

URML Île-de-France

Union Régionale
des Médecins Libéraux

Les petits-déjeuners « Café Réseaux »

Mardi 18 septembre 2007

Intervenant : Dr Alain LIVARTOWSKI, DIM à l'Institut Curie

Modérateurs : Pr Eric LEPAGE à l'AP-HP

Dr Jean-Paul HAMON, Elu de l'URML IDF

Grand témoin : M. Dominique COUDREAU, Président du GIP DMP

La séance est ouverte à 7 heures 15.

Dr M. SYLVESTRE. - Merci à tous d'être présents et toujours fidèles à nos rendez-vous des petits déjeuners cafés réseaux qui ont une expérience. Je vous rappelle au passage que vous avez sur le site de l'Union plus de 5 ans de capitalisation d'expériences avec tous les actes des cafés réseaux initiés à l'époque par le Dr Bernard HUNYH, que nous avons poursuivis, capitalisation d'expériences qui, j'en parlais ce week-end avec notre ministre, est bien nécessaire par rapport à la nouvelle gouvernance. Je crois que le fil directeur de cette année, puisque c'est toujours un peu difficile à l'avance d'établir un programme annuel, sera essentiellement celui d'une capitalisation d'expériences et d'une force aussi de propositions, que nous allons effectivement aujourd'hui commencer par les systèmes d'information.

Puisque nous commençons déjà avec un petit peu de retard, je ne voudrais pas que l'année soit sous les mêmes augures, donc merci Jean-Paul.

Dr JP HAMON. - Avant de commencer, je voudrais vous dire quand vous interviendrez, vous direz votre nom pour notre sténotypiste et clairement, de façon que ça soit bien inscrit dans les comptes rendus. Merci.

On a reproché récemment le budget communication du GIP DMP. Je lui reconnais un mérite : il a permis, en Île-de-France, de faire se rencontrer tous les intervenants du monde de la santé : hospitaliers, libéraux, l'ARH, l'URCAM, ... et d'aboutir à la création d'un projet unique en France par la présence de tous les partenaires autour de la table. Ce n'est pas rien car ce n'est arrivé nulle part en France.

Grâce au FAQSV, j'ai obtenu de déployer happy crypte* qui fonctionne sur Mac et sur PC et que j'ai adopté après l'avoir essayé moi-même. C'est ce que je recommande à tous les utilisateurs, de ne pas croire les informaticiens, d'utiliser d'abord quelque chose avant de l'adopter.

La messagerie sécurisée est la seule façon simple de faire communiquer entre eux les professionnels de santé, car le constat de terrain est que les professionnels de santé ne se connectent pas sur Internet pour aller chercher l'information, d'où le peu d'utilisation des web mails et un notamment dont vous avez beaucoup entendu parler actuellement, développé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Le credo est que n'importe quel médecin doit pouvoir communiquer avec n'importe quel autre, quel que soit son matériel, sa messagerie.

Alain Livartowski défend l'idée d'un patient, un dossier. Une femme qui a un cancer du sein, un diabète ne doit pas avoir 2 dossiers, mais 1. C'est le message pour les informaticiens des réseaux.

Les réseaux doivent avoir un dossier communicant. Alain Livartowski défend la nécessité de faire circuler l'information par messagerie, on est d'accord. Je te passe la parole.

Dr A. LIVARTOWSKI. - J'ai à peu près terminé, puisque les 2 messages sont à peu près ceux-là !

Je vous remercie de m'avoir invité. C'est un peu tôt mais bon !

Diaporama.

Je vais essayer de vous parler des systèmes d'information des réseaux et particulièrement de ce qui est en train de se mettre en place ou de ce qu'on va essayer de mettre en place en Île-de-France, d'être assez pratique, de ne pas vous faire une théorie sur le système d'information sur les réseaux, mais peut-être en partant de l'expérience, de l'existant, de dire éventuellement ce qu'on est capable, ce qu'on pourrait faire.

Je vais d'abord vous parler des réseaux, vous montrer que quand on parle de réseaux, de quoi parle-t-on ? D'une grande diversité des réseaux en Île-de-France.

Le point de vue des professionnels. Je vais vous donner un retour d'expérience, que je connais bien, mais qui nous a fait beaucoup réfléchir à ce que surtout il ne fallait pas faire.

Le système d'information des réseaux. On va parler à la fois de ce que c'est qu'un réseau local, quelque chose qui prend en charge les patients, et des réseaux d'organisation, qui eux ne prennent pas en charge directement les patients. On voit bien que déjà il y a 2 types de réseaux différents.

On va parler du DMP et plus encore du système DMP. Si le DMP n'avait pas été mis en oeuvre, ces réunions n'auraient pas lieu. Comme l'a dit Jean-Paul, un des grands mérites du DMP est de nous obliger à réfléchir sur ce qu'on veut comme communication de l'information entre les professionnels de santé. C'est un des grands apports du DMP et peut-être qu'un du DMP est qu'un jour il y a un DMP.

On va parler du projet en Île-de-France.

Le premier problème est que je dois vous parler des réseaux, de plate-forme et de portail. C'est ce que j'appelle un mot magique ; les linguistes disent que c'est un mot ambigu. Derrière ces mots, personne ne met exactement la même chose. Je vais vous expliquer que pour que les plates-formes, pour que les réseaux communiquent, il faut passer par un portail et tout cela était bercé par une plate-forme. C'est une façon de noyer le poisson mais c'est quoi un réseau, une plate-forme, un portail ? Ce ne sont pas les seuls mots ambigus qui existent, d'autres mots ambigus existent : DMP, DCC. C'est quoi tout cela ?

Premièrement, les réseaux. C'est un mot magique. Vous savez que c'est ce qui permet d'organiser les professionnels de santé entre eux, mais le système qui permet l'évacuation des eaux usées s'appelle aussi un réseau.

Qu'entend-t-on par réseau ? Il y a des gens des réseaux.

(Rires.)

Dr JP HAMON. – Là, tu es en plein dedans ! Fais gaffe à ce que tu vas dire quand même !

Dr A. LIVARTOWSKI. - Les réseaux sont très différents selon que ce sont des réseaux par pathologie (diabète, cancer), territoriaux, ou beaucoup plus étendus, selon les objectifs, pas toujours les mêmes, entre le réseau de cancérologie et le réseau de prise en charge de patients atteints de cancer ... ou qui nécessitent des soins palliatifs, ce n'est pas la même chose, satisfaire devant leur mode d'organisation, les modes de financement. Des réseaux qui fonctionnent bien ; des réseaux qui fonctionnent moins bien.

Il y a eu plusieurs rapports sur les réseaux. J'aurais pu citer le rapport de l'IGAS. Là, j'ai mis quelques phrases du rapport Jegou. Récemment, la Cour des comptes a écrit quelques pages sur les réseaux.

En gros, la constatation est que les réseaux aujourd'hui qui sont destinés à améliorer la communication entre la ville et l'hôpital ne remplissent pas correctement leur rôle. Et donc on a à réfléchir sur ce qu'est un réseau, à quoi ça sert, comment faire en sorte pour que la ville d'un côté, l'hôpital de l'autre et le troisième acteur intervenu récemment (les réseaux) puissent communiquer entre eux.

Exemple de diversité des réseaux en Île-de-France, vous avez ce que les théoriciens des réseaux appellent les réseaux substitutifs ou les réseaux de proximité. J'ai cité des réseaux qui prennent en charge des patients, des réseaux de soins palliatifs parce qu'effectivement ce sont des réseaux qui prennent en charge, qui organisent la coordination de patients qui sont lourds, atteints de cancer ou d'autre pathologie chronique lourde, et ce sont des réseaux qui au niveau local, entre les médecins libéraux, les infirmières et parfois en intervenant eux-mêmes auprès de patients prennent réellement en charge des patients.

Substitutifs pourquoi ?

Dr JP HAMON. - Continue. Je ne voudrais pas te couper. Mais FED 92 n'est pas un réseau ville-ville, mais un réseau ville-hôpital. On est même le seul réseau à communiquer directement avec la l'AP-HP elle-même. Donc une petite erreur dans le diaporama.

Dr A. LIVARTOWSKI. - Vous êtes aussi ville ville.

Dr JP. HAMON. - Il n'y a pas que Curie dans la ville.

Dr A. LIVARTOWSKI. - Ce sont des réseaux qui prennent réellement en charge des patients des réseaux de type soins palliatifs. J'aurais pu en mettre d'autres.

Il y a réseaux qu'on pourrait appelé subsidiaires.

Substitutifs pourquoi ? Il est très difficile pour un hôpital ou pour un médecin libéral d'organiser la prise en charge de patients aussi lourds. Il y a besoin d'une vraie coordination entre la ville et l'hôpital ou avec d'autres acteurs du système de santé libéraux qui ne sont pas forcément des professionnels de santé, un petit peu comme on pourrait prendre aussi l'exemple de Santé Services, de l'hospitalisation à domicile ou de structure privée qui nous aide à prendre en charge ces malades. Là, ce sont les réseaux qui prennent en charge les patients.

Les réseaux de soins subsidiaires donnent des moyens pour éventuellement pour les réseaux de proximité pour que tout le monde ne refasse pas la même chose. Ce sont des réseaux qui au niveau d'une région comme la cancérologie essaient d'organiser la prise en charge de cette pathologie.

Les réseaux hôpital-hôpital, je vais me méfier maintenant sur ce que je vais dire, je crois que je ne fais pas d'erreur, il permet entre les hôpitaux d'échanger de l'information. J'ai pris l'exemple du réseau TELIF, mis à l'assistance publique il y a de nombreuses années, qui permet d'échanger entre les services d'urgence des hôpitaux périphériques de service de grande gare neurochirurgie des images pour assurer une meilleure prise en charge des urgences neurochirurgicales.

Après, je vais être assez prudent sur les réseaux ville-hôpital ou hôpital-ville, les réseaux ville-ville. On aurait pu mélanger les deux diapos.

En gros, Gynecomed, Fed 92. Ce sont des réseaux qui entre la ville et l'hôpital permettent d'échanger de l'information, d'organiser la prise en charge. Gynecomed est pour la pathologie liée au cancer du sein. Pratiquement 200 gynécologues participent à ce réseau. Fed 92, c'est un des anciens qui fonctionne. Tu en parleras toi-même.

Il y a autre chose qu'il ne faut pas oublier, ce qu'on peut appeler les filières de soins. C'est quand tout est organisé, quand on a signé une convention et que des gens paient leur cotisation.

Il y a beaucoup de choses qui fonctionnent dans ces systèmes.

Je crois que la majorité de la prise en charge des patients ne rentre pas forcément dans ce qu'on appelle les réseaux, dans un système organisé. Il y a un tas de systèmes entre libéraux, entre libéraux et hospitaliers qui organisent ce qu'on va appeler les filières de soins. Par exemple entre l'Institut Curie et l'hôpital Foch, quand on décide de faire opérer un patient, à l'Institut Curie il n'y a pas de chirurgie thoracique, on a décidé de s'organiser avec 2 hôpitaux qui font de la chirurgie thoracique, c'est une filière de soins, on n'a pas signé de convention, les patients ne rentrent pas forcément dans un réseau organisé, mais il y a une filière qui existe entre 2 hôpitaux.

