



**Les enjeux  
de l'informatique communicante  
pour la médecine libérale  
en Ile-de-France**

**SYNTHESE DES DEBATS**

# Les enjeux de l'informatique communicante pour la médecine libérale en Ile-de-France

*Séminaire du 10 juin 2008*

*Organisé par la commission Système d'information de  
l'URML Ile-de-France au Conseil régional d'Ile-de-France*

*L'utilisation de l'informatique communicante reste balbutiante dans les cabinets médicaux d'Ile de France. Améliorer les capacités opérationnelles des médecins franciliens ? L'URML l'ambitionne en visant l'échange des données simple, rapide, fiable, et table sur le déploiement des messageries sécurisées inter opérables avant que le dossier médical personnel (DMP) informatisé soit généralisé. Encore faut-il que toutes les conditions d'utilisation soient réunies. Vaste programme.*

*Les freins à lever semblent nombreux. Le séminaire organisé par l'Union, le 10 juin en a attesté. Thème : « les enjeux de l'informatique communicante pour la médecine libérale en Ile de France » avec des personnalités parmi les plus en pointe dans les tables rondes : l'une, sur les conditions nécessaires pour garantir une bonne ergonomie du poste de travail du médecin et, l'autre, sur la solution propre à développer les échanges en Ile-de-France.*

## **L'informatisation du cabinet médical : Où en sont les médecins franciliens ? L'enquête de l'URML Ile-de-France**

D'où partent les médecins franciliens en matière de parc informatique et de son utilisation? L'état d'avancement qui a été réalisé par la commission Système d'information de l'URML, que préside Jean-Paul Hamon, fait apparaître que beaucoup de chemin reste à faire. Au vu des réponses à l'enquête de 244 médecins, les résultats prouvent, dit-il, que l'on «est loin d'une professionnalisation de l'utilisation de l'informatique et d'une garantie de fonctionnement permanente » chez les médecins libéraux qui sont pourtant équipés à plus de 80 %. Encore plus révélateur : 30 % seulement ont recours à une maintenance de leur système informatique auprès d'un éditeur de logiciel. S'agissant de la messagerie, les résultats réservent, aussi, des surprises. Si, près de 75 % des répondants déclarent disposer, pour pouvoir communiquer d'une adresse Internet professionnelle, 31 % l'utilise avec une messagerie non sécurisée et 19 % avec une messagerie sécurisée. Une proportion

qui, rapportée aux 25 000 médecins libéraux franciliens, apparaît même surestimée quand on sait que seulement 1 500 réalisent en réalité de tels flux. Parmi les 19 % à qui les données médicales parviennent par messagerie, la moitié les intègre dans leur dossier patient en mode copier-coller et un autre quart en mode direct. Peu nombreux sont ceux qui disposent de la fonction : « réponse au correspondant ».

En définitive, 12 médecins sur 244 sont dotés d'un outil de communication. Ce qui montre que des efforts restent bien à accomplir pour obtenir un niveau optimum d'échanges de données dans la région désormais prioritaire.

