



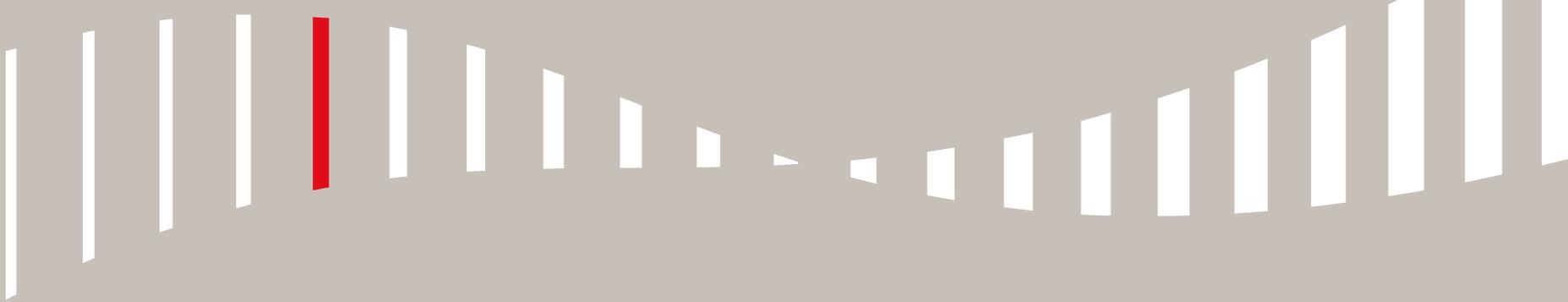
**ATELIER FORMATION MCS**

# Coordination des soins

**Laurent VERNIEST**

**Pierre DE HAAS**

**21 janvier 2016**



# Une nouvelle donne depuis 2005

## Changement de l'organisation des soins primaires

- Notion d'équipe
- La place essentielle du système d'information
- La place des « protocoles de soins »
- Les nouveaux modes de rémunération

# Etat des lieux des MSP sur le territoire

## Mars 2015

616 MSP en fonctionnement

407 projets visés ARS

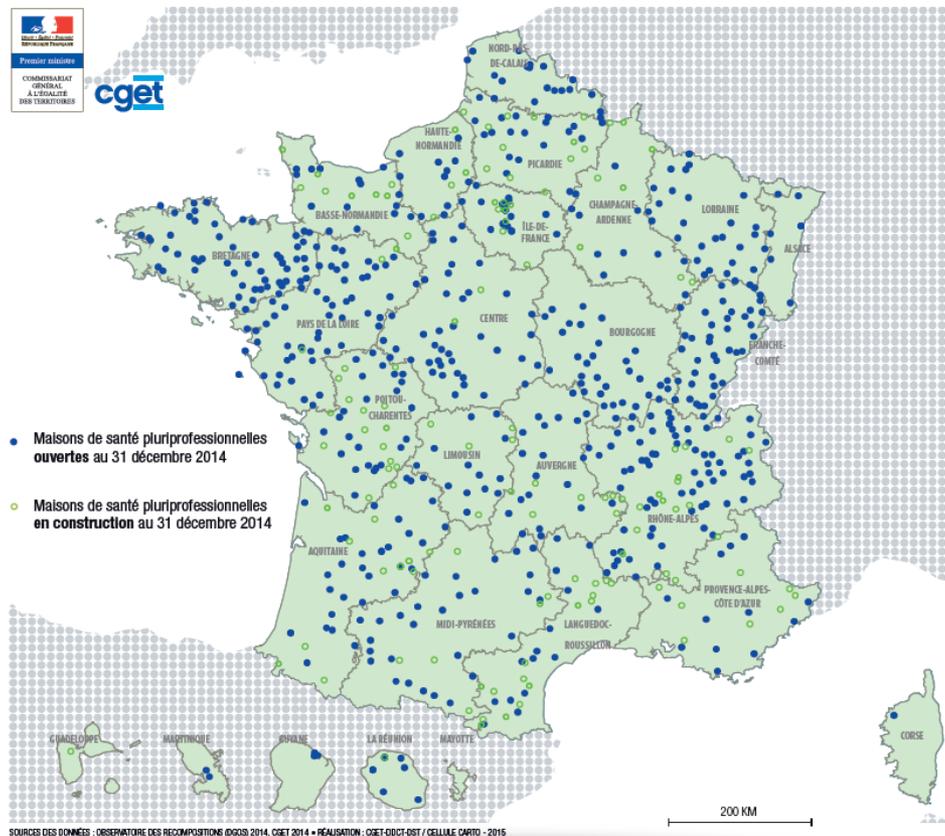
Taille moyenne d'une MSP :

- 5,1 Médecins Généralistes
- 9,2 Paramédicaux
- 3 Pharmaciens
- 1,6 Chirurgiens-dentistes

## Mars 2016 ?

Plus de 800 MSP ?

Et après ?...



# Un changement de l'organisation des soins primaires

## Le développement des MSP conduit à des points de rupture :

- **La fin de l'exercice isolé** des professionnels de santé avec une évolution **vers des équipes traitantes**
- **La nécessité de partager et d'analyser les données** produites dans l'exercice de soins
- **La mise en place de protocoles de soins**
- **La mise en place de forfaits de rémunération pour des équipes** (ex : NMR)

## Décrets, arrêtés, circulaires

### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité

NOR : AFSS1606162A

Le ministre des finances et des comptes publics et le ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la sécurité sociale,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>** – Est approuvé le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité transmis le 17 février 2015 et annexé au présent arrêté.

**Art. 2.** – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 23 février 2015.

*La ministre des affaires sociales,  
de la santé  
et des droits des femmes,*

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur  
de la sécurité sociale :

*Le chef de service,  
adjoint au directeur  
de la sécurité sociale,*  
F. GODINEAU

*Le directeur général  
de la santé,*  
B. VALLET

*Le ministre des finances  
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur  
de la sécurité sociale :

*Le chef de service,  
adjoint au directeur  
de la sécurité sociale,*  
F. GODINEAU

REMUNÉRATION: en	REMUNÉRATION FIXE: critères et nombre de points	REMUNÉRATION VARIABLE: critères et nombre de points pour une population de référence de 4000 patients	TOTAL nombre de points pour 4 000 patients
Remunération SOCLE critères prévus pour déclencher la rémunération (1)	2 500	2 500	5 000
1. Accès aux soins	2 Critères : 1. Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin (2) et pendant les congés scolaires ; 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré ; 3. Fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, etc.) organisée avec un responsable identifié Objectif : respect des engagements et formalisation dans chartes d'engagement affichées.	1 200	1 200
2. Travail en équipe pluri-professionnelle	1 critère : Elaboration par la structure, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées à l'article 32 du règlement arbitral.	500	1 000
3. Système d'information	1 critère : Système d'information conforme au cahier des charges de FASP santé labellisé de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 20 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 60 % la deuxième année. Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, ce critère est considéré rempli si la structure dispose d'un logiciel partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec la DMP.	1 000	1 500
	Partie fixe de la rémunération : 850	Partie variable de la rémunération : 1 500	2 350
Remunération OPTIONNELLE	1 450	900	2 350

## FFMPS

# Une réglementation changeante

## Le projet de santé

## Le règlement arbitral

# Une réglementation changeante

## Le projet de santé

L'article L.6323-3 du code de la santé publique impose aux maisons de santé pluriprofessionnelle de **se doter d'un projet de santé**, qui doit être transmis à l'ARS pour information. Le projet de santé doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux (PRS, SROS,...) mais l'équipe reste libre de ses orientations.

Le projet de santé formalise la manière dont l'équipe traitante souhaite travailler :

- dans une perspective de prise en charge sur un territoire (éveil sur les particularités du territoire, besoins territoriaux en termes de prévention et d'éducation thérapeutique,...) ;
- dans une perspective de prise en charge globale des patients.

**Le projet de santé est validé par l'ARS.**

# Une réglementation changeante

## Le règlement arbitral (1/2)

Entré en vigueur en février 2015, le règlement arbitral :

- **généralise le principe de rémunérations** versées à des structures pluriprofessionnelles qui avait été **expérimenté dans le cadre des NMR** ;
- **visé à encourager le développement du travail en équipe** en versant à leur structure commune une rémunération valorisant les services développés.

**Le règlement arbitral a pour objectif de favoriser :**

- L'accès aux soins ;
- Le travail en équipe ;
- Le développement des systèmes d'information.

**Les rémunérations sont versées par l'Assurance Maladie**

# Une réglementation changeante

## Le règlement arbitral (2/2)

Les exigences posées par le règlement arbitral ont une implication forte sur les SI :

- **En termes d'équipements**
- **Au niveau des données à produire** : les structures devront notamment être capables de **produire des indicateurs sur les temps de coordination** (réunions de revue pluriprofessionnelle tracées par pathologies). D'autres besoins de requêtage pourront être définis par les équipes traitantes selon leurs projets.

# Une évolution des pratiques et une nécessité de tracer les échanges

## Différentes formes de réunions

### Autour du cas d'un patient :

- Informelles de coordination
  - Ces réunions ont vocation, à terme, à être suivis à travers le SI. Elles existent d'ors et déjà dans le thésaurus (code existant dans la CISP).
- Formalisées : réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ou revues pluriprofessionnelles (RPP).
  - Les RPP doivent être formalisées et faire l'objet d'un suivi, à travers le SI, dans le cadre du règlement arbitral.



### Autour d'une pathologie (réunion de protocolisation)

- Le SI doit permettre d'identifier ces réunions, de produire les protocoles et de suivre ces derniers.

### Autour du projet de santé / de portraits de territoire :

- Projet de santé de l'équipe
- Projet de santé publique territoriaux
- Ces réunions doivent permettre d'identifier les déséquilibres dans l'état de santé de la population et les besoins.

# Un système d'information : pourquoi faire ?

## Des objectifs majeurs

### 1. Production de données :

- Liste des patients MT
- Thésaurus d'indicateurs CISP ou CIM 10 (minimum)
- ...

### 2. Production d'indicateurs, à travers des requêtes fournies ou faciles à créer sur :

- le nombre de réunions de coordination dans l'année, dans le cadre du règlement arbitral ;
- des thèmes permettant un audit de pratiques ;
- les indicateurs concernés par la ROSP.

**La production des indicateurs doit permettre de répondre aux exigences du règlement arbitral et aux besoins de suivi de la patientèle.**

**Le prérequis à l'atteinte de cet objectif est que les PS codent ou valident leurs données :**

- Le codage doit être simple et intuitif

### 3. Sécurisation des échanges internes et externes

# Un groupe d'application au sein de la FFMPS

## MSP Qualité

Un travail est en cours par la FFMPS sur la production et l'analyse des données.

➤ Objectif de production de données sur 3 pathologies et 3 indicateurs par pathology :

<b>DNID</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hba1c &gt; 8% deux fois de suite</li> <li>• Grade du risque podologique</li> <li>• Calcul de A/C pratiqué</li> </ul>
<b>BPCO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut tabagique renseigné</li> <li>• Spirométrie réalisée chez patients fumeurs à risque de BPCO</li> <li>• Vaccination antigrippale</li> </ul>
<b>Insuffisance cardiaque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccination antigrippale</li> <li>• Démarche éducative mise en place</li> <li>• Hospitalisations</li> </ul>

Une demande sera faite aux éditeurs concernés par ce groupe :

➤ Des ajouts pour disposer de ces indicateurs à des fins de recherche observationnelle

**La fédération met également en place des médecins DIM** qui travaillent dans les MSP sur la structuration et l'exploitation des données :

➤ Harmoniser les demandes des MSP et ainsi structurer l'expression des besoins



**Merci aux éditeurs**

**Très franchement de la part de la FFMPS**  
**Et avec tous nos vœux**

