

EXAMEN PROFESSIONNEL D'AGENT SOCIAL TERRITORIAL DE 1ERE CLASSE

Mercredi 17 octobre 2012

Epreuve écrite

Une épreuve écrite à caractère professionnel portant sur les missions incombant aux membres du cadre d'emplois. Cette épreuve consiste, à partir de documents succincts remis au candidat, en trois à cinq questions appelant des réponses brèves ou sous forme de tableaux, et destinées à vérifier les capacités de compréhension du candidat et son aptitude à retranscrire les idées principales des documents (durée : 1 h 30 ; coefficient 2).

CONSIGNES A RESPECTER IMPERATIVEMENT PAR LE CANDIDAT

- Il est demandé au candidat d'écrire au stylo bleu ou noir uniquement
- Aucun signe distinctif ne doit apparaître sur votre copie : ni votre prénom ou votre nom, ni votre signature... Vous ne devez pas mentionner dans vos réponses des noms imaginaires ou existants (par exemple nom d'une commune, nom d'un agent...) mais seulement utiliser les éléments qui vous sont fournis dans les questions. Toute mention d'identité portée ou signe distinctif entraînera la note de zéro à cette épreuve et donc l'élimination du candidat à ce concours
- Le candidat rédigera ses réponses exclusivement sur la copie et les intercalaires mis à disposition.
- L'identité du candidat devra figurer uniquement dans la partie supérieure droite de la copie mise à sa disposition (partie à coller pour respecter l'anonymat)
- Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte

Le candidat traitera les questions dans l'ordre de son choix. Il devra impérativement reporter le numéro de la question traitée sur la copie.

Annexes :

Document 1 : « Les maisons de santé, une réponse consensuelle aux déserts médicaux » (1 page)

Document 2 : « Code de la santé publique – Article L. 6323-3 » (1 page)

Document 3 : « Maison de santé pluri-professionnelle : le projet de santé » (2 pages)

Document 4 : « Monter et faire vivre une maison de santé » (4 pages)

L'utilisation d'une calculatrice de fonctionnement autonome et sans système d'impression est autorisée.

Le sujet comporte 2 pages (page de garde comprise) et 4 annexes.
Veuillez vérifier que vous disposez de toutes les pages du sujet avant de commencer à composer.

Après avoir pris connaissance des quatre documents ci-joints, répondez aux 4 questions suivantes en prenant soin de préciser le numéro de la question avant d'y répondre.

Question 1 (5 points)

À partir du document 1, expliquez comment les maisons de santé sont, pour certains, la solution aux déserts médicaux ? Vous illustrerez vos propos.

Question 2 (5 points)

D'après l'ensemble des documents, quels professionnels de la santé peut-on trouver au sein des maisons de santé ? Dans quel type d'organisation sont-ils regroupés ? Pourquoi cette organisation porte-t-elle ce qualificatif ?

Question 3 (6 points)

À la lecture des documents 2 et 3 :

- Qu'est-ce qu'une maison de santé ? (3 points)
- Quelles sont ses attributions principales ? Vous en choisirez une que vous développerez en quelques lignes. (3 points)

Question 4 (4 points)

D'après le document 4, comment se déroule le partage de l'information entre les professionnels de la santé et le patient ?

Les maisons de santé, une réponse consensuelle aux déserts médicaux

LE MONDE | 26.04.2012 Par Jean-Baptiste Chastand, Extraits.

Solution consensuelle, les maisons de santé pluridisciplinaires ne sont toutefois pas toujours la solution idéale aux déserts médicaux. Ces maisons, financées sur fonds publics, hébergent médecins, infirmiers ou kinésithérapeutes, qui restent des libéraux, mais paient un loyer aux collectivités. Une solution plus souple que d'installer son propre cabinet, qui séduit dans les campagnes mais peine à s'installer en banlieue.

"Les élus ont tendance à considérer que ces maisons sont la solution aux déserts médicaux, mais leur véritable valeur ajoutée est la coordination entre praticiens qui travaillent sur un même lieu", défend Pierre de Haas, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé, "mais c'est sûr qu'elles attirent aussi les médecins parce qu'ils y trouvent une meilleure qualité de vie qu'en étant seuls dans leur cabinet. Il est par exemple plus facile de prendre des vacances quand on sait qu'on peut compter sur d'autres médecins pour nous remplacer". "Je suis certain que dans dix ans, la moitié des professionnels seront dans ce type de structure", défend Pierre de Haas.

