

MASTER D'ADMINISTRATION DES ENTREPRISES

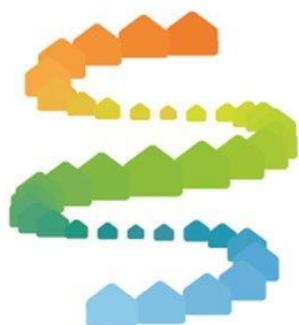
- Master 2 Management et Marketing •

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Comment la FEMASNORD peut-elle accompagner les maisons
de santé autour du système d'information partagé ?

Sous la direction de

*Laurent Verniest, Président de la FEMASNORD, Tuteur entreprise
Guillaume Lhotellerie, Directeur régional chez Giropharm, Tuteur IAE*



FEMASNORD

FÉDÉRATION DES MAISONS DE SANTÉ NORD

IAE Lille

Université des Sciences et Technologies de Lille 1

104, avenue du Peuple Belge

59043 LILLE

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier **l'ensemble des personnes interviewées** pour leur disponibilité, leur sympathie et pour les réponses qu'elles m'ont apportées :

- médecins généralistes et coordinateurs du Nord-Pas-de-Calais,
- fédérations régionales des maisons de santé,
- M. Nougairède, Délégué à l'Information Médicale.

Ces acteurs de santé sont le fondement de ce mémoire de fin d'études.

Je tiens ensuite à remercier tout particulièrement l'ensemble des personnes suivantes :

D^r Laurent Verniest, en qualité de tuteur d'entreprise, président de la FEMASNORD, où j'ai eu l'opportunité de réaliser mon contrat de professionnalisation en tant que Chargée de communication, pour m'avoir accompagnée tout au long de la réflexion et pour ses conseils avisés.

M. Sylvain Derensy, coordonnateur au sein de la FEMASNORD, pour son accueil, son aide dans mes missions quotidiennes.

M. Guillaume Lhôtellerie, en qualité de tuteur de l'IAE, pour m'avoir accompagnée durant mon contrat de professionnalisation et pour m'avoir orientée dans mes travaux.

M. Stéphane Saint-Pol, directeur de la formation Master 2 MAE Management & Marketing de l'IAE et l'ensemble des professeurs dont les cours de qualité ont suscité des débats plus qu'intéressants.

Mes camarades de promotion, qui ont permis des échanges riches et une ouverture à d'autres horizons, tant professionnels que personnels.

Rémi, sans qui la vie n'aurait aucun sens.

SOMMAIRE

Remerciements	2
Introduction	4
Première partie : Au cœur des maisons de santé	8
I. La dynamique des maisons de santé	9
A. Les maisons de santé, un peu d'histoire	9
B. Les maisons de santé, leurs rôles	10
C. Les maisons de santé, la rémunération de leurs actions de coordination	11
D. Le système d'information partagé, pilier de la coordination pluriprofessionnelle	13
i. Le système d'information partagé, un outil au cœur des maisons de santé	13
ii. Un label aux exigences définissant les contours du système d'information	15
iii. Les solutions logicielles existantes	16
iv. Les systèmes d'informations partagés en région : état des lieux	17
II. La FEMASNORD comme soutien aux maisons de santé	17
A. La FEMASNORD, par et pour les professionnels de santé	17
B. Des objectifs centrés sur le développement des maisons de santé	18
III. L'écosystème de la FEMASNORD	21
IV. Etre chargée de communication au sein de la FEMASNORD	23
Deuxième partie : Le système d'information partagé, quid de la littérature ?	26
I. Les niveaux de maturité d'une maison de santé	27
A. La Matrice de Maturité	27
B. Comment utiliser la matrice de maturité ?	28
II. La mise en place d'un système d'information partagé	30
III. L'accompagnement des projets d'informatisation	33
A. L'accompagnement idéal, étape par étape	33
i. L'accompagnement en amont de la mise en œuvre d'un système d'information	34
ii. L'accompagnement après la mise en œuvre d'un système d'information	35
B. Les acteurs pouvant accompagner les projets d'informatisation	36
C. Les préconisations complémentaires de l'ASIP	38
Troisième partie : Comment la FEMASNORD peut-elle accompagner les maisons de santé dans leur projet d'informatisation ?	40
I. Méthodologie d'étude	41
II. Un projet d'informatisation semé d'embûches	42

A.	La mise en place des projets d'informatisation	42
B.	Les obstacles rencontrés face aux projets d'informatisation	49
i.	L'inévitable obstacle du changement	49
ii.	La maison de santé : une véritable et rapide révolution organisationnelle	50
iii.	La maison de santé médico-centrée	51
iv.	Des critères ASIP qui laissent perplexes	53
v.	Des solutions logicielles séduisantes... en apparence ?	54
vi.	Des logiciels en constante évolution	56
vii.	Une communication avec l'éditeur instable	57
viii.	D'autres obstacles techniques	58
ix.	Des difficultés d'appropriation, notamment liées à une formation irrégulière	59
C.	Les besoins exprimés par les professionnels de santé	60
III.	L'accompagnement des projets d'informatisation dans les autres régions	62
A.	Une offre insuffisante pour accompagner les équipes	62
B.	Un investissement des fédérations régionales peu encouragé	63
IV.	Préconisations	65
A.	Pistes d'actions	65
i.	Une méthodologie détaillée de mise en œuvre d'un projet d'informatisation	67
ii.	Une réunion de sensibilisation et d'informations en amont	69
iii.	Un pool de facilitateurs pour l'aide au choix	69
iv.	Un comparatif des logiciels labellisés	70
v.	Des groupes d'utilisateurs de systèmes d'informations partagés	71
vi.	Un forum pour chaque logiciel	72
vii.	Un délégué à l'information médicale	72
B.	La place de la FEMASNORD	74
C.	Points de vigilance	75
	Conclusion	77
	Glossaire	81
	Bibliographie	82
	Table des annexes	83

INTRODUCTION

« Développer les maisons de santé »¹, « doubler le nombre de maisons de santé d'ici 2022 afin de réduire le nombre de déserts médicaux »²,... Durant la campagne présidentielle, « maisons de santé » était un des maîtres mots d'Emmanuel Macron pour lutter contre les déserts médicaux, ces territoires qui manquent de médecins.

Depuis plus d'une quinzaine d'années, des réflexions sont menées sur la nécessité de faire évoluer le système de santé afin de l'adapter aux nouveaux besoins de santé, aux enjeux de qualité des soins et d'efficience, mais aussi aux besoins des professionnels de santé.

Le système de santé français s'est construit sur une approche pluraliste de l'offre de soins. On y retrouve ainsi un maillage de structures et d'acteurs dont les professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou salariés, de premier et de second recours, concentrés autour d'un monopole médical, de façon hiérarchique.

Or, avec le vieillissement de la population et l'augmentation significative des pathologies chroniques, ces modes d'exercice n'apparaissent plus adaptés. Réel pivot du système ambulatoire, le médecin généraliste ne peut plus assurer seul ces prises en charge.

En parallèle, les nouvelles générations de professionnels de santé de premier recours aspirent à différentes conditions d'exercice, permettant d'allier vie professionnelle et vie privée, et de se reposer sur les compétences des uns et des autres. Aujourd'hui, rares sont les professionnels de santé libéraux, et particulièrement médecins, qui souhaitent s'installer seuls.

Certes, les regroupements, notamment mono-catégoriels, ne datent pas d'hier, cependant, au début des années 2000, le terme « maison de santé » fait son apparition.

En 2009, la Loi HPST souhaite redonner un élan aux soins primaires et favoriser la coordination entre professionnels de santé. Cette loi inscrit alors les maisons de santé comme une priorité. Ces structures d'exercice pluriprofessionnel sont perçues comme un moyen de réorganiser les soins de premier recours, de maintenir une offre de soins de qualité, notamment autour des pathologies chroniques, et de lutter contre la baisse de la démographie médicale. Cette baisse étant la conséquence des départs en retraite des « baby-boomers », d'un numéris clausus qui n'a évolué que faiblement depuis la fin du 20^{ème} siècle et d'une spécialité de médecine générale quelque peu délaissée.

Le terme de désert médical s'élève depuis quelques années. Cependant, outre cette baisse de la démographie médicale, la médecine générale est surtout marquée par une répartition irrégulière de la profession sur le territoire. Les jeunes générations semblent bouder les

¹ Santé : le match des programmes, Le Point, 27 avril 2017. http://www.lepoint.fr/presidentielle/sante-le-match-des-programmes-26-04-2017-2122720_3121.php

² Présidentielle 2017 : que proposent les candidats sur la santé ?, RTL, 11 février 2017.

<http://www.rtl.fr/actu/politique/presidentielle-2017-que-proposent-les-candidats-sur-la-sante-7787147353>

campagnes éloignées, où l'exercice solitaire n'encourage pas la reprise de cabinets, au profit des grandes agglomérations.

Les collectivités locales s'emparent alors de ce sujet, et font la promotion de leurs territoires, offrent des avantages aux futurs médecins, ou initient des projets de maison de santé, mais parfois sans dynamique pluriprofessionnelle de santé, entraînant la création de « coquilles vides » : des bâtiments neufs avec l'espoir d'attirer des médecins.

Or, la maison de santé n'est pas qu'un projet immobilier, elle repose essentiellement sur la volonté de soignants de travailler ensemble afin d'améliorer les prises en charge et leurs conditions d'exercice. Pour cela, ils élaborent alors un projet de santé. Véritable fruit d'une réflexion pluriprofessionnelle et élément fédérateur, il témoigne de l'organisation de l'équipe, de sa volonté de se coordonner autour d'axes de santé prioritaires.

Il s'agit d'un nouveau mode d'exercice, voire d'une révolution organisationnelle. Afin d'aider les professionnels de santé qui se sont lancés dans cette aventure, plusieurs d'entre eux se sont constitués en association. La fédération nationale des maisons de santé est née, puis des antennes régionales se sont progressivement créées.

Aujourd'hui, les équipes de maisons de santé du Nord-Pas-de-Calais peuvent s'appuyer sur la FEMASNORD pour les accompagner dans leurs projets et les aider dans leur fonctionnement.

Afin de favoriser la coordination pluriprofessionnelle, celle-ci doit s'appuyer sur des outils adéquats, tel que le système d'information partagé. Comme tout logiciel, il remplit les fonctions de base utiles à la pratique individuelle. Cependant, dans le cadre d'une maison de santé, ce logiciel permet également de partager l'information entre professionnels de santé, et d'adopter un langage commun au service de la coordination pluriprofessionnelle.

Ces logiciels d'informations partagés sont assez récents et évoluent en parallèle des maisons de santé. D'ailleurs, depuis 2012, ces logiciels font l'objet d'un label, afin, d'une part, éclairer les équipes sur le choix d'un outil adapté à leurs besoins et, d'autre part, permettre aux éditeurs de répondre à ces attentes et d'être visibles auprès des professionnels de santé.

Alors que le système d'information partagé est censé être une aide et un appui à la coordination pluriprofessionnelle, nous avons pu observer, tant dans le Nord-Pas-de-Calais que dans les autres régions, que son déploiement reste complexe et long. Les équipes de soins primaires manifestent des difficultés lors de sa mise en œuvre et des freins à son utilisation. Les obstacles rencontrés et le manque flagrant d'accompagnement n'encouragent pas les soignants à utiliser ces logiciels.

Ainsi, avant de songer au doublement des maisons de santé, il semble impératif d'assurer le bon fonctionnement de celles existantes.

Alors comment favoriser les usages informatiques ? Dans quelle mesure est-il nécessaire d'accompagner les maisons de santé dans leur projet d'informatisation ? Comment la

FEMASNORD peut-elle accompagner les maisons de santé autour du système d'information partagé ?

Afin de répondre à cette question, il s'est avéré nécessaire de comprendre les besoins des équipes de la région, au travers d'entretiens semi-directifs mais également de connaître le positionnement des fédérations régionales via un questionnaire. Avant de proposer des solutions concrètes basées sur cette étude, sur lesquelles la FEMASNORD pourrait se positionner, nous nous attarderons d'abord sur le contexte et l'analyse bibliographique qui ont amené cette problématique.

Première partie
Au cœur des maisons de santé

I. La dynamique des maisons de santé

A. Les maisons de santé, un peu d'histoire

Depuis les années 70, les professionnels de santé libéraux ont cherché à se réorganiser, faisant apparaître les premiers cabinets de groupes, le plus souvent mono professionnels, ainsi que le terme « maison médicale », désignant un regroupement de professionnels de santé autour de questions purement immobilières.

C'est au début des années 2000 que le terme « maison de santé » commence à faire son chemin, où les professionnels de santé souhaitent axer leur regroupement sur l'amélioration des prises en charge et ainsi la coordination des soins.

Fin 2007, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2008 inscrit le terme dans le Code de la Santé Publique et prévoit notamment l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (NMR) pour les professionnels de ces structures, pour 5 ans. Ces NMR sont des forfaits versés aux maisons de santé, favorisant la coordination pluriprofessionnelle. En effet, ces forfaits sont une solution à la rémunération des activités de coordination (réunions, échanges autour de cas patients, élaboration de parcours de soins, etc.) là où l'habituel paiement à l'acte n'est pas possible.

En 2009, la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite HPST) prévoit la mise en place d'un schéma régional d'organisation des soins. Les maisons de santé deviennent alors une priorité, contribuant à l'organisation des soins de premier recours.

En août 2011, la loi Fourcade modifie certaines dispositions de la loi HPST, en créant notamment les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA), permettant aux équipes de percevoir les nouveaux modes de rémunération, là où une simple association de professionnels de santé ne le peut.

En janvier 2016, la Loi de Modernisation de notre système de santé accentue la priorité donnée à la coordination pluriprofessionnelle, en introduisant la notion d'équipe de soins primaires qui peut prendre la forme de maison de santé (professionnels de santé exclusivement libéraux), de centre de santé (professionnels de santé salariés) ou d'autres formes de coopération.

Aujourd'hui, ce mode d'exercice s'est ancré dans le paysage français. Selon les derniers chiffres de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en décembre 2016, on dénombrait 910 maisons de santé. Dans les Hauts-de-France, 73 maisons de santé sont actuellement en fonctionnement et quelques 33 projets émergent³.

³ Derniers chiffres de l'ARS Hauts-de-France, décembre 2016

En Nord-Pas-de-Calais, périmètre d'action de la FEMASNORD, 45 maisons de santé sont aujourd'hui en fonctionnement.

B. Les maisons de santé, leurs rôles

L'article L6323-3 du Code de la Santé Publique définit les maisons de santé comme suit :

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

Ces professionnels 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.

La maison de santé est donc un regroupement de professionnels de santé libéraux axé autour de la coordination des soins.

Le terme prêtant à confusion, bien souvent les professionnels de santé et les collectivités locales pensent qu'un projet immobilier est indispensable. Or, même si celui-ci peut favoriser les relations professionnelles, les maisons de santé peuvent également être multi-sites. Les raisons à ce choix sont souvent d'ordre financier, les professionnels de santé ayant peut-être déjà investi.

D'ailleurs, bien des collectivités locales investissent dans un bâtiment avant que l'équipe de soins ne soit constituée, faisant de ce local une « coquille ville ». Il est nécessaire que toute initiative soit prise par des professionnels de santé en premier lieu, initiative qui s'articulera avant tout autour d'un projet de soins d'équipe.

De par la coordination pluriprofessionnelle, les maisons de santé sont envisagées comme un moyen de :

- apporter une réponse concrète aux problématiques d'accessibilité des soins
- lutter contre la baisse de la démographie médicale

En effet, les maisons de santé sont perçues comme un lieu attractif pour de jeunes professionnels de santé, attirés par un exercice en groupe permettant de bénéficier de l'expérience capitalisée par leurs confrères et collègues, de bénéficier d'infrastructures notamment informatiques adaptées, d'allier vie professionnelle et vie privée.

De plus, les maisons de santé se structurent pour permettre l'accueil de stagiaires, pouvant ainsi favoriser l'installation future de professionnels de santé.

- maintenir une offre de soins de qualité et permettre une prise en charge de l'état de santé de la population

Au-delà des murs, les professionnels de santé ont élaboré un véritable projet de santé, axé autour de prises en charge qu'ils ont jugé prioritaires (et en cohérence avec le Projet Régional de Santé où s'est définie la stratégie de l'ARS). Par exemple, certaines équipes peuvent avoir choisi d'améliorer la prise en charge du patient diabétique de type 2, et pour cela ils ont besoin de l'intervention du médecin, de l'infirmier, du pédicure podologue, de la diététicienne, mais aussi du pharmacien, du masseur-kinésithérapeute, etc. afin d'accompagner au mieux le patient dans tous les aspects de sa pathologie.

- assurer un suivi en termes de santé publique

Les maisons de santé se caractérisent également par la participation à des missions de santé publique : prévention et approche plus populationnelle.

Grâce notamment au système d'information partagé, l'équipe peut suivre, à l'aide d'indicateurs mis en place, les données relatives aux patientèles.

Les missions principales de ces maisons de santé sont donc les suivantes :

- elles assurent des activités de soins sans hébergement,
- elles peuvent participer à des actions de santé publique,
- elles peuvent participer à des actions de prévention, d'éducation pour la santé,
- elles peuvent participer à des actions sociales.

Ces activités sont tout d'abord réfléchies dans le cadre d'un projet de santé qui témoigne de l'exercice coordonné de l'équipe. Ce projet de santé met en avant l'organisation professionnelle, plus pratique (composition de l'équipe, horaires, structuration juridique, outils mis en place pour la coordination tels que le système d'information partagé, les protocoles et les réunions de coordination, etc.) et met en avant l'organisation de la prise en charge (accès aux soins, continuité et permanence des soins, actions de santé prioritaires, missions de santé publiques, etc.). Véritable pilier de l'exercice coordonné, il permet la reconnaissance de l'équipe en maison de santé, notamment au travers de sa validation par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

C. Les maisons de santé, la rémunération de leurs actions de coordination

La coordination pluriprofessionnelle pour une prise en charge globale du patient est l'objet premier, le maître mot de toute maison de santé. Ne pouvant être valorisée financièrement par le paiement à l'acte habituel, il a vite été nécessaire d'élaborer un modèle économique permettant de favoriser cet exercice pluriprofessionnel. De plus, les missions de santé publiques et actions de prévention ne peuvent non plus être rémunérés à l'acte.

En 2009, le Ministère de la Santé, au travers de l'article 44 de la LFSS pour 2008, prévoit la mise en place de nouveaux forfaits : un an plus tard, les premières maisons de santé se

lancent dans l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR), encadrée par les ARS.

Calculée sur la base du nombre de patients ayant un médecin traitant dans la maison de santé et du nombre de professionnels de santé, l'ENMR était répartie en 3 modules :

- les temps de coordination pluriprofessionnelle,
- les nouveaux services aux patients, comme l'éducation thérapeutique du patient,
- la délégation de tâches et le transfert de compétences entre professionnels, encadrés par l'article 51 de la loi HPST.

Cette expérimentation s'est prolongée jusque fin 2014. Au total, ce sont 326 maisons de santé qui y ont participé⁴.

Après des évaluations concluantes et face à l'engouement des équipes de soins primaires en place et futures, la LFSS pour 2013 a prévu la mise en place de négociations entre les syndicats professionnels et l'Assurance Maladie afin de faire entrer ces NMR dans le champ conventionnel.

Malheureusement, en 2015, ces négociations n'ont pas abouti. Cependant, la législation en vigueur a permis d'établir un Règlement Arbitral⁵, pour 5 ans.

Afin de bénéficier des NMR, le Règlement Arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité engage les équipes sur 3 axes de critères :

- l'accès aux soins : horaires d'ouverture de la structure, accès à des soins non programmés, fonction de coordination avec un responsable identifié ;
- le travail en équipe pluriprofessionnelle : élaboration de protocoles, réunions autour de cas patients ;
- le système d'informations partagé : labellisé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagé de Santé (ASIP Santé).

Chaque axe contient donc plusieurs critères obligatoires (énoncés ci-dessus) et aussi optionnels. A chaque critère est attribué un nombre de points, où chaque point équivaut à 7 euros. En remplissant les critères, les équipes aboutissent donc à une somme correspondante, qu'elles toucheront par la suite. La rémunération est donc fonction de l'atteinte des objectifs.

Dans le cadre de ce Règlement Arbitral, l'équipe peut atteindre jusqu'à 7400 points maximum, dont 2450 points concernent le système d'information partagé, soit environ un tiers de la rémunération.

Pour obtenir ces NMR, l'équipe doit :

⁴ Chiffres issus de la FFMPs, www.ffmps.fr

⁵ Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité

- avoir élaboré un projet de santé, validé par l'ARS, en cohérence avec le Projet Régional de Santé ;
- être constitué en SISA (ou s'engage à se constituer en SISA dans les 6 mois suivants) ;
- établir un contrat tripartite avec l'ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) concernée, pour une durée de 5 ans.

Début 2017, les syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux et l'Assurance Maladie se sont de nouveau réunis, et ont cette fois-ci abouti à un accord. Un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) a été signé le 20 avril dernier. Cet ACI marque la pérennisation des NMR et ainsi la volonté de favoriser le travail coordonné pluriprofessionnel.

Applicable à partir du dernier trimestre 2017, cet ACI permet des rémunérations basées sur les mêmes critères que ceux fixés dans le Règlement Arbitral.

Au travers de cet accord, le système d'informations partagé prend plus d'ampleur : la rémunération relative à ce critère socle évolue. Au sein du Règlement Arbitral, il est précisé que le système d'information doit être labellisé par l'ASIP et présenter des dossiers patients renseignés à hauteur de 33% la première année, puis 66% la seconde année. Au sein de l'ACI, le logiciel doit certes être labellisé par l'ASIP, mais, de plus, le nombre de points accordés est fonction du nombre de professionnels à équiper dans la structure, soulignant ainsi l'importance de l'équipement des professions paramédicales et non pas que médicales. La rémunération relative au système d'information est calculée en fonction du nombre de professionnels de santé à équiper, et non plus en fonction du nombre de patients.

Grâce à cette convention, selon l'Assurance Maladie : *« une maison de santé composée de 13 professionnels de santé disposant d'une patientèle de 4000 personnes, qui atteindrait l'ensemble des engagements, verrait sa rémunération passer de 51 800€ par an dans le Règlement Arbitral, à 73 500€ grâce à l'ACI »*⁶.

En annexe 1 de ce présent document, vous trouverez les critères détaillés permettant de percevoir les NMR.

D. Le système d'information partagé, pilier de la coordination pluriprofessionnelle

i. Le système d'information partagé, un outil au cœur des maisons de santé

Les professionnels de santé fonctionnant au dossier papier sont de plus en plus rares. La version informatisée leur permet un gain de temps, un confort d'exercice et une structuration des données qu'ils pourront ensuite retrouver facilement. Le système

⁶ Déclaration de Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance Maladie, suite à la signature de l'ACI.

d'information répond ainsi aux besoins de suivi des pathologies chroniques qui se sont fortement développées depuis une quinzaine d'années.

En maison de santé, le système d'information permet d'adopter un langage commun et devient un outil au service de la coordination pluriprofessionnelle. En effet, les dossiers patients et leurs données associées peuvent être partagés avec d'autres professionnels de santé. Le système d'information permet de partager une base de patients, d'échanger des informations en temps réel et de tracer toute donnée favorisant une prise en charge de qualité, notamment dans le cas de pathologies chroniques.

La Loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé énonce qu'un « *professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.*

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. »

Bien sûr, « *la personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.* »

Le système d'information constitue l'un des critères socles pour percevoir les nouveaux modes de rémunération et est l'un des quatre axes d'analyse de la maturité des équipes de soins primaires (matrice de maturité établie par la Haute Autorité de Santé, que nous évoquerons dans la deuxième partie de ce présent document).

Le système d'information partagé doit répondre :

- aux besoins liés à la pratique professionnelle individuelle,
- aux besoins liés à la pratique pluriprofessionnelle.

Il doit également permettre :

- le pilotage de l'activité,
- la gestion de la maison de santé.

Il permettra ainsi une utilisation individuelle (consultation et alimentation du dossier patient, télétransmission et facturation, gestion de rendez-vous, etc.) et également une utilisation pluriprofessionnelle : partage d'informations autour de patients, mise à disposition de protocoles, comptes rendus de réunions, requêtes pour l'organisation de prochaines réunions de cas patients ou l'organisation de missions de santé publique, production de données harmonisée, possibilité de retrouver une information structurée, etc.

Les plus-values du système d'information partagé sont donc nombreuses. Bien évidemment, au-delà du confort d'exercice des professionnels de santé, de part une optimisation du suivi des patients et au travers d'une meilleure coordination, il vise une certaine efficacité et ainsi une économie pour le système de santé.

ii. Un label aux exigences définissant les contours du système d'information

Afin d'aider les professionnels de santé dans leur choix de logiciel, un label a été mis en place par l'ASIP Santé : « e-santé Logiciels Maisons et Centres de Santé ». Ainsi, depuis 2012, ce label est attribué aux logiciels répondant aux exigences fixées dans un référentiel technique, qui vise à :

- répondre aux besoins des professionnels de santé : les logiciels doivent proposer les fonctionnalités minimales pour répondre aux besoins énoncés ci-dessus ;
- respecter la réglementation : conditions d'hébergement des données, dématérialisation des feuilles de soins, aide à la prescription médicamenteuse ;
- être compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP) : création, consultation, alimentation du DMP.

Ces exigences constituent ainsi les fondements des solutions logicielles proposées par les éditeurs. Ce référentiel technique se construit autour de 4 dimensions⁷.



Il existe deux niveaux de labellisation :

- niveau « Standard » (les solutions logicielles disposent des fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement de la structure) ;
- niveau « Avancé » (les solutions logicielles disposent des fonctionnalités minimales plus de fonctionnalités nouvelles).

Quelques exemples des exigences exprimées dans le référentiel technique de l'ASIP :

⁷ ASIP Santé (mars 2016), Labellisation e-santé Logiciels Maisons et Centre de Santé, Référentiel V2
<http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-exigences-a-remplir#P1>

- Production de soins cliniques
 - ✓ Gérer les antécédents personnels du patient (médicaux ou chirurgicaux)
 - ✓ Importer les pièces jointes transmises par messagerie sécurisée de santé
 - ✓ Saisir un compte-rendu de réunion pluriprofessionnelle
- Support
 - ✓ Capturer les données d'identité des patients à partir de la lecture de la carte vitale
 - ✓ Gestion des tournées
 - ✓ Saisir le refus du partage émis par le patient
- Pilotage de l'activité et de la structure
 - ✓ Reprise des données
 - ✓ Paramétrage des sauvegardes automatiques
 - ✓ Présenter les résultats de requêtes complexes
- Infrastructure
 - ✓ Gérer les autorisations des utilisateurs
 - ✓ Authentifier les utilisateurs accédant aux ressources protégées du système
 - ✓ Tracer la production de données et l'accès aux données

Au total, ce référentiel technique regroupe près de 250 exigences, auxquelles les éditeurs doivent répondre afin de bénéficier du label.

Début 2017, l'ASIP Santé a mis en place une nouvelle version de ce label (V2), afin de répondre au mieux aux besoins des équipes de soins primaires.

iii. Les solutions logicielles existantes

Alors que pour les professionnels de santé le label atteste d'un système d'information partagé de qualité et répondant à leurs besoins, pour les éditeurs de logiciels, ce label constitue un véritable argument commercial, qu'ils peuvent afficher librement.



A ce jour, 13 logiciels dédiés ont obtenu ce label, dont 11 répondent aux exigences des maisons et centres de santé et 2 répondent aux exigences des centres de santé. En annexe 2 de ce présent document figure la liste des solutions logicielles labellisées.

Outre la labellisation, les éditeurs mettent en avant une pluralité d'arguments. Par exemple :

- Solution pluriprofessionnelle
- Base patientèle partagée

- Sécurité pour le partage de données
- Personnalisation du logiciel (notamment droits d'accès aux dossiers patients selon les professions)
- Fonctionnalités organisationnelles
- Mobilité
- Messagerie sécurisée
- DMP compatibilité
- Télétransmissions
- Solution 100% en ligne
- Reprise de données
- Formation

iv. Les systèmes d'informations partagés en région : état des lieux

En Nord-Pas-de-Calais, le choix des équipes pluriprofessionnelles s'est porté sur les logiciels suivants :

- Axisanté (2 MSP)
- Crossway (4 MSP)
- MonLogicielMédical.com (3 MSP)
- Hellodoc (6 MSP)
- WEDA (5 MSP)
- Chorus (4 MSP)
- Médistory – *mais ne répond plus au label V2* (4 MSP)

Les autres maisons de santé sont en cours de choix de leur solution logicielle.

II. La FEMASNORD comme soutien aux maisons de santé

A. La FEMASNORD, par et pour les professionnels de santé

Pour apporter un soutien aux maisons de santé, porter leur voix, développer et faire évoluer ce mode d'exercice, plusieurs professionnels de santé y exerçant ont pris l'initiative de créer une fédération nationale en 2008 : la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS).

L'objet de la FFMPS, tel qu'elle le définit sur son site internet, www.ffmps.fr, est le suivant :

« - *Représenter les maisons et pôles de santé*

- *Apporter un soutien au développement des maisons et pôles de santé et autres organisations permettant le regroupement de professionnels de santé, dans la perspective de réseaux de soins de proximité*

- *Apporter une aide et un soutien aux professionnels de santé des maisons de santé et autres regroupements dans les domaines de la gestion, du management, de l'organisation*

des soins de proximité, de la maîtrise de stage, de la formation, de la recherche et de l'évaluation des pratiques professionnelles

- Participer à l'élaboration et à la mise en place d'actions de santé publique spécifiques et pluridisciplinaires (programmes de prévention, d'éducation thérapeutique, de promotion de la santé notamment)

- Constituer une force de proposition auprès des pouvoirs publics, des institutionnels, et des collectivités pour la prise en charge des demandes de soins de proximité »

Avec le développement progressif des maisons de santé et des demandes d'aides importantes de leur part, des fédérations régionales se sont créées, toutes adhérentes à la FFMPS.

En 2011, la FEMASNORD naît sous l'impulsion de professionnels de santé du Nord et du Pas-de-Calais, exerçant en maisons de santé, sous forme d'association de loi 1901. Une part de ses sources de financements repose donc sur une adhésion de ces professionnels de santé.

Début 2017, 26 maisons de santé, 2 professionnels de santé et l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France étaient adhérents à la FEMASNORD. Le renouvellement des adhésions est actuellement en cours. Les nouvelles équipes sont également sollicitées.

Le montant des adhésions diffère selon le type d'adhérent :

- Maison de santé percevant les NMR : 400€
- Maison de santé sans NMR : 200€
- Maison de santé en constitution : 100€
- Professionnel de santé isolé : 50€
- Collectivité locale : 50€
- Institution : 400€

Malgré la réforme territoriale relative à la délimitation de nouvelles régions, et notamment la création de la région Hauts-de-France, la FEMASNORD n'a cependant pas entamé son processus de fusion avec la fédération picarde, se confrontant à une absence de réponse de cette dernière, et ce en dépit de plusieurs sollicitations.

B. Des objectifs centrés sur le développement des maisons de santé

Si les objectifs des fédérations diffèrent selon les régions, leur but n'en reste pas moins le développement des maisons de santé et la montée en compétences des équipes en fonctionnement.

En Nord-Pas-de-Calais, les objectifs de la fédération ont pu être affinés au travers d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) passé avec l'ARS Hauts-de-France, dès 2014. Ce premier CPOM permet à la FEMASNORD d'être financée à hauteur de 80 000€ par

an, pour accompagner les équipes autour de l'élaboration de protocoles de soins, de l'organisation de parcours de santé avec les établissements de santé et médicosociaux, et également autour du déploiement de projets de télémédecine.

Aujourd'hui, la fédération est engagée dans un CPOM de deux ans (2016-2018), fixant les objectifs suivants :

- Favoriser la montée en compétences et la maturité des maisons de santé en activité, notamment au travers de l'élaboration de protocoles de soins pluriprofessionnels ;
- Accompagner les maisons de santé en activité dans l'organisation de parcours de soins avec les établissements de santé et médicosociaux ;
- Organiser le partage d'expériences entre les maisons de santé ayant un système d'informations partagé ;
- Promouvoir la recherche en médecine générale.

Ainsi, la FEMASNORD mène plusieurs actions répondant aux objectifs fixés.

1. Favoriser la montée en compétences et la maturité des maisons de santé en activité	- Organisation d'ateliers méthodologiques pour la rédaction de protocoles pluriprofessionnels.
2. Accompagner les maisons de santé en activité dans l'organisation de parcours de soins	- Elaboration de conventions partenariales entre une maison de santé et un établissement médicosocial ou sanitaire.
3. Organiser le partage d'expériences entre les maisons de santé ayant un système d'informations partagé	<p>- Mise en place et animation de temps d'échanges entre professionnels de santé permettant de faire le point sur l'utilisation des logiciels par les maisons de santé : groupes utilisateurs.</p> <p>- Identification des besoins des équipes vis-à-vis de leur SI lors des groupes utilisateurs.</p> <p>- Réalisation d'une synthèse des besoins identifiés lors de ces échanges, à destination des éditeurs concernés.</p> <p>- Objectif à terme : la FEMASNORD sera l'interface privilégiée entre éditeurs et maisons de santé</p>
4. Promouvoir la recherche en médecine générale	<p>- Recensement et mise en avant de thèses de médecine générale réalisées dans le cadre d'exercice en maison de santé.</p> <p>- Proposition de thèmes de thèse.</p> <p>- Identification des médecins directeurs de thèses ou souhaitant le devenir.</p> <p>- Identification des Chefs de Clinique en médecine générale ou le souhait d'en accueillir un.</p> <p>- Mise en avant de publications réalisées par les médecins généralistes.</p>

La FEMASNORD est donc déjà engagée autour des systèmes d'informations partagés. A ce jour, 6 groupes utilisateurs ont été organisés en visioconférence :

- 4 autour du logiciel Chorus, permettant ainsi à 4 équipes d'échanger entre elles sur les besoins et difficultés liés à leur système d'information partagé.
A noter que les deux derniers groupes utilisateurs ont permis d'avoir un retour d'expérience d'une infirmière exerçant en Rhône-Alpes, utilisant Chorus quotidiennement, dans l'exhaustivité de ses fonctionnalités. Les maisons de santé, ayant un niveau d'utilisation différent, ont été scindées en deux groupes (niveau dit débutant et niveau expérimenté), afin d'adapter ce retour d'expériences.
- 1 groupe utilisateur autour du logiciel Hellodoc, rassemblant deux équipes et également deux représentants de l'éditeur, à la demande des équipes, afin de leur adresser directement leurs retours d'expériences.
- 1 groupe utilisateur autour du système d'information WEDA, où des professionnels de santé de deux maisons de santé ont pu échanger avec plusieurs représentants du logiciel.

De nouveaux groupes utilisateurs sont bien sûr en cours de préparation et vont s'ouvrir à d'autres logiciels choisis en Nord-Pas-de-Calais.

Un livrable, synthétisant les échanges, est en cours d'élaboration et sera transmis aux éditeurs concernés.

L'objectif à terme – « *la FEMASNORD sera l'interface privilégiée entre éditeurs et maisons de santé* » - vise ainsi à ce que la FEMASNORD monte en compétences sur le sujet des systèmes d'informations partagés. La fédération est donc tout à fait légitime pour s'investir dans de nouvelles actions d'accompagnement autour de ces logiciels.

Outre ces actions s'inscrivant dans le cadre du CPOM conclu avec l'ARS, la FEMASNORD répond bien entendu aux sollicitations de professionnels de santé se questionnant sur l'exercice en maison de santé. Cet accompagnement peut prendre la forme de conseils, d'informations, de réunions expliquant les concepts de maison de santé, d'une aide pour la rédaction du projet de santé, ou encore d'une orientation vers les ressources mobilisables. De plus, ces informations sont accessibles depuis le site internet www.femasnord.fr et les réseaux sociaux de la fédération.

La FEMASNORD est ainsi ressource et aussi intermédiaire pour un meilleur adressage vers les solutions adaptées.

Bien sûr, la fédération communique également vers ses adhérents : les nouvelles dispositions législatives et réglementaires, les actualités liées aux pôles et maisons de santé en région et sur le territoire national, les outils utiles à leur exercice pluriprofessionnel, les événements et formations pouvant leur être opportuns.

Pour cela, les adhérents ont certes accès au site internet, aux réseaux sociaux, mais également à une boîte à outils au moyen d'identifiants. De plus, une newsletter bimensuelle leur est envoyée.

III. L'écosystème de la FEMASNORD

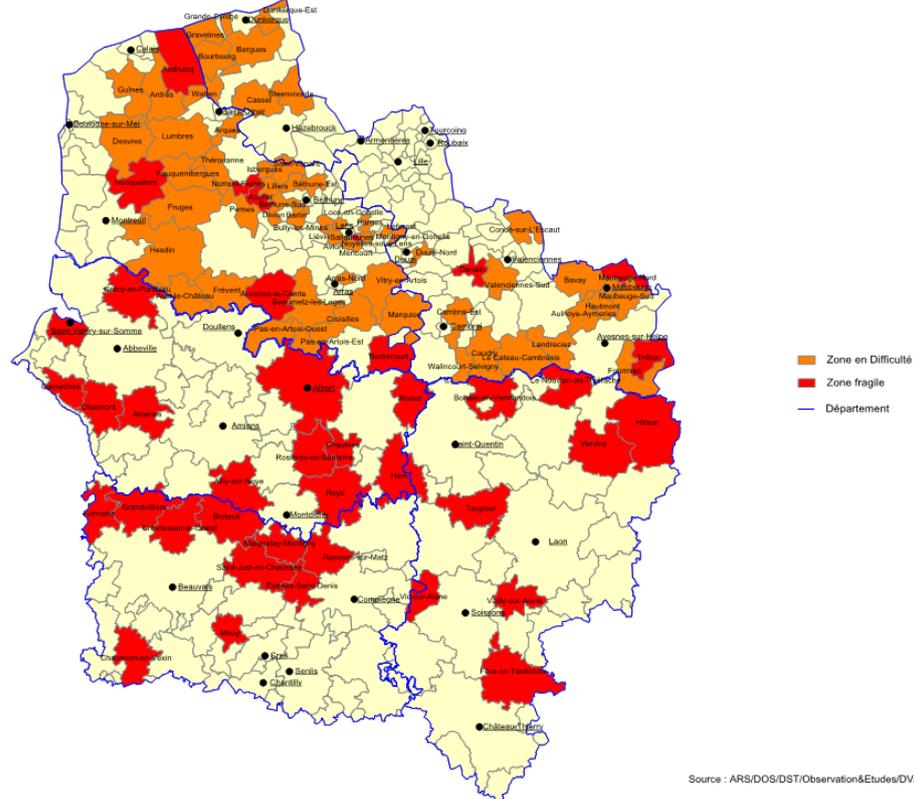
Afin de mieux comprendre l'environnement et l'organisation de la FEMASNORD, il est opportun d'établir une analyse de ses forces, ses faiblesses, les opportunités et les menaces, au travers d'un SWOT.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none">✓ L'association a été créée par les professionnels de santé exerçant en maison de santé : légitimité pour accompagner les équipes.✓ L'association est issue de la dynamique nationale, tout comme le sont les autres fédérations régionales.✓ Un coordinateur de projets et une chargée de communication sont embauchés en CDI.	<ul style="list-style-type: none">✓ L'association n'est que peu connue et n'est pas encore incontournable : le public visé peut ne pas connaître la fédération.✓ Deux salariés à temps partiel y sont embauchés : il est impossible d'accompagner toutes les équipes.✓ L'association n'est pas encore assez structurée, l'organisation interne n'est pas encore bien ficelée.
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none">✓ La stratégie gouvernementale actuelle vise à doubler le nombre de maisons de santé d'ici 5 ans.✓ Un ACI a été conclu par 17 syndicats afin de pérenniser et revaloriser les NMR, permettant d'encourager les dynamiques de maisons de santé.✓ Il existe un intérêt certain des professionnels de santé pour l'exercice en maison de santé : leur nombre ne cesse de croître.✓ La fusion des régions issues de la réforme territoriale de 2015 est l'opportunité d'agrandir le territoire d'actions en fusionnant avec la Picardie et ainsi de mutualiser, voire augmenter le budget alloué aux accompagnements.	<ul style="list-style-type: none">✓ Le budget de la FEMASNORD pour accompagner les équipes n'est issu que des subventions ARS, pouvant varier d'une année à l'autre. Il est nécessaire d'avoir d'autres sources de financement.✓ Le nombre d'acteurs intervenant autour des maisons de santé augmente : URPS et MSA, cabinets de consulting, laboratoires, collectivités territoriales, ou encore l'Assurance Maladie et l'ARS, ainsi que des éditeurs de logiciels, ou des sociétés de services.✓ Des mauvaises informations liées aux concepts de maisons de santé sont diffusées par les médias ou sont la conséquence de projets immobiliers construits par les collectivités territoriales sans dynamique pluriprofessionnelle de santé.✓ La collaboration avec la fédération nationale et les fédérations régionales n'est pas encore organisée ni optimisée.

Si le chiffre de 45 maisons de santé en fonctionnement et le nombre de projets conséquent attestent de la dynamique de développement de ce mode d'exercice, le nombre d'acteurs gravitant autour des maisons de santé en est également le témoin.

En effet, plusieurs acteurs se disputent l'accompagnement des projets de maison de santé, bien souvent missionnés par l'ARS Hauts-de-France. Pour cela, un Schéma Régional d'Organisations des Soins Ambulatoires (SROS)⁸ définit des zones en difficultés et des zones fragiles, c'est-à-dire des zones souffrant d'un manque de médecins généralistes.

Zonage pluriprofessionnel de l'offre de soins de 1er recours de Nord-Pas-de-Calais-Picardie



Ces zones sont définies :

- en fonction de la densité en médecins généralistes,
- de leur âge,
- de l'évolution démographique médicale de ces dernières années,
- de la densité en paramédicaux et en spécialistes,
- du nombre d'habitants,
- de la consommation de soins,
- des pathologies prédominantes et du taux de mortalité associé,
- de l'état social de la population de la zone.

Ce zonage conditionne l'accompagnement des maisons de santé. A partir de celui-ci et également grâce à des contacts de potentiels porteurs de projet de maison de santé, l'ARS lance chaque année un appel à projet, permettant alors de sélectionner des acteurs pouvant accompagner ces projets.

⁸ Schéma Régional d'Organisation des Soins, Volet Ambulatoire, de l'ARS Hauts-de-France, V9

Parmi ces acteurs, on retrouve quelques cabinets de consulting. Ces consultants peuvent :

- réaliser une étude d'opportunité, basé sur un diagnostic territorial et des entretiens auprès des professionnels de santé permettant de connaître leurs besoins et leurs habitudes de coordination (ou non) entre eux ;
- accompagner un projet de maison de santé, de la constitution d'une équipe pluriprofessionnelle à l'élaboration d'un projet de santé.

Outre ces cabinets de consulting, d'autres structures peuvent également intervenir auprès des maisons de santé et des porteurs de projets :

- l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Hauts-de-France (URPS ML), au travers de son pôle offre de soins.

L'URPS ML réalise des études d'opportunité, des projets de santé et peut également intervenir dans l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels au sein des maisons de santé et apporter une aide au décloisonnement avec les établissements de santé et établissements médicosociaux.

- La Mutualité Sociale Agricole, qui intervient sur les mêmes missions.
- Les laboratoires, qui développent leurs services autour de la coordination pluriprofessionnelle.

Par exemple, MSD France apporte une aide à l'élaboration de protocoles en région. Ou encore, Pfizer s'associe à certaines fédérations pour l'organisation d'événements (formations, journées d'échanges...).

- Les éditeurs de systèmes d'informations partagés qui, en plus de fournir la solution technique, mettent œuvre la solution, assurent la formation, répondent aux besoins d'évolution des professionnels de santé et gèrent le service après-vente.
- Facilimed, société coopérative qui met à disposition des équipes des coordinateurs intervenant sur tous les aspects administratifs, de gestion de projets et de mise en place d'actions du projet de santé.
- ESPAGE, société tout juste créée proposant aux professionnels de santé de gérer les aspects administratifs au quotidien et/ou pour le montage du projet de maison de santé - du loyer au ménage, en passant par le secrétariat médical, le projet immobilier, la communication, l'élaboration du projet de santé, etc.

Ainsi, de nombreux acteurs interviennent autour des maisons de santé, dont l'accompagnement diffère selon les missions qui leur sont attribuées. La FEMASNORD doit s'adapter et évoluer en fonction de cet écosystème qui, sensiblement, ne fera que se développer.

IV. Etre chargée de communication au sein de la FEMASNORD

L'année 2016-2017 a été marquée par la reprise d'un Master 2 Management & Marketing au sein de l'IAE de Lille, afin de me réorienter vers les métiers de la communication.

Initialement diplômée d'un Master Management des Etablissements de Santé, à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS), mon parcours professionnel s'est construit autour des professionnels de santé libéraux. Consciente des mutations organisationnelles en cours et à venir au cœur des soins primaires, il m'a semblé judicieux de continuer à évoluer professionnellement dans ce même secteur. J'ai ainsi contacté le président de la FEMASNORD et lui ai proposé de développer la communication de l'association.

Depuis septembre 2016, mon poste de chargée de communication en alternance au sein de la FEMASNORD m'a amenée à intervenir sur les différents objectifs énoncés précédemment.

Les missions suivantes m'ont ainsi été attribuées, appuyées sur le CPOM et sur l'élaboration d'un plan de communication :

- la communication externe : gestion du site internet www.femasnord.fr par la création de contenus et le référencement naturel, alimentation de la boîte à outils du site à disposition des adhérents, création et alimentation quotidienne des réseaux sociaux Twitter, Facebook et LinkedIn, réalisation d'une newsletter bimensuelle à destination des adhérents et partenaires, communication sur les événements de la fédération, développement de partenariats ;
- la communication interne : réalisation de documents types, organisation de l'Assemblée Générale de la fédération, gestion des adhésions ;
- les actions dans le cadre du CPOM : participation à l'organisation des Groupes d'Utilisateurs de systèmes d'informations partagés, recensement et promotion des thèses de médecine générale, identification des maîtres de stage et directeurs de thèses, recensement des souhaits d'accueil de chef de clinique ou de formation à la maîtrise de stage, participation à l'organisation des ateliers d'élaboration de protocoles, réalisation de comptes rendus ;
- autres missions : informations et rencontres de potentiels porteurs de projets, réalisation d'un reportage à l'occasion de l'inauguration d'un projet de télémédecine, rencontres des équipes, organisation d'une Journée régionale dédiée aux maisons de santé en Nord-Pas-de-Calais.

La majorité des actions de communication externe visait bien évidemment à améliorer la notoriété de la FEMASNORD. Depuis ma prise de poste fin septembre, la base de données de contacts de la fédération s'est largement enrichie, trois partenariats ont été établis, 115 personnes suivent l'actualité de la fédération sur Twitter, 127 autres reçoivent désormais une newsletter bimensuelle, etc.

J'ai pu réaliser mes missions en grande autonomie, et être force de propositions pour améliorer la visibilité de la FEMASNORD et l'accompagnement relatif aux objectifs du CPOM. J'ai également pu acquérir de nouvelles compétences en communication, notamment la compréhension et la maîtrise de nouveaux outils essentiels.

L'alternance se terminant le 30 août, la FEMASNORD m'offre dorénavant l'opportunité d'y développer de nouveaux projets à temps partiel, en CDI.

De plus, cette année m'a permis de développer mon réseau dans le domaine de la santé. Ainsi, afin de compléter ce temps partiel et d'acquérir plus d'expériences, je propose des missions en freelance, qui s'orientent pour le moment vers la création de sites web, la rédaction de contenus et le community management.

Deuxième partie
Le système d'information partagé, quid de la
littérature ?

I. Les niveaux de maturité d'une maison de santé

A. La Matrice de Maturité

Fin 2012, la HAS, en collaboration notamment avec la FFMPs et la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG), élaborait et publiait une matrice de maturité⁹, afin de soutenir le développement des maisons de santé et centres de santé, le travail en équipe, et de « *créer des conditions favorables, sur un territoire de santé, pour assurer aux patients une prise en charge coordonnée* » et de qualité.

Véritable outil de démarche qualité sur laquelle peut s'appuyer une équipe pour faire évoluer son fonctionnement, cette grille d'analyse de l'organisation de la maison de santé se compose de « *dimensions* » (composantes de l'organisation), et pour chacune d'entre elles de « *niveaux de progrès* ».

Elle a vocation à permettre à l'équipe pluriprofessionnelle de s'autoévaluer, pour ainsi améliorer son organisation, et « *la valoriser, le cas échéant, vis-à-vis de leur patientèle et des décideurs* ».

Cette matrice de maturité a été élaborée grâce à l'analyse de la littérature et par un groupe de travail composé de professionnels « *ayant une expérience en soins primaires* » et d'experts. Elle a ensuite été testée par des équipes pluriprofessionnelles « *pour s'assurer de sa faisabilité et de son acceptabilité* ».

La matrice de maturité comporte 4 dimensions :

⁹ Haute Autorité de Santé (décembre 2012), Matrice de maturité en soins primaires, Note de synthèse. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf



B. Comment utiliser la matrice de maturité ?

Associé à la matrice de maturité, la HAS a élaboré un Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires¹⁰ ainsi qu'un Guide d'utilisation de ce référentiel¹¹. Sous forme de fiches supports (dont vous trouverez un exemple en annexe 3), chacune correspondant à une sous-dimension, ce référentiel permet d'aider les équipes à « évaluer et à améliorer leur organisation » progressivement.

« Une équipe qui organise sa façon de travailler selon le référentiel devrait être capable de :

- répondre à l'ensemble des besoins (médico-psycho-sociaux) de la population qu'elle dessert ;

¹⁰ Haute Autorité de Santé (novembre 2014), Matrice de maturité en soins primaires, Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_maturite.pdf

¹¹ Haute Autorité de Santé (novembre 2014), Guide d'utilisation de la Matrice de maturité en soins primaires. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_de_maturite_-_guide_utilisation.pdf

- *garantir l'accès aux soins ;*
- *assurer la continuité des soins ;*
- *organiser un suivi coordonné pluriprofessionnel ;*
- *éviter les ruptures entre les interfaces ;*
- *gérer la prise en charge des patients de façon proactive ;*
- *garantir la qualité des soins ;*
- *favoriser la participation active des patients et soutenir leurs aidants ;*
- *prendre en compte l'avis des patients. »*

Lorsque l'équipe s'engage dans une démarche d'auto-évaluation, chaque professionnel de santé désigne tout d'abord les éléments déjà mis en œuvre selon lui. Une mise en commun est ensuite réalisée afin que l'équipe puisse se positionner « *sur une échelle analytique à quatre niveaux* » *aucun élément, quelques éléments, la plupart des éléments, tous les éléments* » ; voire une échelle temporelle « *jamais, quelquefois, souvent, toujours* » ».

L'équipe peut alors définir les objectifs à atteindre et élaborer un plan d'actions adapté. A chaque action est associé un ensemble de modalités (qui, quand, indicateur, moyens...).

Chaque année par exemple, l'équipe peut donc « *s'autoévaluer en termes organisationnels, pour acter les progrès réalisés et identifier de nouveaux objectifs de progression* ».

En ce qui concerne le système d'informations partagé, l'équipe pluriprofessionnelle peut s'appuyer sur la dimension « système d'information » de la matrice de maturité, et peut s'investir dans l'application de ses sous-dimensions.

Système d'information



► Partage de données

- L'équipe définit et organise les modalités d'échange et de partage de données.
- L'équipe échange des données par messagerie sécurisée.
- Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier.
- Le dossier informatique du patient est partagé par tous les professionnels selon les modalités définies par l'équipe.
- L'équipe utilise les formats standardisés interoperables publiés pour les documents de coordination (volet de synthèse médicale, PPS).

► Gestion des données

- L'équipe définit les données à renseigner de façon structurée (codée avec classification).
- La liste des patients inscrits auprès des médecins traitants de l'équipe peut être produite.
- La liste de patients souffrant de certaines situations/pathologies données peut être produite.
- La liste des résultats d'un examen clé pour le suivi des patients d'une de ces listes peut être produite.
- Des rappels et des alertes sont utilisés (par ex. pour faire des relances sur les examens de dépistage).

► Analyse des pratiques

- Le choix des pratiques analysées est explicite, en lien avec les besoins objectivés par l'équipe.
- Les référentiels et les indicateurs sont discutés au sein de l'équipe.
- Les données utilisées pour calculer les indicateurs sont renseignées dans les dossiers patients.
- Les indicateurs de pratique clinique sont calculés en routine selon des requêtes préétablies et accessibles sous différents formats (individuel, collectif...).
- Les résultats discutés en équipe conduisent à des actions d'amélioration des pratiques.

En progressant sur cette dimension, l'équipe pourra s'approprier pleinement son système d'informations partagé, dont les fonctionnalités visent à :

- faciliter la communication entre les professionnels de santé,
- favoriser la coordination des soins,
- identifier les patients nécessitant un renforcement du suivi,
- gérer les populations de façon proactive,
- anticiper les ruptures entre les interfaces,
- contribuer à assurer la continuité des soins,
- et favoriser ainsi l'amélioration des prises en charge et la qualité des soins.

II. La mise en place d'un système d'information partagé

Comme nous l'avons vu dans la première partie, l'ASIP Santé constitue, depuis 2012, un « *appui à la montée en maturité des solutions du marché* », notamment au travers de son label e-santé.

Dans son document « Mise en œuvre d'un projet d'informatisation d'une maison de santé ou d'un centre de santé »¹², l'ASIP santé définit le système d'informations partagé comme un « *levier au service de la performance et de la pluridisciplinarité* » :

- qualité et sécurité des soins,
- organisation de l'offre de soins sur un territoire,
- information des patients,
- partage d'informations entre professionnels de santé,
- coordination des prises en charge,
- mise en place d'une médecine de parcours,
- pilotage et suivi de l'activité.

La mise en place d'un système d'informations partagé constitue un réel investissement par les professionnels de santé, certes financier mais surtout humain. « *Il engage dans la durée l'ensemble des professionnels de santé de la structure. Il convient donc d'accorder au processus de choix le temps nécessaire* ».

Il n'existe pas de recette miracle pour choisir le bon logiciel qui répondra aux besoins de l'équipe. Le passage à une solution commune nécessite d'y réfléchir rigoureusement.

Selon l'ASIP Santé, un projet d'informatisation est décomposé en trois étapes, que vous trouverez détaillées en annexe 4 de ce présent document, mais résumées ci-dessous.

¹² ASIP Santé (mars 2016), Mise en œuvre d'un projet d'informatisation au sein d'une maison ou d'un centre de santé, Recommandations à l'usage des porteurs de projets.
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/label_e-sante_mcs_v2_recommandations_-_porteurs_de_projet_v1.pdf

ETAPE 1 : AVANT LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTEME D'INFORMATION PARTAGE

Préparation du projet	<ul style="list-style-type: none">- Réaliser un diagnostic :<ul style="list-style-type: none">✓ Etat des lieux de l'organisation de la structure et de la circulation de l'information✓ Etat des lieux de l'existant informatique✓ Recensement des attentes des professionnels de santé vis-à-vis du système d'information- Constituer une équipe projet :<ul style="list-style-type: none">✓ Chef de projet (dans l'idéal, un binôme)✓ Un référent par profession- Tenir compte des expériences de pairs : retours d'expériences et enseignements à retenir
Choix de la solution	<ul style="list-style-type: none">- Elaborer un cahier des charges exprimant les besoins de l'équipe- Identifier plusieurs solutions- Organiser des démonstrations avec les éditeurs
Contractualisation	<ul style="list-style-type: none">- Vérifier que le contrat est conforme
Lancement du projet de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none">- Etablir un planning de mise en œuvre avec l'éditeur- Déployer la solution par vagues (exemple : par profession)

ETAPE 2 : PENDANT LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTEME D'INFORMATION PARTAGE

Installation et configuration de la solution	<ul style="list-style-type: none">- Solliciter l'intervention d'un facilitateur externe qui sera un médiateur entre l'équipe et l'éditeur, pour aider au démarrage du système d'information
Gestion de la reprise de données	<ul style="list-style-type: none">- Vérifier la bonne reprise des données issues des anciens logiciels et identifier les problèmes potentiels
Formation des utilisateurs	<ul style="list-style-type: none">- Organiser la formation et le démarrage par profession- Organiser la formation en démarrant par les fonctionnalités de base liées à l'exercice individuel puis à celles liées à la pluriprofessionnalité- Organiser la formation autour de cas d'usages

ETAPE 3 : APRES LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTEME D'INFORMATION PARTAGE

Utilisation du système d'information au quotidien	<ul style="list-style-type: none"> - Participer aux clubs utilisateurs pour faire part aux éditeurs des besoins d'évolution - Solliciter des formations complémentaires - Partager son expérience entre pairs - Solliciter l'aide de la cellule régionale d'appui en cas de difficultés vis-à-vis du système d'information
Relation avec l'éditeur	<ul style="list-style-type: none"> - Désigner un interlocuteur unique au sein de l'équipe qui transmet l'ensemble des demandes à l'éditeur - Exiger également la désignation d'un interlocuteur unique côté éditeur
Optimisation des usages	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionner progressivement, selon une approche par palier de maturité - Participer régulièrement aux partages d'expériences et de bonnes pratiques entre équipes

N.B. : les clubs utilisateurs évoqués dans cette dernière étape font référence aux clubs que devraient mettre en place l'éditeur ou un tiers, permettant à l'ensemble des maisons de santé, toutes régions confondues, de partager leurs expériences et manifester leurs besoins.

En ce qui concerne la cellule régionale d'appui, elle n'est pour le moment pas mise en place en région Nord-Pas-de-Calais (et ne semble pas l'être dans aucune autre région).

L'ASIP Santé distingue donc 3 temps :



Le projet d'informatisation va donc bien au-delà du choix de la solution et nécessite un investissement important également lors du déploiement technique du logiciel et lors de l'optimisation des usages.

III. L'accompagnement des projets d'informatisation

A. L'accompagnement idéal, étape par étape

Afin de faciliter la mise en œuvre des projets d'informatisation, l'ASIP Santé évoque la nécessité d'accompagner les équipes de soins primaires.

Pour cela, l'ASIP a élaboré des recommandations à destination des accompagnateurs¹³.

Tout d'abord, un état des lieux des projets d'informatisation et de leur utilisation au sein des maisons et centres de santé a été élaboré, ainsi qu'un recueil de leurs besoins. Cet état des lieux a permis d'identifier :

- les difficultés rencontrées par les équipes,
- un besoin fort d'accompagnement lors de chaque phase du projet (jugé alors déficitaire),
- les acteurs pouvant accompagner les équipes.

Ainsi, cette étude a permis d'élaborer des recommandations favorisant la mise en place d'un système d'information, au travers d'accompagnement adapté lors de chaque phase.

Avant de formuler les résultats de cet état des lieux et les recommandations qui en découlent, l'ASIP Santé tient à rappeler dans son étude que des obstacles culturels existent, pouvant freiner la mise en œuvre d'un système d'information partagé :

- « *La difficile relation du professionnel de santé au système d'information* » : les professionnels de santé ne sont que peu formés à l'informatisation, celle-ci ne devant pas primer sur l'activité de soin et d'écoute en consultation. « *Passer du temps sur un logiciel métier (...) peut être perçu comme du temps perdu* ».
- « *Les difficultés des professionnels de santé à appréhender la gestion d'un projet d'informatisation* » : les professionnels ne sont que peu formés à la gestion de projet, et ont d'ailleurs tendance à sous-estimer le temps et l'investissement humain nécessaires à la mise en place de ce projet.
- « *La décorrélation du temps de la décision médicale du temps des évolutions informatiques* » : habitués à réaliser des actes et à prendre des décisions lors de chaque consultation, les professionnels de santé ne comprennent pas forcément la réactivité et les évolutions plus longues des industriels.
- « *La priorité souvent moindre accordée par les structures* » : il arrive souvent que les équipes se concentrent prioritairement sur le projet immobilier et le projet de santé, parfois au détriment du projet d'informatisation.

De plus, les équipes ne se sentent pas non plus pleinement accompagnées pour favoriser l'utilisation du système d'information au quotidien.

¹³ ASIP Santé (mars 2016), Label « Logiciels maisons et centres de santé », Recommandations à destination des accompagnateurs des structures de soins coordonnés (SEC).
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/label_e-sante_mcs_v2_recommandations_-_accompagnateurs_v1.pdf

L'ASIP Santé a ainsi mis en exergue trois types de besoins, présents lors de chaque phase du projet d'informatisation :

- « un besoin d'accompagnement méthodologique à la gestion de projet »,
- « un besoin d'expertise technique »,
- « un besoin d'accompagnement pour favoriser l'intégration du système d'information dans les pratiques quotidiennes des professionnels ».

i. L'accompagnement en amont de la mise en œuvre d'un système d'information

La première étape, qui vise le choix du logiciel, est cruciale pour un déploiement optimal. Selon l'ASIP, l'accompagnement des maisons de santé peut porter sur les phases clés suivantes :

- Avoir une organisation et un projet de santé aboutis.
Il se peut que l'équipe ne soit pas assez mature : son organisation pluriprofessionnelle n'est pas encore aboutie et/ou son projet de santé n'est pas finalisé, cela ne permettant pas d'identifier précisément les attentes de chacun, sur lesquelles va s'appuyer le projet d'informatisation. Il est donc important que les équipes soient accompagnées dans leur organisation et leur projet de santé, avant tout projet d'informatisation.
De plus, « les structures (...) dont l'organisation n'est pas encore pleinement mature peuvent avoir besoin d'un accompagnement dans l'identification des impacts possibles de l'informatisation sur les pratiques médicales ».
- Créer un groupe de travail dédié.
Il arrive que le projet d'informatisation repose sur une seule personne. Il est important qu'un groupe de travail soit créé, constitué de représentants de chaque corps de profession, afin de diriger le processus de choix.
- Réaliser un état des lieux du système d'information actuel et de l'infrastructure technique.
- S'appuyer sur l'expérience de pairs.
Le choix pourra être guidé par « la réalisation de benchmark auprès d'autres structures déjà installées, afin de récupérer les bonnes expériences mais également les mauvaises ».
- Savoir formaliser les besoins et attentes de l'équipe, « dans un langage immédiatement intelligible par l'éditeur ».
- S'appuyer sur des démonstrations de logiciels.
Véritable moment d'échanges, cette étape est cruciale afin de comparer les logiciels et de savoir si l'un d'entre eux répond aux attentes des professionnels de santé. « Il est alors important que (...) l'équipe projet accorde le temps nécessaire pour une bonne démonstration ». L'accompagnement porte ainsi sur l'organisation de telles rencontres,

l'évaluation de l'adéquation entre les besoins et les fonctionnalités, et la compréhension technique des avantages et inconvénients de chaque solution présentée.

- Savoir conclure le contrat.

Le contrat englobe de multiples éléments : coûts, déploiement, formation, assistance téléphonique, maintenance, dépannage, conditions à la cession du contrat, etc. L'équipe peut être accompagnée dans sa rédaction ou au travers de la mise à disposition d'un contrat type.

ii. L'accompagnement après la mise en œuvre d'un système d'information

Les accompagnateurs peuvent ensuite intervenir autour des phases suivantes :

- Faire face aux problèmes techniques.

Les équipes doivent pouvoir faire appel à des ressources pour résoudre les problèmes techniques, telles que des pannes ou anomalies, et ce dans les plus brefs délais.

- Identifier de nouveaux besoins et de nouvelles évolutions.

De par leur utilisation quotidienne du système d'information partagé, les équipes voient apparaître de nouveaux besoins et imaginent de nouvelles fonctionnalités, ou encore font face à de nouvelles difficultés. Il est nécessaire de les accompagner pour identifier et formuler ces nouveaux besoins auprès de l'éditeur concerné. Cela permettra l'amélioration des logiciels et leur adaptation aux pratiques pluriprofessionnelles.

- Favoriser les échanges et le partage d'expériences et de bonnes pratiques.

Ces échanges permettent aux équipes « *de pouvoir capitaliser sur l'expérience acquise par d'autres pour pouvoir éviter les écueils auxquels celles-ci ont pu être confrontées* », de pouvoir se former ensemble, d'imaginer de nouvelles évolutions, et enfin de « *pouvoir mutualiser leurs efforts (...) en partageant des modèles de documents* ».

Ci-dessous un tableau récapitulatif des accompagnements éventuels.

ETAPE 1 : EN AMONT	ETAPE 3 : EN ROUTINE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accompagner l'équipe dans son organisation et dans l'élaboration d'un projet de santé abouti. L'aider dans la définition et la structuration du projet. Identifier les impacts de l'informatisation sur les pratiques médicales. ✓ Aider à créer un groupe de travail dédié, et à définir un planning. ✓ Aider à réaliser un état des lieux du système d'information actuel et de l'infrastructure technique. ✓ Permettre l'appui sur l'expérience de pairs. ✓ Aider à formaliser les besoins et attentes de l'équipe. ✓ Organiser des démonstrations de logiciels : pré-sélection, organisation de rencontres, évaluation de l'adéquation entre les besoins et les fonctionnalités, compréhension technique des avantages et inconvénients de chaque solution présentée. ✓ Accompagner la contractualisation. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aider à la résolution de pannes ou anomalies. ✓ Aider à identifier de nouveaux besoins ou des souhaits d'évolutions de fonctionnalités, accompagner la formalisation auprès de l'éditeur. ✓ Favoriser les échanges et le partage d'expériences et de bonnes pratiques, entre équipes.
<p><i>Mettre en place un accompagnement de proximité, adapté aux spécificités et aux besoins de chaque équipe, et qui s'inscrit dans la durée.</i></p>	

La phase de déploiement du système d'information (étape 2) ne semble pas faire l'objet d'accompagnements. Cette étape, qui porte sur l'installation de la solution, la gestion des données et la formation des utilisateurs, est en toute logique assurée par les éditeurs de logiciels. Néanmoins, ces missions sont-elles assurées pleinement par les éditeurs ? Les équipes n'ont-elles pas besoin d'être aiguillées, conseillées voire accompagnées lors de cette étape de déploiement ?

B. Les acteurs pouvant accompagner les projets d'informatisation

Parmi les recommandations de l'ASIP, les acteurs pouvant accompagner les équipes dans leur projet d'informatisation sont également recensés.

Nous retrouvons ainsi :

- L'Agence Régionale de Santé

- ✓ « *Soutien financier à la mise en place des structures d'exercice coordonné et à leur projet d'informatisation* », grâce au Fonds d'Intervention Régional (FIR).
L'ARS propose de financer non seulement l'outil mais également les professionnels de santé, afin d'indemniser le temps passé à la mise en place du projet d'informatisation.
 - ✓ « *Soutien opérationnel à la mise en place des structures d'exercice coordonné et à leur bon fonctionnement* », comme la réalisation d'un état des lieux, le conseil sur les solutions logicielles, l'organisation de rencontres avec les éditeurs...
- Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé : chaque région s'est dotée d'une maîtrise d'ouvrage en e-santé dans l'objectif de favoriser le développement des systèmes d'informations (logiciels, plateformes de coordination, télémédecine, messageries sécurisées, etc.). Ils peuvent ainsi « *assurer, sous l'autorité stratégique des ARS, la conduite opérationnelle de projets* », au travers, par exemples, d'une analyse des besoins de l'équipe, de la sélection de plusieurs solutions logicielles, l'organisation de rencontres avec les éditeurs, la compréhension technique et l'évaluation de l'adéquation du logiciel avec les besoins des professionnels. Le GCS peut également organiser le partage d'expériences entre les équipes.
 - Les fédérations de maisons de santé :
 - ✓ La FFMPS, à travers ses fédérations régionales, a mis en place un dispositif de facilitateurs. Ces professionnels de santé sont « *formés à l'accompagnement des équipes en constitution, pour les aider à faire aboutir leur projet de maison de santé* ». Cependant, ils ne sont pas encore formés à la thématique du système d'information partagé. Ce dispositif spécifique est d'ailleurs en cours de structuration.
 - ✓ A l'initiative de la FFMPS, certaines fédérations font appel à des médecins DIM pour accompagner les équipes à l'utilisation quotidienne de leur système d'information.
 - Les coordinateurs : généralement issus d'un cursus « gestion de projet » ou social, ces coordinateurs ont pour missions de faciliter la coordination, l'organisation et la gestion en maison de santé. Leurs rôles varient selon les besoins des équipes. Certains coordinateurs peuvent avoir pour mission la mise en place du système d'information (phase d'amont, phase de choix, aide à la phase de déploiement, « *aide à la production depuis le système d'information partagé des états requis par l'ARS ou la CPAM* » et aide à l'identification des « *besoins complémentaires en matière d'informatisation de l'activité de la structure et gestion de la relation avec l'éditeur* »).
Ces coordinateurs peuvent être mis à disposition par Facilimed, société coopérative de services à destination des maisons de santé, initialement créée par le précédent président de la FFMPS (Pierre De Haas). Ou ils peuvent être embauchés par l'équipe au travers de la SISA, ou encore être indépendants, ou faire partie de cabinet de consulting.

- Les URPS : « *réunions sur les apports des systèmes d'information de santé* » et des outils afférents (notamment messageries sécurisées et dossier médical partagé). Il arrive également que les URPS accompagnent les équipes pour les aider à formuler leur besoins et attentes, les aider dans la compréhension technique des avantages et inconvénients de chaque solution présentée, voire les aider dans leur choix final.
- Les prestataires de services privés : le plus souvent, ils sont missionnés par l'ARS. Ils peuvent accompagner les équipes dans « *l'évaluation des besoins et la sélection du logiciel, (...) la mise en application dans ce logiciel des contraintes juridiques, (...) la conduite de la phase d'installation et de configuration de la solution* ».

« *Quelle que soit la phase concernée du projet, l'accompagnement attendu doit permettre de fluidifier la relation entre les professionnels de la structure et les équipes de l'éditeur* ».

De plus, les équipes interrogées lors de cette étude ont manifesté le souhait de « *bénéficier d'un accompagnement de proximité qui puisse être adapté à leurs particularités, à leur territoire et à leurs besoins* ». Il est important que cet accompagnement s'inscrive dans la durée, et non pas qu'il s'en tienne uniquement aux phases de réflexion et de choix.

L'ASIP Santé témoigne d'un accompagnement non structuré et « *non systématique* » dans les régions, « *porté par des acteurs variables* », et « *concentré sur la phase d'aide au choix* », ne permettant par la montée en compétences des équipes pluriprofessionnelles et ne pouvant encourager pleinement l'exercice coordonné. L'ASIP conclut « *un besoin de renforcement des actions et outils d'accompagnement* », pour favoriser « *l'amélioration des compétences des acteurs* », pour permettre « *une équité de traitement entre structures* », pour inciter à « *l'extension du champ des accompagnements proposés à l'ensemble des étapes* » et pour favoriser la « *capitalisation des démarches et le partage des expériences* ».

C. Les préconisations complémentaires de l'ASIP

L'ASIP finit ses recommandations en préconisant d'autres solutions :

- Améliorer l'offre de formation par les éditeurs : à l'heure actuelle, les éditeurs de logiciels organisent régulièrement des formations dans toute la France. Cette formation peut être financée par l'équipe elle-même, ou prise en charge dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) - tandis que la formation initiale est souvent financée par le FIR.

L'ASIP préconise que chaque éditeur puisse mettre en place un « *club utilisateurs* » pour favoriser le partage d'expériences entre professionnels de santé, qui feront part de leur besoins et difficultés, en vue de favoriser les évolutions du logiciel.

- Mettre en place des « *plateformes infrarégionales d'échanges et de partage entre professionnels, sous la responsabilité des acteurs régionaux* ». Ces plateformes permettraient d'échanger sur les pratiques pluriprofessionnelles, de partager des documents types, des indicateurs types, de se former et de se conseiller mutuellement.
- Mettre en place des « *cellules régionales d'appui* », chapeautées par les ARS, réunissant l'ensemble des acteurs concernés par l'accompagnement des projets d'informatisation ainsi que des experts. Ces cellules pourraient encadrer et coordonner l'accompagnement des projets d'informatisation, et clarifier les rôles de chaque acteur identifié. « *La mise en place de ces cellules doit s'appuyer sur un état des lieux permettant d'identifier l'ensemble de l'offre d'accompagnement* » en région.

Comme nous avons pu le voir dans cette partie, de nombreuses phases mériteraient d'être accompagnées afin d'aider les équipes de soins primaires à déployer leur système d'information de façon optimale et de favoriser ainsi les usages par la suite.

La FEMASNORD a toute légitimité pour accompagner les professionnels de santé et pourrait se positionner sur l'une de ces phases recommandées par l'ASIP Santé.

Afin de connaître les solutions que pourrait proposer la FEMASNORD aux équipes, il est apparu nécessaire d'en interviewer plusieurs au travers d'entretiens semi-directifs, permettant de comprendre la façon dont ont été menés les projets d'informatisation. De plus, un benchmark auprès des fédérations régionales a été réalisé afin de comprendre leur positionnement actuel et d'identifier l'offre d'accompagnement dans leurs régions respectives.

Troisième partie
**Comment la FEMASNORD peut-elle accompagner
les maisons de santé dans leur projet
d'informatisation ?**

I. Méthodologie d'étude

Après une étude bibliographique, il est apparu indispensable de réaliser une étude de terrain, afin de savoir dans quelles mesures les équipes de maisons de santé ont mis en place leur système d'information partagé, en bénéficiant d'une aide, aussi infime soit-elle.

Tout d'abord, un questionnaire Google Forms a été élaboré à destination des 18 fédérations régionales. Avec pour titre « *L'accompagnement des maisons de santé dans leur projet d'informatisation* », il avait pour objet de connaître les pratiques en matière d'accompagnement dans les autres régions : les acteurs existants, les phases sur lesquelles ils interviennent, les difficultés rencontrées par les équipes de maisons de santé, et dans quelle mesure intervient la fédération régionale. Vous le retrouverez en annexe 5 de ce présent document.

7 fédérations régionales ont répondu au questionnaire :

- FORTSPRO (Normandie)
- FEMASAURA (Auvergne Rhône Alpes)
- FEMASAC (Franche Comté)
- GMPSOI (La Réunion-Mayotte)
- FEMALOR (Lorraine)
- FEMALSACE (Alsace)
- FNAMEPOS (Nouvelle Aquitaine)

Une huitième fédération a préféré s'entretenir par téléphone sur le sujet. Ainsi, j'ai eu l'opportunité d'interviewer le coordinateur et Délégué à l'Information Médicale (DIM) du Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers - Villeneuve La Garenne et membre du conseil d'administration de la FEMASIF (Ile-de-France). En tant que DIM, M. Nougairède accompagne les maisons de santé dans lesquelles il est coordinateur autour de leurs systèmes d'informations. Il est également amené à apporter une aide aux équipes franciliennes dans leur projet d'informatisation. Nous avons donc pu échanger plus largement sur le sujet.

Pour des questions pratiques, nous tiendrons compte des réponses de la FEMASIF parmi les réponses issues de l'enquête en ligne. Nous portons donc le nombre de fédérations répondantes à 8.

Ensuite, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 6 équipes de maisons de santé, disposant de logiciels différents :

- la Maison Dispersée de Santé de Lille Moulins
- la Maison Médicale de l'Alloeu, Laventie
- la Maison de Santé de Sin-le-Noble
- la Maison de Santé de Landas

- la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Fruges
- la Maison de Santé des Vertes Collines, Anvin

Ces entretiens, d'une durée s'échelonnant de 15 minutes à 40 minutes selon le temps qui était imparti, ont été réalisés en visioconférence. Vous trouverez en annexe 6 le guide qui a été utilisé pour mener à bien ces entretiens. Ils visaient à connaître les conditions dans lesquelles les équipes pluriprofessionnelles ont déployé leur système d'information partagé. L'accompagnement dont elles ont pu bénéficier ou non a bien entendu été explicité, ainsi que leur utilisation actuelle du logiciel. De plus, les professionnels interviewés ont généralement proposé des solutions plus ou moins concrètes pour accompagner les équipes à l'avenir.

Mais avant tout, ils ont fait part des difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de leur système d'information.

II. Un projet d'informatisation semé d'embûches

« *Après un long et dur labeur* », « *un véritable casse-tête* », « *c'était laborieux* »... ce qui est sûr, c'est que la mise en place d'un système d'information partagé n'a pas été de tout repos pour les équipes qui sont passées par là.

A. La mise en place des projets d'informatisation

Pour rappel : les étapes de mise en œuvre d'un projet d'informatisation, selon l'ASIP Santé détaillées dans ses recommandations à l'usage des porteurs de projet, que nous avons étudié dans la deuxième partie de ce présent document.

ETAPE 1 : AVANT LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTEME D'INFORMATION PARTAGE

Préparation du projet	<ul style="list-style-type: none">- Réaliser un diagnostic :<ul style="list-style-type: none">✓ Etat des lieux de l'organisation de la structure et de la circulation de l'information✓ Etat des lieux de l'existant informatique✓ Recensement des attentes des professionnels de santé vis-à-vis du système d'information- Constituer une équipe projet :<ul style="list-style-type: none">✓ Chef de projet (dans l'idéal, un binôme)✓ Un référent par profession- Tenir compte des expériences de pairs : retours d'expériences et enseignements à retenir
Choix de la solution	<ul style="list-style-type: none">- Elaborer un cahier des charges exprimant les besoins de l'équipe- Identifier plusieurs solutions- Organiser des démonstrations avec les éditeurs
Contractualisation	<ul style="list-style-type: none">- Vérifier que le contrat est conforme
Lancement du projet de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none">- Etablir un planning de mise en œuvre avec l'éditeur- Déployer la solution par vagues (exemple : par profession)

ETAPE 2 : PENDANT LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTEME D'INFORMATION PARTAGE

Installation et configuration de la solution	<ul style="list-style-type: none">- Solliciter l'intervention d'un facilitateur externe qui sera un médiateur entre l'équipe et l'éditeur, pour aider au démarrage du système d'information
Gestion de la reprise de données	<ul style="list-style-type: none">- Vérifier la bonne reprise des données issues des anciens logiciels et identifier les problèmes potentiels
Formation des utilisateurs	<ul style="list-style-type: none">- Organiser la formation et le démarrage par profession- Organiser la formation en démarrant par les fonctionnalités de base liées à l'exercice individuelle puis à celles liées à la pluriprofessionnalité- Organiser la formation autour de cas d'usages

ETAPE 3 : APRES LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTEME D'INFORMATION PARTAGE

Utilisation du système d'information au quotidien	<ul style="list-style-type: none">- Participer aux clubs utilisateurs pour faire part aux éditeurs des besoins d'évolution- Solliciter des formations complémentaires- Partager son expérience entre pairs- Solliciter l'aide de la cellule régionale d'appui en cas de difficultés vis-à-vis du système d'information
Relation avec l'éditeur	<ul style="list-style-type: none">- Désigner un interlocuteur unique au sein de l'équipe qui transmet l'ensemble des demandes à l'éditeur- Exiger également la désignation d'un interlocuteur unique côté éditeur
Optimisation des usages	<ul style="list-style-type: none">- Fonctionner progressivement, selon une approche par palier de maturité- Participer régulièrement aux partages d'expériences et de bonnes pratiques entre équipes

Les entretiens réalisés auprès de plusieurs équipes de soins primaires en région Nord-Pas-de-Calais montrent deux configurations majeures de méthodologie des projets d'informatisation.

La première se rapproche des recommandations de l'ASIP Santé, avec toutefois des étapes qui ont été brûlées, comme :

- l'état des lieux de l'existant organisationnel et informatique,
- la constitution d'une équipe projet pluriprofessionnelle, et non mono professionnelle,
- le recensement des attentes des professionnels de santé,
- l'élaboration d'un cahier des charges relatif à ces besoins,
- l'établissement d'un planning de mise en œuvre, en collaboration avec l'éditeur,
- l'intervention d'un facilitateur externe pour faciliter le déploiement de la solution.

A noter toutefois que plusieurs équipes vont désigner un référent par profession, une fois que toutes les formations auront été délivrées.

ETAPE 1

Préparation du projet

- Pas d'attentes identifiées mais objectifs du règlement arbitral et de l'ARS
- Constitution équipe projet non pluripro : 2 MG + 1 coordinateur ; ou 1 coordinateur

Choix de la solution

- Identification de solutions
Prise d'informations
Sélection de logiciels en réseau
Elaboration d'un tableau comparatif de ces logiciels
Présentation de ce tableau à l'équipe
Présélection de 3 éditeurs
- Organisation de démonstrations avec les 3 éditeurs
En présence d'au moins 1 représentant de chaque profession
Choix de la solution

Contractualisation

Lancement

- Résolution pb techniques : débit internet
- Bascule par profession
N.B. : l'éditeur souhaitait basculer tout le monde
- Un référent : un médecin de l'équipe projet initiale ; ou coordo.

ETAPE 2

Gestion reprise de données

Formation

- Par profession
- Fonctionnalités de base
Et non sur les spécificités liées aux NMR

ETAPE 3

Utilisation au quotidien

- Par les MG essentiellement
- Partage d'expériences entre pairs
Groupes utilisateurs

Relation avec l'éditeur

- Interlocuteur côté éditeur :
- Sous-traitant
- Ou représentants de l'éditeur, mais jamais la même personne
- Interlocuteur côté MSP :
- 1 MG + coordinateur
- Ou coordinateur seul

Dans la deuxième configuration, les étapes de préparation et de sélection sont complètement court-circuitées : il semblait plus aisé et plus rapide pour l'équipe de conserver le logiciel des médecins, qui était déjà labellisé par l'ASIP. Cependant, durant le déploiement et l'utilisation au quotidien, les paramédicaux peuvent avoir la mauvaise surprise de fonctionnalités qui font défaut et ne répondent pas tout à fait à leurs attentes.

ETAPE 1

Choix de la solution

- Présentation du logiciel à l'équipe
- Démonstration du logiciel, avec ou sans l'éditeur

Lancement

- Planning de mise en oeuvre

Préparation du projet

- Aucune préparation car les MG disposaient déjà d'un logiciel labellisé pour leur pratique individuelle. Le logiciel était donc tout trouvé.

Contractualisation

- Licences pour les autres soignants

ETAPE 2

Formation

- Par profession
- Ou formation pluriprofessionnelle
Alors qu'il s'agit du même éditeur...

Gestion reprise de données

ETAPE 3

Relation avec l'éditeur

- Interlocuteur unique côté éditeur
- Côté MSP : 1 MG + 1 coordinateur

Utilisation au quotidien

- Les paramédicaux n'arrivent pas à facturer, donc n'utilisent pas le SI...
- Utilisation progressive autour de cas d'usages et de projets (ex.: protocoles)
- Partage d'expériences entre pairs
Groupes utilisateurs

Bien souvent, les besoins et attentes des professionnels de santé ne sont que très peu étudiés.

Parfois même, les équipes font le choix de déployer le logiciel des médecins, qu'elles utilisent dans leur pratique individuelle et qui est déjà labellisé.

« *C'était un vrai casse-tête, donc on a simplifié les choses.* »

A cette absence d'étude des besoins, s'ajoute une absence d'état des lieux organisationnel. Mais également, s'ajoutent des démonstrations, certes efficaces puisque axées sur les points forts du logiciel, avec une démo avantageuse, mais parfois technique où les professionnels ne saisissent pas toutes les facettes et fonctionnalités.

C'est en déployant le logiciel et en l'utilisant que les professionnels de santé se rendent compte que celui-ci ne répond pas tout à fait à ce qu'ils en attendaient.

Bien souvent également, le projet est mené par le coordinateur, quand il existe, et/ou des médecins. L'équipe projet est rarement pluriprofessionnelle.

Côté éditeur, la méthodologie de déploiement semble différer selon les éditeurs, et même en fonction des équipes qui ont pourtant le même logiciel. Par exemple, un éditeur peut mettre en place une formation par profession (recommandé) ou pluriprofessionnelle (non recommandé).

La méthodologie de mise en place ne semble pas vraiment efficace, tant côté maison de santé, que côté éditeur. Cela provoque inévitablement des difficultés supplémentaires par la suite, dont la résolution de problème prend nécessairement du temps.

De manière générale, un projet d'informatisation dure entre six mois et un an et demi, d'après les entretiens réalisés.

A la question « *de quel accompagnement avez-vous bénéficié ?* », l'ensemble des équipes interviewées répond « *aucun* ». De plus, comme nous allons le voir dans la partie dédiée à l'accompagnement des fédérations régionales, il semble que cela soit une tendance nationale.

D'après ces mêmes entretiens, ainsi que l'enquête menée auprès des fédérations et les groupes utilisateurs organisés par la FEMASNORD, on peut observer que la majorité des équipes n'utilisent que très peu le logiciel de façon pluriprofessionnelle. Et ne sont pas encore à réaliser des requêtes, telles qu'énoncées dans les critères NMR.

Parmi les fonctionnalités utilisées de manière pluriprofessionnelle (très variable selon les équipes), on peut notamment citer les suivantes :

- messagerie instantanée ;
- mise à jour des vaccins ;
- consultation des ordonnances ;
- petites notes et alertes ;

- consultation des résultats de biologie ;
- numérisation des courriers ;
- complétion du dossier patient.

Alors, qu'est-ce qui freine les professionnels à utiliser si peu le logiciel, et avant toute chose à appréhender un projet d'informatisation ?

Quels obstacles freinent encore aujourd'hui les équipes de soins primaires ?

B. Les obstacles rencontrés face aux projets d'informatisation

i. L'inévitable obstacle du changement

La première difficulté à laquelle se confronte les professionnels de santé dans leur projet d'informatisation est bien évidemment la résistance au changement, la peur du changement.

Même si la dynamique pluriprofessionnelle existe, un projet d'informatisation, tout comme un projet de maison de santé, implique bien évidemment un saut vers l'inconnu, d'autant plus que ce mode d'exercice reste encore nouveau.

Installés dans un confort d'exercice, les professionnels de santé doivent non seulement en sortir et accepter une organisation nouvelle, mais également s'adonner à la gestion de projet et à l'informatique, dont ils ne possèdent pas les compétences. D'ailleurs, « *les professionnels sont assez opposés, défaitistes vis-à-vis de l'informatique.* ».

Des notions nouvelles et des prises de risque rivalisent avec le confort et les habitudes de pratiques ancrés en chacun des professionnels de santé.

« Ils ne voient tout simplement pas l'intérêt d'un nouveau logiciel, ce n'est pas rentré dans leurs habitudes, d'autant plus qu'ils travaillent bien souvent au domicile du patient. »

« A quoi ça sert de mettre des alertes et des petites notes alors qu'on se croise tout le temps et que l'on discute souvent ensemble ? »

Ces changements nécessitent forcément pour les soignants d'y impliquer leur énergie.

« Pour certains collègues, cela leur a demandé beaucoup d'efforts, d'énergie pour s'adapter, pour changer de logiciel médical ; ils étaient vraiment habitués à l'ancien. »

L'utilisation et l'organisation du logiciel partagé entre professionnels de santé est un investissement important au début, qui peut se confronter à la peur du changement. Il faut y aller progressivement, étape par étape.

D'autant plus que cette peur du changement à tendance à se répercuter les uns sur les autres.

« Les professionnels qui n'ont pas encore basculé ont un a priori négatif. »

« Les autres professionnels de santé ont traîné les pieds, les kinés n'y sont toujours pas. »

Afin de contrer cette peur du changement, la première étape consiste à informer au maximum les équipes, et à les rapprocher d'équipes s'y ayant déjà investi. Qu'implique un projet d'informatisation ? Quel but a-t'il ? A quoi va-t'il servir ? Que va-t'il apporter concrètement ?

ii. La maison de santé : une véritable et rapide révolution organisationnelle

Lorsque des professionnels de santé s'engagent dans un projet de maison de santé, les changements sont multiples pour eux :

- parfois, ils passent d'un exercice isolé à un exercice collectif : ils forment ce que l'on appelle une équipe pluriprofessionnelle ;
- ils élaborent un projet de santé ;
- une maison de santé implique une réorganisation de l'exercice et des pratiques ;
- parfois elle implique une structuration immobilière et dans la plupart des cas une restructuration juridique (constitution en SCM, SCI, association de loi 1901...) ;
- bien sûr, pour bénéficier des nouveaux modes de rémunération, la constitution d'une SISA est nécessaire ;
- pour percevoir ces NMR, un dossier doit être constitué, témoignant des critères remplis, et aboutissant à un contrat tripartite avec l'ARS et la CPAM ;
- l'équipe met en place les premières actions du projet de santé ;
- et enfin elle doit mettre en place un projet de système d'information partagé.

Face à tous ces changements, qui ont lieu dans un laps de temps très court (*« beaucoup de changements d'un coup »*, *« rapidité, pression, deadlines »*), les professionnels de santé peuvent avoir le besoin de souffler avant l'une ou l'autre de ces étapes. Ils peuvent aussi se décourager et remettre en question leur nouvelle façon d'exercer.

« J'ai toujours dit, dès le début, qu'on basculait trop tôt. En termes de temps consacré et d'énergie, on l'a vraiment payé au prix fort. »

La maison de santé ainsi que le système d'information partagé sont encadrés par des cahiers des charges, un référentiel fonctionnel élaboré par l'ASIP et des critères énoncés par l'ACI permettant de bénéficier des NMR.

Les professionnels de santé rencontrés ont en majorité exprimé une certaine pression issue de la mise en place de tels cadres, d'autant plus que le système d'information compte pour un tiers de la rémunération. La plupart d'entre eux estiment ne pas avoir eu le choix : il fallait avoir un système d'information partagé.

« Nos attentes étaient celles qui étaient demandées : le règlement arbitral. Nous, on n'a rien demandé au départ. On l'a fait parce qu'on nous a demandé de le faire. »

« C'était l'ultimatum de fin d'année, le logiciel existant n'étant plus aux normes, c'était donc la priorité. Cela s'est fait dans la précipitation. »

« Au départ, on l'a fait parce qu'on nous a demandé de le faire, en lien avec le règlement arbitral et le cahier des charges de l'ARS. Autrement, on n'aurait pas basculé. »

Beaucoup d'équipes semblent avoir changé de système d'information partagé car il le fallait, car cela était nécessaire pour bénéficier des NMR.

Découragés ou ne se sentant pas vraiment concernés, les professionnels de santé ont laissé leur leader – ou tout du moins ceux qui ont été désignés référents – mener de front le projet d'informatisation, sans savoir vraiment de quoi il retournait, sans savoir le but de cette nouvelle organisation pluriprofessionnelle informatique.

Il est donc nécessaire pour les acteurs impliqués dans l'accompagnement des projets d'informatisation et pour les décideurs de prendre conscience des changements conséquents qu'impliquent un projet de maison de santé et par la suite d'un projet d'informatisation.

De plus, et comme le précise l'ASIP dans ses recommandations à l'usage des porteurs de projets¹⁴ : *« Le projet d'informatisation ne doit être abordé que lorsque la structure est suffisamment mature sur le plan organisationnel. »*

Dans l'élaboration d'un projet de santé, l'information liée au système d'information est bien souvent délivrée à la va vite, énonçant ce dernier comme un outil au service de la coordination pluriprofessionnelle.

Il serait opportun d'aborder ce sujet plus en détail auprès des équipes : expliquer le but du système d'information partagé, son intérêt pour les pratiques de chacun et la pratique pluriprofessionnelle, de quelle manière il va pouvoir remplir cette fonction et ce qu'il va pouvoir apporter à l'équipe. De plus, il est également nécessaire que chaque professionnel puisse comprendre les attentes exprimées dans l'ACI.

iii. La maison de santé médico-centrée

Comme nous l'avons vu au début de ce mémoire, les maisons de santé ont été conçues en réponse aux déserts médicaux. Les maisons de santé sont dite médico-centrées : elles sont mises en place dans l'optique d'attirer de nouveaux professionnels de santé, en particulier médecins, qui manquent cruellement sur le territoire concerné.

¹⁴ ASIP Santé (mars 2016), Mise en œuvre d'un projet d'informatisation au sein d'une maison ou d'un centre de santé, Recommandations à l'usage des porteurs de projets.

http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/label_e-sante_mcs_v2_recommandations_-_porteurs_de_projet_v1.pdf

De plus, et par conséquent, on peut noter que ces projets sont majoritairement à l'initiative de médecins généralistes, même si nous observons de plus en plus l'implication forte de pharmaciens, infirmiers et kinésithérapeutes.

Les leaders de maison de santé sont donc majoritairement médecins.

Ainsi, c'est souvent en toute logique qu'ils sont également les référents des projets d'informatisation. Sur les six maisons de santé interviewées, deux d'entre elles voient leur projet d'informatisation guidé par des médecins généralistes, pour une autre c'est au coordinateur que revient ce rôle, et pour les trois dernières il s'agit d'une mission partagée entre le coordinateur et le (ou les) médecin(s) généraliste(s).

Dans tous les cas, les professionnels de santé référents s'appuient sur le coordinateur – quand il existe – qui bénéficie de meilleures compétences en gestion de projet.

« La coordinatrice gère la mise en place du système d'information, avec la prise de rendez-vous avec l'éditeur, l'élaboration d'un plan d'actions, la gestion de plannings, le travail autour des protocoles, le recensement des problématiques... »

Cependant, même s'il s'est avéré plus simple de gérer un tel projet en comité restreint, les équipes manifestent le besoin de désigner un référent pour chaque profession qui les compose. Puisqu'il ne manipule pas quotidiennement le logiciel, le coordinateur ne peut répondre aisément à toutes les questions.

« Il y aura ensuite un référent pour chaque profession, car un médecin ne sait pas faire pour un orthophoniste par exemple. »

Le choix de la solution logicielle s'oriente généralement vers celle que possédaient initialement les médecins généralistes. Bien souvent, les fonctions de ce logiciel sont présentées aux professionnels paramédicaux de la structure. Ce choix est simple, rapide et induit un certain confort pour les médecins généralistes qui y sont habitués mais aussi pour l'équipe qui manifeste une certaine confiance envers cette solution.

« Les médecins étaient informatisés sous Chorus. Des discussions ont été entamées avec les autres professionnels de santé, à qui les fonctionnalités du logiciel Chorus ont été montrées. »

« A l'origine les médecins étaient équipés avec ICT. Le devis a tout de suite était fait avec l'éditeur, les professionnels de santé n'ont pas regardé d'autres logiciels. Il était facile de rester sur Chorus. »

De plus, il est à noter que les groupes utilisateurs que la FEMASNORD a pu organiser se composent essentiellement de participants médecins.

Malgré les initiatives de professionnels paramédicaux et de pharmaciens, les maisons de santé restent malheureusement très médico-centrées. Le médical constitue le socle de ce nouveau mode d'exercice.

La conséquence : des systèmes d'informations partagés également médico-centrés. Les professionnels de santé ont le sentiment que les besoins des paramédicaux n'ont pas été pris en compte à l'origine. Limitant ainsi et en toute logique leur utilisation du logiciel.

« On s'est rendu compte que globalement les logiciels ne répondaient pas à la pluriprofessionnalité. »

« J'étais particulièrement étonnée par le fait que finalement ces logiciels dits pluriprofessionnels ne l'étaient pas. Ils sont construits autour du médical. »

« Inconfortable voire inadapté aux paramédicaux. »

« Globalement les médecins utilisent tous le logiciel mais pas les autres professionnels, les échanges montrent que le logiciel est surtout orienté médecin et on retrouve cela dans l'utilisation sur le terrain. »

« Cette utilisation limitée est justifiée par le fait qu'au départ le logiciel n'était pas adapté à l'exercice infirmier, donc n'encourageant pas son utilisation. »

Les professionnels paramédicaux n'ont ainsi pas été autant sensibilisés que les médecins à l'utilisation d'un logiciel d'information partagé. Ils se sentent moins concernés par les enjeux et les capacités d'un tel outil. Il en découle une utilisation limitée par ces professionnels.

« Les kinés peuvent créer une annexe pour y mettre des comptes rendus, chose qu'ils ne font pas. Ils n'en voient pas l'utilité. »

Cependant, les éditeurs de logiciels se saisissent à présent mieux de ces enjeux de pluriprofessionnalité, d'autant plus que le nouveau référentiel de l'ASIP en témoigne également. De plus en plus de fonctionnalités développées répondent aux besoins des paramédicaux.

« A la base conçu pour les médecins, Chorus peut aujourd'hui répondre aux besoins des professionnels paramédicaux. »

Afin de faciliter ces évolutions, il est nécessaire que tous les corps de profession concernés expriment d'une même voix leurs besoins pour une utilisation optimale du système d'information partagé.

Et d'autant plus largement, il est important de reconnaître la place et la nécessaire implication des professionnels de santé paramédicaux dans les projets de maison de santé, et de les encourager à être force de propositions. Sans eux, la médecine libérale ne saurait être pérennisée.

iv. Des critères ASIP qui laissent perplexe

Le référentiel technique de l'ASIP, permettant aux éditeurs de logiciels d'obtenir le label « e-santé logiciels Maisons et Centres de Santé », a été élaboré en s'appuyant sur des retours d'expériences de professionnels de santé exerçant en maison de santé.

Cependant, certains professionnels de santé ont fait part, durant les entretiens ou durant les groupes utilisateurs organisés par la FEMASNORD, de leur étonnement vis-à-vis de critères

énoncés par l'ASIP. En effet, certains témoignent leur incompréhension de ne pas retrouver les fonctionnalités répondant à ces critères.

« On ne voit pas le lien entre les critères du label ASIP et les logiciels proposés : nous n'avons pas vu les fonctionnalités qui étaient notées dans le label. »

Par exemple, les critères liés à l'aspect administratif et notamment la facturation ne semblent pas remplis par les logiciels ou le sont en tout ou partie, ce qui constitue un véritable frein à leur utilisation.

« Beaucoup de professionnels se posent la question des critères de validation de l'ASIP. Dans le cahier des charges de l'ASIP, les logiciels doivent gérer tous les aspects administratifs (notamment la facturation), mais cela n'est pas le cas encore aujourd'hui. La seule chose qu'ils font et sur laquelle ils ont vendu leur logiciel, c'est le dossier patient partagé. »

En effet, la facturation reste aujourd'hui un frein majeur à l'utilisation du système d'information partagé par les paramédicaux, qui estiment ce nouvel outil comme moins performant que leur logiciel propre.

« Impossible de facturer pour les infirmières, donc elles ont abandonné l'idée d'utiliser le logiciel. »

« Les infirmières ne facturent pas avec Chorus ; il ne semble pas adapté, qui plus est pour une utilisation chez soi. »

Cependant, dans certaines maisons de santé, les professionnels ont fait le choix de garder deux logiciels, l'un pour la coordination, l'autre pour l'aspect plus administratif.

« Impossible de facturer, mais cela ne les dérange pas. Ils utilisent un autre logiciel. »

Mais devoir utiliser deux logiciels apparaît plus chronophage et contre-productif.

Comment motiver ainsi les professionnels à basculer sur un nouveau logiciel ne permettant pas de répondre à l'ensemble des besoins de base de la pratique individuelle ?

Il est important que les logiciels assurent en premier lieu les fonctionnalités de base liées à la pratique individuelle avant celles liées à la pluriprofessionnalité. Les professionnels de santé doivent être à l'aise avec la pratique individuelle (ce qui n'est pas encore le cas). Un effort des éditeurs sur les évolutions à prendre en compte et sur leur compréhension de l'organisation pluriprofessionnelle est nécessaire.

v. Des solutions logicielles séduisantes... en apparence ?

Au travers des projets d'informatisation, les réalités des éditeurs et des soignants doivent cohabiter, alors que leurs professions respectives sont complètement différentes, tant en termes de :

- enjeux
- compétences
- organisation
- temps

Servant une cause commune qu'est d'avoir à disposition un logiciel conforme aux critères du label « e-santé Logiciels Maisons et Centres de Santé », professionnels de santé et éditeurs n'ont toutefois pas les mêmes enjeux.

Alors que les professionnels de santé tentent de répondre à leurs besoins organisationnels tant liés à la pratique individuelle qu'à la pratique pluriprofessionnelle, les éditeurs visent certes à y répondre mais également à remplir leurs objectifs commerciaux. Ils ont ainsi tout intérêt à proposer des solutions techniques qui répondent à ces besoins et à présenter leurs principaux points positifs et avantages.

Cependant, les professionnels de santé témoignent parfois d'une impression d'avoir été dupés.

En effet, alors que durant les démonstrations ils ont pu apercevoir une solution logicielle qui répondait complètement à leurs attentes, ils peuvent être déçus de ne pas retrouver toutes les fonctionnalités et l'interface promises une fois le logiciel en place.

« La démonstration était très séduisante, mais en réalité le produit n'était pas fini. »

« Il s'agissait d'une démonstration purement commerciale, avec une version que je n'avais jamais vue, super ergonomique, pratique... »

« Chorus et WEDA sont irréprochables sur le plan commercial... ils sont très forts. »

« Les beaux discours des commerciaux. »

« Pour ce qui est de la facturation, on a seulement découvert que cela n'était pas possible une fois que nous avons installé le logiciel. (...) Nous n'arrivions pas à faire le lien entre le discours et la réalité qu'on percevait. »

Cette problématique peut certes s'expliquer par le fait qu'un discours commercial rôdé sur les points positifs de la solution est tout à fait logique et compréhensible pour vendre un tel produit. Mais également elle s'explique par le manque de compétences informatiques et techniques des professionnels de santé.

« La présentation était très bien faite mais comme nous n'y connaissions rien, et que l'on avait tendance à croire tout ce qui était dit... tout était possible dans tous les mondes possibles. (...) Ce qui était montré comme facile ne l'a pas été du tout durant la mise en place. »

« L'informatique, ce n'est pas notre domaine. Ce sont des choses qu'on ne maîtrise pas. Au début, on a fait confiance, mais rapidement on s'est rendu compte qu'on avait tout intérêt à mettre notre nez dedans. »

« Dès que les professionnels de santé se heurtent à une difficulté, ils accusent le logiciel, ils se bloquent rapidement. Alors que cela peut-être simple à résoudre. »

Les soignants n'ont effectivement pas été formés dans leur cursus initial aux compétences liées aux systèmes informatiques et ne comprennent pas forcément le langage technique utilisé. Ils ne peuvent avoir toutes les cartes en main afin de comprendre les tenants et aboutissants d'un système d'information partagé.

D'un autre côté, ces soignants ont l'impression que les éditeurs également ne comprennent pas les enjeux liés à la pratique médicale et paramédicale, puisqu'ils n'ont pas la

compétence « soignante » et l'organisation qui en découle. Comme nous l'avons vu précédemment, la maison de santé et le système d'information constituent une révolution organisationnelle, notion que les éditeurs doivent réussir à intégrer dans le développement de leurs solutions techniques.

« Le SI est une révolution organisationnelle sur la façon dont on travaille tous les jours en MSP. Je ne suis pas sûre que les éditeurs aient intégré cette notion. Il est important que les éditeurs comprennent ce que ça implique en termes d'organisation chez leurs clients. »

vi. Des logiciels en constante évolution

En 2012, l'ASIP lançait le label « e-santé Logiciels Maisons et Centres de Santé » permettant de garantir aux professionnels de santé y exerçant un système d'information partagé répondant à leurs besoins, et de guider les éditeurs vers une offre adaptée.

Le référentiel technique sur lequel s'appuie sur ce label ne cesse d'évoluer depuis, afin de s'adapter au mieux à l'organisation pluriprofessionnelle d'une maison de santé. Pour cela, ce référentiel a été élaboré en partie sur la base de retours d'expériences d'équipes de soins primaires.

Or, beaucoup de professionnels de santé manifestent encore aujourd'hui leur mécontentement face à des fonctionnalités manquantes ou ne répondant à leurs besoins qu'en partie, ou à des problèmes techniques et incompatibilités persistantes.

« Problème de migration des données »

« Ergonomie du SI à revoir »

« Hotline souvent inexistante »

« Facturation impossible »

« Il est difficile d'utiliser Chorus Pocket sur l'iPhone, en raison de la dernière mise à jour incompatible. »

« Il est très compliqué de paramétrer les accès... donc c'est un frein à l'utilisation du logiciel par les paramédicaux »

« On a mis le doigt sur des choses que l'éditeur ne connaissait pas. Aujourd'hui, sur la reprise de données, on est encore en train d'annuler des doublons, à la main. »

Cependant, il est important de noter que, tout comme les maisons de santé qui sont encore aujourd'hui de nouvelles organisations évoluant progressivement, parfois à tâtons, les systèmes d'informations partagés adaptés à ces structures le sont tout autant : nouveaux, récents.

D'ailleurs, les premières maisons de santé ont en quelque sorte essuyé les plâtres avec les éditeurs de logiciel qu'elles ont choisi, de 2012 à 2014 notamment.

« L'éditeur n'était pas prêt, n'était pas performant. Ils ont sorti en urgence le logiciel, pour être les premiers et pour rafler toutes les maisons de santé. L'éditeur a essuyé les plâtres avec nous. »

« Parce que l'éditeur n'était pas au point, même pour les seuls médecins. »

Bien souvent, les professionnels de santé s'attendaient à avoir un outil clé en main, pensant qu'il était adapté aux spécificités pluriprofessionnelles.

Or, tout comme les maisons de santé le sont, les systèmes d'informations partagés sont en évolution. Et ils continueront d'évoluer tant que les maisons de santé évolueront également.

« On n'avait pas d'attentes au départ, maintenant on en a. Il va falloir que le logiciel nous rende le service dont on a besoin, au-delà de la pratique professionnelle. »

Les éditeurs doivent effectivement encore apporter des améliorations afin de répondre au mieux aux besoins des équipes, notamment en ce qui concerne les besoins de base tels que les aspects administratifs et la facturation. Et ils ne pourront le faire que s'ils bénéficient de retours d'expériences des professionnels de santé, que si ces derniers leur font part de leurs besoins.

vii. Une communication avec l'éditeur instable

Selon les équipes et les logiciels choisis, la communication est plus ou moins efficace avec l'éditeur de la solution. Pour certaines équipes, leur éditeur est plutôt communicant, alors que d'autres déplorent un manque de réactivité.

De plus, chaque éditeur a sa propre organisation et façon de fonctionner. Plusieurs configurations se distinguent :

- Un référent, interne à l'entreprise, est attribué à une ou plusieurs équipes, ou tout du moins un interlocuteur privilégié.
« L'éditeur est réactif, en passant toujours par le même interlocuteur. »
- Un sous-traitant est l'intermédiaire entre l'éditeur et l'équipe.
« Notre interlocuteur, qui est un sous-traitant, est super. Il ne ménage pas ses efforts, sa pédagogie, sa disponibilité. Il a vraiment été à l'écoute et s'est adapté facilement. Il a été notre intermédiaire un peu neutre entre l'éditeur et nous. »
- Aucun référent ni sous-traitant, un message est envoyé à plusieurs représentants de l'éditeur, ce sera à celui qui répondra en premier.
- Un message est envoyé au support, n'importe qui peut y répondre, pouvant être la cause d'un manque de réactivité.
« On n'a pas un référent attribué... ça change tout le temps... »
« Les services clients ne sont pas réactifs »

Cependant, que l'éditeur soit réactif ou non, les équipes déplorent un manque de transparence sur les évolutions envisagées et sur les fonctionnalités dont peuvent bénéficier les professionnels de santé.

Bien souvent, ceux-ci font part de leurs besoins techniques, auxquels l'éditeur assure pouvoir répondre par une mise à disposition de fonctionnalités adaptées et par une personnalisation de l'interface du logiciel. Cependant, les réponses se font attendre et les équipes peuvent ainsi avoir l'impression de promesses faites en l'air.

« Le référent s'est engagé à installer de nouveaux modules, mais depuis avril l'équipe est sans nouvelles. »

« Concernant les nouvelles versions et les modules qui y sont intégrés les équipes sont dans le flou le plus total avec des promesses et des délais qui ne sont pas tenus et repoussés de mois en mois. Au sein d'une même équipe on peut être parfois avec deux ou trois versions différentes de Chorus selon les postes et les fonctionnalités choisies par les professionnels. »

Ceci peut s'expliquer par le temps plus ou moins long nécessaire au développement de telles fonctionnalités, que les soignants ne peuvent pas forcément comprendre, eux qui sont habitués à délivrer des actes ponctuels et à prendre des décisions rapidement.

La contrainte temps peut ainsi être un élément bloquant dans la mise en place et l'utilisation en routine des systèmes d'informations partagés.

D'autant plus qu'il faut également du temps pour s'adapter au logiciel et à ses nouvelles fonctionnalités.

Cela peut également s'expliquer par un processus de décision précis mis en place au sein de l'entreprise.

Les professionnels de santé souhaiteraient avoir plus de transparence sur les évolutions des logiciels ainsi que sur les délais d'intervention et de mise en place des fonctionnalités au sein de la maison de santé.

Encore une fois, il s'agit d'informer au mieux les équipes : informer sur l'organisation de l'éditeur, sur les délais de développement et d'intervention, sur les processus décisionnels nécessaires. Les soignants comprendront ainsi mieux les réalités environnant les logiciels.

« Tant que ce n'est pas développé ce n'est pas grave, le jour où c'est au point, l'éditeur nous en informe. Ainsi ils se développent en s'adaptant à la demande. »

viii. D'autres obstacles techniques

D'autres obstacles peuvent freiner les professionnels de santé à s'investir dans un projet d'informatisation. Nous pouvons citer par exemple, et ce d'après les interviews réalisées :

- Le coût de l'investissement financier initial et des abonnements mensuels.
« Investissement de 25000€, avec 720€ d'abonnement par mois. »

- Le débit internet de la structure.

La plupart des maisons de santé se situent dans des territoires ruraux, où le débit internet peut s'avérer moindre, ne permettant pas une utilisation optimale du logiciel. Certaines équipes doivent attendre de bénéficier du haut débit pour s'investir pleinement dans leur système d'information et y prévoir des évolutions.

« Le gros problème qui se pose également, c'est qu'ici on n'a pas beaucoup de débit internet. On va avoir la fibre l'année prochaine. Pour l'instant, on a que 2 méga, donc ça rame énormément. L'année prochaine, on pourra utiliser et faire évoluer le logiciel. »

« A l'époque on devait se mettre aux normes SDSL, le débit remontant n'était pas suffisant. »

ix. Des difficultés d'appropriation, notamment liées à une formation irrégulière

Les entretiens réalisés ainsi que les témoignages des fédérations régionales font part de difficultés d'appropriation du système d'information par les équipes de soins primaires.

Ces difficultés d'appropriation semblent issues, certes, de la résistance au changement que nous avons évoqué précédemment, ainsi que des différences générationnelles, mais également du manque de formation dont témoignent les principaux intéressés.

« On est peu formé. »

« Nous n'avons pas été assez formés, nous n'avons pas eu toutes les formations de base promises. »

« Pour la formation, on s'est débrouillé. L'éditeur est venu une fois pour nous former. Ils ne sont jamais revenus, à tel point qu'ils nous ont fait une grosse ristourne sur le coût du logiciel. Ils ne savaient pas nous former.»

De plus, ces formations délivrées par les éditeurs s'avèrent irrégulières selon le logiciel choisi, les équipes et les régions.

En effet, les durées de formation peuvent varier de 30 minutes à 4 heures par professionnel de santé.

« 30 minutes à 2 heures de formation par professionnel de santé. »

« Au niveau des médecins, il y a dû avoir 4 à 5 demi-journées de formation, c'est plutôt correct. »

« Une session de 3h par professionnel a été réalisée. Un mois après, une nouvelle formation de 3h a été réalisée. »

D'ailleurs, lors des groupes utilisateurs que la FEMASNORD a pu organiser, une infirmière facilitatrice de Rhône-Alpes témoignait d'une formation délivrée en 15 jours, pour 11 professionnels de santé, alors qu'une équipe en région Nord-Pas-de-Calais voyait sa formation limitée à une demi-journée pour l'ensemble des soignants.

Face à la faible formation délivrée, les professionnels de santé ne peuvent savoir utiliser toutes les fonctionnalités qui seraient pourtant utiles à leur exercice et à la coordination pluriprofessionnelle. Bien souvent, ils n'ont d'ailleurs pas connaissance de toutes les possibilités qu'offrent le logiciel, et des fonctionnalités qu'ils pourraient utiliser pour faciliter leur exercice ou sur lesquelles ils pourraient s'appuyer pour la mise en place des actions de leur projet de santé.

« Aujourd'hui, le logiciel n'est pas utilisé pour la coordination. Prescrire une prise de sang, on ne peut pas. Faire un courrier, on va plus vite par écrit à la main. Ce qu'on arrive à faire, c'est numériser le courrier, remplir le dossier, les observations et les prescriptions médicamenteuses. On peut aussi mettre dans le dossier les résultats de biologie, mais difficilement. »

« On a déjà du mal à se servir des fonctionnalités de base, alors on ne peut pas vraiment aller plus loin. »

Sans une formation de base efficace, il paraît compliqué d'encourager les équipes à utiliser leur logiciel et à le faire évoluer, notamment vers la production de requêtes et d'indicateurs requis dans le cadre des NMR. D'autant plus que les formations ne semblent avoir porté que sur la prise en main du logiciel, et non sur les spécificités liées au NMR.

De plus, il semble essentiel que les coordinateurs puissent également être formés à l'utilisation des logiciels. En effet, les soignants ont tendance – et en toute logique puisqu'il s'agit là de son rôle – à se reposer sur le coordinateur, quand il existe, pour tout ce qui est des aspects administratifs et techniques, de la gestion et des projets de la maison de santé. Bien souvent, le coordinateur a co-mené le projet d'informatisation et/ou centralise les besoins dont les professionnels de santé lui font part vis-à-vis du logiciel.

« L'éditeur va devoir me montrer comment faire pour avoir les réponses à donner aux professionnels de santé. »

Il est tout à fait normal, et indispensable qu'il y soit formé. D'autant plus que certains coordinateurs sont amenés à intervenir auprès de plusieurs maisons de santé et ainsi sur plusieurs systèmes d'informations partagés.

C. Les besoins exprimés par les professionnels de santé

Face à ces obstacles énoncés précédemment, de nombreux besoins en ressortent, parmi lesquels :

- Un besoin d'informations :
 - ✓ sur le but du système d'information partagé, son intérêt pour les pratiques individuelles et pluriprofessionnelles, ce qu'il va pouvoir apporter concrètement ;
 - ✓ sur le référentiel technique de l'ASIP ;
 - ✓ sur les critères exprimés dans l'ACI ;
 - ✓ sur les étapes de mise en œuvre du système d'information, et ce que ça implique en termes d'investissement humain et financier ;
 - ✓ sur la nécessaire notion de progressivité et non de précipitation ;
 - ✓ mais aussi un besoin d'informations des éditeurs vers les équipes : leur organisation, leurs délais de développement et d'intervention, ainsi que leurs processus décisionnels.

- Un besoin de maturité organisationnelle avant de s'investir dans un projet d'informatisation.
 - ✓ Equipe pluriprofessionnelle, projet de santé, réorganisation des pratiques, structuration immobilière, structuration juridique... Après tous ces changements

vient le temps de souffler et d'évoluer progressivement étape par étape vers un projet d'informatisation... une fois que ces changements sont digérés !

- En conséquence, un besoin de prise de conscience, par les décideurs, éditeurs de logiciels et autres acteurs gravitant autour des maisons de santé, de tous ces changements, ainsi qu'un besoin de compréhension de cette révolution organisationnelle.
- Un besoin de retours d'expériences de pairs, jugés personnes neutres :
 - ✓ pour contrer le côté trop commercial des éditeurs et ainsi pouvoir choisir en connaissance de cause ;
 - ✓ pour tirer des enseignements des expériences d'autres équipes.
- Un besoin de progressivité.
 - ✓ Utiliser le système d'information autour de cas d'usages, profiter de la mise en place des actions du projet de santé afin de développer l'utilisation de nouvelles fonctionnalités.
« La mise en place des actions du projet de santé est l'occasion de les déployer en lien avec le système d'information. Par exemple, la mise en place d'une consultation infirmière dédiée nécessite le partage d'informations, la réalisation de requêtes... C'est l'occasion d'utiliser des fonctionnalités du système d'information partagé. L'utilisation est alors progressive par les professionnels de santé. Il faut des choses pratiques comme des protocoles pour encourager les professionnels à utiliser le SI. »
« Plus l'équipe avance dans le projet de santé et met en place des actions, plus les paramédicaux se rendent compte de l'intérêt de l'outil informatique pour la coordination. »
- Un besoin d'implication des professionnels de santé autres que médecins.
Il est nécessaire de passer d'une maison de santé médico-centrée à une réelle pluriprofessionnalité. Notamment, en encourageant les initiatives des paramédicaux, en reconnaissant plus largement leur place et leur nécessaire implication dans les maisons de santé, ainsi qu'en les incitant à porter leur voix auprès des éditeurs de logiciels.
- Un besoin d'intervention d'une tierce personne, délivrant informations, conseils ainsi qu'une aide méthodologique et technique, permettant aux équipes d'avoir toutes les clés pour choisir leur système d'information. Cette personne serait également l'intermédiaire entre la maison de santé et l'éditeur.
- Un besoin de connaître rapidement et de comprendre les solutions logicielles de façon claire et simple : un comparatif permettrait de présenter les caractéristiques de chaque logiciel, d'en lister les points forts et points faibles, et d'évoquer les fonctionnalités pouvant répondre à tel ou tel besoin.

- Un besoin de communication et de transparence :
 - ✓ de la part des éditeurs vers les équipes : une transparence sur les évolutions envisagées, les fonctionnalités dont peuvent bénéficier les professionnels de santé, les possibilités de personnalisation, ainsi que sur les délais d'intervention ;
 - ✓ de la part des équipes vers les éditeurs : il est important que les professionnels de santé communiquent leurs difficultés, leurs besoins, afin que les logiciels puissent évoluer vers des fonctionnalités et un exercice plus adaptés.

- Un besoin en formation :
 - ✓ déployée par corps de profession ;
 - ✓ assurée en plusieurs temps : d'abord les fonctionnalités liées à la pratique individuelle pour une prise en main optimale, puis celles liées à la pluriprofessionnalité, puis enfin celles liées aux spécificités des critères NMR ;
 - ✓ espacée de plusieurs semaines, permettant des rappels (il est en effet difficile de tout comprendre en une fois).

- Et bien sûr, un besoin d'accompagnement méthodologique.
Cet accompagnement apportera les compétences techniques et de gestion de projet, que les professionnels ne disposent peu ou pas.

III. L'accompagnement des projets d'informatisation dans les autres régions

L'enquête menée auprès des autres fédérations a montré que l'accompagnement des équipes pluriprofessionnelles dans leur projet d'informatisation n'était guère plus avancé. En effet, les fédérations ayant répondu (au nombre de 8) à l'enquête témoignent de difficultés similaires à celles rencontrées en Nord-Pas-de-Calais, et d'un accompagnement insuffisant des projets d'informatisation.

A. Une offre insuffisante pour accompagner les équipes

Une partie du questionnaire envoyé aux fédérations des maisons de santé visait à connaître les acteurs pouvant intervenir autour des projets d'informatisation dans leurs régions respectives.

Qu'il s'agisse de l'étape d'amont, de mise en œuvre du projet d'informatisation ou de l'utilisation en routine, les fédérations régionales témoignent d'un accompagnement essentiellement de la part des éditeurs de logiciels.

Des prestataires de services peuvent également intervenir durant ces phases, dans quelques régions, mais cela reste assez rare (seule une région a évoqué cette offre d'accompagnement parmi les 8 réponses reçues).

Certaines fédérations évoquent également un accompagnement, mais moindre :

- du GCS e-santé de la région en phase de déploiement du logiciel ;
- au travers de retours d'expériences d'équipes auprès de leurs pairs, afin de les aider dans leur choix de logiciel.

Les principaux accompagnements de ces acteurs sont ainsi axés autour :

- de démonstrations, souhaitées par l'équipe afin que les éditeurs présélectionnés montrent les fonctionnalités de leur logiciel ;
- du déploiement du système d'information partagé, de son installation et de sa formation, dont s'occupe l'éditeur ;
- le GCS peut aussi apporter une aide technique lors de cette phase de déploiement ;
- des aides ponctuelles peuvent être délivrées par l'éditeur, un prestataire de service, ou le GCS e-santé de la région ;
- de retour d'expériences de maisons de santé permettant à l'équipe de faire son choix, mais aussi permettant d'échanger entre pairs et d'évoluer sur l'utilisation du logiciel.

Les fédérations régionales déplorent une offre d'accompagnement quasi inexistante, ou si elle existe, elle est peu structurée.

B. Un investissement des fédérations régionales peu encouragé

Alors que 5 fédérations sur les 8 témoignent d'un investissement autour des projets d'informatisation, les 3 autres estiment ne pas accompagner les maisons de santé. L'une d'entre elles l'explique par un manque de moyens financiers et un soutien régional quasi inexistant.

En effet, la plupart des fédérations, comme la FEMASNORD, a conclu un CPOM avec l'ARS et tout comme la FEMASNORD, il est pour le moment rare d'être financés sur des actions liées au système d'information. Les fédérations déplorent un manque d'investissement régional.

« Nous n'avons aucun moyen pour aider les équipes et à notre connaissance aucune aide régionale n'est prévue. »

« La fédération n'a actuellement pas les moyens de s'impliquer dans les SI. »

Cependant, tout du moins dans notre région, l'ARS Hauts-de-France semble prendre conscience des difficultés rencontrées à l'origine d'un manque d'utilisation du logiciel par les équipes, et donc de la nécessité de mettre en place efficacement un système d'information partagé. En effet, le directeur de l'offre de soins a manifesté le souhait de rencontrer la

FEMASNORD à l'automne 2017, dans le but d'établir une méthodologie et un plan d'actions autour des systèmes d'informations.

Parmi les fédérations qui accompagnent les maisons de santé, les actions autour des projets d'informatisation diffèrent selon les régions :

- Etape 1 : en amont
 - ✓ « *diagnostic de fonctionnement* » : aide pour la réalisation d'un état des lieux du système d'information actuel et de l'infrastructure technique ;
 - ✓ « *facilitateurs* », « *aide informelle entre équipes* », « *retours d'expériences* » : organisation de moments d'échanges où des professionnels de santé rodés à l'utilisation de leur logiciel partagent leur expérience auprès de l'équipe qui est en phase de choix.

- Etape 3 : en routine
 - ✓ « *optimisation de l'utilisation* » : montée en compétences pour une utilisation optimale du logiciel, afin de réaliser des requêtes par exemple ;
 - ✓ « *aide informelle entre équipes* », « *retours d'expériences* » : organisation de moments d'échanges entre équipes afin qu'elles bénéficient de retours d'expériences des unes et des autres ;
 - ✓ « *formation* » : organisation de formations complémentaires, pouvant être prises en charge dans le cadre du développement professionnel continu.

- « *DIM* » : il peut intervenir à chaque étape, qu'il s'agisse d'accompagner les équipes dans le choix du logiciel, d'apporter une aide au déploiement du système d'information ou d'optimiser son utilisation en routine.

En effet, deux fédérations témoignent de la mise en place d'un accompagnement par un DIM (une troisième l'envisage à moyen terme, en collaboration avec l'ARS).

Le terme DIM fait référence au médecin du Département d'Information Médicale d'un hôpital, garant de la collecte des données de santé, de leur confidentialité et de la qualité de la codification. Afin d'adapter ce terme au secteur ambulatoire, l'une des fédérations l'a renommé en "Délégué à l'Information médicale".

En plus du questionnaire envoyé aux fédérations, j'ai eu l'occasion de m'entretenir plus longuement par téléphone avec ce DIM, me permettant ainsi d'avoir de plus amples détails sur ses rôles.

Ingénieur informatique depuis 15 ans, il a apporté une aide pour l'élaboration d'un projet de santé et en est ensuite devenu coordinateur en 2011. Depuis, il est coordinateur d'un pôle de santé regroupant 4 maisons de santé, où il intervient essentiellement autour des projets, des partenariats avec l'extérieur et bien sûr de l'informatisation : aide à la prise en main de l'outil, gestion des relations avec l'éditeur, etc.

En dehors du pôle de santé, il est amené à soutenir d'autres équipes :

- aide au choix du logiciel,
- aide pour la prise en main du logiciel,

- animation de groupes autour de son évolution,
- développement des utilisations (comme l'élaboration et la mise à disposition des protocoles dans le logiciel),
- accompagnement de l'interopérabilité avec d'autres outils informatiques comme la messagerie sécurisée et la récupération des résultats de biologie.

Comme plusieurs fédérations, la FEMASNORD intervient auprès des équipes afin de faciliter leur utilisation quotidienne du système d'information, par l'organisation de moments d'échanges entre pairs.

A contrario, la FEMASNORD n'intervient pas dans le processus de choix, alors que certaines fédérations interviennent en amont, notamment au travers de l'organisation de retours d'expériences d'équipes utilisant quotidiennement le logiciel concerné.

C'est d'ailleurs l'un des projets de la FEMASNORD : mettre en place un « pool » de facilitateurs, qui feraient part de leur expérience et de leurs enseignements, afin de faciliter le choix des équipes, qui bénéficieront ainsi d'autres arguments et avis que ceux des commerciaux.

En conclusion, nous pouvons citer le témoignage pertinent de l'une des fédérations, qui est applicable également à chaque région :

*« Le GCS s'est retiré des accompagnements. Ne reste donc dans la région que les éditeurs ! Un financement est possible (via le Conseil Régional ou des fonds FIR de l'ARS) mais ça ne couvre pas la phase d'accompagnement... **Les équipes ici sont donc un peu laissées à elles-mêmes face aux éditeurs. Une place est à prendre par la fédération, mais délicate !** »*

IV. Préconisations

A. Pistes d'actions

Depuis 2008, 45 maisons de santé ont été créées en Nord-Pas-de-Calais. Elles sont près de 80 en Hauts-de-France. Et leur nombre ne fait que croître, d'autant plus que les pouvoirs publics encouragent ces initiatives, et vont les encourager encore plus, puisqu'elles font partie des mesures de notre nouveau président.

Tout comme cela l'est pour l'accompagnement des projets de santé, il est important de proposer un accompagnement structuré autour des systèmes d'informations partagés.

Afin de favoriser la coordination, il est essentiel d'avoir des outils adaptés, tels que le système d'information. Et il ne pourra l'être que si le processus de choix et de déploiement se déroule sans encombre, afin de favoriser une utilisation en routine optimale.

Il est essentiel de considérer que la réussite d'un projet de maison de santé est intrinsèquement liée à la réussite d'un projet d'informatisation.

Au travers des entretiens réalisés auprès des équipes et du questionnaire délivré aux fédérations régionales, les répondants ont suggéré des solutions aux difficultés rencontrées dans les projets d'informatisation. Ces propositions d'accompagnement sont autant de solutions proposées par les répondants que de solutions issues de mon analyse.

Sept solutions sont ainsi préconisées afin de permettre une mise en œuvre des projets d'informatisation optimale. Elles seront dans un premier temps listées ci-dessous, puis chacune sera développée.

- Elaborer et promouvoir une méthodologie type de mise en œuvre d'un projet d'informatisation.
Détaillée, cette méthodologie décrirait les étapes d'un tel projet et évoquerait l'ensemble des questions indispensables à se poser au cours d'un projet d'informatisation.
- Organiser, systématiquement en amont du projet d'informatisation, une réunion de sensibilisation afin d'informer les équipes des enjeux et objectifs liés aux systèmes d'informations.
« En premier lieu, avoir une présentation des attentes de l'ACI. Savoir pourquoi, en détail, il nous est demandé de mettre en place un SI. Il faut nous indiquer ce que le logiciel va nous permettre de faire. De façon à ce que les uns et les autres comprennent que le logiciel va leur permettre de travailler efficacement et que c'est cohérent par rapport au projet de santé. A terme, il faut que l'équipe comprenne, lors de la bascule, que ce logiciel va leur renvoyer des informations sur le suivi du projet de santé. Et pas uniquement sur notre pratique personnelle. Il faut de l'information au départ. »
- Mettre en place un « pool » de facilitateurs, qui, de par leur retour d'expériences, apporteront une aide aux choix du logiciel.
« Aller voir des équipes qui fonctionnent déjà pour choisir le logiciel. »
- Elaborer et mettre à disposition un comparatif des logiciels labellisés.
Avantages, inconvénients, réponses proposées face à tels besoins, fonctionnalités majeures, usages, évolutions envisagées... Un ensemble de caractéristiques permettrait de comparer les logiciels, et d'aider les professionnels de santé dans leur pré-sélection.
« Il faudrait qu'en fonction des critères, des éditeurs et des outils existants, on ait des tests, des comparatifs. Et aussi y notifier les évolutions et développements à venir des éditeurs. Tester également la hotline, le suivi, la formation. »
« Il faudrait avoir une sorte de cahier des charges sur les fonctionnalités et les évolutions envisagées des logiciels. »

- Poursuivre les groupes d'utilisateurs de systèmes d'informations partagés.
Les retours d'expériences entre maisons de santé permettent d'optimiser l'utilisation en routine, de progresser et de faire évoluer l'outil, de connaître les usages des uns pour permettre aux autres de s'en inspirer et de les adapter à leurs projets. Il s'agit de créer du lien entre les équipes afin de faire évoluer les pratiques mais aussi de permettre le développement du logiciel.
« Il est important de mettre en lien les équipes ayant le même logiciel. »
- Mettre en place des forums pour chacun des logiciels, qui permettraient des échanges entre équipes, d'y parler d'astuces, d'évoquer les fonctionnalités utilisées par les équipes, de connaître les difficultés rencontrées et les solutions pour y remédier.
- Développer un poste de délégué à l'information médicale.
« Nous avons besoin d'une personne référente régionale, qui est neutre, qui connaît les logiciels, leurs différences, les fonctionnalités pouvant répondre aux besoins de l'équipe. Elle serait l'intermédiaire avec les éditeurs et accompagnerait les équipes. »

i. Une méthodologie détaillée de mise en œuvre d'un projet d'informatisation

A l'heure actuelle, la méthodologie la plus complète existante est celle de l'ASIP énoncée dans ses recommandations à l'usage des porteurs de projets¹⁵, qui présente les 3 étapes que nous avons évoquées.

De plus, la FEMASNORD présente également une méthodologie sur son site internet, néanmoins concentrée sur la phase de choix, qui se présente comme suit :

¹⁵ ASIP Santé (mars 2016), Mise en œuvre d'un projet d'informatisation au sein d'une maison ou d'un centre de santé, Recommandations à l'usage des porteurs de projets.

http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/label_e-sante_mcs_v2_recommandations_-_porteurs_de_projet_v1.pdf

Choisir son système d'information partagé : les étapes

Etape n°1 : établir un groupe de travail

Il est nécessaire d'impliquer l'ensemble des professionnels de santé de l'équipe. Néanmoins, « un chef de projet » (ou un binôme « chefs de projet ») peut guider, organiser le travail et en être le référent. Il sera l'interlocuteur privilégié dans la MSP mais aussi auprès des éditeurs et des partenaires éventuels.

Il est également utile de désigner, au sein de la MSP, un représentant pour chaque profession de santé. Les représentants recueilleront les besoins de leurs collègues et les informeront de l'évolution du projet.

Etape n°2 : faire un état des lieux

Les questions à se poser :

- Pour chaque professionnel : qui fait quoi ? comment ? quels usages ? quels sont les principaux logiciels utilisés par chacun ? Chaque professionnel de santé a ses habitudes de travail avec son logiciel métier.
- Vos conditions d'exercice : votre connexion internet est-elle de bonne qualité ? le débit est-il suffisant ? êtes-vous organisés en un seul site ou plusieurs sites ? voulez-vous que le serveur de données soit hébergé dans la structure ou par l'éditeur ?
- Quels sont les besoins de chacun vis-à-vis du SIP ?
- Quels sont les besoins de l'équipe ?
- Que souhaitez-vous partager ou non ?
- Comment allez-vous partager l'information ?

Etape n°3 : tenir compte des expériences des autres équipes de soins primaires

N'hésitez pas à échanger avec d'autres MSP, pour ainsi comprendre leur choix. Vous bénéficierez ainsi de leurs expériences et vous en tirerez certains enseignements.

Etape n°4 : rencontrer les éditeurs de logiciel potentiels

Pour cela, pensez à rédiger un cahier des charges regroupant les éléments issus des étapes précédentes (et notamment de l'état des lieux).

Identifiez les solutions logicielles labellisées.

Rencontrez les éditeurs proposant des logiciels qui pourraient vous convenir.

Ces rencontres vous permettront notamment :

- de poser toutes les questions que vous jugerez nécessaires,
- d'identifier les services proposés par l'éditeur
- de connaître ses évolutions potentielles
- d'identifier les conditions d'intervention en cas de problème
- de cerner les formations proposées

Etape n°5 : recueillir l'avis des professionnels de l'équipe et choisir

Etape n°6 : mettre en œuvre le SIP

Contractualisation avec l'éditeur : vérifiez que le contrat reprend bien les principaux services attendus.

Installation dans la MSP : planifiez, avec l'éditeur, un calendrier de mise en œuvre, et déployez par vagues successives (par professions, par exemple).

Formation des professionnels de santé à l'utilisation du logiciel.

Cependant, il s'avère essentiel, notamment aux yeux des équipes d'élaborer une méthodologie plus détaillée, listant les questions indispensables à se poser à chaque phase, les prérequis, un planning, une checklist sur laquelle se reposeraient systématiquement les équipes qui mettent en place un projet d'informatisation.

Cette méthodologie s'appuierait bien évidemment sur les expériences des équipes ayant déjà un projet d'informatisation. Cela suppose également une connaissance des pratiques et des processus de mise en œuvre côté éditeurs.

Parmi les questions à se poser qui permettront de détailler les besoins de l'équipe en phase de choix, nous pouvons lister en exemple les suivantes :

- Quels sont les principaux logiciels utilisés par chacun ?
- Notre connexion internet est-elle de bonne qualité ? Le débit est-il suffisant ?
- Sommes-nous organisés en un seul site ou plusieurs sites ?
- Souhaitons-nous que le serveur de données soit hébergé dans la structure ou par l'éditeur ?
- Quels sont les besoins de chacun vis-à-vis du système d'informations ?
- Quels sont nos besoins en tant qu'équipe ?
- Quel est notre rapport à la confidentialité ?
- Que souhaitons-nous partager ou non ? Par qui, pour qui ?

- Qui est plus à l'aise avec l'informatique ? Qui l'est moins ?
- Etc.

Il s'agit donc de dresser une liste la plus complète possible de questions et d'étapes indispensables à ne pas brûler, que cela soit en phase de choix, de déploiement ou d'utilisation en routine.

Cette méthodologie devra être valorisée auprès des équipes, notamment en la présentant lors d'une réunion d'information en amont du projet.

ii. Une réunion de sensibilisation et d'informations en amont

Une réunion de sensibilisation pourrait être organisée systématiquement auprès de chaque équipe avant que celle-ci n'entame un projet d'informatisation.

Cette réunion aurait pour objectif d'apporter des informations et des conseils sur :

- le but, l'intérêt et l'apport concret du système d'information partagé pour les pratiques individuelles et pluriprofessionnelles ;
- les attentes exprimées dans l'ACI qui permet de bénéficier des NMR ;
- le référentiel technique de l'ASIP ;
- la méthodologie de mise en œuvre d'un projet d'informatisation, évoquée ci-dessus ;
- l'investissement humain et financier que cela implique ;
- la nécessaire notion de progressivité et non de précipitation ;
- les solutions labellisées, et les réalités des éditeurs (objectifs de vente, organisation, processus décisionnels, délais de développement et d'intervention...).

Cette réunion pourrait être organisée en collaboration avec l'ARS, qui, après avoir validé le projet de santé des équipes, peut faire part des volontés de projets d'informatisation à la FEMASNORD et mettre en contact la fédération avec les professionnels de santé concernés.

iii. Un pool de facilitateurs pour l'aide au choix

Les professionnels de santé facilitateurs seraient des professionnels exerçant déjà en maison de santé et rôlés à l'utilisation de leur système d'information partagé.

A l'instar du groupe de facilitateurs développé par l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, où des professionnels de santé exerçant en maison de santé ont été formés par l'institution à l'accompagnement des porteurs de projets, la FEMASNORD pourrait former des professionnels de santé qui sont à l'aise avec leur logiciel partagé.

Ces facilitateurs :

- interviendraient dans la phase d'amont, afin de favoriser le choix des équipes ;
- feraient part de leur retour d'expériences vis-à-vis du projet d'informatisation qu'ils ont pu mener, et suite auquel ils ont pu tirer des enseignements ;
- fourniraient une expertise aux équipes se lançant dans un tel projet ;

- seraient des personnes plus neutres, ayant réellement testé et utilisé la solution logicielle qu'ils ont pu choisir, à contrario des éditeurs qui ont un discours orienté de façon plus commerciale.

Ces facilitateurs auraient toute légitimité auprès des équipes, car ils sont des professionnels de santé, intervenant auprès de pairs, qui vivent la même chose : l'exercice en maison de santé.

Cette action nécessite bien évidemment une phase de recrutement de ces professionnels de santé volontaires. Cela nécessite également une formation, et par conséquent la construction d'une formation adaptée. Enfin, l'intervention des facilitateurs ne pourra se faire qu'en contrepartie de rémunérations spécifiques.

En réalité, cette action fait partie des projets de la FEMASNORD à moyen terme, mené conjointement avec la FFMPs et les fédérations régionales. Cependant, les financements restent à trouver.

iv. Un comparatif des logiciels labellisés

Nombre d'appareils, tels que des appareils photos par exemple, et de logiciels font l'objet de tests et ainsi de comparatifs listant les caractéristiques de produits de même catégorie, aidant au choix des futurs utilisateurs.

D'ailleurs le site "Buzz médecins" recense, teste et compare des logiciels médicaux, qui sont donc uniquement dédiés aux médecins.

La même chose pourrait être réalisée pour les logiciels pluriprofessionnels labellisés.

Ce comparatif comprendrait notamment :

- les caractéristiques de chaque logiciel ;
- leurs avantages et inconvénients, leurs points forts ;
- les usages permettant de répondre à tel ou tel besoin ;
- les fonctionnalités majeures ;
- le coût ;
- les évolutions envisagées ;
- etc.

Ce comparatif permettrait aux équipes d'avoir rapidement sous les yeux la liste des logiciels et les caractéristiques pouvant répondre à leurs besoins.

Cependant, ce comparatif ne doit pas remplacer les démonstrations, essentielles pour le choix final. Il doit aider à la sélection de plusieurs logiciels, qui feront ensuite l'objet de démonstrations.

v. Des groupes d'utilisateurs de systèmes d'informations partagés

Comme nous l'avons vu précédemment, les groupes d'utilisateurs de systèmes d'informations ont pour objectifs de partager les expériences de chacun entre maisons de santé ayant le même logiciel.

Ces temps d'échanges permettent de faire le point sur l'utilisation des logiciels par les équipes, et notamment ils permettent :

- de créer du lien entre les équipes autour du système d'information partagé ;
- de connaître les fonctionnalités qu'utilisent les uns, que pourraient également utiliser les autres pour développer leurs projets, de connaître les usages de chacun ;
- de partager les difficultés et de faire remonter les besoins des professionnels de santé ;
- de se former mutuellement, de progresser sur l'usage des logiciels en mutualisant les compétences et pratiques des uns et des autres ;
- de faire évoluer l'outil, par le développement de nouvelles fonctionnalités issues des besoins des équipes qui sont remontés aux éditeurs.

En effet, ces besoins sont ensuite transmis aux éditeurs concernés au travers de l'élaboration d'un livrable synthétisant les échanges. Parfois, certains éditeurs assistent à ces groupes d'utilisateurs, à la demande des équipes qui souhaitent leur communiquer directement leurs doléances.

Ces groupes sont appréciés des équipes, qui permettent de ne plus se sentir seules dans l'utilisation de leur logiciel qui peut s'avérer complexe, de partager avec des pairs, d'échanger sur les besoins, et ainsi de les porter d'une seule et même voix à l'oreille des éditeurs.

Même si certaines équipes aimeraient se rencontrer pour manipuler le logiciel et se former mutuellement, le format actuel de la réunion semble adapté de par sa durée (une heure) et de son organisation en visioconférence.

Il est donc essentiel de pérenniser cette action.

Il serait néanmoins pertinent de fixer des rendez-vous réguliers (par exemple, tous les deux mois) et de travailler sur des axes que les participants auront choisi d'évoquer en amont de la visioconférence.

A ce sujet, une action similaire a été préconisée par l'ASIP, comme nous avons pu le voir lors de la présentation des phases d'un projet d'informatisation, sous le terme de « clubs utilisateurs ».

Néanmoins, alors que cette tâche pourrait revenir aux éditeurs, les professionnels de santé semblent apprécier l'indépendance de ces clubs.

D'ailleurs, un club d'utilisateurs de Chorus a été créé il y a maintenant deux ans, par des professionnels de santé, sous l'impulsion de la FFMPs et en partenariat avec la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS).

« L'objectif de ce Club est de mutualiser les demandes d'évolution du logiciel venant des utilisateurs, de les prioriser puis de constituer des groupes d'utilisateurs pour les travailler ensemble avant de les transmettre à CHORUS. Ce Club permettra de travailler sur les développements du logiciel, avec la participation de tous les utilisateurs qui le souhaiteront. Il n'est pas dans les objectifs du club de régler les difficultés individuelles de chacun. »

Cependant, un tel travail n'a pas encore été initié à l'heure actuelle. Un message a néanmoins été communiqué en juin de cette année pour relancer ce club. Pour le moment, le processus n'est toujours pas enclenché.

Il est donc important pour la FEMASNORD de délimiter son action, au risque de se confondre et de faire doublon avec ces clubs d'utilisateurs.

vi. Un forum pour chaque logiciel

La mise en place de forums pour chaque logiciel est essentielle, afin que les professionnels de santé puissent échanger plus amplement entre eux, quelle que soit la région. Ils pourraient y trouver des réponses rapidement à des problèmes ponctuels. Inutile de solliciter les éditeurs alors qu'une problématique peut être résolue facilement entre pairs.

Ces forums permettraient le partage d'astuces, de solutions, de mutualiser les demandes d'évolutions et d'ouvrir le champ des possibilités pour les équipes en termes d'utilisations de fonctionnalités. Bien souvent, il est difficile d'imaginer ce qu'il est possible de faire sur un logiciel ; en constatant les usages de chacun, cela encourage à les développer sur leur propre logiciel. Ainsi, un panel de fonctionnalités utilisées, de projets développés en prenant appui sur le logiciel, donnerait des idées aux équipes et leur permettrait de développer leurs propres projets et leur usage du système d'information.

La recherche d'informations et de réponses contribue à s'auto-former et à faire progresser les usages.

De tels forums seraient très utiles aux maisons de santé, comme cela l'est pour d'autres domaines. Cependant, il serait plus pertinent que ces plateformes soient créées par les éditeurs eux-mêmes.

vii. Un délégué à l'information médicale

Les équipes manifestent le besoin de faire appel à une personne référente des systèmes d'informations partagés.

Ce référent apporterait des compétences techniques, méthodologiques et de gestion de projet.

Après avoir présenté la méthodologie de mise en œuvre d'un système d'information et avoir informé l'équipe sur les enjeux et l'apport d'un tel outil lors d'une réunion en amont (comme nous avons pu le voir précédemment), il accompagnerait tout d'abord l'équipe dans leur choix.

Il apporterait ainsi une aide à la réalisation d'un état des lieux de l'organisation de la maison de santé et de la circulation de l'information, ainsi qu'un état des lieux de l'existant informatique. Il aiderait également au recensement des attentes des professionnels de santé.

Il pourrait organiser des rencontres avec d'autres équipes qui feraient part de leur retour d'expériences.

Il contribuerait à l'élaboration d'un document synthétisant les besoins de l'équipe.

Il serait un intermédiaire entre la maison de santé et les éditeurs, et permettrait ainsi une mise en relation pour l'organisation de démonstrations.

De par sa neutralité, il serait légitime d'éclaircir les détails techniques fournis lors de ces démonstrations. Il permettrait alors un choix éclairé.

Ce référent fournirait les clés aux soignants pour vérifier la conformité du contrat.

Il s'assurerait ensuite qu'un planning de déploiement du système d'information soit proposé par l'éditeur, en concertation avec les professionnels de santé référents.

Lors du déploiement effectif, il s'assurerait que ce planning soit respecté, en portant une attention particulière à la reprise de données et également à la formation délivrée aux professionnels de santé.

Pour favoriser les usages au quotidien du logiciel, il mettrait en relation les équipes disposant du même logiciel, en organisant des groupes d'utilisateurs, permettant à chacun de partager ses expériences.

De plus, cette personne référente pourrait apporter une aide technique pour le démarrage des requêtes, l'analyse de données et la mise en place des spécificités relatives aux critères des NMR.

Enfin, il pourrait intervenir, à la demande de l'équipe, en cas de difficultés relationnelles entre cette dernière et l'éditeur concerné, ou en cas de difficultés ponctuelles.

De plus, il pourrait être amené à diffuser des informations autour des systèmes d'informations : actualités, évolutions, formations organisées par les éditeurs, etc.

Bien sûr, cette démarche serait adaptable et personnalisable en fonction des volontés de l'équipe et de l'existant ou non d'un coordinateur dans la maison de santé.

D'ailleurs, il serait pertinent qu'il puisse aider les coordinateurs et/ou les leaders d'équipes à monter en compétences sur le logiciel concerné, afin que ces derniers puissent répondre directement aux difficultés des professionnels de santé, encourager les usages et les adapter au projet de santé.

Ce référent, ou délégué à l'information médicale, pourrait ainsi être amené à accompagner de jeunes maisons de santé dans leur projet d'informatisation mais également à accompagner d'autres équipes plus matures dans leur changement de logiciel (en cas de perte du label ASIP par un éditeur, par exemple).

Cela suppose pour lui de :

- comprendre les enjeux des maisons de santé, des nouveaux modes de rémunération et du label ASIP ;
- comprendre les besoins et attentes des équipes, et savoir les traduire pour les éditeurs si nécessaire ;
- comprendre les enjeux des éditeurs, leur organisation, leurs processus décisionnels et bien sûr comprendre le langage technique qui résulte de leurs logiciels ;
- établir de bonnes relations avec les éditeurs, afin d'être un modérateur dans les relations entre les équipes de soins primaires et les éditeurs ;
- se coordonner également avec les acteurs intervenant autour des systèmes d'informations, tels que l'ARS ;
- avoir des compétences techniques et de gestion de projet ;
- être pédagogue et avoir une capacité d'adaptation.

Contrairement à l'hôpital, ici le Délégué à l'Information Médicale n'est pas nécessairement médecin. C'est un véritable expert des systèmes d'informations partagés au sein des maisons de santé, qui, au travers de son accompagnement, encouragerait et permettrait aux équipes d'utiliser progressivement les fonctionnalités de leur logiciel de façon optimale.

Au-delà de cet accompagnement, il pourrait, pourquoi pas à terme, soutenir les professionnels de santé autour de nouveaux projets tels que les messageries sécurisées, le décloisonnement ville/hôpital ou encore la télémédecine.

B. La place de la FEMASNORD

En tant que représentante des professionnels de santé libéraux exerçant en maison de santé, la FEMASNORD est tout à fait légitime pour intervenir dans leurs projets, et notamment celui des systèmes d'informations partagés.

A ce jour, la fédération n'intervient que pour organiser le partage d'expériences au sein de groupes d'utilisateurs. Cependant, comme cela l'est précisé dans le CPOM conclu avec l'ARS Hauts-de-France comme objectif à terme, « *la FEMASNORD sera l'interface privilégiée entre éditeurs et maisons de santé.* »

Si bien sûr d'autres réponses pourraient être envisagées, celles proposées dans ce présent document permettraient d'optimiser la mise en œuvre des systèmes d'informations, de faciliter leur appropriation par les équipes et d'encourager une utilisation optimale ainsi que de favoriser l'évolution de ces logiciels.

A l'heure actuelle, aucun acteur ne semble véritablement accompagner les équipes de soins primaires dans leur projet d'informatisation, comme en témoignent ces dernières, si ce n'est

les éditeurs eux-mêmes mais qui ont cependant des enjeux différents et dont l'accompagnement, réduit au seul déploiement technique et à la formation, ne peut suffire aux équipes.

Ainsi l'intervention de la FEMASNORD autour des systèmes semble être une évidence.

La fédération aurait pour rôles :

- d'établir une méthodologie détaillée de mise en œuvre d'un projet d'informatisation ;
- d'organiser une réunion de sensibilisation et d'informations auprès des équipes en amont ;
- de mettre en place un pool de professionnels de santé facilitateurs qui interviendraient pour l'aide au choix ;
- d'élaborer un comparatif des logiciels labellisés ;
- de continuer à organiser des groupes d'utilisateurs de systèmes d'informations ;
- de créer un poste de Délégué à l'Information Médicale.

Ce DIM pourrait d'ailleurs avoir pour missions d'établir la méthodologie évoquée et de la promouvoir, d'organiser les réunions de sensibilisation et d'informations, d'élaborer un comparatif des logiciels labellisés sur lequel les équipes s'appuieraient, d'intervenir auprès de celles-ci en collaboration avec un professionnel de santé facilitateur, ainsi que de gérer les groupes d'utilisateurs.

En ce qui concerne la création de forums pour chaque logiciel, c'est aux éditeurs que ce rôle revient.

C. Points de vigilance

La mise en place de ces actions nécessite toutefois de s'attarder sur quelques points de vigilance.

Tout d'abord, ces actions ne pourront être déployées par la FEMASNORD que si celle-ci dispose des budgets adéquats.

A l'automne, un rendez-vous devrait être organisé avec l'ARS Hauts-de-France pour échanger sur la démarche à adopter autour des projets d'informatisation, comme cela a été convenu en juin dernier. Cette réunion serait l'occasion d'évoquer les solutions proposées, et éventuellement bénéficier d'un budget en conséquence.

Il est d'ailleurs nécessaire qu'un engagement soit pris par les ARS montrant leur volonté de s'investir autour du déploiement des systèmes d'informations partagés, et montrant leur compréhension vis-à-vis des difficultés rencontrées par les équipes, des progrès et des évolutions encore à faire.

D'autant plus que le nouveau gouvernement souhaite doubler le nombre de maisons de santé. Pour cela, il faut y mettre les moyens, mais avant toute chose il faut apporter une aide

aux structures existantes afin qu'elles fonctionnent et qu'elles évoluent autour de leurs projets.

En ce qui concerne le poste de DIM, s'il est souhaité, il est important de porter une attention particulière au profil professionnel (quelles compétences ? quelles expériences professionnelles passées ? personne issue du monde de la santé, connaissant les maisons de santé ?). De plus, il faut prendre conscience qu'un temps d'adaptation et de compréhension des enjeux et concepts sera nécessaire.

Certaines actions pourraient être menées en collaboration avec la FFMPS et les autres fédérations : l'élaboration de la méthodologie de mise en œuvre d'un système d'informations, l'élaboration d'un comparatif ou encore la formation des professionnels de santé facilitateurs, et bien sûr le partage d'expériences entre fédérations régionales.

Enfin, la mise en place d'un pool de professionnels de santé facilitateurs peut effectivement permettre aux équipes de mieux cerner leurs besoins et ainsi choisir un logiciel adapté. Cependant, ces facilitateurs seront-ils prêts ? Sont-ils « rôdés » à l'utilisation de leur propre logiciel ? Seront-ils capables d'apporter l'expertise nécessaire ?

CONCLUSION

Equipe pluriprofessionnelle, projet de santé, projet immobilier, structuration juridique, Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires, Nouveaux Modes de Rémunération... Une maison de santé est une véritable révolution organisationnelle qui demande une importante énergie afin d'en comprendre tous les rouages et ce, dans un laps de temps assez court. A cela s'ajoute le projet d'informatisation, qui nécessite avant toute chose une maturité organisationnelle et nécessite de « digérer » l'ensemble de ces changements.

Aujourd'hui, les équipes rencontrent encore plusieurs obstacles dans la mise en œuvre de leur système d'information, et ce malgré l'existence d'un label permettant aux éditeurs de proposer des logiciels qui répondent aux attentes des professionnels de santé libéraux.

Ce label « e-santé Logiciels Maisons et Centres de Santé », créé en 2012 par l'ASIP Santé, s'appuie sur un référentiel technique dont le nombre de critères atteste des fonctionnalités indispensables à l'exercice individuel et à la pluriprofessionnalité. Les systèmes d'informations évoluent en parallèle des maisons de santé, ces logiciels restent donc encore assez récents, et ne remplissent pas totalement les besoins des équipes. Afin qu'ils puissent se développer et s'adapter, il est nécessaire que les soignants, notamment paramédicaux, fassent remonter leurs difficultés et leurs attentes d'une seule et même voix.

Ces difficultés restent encore nombreuses et freinent les usages des professionnels de santé. Parmi elles, nous retrouvons notamment :

- la peur du changement, d'autant plus un changement multiple, qui nécessite d'y dédier une énergie importante,
- le manque d'informations sur les enjeux des systèmes d'informations et des critères liés aux nouveaux modes de rémunération et ainsi à l'ACI, sur le label délivré par l'ASIP Santé, sur l'apport d'un logiciel pluriprofessionnel,
- des maisons de santé et des outils, sur lesquelles elles reposent, qui restent très médico-centrés, ce qui ne favorise pas l'implication des paramédicaux et leur usage du système d'information,
- des réalités et des langages différents entre professionnels de santé, éditeurs, décideurs,
- des fonctionnalités de base limitées,
- un manque de compétences informatiques, techniques et de gestion de projets, que seul un accompagnement adapté pourra combler,
- des difficultés de communication entre équipes et éditeurs, et un manque de transparence de la part de ces derniers,
- des difficultés d'appropriation, notamment liées à la formation insuffisante et irrégulière selon l'équipe, l'éditeur ou le logiciel choisi,
- d'autres obstacles techniques tels que le débit internet insuffisant ou l'investissement financier d'un logiciel.

Même si ces freins ont été relevés lors d'entretiens semi-directifs menés auprès d'équipes du Nord-Pas-de-Calais, il semble qu'ils se retrouvent également dans les autres régions, comme en témoignent les réponses reçues suite à la diffusion d'un questionnaire aux fédérations des maisons de santé.

Les enquêtes réalisées ont permis de mettre en exergue les besoins d'accompagnement des professionnels de santé et ainsi plusieurs facteurs clés de succès d'un projet d'informatisation, tels que :

- De l'information, afin de ne pas se lancer à l'aveugle dans un tel projet et de saisir l'ensemble des tenants et aboutissants, notamment sur :
 - ✓ le but et l'apport d'un système d'information,
 - ✓ le référentiel technique de l'ASIP Santé,
 - ✓ les exigences de l'ACI,
 - ✓ les étapes de mise en œuvre d'un projet d'informatisation et l'investissement humain qui en découle,
 - ✓ les réalités des éditeurs.
- Une maturité organisationnelle de l'équipe pluriprofessionnelle.
- Une prise de conscience, par les décideurs, éditeurs de logiciels et autres acteurs gravitant autour des maisons de santé, de tous ces changements qu'implique une maison de santé.
- Des retours d'expériences de pairs, en amont du projet d'informatisation et également dans le but d'améliorer les usages.
- Procéder avec méthodologie, de façon progressive, sans précipitation.
- Un encouragement des professionnels de santé paramédicaux à s'impliquer dans les projets de maisons de santé, et non plus prôner ce mode d'exercice de façon médico-centrée.
- Un accompagnement d'une tierce personne sur les phases clés de ce projet, qui apporte des compétences techniques et de gestion de projet.
- Une meilleure visibilité des solutions existantes, avec leurs caractéristiques, leurs avantages et inconvénients.
- Une communication et une transparence réciproques entre éditeurs et équipes de soins primaires.
- Une formation efficace, déployée par vagues progressives et en plusieurs temps.

Afin de bénéficier de ces facteurs clés de succès et ainsi favoriser la mise en œuvre optimale des projets d'informatisation, la FEMASNORD pourrait apporter son expertise et accompagner les équipes qui le souhaitent. Créée par et pour les professionnels de santé exerçant en maison de santé, la fédération du Nord-Pas-de-Calais a toute légitimité pour apporter une aide aux jeunes équipes dans la mise en place de leur système d'information et aux équipes plus matures pour faire évoluer leurs usages.

Ainsi, au travers des entretiens menés, de l'enquête diffusée auprès des fédérations et de mes observations au cours de cette année d'alternance, plusieurs solutions d'accompagnement peuvent être apportées par la FEMASNORD.

La fédération peut ainsi se positionner sur ces accompagnements :

- l'élaboration d'une méthodologie de mise en œuvre d'un projet d'informatisation,
- l'organisation de réunions d'informations auprès des équipes avant de se lancer dans leur projet d'informatisation,
- la création (et donc la formation) d'un pool de professionnels de santé facilitateurs qui interviendraient en tant qu'experts et partageraient leurs expériences auprès des équipes pour les aider dans leur choix,
- l'élaboration d'un comparatif des systèmes d'informations labellisés,
- l'organisation de groupes d'utilisateurs pour favoriser le développement des usages en routine,
- la mise à disposition d'un délégué à l'information médicale, compétent sur la dimension technique et informatique et également en gestion de projets.

Il accompagne les équipes durant les trois phases évoquées : en amont, pendant et en routine.

Il serait ainsi chargé, entre autres, de certaines des actions évoquées ci-dessus : l'élaboration de la méthodologie et du comparatif de logiciels, de l'organisation de la réunion d'informations et de la gestion des groupes d'utilisateurs.

Expert, il est la clé pour un accompagnement de proximité, adapté aux besoins de l'équipe, qui s'inscrit dans la durée.

Cependant, la mise en place de ces actions nécessite certains prérequis :

- Un investissement des politiques et décideurs sur cette question des systèmes d'informations (presque autant que le doublement des maisons de santé !). Il est avant tout nécessaire d'assurer le fonctionnement des structures d'exercice coordonné, avant d'encourager plus d'équipes dans cette aventure.
- La nécessaire collaboration avec la FFMPs et les autres fédérations régionales pour l'élaboration de la méthodologie, du comparatif ou encore la formation des professionnels de santé facilitateurs. Et par conséquent, il est important de favoriser la communication entre fédérations au travers d'outils adaptés.
- Une attention particulière sur le profil souhaité pour le poste de DIM.
- La volonté des membres du bureau et des adhérents de la FEMASNORD de s'investir dans ces nouvelles actions et de dessiner une nouvelle stratégie.
- Et bien sûr, la nécessité de trouver les budgets adéquats.

Ces prérequis pourraient éventuellement être remplis à court terme. En effet, à l'automne, un rendez-vous devrait être organisé avec l'ARS Hauts-de-France pour échanger sur la démarche à adopter autour des projets d'informatisation. Cette réunion serait l'occasion d'évoquer les solutions proposées, et bénéficier d'un budget en conséquence. La stratégie sera peut-être ainsi revue, avec des actions nouvellement confiées à la FEMASNORD.

De plus, chaque semestre, un séminaire d'une journée réunit l'ensemble des fédérations pour travailler en collaboration sur certains sujets chers aux maisons de santé. Le prochain séminaire sera peut-être l'occasion de se concentrer sur les moyens de communication entre fédérations et sur la thématique des systèmes d'informations.

Enfin, la ministre de la santé, Agnès Buzyn, a annoncé il y a quelques semaines la parution du Plan de lutte contre les déserts médicaux, à la rentrée de septembre, promis comme un plan de grande ampleur.

Des fonds supplémentaires seront-ils développés, certes pour développer le nombre de maisons de santé, mais également pour les soutenir dans leur fonctionnement, leurs projets et leur évolution ?

GLOSSAIRE

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Département d'Information Médicale
DMP : Dossier Médical Partagé
DPC : Développement Professionnel Continu
ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
FEMALOR : FÉdération des MAisons de santé de LORrairie
FEMALSACE : FÉdération des Maisons de santé d'Alsace
FEMASAC : FÉdération des MAisons de SANTé Comtoise
FEMASAURA : FÉdération des MAisons de Santé AUvergne Rhône Alpes
FEMASIF : FÉdération des MAisons de Santé d'Ile-de-France
FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FIR : Fonds d'Intervention Régional
FNAMPOS : Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons et PÔles de Santé
FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé
FORTSPRO : Fédération des ORganisations Territoriale de Soins de PROximité en Normandie
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GMPSOI : Groupement des Maisons et Pôles de Santé de l'Océan Indien
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires (loi)
ILIS : Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
SCI : Société Civile Immobilière
SCM : Société Civile Mobilière
SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
SI : Système d'Information
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

BIBLIOGRAPHIE

- Santé : le match des programmes, Le Point, 27 avril 2017. http://www.lepoint.fr/presidentielle/sante-le-match-des-programmes-26-04-2017-2122720_3121.php
- Présidentielle 2017 : que proposent les candidats sur la santé ?, RTL, 11 février 2017. <http://www.rtl.fr/actu/politique/presidentielle-2017-que-proposent-les-candidats-sur-la-sante-7787147353>
- Site internet de la FFMPs. www.ffmps.fr
- Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité
- ASIP Santé (mars 2016), Labellisation e-santé Logiciels Maisons et Centre de Santé, Référentiel V2 <http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-exigences-a-remplir#P1>
- Schéma Régional d'Organisation des Soins, Volet Ambulatoire, ARS Hauts-de-France, V9
- Haute Autorité de Santé (décembre 2012), Matrice de maturité en soins primaires, Note de synthèse. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf
- Haute Autorité de Santé (novembre 2014), Matrice de maturité en soins primaires, Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_maturite.pdf
- Haute Autorité de Santé (novembre 2014), Guide d'utilisation de la Matrice de maturité en soins primaires. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_de_maturite_-_guide_utilisation.pdf
- ASIP Santé (mars 2016), Mise en œuvre d'un projet d'informatisation au sein d'une maison ou d'un centre de santé, Recommandations à l'usage des porteurs de projets. http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/label_e-sante_mcs_v2_recommandations_-_porteurs_de_projet_v1.pdf
- ASIP Santé (mars 2016), Label « Logiciels maisons et centres de santé », Recommandations à destination des accompagnateurs des structures de soins coordonnés (SEC). http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/label_e-sante_mcs_v2_recommandations_-_accompagnateurs_v1.pdf

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Critères pour l'obtention des NMR

Annexe 2 : Liste des solutions labellisées par l'ASIP Santé

Annexe 3 : Support d'auto-évaluation de la HAS, dans le cadre de la matrice de maturité

Annexe 4 : Etapes de mise en œuvre d'un projet d'informatisation

Annexe 5 : Questionnaire Google Forms à destination des fédérations régionales de maisons de santé

Annexe 6 : Guide d'entretien à destination des maisons de santé

Annexe 1 : Critères pour l'obtention des NMR

Accès aux soins		Travail en équipe		Système d'information	
Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
Socles		Socles		Socles	
<p>Ouverture de la MSP et accès à des soins non programmés</p> <p>Ouverture de la MSP : 8h-20h (soit 12h/jour) + samedi matin = 800 pts 10h à 12h/jour + samedi matin* = -60 pts 8h à 10h/jour + samedi matin* = -150 pts Fermeture samedi matin* = -120 pts Fermeture maximum 3 semaines pendant les vacances scolaires = -20 pts *sauf organisation territoriale</p>		<p>1. Protocoles pluriprofessionnels, selon les thématiques de santé prioritaires dans la région : 8 au maximum. 100 pts par protocole.</p> <p>2. Fonction de coordination (professionnel de santé ou personnel administratif) 700 pts</p>	<p>Concentration pluriprofessionnelle formalisée et régulière autour de cas patients. Comptes rendus intégrés dans le SI, permettant une requête informatique.</p> <p>Objectif: au moins 6 réunions par an et 5% des patients MT (et enfants) en ALD ou âgés de plus de 75 ans sans ALD, par an. 1000 points</p> <p>Fonction de coordination : Patientèle entre 4000 et 8000 patients 1350 pts supplémentaires</p> <p>Fonction de coordination : Patientèle au-delà de 8000 patients 1000 pts supplémentaires par tranche de 4000 patients.</p>		<p>SI labellisé niveau 1 ASIP santé, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature. 500 pts + 200 pts par professionnel à équiper, jusqu'à 16 professionnels (au delà : +150 pts par professionnel supplémentaire à équiper).</p>
<p>1. Consultations spécialistes de 2nd recours ou sage-femme ou chirurgien dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure, au moins 1/semaine 250 pts</p> <p>2. Idem, au moins 0,5 ETP/semaine 250 pts</p> <p>3. Au sein de l'équipe: au moins 1 profession médicale (autre que MG, SF, CD)/pharmacien ou au moins 3 professions paramédicales différentes 250 pts</p> <p>4. Au sein de l'équipe : au moins 1 profession médicale (autre que MG, SF, CD)/pharmacien et au moins 3 professions paramédicales différentes 250 pts</p> <p>5. Au moins deux médecins Contrat Solidarité Territoriale Médecin (CSTM) 200 pts</p> <p>6. Evaluation de la satisfaction des patients 100 pts</p>	<p>Missions de santé publique (en cohérence avec les priorités du projet régional de santé) ou ETP (maximum de 2 projets rémunérés, soit 350 pts pour 1 ou 700 pts pour 2 projets)</p>	<p>Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages /an) 450 pts</p>	<p>Coordination extérieure : mise en place de procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les services et établissements sanitaires et médico-sociaux (volet de synthèse médicale transmis) (200 pts)</p>	<p>SI labellisé niveau 2 ASIP santé 100 pts</p>	
Optionnels		Optionnels		Optionnels	

Annexe 2 : Liste des solutions labellisées par l'ASIP Santé

LABELLISATION e-santé LOGICIELS MAISONS ET CENTRE DE SANTE - REFERENTIEL V2							
NOM DE L'EDITEUR	NOM DU LOGICIEL	VERSION DU LOGICIEL	PERIMETRE DE LABELLISATION	PROFESSIONS CONCERNEES	NIVEAU DE LABELLISATION V2	DATE DE LA LABELLISATION V2	LOGO DE LA LABELLISATION V2 ASSOCIE
AATLANTIDE	ACTEUR CS.FR	2.2.14.1	Maisons et Centres de santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue Chirurgien-Dentiste	avancé	17/01/2017	
CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX	Crossway / Galaxie	21.02 /8.0	Centres de santé (label non valable pour les maisons de santé)	Médecin généraliste Médecin spécialiste Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Infirmier Orthophoniste Orthoptiste Psychologue Diététicien Sage-femme Psychologue Chirurgien-dentiste	standard	22/12/2016	
CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX	monLogiciel Medical.com	7.01	Maisons et Centres de santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue	standard	08/02/2017	
COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	AxiSanté MSP	3.18.0.0	Maisons et Centres de santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue	standard	24/01/2017	
CORILUS INFOSANTE	Labelisa	6	Centres de santé (label non valable pour les maisons de santé)	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue Chirurgien-Dentiste	standard	11/05/2017	

ICT	Chorus	3.08	Maisons et Centres de santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pharmacien Pédicure-Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue Chirurgien-Dentiste Pharmacien Intervenants médico-sociaux	avancé	23/11/2016	
ICT	Mon Premier Chorus	V 3.08	Maisons et Centres de santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue Pharmacien	standard	27/01/2017	
IMAGINE EDITIONS	Hellodoc	5.70	Maisons et Centres de santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue	standard	24/02/2017	
MAIDIS	Maidis – Amies	3.35	Maisons et Centres de Santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue Chirurgien-dentiste	standard	28/02/2017	
MEDASSIST SAS	HYPERMED	20.16.023	Maisons et Centres de santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue Chirurgien-Dentiste	standard	22/02/2017	

MEDIMUST	Médimust	11.0	Maisons et Centres de santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue	standard	03/02/2017	
SILK Informatique	éO	8	Maisons et Centres de santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Orthophoniste Orthoptiste Diététicien Sage-femme Psychologue Chirurgien-Dentiste	avancé	13/01/2017	
WEDA	Weda	10.1	Maisons et Centres de santé	Médecin généraliste Médecin spécialiste Infirmier Masseur Kinésithérapeute Pédicure-Podologue Orthophoniste Orthoptiste Psychologue Diététicien Sage-femme	standard	22/11/2016	

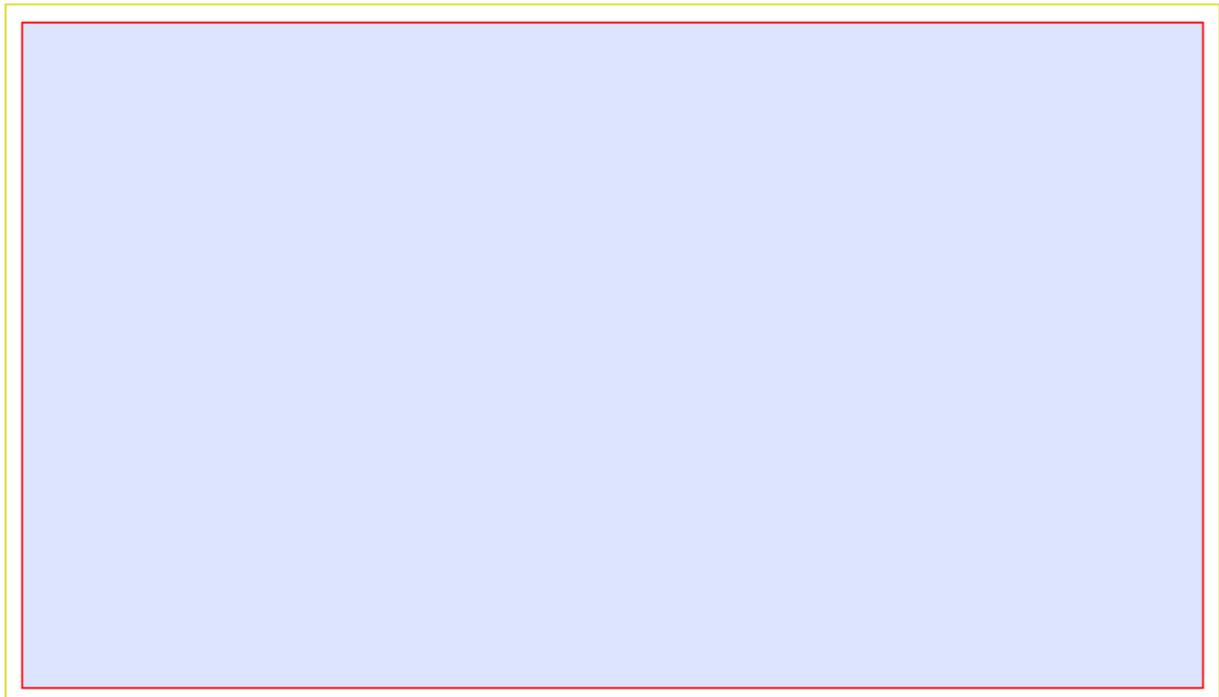
Annexe 3 : Support d'auto-évaluation de la HAS, dans le cadre de la matrice de maturité

Exemple de la dimension « *Système d'information* » et de la sous-dimension « *Partage de données* ».

Caractéristiques	1. L'élément considéré est-il intégré à votre pratique ?			2. Le cas échéant, quel(s) objectif(s) avez-vous défini(s) pour votre démarche qualité ? Moyens pour les mettre en œuvre (délai, personne responsable)
	non	en partie	oui	
L'équipe définit et organise les modalités d'échange et de partage de données.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
L'équipe échange des données par messagerie sécurisée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Avec l'accord du patient, tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge ont accès aux informations de son dossier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Le dossier informatique du patient est partagé par tous les professionnels selon les modalités définies par l'équipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
L'équipe utilise les formats standardisés interoperables publiés pour les documents de coordination (volet de synthèse médicale, plan personnalisé de santé [PPS]).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Positionnement globale sur l'ensemble de la dimension au /..... /.....	aucune caractéristique	quelques caractéristiques	la plupart des caractéristiques	toutes les caractéristiques
Partage de données	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires de l'équipe (sur la situation actuelle, sur le(s) objectif(s) à atteindre [par ex. reformulation des objectifs avec vos mots et dans votre contexte le cas échéant] sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre chaque objectif retenu : délai pour une mise en œuvre effective, personne(s) responsable(s) de la mise en place et de la pérennisation de l'action, formalisation qui permet d'attester la mise en œuvre).



Annexe 4 : Etapes de mise en œuvre d'un projet d'informatisation

ÉTAPE 1		
Principales activités	Recommandations	Documents ressources
Préparation du projet d'informatisation	<p>Réaliser un diagnostic de la structure préalablement à la décision de lancement du projet d'informatisation.</p> <p>Le projet SI ne doit être abordé que lorsque la structure est suffisamment mature sur le plan organisationnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat des lieux de l'organisation : projet de santé de la structure et modes de fonctionnements cibles associés (individuels - actes et prises en charge médicales et paramédicales - et collectifs - coordination interprofessionnelle, pilotage de l'activité de la structure, ...); modalités de circulation / partage de l'information entre professionnels de la structure et avec les acteurs du territoire; nombre de sites; trajet du patient au sein de la structure. • Maturité de l'organisation et des pratiques actuelles (+++). • Existant informatique de la structure : postes de travail, principaux logiciels utilisés, réseau de télécommunication (+++). • Attentes des professionnels vis-à-vis du SI partagé. <p>Définir sur cette base les objectifs du SI partagé.</p>	Matrice de maturité en soins primaires de la HAS.
	<p>Constituer l'équipe projet, composée a minima :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'un chef de projet : en général, la fonction de CP est assumée par l'un des acteurs à l'origine de la mise en place de la structure d'exercice coordonné. Dans les structures de taille importante (> 15 professionnels), un binôme de chefs de projets peut s'avérer pertinent, compte tenu de la charge de travail importante que peut représenter la fonction. Le chef de projet assurera le rôle d'organisateur du projet, d'interlocuteur et de promoteur de celui-ci vis-à-vis des membres de l'organisation mais également des partenaires externes et du prestataire retenu. • D'un référent métier par profession représentée dans la structure. Ces référents seront en charge de recueillir les besoins de leurs confrères et de les informer de l'évolution du projet. Afin de garantir leur légitimité, ces acteurs doivent être désignés collégialement par l'ensemble des professionnels de la structure. <p>Les membres de l'équipe projet doivent s'engager en ayant à l'esprit que leur mission va nécessiter du temps et que la réussite du projet dépendra de leur implication (+++).</p>	/
	<p>Tenir compte des expériences des pairs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visiter quelques structures pluriprofessionnelles du territoire ayant mené récemment un projet d'informatisation et disposant d'axes communs dans leur projet de santé pour bénéficier de leurs retours d'expérience et des enseignements à retenir. • A minima des échanges téléphoniques doivent permettre de recueillir des retours d'expérience de pairs qui éclaireront l'équipe projet dans son choix de logiciel ou d'envisager des mutualisations futures. 	Liste de structures acceptant de partager leur expérience (pouvant être fournie par l'ARS ou fédérations régionales).
Choix de la solution	<p>Etablir l'expression de besoin de la structure : formaliser le cahier des charges permettant la consultation des entreprises et présentant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de la structure (nombre d'utilisateurs cibles du SI partagé, niveau d'utilisation du SI, rôles au sein de la structure...); • Les cas d'usage (individuels et collectifs) rencontrés au sein de la structure ; • Les fonctionnalités que doit proposer le SI pour soutenir ces pratiques ; • Les exigences techniques à prendre en considération (nombre de sites, situations de mobilité, données des logiciels métiers précédents à reprendre, habilitations...) 	Modèles de cahiers des charges (présentant les principales rubriques / dimensions à couvrir) fournis par les structures d'appui régionales.
	<p>Procéder méthodiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les principales solutions du marché destinées aux structures d'exercice coordonné et organiser des démonstrations de leurs solutions. • Donner le temps nécessaire aux éditeurs pour faire ces présentations/démonstrations de leurs logiciels, afin que les professionnels puissent poser des questions pratiques, selon leur organisation spécifique. 	Panorama des solutions du marché (pouvant être fournie par l'ARS) Liste des solutions labellisées (disponible sur le site de l'ASIP Santé).
	<p>Auditionner les candidats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En présence des membres de l'équipe projet (au moins un représentant de chaque profession de la structure). • Sur la base de quelques cas d'usage courants (diagnostic, prescription, facturation... et 1^{er} cas d'usage de coordination pluriprofessionnelle), représentatifs de l'exercice quotidien des professionnels. • En accordant le temps nécessaire à l'éditeur pour présenter correctement sa solution. 	
Contractualisation avec l'éditeur	Vérifier que le contrat proposé couvre les principales dimensions de qualité de service attendues (ne pas oublier les modalités de reprise de données en cas de fin de contrat).	Liste des items minimaux d'un contrat éditeur (structures régionales d'appui).
Lancement de la mise en œuvre	<p>Planifier le déploiement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablir, conjointement avec l'éditeur retenu, un calendrier de mise en œuvre de la solution afin de donner de la visibilité à l'ensemble des professionnels de la structure sur l'organisation du projet ainsi que sur leur niveau de mobilisation dans ce cadre. • Déployer la solution par vagues successives, soit par modules fonctionnels, soit par professions. 	
		Eviter de lancer l'implémentation au moment des périodes de plus forte activité (période de vaccination antigrippale...) ou de congés.

ÉTAPE 2

Principales activités	Recommandations
Installation sur site et configuration et de la solution	Solliciter l'intervention d'un facilitateur externe sur site pendant au minimum 2 à 4 semaines au moment de l'implémentation: rôle de tiers médiateur entre les professionnels et les équipes de l'éditeur en appui au démarrage du nouveau SI. L'ARS, les fédérations peuvent fournir une liste d'accompagnateurs sur la région.
	Réduire la charge des professionnels concernés sur la période d'implémentation du nouveau SI partagé afin de leur permettre de consacrer un temps suffisant au projet.
Gestion de la reprise des données	Vérifier la bonne reprise des données issues des ancien(s) logiciel(s) des professionnels de la structure dans le nouveau SI partagé lors de sa phase de recette afin d'identifier les problèmes potentiels avant le déploiement effectif de la solution retenue.
	Pendant une période transitoire , conserver un accès aux anciens logiciels uniquement en lecture seule afin d'encourager les professionnels à saisir leur activité dans le nouveau SI.
Formation initiale des utilisateurs	Privilégier une formation et un démarrage du nouveau SI partagé par site et par profession : le déploiement par étape est un des garants de la réussite.
	Privilégier une formation et un démarrage du nouveau SI partagé par « fonctionnalité, type d'exercice ». Dans le cadre du déploiement par étape, démarrer par les fonctionnalités permettant l'exercice individuel, puis après avoir vérifié la maîtrise de ces fonctionnalités « de base », passer aux fonctionnalités de l'exercice pluriprofessionnel, terminer par les fonctionnalités de pilotage.
	Demander à l'éditeur d'organiser les formations autour des cas d'usage les plus courants par profession ainsi que de premiers cas d'usage de coordination pluriprofessionnelle, en gardant la même logique du déploiement par étape.
	Identifier des « super utilisateurs » par profession, qui vont devenir les référents pour leurs pairs en utilisation courante du SI (rôle qui peut être porté par les référents identifiés en étape 1 ou par les utilisateurs les plus à l'aise avec la solution).

ÉTAPE 3

Principales activités	Recommandations
Usage courant du SI / Utilisation en routine	Participer au club utilisateurs mis en place par l'éditeur afin de faire part des besoins d'évolution ou d'enrichissement identifiés.
	Solliciter des formations complémentaires de l'éditeur au besoin tous les semestres / ans (logique de formation continue). Dans ce même registre, le partage d'expérience entre pairs peut être utile également .
	Solliciter l' aide de la cellule régionale d'appui quand la structure fait face à des difficultés vis-à-vis du SI partagé auxquelles les "super utilisateurs" ne savent pas apporter de réponse.
Relation avec l'éditeur (opérationnelle et contractuelle)	Désigner un interlocuteur unique de l'éditeur au sein de la structure (en général, prolongation de la fonction du chef de projet) qui centralise les demandes et assure l'interface continue avec l'éditeur.
	Exiger également la désignation d'un interlocuteur unique de la structure côté éditeur . Il apprendra à connaître la structure et sera chargé de transférer au bon destinataire chez l'éditeur, les demandes de la structure, selon leurs thématiques.
Stimulation et optimisation des usages du SI	Fonctionner selon une approche par palier de maturité (progressive) . Il n'est pas possible pour une organisation abordant l'informatisation de son activité de répondre instantanément à des objectifs trop avancés en matière de coordination & pratiques pluriprofessionnelles sans que les professionnels de la structure se soient préalablement pleinement appropriés la nouvelle solution. En conséquence, harmoniser progressivement la structuration des dossiers patient, définir des objectifs : prise en charge coordonnée des AVK, prise en charge protocolée, mise en œuvre d'actions de prévention...
	Participer régulièrement aux plateformes collaboratives régionales visant à favoriser le partage d'expériences et de bonnes pratiques entre les SEC (utilisant ou non des logiciels identiques) sur leurs pratiques pluriprofessionnelles et sur leur utilisation du SI en soutien à ces pratiques pluriprofessionnelles.

Annexe 6 : Questionnaire Google Forms à destination des fédérations régionales de maisons de santé

Texte explicatif : Chargée de communication au sein de la FEMASNORD, je réalise un mémoire de fin d'études sur les systèmes d'informations partagés labellisés par l'ASIP Santé, au sein des maisons de santé, dans le cadre de mon master 2 Management et Marketing à l'IAE de Lille. Plus précisément, mon sujet d'étude doit permettre de positionner la FEMASNORD sur un accompagnement éventuel des équipes, qu'elles soient en phase de choix, de déploiement ou d'utilisation quotidienne. En effet, vous n'êtes pas sans savoir que nombre d'équipes ont connu dans la mise en place et connaissent encore des difficultés vis-à-vis de leur logiciel.

Avant d'interviewer plusieurs équipes en Hauts-de-France, je souhaiterais connaître les usages dans les autres régions, les accompagnements existants, les acteurs impliqués de près ou de loin dans les projets d'informatisation au sein des maisons de santé.

Je compte donc sur vous pour remplir ce court questionnaire, qui ne vous prendra que quelques minutes.

Si vous souhaitez connaître les résultats de mon étude, n'hésitez pas à laisser votre adresse mail à la fin de ce questionnaire.

Questions

Votre fédération : *Texte libre*

Votre fédération accompagne-t-elle les équipes dans leur projet d'informatisation, que cela soit en phase de choix, de déploiement ou d'usage au quotidien ? *Oui Non*

Si oui, comment ? Quelles actions mettez-vous en place autour des systèmes d'informations ? *Texte libre*

Quelles difficultés vis-à-vis du système d'information avez-vous pu relever au sein des équipes ? Quelles difficultés expriment-elles ? (et ce, lors de toute phase) *Texte libre*

Quels acteurs interviennent dans les projets d'informatisation dans votre région ? *Cocher – grille à choix multiples*

	Phase de choix	Phase de déploiement	Phase	d'utilisation
courante				
ARS				
Prestataire de services				
GCS e-santé				
URPS				
Laboratoires				
Editeurs				

Autre : *texte*

Pouvez-vous décrire brièvement leur accompagnement ?

ARS : *texte*

Prestataires de services : *texte*

GCS e-santé : *texte*

URPS : *texte*

Laboratoires : *texte*

Editeurs : *texte*

Autre : *texte*

Si vous souhaitez rajouter tout élément d'informations complémentaire, n'hésitez pas !

Texte libre

Si vous souhaitez connaître les résultats de mon mémoire, merci d'indiquer votre adresse mail : *Texte libre*

Annexe 5 : Guide d'entretien à destination des maisons de santé

- Quel système d'information partagé avez-vous ? Depuis quand ?
- Comment l'avez-vous choisi ?
- Pourquoi avez-vous choisi celui-là et pas autre ?
- Qui s'occupe du système d'informatisation, de sa mise en œuvre et de son évolution dans la maison de santé, en tant que référent ?
- Quelles ont été les étapes de mise en œuvre ?
- En combien de temps a-t-il été mis en place et fonctionnel ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontré ?
- De quel accompagnement avez-vous bénéficié ? Dans quelle mesure ?
- Quel accompagnement auriez-vous souhaité ?
- Quelles sont vos difficultés actuelles ?
- Aujourd'hui, souhaiteriez-vous une aide, un accompagnement ? Si oui, pour quoi ?
- Si le choix et la mise en place étaient à refaire, que changeriez-vous ?
- Qu'est-ce que le système d'informations partagé a changé dans votre pratique ?
- Qu'avez-vous pu améliorer grâce à votre système d'information partagé ?
- Quelles fonctionnalités utilisez-vous ?
- Quels professionnels de santé utilisent le système d'informations partagés dans votre équipe ? Dans quelle mesure ? Quels sont les freins ?
- Comment envisagez-vous l'évolution de votre système d'information ?