients se plaignant de troubles mnésiques et bénéficiant de tests mémoires dans le cadre du dépistage de la maladie d'Alzheimer

h) Accompagnement Alzheimer :

- Taux de patients atteints d'une maladie d'Alzheimer pour lesquels a été proposé un soutien aux aidants

i) Prescription par les paramédicaux :

- Taux de délivrance de dispositifs médicaux prescrits par des IDE

j) Lombalgies chroniques :

- Taux de patients lombalgiques ou lombo-sciatalgiques en arrêt de travail > 3 mois, dont les dossiers ont été discutés en réunion pluri-professionnelle

4.1.2. Objectifs de coordination et de continuité des soins :

a) Coordination des soins :

- Chaque consultation ou série d'acte paramédical réalisé au sein du site est tracé dans le dossier médical commun tenu par chaque médecin traitant

- Continuité des soins en dehors des heures de fonctionnement du site

- Continuité des soins aux heures de fonctionnement du site

- Coordination des soins avec une structure extérieure (HAD, SSIAD, etc.)

b) Partage d'information :

- Les professionnels de santé ont accès à un espace de travail informatique commun

- Des réunions de concertation/suivi ont lieu selon un rythme programmé avec les professionnels de santé du site

c) Organisation des pratiques :

- Existence de protocoles sur support papier ou électronique

4.2. Données de santé partagées :

4.2.1. Existence d'un dossier médical commun au sein de la structure?

- Oui
- Au sein d'un réseau (type ICALOR) ?
- Non, quels sont les freins selon vous ?

4.2.2. L'accès au dossier médical commun est-il possible à tous les utilisateurs de la structure ?

- Oui : *(rayer la mention inutile)*
  - niveau d'accès identique pour l'ensemble des professionnels (y compris les personnels administratifs)
  - selon des droits d'accès définis en fonction de la catégorie professionnelle
- Non, pourquoi ?

4.2.3. Existe-t-il un agenda partagé des professionnels de santé ?

- Oui
- Non

4.2.4. Comment est assurée la communication au sein de la structure (par exemple compte-rendu de kinésithérapie…) ?

- Oralement
- Document papier/électronique
- Communication par réseau (WIFI/ETHERNET)

4.3. Outil informatique et adaptation techniques :

4.3.1. Concernant les objectifs de qualité des soins : l'outil informatique permet-il de visualiser leur niveau de réalisation ?

- Oui
- Non, comment faites-vous pour savoir si les objectifs sont atteints ?

4.3.2. Connaissez-vous les améliorations à apporter au logiciel afin de l'adapter à la mise en œuvre des NMR ?

- Oui
- Non

4.3.3. Avez-vous contacté votre éditeur de logiciel pour réaliser des améliorations ?

- Oui
- Non

4.3.4. De manière plus générale, comment mettez-vous à jour vos connaissances en matière d'informatisation du dossier médical ?

4.3.5. Avez-vous pris connaissance du cahier des charges concernant le système d'information des maisons et pôles de santé, et des centres de santé pluri-professionnels édité par l 'ASIP santé ?

- Oui
- Non

4.3.6. Votre logiciel est-il adapté au DMP ?

- Oui
- Non

4.4. Information du patient :

4.4.1. Quel est le support pour l'information du patient sur le partage des données ?

- ❑ Affiche dans la salle d'attente
- ❑ Information donnée oralement
- ❑ Fiche de recueil de consentement intégrée : *(rayer la (les) mention(s) inutile(s))*
  - au dossier papier
  - au dossier informatique
  - aux deux

4.4.2. Avez-vous eu des remarques négatives de la part des patients sur le partage des données ?

- ❑ Non, les patients sont plutôt satisfaits du partage de données
- ❑ Oui, quelles sont leurs principales interrogations ?

5. <u>Remarques éventuelles :</u>

ANNEXE N°3 : Principales dispositions du texte et des amendements des commissions dans le cadre de la proposition de loi Fourcade.

Principales dispositions du texte

- Article 1er

Création d'un nouveau type de société civile, la société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA), permettant un regroupement des professionnels de santé issus de spécialités différentes.

- Article 2

Renforcement du statut juridique des maisons de santé.

- Article 3

Suppression du caractère coercitif du contrat santé solidarité et mise en place d'un contrat type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

- Article 6

Aménagement de l'obligation d'information sur le prix d'achat des prothèses dentaires, notamment en dissociant les informations relatives au prix de vente d'une part et aux prestations associées d'autre part.