Ce système existe tout le temps. Quand un médecin généraliste décide d'envoyer le patient à un spécialiste, quelles que soient les raisons pour lesquelles il l'envoie plutôt à ce spécialiste, ce peut être des raisons multiples, parce qu'il habite à côté, ils ont fait leurs études ensemble, peu importe, en tout cas il existe des filières entre des professionnels de santé et qui sont 90 à 95 % de la prise en charge des patients qui est en général bien coordonnée, les gens s'écrivent, se téléphonent, se connaissent, et ça ne rentre pas dans le système des réseaux. Ca aussi c'est la prise en charge qu'il faut organiser. Les réseaux ne sont pas le seul système de coordination entre les professionnels de santé.

Selon les acteurs, si vous avez eu des parents au Parti Communiste, vous allez bien comprendre. Sinon...

Les réseaux, vous avez des permanents. Ce sont les salariés, payés par le réseau. Les chiffres que j'ai donnés sont une estimation. En gros, il doit y avoir trois cents permanents, qui prennent en charge les patients et qui s'occupent des réseaux.

Les militants. En général, c'est ceux qui ont été à l'origine des réseaux. Souvent ce sont des médecins libéraux. Ceux-là vous pouvez discuter avec eux, essayer de les convaincre que ce n'est pas comme cela qu'il faut faire, ce sont des militants. C'est eux qui vont vous convaincre que leur système est le meilleur, c'est comme cela. Les militants en Île-de-France, il y en a beaucoup dans la salle. Je l'estimais à peu près à mille.

D. COUDREAU. - Dans la salle ?

Dr A. LIVARTOWSKI. - En Île-de-France.

Dr JP. HAMON. - Selon la police !

Dr A. LIVARTOWSKI. - Vous avez les sympathisants, les copains des militants, parfois des épouses des militants. Des gens qui signent la convention, qui parfois paient une cotisation, qui vont participer à la prise en charge dans le cadre du réseau.

Ceux qu'il faut toucher, c'est ceux-là, pas les militants.

Jean-Paul ?

Dr JP. HAMON. - Je sais bien.

Dr A. LIVARTOWSKI. - C'est tous ceux-là.

PS ne veut pas dire Parti Socialiste. Je dis cela pour Bernard... Professionnels de santé.

Une fois qu'on a fait ce constat : premièrement les réseaux c'est une multitude de systèmes, et deuxièmement on n'a pas révolu avec les réseaux la communication entre la ville et l'hôpital, finalement quelle expérience on peut tirer de système mis en place ?

L'expérience de Portalys. C'est le système que je connais bien, ça permet peut-être de bien comprendre un peu ce qu'il ne faut pas faire.

Sont schématisés sur la gauche les systèmes d'information hospitaliers assez compliqués, où il y a des gens, des espèces de cylindres, ces systèmes d'information locaux. Quand tout se passe bien, on a un dossier médical. Éventuellement parfois, on peut le mettre sur Internet. Ceci est le mur de l'hôpital. On peut avoir éventuellement un dossier disponible sur Internet.

Portalys c'est quoi ? L'Institut Curie à un moment en 2000 2001 s'est dit : si on mettait notre système d'information hospitalier sur Internet, accessible pour le médecin et le correspondant par sa carte de professionnel de santé (PS). C'est le dossier de l'hôpital mis à disposition des professionnels de santé.

On a fait un sondage à un moment pour savoir si les gens étaient contents, si les médecins correspondants étaient contents de ce système. Sur 65 réponses, médecins correspondants, vous voyez les taux sont assez élevés pour ceux qui l'utilisent. Par exemple est-ce que vous attendiez la récupération d'informations pour la prise en charge ? A 80 % oui. L'avez-vous obtenue ? Oui à 90 %. Espérez-vous un gain de temps ? Oui, 68 %. L'avez-vous obtenu ? Oui 76 %. Ceux qui l'utilisent sont plutôt satisfaits du système. C'est sûrement un système pas mauvais.

Combien de médecins se connectent ? Depuis avril 2003, vous avez en jaune ceux qui se connectent par login, password, par mot de passe et en bleu par carte CPS. Comme tout le monde n'avait pas de carte CPS, on a permis...

Dr JP HAMON. - En jaune aussi, il y a ceux qui sont en Mac. Je te le dis parce que j'ai essayé.

Dr A. LIVARTOWSKI. – Là, on a regardé les connexions. Ce n'est pas à jour, c'est jusqu'en décembre 2006. En gros, c'est le nombre de médecins qui se sont connectés au moins une fois. En gros, on est à peu près à 200 sur un nombre potentiel d'environ 50 000 correspondants. A Curie, on a une base de 50 000 correspondants qui ont envoyé au moins une fois un patient. 200 se sont connectés une fois. C'est sur le plan technique une réussite, sur le plan commercial un échec... On s'est posé beaucoup de questions.

Après, est arrivé le DMP. Non. Je recommence. Erreur de temps. Après, devrait arriver le DMP et le DCC. On s'est dit ce pauvre médecin correspondant qui déjà ne se connecte pas souvent sur Portalys, il faudrait en plus qu'il se connecte sur le DMP, éventuellement pour le même patient.

Dr ML ALBY. - DCC ?

Dr JP HAMON. - Dossier Communiquant Cancer.

Dr A. LIVARTOWSKI. - Très vite on s'est dit le pauvre médecin avec sa carte CPS pour connaître l'information concernant un patient, le patient a un diabète pour simplifier, est dans le réseau cancer, dans le réseau diabète, a un dossier à Curie, un DCC. Pour avoir l'information nécessaire pour ce patient, ce médecin doit se connecter sur tous ces systèmes. Il ne se connecte pas sur un. Comment va-t-il faire pour se connecter sur n systèmes ? C'est sûr que ce n'est pas ça qu'il faut faire.

En gros, la démonstration est faite. Un, Portalys ce n'est pas ce qu'il fallait faire. Deux, ce n'est pas cela qu'il faut faire. Tu es d'accord ?

Dr JP. HAMON. - Ta diapositive, je pourrais te la piquer parce qu'elle est très belle. Elle est magnifique. Tu peux la passer à Jacques SORET aussi ?

Dr A. LIVARTOWSKI. - Il est d'accord.

Que faut-il ? Que le médecin, quand il se connecte sur son système par la carte CPS, il y a un Décret maintenant, depuis le 15 mai, qui dit que c'est par la carte CPS. Il faut qu'il se connecte via un portail (la notion de portail apparaît), un portail unique.

Le portail unique c'est quoi ? C'est son système. Il faut que le médecin, quand il se connecte sur son système, accède bien sûr à son dossier, au dossier de ce patient dans son système, mais s'il le souhaite et si le patient a donné son accord, qu'il puisse accéder à l'ensemble des systèmes dans lequel il y a de l'information.

Je résume un peu tout cela. C'est quoi les conditions pour que cela fonctionne ? J'en ai 10. Pourquoi 10 ? C'est un chiffre rond.

Premièrement, pas de travail en double. Si l'on croit que les gens vont à la fois taper dans notre système ou dans un autre, de réseau ou autre, ça ne marchera pas.

Après, il faut que l'information soit classée. Si elle n'est pas correctement classée, c'est inutilisable.

Il faut qu'elle soit hiérarchisée. Toutes les informations n'ont pas la même valeur. Quand je décide une chimiothérapie, l'information la plus importante pour la décider est la numération formule sanguine. Tant que je ne l'ai pas, je fais en sorte que tout l'hôpital cherche ma numération formule sanguine. 15 jours plus tard, elle n'a plus aucune valeur informationnelle.

La synthèse. Si vous lisez un dossier page par page, c'est impossible. Soit vous avez une vue synthétique de ce qui se passe et d'un coup d'œil, d'une phrase, vous pouvez savoir de quoi le patient est atteint, soit ce n'est pas la peine.

Il faut pouvoir rapatrier votre document dans votre système. Vous n'avez pas toujours besoin d'aller chercher ailleurs.

Il faut l'accord du patient, à condition que ça soit simple à gérer. S'il faut discuter... Je ne sais pas pourquoi je m'adresse toujours à toi, puisque tu es militant, tu es déjà convaincu ; je vais donc m'adresser plus à la salle. L'accord du patient simple à gérer. Si à chaque fois que vous demandez l'accord du patient il faut remplir trois formulaires, ça dure 10 minutes, bien sûr on ne le fera pas.

Le lien entre les différents dossiers, j'en ai parlé.

Cela ne marchera que si c'est accessible en un clic, en moins d'une seconde et s'il y a un seul dossier par patient. Les informaticiens, débrouillez-vous.

Dr JP. HAMON. - Voilà.

Dr A. LIVARTOWSKI. - Un exemple, j'ai pris l'exemple du dossier de l'Institut Curie, le mien quand je suis en consultation, mais j'aurais pu prendre le vôtre, peu importe. Quand je me connecte, je me connecte sur mon système, j'ai donc les comptes rendus qui concernent le patient que je prends en charge.

Il a une première consultation, fibroscopie bronchique et un compte rendu pathologique. C'est mon dossier. Ce sont les informations que j'ai créées dans mon système.

Avant de venir à l'Institut Curie, il a consulté d'autres médecins, a eu d'autres examens. Je veux y accéder par le DMP DCC, le système qui me permettra d'accéder à des documents et de les rapatrier. Je vais appuyer sur un bouton, un clic et avoir la réponse en une seconde. Démonstration faite, en une seconde j'ai l'information dont j'ai besoin.

J'ai l'information élaborée à plein d'endroits, je me moque de savoir où il a été élaboré, par le docteur X qui a fait une lettre, le docteur ... qui a fait un compte rendu, le patient a été hospitalisé, il y a une consultation de ville. Je veux avoir pour ce patient un dossier en moins d'une seconde avec un clic, quel que soit le mode de prise en charge que ce soit en médecine de ville, à l'hôpital ou dans le cadre d'un réseau.

Réfléchissons à ce qu'est la sphère locale et la sphère partagée. Je vous ai dit que quand j'étais sur mon système, je suis chez moi, personne ne peut y rentrer, je suis dans la sphère locale. Quand vous êtes dans votre logiciel de gestion de cabinet, vous êtes chez vous, c'est votre système, personne ne peut y rentrer.

Le reste c'est la sphère partagée, c'est l'extérieur de votre système, l'hôpital ou le médecin libéral si je parlais de vous, c'est la sphère où les autres professionnels ont souhaité utile de partager l'information.

Il faut bien comprendre qu'il y a 2 systèmes, chez vous, en gros, et chez les autres.

La sphère locale, qu'y a-t-il dedans ? Les systèmes d'information hospitaliers. J'en ai parlé. Les logiciels de gestion de cabinet, au sens large, un cabinet de radiologie, de laboratoire biologique, c'est un système de logiciel de gestion de cabinet, de groupe. On les appelait LGC. Je crois LPS maintenant. C'est votre logiciel de gestion quotidienne pour à la fois gérer votre activité, la comptabilité et aussi vos dossiers patients.

Les réseaux substitutifs sont dans la sphère locale, prend en charge le patient, il crée de l'information. Il fait une fiche de synthèse éventuellement. On est dans un système un peu comme un cabinet de groupe ouvert sur l'extérieur. On est dans la sphère locale.

Le DMP est la sphère partagée, le système dans lequel on range les informations qu'on veut donner à disposition des autres professionnels, avec l'accord du patient.

Le DCC, on est aussi dans la sphère partagée. C'est le dossier communiquant de cancérologie. J'en dirai une diapo. J'avais oublié de mettre la diapo sur le DCC, je l'ai mise au dernier moment.

Les autres réseaux subsidiaires, il n'y a pas que la cancérologie. D'autres réseaux peuvent vouloir organiser la prise en charge, le diabète, la péri-natalité. On est dans des réseaux subsidiaires qui veulent organiser la prise en charge.

Il y a toutes les autres organisations qu'il faut régler. J'ai cité la télémédecine, parce qu'il est très important pour les spécialistes par exemple d'échanger des images.

A Curie on avait des dossiers films, quand le patient se faisait opérer amis rames longues*, pour ne par perdre les films, on prenait le gros dossier radio, un porteur portait le dossier radio.

Maintenant c'est informatisé, c'est électronique. On peut le mettre sur un CD-Rom. Maintenant, le même porteur prend le CD-Rom et va le porter. On ne peut pas le perdre. Ils reprennent le CD-Rom, le mettent. Il faut régler les problèmes de télémédecine, les images sont aussi importantes que les textes, pour qu'elles puissent circuler.

Les réseaux ville-hôpital, c'est une organisation sur laquelle il faut régler la communication.

J'ai parlé des filières, toutes les filières de soins, tous les systèmes qui doivent communiquer entre eux.

En fait, c'est cela la diapo qui est l'image du bordel ambiant. Là, on est dans la sphère locale, là dans la sphère partagée. C'est ça qu'il faut organiser. Cela ne s'organise pas ni par Décret ni par des Circulaires, etc., c'est la vraie vie. Vous ne savez pas pour un patient donné s'il va circuler entre ça et ça, etc. Il faut que le système soit indépendant de l'organisation, que ça marche quelle que soit la façon dont le patient rentre dans le réseau, dans le SIH ou dans le LGC.

On a défini la sphère locale, la sphère partagée. Qui est dans la sphère locale ? Il y a le médecin, avec sa carte CPS, le médecin de ville, SIH, certains réseaux. Il faut qu'il puisse accéder à un seul système par un portail, à un endroit dans lequel on aura rangé tous les documents que l'on veut voir partager. J'en ai mis deux : le DMP, le DCC. Il pourrait y en avoir d'autres.

Pourquoi il ne faut qu'un portail ? La notion de portail unique est fondamentale. Si à chaque fois que vous devez rentrer dans un système il faut vous connecter, avoir une authentification différente, vous n'irez jamais. Il faut que l'authentification, identification soit commune.

Le DMP est en train de mettre en place ce portail au niveau national pour le DMP. Utilisons-le, le système mis en place par l'État, dont on sait que c'est compliqué, cela coûte beaucoup d'argent pour que tous les professionnels puissent rentrer entre le système local chez vous c'est votre mot de passe et le système local dans lequel vous pourrez accéder.

Il faut que ce système puisse gérer... J'aurais pu mettre le portail de l'autre côté.

Dr JP. HAMON. - C'est cela l'ennui, on ne sait pas par où rentrer.

Dr A. LIVARTOWSKI. - Peu importe. On a peut-être besoin d'un portail régional à condition qu'il puisse communiquer, être interopérable avec le portail national. Peut-être qu'ici il y a un portail régional avant de rentrer dans le portail national. C'est un schéma. Ce portail doit gérer les réseaux ville hôpital, les communications entre professionnels, les réseaux régionaux, la télémédecine, etc. et ce que l'on va appeler la messagerie sécurisée, le fait qu'entre professionnels on n'a pas forcément besoin de rentrer des informations dans un système partagé, on a besoin de communiquer entre nous, entre médecins de ville et l'hôpital, entre différents médecins de ville.

Le dossier que j'avais à traiter est les réseaux. Il faut que les réseaux aussi puissent communiquer. Un des problèmes qu'on rencontre est qu'aujourd'hui, les réseaux de proximité communiquent peu ou pas avec les autres professionnels de santé. Ils ont fait la même erreur que nous, ils ont dit on va faire un Portals, faire un système dans lequel les médecins vont venir chez nous pour lire, éventuellement pour écrire. La réponse est non ça ne marche pas. Ce n'est pas comme cela qu'il faut faire.

Dr JP. HAMON. - C'est impressionnant parce que 200 types qui se connectent sur 50 000 correspondants, et on continue à dire que le web mail va être une solution. Là c'est clair, ça lui aura coûté fort cher sa communication...

Dr A. LIVARTOWSKI. - Cela n'a pas coûté très cher.

Dr JP. HAMON. - Maintenant qu'on est dans des prix astronomiques...

Dr A. LIVARTOWSKI. - Ca a coûté évidemment. Mais quand c'est un hôpital qui fait l'erreur ou un réseau, cela ne coûte pas très cher. Ce qui coûterait très cher serait si tout le monde faisait la même erreur.

Le système DMP. Je vais parler du DMP mais plutôt du système DMP, parce que le DMP est le dossier du patient, mais derrière, pour que cela fonctionne, il faut mettre en place tout un système de portail, de plate-forme, dont on sait qu'il est lourd et compliqué. Je vais plutôt parler du système DMP, l'ensemble de l'infrastructure qu'il faut mettre en place pour que tout cela fonctionne.

C'est quoi ? En 10 points.

M. D. COUDREAU. - Chez toi, c'est toujours les 10 commandements !

Dr A. LIVARTOWSKI. - Je suis le Moïse du système d'information !

Premièrement, le DMP c'est quoi, si on voulait définir sur une diapo ? C'est le dossier du patient et on sait qu'il est plébiscité par les patients, les patients le veulent, l'attendent.

On sait que cela comprend des documents. C'est important puisque entre nous on gère des documents : comptes rendus d'hospitalisation, des lettres, etc., c'est important. A terme, probablement, les données structurées, on en aura besoin.

Au début, il sera forcément incomplet. Le jour où l'on va créer le DMP, les gens ne vont pas se mettre... Pour envoyer de l'information dans le DMP, il faut déjà être informatisé. On sait que tout le monde n'est pas informatisé, ça va donc prendre du temps.

Surtout, on n'aura pas l'historique. On va commencer la maladie à un instant T, on n'aura pas tout l'historique. C'est forcément incomplet par conception.

Il sera consultable et alimenté par les médecins, destiné à faciliter la coordination entre les professionnels et appartenant au patient, c'est lui qui décide qui a accès, quel type d'info on peut y voir figurer. Le patient y a accès.

Il est soumis à des textes. C'est un des problèmes français : pour écrire le cahier des charges du DMP, il faut écrire des lois, des décrets, des circulaires, c'est très compliqué. Ce n'est pas comme cela qu'on fait un système d'information, par des décrets, c'est trop compliqué, trop lourd. C'est comme cela.

Le cahier des charges est national et s'appuie sur l'infrastructure lourde et coûteuse, lourde c'est sûr, coûteuse ça l'est aussi, prise en charge par l'État.

Utilisons ce système, qui sera probablement très utile lorsqu'il sera mis en place.

Mais je vais plutôt parler du système DMP. Premièrement, il permet aux acteurs de se rencontrer. Le DMP nous oblige à réfléchir à ce que doit être la coopération entre médecins pour que cela fonctionne. Un des premiers mérites du DMP est notamment au comité d'orientation présidé par Dominique Coudreau : on voit bien qu'on échange énormément sur la façon dont il faut mettre les choses en place.

Deuxièmement, ça va booster nos systèmes d'information puisqu'il faudra qu'on alimente le DMP, il faudra bien qu'on soit informatisé. Derrière le projet hôpital 2007, 2012, des moyens vont être mis en place et les hôpitaux vont se remuer pour enfin avoir les comptes rendus informatisés des dossiers patients.

Pareil pour les libéraux. Ça nous oblige à réfléchir aux problèmes légaux. Jusqu'à maintenant tout ce qui était droit concernant l'accès du patient, on s'asseyait un peu dessus, en terme de sécurité, ce n'était pas toujours correct.

Cela met en place les bases de l'interopérabilité. Pour que tous ces dossiers communiquent entre eux et qu'on puisse lire sur votre même ordinateur les informations qui viennent d'un logiciel de gestion de cabinet et hospitalier, il faut que tout cela soit interopérable, comme les informaticiens disent. Il faut que les choses se comprennent entre elles. Cela met en place des infrastructures lourdes. J'ai parlé de portail, j'aurais pu parler des hébergeurs. Cela permet de déployer des échanges sécurisés entre professionnels et ça peut favoriser éventuellement les expérimentations.

Pourtant avec le DMP, le risque est qu'on pense que si on met en place le DMP, finalement tout s'arrête, il n'y a plus besoin d'informatiser ni les réseaux, ni ce qui se passe au niveau local. Non parce que ça ne répond pas à tous les problèmes. D'abord, le DMP est trop lourd, le DMP comme dossier, trop lourd pourquoi ? Tout le monde veut aller dans le DMP : les médecins, sages-femmes, kinés, chirurgiens dentistes. On risque d'avoir un DMP très lourd ou au contraire tout léger puisque j'ai dit qu'au début il n'y aurait pratiquement rien dans le DMP. Il sera soit trop lourd, soit trop léger.

De toute façon, il ne remplace pas vos outils, nos outils.

On n'a pas réglé tous les débats sur le DMP. C'est long à se mettre en place. Une fois qu'il sera mis en place, ce sera une machine très lourde pour laquelle il faudra s'adapter.

Pourtant, ce système est indispensable.

Oui il faut utiliser le projet DMP pour favoriser la communication entre médecin mais non, le DMP ne peut pas résoudre tous les problèmes.

J'avais oublié, j'ai rajouté la diapo au dernier moment. Je vous ai parlé du DCC. Vous avez le DMP qui est le dossier dans lequel on va ranger des informations concernant tous les patients malades et patients pas malades, puisque heureusement tout le monde n'est pas malade. C'est vrai. Le risque est qu'au début il n'y ait que les patients simples.

Ce qui compte est d'avoir des patients malades. Ça concerne tous les patients.

Le DCC est le dossier communiquant de cancérologie, c'est le nom que d'incas lui a donné. L'idée du DCC est née avant le DMP, par une agence, une structure l'inca <, pas l'État. C'est peut-être un des premiers problèmes, il y a une première structure qui a inventé l'idée d'un DCC, c'est un peu un dossier communicant, un dossier médical personnel, pour les patients atteints de cancer. Est arrivé le DMP. A quoi ça sert ? Il en faut deux.

Premièrement, il y a un projet DMP c'est clair, il y a toujours un projet DCC, il y a donc 2 projets. Il serait indispensable qu'entre le projet DMP national et le projet DCC qui sont régionaux il y ait une bonne coordination pour qu'on ne fasse pas 2 fois la même chose. Sinon il faudra aller se connecter d'abord sur le DMP, après sur le DCC, ceci n'est pas tenable. Cela ne fonctionnera qu'à condition que les projets soient cohérents, même si la chefferie de projet d'un côté est national et de l'autre régionale.

Y a-t-il des grandes différences ? Ca dépend devant qui vous parlez. Si vous parlez devant des cancérologues, il faut dire qu'il y a une grande différence. Si on parle devant des généralistes, les différences sont assez ténues.

Informations partagées. Dans les 2 cas vous avez des informations à partager. L'idéal est que ce soient les mêmes informations. Si vous envoyez dans le DMP certaines informations et dans le DCC d'autres, pour récupérer l'ensemble du dossier il faudra aller regarder d'abord dans l'un et après dans l'autre.

Entre nous, entre cancérologues par exemple, ce peut être vrai pour d'autres spécialités, on a besoin de service d'organisation entre nous. Le DCC doit être le système qui doit permettre entre les cancérologues de travailler ensemble. Je ne vais pas vous donner des exemples, peu importe, ils sont plutôt inventés. Le DCC aujourd'hui n'existe pas.

Vous voyez que la différence entre les deux est quand même assez... Par contre l'objectif est le même : d'améliorer la coordination entre les professionnels, que ce soit du DMP ou DCC c'est le même objectif.

Il y a des différences en termes d'accès. Pourquoi ? Dans le DMP c'est le patient qui décide qui a accès. Dans le DCC, le patient va voir un professionnel, qui travaille soit en réseau soit en filière, peu importe, il travaille entre plusieurs professionnels, c'est lui qui va proposer au patient de dire si vous venez me voir, il faut savoir que le professionnel avec qui je travaille d'habitude, le réseau local, de cancérologie locale, ou la filière, l'équipe de radiothérapie, de chirurgie avec qui je travaille, c'est tel et tel médecins. Le malade a le droit de changer d'avoir un avis divergent, mais en général quand il vient vous voir, il respecte votre filière. Dans ce cas c'est le réseau qui ouvre les droits, lui qui dit si vous venez me voir, vous serez opéré par telle ou telle équipe, il y a 2 équipes, mais on ne travaille pas avec tous les chirurgiens thoraciques de l'Île-de-France. C'est nous qui allons ouvrir les droits pour savoir si le chirurgien thoracique aura accès à telle ou telle information. Ce n'est pas le patient.

L'accès direct au DMP est prévu de par la loi, pas prévu dans le cadre du DCC. Le masquage des données est prévu dans le cadre du DMP. Si le patient vient vous voir en disant je veux bien que vous informatisiez mes données mais que personne ne les voit, ça ne se fait jamais.

Je raconte toujours l'anecdote, c'est toujours la même, vous ne l'avez peut-être pas entendue. Quand on a mis en place notre dossier médical en interne, mis en place sur Portalys, on s'est posé la question, ça a duré à peu près 6 mois, si les malades allaient être d'accord, Internet n'allaient-ils pas avoir peur ? Les malades pourraient masquer les données, refuser l'accès ?

Comment on allait faire. Cela a duré à peu près 6 mois et un jour d'abord on a ouvert pour 10 correspondants, copains. Il ne s'est pas passé grand-chose. Les patients à chaque fois qu'ils viennent ont le droit de dire qu'ils ne donnent pas d'accès sur Internet. C'est arrivé une fois, c'est une jeune femme américaine avocate.

C'est quoi le projet en Île-de-France entre nous ? Il y a trois sous-projets. Le premier est mettre en place la plate-forme régionale. J'ai cité les portails, il fallait que je parle des réseaux, j'en ai parlé, du portail, j'en ai parlé. Maintenant la plate-forme. C'est quoi ? Aujourd'hui, elle peut fonctionner que si entre nous, on s'appelle de la même façon. S'il y a un annuaire des médecins commun, identique. Sinon on ne pourra jamais correspondre.

La première chose à faire est de constituer un annuaire des médecins, des professionnels de santé de la région. Il sera interfacé avec le projet national dont j'ai oublié le nom. RPPS je crois.

M. D. COUDREAU. - Oui.

M. LIVARTOWSKI. - Quand il verra le jour. En attendant, il faudra bien au niveau local gérer tout cela, donc construire un annuaire. Cet annuaire est indispensable pour mettre en place une messagerie sécurisée entre professionnels.

Le premier sous-projet est la mise en place de la plate-forme régionale.

Le deuxième est d'aider les professionnels à s'informatiser. Il n'y aura pas de partage d'informations numériques si les gens ne sont pas informatisés. C'est d'aider les hôpitaux, médecins libéraux, les réseaux de proximité, je vais dire un mot du projet R MES, à s'informatiser, pour qu'on puisse communiquer.

Le troisième sous-projet est l'informatisation des réseaux, le projet inca, le projet de télémédecine, et d'autres projets qui consistent à faire en sorte qu'entre réseaux les choses communiquent.

Ce qui est prévu au niveau de la région Île-de-France, d'autres l'ont fait. On a déjà l'expérience d'autres régions qui ont mis en place des choses qui existent. 16 sur 26. C'est une diapo que j'ai récupérée de M. Philippe Ginesti, qu'il a présenté en avril quand il a présenté le projet système d'information des hôpitaux...

DR JP. HAMON. - Il y en a 16 sur 26 mais il y a une limitation avec le comportement de pas mal d'ARH qui ont fait une plate-forme régionale, mais dont la démarche est un peu curieuse en disant aux libéraux c'est comme cela que vous devez faire et pas autrement. Cela limite un peu le dialogue. C'est vrai qu'il y a eu pas mal de crispations, ce qui explique qu'en Ile de France on soit les seuls à fonctionner ensemble.

Dr A. LIVARTOWSKI. - Quand des projets sont mis en place, ça veut dire que des projets fonctionnent, dont on peut essayer de s'inspirer, des projets qui ne fonctionnent pas, dont on peut s'inspirer pour dire ce n'est pas comme cela qu'il faut faire. On n'est pas les seuls à mettre en place ces projets. 9 ont déjà mis en place des plates-formes qui créent des services de messageries sécurisées, des annuaires d'identité vigilance, d'autres systèmes de ce type.

C'est la même chose sur une diapo, en gros en haut vous avez les réseaux de proximité, les médecins de ville, les hôpitaux, un portail et un système où toutes les informations partagées sont hébergées, que ce soit le DMP ou le DCC. Qu'il y ait un ou deux hébergeurs, c'est un problème technique, on s'en moque. On sait qu'il y aura probablement plusieurs disques durs

tout ne va pas tenir sur un seul, donc peut-être plusieurs ordinateurs, donc peut-être plusieurs hébergeurs. On s'en moque un peu. On veut que ça soit hébergé quelque part et que cela fonctionne.

Quand tu va retirer de l'argent avec ta carte bleue, tu te moques de savoir où les données de ton compte sont hébergées. Elles ne le sont peut-être pas à Paris.

DR JP HAMON. - En Inde.

Dr A. LIVARTOWSKI. - Où cela coûte moins cher.

Le projet R.MES c'est un projet intéressant. Pourquoi ? L'objectif est d'informatiser les réseaux de proximité.

Les réseaux de soins j'en ai déjà parlé, c'est quoi ? Ce sont de petites structures, souvent gérées par une association loi 1901 qui existent puisqu'elles ont une adresse, un téléphone. Elles existent sur le plan physique, en général autour d'une thématique, prennent en charge une part de la pathologie dans le secteur. Jamais ces réseaux territoriaux subsidiaires ne prennent en charge toute la pathologie de ce secteur. Parfois elles sont très utiles parce que ce sont des prises en charge de patients lourds, qui ont des maladies chroniques et c'est important que de petites structures permettent une meilleure coordination au niveau de ces patients qui ont des pathologies lourdes ou chroniques.

Ce sont des réseaux financés. Comme ils existent, ils ont comme tout le monde des besoins en système d'information.

Quand on a fait le bilan pour 2 thématiques, la cancérologie et les soins palliatifs, on s'est aperçu de quoi ? Je vais être rapide. A part quelques exceptions, souvent les systèmes d'information des réseaux sont mal adaptés à leurs besoins, souvent demandent une double saisie, le médecin fait son compte rendu, l'envoie au réseau qui ressaisit. Ce n'est pas sécurisé, en général l'ordinateur est dans la cuisine, parce qu'ils ont loué des appartements.

Ce n'est pas évolutif. A chaque fois qu'il faut faire une évolution il faut repayer.

Ce n'est pas compatible avec le DMP. Normal, puisque le DMP n'existait pas. Demain il faut qu'il soit compatible avec le DMP.

Ils communiquent très peu. C'est bizarre que les réseaux chargés de la coordination entre la ville et l'hôpital ne communiquent pratiquement pas avec la ville et l'hôpital.

Ils sont peu utilisés par les autres professionnels, seulement les militants et les permanents.

Ca coûtait trop cher.

Le projet R. MES c'est quoi ? 37 réseaux, tous volontaires, 4 thématiques : la cancérologie, les soins palliatifs, le diabète, les patients âgés qui ont besoin d'un dossier réseau pour fonctionner.

Un dossier de réseau c'est quoi ? Un dossier patient, une gestion de coordination entre eux et surtout communiqué avec les autres.

Il faut qu'il soit compatible avec le DMP, le DCC, qu'il ait une carte, soit accessible par une Carte de Professionnel de Santé, normalisé, sécurisé. En gros ça ressemble un peu à un outil de cabinet de groupe.

Là c'est la diapo du consultant. C'est plus propre.

En faisant l'évaluation des 4 thématiques, aujourd'hui les systèmes d'information des réseaux ne sont pas conçus de façon à pouvoir communiquer entre eux, ni avec les autres professionnels et ne permettent pas d'avoir une vision continue du parcours de soins d'un patient.

Les objectifs sont des informations qui permettent de communiquer avec les autres professionnels, de gérer correctement les dossiers des patients, le fonctionnement du réseau et surtout la communication.

Là je crois que c'est l'avant-dernière diapo, comme elles étaient plutôt assez simplistes, j'ai voulu en faire une un peu plus compliquée pour montrer que rien n'est simple. Vous avez en haut toujours pareil les hôpitaux, la ville, les réseaux de santé, qui ont des comptes rendus, un portail national, peut-être un régional, la plate-forme d'interopérabilité régionale dont j'ai parlé, qui va gérer par exemple les annuaires au niveau régional et le système DMP national ou régional, peu importe, en fait pour avoir une idée simple de ce qu'il faut faire.

Premièrement, chaque professionnel a son système, que ce soit les patients, les professionnels libéraux ou les réseaux, ils doivent pouvoir communiquer par le petit truc en haut, grisé, discontinu, par messagerie et quand l'information doit être partagée, elle est envoyée chez un hébergeur, à travers un portail sécurisé par la carte CPS, et un traitement avec des annuaires, chose un peu compliquée ici, beaucoup d'informatique, mais en gros, vous êtes chez vous, vous pouvez aller sur les informations partagées et communiquer entre vous.

Chose importante, ce n'est pas tout l'électronique, on ne communique pas que par messagerie et que par le DMP, il va continuer à y avoir du courrier, des fax, le téléphone.

Si je voulais conclure, je dirai les réseaux, premièrement c'est une grande diversité. C'était le sujet que je devais traiter.

Le gros problème est qu'il y a bien les systèmes d'information aujourd'hui, mais éclatés, incompatibles.

Nécessité de mutualisation au niveau de la région, des réseaux. Mise en place d'une plate-forme régionale. C'est un des projets de la région. Et surtout interopérabilité avec le système DMP.

Je vous remercie de votre attention.

Applaudissements.

Dr JP. HAMON. - Je remercie Alain Livartowski, parce qu'il a dit plusieurs choses, il a montré clairement l'échec d'un web mail. 200 médecins qui se connectent sur 50 000 correspondants. Il a un double mérite parce que ça vient de chez lui. Portalys était une vitrine. Il montre. Je fais partie des 200 médecins qui se sont connectés, je me suis connecté trois fois, j'avais un login mot de passe pour chaque patient, je l'égarais à chaque fois. Je ne savais plus où je l'avais mis, je le mettais en clair dans le dossier informatique du patient, je ne vous dis pas le niveau de la sécurité... Quand je tentais de communiquer avec Curie ça a marché une fois sur 2. Je me suis connecté trois fois, j'ai renoncé parce que j'étais en mac. Le système avait été conçu pour un système PC et ça ne marchait pas en Mac. 20 % des médecins sont en Mac. C'est intéressant c'est l'échec du web mail.

Il y a une chose qu'il n'a pas dit, un patient un dossier.

Il a dit aussi tout réseau qui n'inclurait pas dans la formation le médecin traitant ne mériterait pas le nom de réseau.

Si un rhumatologue demande, prescrit une radio, le radiologue envoie le résultat au prescripteur, au réseau, au médecin traitant. C'est un système simple que nous défendons dans le projet dont on parlera tout à l'heure. C'est un système que l'on doit toujours avoir en tête, le triple ou le quadruple envoi. Quand quelqu'un sort de l'hôpital, il sort souvent avec une quinzaine d'adresses de médecins correspondants, une quinzaine de timbres, c'est beaucoup plus simple et moins cher d'envoyer la totalité de l'information à l'ensemble des correspondants plutôt que de demander au correspondant d'aller chercher sur un web mail, ce qui est extrêmement compliqué.

Maintenant je vais vous accorder une petite pause « publicité » de la part de Dominique Coudreau qui m'a demandé une page de pub pour le DMP et ensuite on reprendra le projet ARDOC.

M. D. COUDREAU. – D'abord bravo à vous tous pour participer à une heure aussi matinale à un sujet aussi ardu.

J'ai demandé la parole à Jean-Paul juste sur le point suivant : où en est le DMP aujourd'hui ? Que peut-on dire des perspectives du projet proprement dit et de son calendrier ?

Aujourd'hui on est dans une phase dans laquelle le gouvernement, et c'est normal, a confié à un certain nombre d'experts la mission de faire un point sur le sujet.

Je trouve que c'était à la fois inévitable et en plus utile parce qu'après les turbulences qu'on a connues, toute la médiatisation du projet, il était nécessaire de recaler ce projet sur ces fondamentaux.

Qu'est-ce que c'est l'idée centrale du DMP ? C'est d'arriver à constituer je ne sais pas si c'est un réseau mais un ensemble, un système pour revenir à ce qu'Alain LIVARTOWSKI disait, qui permette de faire communiquer entre tous les acteurs de façon sécurisée les données relatives au patient.

Le problème est qu'un projet de cette nature, on en trouve chez tous nos voisins. Il ne faut pas imaginer que c'est un projet qui peut se conduire dans un calendrier extrêmement rapide et c'est au contraire un sujet de long terme qu'il faudrait pouvoir conduire dans le calme en sachant qu'il y aura des allers-retours, des difficultés.

Or, tout s'est un peu passé de la façon inverse de cette méthode, au sens que ça a été un projet hyper médiatisé et il a été vendu comme si c'était la terre promise au double registre, je reste sur la même métaphore, au double registre un que cela allait permettre une accélération extraordinaire de la coordination des soins, et deux en plus permettre de faire des économies à la Sécurité sociale.

Aujourd'hui, on va se réinstaller tout simplement dans un calendrier de long terme qui correspond au projet.

Pour ce faire, je crois qu'on a un certain nombre d'atouts. Le premier de ces atouts est d'avoir constitué une équipe de gens solides. Il y a aujourd'hui au DMP autour de 60 personnes, c'est ce qu'on avait prévu, ce n'est pas toute l'équipe telle que nous la souhaitons. Quand vous regardez la façon dont nous sommes capables d'appréhender le sujet, on en a une représentation relativement précise, même si, et je trouve que l'exposé d'Alain était infiniment

éclairant sur la diversité du réel, la diversité des contraintes et tous les problèmes que nous avons réglés, nous avons donc une équipe, nous avons une vue relativement précise de l'architecture que nous voudrions faire prévaloir.

Maintenant je vais terminer sur le sujet du calendrier parce que c'est très difficile d'arriver à régler cette question au sens qu'un, je le répète, c'est nécessairement un projet de long terme, qui va passer par des étapes, une première version, une seconde version et ainsi de suite qui s'améliorera avec le temps, mais deuxièmement il faut avoir la capacité de se donner vite la possibilité de franchir une étape industrielle parce que la difficulté, et là vous l'avez bien vue, c'est plein d'acteurs dispersés, et ces acteurs dispersés travaillent DMP ou pas DMP, ils sont chacun dans leur logique professionnelle. Plein d'acteurs dispersés, sollicités par des tas d'industriels, et concrètement si le DMP n'a pas rapidement la capacité de fédérer autour de lui non pas des milliers ou des dizaines de milliers mais de se donner l'objectif de plusieurs millions à l'horizon de 2 3 ans, il aura du mal à conserver un effet d'entraînement.

Nous militons pour un calendrier de cette nature. Aujourd'hui, on ne sait pas trop ce qu'il va sortir de la mission des experts. Il y a un très bon dialogue, tout cela se passe bien. On a des gens qui nous posent des questions, les uns sont gentils, les autres sont aigres et agressifs, mais c'est dans la nature d'une enquête.

Que va-t-il sortir de tout cela ? Je pense que le gouvernement va poursuivre naturellement le projet, le recalcr sur ses fondamentaux. On aura en définitive un outil qui s'articulera très correctement avec ce qu'Alain LIVARTOWSKI proposait tout à l'heure pour fédérer les énergies que vous représentez. Merci.

Dr JP HAMON. – Dominique COUDREAU a fait « sa page de pub », c'est vrai qu'on est un petit peu déçu quand même dans la façon dont ça a été géré depuis le début puisque du point de vue des libéraux on avait demandé que le DMP ait des indications fortes sur la communication, d'adapter les logiciels métiers à la communication, d'adapter les logiciels d'établissements à la communication et le message ici pour le réseau d'adapter le logiciel de réseau à la communication. Quand on voit le projet DCC tel qu'il est là, on se demande pourquoi on ne s'appuierait pas sur un dossier DCC tel qu'il a été conçu pour faire un dossier unique patient réseau. Les informaticiens, si on leur demande que tu cliques sur surveillance de cancer, tu as tous les items de surveillance du cancer qui apparaissent sur un résumé de page. Si tu cliques sur surveillance diabète, tous les items de surveillance diabète cliquent sur un résumé de page.

Si on part du principe et l'architecture qu'il a montrée sur le DCC, à ce moment-là on gagnera du temps.

Si enfin on rencontre des éditeurs de logiciels pour leur dire vous adaptez les logiciels métiers à la communication et les logiciels d'établissements à la communication, on aura gagné du temps et un petit peu de cohérence dans la démarche.

Maintenant je voudrais juste vous parler du dossier ARDOC, qui est l'Association Régionale pour le Développement des Outils Communicants.

C'est un projet que nous avons déployé grâce à l'argent du DMP, et qui doit équiper 1 500 libéraux, et doit nous permettre de communiquer via une plate-forme d'interopérabilité avec l'ensemble des hôpitaux d'Île-de-France publics et privés.

Je remercie le DMP de nous avoir accordé cet appel à projets, parce qu'il y a 2 préalables dans cet appel à projets : un on favorise la communication entre professionnels de santé, donc nous favorisons la messagerie, ce qui n'était pas l'optique de départ de DMP, et 2 on ne s'est pas engagé à alimenter le DMP puisqu'on aurait quelques difficultés à l'alimenter, n'ayant toujours pas identifié en patient et n'ayant toujours pas la loi avec nous pour héberger les données. Le DMP a accepté de financer ce projet et nous en sommes très fiers.

C'est une association régionale de médecins libéraux, faite de biologistes, de médecins libéraux et qui est soutenue par les URML.

Notre objectif était dans le titre : on doit permettre aux professionnels de santé de communiquer entre eux par un outil simple : la messagerie sécurisée.

Je pense même que je vais gagner un petit peu de temps sur les diapositives parce que c'est un projet maintenant qu'on connaît un peu par cœur. On utilise la messagerie sécurisée, on déploie une plate-forme d'interopérabilité qui fait qu'il y a quand même une hétérogénéité des messageries même si certaines sont largement dominantes sur l'Île-de-France, mais si quelqu'un qui utilise à apimail, apicrypt veut communiquer avec quelqu'un qui utilise easy crypt ou docteur net, cette plate-forme d'interopérabilité transforme le message pour pouvoir communiquer avec tel ou tel professionnel de santé qui utilise une autre messagerie.

L'idée est qu'on permet aux professionnels de santé de communiquer entre eux mais à n'importe quel professionnel de santé qu'il ait un mac, un PC tel ou tel logiciel, et de pouvoir recevoir l'information.

Il est préférable de recevoir l'information dans son ordinateur que d'aller chercher l'information sur le mail, sur le web. C'est ce que nous défendons.

La démonstration du Dr Alain Livartowski était claire. Là tu as 200 professionnels qui se sont connectés, 200 dont moi qui n'ait pas réussi parce que j'étais en mac. C'est la démonstration éclatante que le professionnel qui reçoit sa messagerie la consulte mais ne répond pas forcément. Cela aussi est le résultat de l'expérience.

Quand on a fait l'évaluation, on devait quand même évaluer la façon dont les médecins communiquaient entre eux. On envoyait un mail à tous nos correspondants, ils le recevaient, on savait qu'ils l'avaient reçu parce qu'il y avait un accusé de réception. 10 % répondait dans l'heure, 20 % dans la journée et le reste on leur téléphonait en disant qu'ils avaient un message et que leur réponse est attendue. Certains avaient commis une erreur, d'autres n'ouvraient pas du tout leur mail. On savait que c'était parti.

L'utilisation de l'informatique par les médecins est j'aimerais bien qu'on puisse déployer après un état de l'informatisation des professionnels de santé et surtout de la façon dont ils l'utilisent.

Lors de ce déploiement de messagerie sécurisée la communication se fera via la carte CPS. Avec n'importe quel logiciel de messagerie. Voilà la façon dont cela fonctionnera.

L'annuaire sera situé au GIP CPS. Vous êtes identifié par l'annuaire du GIP CPS, vous envoyez un texte en clair, il est crypté, il est décrypté sur le poste du praticien.

Il y a un défaut dans ce système avec le web mail. Autant la messagerie sécurisée, le message n'est décrypté que sur le poste du praticien, avec le web mail vous avez accès à un login mot de passe et là il y a une faille dans la sécurité, c'est toujours ce qu'on a dit sur le système web

mail, où on ne peut pas laisser un message crypté sur le web mail, on y a accès sur un serveur. Le message est stocké en clair avec un login mot de passe. Il y a un défaut dans la sécurité et c'est pour cela qu'on veut absolument favoriser la messagerie sécurisée et l'envoi direct de la façon dont je vous ai dit : la personne qui rend l'examen l'envoie à tous les correspondants possibles y compris au serveur, au dossier réseau, si le dossier réseau devient communiquant.

On va équiper les médecins en messagerie, les indemniser sur le temps passé, leur fournir une hot line, mettre à la disposition un système, un pool d'informaticiens qui va simplifier ou du moins essayer de simplifier la vie car notre objectif n'est pas de compliquer la vie des professionnels de santé mais essayer de la simplifier. C'est bien joli le DMP, mais on a entendu beaucoup parler du web docteur en ce moment, l'historique des remboursements, comme inscrit en ce moment. Je suis sur la liste de foule médicaux où c'est tous des fondus d'informatique, les types qui se sont connectés sur l'historique des remboursements, c'est à pleurer de rire.

Dr ML ALBY. - Ils ont planté leur télétransmission.

Dr JP HAMON. - Oui. Le patron de foule médicaux s'est connecté sur le web docteur a trouvé un code de médicament, le médicament n'était même pas inscrit en clair, il est allé sur Google pour trouver le code du médicament. Il l'a trouvé. Il est teigneux.

Je pense qu'avant que l'historique des médicaments serve, rende un service quelconque au médecin, on a quand même un peu de marge.

L'ARDOC propose une messagerie sécurisée. On aide les médecins, on fournit la hot line, je pense qu'avec cela nous aussi on va avancer pas à pas et on corrigera le déploiement régulièrement, mais je pense qu'avec les moyens qu'on nous donne et les réseaux qui sont présents ici, on a un outil qui permettra aux réseaux de communiquer entre eux et d'améliorer notamment la communication et ce qu'a souligné Alain Livartowski le défaut de communication actuellement des réseaux. C'est vrai que c'est un vrai problème, il y a généralement un Intranet, la double saisie est fréquente un peu trop souvent, sinon quasiment tout le temps. Je connais certains réseaux qui ont dû embaucher quelqu'un, des petites mains pour taper, mettre dans l'Intranet ce que les médecins mettent sur le papier. Ce n'est pas exactement ce qu'on attend de l'informatique. Là aussi, il y a un progrès et je pense qu'il faut que les informaticiens des réseaux soient bien imprégnés de ce qu'a dit Alain Livartowski sur ce qui se prépare.

En contrepartie de l'installation de la messagerie, il y aura une participation à l'évaluation. Cette évaluation se fera sur la capacité à transmettre un élément du dossier patient. Là je pense que c'est relativement simple dans la mesure où on demandera aux biologistes de transmettre ce qu'ils savent transmettre, de la biologie, aux radiologues les comptes rendus de radiologie.

On n'a pas encore commencé à « délirer » sur la transmission d'images parce qu'on sait les problèmes que pose la transmission d'images, notamment en lourdeur, bien qu'il y ait des logiciels de compression d'images satisfaisants, mais sinon on va encombrer la messagerie.

Là j'ai entendu dire que les radiologues avaient un projet de déploiement de la radiologie et je pense qu'en discutant avec les radiologues, il y aura certainement un système de stockage de données, c'est ce qui s'était dit, et on pourra éventuellement aller se connecter sur le serveur si

cela intéresse, en ayant quand même une informatique un peu performante et avec des gros tuyaux.

L'ARDOC va prendre contact avec vous.

Les réseaux, vous avez quand même un certain nombre de médecins informatisés. Il est clair que le projet ARDOC ne s'intéresse pas uniquement aux réseaux, mais qu'au sein de chaque réseau vous avez des professionnels de santé qui sont des professionnels libéraux, ces professionnels libéraux ont une vie en dehors du réseau. On essaye de faire un déploiement cohérent qui communique entre eux, les libéraux ayant leur propre correspondant en ville, on va leur installer en priorité les biologistes, des radiologues qui sont ceux qui font le plus de flux, les spécialistes avec lesquels ils communiquent. Là incontestablement, si en conformité avec l'esprit de la CNIL, etc. on a une communication destinée aux gens des réseaux qui sont informatisés, on les installe en messagerie et on a certainement les moyens de démarrer et d'équiper les 1 500 libéraux d'Île-de-France.

Je n'ai rien oublié ?

M. E. DAYDOU. - L'équipe qui s'occupe du déploiement du projet ARDOC dont vient de vous parler Jean-Paul Hamon est installée ici à l'Union. Si certains d'entre vous souhaitent se rapprocher de nous peut-être pour qu'on prenne un peu plus de temps pour vous présenter le projet et voir dans quelle mesure il peut intéresser les professionnels de santé avec lesquels nous travaillons, on est à votre disposition juste à la fin de la réunion.

Dr ML ALBY. - Tout à fait intéressant. Je suis une informaticienne nulle. Je télétransmets depuis 99. J'ai quand même réussi avec un serveur professionnel un peu pionnier à l'époque, et de l'aide quand on a été en panne à mettre au point un système qui était complètement exogène à ce que je pouvais faire dans mon cabinet en consultation de médecine générale.

Je pense qu'il y a deux points extrêmement positifs que j'ai entendus. Monsieur A. Livartowski, je vous avais dit en 2002 votre projet ça ne marcherait pas, parce que c'était trop compliqué pour les imbéciles comme moi. Je pense que déjà la technique se préoccupe de la facilité adaptée à la consultation, c'est un progrès considérable. Je pense qu'on va avancer. La messagerie sécurisée est très intéressante aussi parce qu'on va s'intéresser à l'ergonomie du fonctionnement du professionnel. Là, je pense qu'on va avancer avec des gens pas forcément expérimentés au départ.

Deuxième problématique qui n'a pas été abordée et qui me paraît la problématique difficile est le contenu de ce que l'on transmet, la hiérarchisation des informations. On pourra faire toutes les machines qu'on veut, si on ne travaille pas, et je crois que les Anglais ont travaillé beaucoup là-dessus depuis 10 ans, les anapathes ont beaucoup travaillé là-dessus sur un partage d'informations standardisées, si on fait une belle machine et on ne sait pas comment on rentre facilement des informations en temps réel et on ne sait pas les hiérarchiser, c'est la connerie du web médecin, qui par ailleurs peut être intéressant, je crois qu'on aura rien fait.

Comment dans ces projets, je m'adresse à vous mais aussi à vous Monsieur D. Coudreau, on a avancé là-dessus ? Là on va buter sur une problématique qui est ce qu'on met là-dedans, comment on le met et comment hiérarchiquement. Je me moque de savoir que quelqu'un a pris a fait une numération il y a 10 ans. Tu as pris un très bon exemple. Par contre j'ai besoin de le savoir quand on m'appelle le vendredi soir, parce que la patiente est à 11 grammes, à 8 grammes et que fait-on ? C'est vraiment une problématique. Je n'ai pas vu travailler. Y

compris dans la communication ce sera très sympa de s'envoyer des mails entre nous, mais si on ne communique que des piles d'images ou des millions de résultats de laboratoire, je sais très bien que ça fera comme pour l'accès au réseau, je ne ferai pas parce que j'aurai plus vite fait avec mon petit bout de papier, mes notes, d'avoir une vision globale du patient en temps réel que j'ai besoin de savoir certaines choses sur lui. C'est la question qui n'a pas du tout été abordée. Comment avez-vous réfléchi à cela ?

Je pose la question à ceux qui...

Dr JP HAMON. – Je te réponds. Tu ne t'amuses pas à envoyer des messages. Tu reçois exclusivement de la biologie, de la radiologie.

Dr ML ALBY. – Il faut répondre à cette question. Laisse-les répondre.

Dr JP HAMON. - Quand tu relèves ton courrier et tu vois arriver tes résultats de biologie, de la même façon que tu ouvres ton courrier, tu ouvres quand même tes résultats de laboratoire et tu vois quand ta patiente est à 8 grammes.

M. E. LEPAGE. - Je voudrais essayer de répondre. Vous avez tout à fait raison, c'est un vrai sujet.

A l'assistance publique vous pensez bien qu'on a à puissance 1 000 ce sujet sur les dossiers médicaux.

Il y a un certain nombre de professionnels qui ont déjà réfléchi à cela, par exemple les radiologues ont mené une réflexion sur le tri. Le problème est le tri, la sélection des informations, sur la sélection des images qu'ils vont être amenés à envoyer vers le DMP. Je crois que M. Dominique Coudreau est tout à fait au courant de cela.

De la même façon, on peut tout à fait imaginer que des processus soient « automatiques » à partir de procédures qui ont été définies.

On peut imaginer par exemple, assez simplement que dans le cadre d'un patient traité pour une leucémie aiguë, on garde la première le plus bas et la dernière numération. Ceci est assez facile. Il est inévitable. Cela va être comment est-ce qu'un médecin va accepter, qu'il soit hospitalier ou libéral, de trier ou de sélectionner les données qu'il va être amené à envoyer. Derrière il y aura forcément à un moment ou à un autre... Il faut définir un certain nombre de procédures, mais il y aura forcément à un moment ou à un autre nécessité d'un travail manuel. Il ne faut pas se cacher la face là-dessus. C'est un des sujets à mon avis auquel on va se trouver confronter.

J'en profite pour dire 2, 3 mots. Je pense que 2, 3 sujets sont de vrais sujets à l'heure actuelle.

Le deuxième sujet à mon avis est l'identification du patient.

Pour vous médecin libéral ce n'est pas très compliqué, mais pour les établissements hospitaliers c'est extrêmement compliqué à l'heure actuelle.

On a fait l'analyse à l'assistance publique, on a 21 millions d'identités. Sur ces 21 millions, on estime qu'il y a 5 millions de doublons, 5 millions de dossiers pour lesquels il y a 2 dossiers pour la même identité. Ces doublons sont liés à 2 choses, d'une part à une qualité qu'on peut dire pas forcément toujours exceptionnelle de la saisie de l'information dans les hôpitaux, comme dans tous les hôpitaux de France et de Navarre, et au fait qu'on a à l'heure actuelle un numéro d'identification différent d'un hôpital à un autre. C'est 50 % 50 %.

Le point si j'ose dire positif est qu'on s'est attaqué à ce problème à l'assistance publique depuis la fin de l'année dernière, et on a mis en place toutes les procédures définies par le groupement de gestion de système d'information. On a mis en place un vrai projet institutionnel sur le sujet. On a obtenu 40 % de diminution du taux de doublon depuis le début de l'année. Si vraiment on s'attaque à ce problème, on peut arriver à au moins le résoudre de façon importante.

Le deuxième sujet à mon avis, et Alain Livartowski l'a beaucoup souligné, est le problème de la gestion de l'ensemble des médecins, des praticiens au sein de la région. On ne peut pas constituer un annuaire de professionnels par hôpital ou par URML, ça n'a aucun sens. Cela va être multiples travaux. Comme vous le savez, chaque fois qu'on a 2 bases de données, on a forcément immédiatement 2 bases de données divergentes. Il y a un vrai travail à faire en commun, on a vu l'importance de la plate-forme régionale pour pouvoir mettre en commun cet annuaire des professionnels de santé.

Le DMP à mon sens, et je pense qu'il faut le souligner et encore peut-être le souligner encore davantage aujourd'hui, est une nécessité pour les patients, pour les professionnels de santé et je dirai que déjà ce qui s'est passé l'année dernière avec un arrêt un peu rapide de l'expérimentation du DMP aurait pu être extrêmement dommageable pour ce projet. On ne peut que souligner que si pour des raisons x ou y on en viendrait à une interruption momentanée du projet DMP, je crains que ce soit pour un certain nombre d'années la mort du DMP.

Le dossier commun de cancérologie, à mon sens, il faut le considérer comme un dossier de prise en charge du patient. La réflexion qu'on a à l'heure actuelle au sein de l'assistance publique dans le cadre du projet système d'information clinique que nous menons, est d'avoir effectivement un dossier de synthèse et des dossiers de prise en charge, pas des dossiers de spécialité, mais bien des dossiers de prise en charge par pathologie. On imagine bien qu'un patient qui vient pour un cancer du colon est vu par le chirurgien, le radiothérapeute, le chimiothérapeute. Vous savez cela mieux que moi.

Alain Livartowski dit un clic. Je dis un clic c'est bien, mais finalement l'intégration directe dans le dossier du professionnel est encore mieux.

Je crois qu'il faut qu'à terme on puisse récupérer de la même façon qu'on va être amené à envoyer nos données vers le DMP ou vers un dossier patient, on devrait de la même façon pouvoir récupérer ces informations vers le dossier du professionnel. Pourquoi ? Pour 2 raisons : d'abord parce que ça évite de faire un clic. Deuxièmement, on peut penser que dans l'avenir on aura des données structurées. Cela permet de traiter ces données, que ce soit à des fins à la fois de traitement de l'information, mais aussi d'aide à l'action médicale. Je crois qu'un des rôles majeurs du système d'information que ce soit au cabinet ou dans l'hôpital est bien d'aider à l'action médicale.

On a un peu à mon avis passé sous silence le problème industriel. On voit très bien qu'on est un peu dans un rêve aujourd'hui, qui est de dire on va avoir un super dossier où on va avoir un dossier commun qui va être régional, on va pouvoir renvoyer des informations vers les différents médecins libéraux / hospitaliers et tout va marcher dans le meilleur des mondes. Quand on voit la réalité aujourd'hui, on peut quand même avoir quelques inquiétudes. Il faut clairement qu'il y ait du côté de la région à mon avis une vraie maîtrise d'ouvrage, et je pense que c'est un des mérites forts de ces dernières années. Il est en train de se constituer au sein de

la région, que ce soit avec l'URML, avec les hospitaliers de tous bords, une vraie maîtrise régionale du système d'information.

Il faut qu'on ait, et là je parle d'expérience, en face de cette maîtrise régionale une vraie maîtrise d'œuvre, de vrais industriels. Aujourd'hui, je ne suis pas convaincu que les industriels que nous avons en face, les uns ou les autres, soient aujourd'hui capables de nous offrir ce que nous souhaitons. Il y a un vrai sujet à mon avis de monter en charge d'un tel projet.

En France, toujours à l'assistance publique, mais je pense qu'en France c'est pareil, on a toujours la tendance à vouloir avoir des projets grandioses. Le problème est que comme il est grandiose, on ne le fait jamais.

Il faut vraiment avoir une politique de petit pas. A cet égard, nous essayons de mener avec Jean-Paul HAMON qui est de dire qu'on commence d'abord par finalement avoir un échange de compte rendu par messagerie sécurisée entre les médecins traitants et les médecins traitants et l'hôpital. C'est à mon avis la bonne approche.

Dans ce cadre-là, à l'assistance publique, nous avons aujourd'hui une application qui nous permet au sein de l'assistance publique de récupérer l'ensemble de ces comptes rendus. Nous sommes sur un appel d'offres, puisqu'en tant qu'établissement public on passe par la procédure d'appel d'offres, pour pouvoir à travers un outil de messagerie sécurisée envoyer ces informations vers les médecins traitants.

M. A. LIVARTOWSKI. - Pour répondre sur le problème de la hiérarchisation, pour pouvoir consulter un dossier de façon simple, il faut qu'il réponde à 3 critères essentiels. Il faut que l'information, on puisse la classer. Il est vrai que ce peut être automatique. Tous les comptes rendus opératoires peuvent avoir le même nom. C'est le premier, la première numération et la dernière. Ceci est facile. Ça l'informatique le réussit très bien.

Deuxième point fondamental, il faut une synthèse. Si je prends l'exemple de l'Institut Curie, on a un dossier complet excessivement lourd. Sans synthèse, ce dossier est inexploitable. Par la force des choses, parce que les gens ont bien compris que si la synthèse n'était pas faite, pas mise à jour, ce dossier était inexploitable.

Quand vous voulez chercher une information, vous la trouvez immédiatement parce que c'est bien classé. Si chaque fois que vous revoyez le patient, il faut relire tout le dossier, c'est impossible. Il faut une synthèse.

A-t-on réussi à la faire ? La réponse est oui. Plus de 95 % de mes patients ont un rappel. Si vous recevez les comptes rendus, il est toujours en début de lettre. Cela marche très bien.

La hiérarchisation est la troisième nécessité absolue. On a donc eu cette idée au départ, on s'est dit on va demander aux médecins de classer. On n'a pas été trop exigeant, on leur a dit classez en important, moins important. Pour un médecin à un instant T, au moment où il crée l'information, tout est important. C'est vrai que là-dessus ça ne peut être que manuel. On doit absolument à un moment et c'est au moment où on crée l'information qu'on dit si c'est important ou pas.

Là, c'est un échec. Sauf que maintenant qu'on a l'expérience et que les gens ont un dossier complet, on voit bien la nécessité de classer. Maintenant, on peut hiérarchiser. Maintenant on peut refaire. On a recommencé. Notre dossier date de 2000. Maintenant qu'on a un dossier complet depuis 2000, les dossiers sont lourds à gérer. Maintenant, les médecins entrevoient

parfaitement la nécessité de hiérarchiser, mais au départ, pour un médecin donné, tout était important.

Je profite que j'ai la parole pour ne pas la rendre pour dire deux choses. Jean-Paul HAMON a raison quand il dit la messagerie sécurisée est un outil très important pour communiquer entre professionnels. C'est comme le courrier, comme le fax, comme le téléphone, c'est un outil qui utilise les moyens de type Internet pour communiquer. C'est très important.

La messagerie ne fait pas tout, parce qu'il serait complètement absurde que chacun ait sur son ordinateur copie de l'ensemble du dossier du patient. Cela ne tiendra jamais. Oui c'est bien la messagerie, mais il serait absurde que tu aies tout le dossier de Curie sur ton ordinateur, que je t'envoie tout le dossier à chaque fois que je vois le patient et que tu recopies tout le dossier de Curie sur ton ordinateur.

Oui, la messagerie est importante, mais le fait de pouvoir accéder à un endroit où l'information est stockée à la seule condition que ce soit immédiat, simple et sans repasser les logins, sans des choses compliquées comme on a mis en place avec Portalys... Pourquoi c'est compliqué Portalys ? Il fallait gérer la sécurité. On nous imposait de faire des systèmes tellement bloquants que personne ne peut rentrer. Ce sont des coffres-forts. Le problème du coffre-fort l'informatique est pour des problèmes de sécurité c'est un coffre-fort et résultat : personne ne rentre.

La grande difficulté est de gérer le coffre-fort, il faut que ça soit sécurisé, c'est vrai, mais qu'en même temps quand vous avez besoin, il faut y accéder d'un clic.

Oui la messagerie. Tu nous as tous convaincu, tu as été un des militants de la messagerie sécurisée, tu as convaincu toute la Région, bravo, y compris le DMP, mais ce n'est pas la réponse à tous les problèmes.

Dr JP. HAMON. - On est bien d'accord. C'est vrai que quand les gens... Je vais te faire encore du mal, te parler de l'IGR. Quand ils envoient un compte rendu de consultation, tu as une conclusion de la consultation. On voit bien qu'ils reprennent l'historique du patient, tu as la conclusion. Que fais-tu quand tu reçois le message ? Tu regardes la conclusion, tu la rentres et elle vient s'empiler au suivi cancéreux de ton patient. Tu as quand même un boulot à faire, ce n'est pas automatique.

Quand tu dis que cela s'intègre directement dans le dossier, je préfère qu'il y ait un clic. Quand tu fais le clic, tu regardes le dossier.

Il y a aussi un élément qui n'a pas été discuté : tu consultes le DMP comme si c'était parole d'évangile, sauf que les paroles d'évangile, les apôtres, il n'y avait pas le message masqué, et le DMP ce n'est pas garanti. On ne sait pas si l'information que tu retires du DMP est vraiment nickel.

Il y avait deux questions.

Dr Mireille BECCHIO. - Je suis généraliste. Je suis dans le réseau RAVMO Val de Marne Ouest.

Je voulais qu'on aborde le problème du point de vue du patient. On n'a pas remis cela sur le tapis. La confidentialité, le respect des données et la signature aussi. Vous avez dit que dans votre hôpital, une seule personne a refusé de signer. Elle était avocate et américaine.

Dans mon cabinet, j'ai des patients qui ne sont pas chauds pour signer l'adhésion au dossier ou veulent que ça soit à titre confidentiel. On a la possibilité de proposer l'adhésion à nos patients, et qui ne reçoivent pas de courrier ou ils me donnent une autre adresse pour recevoir le courrier venant des addictions.

J'ai aussi des patients qui me disent, j'en ai plusieurs, maintenant qui ne veulent pas signer. Soit ils ne veulent pas signer avec le médecin traitant, préfèrent que ça leur coûte des sous pour garder leur liberté et d'autres patients ont une hépatite, C, un VIH ou un diabète même et qui ne veulent pas que je fasse la demande d'ALD parce qu'ils sont dans une structure ou on va savoir tout de suite qu'ils sont en ALD, vont être fichés, et soit vont perdre leur travail ou quand ils vont aller demander une assurance, on leur demandera s'ils ont une ALD, la banque par exemple. Les banquiers posent beaucoup des questions. Je protège mes patients, je vais mettre une affiche dans la salle d'attente pour leur dire « ne répondez pas n'importe quoi, réfléchissez avant de répondre ».

J'ai une banque qui a écrit à un de mes patients en lui disant : maintenant il y a la Loi du 4 mars 2002, vous avez accès à votre dossier. Cela ira plus vite, demandez votre dossier à l'hôpital, comme ça on l'aura tout de suite.

Pour toutes ces raisons, je suis très sensibilisée parce que j'ai acquis des compétences dans le réseau addictions depuis que j'y suis, afin de protéger mes patients.

Dernière chose, j'avais écrit un article sur le dossier médical partagé il y a déjà longtemps, en 2000 je crois ou en 1999.

Dr JP HAMON. – C'était du temps où il était partagé, pas encore personnel.

Dr M. BECCHIO. - Je l'avais écrit avec Michel ... On est un peu pacsés dans notre secteur. On l'avait écrit tous les 2, on avait beaucoup réfléchi. On s'était dit que ça serait bien peut-être que le patient dispose du dossier, se balade avec, et aille chez Pierre, Paul, Jacques. Le dossier lui appartient, c'est quand même le dossier du patient, ce n'est pas notre dossier à nous. Vous l'avez très bien dit, on ne peut pas avoir copie du dossier à 4 ou 5. D'abord il a le droit de changer de médecin aussi et tout cela. Il faudrait réfléchir à cela.

Dr ML ALBY - Les Anglais c'est comme cela, quand ils changent de médecin, ils partent avec.

Dr M. BECCHIO. - Ca serait peut-être bien.

Dr JP. HAMON. - C'était ce qu'on avait proposé en 2004, une ergonomie dans la remise du dossier patient. Tu prends le dossier patient, tu le mets sur sa clef USB il se barre avec.

M. D. COUDREAU. - Cela a plein d'inconvénients.

Dr JP. HAMON. - Je sais bien, y compris la médecine du travail. Citroën à Caen, tu donnes ta carte vitale à l'embauche, tu es en ALD, tu n'es pas embauché. On a le droit de dénoncer des trucs comme cela.

Dr JM. MOLLARD. - A propos de la messagerie sécurisée, je voudrais faire un commentaire et poser une question.

Après le Décret du 15 mai 2007 qui donne un an aux libéraux et trois ans aux établissements pour sécuriser leur transmission et archivage des données patients, je suppose qu'il va y avoir un grand boom du côté des fournisseurs de logiciels des messageries. Il y en a déjà une demi-

douzaine, de qualité différente. Évidemment il y a une cinquantaine de logiciels de cabinet, des centaines de logiciels d'établissements hospitaliers.

Ne pourrait-on pas éviter de se disperser à nouveau et de sombrer dans ces difficultés, qui d'ailleurs dès maintenant nous imposent de mettre sur pied des plates-formes d'interopérabilité ? Ce n'est pas rien. On commence la messagerie sécurisée, enfin presque, à part quelques initiés, ou quelques centaines ou quelques milliers, mais je crois qu'il y a quelques milliers de professionnels qui sont déjà équipés. Là déjà on est en train de tomber dans les mêmes difficultés que pour les autres systèmes.

N'y a-t-il pas une action à mener pour éclairer les professionnels dans leur choix ? Faire le tri entre les bons fournisseurs et les mauvais ? Ou bien même les ténors ? C'est un commentaire.

La deuxième chose beaucoup plus pratique c'est à propos de l'AP-HP, qui est équipée de la messagerie happy crypte depuis semble-t-il assez longtemps. J'en ai fait l'expérience quand même, j'ai constitué l'adresse d'un professionnel que je connais de l'AP-HP, je lui ai envoyé un mail crypté sans le prévenir, il l'a reçu, mais en fait ils sont très très peu nombreux les professionnels de l'AP-HP qui savent qu'ils ont une messagerie cryptée. Il me semble.

M. E. LEPAGE. - Je vais d'abord répondre à la deuxième question.

Je crois que sur la première, il y a eu un travail fait par le GIP sur ce sujet justement des industriels. On est dans un monde qui fait que vous ne pouvez pas éviter les industriels. Ce n'est pas possible.

Par contre, il y a un travail qui a été fait par le GIP CPS pour pouvoir « qualifier » les outils dans ce cadre. Je crois que ça a été rendu public à peu près avant l'été.

Sur l'AP il y a deux expérimentations qui ont été menées, l'une à Ambroise Paré et l'autre à Antoine Béclère, sous la forte pression et l'initiative amicale de mon voisin de gauche. Pour l'instant, on en est là.

Ceci restait dans un cadre d'expérimentation. Vous savez que juridiquement, on est, si on veut l'étendre sur l'ensemble de l'assistance publique, obligé de passer par un appel d'offres. C'est la raison pour laquelle on est en train de mener un appel d'offres, pour pouvoir faire le choix d'un outil qui permettra d'une façon assez claire d'aller diffuser l'information par messagerie sécurisée selon toutes les normes possibles et imaginables. Derrière, il y a des problèmes juridiques, qui font qu'on est obligé d'avoir cela.

Ceci est en cours et d'ici la fin de l'année on commencera la diffusion de ces comptes rendus vers les médecins traitants. C'est un travail qu'on mène avec Jean-Paul HAMON sur le sujet. Les médecins évidemment seront prévenus. L'ensemble de la communauté médicale de l'AP, en tout cas ceux que j'ai vus, sont très demandeurs de ce point-là.

Dr F. PRUDHOMME. - Je suis président de l'ARDOC. Il est évident que nous ne pouvons pas nous immiscer dans le choix de la messagerie sécurisée. Ca serait trop facile pour les médecins de penser qu'il y a une collusion entre ce que l'on présente et une messagerie.

Nous sommes basés sur la validation du GIP et nous présenterons ce qui a été validé par le GIP. Je crois qu'il y a 5 messageries sécurisées qui ont été validés. Ces 5 seront présentées au choix des médecins.

Après chacun a le libre choix dans un monde libéral de prendre celle qu'il a envie, celle qui lui correspond.

M. D. COUDREAU. – Je voulais intervenir sur le sujet. Je n'ai rien à rajouter par rapport à ce que vous venez de dire, Monsieur Prudhomme.

Je voulais revenir un instant sur le problème de la labellisation ou de l'ordre à mettre dans les logiciels métier. Naturellement on y pense et on y travaille. Naturellement on n'est pas les seuls à y travailler au sens que tu viens de faire référence au GIP CPS. Nous pouvons aussi parler de la CNAM et ainsi de suite.

Pourquoi ? A un moment il faut faire converger sur le poste de travail des applications qui sont les nôtres et des tas d'autres et notamment celle de la CNAM. On est en train de chercher à se mettre d'accord entre nous.

Les industriels nous disent qu'aussi longtemps au fond qu'il n'y ait pas un scénario avec quel est le programme de développement et son calendrier des différentes applications des gens qui demain vont converger sur le poste de travail du médecin, les industriels n'ont pas envie de proposer, de se mettre au travail pour proposer des solutions. On y est. C'est l'une des difficultés de toute cette affaire. A côté du GIP DMP, il y a l'informatisation des différents systèmes de santé des différents comportements du système de santé, que tout ça s'est fait dans un certain désordre et c'était normal. Chacun se préoccupant des problèmes qu'il avait à régler. Pour autant, il faut arriver à faire que tout cela converge, soit interopérable et communique entre.

Ce n'est pas très bien traité ni réglé cette question du chef d'orchestre du système de l'informatisation des systèmes de santé. Initialement, il y avait un système dans lequel Jacques SAURET, qui est le Directeur du GIP DMP, était en même temps le responsable de la mission d'information du système de santé.

Aujourd'hui on a, et d'ailleurs c'est ce que nous souhaitons, distingué 2 postes différents. Mais la difficulté est d'avoir un chef d'orchestre qui soit suffisamment musclé. Je ne parle pas de la personne, mais de la capacité à imposer quand même un certain nombre de choses, de solutions, sans cela il y aura plein de solutions. Vous voyez bien que dès qu'on commence à imposer, on bute ou sur des intérêts industriels ou des intérêts corporatistes parce que c'est vrai ce que tu disais, et ça sera mon mot de la fin par rapport à cela : ce qui me frappe est que nous sommes entre gens convaincus dans cette salle. Tu as dit tout à l'heure Alain que quelquefois cela se faisait de la difficulté, parce que les militants sont persuadés qu'ils ont inventé la solution définitive, la solution finale peut-être. Bref.

Je pense, je reste persuadé qu'on ne peut pas faire autrement que de passer par les militants. C'est pour cela que le GIP DMP, dès qu'il s'est créé, a pensé que c'était pour les expérimentations par les réseaux qu'il devait passer. Je reste persuadé, tu sais que je suis sincère sur ce point, qu'on ne fera pas autrement que de s'appuyer sur les réseaux.

On va continuer à travailler avec vous.

Dr JP. HAMON. - Ce que disait Bernard est juste. Il a été décidé au départ de privilégier l'existant. Le professionnel de santé qui bosse avec son logiciel métier doit continuer à bosser avec son logiciel métier.

Ce n'est pas la logique de certains industriels dominants, qui aimeraient bien qu'on bosse avec leur outil. Seulement on a vu comment ils se comportaient avec leur outil, ils ont été dominants, ont racheté des logiciels orphelins et ceux qui ont des logiciels orphelins font comme tous les orphelins, pleurent parce qu'on leur redemande des sous pour pouvoir continuer à bosser.

Le credo était tu continues à bosser avec ton logiciel métier, tu donnes les moyens à l'éditeur de logiciel d'adapter ton logiciel métier à la communication, d'alimenter et de recevoir le DMP. C'est cela l'idée.

Quand il y a des messageries certes dominantes, pourquoi sont-elles créées ? Parce que les professionnels, les industriels, je les ai entendus me dire en 2001 au MEDEC* nous avons une messagerie sécurisée, cryptée, basée sur la CPS et c'était France Télécom et le RSS. Je les ai crus comme un con.

Depuis, j'ai arrêté de croire non pas aux frères de Ploemeur mais au langage des informaticiens et aux effets d'annonce. Parce que quand j'ai obtenu les fonds du faqsv qui avait cru comme moi que la messagerie basée sur la CPS interopérable cela existait, je me suis aperçu que cela n'existait pas. J'ai obtenu du faqsv régional la possibilité de modifier ma convention et de fonctionner avec cette messagerie happy crypte qui fonctionnait sur Mac et sur PC et que j'avais fait marcher.

L'existant existe. Il faut ne pas le détruire, il faut ne pas céder à la puissance et au lobbying des industriels, il faut permettre au professionnel de santé qui a fait l'effort de s'informatiser de travailler sur son logiciel, d'adapter son logiciel métier à la communication.

Là tous les logiciels, si on veut que cela marche, il ne faut pas qu'on ait une forme massive hégémonique. Il faut adapter l'existant. C'est le choix qu'on a fait.

Si vous voulez qu'on communique entre nous, vous allez donner nos adresses à M. E. Daydou et cela marche. On doit installer 1 500 messageries d'ici la fin de l'année. Il y a intérêt à ce que ça marche.

Mme P. MICHEL. - Je suis Prisca Michel du réseau SOLIPAM.

Êtes-vous allé voir rue de Ferrus, il y a le GIP que dirigeait M. SAURET avant, le GIP LDS qui s'occupe de la dématérialisation des dépenses de santé et la plupart des équipes qui sont aujourd'hui au GIP DMP viennent du GIP LDS.

M. COUDREAU. - Quelques-uns.

Mme P. MICHEL. - Qui sont les chefs de projet ?

Est-ce que le GIP LDS s'intéresse aux entreprises et à la dématérialisation de la DADS, d'un certain nombre de déclarations sociales ?

Je me disais est-ce que de leur expérience, ils sont juste à côté, sur les questions posées il n'y aurait pas quelque chose à apprendre ? Ne pourrait-on pas leur demander de venir nous exposer ce qu'ils ont rencontré ?

Le problème est différent. Y a-t-il là des choses qui pourraient nous aider, nous faire avancer plus vite ? Ils sont juste à côté, à 50 mètres.

M. D. COUDREAU. - Puis-je faire une réponse ? Je ne veux pas complètement répondre directement à votre question, un tout petit peu à côté.

Je voudrais témoigner de ce qui se passe une fois par semaine dans le Comité de Direction du GIP DMP. Il y a en effet des responsables de secteur et de projets qui ont été formés avec Jacques SAURET soit du côté, il y avait une agence pour le développement de l'administration électronique, l'ADAE, où il y avait le GIP LDS. Je crois que c'était également un GIP.

Il est clair que nous cherchons tous les jours à capitaliser l'expérience acquise sur des projets qui sont cousins. Ce n'est pas la même chose que nous avons à traiter. On le fait tout le temps.

On est conscient qu'il ne faut surtout pas chercher à réinventer les choses de notre côté. On s'appuie sur ce qu'on a appris.

Je dois dire, pour en rajouter une et faire plaisir à Jean-Paul HAMON, avec l'expérience il y a une qualité supplémentaire qui est en train de nous venir. Je ne sais pas si elle est utile ou pas, mais c'est à toi d'en juger. On devient humble. Vous ne croiriez pas à quel point nous sommes humbles !

Dr JP. HAMON. - C'est vrai parce que quand j'entends dire que les équipements des professionnels de santé en Île-de-France est de l'ordre de 80 %, j'ai demandé à mes petits camarades de faire une étude porte à porte et non pas statistique pour faire un état exhaustif de l'informatisation et surtout de l'utilisation des professionnels de santé.

Je pense que si l'on faisait l'effort et l'effort financier aussi, on serait effectivement très humble. Je pense que beaucoup de décisions prises, il faudrait recommencer à équiper humblement tout le monde.

Il est 9 heures. Mesdames, Messieurs, je vous remercie, je remercie tout le monde et surtout je vous invite à rencontrer M. Emmanuel Daydou et à leur transmettre la liste de vos correspondants et de vos membres qui utilisent l'informatique.

La séance est levée à 9 heures.