



# FORUM « e-santé et système d'information des centres et maisons de santé »



## SYNTHESE et RECOMMANDATIONS



17 novembre 2012 – Montferrand le Château



Document élaboré par la FéMaSaC, pour l'Equipe d'Appui Territoires et Santé.  
Reproduction autorisée à des fins non commerciales. Toute reproduction, même partielle, doit mentionner la source : "EATS. Forum e-santé et système d'information des centres et des maisons de santé. Synthèse et recommandations. Novembre 2012"

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	p. 3
<b>Les enjeux des systèmes d'information</b>	p. 5
• <b>Stratégie nationale des systèmes d'information des centres et maisons de santé</b> Yasmine SAMMOUR – Ministère de la Santé, DGOS Bruno GROSSIN – ASIP Santé	p. 6
• <b>Stratégie régionale en matière d'e-santé</b> Sylvie MANSION – ARS Franche-Comté	p. 12
• <b>Enquête FéMaSaC-Emosist sur les systèmes d'information</b> Martial BOTEBOL – FéMaSaC	p. 17
• <b>Echanges avec les participants</b>	p. 19
<b>Dossier médical personnel</b>	p. 20
Vincent BONNANS – Emosist Jean-François ROCH - ARESPA	
<b>Atelier n° 1 : Le système d'information au service du projet de santé et de la coordination d'équipe, quelles fonctionnalités pour l'exercice pluri-professionnel ?</b>	
• Retour d'expériences - Echanges	p. 24
• Recommandations ou points de vigilance	p. 25
<b>Atelier n° 2 : Le système d'information, un élément majeur à intégrer dans le projet immobilier et mobilier de la maison de santé, quelles solutions pratiques ?</b>	
• Retour d'expériences - Echanges	p. 27
• Recommandations ou points de vigilance	p. 28
<b>Conclusion</b>	p. 30
<b>Glossaire des sigles</b>	p. 32
<b>Remerciements</b>	p. 35



# INTRODUCTION

L'Equipe d'Appui Territoires et Santé (EATS<sup>1</sup>) organise chaque année, un ou deux forums d'informations sur un thème intéressant les centres et les maisons de santé pluridisciplinaires.

Ces rencontres s'adressent tant aux professionnels de santé qu'aux élus, ainsi qu'à tous les acteurs engagés dans une réflexion autour de l'organisation des soins de premier recours.

Ils sont un temps privilégié de rencontres, d'échanges.

Le système d'information est un élément important, qui peut être pensé selon deux axes :

- les fonctionnalités du système informatique et notamment du logiciel métier,
- un élément interrogeant l'infrastructure du projet : matériel, installation, hébergement de données, maintenance...

C'est à travers ces deux dimensions que les travaux en ateliers ont été construits, précédés d'interventions présentant le contexte national et régional.

Si ce forum se fixait pour objectifs, à partir de l'expérience des centres et maisons de santé en activité, et grâce aux échanges avec différents acteurs, d'élaborer des recommandations ou tout au moins, d'attirer l'attention sur quelques points de vigilance en matière de système d'information, les échanges auront démontré que le sujet est vaste et complexe (trop ?) pour nous permettre de les atteindre en une demi-journée.

En complément du dossier du participant qui reprend tous les supports présentés par les intervenants, cette synthèse propose les éléments remarquables discutés durant ce forum.

---

<sup>1</sup> Tous les sigles sont déclinés dans un glossaire p. 32



# Les enjeux des systèmes d'information

# Stratégie nationale des systèmes d'information des centres et maisons de santé

Yasmine SAMMOUR – Ministère de la santé, DGOS

Bruno GROSSIN – ASIP Santé

6

## Yasmine SAMMOUR :

« Je me présente brièvement. Je suis adjointe dans le bureau qui s'occupe des centres, des maisons de santé et des réseaux de santé. C'est aussi le bureau qui a en charge la télémedecine, que je ne vais pas aborder ce matin, même si elle fait partie du champ que vous allez en partie traiter.

Pour faire bref, je ne présente ici que les structures d'exercice coordonné de 1<sup>er</sup> recours. Les réseaux de santé n'apparaissent pas mais ils font bien évidemment partie des structures qui assurent une coordination des soins.

Je souhaitais attirer votre attention sur le fait qu'il existe trois types de structures. On distingue les centres et maisons de santé, des pôles de santé puisque pour les centres et maisons de santé, je vais y revenir après dans le cadre du partage d'informations, ce sont des structures qui partagent un projet de santé et c'est cela qui permet de partager l'information. Ce n'est pas une obligation pour les pôles de santé qui peuvent d'ailleurs, intégrer d'autres personnes que les professionnels de santé et qui sont plus larges.

En pratique, on a des maisons de santé qui s'appellent, en dénomination, pôle de santé et qui ont un projet de santé et donc, partagent de l'information.

Au niveau national, on recense 280 maisons de santé. Dans la réalité, c'est certainement un peu plus. Vous voyez que pour la région Franche-Comté, j'ai mis 20 alors que je lisais dans les documents qu'il y en avait 27. Et j'ai mis 3 projets immobiliers alors qu'il y en a une quarantaine. Nous n'avons, au niveau national, sûrement pas une vision exhaustive. D'ailleurs, la Fédération Française des Maisons de Santé parle souvent de 400 maisons de santé, nombre qui est conditionné aussi à la définition que l'on retient de ce genre de structures.

Ce qui est sûr, c'est que la tendance est évidemment au développement de ces structures, la région en est un exemple.

On a aussi 2 000 centres de santé, qui sont plus nombreux que les maisons de santé à ce stade mais qui sont concentrés davantage sur certaines régions.

Concernant l'exercice coordonné, le ministère et les ARS, avec les SROS qui sont en train de paraître, donnent clairement le mouvement d'un exercice qui se développe. C'est à la fois un facteur d'attractivité pour les professionnels et de développement de nouveaux services. Il y a des orientations en cours de définition pour favoriser justement le développement de ces maisons de santé, au-delà de ce qui a été fait jusque maintenant.

Sur les mesures de soutien, il y a ce qui concerne les nouveaux modes de rémunération pour une partie des structures mais ça ne concerne que 150 structures. Les NMR permettent de rémunérer notamment la coordination. Il existe également des financements sur projets qui sont destinés à aider au fonctionnement ou à l'investissement dans le cadre de l'ancien FIQCS ou du FIR ou encore dans le cadre des collectivités locales – région, département ou commune. Et j'en arrive à

ce qui nous intéresse aujourd'hui qui est le cadre qui a été donné l'année dernière pour favoriser la coordination et le partage d'informations.

Un cadre légal a été donné en 2011 qui permet le partage d'informations entre professionnels de santé qui exercent en centres et maisons de santé. Ce cadre s'est accompagné d'une démarche de définition d'un système d'information cible, travaux menés par l'ASIP Santé avec des professionnels de santé.

En ce qui concerne le système d'information, le cadre légal donne un régime spécifique et vraiment propre à ces structures. Pour mémoire, il y a trois régimes de partage d'informations dans la loi :

- Celui historique des établissements de santé où on a un partage total du dossier patient au sein de l'équipe hospitalière ;
- Le droit commun en dehors des établissements qui existait jusqu'à l'année dernière et qui est celui applicable en ville : c'est le partage d'informations pour la continuité des soins. On n'avait pas un partage élargi des informations, même si en pratique, pour la bonne prise en charge, les professionnels échangeaient de l'information ;
- En 2011 a été introduit un troisième régime, ouvert aux centres et maisons de santé et qui permet la création « légalement » d'un dossier commun qui n'est pas exclusif d'autres logiciels qui subsistent. Il y a parfois une articulation à trouver entre un logiciel commun à l'équipe et des applications plus spécifiques à chaque profession. Pour autant, ce régime doit respecter certaines conditions :
  - o Soit liées au patient avec un consentement exprès qui n'existe pas par exemple dans les établissements de santé. Quand vous entrez en établissement de santé, c'est le régime de la non-opposition qui s'applique. Dans les centres et maisons de santé, le régime est un peu plus contraignant ;
  - o Soit liées aux professionnels de santé pour lesquels le partage d'information est réservé.

Compte-tenu de ce régime spécifique de partage d'information, il y a un guide qui va sortir dans les prochaines semaines et qui explicitent les organisations qui peuvent être associées à ce partage d'information. Il a été travaillé avec les professionnels de santé et les administrations concernées, pour pouvoir proposer une aide à lecture de ce cadre qui a de petites contraintes. Je parlais du consentement du patient. Il s'agit de savoir concrètement par exemple, de manière dématérialisée ou pas, je recueille le consentement. On propose notamment une petite fiche d'information afin d'éviter que tout le monde est à recréer cette note d'information.

Le lien est donc fait avec le projet de santé évoqué au début. Le partage est ouvert aux professionnels qui ont signé le projet de santé, qui ont donc formalisé leur souhait de travailler ensemble.

J'en arrive de manière un peu plus concrète aux expérimentations qu'on a lancées conjointement avec l'ASIP Santé sur les systèmes d'information des centres et maisons de santé. Cette expérimentation combine deux aspects qui sont menés en parallèle - c'est la méthodologie qui a été retenue avec, certes un niveau d'exigences assez élevé :

- Une labellisation des logiciels avec une volonté de faire évoluer le marché des éditeurs de logiciels de cabinets médicaux pour qu'ils puissent répondre à un certain nombre de fonctionnalités qui ont été définies comme étant les conditions au partage d'information,
- Un déploiement ou un début de déploiement des solutions qui répondent à ces exigences de partage d'informations.

Les expérimentations sont donc menées dans cinq régions, dont la Franche-Comté, auprès de centres et maisons de santé volontaires qui souhaitent s'engager. L'expérimentation a été lancée au printemps avec un calendrier assez contraignant mais que l'on est en train de desserrer car nous savons bien que le niveau d'exigences est lié à la capacité des éditeurs à faire évoluer leurs produits et cela prend du temps. Il faut également du temps aux équipes soit pour permettre la



mise en œuvre des fonctionnalités supplémentaires que leur proposerait l'éditeur, soit changer de solution ou s'équiper quand ils ne le sont pas. L'expérimentation, qui concerne une vingtaine de structures, concerne des structures qui sont ou pas équipées. L'équipement prend du temps, notamment pour le choix d'un logiciel.

L'expérimentation nécessite une contractualisation avec chaque site, en contrepartie d'un financement. Le financement donné ne couvre pas tout l'investissement lié à ces évolutions. C'est un financement partiel du système d'information, a fortiori quand la structure n'était pas dotée d'un logiciel.

Il y aura des partages d'expérience qui seront organisés et qui contribueront à faire évoluer les logiciels médicaux pour qu'ils répondent mieux aux besoins identifiés pour partager l'information entre les professionnels.

Voilà pour le cadre général de l'expérimentation. Je vais laisser la parole à Bruno GROSSIN pour la partie relative à la labellisation des logiciels. »

### **Bruno GROSSIN :**

« Ce que je vais vous présenter, c'est la démarche de labellisation que l'on a mise en œuvre et qui sert à concrétiser une étude<sup>2</sup> qui a été réalisée à la demande de la DSS et de la DGOS fin 2010, et qui devait répondre à la question suivante : existe-t-il, sur le marché, des logiciels capables de répondre aux besoins et aux exigences des maisons de santé.

Cette étude a fait l'objet de travaux sur toute l'année 2011 et qui ont amené à définir un cadre général de compréhension des besoins, formalisé dans un document « étude des systèmes d'information des centres et maisons de santé » et qui a pour objectif d'éclairer de manière assez détaillée le système d'information, que ce soit pour les porteurs de projets mais aussi pour les éditeurs de logiciels.

Ce premier élément nous a fait pointer du doigt qu'il y avait des logiciels sur le marché qui répondent aux besoins des professionnels qui exercent en libéral, notamment pour les médecins. L'écart qu'il y avait pour arriver à des fonctions utiles aux maisons de santé était relativement faible. D'ailleurs, pour les centres de santé, certains logiciels sont assez anciens mais pour autant fonctionnent dans une logique de partage d'information à l'échelle de plusieurs professionnels de santé. L'idée était donc d'accompagner l'évolution de ces logiciels pour répondre à ces besoins. La décision d'accompagner cette évolution est née du fait que l'on s'est dit qu'on allait créer un label qui allait permettre à la fois aux porteurs de projets d'identifier les solutions logicielles qui sont en capacité de répondre à leurs besoins et à la fois d'être, pour les éditeurs, un cahier des charges qui va leur permettre de faire évoluer leurs solutions en s'affranchissant des spécificités qui peuvent être demandées par les uns et les autres, à des instants différents. Ca leur donne donc une visibilité vraiment importante car lorsqu'on fait évoluer un logiciel, on doit avoir un logiciel « sur étagère » et non des développements spécifiques qui exposent à des coûts et à des risques sur la durée en terme d'utilisation du logiciel.

Ce label a donc été créé et s'est appuyé sur l'étude initiale pour définir les fonctionnalités qui étaient importantes à trouver dans ces logiciels, définitions qui restent très sommaires mais qui renvoient à des types de logiciels.