- Article 7 bis

Encadrement du champ de compétence des commissaires aux comptes de la Cour des comptes en matière de certification des comptes des établissements de santé.

- Article 10

Modification des conditions de mise en oeuvre de la réserve sanitaire à la lumière de l'expérience de la grippe A (H1N1).

- Article 17

Développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation et des activités de dialyse à domicile.

Principaux amendements des commissions

- Article 1er

Application à tous les actes professionnels exercés au sein de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires du régime de responsabilité individuelle prévu par le code de la santé publique. Obligation pour les associés de contracter une assurance de responsabilité civile (Disposition introduite à l'initiative de la Rapporteure).

- Article 2

Ajout des pharmaciens dans la liste des professionnels pouvant constituer avec d'autres une maison de santé (Disposition introduite à l'initiative de la Rapporteure).

Précision des activités de soins dispensés dans les maisons de santé (Disposition introduite à l'initiative de M. Jean-Luc Préel, UMP, Vendée).

Aménagement des conditions d'accès aux données médicales personnelles au sein des maisons de santé avec d'une part, le recueil du consentement exprès du patient, et d'autre part, la capacité pour ce patient de choisir les professionnels de santé qui pourront accéder aux informations (Disposition introduite à l'initiative de la Rapporteure et de plusieurs députés SRC).

Possibilité pour les maisons de santé de bénéficier des fonds publics qu'à la condition d'appliquer les tarifs opposables (secteur 1) et le tiers payant (Disposition introduite à l'initiative de Mme Jacqueline Fraysse, GDR, Hauts-de-Seine).

- Article 6

Complément apporté à l'information du patient s'agissant de la pose d'un dispositif médical de type prothèse :

- dissociation du prix de la prothèse et de celui de la prestation du professionnel de santé,

- information du patient de la provenance du dispositif médical,

- édition d'une facture de la prothèse à l'issue du soin.

(Disposition introduite à l'initiative de la Rapporteure).

- Article 6 bis (nouveau)

Reconnaissance de la profession d'assistant dentaire comme professionnels de santé (Disposition introduite à l'initiative de la Rapporteure et de M. Élie Aboud, UMP, Hérault).

- Article 9 ter (nouveau)

Suppression de l'obligation d'informer le laboratoire princeps d'une demande d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament générique (Disposition supprimée à l'initiative de Mme Catherine Lemorton, SRC, Haute-Garonne, et plusieurs de ses collègues).

- Article 17 bis (nouveau)

Élargissement du champ de compétence des sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sauf en cas de situation pathologique (Disposition introduite à l'initiative de Mme Bérengère Poletti, UMP, Ardennes, et cosignée par la Rapporteure, M. Jean-Pierre Door, UMP, Loiret, et plusieurs de ses collègues).
Voir les comptes rendus n° 36, 37 et 38 de la commission.

ANNEXE N°4: Fiche d'information du patient dans le cadre de l'EMNR.

~~Logo de la structure~~

~~Logo de l'ARS~~

Vos professionnels de santé s'organisent pour vous offrir des soins de meilleure qualité

Pour la prise en charge de votre santé, vous avez choisi de vous adresser à :

_____

~~Votre~~(Vos) professionnel~~(s)~~ de santé ~~s'est~~ (se sont) engagé~~(s)~~ dans une démarche de qualité (avec d'autres professionnels de santé) afin d'améliorer leurs pratiques et d'offrir de nouveaux services à leurs patients.

_____

a été choisi(e) par le Ministère de la santé et des sports et l'Agence régionale de santé pour expérimenter de nouvelles formes de rémunération des professionnels de santé de manière à mieux valoriser ce mode d'exercice et son apport pour le système de santé.

Vos avantages

- Des horaires d'ouverture plus larges
- Une meilleure coopération de vos professionnels pour la prise en charge des maladies chroniques
- Des services innovants de prévention, d'éducation à la santé, d'accompagnement dans vos démarches administratives ou encore de prise en compte des aidants familiaux
- Un parcours de soins plus simple : une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée et une orientation dans le système de soins y compris hospitalier

Les professionnels de santé étant soumis au secret médical, ils sont autorisés à parler de leurs patients à d'autres professionnels de santé, dans le respect de ces obligations.