## 1<sup>ère</sup> table ronde :

### Comment garantir une bonne ergonomie du poste de travail du médecin ?

#### Le GIP Carte professionnel de santé (GIP CPS)

Marthe Wehrung, directrice du GIP-CPS, s'est déclarée inquiète devant le taux de 30 % de répondants ayant souscrit un contrat de maintenance. Cela lui semble assez « *symptomatique, de l'effort nécessaire qu'il y a lieu de faire pour développer la culture de l'échange et celle du partage des données* ». Et, en premier lieu pour diffuser, tout simplement, la culture informatique. « *Il ne viendrait pas à l'idée des radiologues de ne pas avoir de contrats de maintenance pour les appareils de radiologie !* » s'exclame-t-elle. Si 70 % des médecins n'en ont pas souscrit pour leur informatique, cela signifie surtout, à ses yeux, qu'ils ne sont pas - ce qui est très préoccupant - en mesure de suivre les évolutions des logiciels. À l'heure où tout bouge, les mises à jour s'imposent, surtout quand des changements majeurs sont à prendre en compte. Il y a eu le passage à l'euro. Aujourd'hui, il y a l'intégration du RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) qui, venant de démarrer chez les pharmaciens, sera fin 2008 chez les médecins lorsque l'Ordre aura distribué les numéros identifiants implémentés dans la nouvelle génération de cartes CPS qui va paraître en 2009. « *Il va bien falloir que les logiciels sachent gérer cela correctement sur le terrain* » soupire-t-elle. Pour que ce soit le cas, encore faut-il que les professionnels de santé aient, bien évidemment, mis à jour leur logiciel. Ce préalable, elle en a conscience, complexifie le poste de travail dès lors que l'on se met à vouloir échanger les données et à mettre en œuvre des applications communicantes. Aussi est-il évident qu'un seul individu ne saurait à lui seul être en mesure d'installer, gérer et suivre tous les développements et composants nouveaux qui s'accumuleront dans la machine. Or la directrice du GIP est aussi préoccupée par les lacunes en matière d'installation. Verdict : la culture des échanges devient une priorité si l'on ne veut pas décourager les bonnes volontés qui existent sur le terrain.

## Les éditeurs de logiciels

Les éditeurs de logiciels plaident quant à eux non coupables, sans pour autant être surpris que seuls 30 % des médecins aient un contrat de maintenance.

Pour Pierre Bruneau (Cegedim) il faut distinguer la maintenance des outils métiers (les logiciels) de celle du matériel (ordinateur, lecteur de carte, lecteur CD, ADSL...).

Dans le premier cas, il l'affirme : les éditeurs affiliés à la FEIMA (Fédération des éditeurs d'information médicale ambulatoire) assurent, depuis des années, la mise à jour de leurs logiciels. Et ils répondent à cet égard toujours présent. « *Quand un médecin est abonné ou a acheté un logiciel, il bénéficie d'une assistance 24 heures sur 24. Et cela fonctionne* » insiste-t-il.

En revanche, la maintenance du matériel est une autre histoire. Pourquoi ? Parce que le parc informatique est loin d'être homogène. Quand un maillon de la chaîne se retrouve en panne, le médecin ne sait pas à qui s'adresser. Et là l'éditeur de logiciel regrette que cela lui retombe dessus pour la bonne et simple raison qu'il ne maîtrise pas l'ADSL, ni le lecteur, ni l'imprimante de l'utilisateur. Et sans parler des intervenants comme la CNAMTS, l'URML, les réseaux de santé, etc., qui font intrusion en rajoutant une couche pour intégrer tel ou tel nouveau composant. Un constat que relativise toutefois Maryline Minault (FEIMA). « *Les médecins qui acquièrent nos logiciels ont, nuance-t-elle, souscrit aussi la maintenance qui va avec pour pouvoir disposer du produit dernier cri.* »

« *En revanche, le faible résultat sur la maintenance dans l'enquête est dû, ajoute-t-elle, à un certain nombre d'utilisateurs possesseurs d'un logiciel qui, acquis il y a 10 ou 15 ans, est devenu « orphelin » parce que conçu par un éditeur qui, entre temps, a disparu du marché, soit par dépôt de bilan, soit par rachat.* »

Tout cela laisse présager de nouvelles mises à jour qui représentent un coût certain, redoute Jean-Paul Hamon, qui se demande comment celui-ci va se répercuter. « *Personne ne s'est interrogé sur qui devait payer quoi ?* » regrette-t-il, en évoquant les 940 euros qu'ont représentés, pour certains médecins, le passage de la carte Vitale à la version 1.40.

Quant à la culture de l'échange, il aimerait bien qu'elle commence par se concrétiser entre les maîtres d'ouvrage que sont le GIP CPS, le GIP DMP, le GIE Sesam Vitale. Pourquoi ? Parce que leurs technologies respectives n'étant pas forcément compatibles les unes avec les autres, leur mise en présence aboutit souvent à bloquer les postes de travail. Autre frein à lever donc.

Comment alors avancer tous ensemble sur le terrain de l'ergonomie ? A contrario de la photographie encourageante de l'informatisation en France, celle de la région

francilienne restera-t-elle le dernier bastion de résistance apparu avec l'introduction des FSE ? Une situation qui n'est pas irrémédiable aux yeux de Jacques Sauret, directeur du GIP DMP. Tout d'abord parce que la médecine libérale française, en matière d'informatisation, est en pointe comparativement à ses homologues aux Etats-Unis et au Canada. Ensuite, le retard de l'Ile-de-France peut, dans un tel contexte, se résorber très vite, précise-t-il, si l'on se met « *en capacité de démontrer aux médecins qu'avec ces outils, ils bénéficieront d'un service rendu qui leur apportera un mieux dans leur pratique* ». L'enjeu réside dans le passage de l'informatique tout court à l'informatique communicante.

« *L'informatique médicale française n'est pas aussi misérabiliste que l'on veut quelquefois la décrier* » renchérit Pierre Bruneau qui se veut optimiste. La preuve ? L'assurance maladie obligatoire a récemment développé 20 000 composants d'accès à l'historique des remboursements, qui fonctionnent cahin-caha, note-t-il.

Le souci de l'ergonomie des logiciels mobilise les éditeurs à trois niveaux, assure-t-il : au niveau de l'intégration paramétrée des réformes réglementaires telles que l'historique des remboursements ou la CCAM par exemple, au niveau de la médicalisation des logiciels pour répondre, entre autres, aux recommandations de la HAS, et enfin au niveau de l'évolution technologique, qui est permanente.

Son expérience le lui prouve : plus la coordination s'améliore au sommet décisionnaire, mieux c'est pour l'intégration des nouveautés sur le plan réglementaire dans les logiciels. La coordination des institutions serait ainsi un plus facilitateur. Pour autant, on ne peut pas aller plus vite que la musique tempère Maryline Minault.

### Le GIP DMP

Dans la perspective d'une ergonomie optimale, nécessaire à l'accès rapide aux informations relatives à un patient dans le contexte de sa prise en charge, Jacques Sauret cite le rapport Gagneux : « *un patient, un dossier* ». Ce qu'il résume ainsi : l'information pertinente, au bon moment, pour le bon patient. Condition ? Que la donnée soit repérable et partageable dans tous les cas et résulte de la saisie directe du médecin ou bien qu'elle provienne de données récupérées d'un confrère par messagerie sécurisée. Bref, il faut assurer la présence d'informations stockées dans ce que le rapport Gagneux nomme « l'espace médical partagé ». Et afin que le médecin ne soit pas submergé par un flot de documents, Jacques Sauret, préconise des filtres dans la récupération des données. « *Il s'agit, dit-il, d'une question fondamentale qui doit être traitée, sur le plan médical, par les professionnels de santé et sur le plan technique, par les éditeurs de logiciels* ». À eux de déterminer pour telle ou telle situation les informations que le logiciel devrait rapatrier en première intention

sur le poste du médecin, et de préciser sous quelle présentation dynamique l'effectuer. Ces modalités ne sont certes pas encore au point. Elles pourraient progresser rapidement dès lors que les médecins percevront toute la valeur ajoutée qu'un tel outil peut leur procurer pour leur pratique. *« Il y a là un marché qui va s'élargir et se solvabiliser pour les industriels »* prédit-il.

D'autres progrès ont déjà lieu du côté du GIP-CPS avec la mise au point de la carte CPS sans contact, c'est-à-dire doté d'une fonction Navigo. But ? Répondre aux besoins d'utilisateurs un peu particuliers que sont les hospitaliers qui, pour un même dossier, sont amenés à utiliser différents postes de travail. La carte CPS new-look le leur permettra en toute sécurité. Elle associe, d'une part, l'authentification forte du professionnel par contact de type code pin pour initialiser la session de travail et, d'autre part, sa mémorisation afin de permettre par la suite un accès au dossier en lecture sans contact sur un autre poste. Disponible courant 2009, la future CPS nécessite que les logiciels évoluent pour gérer l'ouverture et la fermeture de telles sessions de travail. *« Nous ferons les adaptations nécessaires des logiciels »* assurent les éditeurs. *« Mais, avertit Jean-Paul Hamon, « l'informatique doit rendre service au médecin, et non lui compliquer la vie. »*

L'homologation s'attache depuis l'origine (2001) aux messageries sécurisées. Le GIP CPS, qui a en charge son attribution, n'a commencé à l'accorder à des logiciels qu'à partir de 2004 au regard d'un référentiel recensant les règles d'interopérabilité et de sécurisation à respecter par les éditeurs. Depuis, diverses solutions ont été développées et proposées au libre choix des professionnels de santé. Las ! Le marché n'avait guère décollé à ce moment-là, dans la mesure où il n'y avait pas d'incitation particulière à utiliser ces messageries. Mais, avec la parution du décret sur la confidentialité des données de santé au JO du 16 mai 2007, la donne a changé. *« Nous avons vu apparaître des messageries sécurisées intégrées aux logiciels de gestion de cabinets »*, indique Marthe Wehrung. Recensant neuf demandes d'éditeurs en cours d'homologation, elle constate une montée en puissance du nombre de certificats délivrés et du nombre d'utilisateurs à un rythme de 300 supplémentaires chaque mois. *« S'il doit y avoir des échanges informatisés, il est hors de question qu'ils puissent mettre le secret médical en péril »* prévient la directrice du GIP CPS, qui pour le préserver ne connaît rien de plus fiable dans le monde Internet que la carte à puce. *« Nous avons aujourd'hui, dit-elle, les moyens d'installer correctement les postes de travail pour peu que l'on respecte les règles d'installation »*. À cet égard

l'idéal est, effectivement, que les applications soient directement intégrées dans les logiciels métiers, convient Marylise Minault.

Jean-Paul Hamon le reconnaît : tout n'est pas rose et le déploiement de la messagerie sécurisée sera long contrairement à ce que sa commission avait pu penser au moment du lancement du projet ARDOC, il y a tout juste un an.

### **L'Ardoc, un an d'aide aux échanges informatiques entre professionnels de santé**

Association loi 1901, l'ARDOC, créée en réponse à l'appel à projet du GIP DMP pour préparer la convergence avec le DMP lors de sa généralisation, a été mise en place par l'URML Ile-de-France et les biologistes (Syndicat des biologistes et Syndicat national des médecins biologistes). Son objectif ? Équiper, dans un premier temps, 1 500 médecins avec des outils communicants sous forme sécurisée. Et cela, a résumé Jacques Grichy, vice-président de la commission Système d'information de l'URML Ile-de-France et coordonnateur régional de l'ARDOC, afin de simplifier le suivi du patient, de limiter la gestion administrative du courrier papier, de se mettre en conformité avec le décret confidentialité et de faciliter le travail coopératif en réseau.

L'association a mis en place un service dédié : l'installation, sur place, au cabinet, des outils de sécurisation des messageries (OSM) à choisir parmi les outils agréés GIP CPS, une *hot line* pour le suivi et une formation d'une heure indemnisée aux praticiens 150 euros pour le temps passé. Sur les 390 médecins avec lesquels l'ARDOC est à ce jour entrée en contact, 88 sont équipés alors que 121 sont en passe de l'être. Elle a connu 14 échecs d'installation.

Pour rendre possible les échanges de données entre les possesseurs de l'OSM Apicrypt (1 400 en Ile-de-France), logiciel non-homologué parce que non S/MIME, et les autres possesseurs d'OSM à base de technologie CPS S/MIME homologués, l'ARDOC a conçu une plate-forme d'interopérabilité. Et a noué un partenariat avec l'AGDMP-IDF, son pendant hospitalier pour la diffusion des messageries sécurisées en direction de 42 établissements de santé de la région. « *Nous nous devons prendre en compte les médecins et les laboratoires déjà équipés en Apicrypt et non en produits CPS* » assure Jacques Grichy. « *Sinon, ajoute Jean-Paul Hamon, nous qui voulons développer la communication, on se serait tiré une balle dans le pied si on avait exclu des échanges des praticiens aussi motivés qu'eux. Cela aurait été d'autant plus regrettable qu'Apicrypt est en train de se rapprocher de la légalité en s'apprêtant à développer un double cryptage en Apicrypt et en S/MIME.* »

Bref, à l'ARDOC, on l'assure : on veut remplir pleinement un rôle d'aiguillon en matière d'échanges sécurisés entre tous les médecins. « *Il faut bien que quelqu'un provoque le déclic* » commente Jacques Grichy.

« *À partir du moment où nous avons considéré qu'il devenait nécessaire de faciliter les échanges entre professionnels de santé nous avons considéré, nous URML, que nous avons toute notre place pour favoriser le décloisonnement ville-hôpital* » explique Frédéric Prudhomme, président de l'ARDOC.

## **2<sup>ème</sup> table ronde : Quelle solution pour développer les échanges en Ile-de-France ?**

### **Les établissements de santé**

Du côté des établissements de santé, « *une expérimentation dans le domaine des échanges est menée dans quatre bassins franciliens qui implique 1 400 praticiens hospitaliers engagés à produire et à envoyer, par messagerie sécurisée, des comptes-rendus électroniques vers les médecins correspondants de ville,* » précise Philippe Massat, directeur de projet à l'AGDMP-IDF. « *Le plan hôpital 2012 devrait jouer un rôle moteur avec ses 180 millions d'euros à distribuer pour aider les établissements à améliorer leur système d'information* », indique Jean-Yves Laffont, directeur adjoint de l'ARH Ile-de-France.

### **Les biologistes**

Pour les biologistes, qui ont toujours eu à cœur de produire des informations à destination des prescripteurs, le projet francilien d'une communication plus moderne répond à un véritable besoin confirme pour sa part Pierre Chuzel, biologiste membre du SDB et vice-président de l'ARDOC. Surtout quand l'échange devient possible dans les deux sens. Pour permettre qu'il s'établisse vraiment il souhaite que le GIP CPS et les éditeurs de logiciels résolvent rapidement la difficulté qu'il y a à signer électroniquement à la fois une FSE et un compte-rendu. « *Il y a des conflits logiciels qui font qu'aujourd'hui j'ai le choix entre signer mes comptes-rendus et être payé par ma caisse* » déplore-t-il avec regret.

### **Michel Gagneux, mission de relance du DMP**

Auteur du rapport de l'IGAS prônant la relance du projet DMP, Michel Gagneux estime que la messagerie sécurisée est un élément certes indispensable de la communication entre professionnels de santé mais qu'elle n'est qu'un élément parmi



d'autres dans le système de partage de l'information que la France vise à mettre en place. Celui-ci sera l'un des chantiers nationaux prioritaires des dix prochaines années, à double titre : celui de la maîtrise des dépenses de santé et celui de l'amélioration de la qualité des soins. « *Dans dix ans il ne sera plus possible, affirme-t-il, de continuer à pleurer sur le cloisonnement ville-hôpital, à faire de l'incantation sur la coordination des soins et sur le partage de l'information entre les professionnels de santé* ».

Applaudissant l'effort particulier que réalise l'ARDOC pour attaquer la question de l'informatique communicante, la solution des messageries sécurisées qu'elle prône ne saurait donc pour autant être aux yeux de Michel Gagneux la solution exclusive. Explication : elle ne va pas au bout du processus culturel qui consiste pour les professionnels de santé à s'inscrire dans un partage de l'information médicale centrée sur le patient. « *Le véritable enjeu auquel vous allez être confronté est celui de l'évolution culturelle et des pratiques* » prévient-il. Pour lui il faut changer les pratiques individualistes pour fiabiliser la prise en charge, sécuriser le travail du médecin et améliorer la coordination des soins dans une dynamique de partage de l'information centrée sur le patient. Par ailleurs, les médecins ne consentiront aux efforts financiers nécessaires pour s'équiper et se former que s'ils en retirent une amélioration dans leur pratique.

Ayant déploré dans son rapport l'absence d'une véritable maîtrise d'ouvrage d'Etat capable de coordonner les évolutions dans les différentes sphères publiques (cartes CPS et Vitale, DMP, messageries sécurisées), Michel Gagneux note avec d'autant plus d'intérêt la démarche francilienne qui, avec l'AGDMP, se met en capacité d'associer l'ensemble des acteurs hospitaliers et de la médecine de ville. Un enjeu déterminant en raison du poids de l'AP-HP.

Le défi à relever par la maîtrise d'ouvrage d'Etat n'est pas de faire à la place des autres mais bien de créer les conditions de la créativité autour d'outils utiles à la prise en charge, conclut-il.

### Dominique Coudreau, président du GIP DMP

Dominique Coudreau, président du GIP DMP et ancien directeur de l'ARH Ile-de-France le constate : l'état d'esprit a évolué là où il n'y a pas si longtemps encore la région était confrontée à un problème de coopération entre les acteurs du système de santé. Situation qui paraissait inextricable. Aujourd'hui il décèle une volonté de coopérer. « *Même si l'état des échanges n'est pas encore très important dans la pratique, ce qui a été réalisé depuis trois ans est quand même un progrès décisif dans la région* » reconnaît-il. Il se félicite de l'implication de l'administration de tutelle et de

l'URML. Et se dit convaincu que les hospitaliers développeront naturellement le système d'information, ce qu'il estime moins évident en médecine de ville. « *Le travail que fait l'URML à cet égard pour convaincre est tout à fait utile et doit être salué* » insiste-t-il.

Quant à l'arrivée du nouvel interlocuteur que va être l'Agence régionale de santé (ARS), il craint que le temps que va prendre son installation soit pénalisant là où il y a au contraire nécessité de continuer à soutenir sans relâche les efforts engagés dans le développement des échanges.

### Conclusion de Jean-Pierre Door

Président de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur le DMP, le député Jean-Pierre Door se félicite que la ministre ait relancé le DMP sur la base du rapport de Michel Gagneux qui fait, dit-il, l'unanimité de toutes les parties professionnelles, politiques, usagers, industriels. Pourquoi ? Parce que ce n'est pas un outil technologique que l'on conçoit mais un outil de service partagé mis à la disposition des professionnels de santé libéraux et hospitaliers et des usagers. Pour que ce service soit utilisé, il faut qu'il soit approprié par les uns et par les autres.

Sa conviction est que s'il n'y a pas appropriation de tous, on n'y arrivera pas. Là réside l'enjeu fondamental. Pour réussir, il incombe aux industriels de rendre le DMP parfaitement pragmatique et simple d'utilisation. Ainsi les professionnels pourront l'utiliser et se l'approprier. Si tout le monde s'y met, il n'y a pas de raison de ne pas y arriver. Mais il en convient, ce n'est pas simple pour autant puisque de nombreux pays font comme nous, essaient de raisonner, d'avoir une informatisation des données de santé et qu'eux aussi butent sur certains obstacles, certaines difficultés que ce soit l'Angleterre, la Belgique, le Canada... Ce qui ne doit pas être une raison de s'arrêter.

« *Les professionnels de santé libéraux seront, bien entendus, les premiers utilisateurs* », estime-t-il en laissant entendre qu'une mutation professionnelle s'annonce pour eux. Le DMP sera leur outil de travail. Dans les hôpitaux, ce sera plus difficile. « *Il va falloir qu'on engage l'hôpital à se mettre à la communicabilité de ses données de santé* » appréhende-t-il. Que l'assurance maladie obligatoire soit aussi partie prenante, cela s'impose à son sens car elle dispose d'outils informatiques et connaît le corps médical et les paramédicaux, et qu'elle doit, elle aussi, communiquer ses données. Bref, il faut « *qu'elle se déshabille* ». En un mot, qu'elle participe au travail d'élaboration du DMP. Les usagers non plus ne doivent pas être laissés à l'écart puisqu'ils devront s'approprier le DMP. Aujourd'hui, ils sont prêts à aller de l'avant, note-t-il. Il faudra aussi que les opérateurs éditeurs de logiciels et les industriels mettent à disposition des outils et proposent des solutions simples,

pratiques et inter opérables et qui soient partagées par tout le monde. À ce moment-là, le pari pourra être gagné. L'ambition politique est que le DMP soit relancé dans les années qui viennent en commençant par des expérimentations régionales d'échanges de données.