"MOINS CONTRAIGNANT"

Les élus ont cependant tendance à penser, à tort, qu'il leur suffit de construire une maison pour attirer des praticiens. A Belleherbe (Doubs), la maison de santé a ainsi eu beaucoup de mal à attirer un généraliste. "Quand nous l'avons ouverte, en 2009, le médecin libéral de la commune a refusé de s'y installer", témoigne Charles Schelle, président (sans étiquette) de la communauté de communes, qui a mis 900 000 euros dans le projet. "Nous avons réussi quelques mois après à attirer un autre médecin. Mais il est vite parti, en affirmant qu'il n'avait pas assez de patients, et que ses relations avec le médecin en cabinet étaient trop conflictuelles."

Ce dernier est parti juste après à la retraite, laissant la commune sans généraliste. Ce sera un médecin roumain qui prendra la relève, dans la maison de santé. "Il a l'air de vouloir rester, il s'est même acheté un terrain", se réjouit M. Schelle. "Les maisons de santé ne peuvent marcher que si elles se font en accord avec les équipes médicales en place", explique Pierre Morel-à-L'Huissier, député (UMP) de la Lozère, sensible à la désertification rurale. "Chaque élu rural a désormais son projet de maison. Mais il y a plus de projets qu'il y aura de capacité de financement", alerte Elisabeth Hubert, ancienne ministre d'Alain Juppé, qui a mené une mission sur la médecine de proximité en 2010.

A Orbec (Calvados), la maison de santé "a été faite à la demande des médecins en place, proches de la retraite, et qui s'inquiétaient de leur remplacement, témoigne Geneviève Wassner, présidente (sans étiquette) de la communauté de communes. Ils savaient que pour attirer des jeunes, il fallait proposer un autre mode d'exercice, moins contraignant."

Code de la Santé publique - Article L. 6323-3

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. □□

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. □□

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

Maison de santé pluri-professionnelle : le projet de santé

Le regroupement de médecins, infirmier(e)s, kine, etc. libéraux dans un objectif de collaboration et de coordination des soins doit reposer sur un projet commun pensé, réfléchi et discuté au préalable. Le projet de santé s'applique à la population. Il doit être adapté à son territoire d'implantation et définir la place de la MSP dans le maillage territorial. Il prend en compte l'exercice actuel des professionnels impliqués, les difficultés rencontrées et ce qui fonctionne bien.

Missions et objectifs de la MSP

À partir des missions du médecin généraliste telles que définies dans la loi HPST (art. 36) et les auditions de professionnels exerçant déjà en MSP, la Mission sur les MSP retient les missions et les objectifs suivant :

- Assurer la continuité des soins y compris en assurant une amplitude horaire suffisante, en accueillant les soins non programmés et en prenant en charge les « petites » urgences (plaies, sutures, etc.).
- Assurer l'accès financier aux soins et appliquer le tiers payant.
- Développer la prévention individuelle et collective dans un cadre organisé.
- Assurer un suivi coordonné des maladies chroniques.
- Améliorer la qualité des soins en favorisant démarche qualité et processus d'auto-évaluation.
- Participer à la formation des étudiants (chaque corps professionnel représenté au sein de la structure doit être en mesure d'accueillir des étudiants).
- Participer à l'observation épidémiologique et à la veille sanitaire en lien avec un recueil harmonisé d'informations. »

Ces missions et objectifs constituent le canevas du projet de santé. Ils sont à adapter, à traduire et à développer par chaque équipe pluri-professionnelle en fonction du contexte local.

Prendre en compte le temps

Ce canevas sous-tend une évolution de la pratique vers un exercice coordonné et protocolé en équipe pluri-professionnelle et le développement de certaines activités.

En discutant avec les professionnels sur ce que pourrait être l'évolution de leur pratique dans le cadre d'une organisation pluri-professionnelle, ils disent qu'ils sont déjà débordés et qu'ils ne voient pas comment ils pourraient faire autre chose que leur activité actuelle. De nombreux MG ont suivi des DU qu'ils ne développent pas, car débordés par le quotidien. Les infirmier(e)s craignent de se retrouver dans une relation hiérarchique vis-à-vis des médecins (ce qui n'est pas du tout l'objectif visé).