Cette « expérimentation » est neutre pour vous sur le plan financier. En revanche, vous en êtes les bénéficiaires directs en termes de continuité des soins et d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale.

L'équipe de :

_____

est à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

Pour connaître la liste des autres sites participant à cette expérimentation dans votre région et en France, consultez :

_____

ars Agence Régionale de Santé

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

ABSTRACT

Multidisciplinary Houses of Health and Multidisciplinary Health Centers must have a secure information system and interoperable among the various professionals of the same structure, but also with external actors (laboratories medical radiology practices or health care facilities ...) to ensure their inter-cooperation missions, coordination and continuity of care.
Information sharing is a goal of coordination and continuity of care in the context of testing of new methods of payment. These experiments suggest alternative methods of payment to fee-subject to the achievement of objectives and relate any formalized structure with a multidisciplinary outpatient health project.

Through a qualitative survey, we made an inventory of information sharing within the six Multidisciplinary Houses of Health in Lorraine experimenting new forms of remuneration. Individual interviews were conducted with six professional references of the six structures. These interviews were conducted from a semi-structured interview guide.

The two challenges facing the sharing of health data are : a law and computer systems not adapted to this function.
The legislature understood the importance of facilitating the sharing of information within the Multidisciplinary Houses of Health and Multidisciplinary Health Centers : Fourcade law was adopted on August 10. This will help facilitate the sharing of health data while respecting the rights of the patient. Software vendors are striving to create information systems communicating and interoperable.

The creation of a common medical record within these structures is essential for the coordination of care, but its development requires a significant investment by the Multidisciplinary Houses of Health and Multidisciplinary Health Centers. Packages allocated under the new payment methods may allow these one to invest in information systems tailored to their goals of sharing. After experimenting with new forms of remuneration, evaluation will measure the effectiveness, cost and efficiency of the multi-professional together exercise. These results will maybe condition their generalization.

VU

NANCY, le **12 décembre 2011**

Le Président de Thèse

Professeur F. KOHLER

NANCY, le **12 décembre 2011**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3862

NANCY, le 16/12/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Afin d'assurer leurs missions de coopérations interprofessionnelles, la coordination et la continuité des soins, les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et les Pôles de Santé Pluridisciplinaires (PSAP) doivent disposer d'un système d'information sécurisé et interopérable entre les différents professionnels d'une même structure, mais également avec des acteurs externes (laboratoires d'analyses médicales, cabinets de radiologie, voire établissements de santé…).
Le partage d'information est un objectif de coordination et de continuité de soins dans le cadre de l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR). Ces expérimentations proposent des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte sous réserve de l'atteinte d'objectifs et concernent toute structure pluridisciplinaire ambulatoire ayant formalisé un projet de santé.

Au travers d'une enquête qualitative, nous avons fait l'état des lieux du partage d'information au sein des six MSP et PSAP Lorrains concernés par l'ENMR. Des entretiens individuels ont été menés auprès des six professionnels référents de ces six structures. Ces entretiens ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien semi-structuré.

Les deux difficultés auxquelles se heurte le partage de données de santé sont : une législation et des systèmes informatiques non adaptés à cette fonction.
Le législateur a compris l'importance de faciliter le partage d'information au sein des MSP/PSAP : la loi Fourcade a été adoptée le 10 août dernier. Celle-ci va permettre de faciliter le partage de données de santé tout en respectant les droits du patient. Les éditeurs de logiciels s'attellent à la création de systèmes d'informations communicants et interopérables.

La création d'un dossier médical commun au sein de ces structures apparaît essentielle à la coordination des soins mais son développement demande un investissement non négligeable de la part des MSP/PSAP. Les forfaits alloués dans le cadre des nouveaux modes de rémunération sont susceptibles de permettre aux MSP/PSAP d'investir dans des systèmes d'informations adaptés à leurs objectifs de partage. Au terme de l'ENMR, leur évaluation permettra de mesurer l'efficacité, le coût et l'efficience de l'exercice regroupé pluri-professionnel. Les résultats conditionneront peut-être leur généralisation.

TITRE EN ANGLAIS

The common medical record place in Multidisciplinary Houses of Health considering the experimentation of new methods of paiements.
Information sharing practices in Multidisciplinary Houses of Health experimenting new forms of remuneration state of play 2011 in Lorraine.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE ou MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : « médecine générale », « dossier médical partagé », « exercice pluriprofessionnel ».

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex