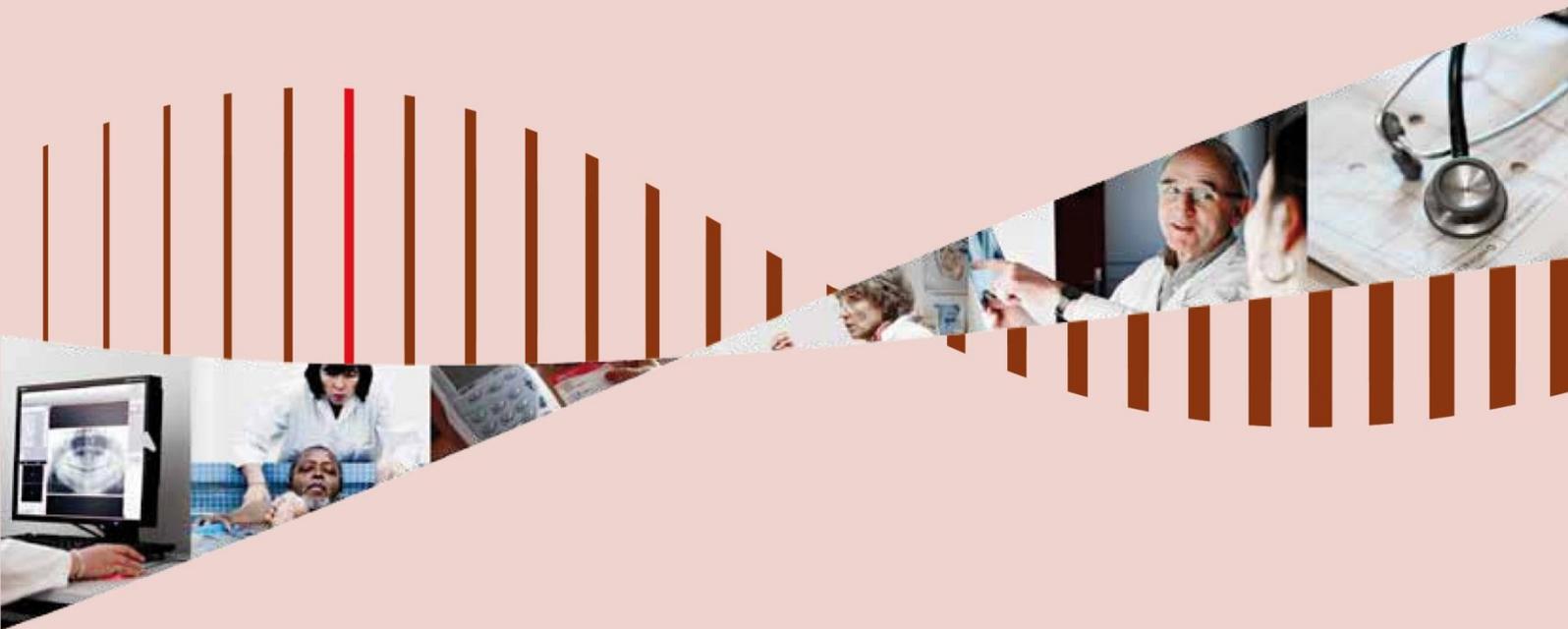


RÉFÉRENTIELS

Label « Logiciels maisons et centres de santé »

Présentation du label : finalités, évolutions, orientations

Version 2.0 pour publication - mars 2016



Sommaire

1	Contexte.....	3
1.1	Un exercice pluri-professionnel en plein essor	3
1.2	Une informatisation des structures autour de SI partagés	5
2	Le label « Logiciels Maisons et Centres de Santé »	6
2.1	Pourquoi un label ?	6
2.2	Quel est le périmètre du label ?.....	9
3	Les points clés pour les professionnels de santé.....	9
3.1	Quelles sont les garanties apportées par le label ?	9
3.1.1	Les garanties d'ordre fonctionnel	9
3.1.2	Des garanties sur la conformité des solutions à la réglementation en vigueur .	10
3.2	Comment est délivré le label ?	11
3.2.1	Les principes directeurs de la démarche de labellisation.....	11
3.2.2	Le processus de labellisation	12
4	Les points clés pour les éditeurs de logiciels à destination des structures d'exercice coordonné	13
4.1	Quelle est la trajectoire de mise en œuvre du label V.2?.....	13
4.2	Quels sont les documents à étudier pour se présenter à la labellisation ?.....	14
5	Annexes	15
5.1	Lettre de mission de la DGOS et de la DSS à l'ANS	18
5.2	Liste des structures visitées	26
5.3	Membres du groupe de travail (revoir la logique de l'ordre).....	27

1 Contexte

1.1 Un exercice pluri-professionnel en plein essor

Les maisons et centres de santé, structures regroupant des professionnels de santé de différentes disciplines, constituent un mode d'organisation apportant une réponse concrète aux problématiques d'accessibilité et de coordination des soins.

Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, ces formes d'organisation sont perçues comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante, moderne et de qualité en tout point du territoire. De plus, en favorisant la collaboration de professionnels médicaux et paramédicaux, les structures d'exercice coordonné représentent une opportunité pour faciliter et encourager :

- La complémentarité des interventions de premier recours (médecins, infirmiers, ...) et la concertation autour des cas complexes ;
- L'adaptation des prises en charge et de l'offre de soins au développement des pathologies chroniques ;
- Le développement d'actions de prévention et d'éducation à la santé.

Pour les professionnels de santé, une amélioration de la qualité de l'exercice professionnel est attendue au sein de ces structures grâce à la diversification de l'activité, à l'optimisation de la gestion du temps, au travail en équipe et au partage des compétences et des pratiques.

Perçue par les pouvoirs publics comme un levier de renforcement de l'attractivité des territoires à faible densité médicale pour de nouveaux professionnels, l'installation de formes nouvelles de structures d'exercice collectif libéral (maisons de santé mono-site et multi-sites), en complément aux plus anciennes (centres de santé), est encouragée depuis une dizaine d'années :

- **Définition progressive du cadre juridique :**
 - Qualification de l'exercice pluri-professionnel regroupé au travers des textes de loi successifs : Loi de financement de la sécurité sociale (2007), Loi Hôpital, patients, santé, territoires (2009), Loi Fourcade (2011) ;
 - Consécration de ces évolutions avec l'introduction en 2011 d'un nouveau statut juridique, la SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) ;
 - Clarification de la notion d'équipe de soins dans le projet de loi de modernisation du système de santé¹ ;
- **Intégration aux politiques publiques de santé :**
 - Inscription comme l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé (Axe 2.1, Soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles) ;
 - Déclinaison au sein des Projets Régionaux de Santé et des SROS ambulatoires ;
- **Mise en place d'une politique de soutien financier :**
 - **A partir de 2010 :** expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR, budget ~7M€ par an) ;
 - **Généralisation puis Pérennisation du dispositif des NMR** avec l'arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral pour les MPS et le

¹ « Art. L. 1411-11-1. – Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

« L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé, mentionnés à l'article L. 1411-1, des usagers. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

nouvel accord national entre l'Assurance maladie et les Centres de santé, signé le 8 juillet 2015 ;

- **Attributions d'aides à l'investissement et/ou au fonctionnement** provenant d'acteurs multiples : Etat, assurance maladie et agences régionales de santé², collectivités locales, ...

Sous l'effet combiné de ces mesures, **le nombre de maisons pluriprofessionnelles de santé est en augmentation continue** : d'une dizaine en 2006, on en dénombre 284 en fonctionnement en 2013 et 436 en 2014, 620 sont enregistrés par les ARS en 2015 et les prévisions tablent sur plus de 1000 structures d'exercice coordonné d'ici fin 2016. Par ailleurs on assiste toujours à la création de nouveaux centres santé venant compléter le maillage territorial.

Les objectifs d'une maison ou d'un centre de santé consistent notamment à :

- **Améliorer la qualité de la prise en charge des patients :**
 - Garantir l'accès aux soins en apportant une réponse de proximité aux populations,
 - Renforcer la coordination et la continuité des prises en charge notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques,
 - Développer des actions locales de santé publique et faciliter les interventions des acteurs locaux de santé publique présents sur le territoire.
- **Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé :**
 - Partager les informations et les pratiques dans un cadre multi-professionnel,
 - Organiser la complémentarité des interventions des professionnels de soins et de prévention au sein de la structure,
 - Mutualiser les coûts des locaux, du personnel et du matériel.
- **Attirer de nouveaux professionnels de santé sur le territoire concerné :**
 - Accueillir et former des étudiants de troisième cycle pour des stages de 6 mois auprès d'un généraliste référent durant lesquels ils peuvent assurer des consultations et des gardes.
 - Proposer un cadre d'exercice en soins primaires rassurant par son organisation « en équipe » ;
- **Favoriser la prévention et l'éducation à la santé :**
 - Proposer des espaces de documentation / information / prévention,
 - Mettre l'accent sur la prévention et l'éducation à la santé notamment en organisant ou en accueillant des activités d'éducation thérapeutique et en incitant les patients à participer aux dépistages organisés.