Il est alors fondamental de prendre en compte le temps. L'évolution sera progressive. Aux États-Unis où se développe le concept de Patient-centered medical Home qui portent sensiblement le même projet d'organisation médicale que nos MSP, les leçons tirées des premières expériences insistent sur la progressivité des changements « La transformation vers une approche de Patient-centered medical home semble exiger une approche stratégique qui commence en assurant un noyau structurel fort puis l'implémentation de petits changements [...]. Seulement ensuite des changements plus complexes peuvent intervenir. Une telle transformation prend plus de 2 ans. ».

Même si les professionnels de santé sont motivés par ces nouveaux modes d'organisation cela doit être progressif, pas à pas. Chacun n'avance pas au même rythme.

Se rencontrer, discuter, échanger sur sa pratique

La première étape est que chaque membre de l'équipe pluri-professionnelle qui s'engage dans la MSP accepte, adopte, s'approprie les mêmes missions et objectifs pour la MSP.

Ensuite, il s'agit de décliner progressivement ces objectifs. Cela implique nécessairement des réunions (staff) régulières. Se rencontrer, discuter, échanger sur sa pratique en mono- et en pluri-professionnel. Le délai de réalisation de la MSP permet au projet de mûrir, à l'équipe pluri-professionnelle de se connaître.

Pour initier la démarche, un bilan de l'existant est nécessaire. Les professionnels qui envisagent de se regrouper ne se connaissent pas toujours ou tout du moins les compétences spécifiques de chacun. Ce bilan comprend un état des lieux de ce qui existe dans les cabinets actuels. Quelles sont les compétences particulières de chaque membre de l'équipe ? Quels sont les réseaux informels existants et qui fonctionnent ? Quelles sont les structures de soins du bassin de population (avec prise en compte des distances) ? Quelles sont les collaborations ville/hôpital formalisées ou non ? Quelles sont les particularités locales en termes d'état de santé et de besoins de soins (en s'appuyant sur les ressources des observatoires de santé régionaux / ARS) ?

À partir de là, des axes de réflexion émergent avec la mise en évidence de points forts et de points faibles.

Ensuite, il peut être intéressant de consacrer des réunions aux situations cliniques difficiles à gérer dans l'organisation actuelle de la pratique. Par ex : sorties d'hôpitaux, fins de vie, prévention, domicile, urgences... Ce type de réunions peut s'appuyer sur des dossiers patients et se dérouler sous forme d'échange de pratiques en monodisciplinaire, voire pluridisciplinaire. Les réponses à apporter par l'équipe peuvent s'appuyer sur l'article 51 de la Loi HPST qui permet les coopérations entre professionnels de santé (Art. L. 4011-1 du CSP). « [...] les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles ». La HAS développe actuellement avec des équipes de terrain des protocoles qui peuvent ensuite être adaptés par chaque équipe à leur contexte local.

Pour développer un suivi coordonné des maladies chroniques, la mise en place sera progressive. Certains professionnels pourront davantage s'impliquer dans la mise en place avec, par exemple, une infirmière qui suivra un DU d'éducation thérapeutique. La mise en place des nouveaux modes de rémunération et son extension probable rapidement favorise l'éducation thérapeutique pluri-professionnelle. En s'appuyant sur des dossiers patients, sur la littérature, des recommandations/référentiels de la HAS, des protocoles pourront être élaborés progressivement au cours de staffs réguliers mono, voire pluridisciplinaire, en fonction des thèmes retenus. Cela se fera progressivement. Il s'agit plus d'initier cette démarche pendant le temps d'élaboration de la MSP que de tout formaliser avant l'ouverture.

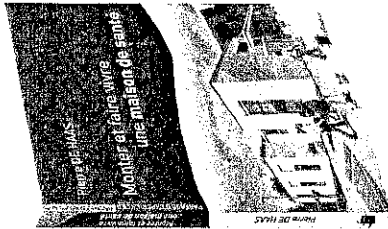
Ces staffs seront les préalables aux réunions de concertation-coordination régulières qui s'inscrivent dans la démarche qualité des équipes pluri-professionnelles exerçant en MSP. La HAS a élaboré un petit document (4 pages) précisant les modalités de cet exercice coordonné et protocolé en maison et pôle de santé. « L'exercice coordonné et protocolé s'appuie sur une concertation autour de la prise en charge et un partage d'expériences, et se traduit par une analyse des pratiques. Chaque intervention et son suivi participent à l'amélioration des pratiques et, à terme, de la qualité des soins délivrés aux patients. »

Autre point important du projet de santé : la participation à la formation des étudiants. Cela implique d'organiser cet accueil (notamment des studios pour loger les stagiaires), que les médecins généralistes soient maître de stage et que les autres professionnels puissent accueillir des étudiants. Ce point est essentiel pour favoriser l'installation des futurs professionnels dans ces structures et le remplacement des professionnels en fin de carrière.