Dans ce contexte, les professionnels s'impliquant dans une structure d'exercice coordonnée souhaitent **faire émerger une organisation qui leur permette un travail en équipe effectif, soutenu par un système d'information performant, à même de répondre aux besoins de la population et d'impliquer les patients dans leur propre prise en charge.**

² FIQCS puis FIR

1.2 Une informatisation des structures autour de SI partagés

En complément au développement des structures proprement dites, les pouvoirs publics ont encouragé ces dernières années la mise en place en leur sein de **systèmes d'information partagés**, perçus comme un levier au service de la qualité et de la sécurité des soins dispensés et de la coordination des prises en charge des patients, dans le cadre d'une médecine de parcours décloisonnée et de parcours de soins efficaces.

Les **nouveaux modes de rémunérations (NMR)**, expérimentés à partir de 2010 et pérennisés avec l'arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité et le nouvel accord national entre l'Assurance maladie et les Centres de santé signé le 8 juillet 2015, ont contribué à **soutenir financièrement cette informatisation des structures** autour de systèmes d'information partagés entre les différents professionnels de santé y exerçant.

Le règlement arbitral intègre ainsi, dans son alinéa 3.3. Favoriser le développement des systèmes d'information, les dispositions suivantes :

*« Afin d'améliorer la coordination des soins, les structures s'engagent à mettre en place progressivement **un système d'information administré et partagé** au sein de la structure. Le système d'information doit répondre au cahier des charges de l'ANS labellisé a minima de niveau 1 au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat ou, pour les contrats signés en 2015, le 31 décembre 2016.*

La rémunération correspondante est versée prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information.

Par dérogation, cette rémunération est versée, jusqu'au 31 décembre 2016, aux structures signataires d'un contrat en 2015 et 2016 qui disposent d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de la structure et compatible avec le DMP, ou d'un système d'information labellisé par l'ANS.

[...]

*La structure transmet l'organisme local d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ANS labellisé de niveau 1 ou 2 ou de manière transitoire, dans les conditions définies supra, **attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et est compatible avec le DMP.** ».*

L'accord national destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie comprend des dispositions similaires dans son article 8.4 :

« Afin d'améliorer la coordination des soins, le centre de santé s'engage à mettre en place progressivement un système d'information administré et partagé au sein du centre de santé. La rémunération correspondante annuelle est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information.

Article 8.4.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (critère socle), le système d'information doit répondre au cahier des charges de l'ANS labellisé a minima de niveau 1 au plus tard le 31 décembre de l'année de l'adhésion au présent accord. »

Le système d'information cible des structures d'exercice coordonné se conçoit ainsi **a minima autour d'un dossier médical et de soins utilisé conjointement par les différents professionnels de l'entité**. Sa mise en œuvre et son développement permettent d'atteindre certains objectifs énoncés dans le projet de santé et dans le projet professionnel :

- Il facilite la coordination des soins en permettant la **tenue d'un dossier médical accessible à l'ensemble des professionnels de santé** et, à cette fin, partagé selon

une politique d'habilitation élaborée dans le respect des règles déontologiques de chacun et tenant compte des contraintes de fonctionnement ;

- Il aide à la **structuration des informations médicales** et améliore leur qualité grâce aux outils qu'il peut proposer en matière d'assistance au diagnostic et à la prescription ;
- Il apporte une **aide essentielle à l'organisation et à la mutualisation des ressources**.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le label « Logiciels Maisons et Centres de Santé » porté par les pouvoirs publics et géré opérationnellement par l'ANS à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) du ministère chargé de la santé.

2 Le label « Logiciels Maisons et Centres de Santé »

2.1 Pourquoi un label ?

Le développement rapide ces dernières années du nombre de structures d'exercice coordonné s'est traduit, entre autres choses, par une multiplication des projets d'informatisation au sein de ces entités avec l'acquisition et le déploiement de logiciels adaptés à l'exercice pluriprofessionnel dans ces nouvelles structures, en remplacement des logiciels individuels utilisés par les professionnels préalablement.

Cette croissance forte de la demande s'est logiquement accompagnée d'une structuration et d'une maturation progressive de l'offre correspondante. Elle a permis d'identifier les nouvelles fonctionnalités nécessaires pour constituer à partir des solutions existantes sur le marché des logiciels de gestion de cabinet ou de centres de santé une offre adaptée à ces nouveaux modes d'organisation.

Dans ce contexte et afin d'éclairer le choix de ces structures pour leur système d'information mutualisé, l'ANS a mis en place en 2012 le label e-santé « logiciel maisons et centres de santé », fondé notamment sur les enseignements d'une étude menée sur le système d'information des maisons ; pôles et centres de santé polyvalents.

Dans un secteur en pleine évolution, le label « Logiciels Maisons et Centres de Santé » vise à fournir aux professionnels de santé exerçant au sein de structures d'exercice coordonné un repère simple et clair sur les garanties apportées par une solution donnée.

Déclaratif, le label atteste de la conformité des solutions que les éditeurs ont présentées à la labellisation à un corpus d'exigences. Le label apporte la garantie que la solution respecte ses exigences et notamment son référentiel fonctionnel et offre ainsi les fonctionnalités requises pour les besoins de l'exercice pluriprofessionnel.

En revanche, **le label ne préjuge** :

- **ni des aspects ergonomiques des solutions, les éditeurs restant libres dans la manière de mettre en œuvre ces exigences fonctionnelles afin de préserver le jeu de la concurrence,**
- **ni des choix d'organisation, laissés aux préférences des utilisateurs.**

Le label répond à une double finalité :

- **Aider les professionnels de santé au sein des structures d'exercice coordonné dans l'identification de solutions logicielles adaptées à leurs besoins.** Il permet aux responsables de projets de système d'information d'éclairer leur démarche de

sélection de logiciels en identifiant sur le marché les solutions disposant d'emblée des fonctionnalités adaptées à l'activité des maisons et centres de santé : dossier médical et de soins commun aux professionnels de l'organisation, gestion du consentement du patient au partage de ses données entre les professionnels de santé de l'organisation, indicateurs d'activité, DMP compatibilité... **L'objectif du label est de proposer un dispositif de labellisation facilement lisible** pour les professionnels des structures d'exercice coordonné.

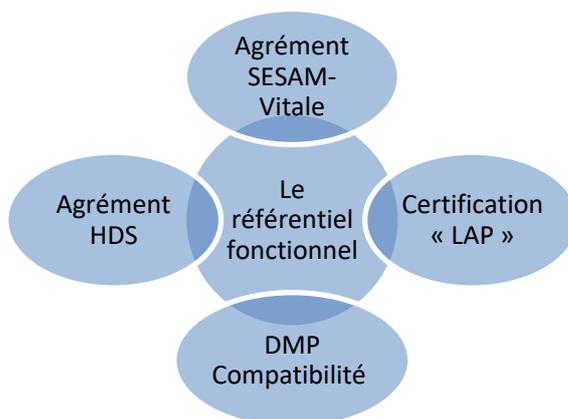
- Apporter **aux éditeurs** une **visibilité auprès de leurs clients** et de leurs clients potentiels sur la richesse fonctionnelle de leurs solutions et une **lisibilité sur le socle d'exigences fonctionnelles indispensable** à la mise au point de solutions destinées aux structures d'exercice coordonnée et répondant à leurs besoins ainsi qu'aux exigences issues du cadre législatif et réglementaire.

On recensait ainsi **en 2015, 8 solutions labellisées** et un nombre significatif de solutions logicielles destinées spécifiquement ou pouvant convenir aux structures d'exercice coordonné. La V1 du label a permis une première montée en maturité des solutions, grâce à la mise à disposition d'un cadre fonctionnel issu d'une réflexion sur les besoins des structures d'exercice coordonné.

En 2014, la Direction Générale de l'Offre de Soins a réalisé une enquête auprès d'un panel de maisons et de centres de santé afin d'aligner le label existant sur l'évolution des pratiques au sein de ces structures en plein essor. L'expérimentation conduite par la DGOS a montré les difficultés auxquelles pouvait être confrontée une structure lors de la mise en place de son système d'information partagé. Les raisons pouvant expliquer ces difficultés sont de deux ordres :

- l'insatisfaction des professionnels de santé vis-à-vis des fonctionnalités du logiciel lui-même, notamment au regard des attentes vis-à-vis d'un logiciel labellisé,
- les problématiques liées aux changements qu'impose la mise en place d'un nouveau système d'information, sur le plan des pratiques professionnelles et de l'organisation de la structure.

Ce retour d'expérience a conduit à intégrer fin 2014, de nouvelles exigences dans la convention de labellisation signée entre les éditeurs et l'ANS.



En 2014, la DSS (Direction de la sécurité sociale) et la DGOS ont confié à l'ANS la réalisation d'une étude visant la mise à jour du référentiel fonctionnel de labellisation au regard des attentes des professionnels et l'élaboration de recommandations favorisant la mise en œuvre d'un système d'information (SI) partagé au sein des structures d'exercice coordonné (cf : annexe).

Un groupe de travail, impliquant des représentants de l'ensemble des parties prenantes (professionnels de santé des maisons et centres de santé, représentants des maisons et centres de santé, institutionnels nationaux et régionaux et industriels) a été mis en place dans le cadre de la réalisation de cette étude afin de réinterroger la portée et le périmètre actuels du label e-santé et de réfléchir à l'adéquation de la stratégie de labellisation au regard des besoins des différents acteurs, en se fondant sur les retours d'expérience de l'ensemble de ses membres et sur un recueil des besoins terrain. La conduite des travaux s'est articulée autour de deux grandes phases :

- La phase d'état des lieux de l'existant et de recueil des besoins fondée sur une série d'entretiens sur site ;
- La phase d'élaboration des livrables cibles fondée sur la mise en place d'ateliers d'expertise.

30 entretiens sur site ont été menés pour mettre en œuvre une approche qualitative des besoins des professionnels en maisons et centres de santé. Ces visites ont permis de rencontrer environ 150 PS et d'analyser des configurations logicielles variées. Cette démarche de terrain a suscité une adhésion forte et la satisfaction des professionnels rencontrés. **Quatre ateliers d'expertise** ont ensuite été tenu sur des problématiques ciblées : « Facturation », « Dossier médical », « Périmètre et contenu du référentiel fonctionnel du label » et « Accompagnement ».

La méthodologie de l'étude garantit la robustesse des constats réalisés sur le terrain et de ses recommandations.

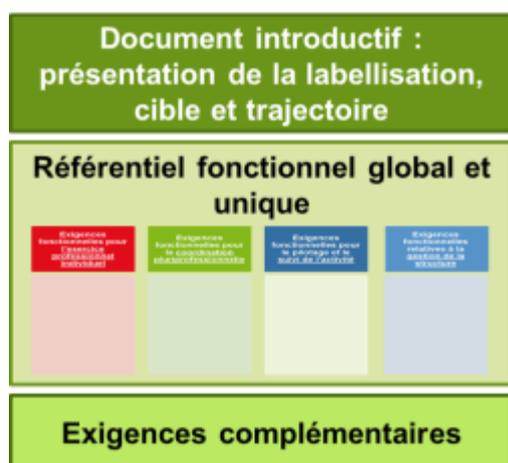
Ces travaux ont abouti à la **mise en place d'une version V2 du label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé » (Label V.2)** répondant aux enjeux suivants :

- **Capitaliser sur le premier palier de maturité atteint par les solutions du marché** et aller plus loin dans le niveau d'exigences ;
- **Prendre en compte les attentes complémentaires ou non satisfaites des professionnels de santé dans la V1** du label e-santé ;
- Tirer profit de l'expérience acquise entre 2012 et 2014 (premières labellisations, premiers contrôles de conformité, ...) pour **améliorer le dispositif** :
 - Vu des éditeurs : des exigences fonctionnelles plus précises, plus explicites dans leur formulation, prêtant moins à confusion au moment des contrôles de conformité, fondées notamment sur les référentiels de bonnes pratiques internationaux (ISO 10781) ;
 - Vu des professionnels de santé : une classification plus lisible des fonctions offertes par une solution logicielle labellisée, organisées autour d'un regroupement par grandes familles :
 - Fonctions indispensables à l'exercice individuel de chaque professionnel de la structure ;
 - Fonctions nécessaires à la coordination pluriprofessionnelle au sein de la structure ;
 - Fonctions nécessaires au pilotage de l'activité ;
 - Fonctions de gestion de la structure proprement dites.

2.2 Quel est le périmètre du label ?

Le label peut être attribué à toute solution logicielle destinée à un exercice pluriprofessionnel partagé en maison ou centre de santé, **dès lors qu'elle s'adresse potentiellement à l'ensemble des métiers susceptibles d'y exercer** : professionnels de santé et secrétaires médicales.

Le label promeut une cible fondée sur un système d'information pluriprofessionnel, partagé par l'ensemble des professionnels d'une structure et s'appuie donc sur un **référentiel fonctionnel global et unique**, couvrant les besoins quotidiens de base de l'ensemble des professionnels de santé.



référentiel fonctionnel).

La labellisation est structurée autour du corpus de référence suivant :

- Le **présent document** s'adresse aux structures d'exercice coordonné comme aux éditeurs. Il a pour objectif de présenter le label : ses finalités, son évolution, ses orientations,...
- Le **référentiel fonctionnel** rassemble l'ensemble des exigences fonctionnelles à remplir pour obtenir le label. Il présente donc l'ensemble des garanties d'ordre fonctionnel apportées par les logiciels labellisés aux professionnels de santé.
- La **convention de labellisation** liste l'ensemble des exigences relatives à la conformité des solutions à la réglementation en vigueur (en plus du respect du

3 Les points clés pour les professionnels de santé

3.1 Quelles sont les garanties apportées par le label ?

Le label vise à apporter aux professionnels de santé deux types de garanties :

3.1.1 Les garanties d'ordre fonctionnel

Le référentiel fonctionnel du label rassemble les exigences relatives à un ensemble de fonctionnalités attendues du système d'information cible permettant de répondre aux besoins des professionnels des structures d'exercice coordonné pour leur **exercice professionnel individuel quotidien** et de soutenir **l'exercice pluriprofessionnel et la collaboration** entre les professionnels.



Le référentiel fonctionnel du label comprend quatre catégories d'exigences :

- Des exigences fonctionnelles relatives à l'**exercice professionnel individuel** qui sont principalement liées à la gestion des consultations et du dossier patient, de l'agenda ou de la facturation ;
- Des exigences fonctionnelles pour la **coordination pluriprofessionnelle** : gestion des protocoles pluriprofessionnels, gestion des accès aux dossiers patients, gestion des réunions pluriprofessionnelles,... ;
- Des exigences fonctionnelles pour le **pilotage et le suivi de l'activité** et relatives notamment à la production automatiques d'états standardisés ou élaborés à partir de requêtes complexes ;
- Des exigences fonctionnelles relatives à la **gestion de la structure** : gestion de la logistique et des ressources notamment.

L'obtention du label e-santé par une solution nécessite par ailleurs, que celle-ci soit homologuée (ou le module externe sur lequel elle s'appuie) à la DMP-compatibilité.

La structuration du référentiel fonctionnel et la formulation des exigences sont fondées sur la norme ISO 10781 (Modèle fonctionnel d'un système de dossier informatisé de santé). Son contenu est issu des travaux du groupe de travail mis en place pour la conduite de l'étude relative à l'évolution du label e-santé « logiciel Maisons et Centres de santé ».

Parmi l'ensemble des exigences fonctionnelles rassemblées dans le référentiel fonctionnel de la labellisation, **une distinction est faite entre** :

- **Des exigences fonctionnelles de niveau standard (niveau 1)** qui constituent un socle de fonctionnalités minimal attendu du système d'information partagé, nécessaire à l'exercice quotidien des PS dans une structure d'exercice coordonné,
- **Des exigences fonctionnelles de niveau avancé (niveau 2)** qui rassemblent un niveau d'exigences complémentaires destinées à apporter des garanties pour un usage avancé du système d'information dans le soutien à l'exercice en maison ou en centre de santé.

Ces exigences pourront être amenées à évoluer en fonction des besoins des structures d'exercice coordonné, des avancées technologiques ou des évolutions réglementaires ou conventionnelles.

NB : Il est avéré que les fonctionnalités de Gestion des tournées (AGD 1.7) et de Mobilité (MOB 1.1) ne répondent pas aux usages en vigueur dans les Centres de santé, (pas de visites à domicile dans la très grande majorité des cas). En accord avec la FNCS et afin de ne pas exiger des éditeurs de logiciels, un développement de fonctionnalités non utiles, il a été décidé que, dans le cas d'un logiciel dédié aux Centres de santé et se présentant au guichet de la labellisation en tant que tel, les critères associés aux deux fonctions précitées ne seront pas exigibles pour la délivrance du Label. Il est entendu que dans ce cas, le logiciel ne pourra se prévaloir de son label que dans les Centres de santé.

Cf. Présentation de la structure du référentiel fonctionnel et de son contenu infra (Annexe).

3.1.2 Des garanties sur la conformité des solutions à la réglementation en vigueur

A côté des garanties relatives à leur couverture fonctionnelle et de l'homologation à la DMP-compatibilité, le label donne également une garantie aux professionnels des structures d'exercice coordonné sur la conformité des solutions à la réglementation en vigueur :

- En matière **d'hébergement des données de santé à caractère personnel** ;
- En matière de **dématérialisation des feuilles de soins** ;
- En matière **d'aide à la prescription médicamenteuse**.

En effet, l'obtention du label par une solution est soumise à la présentation :

- de la décision de **certification du logiciel d'aide à la prescription (LAP)** ;
- du **Procès-Verbal d'agrément délivré par le CNDA** pour la création et la télétransmission des feuilles de soins électroniques une fois l'agrément prononcé ou la notification d'homologation reçue du GIE Sesam-Vitale le cas échéant, garantissant la conformité de la solution au cahier des charges Sesam-Vitale, y compris l'annexe TLA, pour les situations d'exercices et professions de santé déclarées ;
- le cas échéant, de la **décision d'agrément « hébergeur de données de santé »**. Dans le cas où la solution est hébergée par le candidat ou par un prestataire tiers auquel le candidat a recours, la décision d'agrément hébergeur de données de santé dont bénéficie le candidat ou son prestataire doit être présentée.

Le référentiel fonctionnel du label ne comporte donc pas d'exigences fonctionnelles complémentaires dans les champs couverts par la certification des logiciels d'aide à la prescription et par l'agrément CNDA pour la gestion des feuilles de soins électroniques dans un souci de cohérence de l'action publique et de lisibilité pour les industriels.

3.2 Comment est délivré le label ?

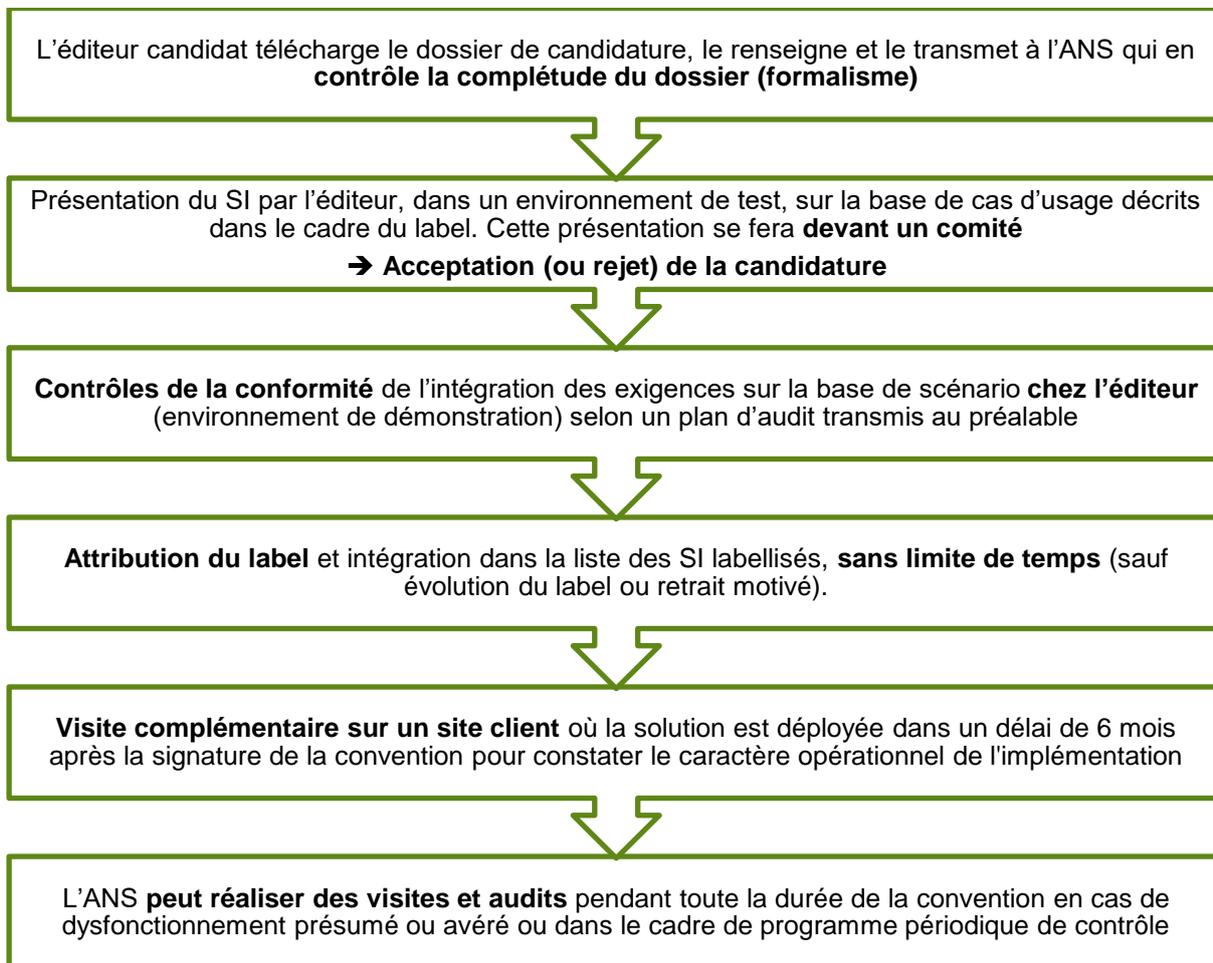
La labellisation est délivrée à l'éditeur de la solution ou de la famille de solution à l'issue d'un processus défini par une convention signée entre l'éditeur et l'ANS. L'éditeur de la solution labellisée peut apposer les mentions relatives au label « Logiciel Maisons et Centres de santé » sur des brochures publicitaires, commerciales et sur des documents techniques, sans qu'il soit apporté de restrictions au type de support utilisé (papier, CD ROM, internet, intranet, support magnétique etc.). Le bénéficiaire doit obligatoirement préciser le niveau de labellisation (1 ou 2).

3.2.1 Les principes directeurs de la démarche de labellisation

- **Une démarche de labellisation laissée au libre choix des éditeurs** : la labellisation « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé » est une démarche volontaire de tout éditeur de solution logicielle destinée aux maisons de santé (y compris celles organisées sur plusieurs sites), ainsi qu'aux centres de santé qui l'engage formellement vis-à-vis de l'ANS et de ses clients, sur la conformité de la solution logicielle au cadre fonctionnel en vigueur à la date de labellisation.
- **Une évolution de la procédure de labellisation vers une démarche de contrôle a priori, lors de la demande de labellisation** : la procédure repose sur un premier examen par un comité ad hoc qui statue sur l'éligibilité de la solution au regard des exigences du label puis sur des contrôles de conformité sur un environnement de démonstration. Ce processus est suivi par des visites sur site (cf. infra).
Ce processus de labellisation peut-être complété par la mise en place de clubs utilisateurs par les fédérations des maisons et centres de santé ou par les professionnels de santé émettant des avis ou diffusant des retours d'expérience sur l'utilisabilité des logiciels, à destination de leurs pairs.
- **Un label attribué sans limitation de durée** : le label est attribué sans durée de validité dès lors que la convention de labellisation est encore en cours (la convention sera reconduite tacitement chaque année et les conditions de résiliation seront précisées). En outre, la convention de labellisation précisera que l'éditeur est tenu de prendre en compte dans des délais définis dans ladite convention toute évolution relative au contenu du label, toute nouvelle obligation, etc.

En cas de manquement par l'éditeur à une ou plusieurs obligations de la convention, celle-ci pourra être résiliée (si l'éditeur ne se met pas en conformité après mise en demeure) et aura pour conséquence le retrait du label.

3.2.2 Le processus de labellisation



3.2.3 Comparaison entre le processus de labellisation V.1 et le processus de labellisation V.2

Le label e-santé V2 repose sur une nouvelle version du référentiel fonctionnel répondant à l'évolution des attentes des structures d'exercice coordonné mais aussi sur un dispositif de labellisation renouvelé, plus lisible pour les professionnels comme plus les éditeurs.

Label e-santé V.1	Label e-santé V.2
Démarche volontaire de la part des éditeurs	Démarche volontaire de la part des éditeurs

Démarche déclarative avec des contrôles a posteriori	Démarche de contrôle a priori
Des contrôles réalisés en majeure partie sur un environnement de démonstration	Des contrôles réalisés sur un environnement de démonstration
Des contrôles de conformité fondés sur des scénarios / plans d'audit mis à la disposition des éditeurs	Des contrôles de conformité fondés sur des scénarios / plans d'audit mis à la disposition des éditeurs (augmentation du nombre de scénarios pour améliorer la couverture des exigences fonctionnelles)
Un label attribué pour 2 ans	Un label attribué sans limitation de durée
Des visites et audits pouvant être déclenchés en cas de signalements ou d'évolutions significatives du règlement de labellisation	Des visites et audits pouvant être déclenchés en cas de signalements ou d'évolutions significatives du règlement de labellisation

4 Les points clés pour les éditeurs de logiciels à destination des structures d'exercice coordonné

4.1 Quelle est la trajectoire de mise en œuvre du label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé » V.2?

La trajectoire de mise en œuvre de la nouvelle version du label a été construite de manière à :

- Limiter son impact sur les engagements pris par les structures d'exercice coordonné notamment dans le cadre des modalités de rémunération adaptées au fonctionnement des structures de santé pluriprofessionnelles définies par l'accord national définies par le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité et l'accord national du 8 juillet 2015. La V2 doit donner aux éditeurs une visibilité sur les évolutions du label ;
- Laisser aux éditeurs actuellement labellisés le temps nécessaire pour répondre aux nouvelles exigences introduites ;
- Accompagner les éditeurs dans la mise en œuvre de cette nouvelle version du label ;
- Ne pas introduire de distorsion sur le marché des systèmes d'information dédié aux maisons et centres de santé ;
- Veiller à la cohérence des orientations nationales.

Compte-tenu de ces éléments, le référentiel fonctionnel du label V.2 sera disponible sur le site de l'ANS à partir du 1^{er} décembre 2015 pour une mise **en œuvre effective de la nouvelle version du label au 1^{er} janvier 2017**, en cohérence avec les jalons définis dans le cadre du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité et de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie.

A cette date, les systèmes d'information labellisés devront avoir vu leur labellisation confirmée selon le corpus d'exigences de label e-santé « logiciel Maisons et Centres de santé » V.2 et la nouvelle procédure de labellisation (visites de conformité sur un environnement de test et sur site).

Liste des logiciels labellisés mise à jour est disponible à l'adresse suivante : [Les solutions labellisées e-santé | esante.gouv.fr](http://lesolutionslabellisees.e-sante.gouv.fr)

4.2 Quels sont les documents à étudier pour se présenter à la labellisation ?

Pour les aider à se préparer à la labellisation de leurs solutions, il est notamment mis à la disposition des éditeurs :

- Le présent document de présentation du label,
- Le nouveau référentiel fonctionnel du label,
- Le plan d'audit et les scénarios servant de base aux contrôles de conformité,
- La convention relative aux conditions d'utilisation du label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé »,
- Le règlement du label.

5 Annexes

5.1 Référentiel fonctionnel V2

Le référentiel fonctionnel est structuré en quatre sections :

- Production de soins cliniques
- Support
- Pilotage de l'activité et de la structure
- Infrastructure

Chacune de ces sections est elle-même organisée en **domaines**, puis en **blocs**, puis en **fonctions** et enfin en **critères**.

Secteur	Domaine	Bloc	Fonction	Critère	Nom
SF_PSC					Production de soins cliniques
SF_PSC	DPI				Gestion du volet médical du dossier patient
SF_PSC	DPI	DPI.1			Dossier médical de base
SF_PSC	DPI	DPI.2			Intégration et visualisation des résultats d'examens diagnostiques
SF_PSC	DPI	DPI.3			Intégration des CR d'imagerie et visualisation des images
SF_PSC	DPI	DPI.4			Présentation du contenu du dossier patient
SF_PSC	DPI	DPI.5			Informations médico-sociales
SF_PSC	PRE				Prescription de produits de santé et d'actes
SF_PSC	PRE	PRE.1			Prescription de médicaments
SF_PSC	PRE	PRE.2			Prescription de biologie médicale
SF_PSC	PRE	PRE.3			Prescription d'examens d'imagerie
SF_PSC	PRE	PRE.4			Prescription de soins
SF_PSC	PRE	PRE.5			Prescription d'autres actes
SF_PSC	GEP				Gestion de l'exercice professionnel
SF_PSC	GEP	GEP.1			Gestion de rappels liés à la prise en charge
SF_PSC	GEP	GEP.2			Gestion de l'exercice pluriprofessionnel
SF_PSC	GEP	GEP.3			Interopérabilité
SF_SUP					Support
SF_SUP	ADT				Gestion des données administratives du patient
SF_SUP	ADT	ADT.1			Capture des données d'identité des patients
SF_SUP	ADT	ADT.2			Identito-Vigilance
SF_SUP	ADT	ADT.3			Informations relatives aux droits et volontés du patient
SF_SUP	ADT	ADT.4			Capturer des données de couverture
SF_SUP	AGD				Programmation des ressources, agenda du patient
SF_SUP	AGD	AGD.1			Gestion des rendez-vous, agenda du patient
SF_SUP	ACT				Recueil d'activité
SF_SUP	ACT	ACT.1			Recueil , aide, codage
SF_SUP	ACT	ACT.2			Facturation des actes
SF_SUP	MOB				Mobilité
SF_SUP	MOB	MOB.1			Mobilité
SF_SUP	ANN				Gestion des annuaires
SF_SUP	ANN	ANN.1			Gestion du répertoire des professionnels utilisateurs du système
SF_SUP	ANN	ANN.2			Gestion de l'annuaire des PS et structures externes
SF_PIL					Pilotage de l'activité et de la structure
SF_PIL	PILA				Suivi de l'activité de la structure
SF_PIL	PILA	PILA.1			Requêtage
SF_PIL	PILS				Gestion de la structure
SF_PIL	PILS	PILS.1			Gestion des données
SF_PIL	PILS	PILS.2			Production des indicateurs NMR
SF_PIL	PILS	PILS.3			Gestion des ressources (SI, matériel et salles)
SF_INF					Infrastructure
SF_INF	SEC				Sécurité du SI
SF_INF	SEC	SEC.1			Gestion des habilitations
SF_INF	SEC	SEC.2			Identification et authentification des acteurs
SF_INF	SEC	SEC.3			Contrôle d'accès
SF_INF	SEC	SEC.4			Traçabilité des connexions et des actions
SF_INF	SEC	SEC.5			Gestion et exploitation des traces

Les critères sont définis pour qualifier les fonctionnalités du logiciel et préciser leur contenu. Il s'agit de critères auditable : l'utilisation d'une formulation homogène doit contribuer à faciliter la vérification de l'intégration par les logiciels des exigences fonctionnelles du label.

Pour chaque fonction il est précisé sa contribution (indiquée par une croix) à l'exercice individuel, à l'exercice pluriprofessionnel, au pilotage de l'activité ou à la gestion de la structure. Cela doit permettre aux professionnels de santé de mieux appréhender les garanties couvertes par les logiciels détenant le label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé ».

Cette organisation est destinée à faciliter l'appropriation du référentiel tant par les professionnels des structures d'exercice collectif que par les éditeurs de logiciels. Elle doit permettre de mobiliser les fonctionnalités dans le cadre des scénarios utilisés lors des contrôles de conformité.

Spécif	Opérateur	Rôle	Processus	Contenu	Nom	Énoncé	Description	A l'exercice individuel	A la coordination pluriprofessionnelle	Au pilotage de l'activité	A la gestion de la structure		
SF_PSC					Production de soins cliniques								
					Gestion du volet médical du dossier patient								
					Dossier médical de base								
					DPI.1								
					DPI.1.1	Gérer l'histoire du patient	Gérer l'histoire du patient : antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux, facteurs environnementaux et sociaux	L'histoire du patient comprend aussi bien des événements survenus que des événements non survenus tels que "pas d'antécédent familial de cancer du colon", "pas de consommation de tabac".	X	X			
					DPI.1.1.1	Gérer l'histoire actuelle du patient	Le système DOIT permettre de gérer l'histoire actuelle du patient comprenant les éléments pertinents positifs et négatifs et des informations au sujet des professionnels impliqués	Exemples d'éléments positifs ou négatifs : diagnostics ou exclusion de diagnostic					
					DPI.1.1.2	(chirurgicaux)	Le système DOIT permettre de gérer l'identité des professionnels impliqués dans l'histoire du patient en accord avec le champ de pratiques, la politique de l'organisation et/ou la loi						
					DPI.1.1.3	Gérer l'identité des professionnels impliqués dans l'histoire du patient	Le système DOIT permettre de gérer les antécédents familiaux						
					DPI.1.1.4	Gérer les antécédents familiaux	Le système DOIT permettre de gérer les facteurs environnementaux et sociaux suivants de manière distincte et structurée : statut familial, habitat, environnement professionnel						
					DPI.1.1.5	Gérer les facteurs environnementaux et sociaux du patient	Le système DEVRAIT permettre de gérer des liens entre patients de la structure à des fins de prévention, de diagnostic et de prise en charge						
					DPI.1.1.6	Gérer des liens entre patients du système	Le système DOIT permettre de gérer des données structurées de l'histoire du patient						
					DPI.1.1.7	Gérer des données structurées de l'histoire du patient	Le système DEVRAIT permettre de présenter des vues unifiées des données, quelle que soit leur origine (interne ou externe)	Le système doit présenter de façon homogène les données internes ou externes de façon à assurer la cohérence globale du dossier patient					
					DPI.1.1.8	Présenter des vues multiples des données	Le système DEVRAIT permettre de capturer de façon structurée l'inclusion du patient dans un programme défini (protocoles d'essais cliniques, protocoles de la structure, programme d'accompagnement de type PARENIA / PRADG, ...) et à minima les informations suivantes : * nom du protocole / programme * date d'inclusion * coordinateur du protocole / programme						
					DPI.1.1.9	Capter l'inclusion du patient dans un programme extérieur							

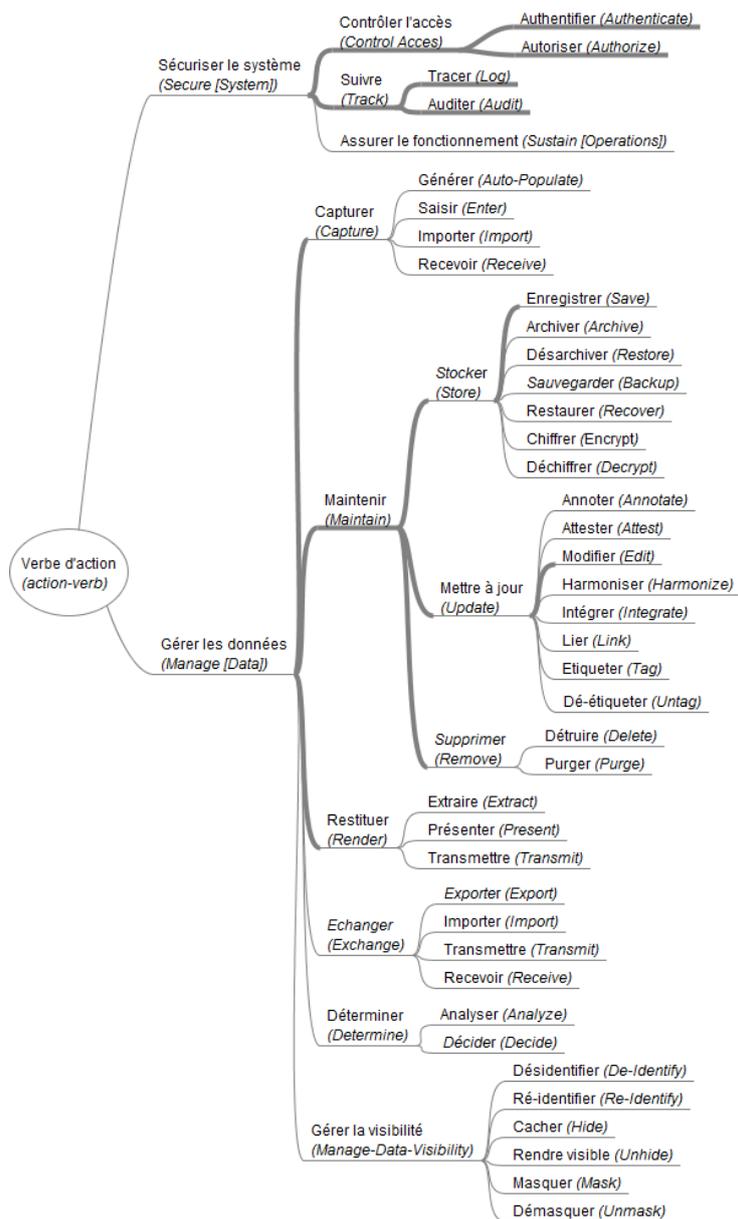
Illustration de la vue détaillée pour le bloc « Dossier médical » fonction « Gérer l'histoire du patient »

La version intégrale du référentiel fonctionnel du label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé » V2, présentant l'ensemble des exigences fonctionnelles et des critères associés, est disponible sur le site de l'ANS.

En termes de sémantique, l'énoncé des critères suit un modèle de rédaction homogène : « Le système + DOIT ou DEVRAIT + permettre de + verbe d'action ».

- L'utilisation de « DOIT » indique qu'il s'agit d'un critère requis pour le niveau standard de labellisation
- L'utilisation de « DEVRAIT » indique qu'il s'agit d'un critère requis pour le niveau avancé de labellisation
- L'utilisation de « permettre de » indique que la fonction n'est pas automatique mais doit être mobilisée par l'utilisateur.

Les verbes d'action utilisés s'appuient sur une grammaire de formulation normée, organisée selon la hiérarchie présentée infra :



5.2 Lettres de mission de la DGOS et de la DSS à l'ANS et de l'ANS



MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins
Sous direction du pilotage et de la performance
Des acteurs de l'offre de soins
Bureau des coopérations et de la contractualisation (PF3)
Isabelle Manzi – Chargée de mission
01.40.56.76.88 – isabelle.manzi@sante.fouv.fr

Direction de la sécurité sociale
Sous direction du financement du système de soins
Bureau des relations avec les professionnels de santé (1B)
Sara-Lou Gerber – Chargée de mission
01.40.56.65.42 – sara-lou.gerber@sante.gouv.fr

Le Directeur général de l'offre de soins

Le Directeur de la sécurité sociale

à

Monsieur Michel GAGNEUX
Président de l'Agence des systèmes
d'information partagés
9-11, rue Georges Pitard
75015 Paris

Paris, le

30 JUL. 2014

Objet : Etude fonctionnelle relative aux systèmes d'information des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé : évolutions au regard des fonctionnalités métier et de l'ergonomie

Afin de favoriser le mode d'exercice pluri professionnel coordonné et d'améliorer l'offre logicielle par des produits adaptés aux besoins, votre agence s'est vue confier en octobre 2010, par la DGOS et la DSS, la mission de mener une étude, visant à déterminer les fonctionnalités attendues du système d'information cible des maisons, pôles et centres de santé (polyvalents). Au terme de cette étude, publiée en décembre 2011, une expérimentation a été lancée afin d'examiner les conditions de déploiement, au sein des structures concernées, de systèmes d'informations répondant aux exigences de l'étude et de créer un label destiné à structurer le marché des logiciels pluri professionnels.

A ce jour, sept solutions logicielles ont été labellisées. Ce label est devenu une référence au point que l'équipement en logiciel labellisé fait partie des critères de rémunération pour les nouvelles structures incluses dans les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) et pourrait être un élément négocié dans le cadre des négociations conventionnelles sur les soins de proximité en cours entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé.

Les premiers enseignements issus de l'expérimentation ont permis de mettre en évidence l'insatisfaction des professionnels de santé au regard d'éléments non couverts par le dispositif de labellisation et notamment des fonctionnalités « métier » proposées par les logiciels labellisés et de la qualité des logiciels et prestations de service assurées par les prestataires.

Le choix initial a consisté à limiter le cadre fonctionnel aux fonctions partagées des solutions. **Or, des garanties de couverture concernant les fonctionnalités « métier » sont également nécessaires à l'appropriation des logiciels labellisés par les équipes.** La plupart des logiciels labellisés sont issus de l'univers des logiciels destinés aux médecins et, ce faisant, répondent parfois imparfaitement aux attentes des autres professionnels concernés (par exemple, organisation des tournées ou facturation infirmière).

Ces difficultés inhérentes aux solutions logicielles risquent d'entraîner une perte de confiance vis à vis du label et de conduire les équipes à renoncer à s'équiper d'outils labellisés.

Aujourd'hui, pour affirmer sa légitimité et son caractère structurant alors que l'institutionnalisation des équipes pluri professionnelles se confirme, la labellisation doit pouvoir prendre en compte ces attentes.

A cette fin, deux ans après le lancement du label e-santé pour les maisons et centres de santé, dans le prolongement de la mission de 2010, nous demandons à l'ASIP Santé de mener des travaux en vue d'une évolution du cadre fonctionnel afin d'offrir des garanties supplémentaires en matière de fonctionnalités métier.

Nous vous proposons de mener ces travaux en deux étapes :

1. Etat des lieux - recensement des besoins

Vous procéderez à la définition d'un socle de fonctionnalités métier « de base » nécessaires au travail quotidien de l'ensemble des professions concernées¹

A cette fin, vous vous appuyerez sur un groupe de travail dont la composition sera portée à la connaissance du ministère préalablement au démarrage des travaux et qui comportera :

- des professionnels de santé exerçant dans ce type de structures ;
- un représentant de la HAS ou des sociétés savantes représentatives de la pluralité des professions de santé ;
- des personnalités qualifiées sollicitées en tant que de besoin selon les thèmes abordés : par exemple la CNAMTS lorsque sera abordée la question de la facturation.

2. Evolution du cadre fonctionnel de la labellisation

A l'issue du recensement des besoins, vous ferez évoluer le cadre fonctionnel de la labellisation pour qu'il garantisse la présence d'un socle de base de fonctionnalités métier.

Ce nouveau cadre fonctionnel devra également garantir la capacité des solutions à produire les indicateurs utilisés dans le cadre conventionnel sur les soins de proximité. Il fera l'objet d'une concertation avec les éditeurs de logiciel afin de faciliter sa prise en compte et sera intégré à la procédure de labellisation.

Nous avons bien noté l'intégration, sur le modèle de PHN, de l'exigence de qualité dans le processus de labellisation.

Remise des livrables

A chaque étape de la mission, les livrables seront présentés pour validation et orientation à la DGOS et la DSS.

En raison de l'avancement des travaux et des enjeux associés, le calendrier des différentes étapes est le suivant :

- 1) composition du groupe de travail : au plus tard le 15 octobre 2014
- 2) présentation des résultats analysés du recensement des besoins : au plus tard le 30 avril 2015
- 3) présentation du nouveau cadre fonctionnel : au plus tard le 30 juin 2015.

Jean Debeaupuis

Directeur Général de l'Offre de Soins



Thomas Fatome

Directeur de la Sécurité Sociale



¹ médecin généraliste et autres médecins spécialistes, chirurgien dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, diététicien.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins
Sous direction du pilotage et de la performance
Des acteurs de l'offre de soins
Bureau des coopérations et de la contractualisation (PF3)
Isabelle Manzi – Chargée de mission
01.40.56.76.88 – isabelle.manzi@sante.fouv.fr

Direction de la sécurité sociale
Sous direction du financement du système de soins
Bureau des relations avec les professionnels de santé (1B)
Laurent Butor – Adjoint à la chef de bureau
01.40.56.74.49 – laurent.butor@sante.gouv.fr

Le Directeur général de l'offre de soins

Le Directeur de la sécurité sociale

à

Monsieur Michel GAGNEUX
Directeur de l'Agence des systèmes
d'information partagés
9-11, rue Georges Pitard
75015 Paris

Paris, le **09 DEC. 2014**

Objet : Lettre de mission ayant comme objectif la production de recommandations favorisant la mise en place des systèmes d'informations au sein des structures d'exercice coordonné

Missionnée en 2010 par la DGOS et de la DSS, votre agence a produit en décembre 2011 une étude fonctionnelle déterminant les fonctionnalités attendues du système d'information cible des maisons, pôles et centres de santé (polyvalents). Au terme de cette étude, en décembre 2011, une expérimentation a été lancée afin d'examiner les conditions de déploiement, au sein des structures concernées, de systèmes d'informations répondant aux exigences de l'étude et de créer un label (lancement le 13 août 2012) destiné à structurer le marché des logiciels pluriprofessionnels.

A ce jour, huit solutions logicielles ont été labellisées et **la future rémunération relative aux soins de proximité valorisera, selon des modalités restant à définir, l'équipement en logiciel labellisé.**

L'expérimentation à laquelle votre agence a participé a montré les difficultés auxquelles pouvait être confrontée une structure lors de la mise en place d'un système d'information. Les raisons expliquant ces difficultés sont multiples : certaines relèvent des services rendus par le logiciel lui-même, d'autres se vérifient dans les changements et évolutions internes (de pratiques, d'organisation) induits par la mise en place d'un système d'information. Concernant les premières, nous vous avons missionnés le 30 juillet dernier afin de mener les travaux nécessaires à l'évolution du cadre fonctionnel de la labellisation en vue d'y intégrer les fonctionnalités métier attendues des professionnels de santé. Concernant les secondes, on a pu mesurer, à titre d'exemples, les effets préjudiciables de l'inadaptation d'un calendrier trop contraint ou encore d'un accompagnement insuffisamment ajusté aux besoins.

Il s'avère donc nécessaire de produire des recommandations à destination des agences régionales de santé afin de leur permettre d'accompagner –directement ou indirectement- les structures d'exercice coordonné dans l'acquisition d'un logiciel labellisé.

Dans cette perspective, nous demandons à votre agence de compléter la mission qui lui a été confiée en juillet 2014 (au sujet de laquelle nous souhaiterions avoir une réponse aussi vite que possible) par des travaux permettant l'élaboration de telles recommandations.

1. L'élaboration des recommandations

Les recommandations que vous aurez à produire porteront notamment sur :

- La conduite du changement : les recommandations à cet égard s'attacheront à :
 - o définir les bonnes pratiques à respecter en distinguant les situations selon que la structure est nouvelle ou en fonctionnement depuis plusieurs années, et selon que les professionnels de santé y exerçant sont aguerris ou non à l'exercice pluriprofessionnel et utilisateurs récents ou anciens -ou non utilisateurs- d'un système d'information ;
 - o identifier les différentes étapes à respecter (établissement d'un état des lieux de la structure / accompagnement dans la formalisation des besoins / financement du projet / aide au choix de l'éditeur / accompagnement du site pour l'audition et la contractualisation avec l'éditeur / formations...) et, selon les étapes, définir ce qui peut relever, de façon conjuguée ou séparée, d'une gestion interne à la structure, de l'ARS, d'une assistance à maîtrise d'ouvrage par un prestataire (GCS e-santé / fédérations,...), de l'éditeur, etc.
- La contractualisation avec l'éditeur : les recommandations devront décliner les points sur lesquels les structures devront être particulièrement attentives au regard des contrats les liant aux éditeurs (récupération des données / formation des personnels / aide au développement du système d'information / service après vente, etc.)

2. Les acteurs à approcher

Pour l'élaboration de ces recommandations vous pourrez utilement vous rapprocher :

- des agences régionales de santé qui ont participé à l'expérimentation (Bourgogne, Franche-Comté, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône Alpes). L'agence régionale des Pays de la Loire qui accompagne les structures souhaitant acquérir un logiciel labellisé est également disposée à partager son expérience avec vous.
- des experts de l'Irdes, auteurs d'un rapport dressant un bilan qualitatif sur quelques maisons de santé ayant participé à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (cf. rapport de l'Irdes n° 557 « Dynamiques et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé »)
- de la FFMPS et du RNOGCS avec lesquels vous pourrez utilement examiner les conditions dans lesquelles ils seraient prêts à intervenir pour favoriser les échanges avec leurs adhérents (par exemple pour la production d'un « question/réponse »)

Remise des livrables

A chaque étape de la mission, les livrables seront présentés pour validation et orientation à la DGOS et la DSS

Le calendrier des différentes étapes est le suivant :

- 1) présentation des thèmes et des sujets abordés dans les recommandations finales : au plus tard le 30 mars 2015 ;
- 2) présentation d'une première version à soumettre à la concertation des ARS ci-dessus : au plus tard le 30 juin 2015 ;
- 3) présentation, pour relecture, de la version stabilisée des recommandations et appel à commentaires publics sur le site de l'ASIP : au plus tard le 30 septembre 2015 ;
- 4) remise des recommandations définitives : au plus tard le 30 novembre 2015.



Jean Debeaupuis

Directeur Général de l'Offre de Soins



Thomas Patome

Directeur de la Sécurité Sociale

Monsieur Thomas FATOME
Directeur de la sécurité sociale
Ministère des Affaires sociale et de la santé
14, avenue Duquesne
75 350 PARIS SP

Paris, le 18 décembre 2014

N/Ref. : DG_MGA_14-0087

Objet : Systèmes d'information des maisons de santé et des centres de santé : évolutions du référentiel fonctionnel, nécessaires au regard des fonctionnalités métier et de l'ergonomie et production de recommandations favorisant la mise en place des systèmes d'information au sein des structures d'exercice coordonné.

Monsieur le Directeur général de l'offre de soins, Monsieur le Directeur de la sécurité sociale,

Par lettre du 30 juillet, vous avez missionné l'ASIP Santé pour réaliser une étude permettant de faire évoluer le référentiel fonctionnel sur la base duquel les premières labellisations des logiciels utilisés dans les Maisons et Centres de santé ont été réalisées. Cette évolution du référentiel permettra d'améliorer la satisfaction des professionnels de santé utilisateurs de ces logiciels et de faciliter les usages.

En complément, par lettre du 9 décembre, vous avez missionné l'ASIP Santé pour élaborer des recommandations favorisant la mise en place de ces systèmes d'information dans les structures à exercice coordonné et l'accompagnement des professionnels de santé par les Agences régionales de santé.

Je vous remercie pour ces deux missions qui vont permettre d'améliorer significativement le processus de labellisation des systèmes d'information et l'accompagnement du changement au sein des structures d'exercice coordonné.

En effet, l'expérimentation conduite par la DGOS a montré les difficultés auxquelles pouvait être confrontée une structure lors de la mise en place d'un système d'information. Les raisons expliquant ces difficultés sont de deux ordres : insatisfaction des professionnels de santé vis-à-vis des fonctionnalités du logiciel lui-même et problématiques liées aux changements qu'impose la mise en place d'un nouveau système d'information, sur le plan des pratiques professionnelles et de l'organisation de la structure. Ces nouvelles missions confiées à l'ASIP Santé ayant une orientation très « métier », j'ai décidé d'en confier le pilotage à un médecin, conseillère pour les affaires médicales de l'agence. Une première réunion de calage entre nos équipes a déjà eu lieu le 16 décembre au ministère.

Agence des systèmes d'information partagés de santé
9, rue Georges Pitard - 75015 Paris
T.+33 (0)1 58 45 32 50
esante.gouv.fr

Agir ensemble pour soigner mieux

Nous proposons de conduire en parallèle et conjointement les chantiers portés par les deux lettres de mission, afin de garder une cohérence entre eux et de mutualiser les ressources. Pour les mêmes raisons d'optimisation, nous veillerons à mutualiser ce qui peut l'être entre le projet Maisons et Centres de santé et Hôpital numérique.

Le planning de réalisation pour les deux missions est le suivant :

- De janvier à juin 2015 : phase d'études terrain et de validations par le groupe de travail, réunissant des professionnels de santé, des représentants des deux fédérations, des éditeurs, la CNAM-TS, la HAS, la DGOS et la DSS. La réunion de lancement aura lieu fin janvier, à l'ASIP Santé ; au total, le GT sera réuni quatre à cinq fois.
Cette phase de production permettra de faire évoluer, par itérations, le référentiel fonctionnel des SI et d'élaborer les recommandations en termes d'accompagnement au changement par les ARS.
- Fin juin, production des deux livrables attendus, V2 du référentiel fonctionnel des SI et V1 des recommandations favorisant leur mise en place, pour ouverture à la concertation avec les professionnels de santé et les ARS, respectivement.
- Phase de concertation jusqu'à fin septembre
- Fin novembre, au plus tard, production des versions finales des deux livrables.

Des points mensuels au ministère seront planifiés début janvier afin de vous assurer une parfaite visibilité sur l'avancement des travaux.

Je vous transmettrai dans les meilleurs délais une note de cadrage qui précisera les besoins en termes de financement.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général de l'offre de soins, Monsieur le Directeur de la sécurité sociale, l'expression de mes salutations distinguées.



Michel GAGNEUX

Monsieur Jean DEBEAUPUIS
Directeur général de l'offre de soins
Ministère des Affaires sociale et de la santé
14, avenue Duquesne
75 350 PARIS SP

Paris, le 18 décembre 2014

N/Ref. : DG_MGA_14-0086

Objet : **Systèmes d'information des maisons de santé et des centres de santé : évolutions du référentiel fonctionnel, nécessaires au regard des fonctionnalités métier et de l'ergonomie et production de recommandations favorisant la mise en place des systèmes d'information au sein des structures d'exercice coordonné.**

Monsieur le Directeur général de l'offre de soins, Monsieur le Directeur de la sécurité sociale,

Par lettre du 30 juillet, vous avez missionné l'ASIP Santé pour réaliser une étude permettant de faire évoluer le référentiel fonctionnel sur la base duquel les premières labellisations des logiciels utilisés dans les Maisons et Centres de santé ont été réalisées. Cette évolution du référentiel permettra d'améliorer la satisfaction des professionnels de santé utilisateurs de ces logiciels et de faciliter les usages.

En complément, par lettre du 9 décembre, vous avez missionné l'ASIP Santé pour élaborer des recommandations favorisant la mise en place de ces systèmes d'information dans les structures à exercice coordonné et l'accompagnement des professionnels de santé par les Agences régionales de santé.

Je vous remercie pour ces deux missions qui vont permettre d'améliorer significativement le processus de labellisation des systèmes d'information et l'accompagnement du changement au sein des structures d'exercice coordonné.

En effet, l'expérimentation conduite par la DGOS a montré les difficultés auxquelles pouvait être confrontée une structure lors de la mise en place d'un système d'information. Les raisons expliquant ces difficultés sont de deux ordres : insatisfaction des professionnels de santé vis-à-vis des fonctionnalités du logiciel lui-même et problématiques liées aux changements qu'impose la mise en place d'un nouveau système d'information, sur le plan des pratiques professionnelles et de l'organisation de la structure. Ces nouvelles missions confiées à l'ASIP Santé ayant une orientation très « métier », j'ai décidé d'en confier le pilotage à un médecin, conseillère pour les affaires médicales de l'agence. Une première réunion de calage entre nos équipes a déjà eu lieu le 16 décembre au ministère.

Nous proposons de conduire en parallèle et conjointement les chantiers portés par les deux lettres de mission, afin de garder une cohérence entre eux et de mutualiser les ressources. Pour les mêmes raisons d'optimisation, nous veillerons à mutualiser ce qui peut l'être entre le projet Maisons et Centres de santé et Hôpital numérique.

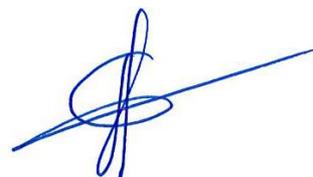
Le planning de réalisation pour les deux missions est le suivant :

- De janvier à juin 2015 : phase d'études terrain et de validations par le groupe de travail, réunissant des professionnels de santé, des représentants des deux fédérations, des éditeurs, la CNAM-TS, la HAS, la DGOS et la DSS. La réunion de lancement aura lieu fin janvier, à l'ASIP Santé ; au total, le GT sera réuni quatre à cinq fois.
Cette phase de production permettra de faire évoluer, par itérations, le référentiel fonctionnel des SI et d'élaborer les recommandations en termes d'accompagnement au changement par les ARS.
- Fin juin, production des deux livrables attendus, V2 du référentiel fonctionnel des SI et V1 des recommandations favorisant leur mise en place, pour ouverture à la concertation avec les professionnels de santé et les ARS, respectivement.
- Phase de concertation jusqu'à fin septembre
- Fin novembre, au plus tard, production des versions finales des deux livrables.

Des points mensuels au ministère seront planifiés début janvier afin de vous assurer une parfaite visibilité sur l'avancement des travaux.

Je vous transmettrai dans les meilleurs délais une note de cadrage qui précisera les besoins en termes de financement.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général de l'offre de soins, Monsieur le Directeur de la sécurité sociale, l'expression de mes salutations distinguées.



Michel GAGNEUX

5.3 Liste des structures visitées

Région	Nb sites	Structures visitées
Rhône-Alpes	3	CDS AGECSA à Grenoble, MSP St Symphorien de Lay et MSP Anne Ingrid à Vénissieux
Pays de la Loire	5	MSP Baugé, Pôle de santé libéral de Mayenne, Pôle de santé du Sud-ouest Mayennais, MSP de Le Fenouiller et MSP de Noirmoutier
Nord Pas de Calais	9	MSP de Steenvoorde, MSP de Laventie, MSP de Sin Le Noble, MSP d'Aulnoy lez Valenciennes et MSP de Croisilles, MSP d'Auxi-le-Château, MSP d'Anvin, MSP d'Outreau et MSP de Marquise
Ile de France	6	MSP de Villiers-le-Bel, Institut Arthur Vernes (Paris 6ème), Centres de santé municipaux de Pierrefitte-sur-Seine, de Malakoff et de Vitry-sur-Seine, et MSP « Les Allées » à Corbeil-Essonnes,
Bretagne	1	Pôle pluridisciplinaire de santé de Saint Méen-le-Grand
Bourgogne	3	CDS CARMi-Est à Montceau-les-Mines, MSP de Montsauche-les-Settons et de Saint-Sauveur en Puisaye (3 annulations de visites)
Franche Comté	3	MSP de Bletterrans, Pôle de santé Les Errues à Menoncourt et Centre de santé Léon Blum à Belfort

5.4 Membres du groupe de travail (revoir la logique de l'ordre)

	Structure	NOM	Prénom
1	DGOS	MANZI	Isabelle
2	DGOS	LE GLOAN	Caroline
3	DSS	BENHAMMOU	Myriam
4	FFMPS	DE HAAS	Pierre
5	FNCS	LOPEZ	Richard
6	C3SI (Infirmiers)	ELIOT	Renan
7	CNURPS	LE NEEL	Hervé
8	HAS	MARECHAUX	Florence
9	CNAM-TS	DESO	Elisabeth
10	CNAM-TS	GENDRE	Patrick
11	GIE SESAM VITALE	VENET	Michel
		GOMEZ	Anthony
12	ARS Bourgogne	GHALI	Nadia
13	ARS Franche-Comté	NARCY	Jérôme
14	ARS Ile de France	SEVADJIAN	Béatrice
15	ARS Nord-Pas-de-Calais	HELLAIN-ROSE	Céline
16	ARS Nord-Pas-de-Calais	ARNAUD	Vincent
17	ARS Pays de la Loire	BONNAVAL	Béatrice
18	ARS Rhône-Alpes	LEROUX	Pierre
19	GCS Pays de la Loire	THIBAUT	Pierre
20	FEMASAC	CHERVAL	Denis
21	CMS Henri Barbusse	GELLY	Julien
22	MSP de Nogaro	LANGLADE	Régine
23	PDS du Bassin Cévenol	BOUZIGE	Brigitte
24	CDS de Nanterre	DAME	Martine
25	CMS de Champigny	CHARTIN	Véronique
26	PDSU Gennevilliers	NOUGAIREDE	Jean-Marie
27	FEIMA	MAMBRINI	Francis
28	FEIMA	MORARD-LACROIX	Gilles



esante.gouv.fr

Agence du Numérique en Santé
9, rue Georges Pitard – 75015 Paris
Standard : 01 58 45 32 50