Florence Maréchaux

14/04/2010

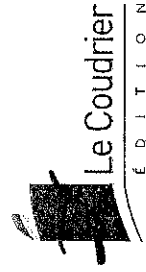
Monter et faire vivre une maison de santé



Éléments d'actualisation, février 2012

Pierre DE HAAS

Quelques évolutions au sujet des maisons de santé sont apparues depuis la parution de l'ouvrage « Monter et faire vivre une maison de santé » en septembre 2010. Sans qu'ils justifient une réédition, certains éléments peuvent être utiles aux porteurs de projets et à leurs partenaires. Les voici rassemblés dans les pages suivantes.



Introduction

➤ Les définitions des maisons de santé (page 9)

Une nouvelle dénomination des maisons de santé est apparue en 2011 : maison de santé pluriprofessionnelle. Le terme « pluriprofessionnelle » qui illustre la collaboration entre plusieurs professionnels des soins de premier recours est aujourd'hui préféré à « pluridisciplinaire » qui évoque plutôt la présence de médecins de différentes spécialités (ou disciplines).

La loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade, a donné une nouvelle définition réglementaire des maisons de santé inscrite désormais dans le Code de la santé publique :

« Article L. 6323-3 : La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Les éléments nouveaux sont l'ajout des pharmaciens dans les professionnels constituant les maisons de santé et l'affirmation d'un exercice de soins avant tout de premier recours. Le projet de santé réunissant les professionnels et éventuellement d'autres acteurs reste un élément fort.

Il n'y a pas de labellisation des maisons de santé. Ainsi, toute structure peut prendre ce nom même si elle ne respecte pas les critères ci-dessus. Par contre, des financements publics ne sont attribués qu'aux structures répondant au cahier des charges dressé par la direction générale de l'Offre de soins en septembre 2010 : présence d'au moins deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute...) et projet de santé partagé par les soignants pour la population qui les consulte. Le nouveau cahier des charges annoncé dans le texte de la loi Fourcade doit voir le jour sous peu.

De l'idée à l'inauguration

Les acteurs en jeu

► Les professionnels de santé libéraux (page 95)

Encadré 2 : Revenus des professionnels de santé (page 96)

Il n'existe pas de source d'informations disponible permettant de comparer les revenus de toutes les professions entre elles. Les travaux de la DREES (tableau 5) et de l'UNASA (tableau 6) apportent cependant des éléments sur les professionnels libéraux les plus souvent présents en maison de santé.

Tableau 5 : Revenu libéral net moyen des professionnels de santé en 2007 et 2010

Profession	2007	2010 (autres professionnels)
Dentiste	83 090 €	89 370 €
Omnipraticien	70 940 €	71 320 €
Infirmier	41 370 €	46 060 €
Masseur-kinésithérapeute	38 260 €	38 740 €

Source : DREES. Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010.

Etudes et résultats, 2011/12, n° 786

Champ : ensemble des professionnels ayant reçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année en France métropolitaine.

Définition : le revenu libéral net moyen s'apparente à un salaire net pour les salariés, c'est-à-dire à un salaire hors cotisations sociales, contribution sociale généralisée et contribution au remboursement de la dette sociale. Pour calculer ce revenu, les charges sociales personnelles et les charges dites professionnelles occasionnelles par l'exercice libéral (fraîs de personnel, de transport, location de matériels, achats de fournitures, loyer du local professionnel, pour l'essentiel) sont retirées des honoraires nets.

Les chiffres 2010 ont été estimés par la DREES en attente des données sur les taux de débours et de rétrocession d'honoraires et les taux de charges non encore produits par l'INSEE.

Tableau 6 : Revenu annuel net moyen des professionnels de santé en 2008

Profession	Revenu annuel net moyen
Dentiste	86 900 €
Médecin généraliste	76 100 €
Infirmier	42 500 €
Kinésithérapeute	41 400 €
Sage-femme	26 500 €
Orthophoniste	26 300 €
Orthoptiste	23 400 €
Pédiatre-podologue	23 200 €
Psychologue	15 900 €

Source : site de l'Union nationale des associations agréées, www.unasa.fr

Par ailleurs, la DREES a estimé le revenu annuel net moyen des titulaires d'officine à 111 000 € pour l'année 2006 (in DREES. Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006. Etudes et résultats, 2009/09, n° 703).

Les plates-formes d'appui aux professionnels de santé

Créées par la loi du 21 juillet 2009, les plates-formes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ont pour objectif de proposer dans chaque région des informations et des services aux professionnels de santé (étudiants ou en exercice) qui ont pour projet de s'installer ou qui désirent modifier leur organisation professionnelle. Ce sont des projets collectifs réunissant plusieurs acteurs régionaux, dont l'ARS, les caisses d'assurance maladie, les ordres professionnels, l'union régionale des professionnels de santé et la fédération régionale des maisons et pôles de santé.

Depuis juillet 2011, les PAPS de toutes les régions sont accessibles via un site internet. De nombreuses informations y sont accessibles : dispositifs nationaux en cours, évolutions réglementaires, liens utiles, informations régionales : offre et besoins de soins, politique régionale de santé, liste des lieux d'exercice dans la région dans le cadre du dispositif du contrat d'engagement de service public (voir ci-dessous). S'y trouvent également des informations sur les aides existantes en région pour les montages de projets de maisons et pôles de santé, sur les aides aux étudiants, voire sur des formations en région.

Le contrat d'engagement de service public

Afin d'aider à une meilleure répartition des médecins sur le territoire, la loi HPST de juillet 2009 a instauré un contrat d'engagement de service public (CESP) à destination des étudiants en médecine. Sont concernés les étudiants de la 2^{ème} année des études médicales à la dernière année d'internat. L'objectif est de fidéliser des jeunes médecins dans des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée. Les signataires d'un CESP bénéficient d'une allocation brute mensuelle de 1 200 € jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, au tarif conventionnel, dans des lieux d'exercice spécifiques proposés dans des zones où la continuité des soins fait défaut. La durée de leur engagement est égale à celle du versement de l'allocation, avec un minimum de deux ans.

► L'Etat, la Haute Autorité de santé (page 101)

La Haute Autorité de santé (HAS) a animé de 2008 à 2011, un groupe de travail autour de l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours à destination d'équipes pluriprofessionnelles. Ces protocoles ont été expérimentés dans des maisons ou pôles de santé. A ce jour, 7 protocoles sont établis sur les sujets de l'hypertension artérielle essentielle, du diabète de type 2, de la gestion des antivitamines K, de la lombalgie commune, de la bronchiolite, des plaies chroniques et de la vaccination. On peut les trouver sur le site de la Fédération française des maisons et pôles de santé (www.fimps.fr). Un guide technique d'élaboration de nouveaux protocoles a été élaboré et validé par le collège de l'HAS en 2011.

► L'Assurance maladie et les autres financeurs (page 102)

La création du FIR en 2012

La loi de financement de la Sécurité sociale 2012 a créé le fonds d'intervention régionale (FIR) pour intervenir sur la modernisation nécessaire du système de soins. Le FIR

mutualise les moyens du FQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville) et du FMESP (fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés). Ce fonds sera à disposition des ARS. Le montant du FIR ainsi que la répartition des enveloppes régionales seront fixés par arrêté ministériel. Pour la première année, 1,5 milliards d'euros sont annoncés.

➤ La population (page 104)

Les représentants des usagers sont en train de prendre de la voix en France, particulièrement dans les instances où ils sont représentés : conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) et Conférence nationale de santé (CNS). Lors de ses vœux d'actions pour 2012, la CNS a demandé que les usagers puissent intégrer les lieux de décision au sein des maisons et des pôles de santé.

Les 6 briques de la maison de santé

Les aspects juridiques

➤ Les sociétés, SCI, SCM, SCP... (page 115)

La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération a posé la question du reversement aux professionnels des dotations financières allouées par l'Assurance maladie aux équipes de soignants. Le statut d'association loi 1901 ne permet pas ce reversement, les sommes reversées pouvant être requalifiées en salaires et l'association imposée. Les autres statuts existants tels que les sociétés civiles de moyens (SCM), les groupements d'intérêt économique (GIE) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) ne convenant pas non plus, une nouvelle forme de société a été créée par la loi du 10 août 2011 : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). La SISA est une sorte de société civile de moyens (SCM) améliorée. Ses associés sont les professionnels de santé. Elle peut percevoir des dotations et les reverser à ses membres qui les déclarent dans leurs revenus. Elle peut aussi payer des vacations à des professionnels de santé non sociétaires. Les premières SISA devraient voir le jour en 2012 dès les décrets nécessaires publiés.

La SISA est une nouvelle forme juridique utilisable par les équipes pluriprofessionnelles. D'autres formes devraient apparaître dans la mesure où les professionnels de santé verront de plus en plus la nécessité de mutualiser leurs différentes sources de revenus (qui ne seront plus exclusivement des actes). Les investissements nécessaires pour assumer les nouvelles fonctions de suivi de la santé de la population les amèneront probablement à développer des sociétés de type société civile professionnelle (SCP) ou société d'exercice libéral (SEL) interprofessionnelles, mais il faudra que la loi évolue pour le permettre.

Le fonctionnement au quotidien

La gestion économique

➤ Les nouveaux modes de rémunération (page 139)

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (NMR) a débuté en 2010 pour trois ans, en application de l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2008. Une première vague a concerné 17 maisons de santé libérales et 25 centres de santé de 6 régions. En 2010, devant l'intérêt des promoteurs de projet, le ministère de la Santé a décidé une extension de l'expérimentation à toutes les régions de France et à tous les volontaires. Une deuxième vague a été lancée pour atteindre environ 150 sites expérimentaux. Et la loi de financement de la Sécurité sociale 2012 a retenu la prolongation d'une année de l'expérimentation. Celle-ci se terminera donc fin 2013. La loi prévoit qu'elle sera ensuite basculée sur le système conventionnel.

➤ Le système d'information (page 141)

➤ Une avancée réglementaire majeure

En établissement de santé, lorsqu'un patient donne une information sur sa santé à un professionnel de santé, cette information est réputée partagée par l'équipe soignante. Jusqu'en 2011, les équipes de l'ambulatoire n'avaient pas ce droit de partage de l'information. Une action de la FFMPs a permis que celui-ci soit inscrit dans la loi Fourcade du 10 août 2011.

Dorénavant, les professionnels de santé travaillant en équipe et ayant signé un projet de santé commun peuvent proposer à chaque patient que son dossier médical soit partagé entre les soignants de l'équipe. Le consentement exprès du patient doit être recueilli quelle qu'en soit la manière (de façon orale, signature électronique ou signature papier). Le patient doit être informé des avantages de cette option et de la possibilité de retrait ou de refus de consultation de son dossier par un ou plusieurs professionnels.

Cette mesure représente une avancée majeure. Elle permet aux différents acteurs d'une équipe (médecin, pharmacien, infirmière, kinésithérapeute...) d'avoir accès à l'information concernant le patient qui les consulte pour délivrer des soins en toute pertinence et sécurité.

➤ Des systèmes d'information adaptés bientôt disponibles

L'ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé) a travaillé avec quelques responsables d'équipes pluriprofessionnelles de la FFMPs et de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) pour produire le cahier des charges d'un système d'information en maison, pôle ou centre de santé. Plusieurs réunions ont abouti à un texte qui se trouve sur le site de l'ASIP Santé (www.esante.gouv.fr).

Les éléments incontournables pour un exercice pluriprofessionnel sont entre autres :

- un système d'information pluriprofessionnel accessible par plusieurs professionnels de santé d'une même équipe avec des droits administrateurs selon le consentement des patients ;
- un moteur de recherche assez simple et puissant pour que les professionnels puissent produire leurs propres données afin d'orienter la stratégie de soins sur leur territoire ;
- une externalisation des données pour sécuriser les sauvegardes et permettre un accès de différents sites, maison ou centre de santé, domicile des patients ou du professionnel, EHPAD, maison de garde (les règles de l'hébergement de données médicales sont strictes en France et garantissent la sécurité pour les patients). Sur ce plan, la loi doit évoluer, car à ce jour, la réglementation sur les hébergements de données médicales (article L. 1111-8 du Code de la santé publique) n'autorise que les établissements et les professionnels de santé en leur nom propre à héberger les données de leurs patients. Une modification législative est nécessaire pour permettre l'hébergement des données collectives d'une équipe de soins ambulatoire de premier recours.

Les éditeurs ont compris les enjeux. Les premiers systèmes respectant ce cahier des charges devraient voir le jour en 2012.