Pourquoi un label<sup>3</sup> ? On est en train, au niveau national, de favoriser l'émergence d'homologation et de certification des logiciels de santé dans tout le champ d'utilisation. Il y a des démarches de certification des fonctions de prescription médicamenteuse qui sont menées par la HAS. Il y a également des démarches qui sont menées par l'ASIP Santé sur la DMP-compatibilité. On est

<sup>2</sup> [http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP\\_CDC\\_MPSP\\_CSP\\_V1\\_dec\\_2011.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_CDC_MPSP_CSP_V1_dec_2011.pdf)

<sup>3</sup> <http://esante.gouv.fr/actus/services/l-asip-sante-lance-le-label-e-sante-destine-aux-logiciels-maisons-et-centres-de-sante>

donc vraiment dans une tendance de fond qui est de se dire : face à des logiciels santé qui sont vraiment importants pour la qualité de la prise en charge, comment faire en sorte d'avoir de la qualité. La labellisation est un premier pas vers une forme d'homologation. Quand vous définissez un label, vous définissez son cadre fonctionnel et cela assure que les fonctionnalités sont présentes, par contre, il n'assure pas que les fonctionnalités sont de qualité – je suis peut-être un peu caricatural. On garantit le fait que le logiciel comporte ces fonctionnalités mais chaque éditeur va faire jouer son savoir-faire pour avoir des solutions adaptées. Cette labellisation vous permet donc de repérer les logiciels et les éditeurs qui s'inscrivent dans un développement sur le long terme, qui va servir opérationnellement mais qui nécessite d'analyser comment s'organise la fonction de partage. Ça ne désengage pas l'utilisateur de se poser la vraie question de savoir si le logiciel fonctionne bien et correspond à l'organisation concernée.

L'accompagnement des projets se fait aussi par deux autres outils :

- Un plan projet type<sup>4</sup>,
- Un cahier des charges type pour acheter un logiciel<sup>5</sup>.

La labellisation est faite de manière volontaire par les éditeurs. L'objectif est de donner de la visibilité à la fois aux acheteurs et aux éditeurs pour savoir ce qu'ils doivent faire en termes de fonctionnalités. L'éditeur qui a une solution à présenter aux centres et maisons de santé va prendre ce cadre et va vérifier qu'il a ce qu'il faut.

Le périmètre est une famille de logiciels car il est possible, dans certains cas, qu'il y ait plusieurs logiciels qui, de par l'exercice pluri-professionnel, répondent globalement à l'ensemble des besoins de la maison de santé. L'éditeur se déclare donc conforme à cette grille fonctionnelle et envoie une convention signée à l'ASIP Santé qui se réserve le droit d'organiser des visites sur site pour vérifier la conformité. Cette visite de conformité n'est pas systématique. Cependant, dans un premier temps, on va la faire de manière presque systématique pour stabiliser la confiance qui doit s'inscrire dans ce label. Lorsque les éditeurs ont fait cette demande de label qui est acceptée, la liste des logiciels et des familles logicielles sera disponible sur le site de l'ASIP Santé.

Le schéma pour obtenir la labellisation est donc le suivant :

- Candidature de l'éditeur
- Instruction de la candidature par l'ASIP
- Obtention du label
- Signature d'un contrat qui permet à la fois à l'éditeur d'utiliser le logo de labellisation dans ses plaquettes commerciales et à l'ASIP Santé de faire une visite de conformité.

Quand on a fait l'étude, nous avons essayé d'être maximalistes dans les fonctionnalités nécessaires pour travailler en maison de santé. Lorsque l'on a créé le label, on s'est dit que si l'on mettait toutes ces fonctionnalités, on aurait beaucoup de difficultés à avoir des logiciels d'emblée labellisés. On a donc défini un minimum pour fonctionner et un maximum pour plus de confort (gain de temps, agilité plus forte). Nous avons donc défini deux niveaux dans la labellisation :

- Le niveau 1 est essentiellement basé sur les fonctionnalités de partage au sein du logiciel, accessibles aux professionnels de la maison, avec des indicateurs de gestion de pilotage de l'activité notamment pour répondre aux nouveaux modes de rémunération ;
- Le niveau 2 avec des fonctionnalités qui sont plus évoluées : une fiche de synthèse et de suivi des pathologies chroniques qui doit permettre à tous les professionnels intervenant auprès du patient, d'avoir une vue consolidée de ce que chacun fait.

Ces deux niveaux permettent donc d'avoir 8 ou 9 éditeurs qui sont dans la démarche de labellisation et qui vont à terme être labellisés, dont certains d'ailleurs niveau 2. Ces éditeurs ont déjà à comprendre le sujet et à faire évoluer leurs logiciels, sachant qu'il y a en plus des solutions

<sup>4</sup> [http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP\\_SI\\_MCSPSP\\_Plan\\_Projet\\_Type\\_VO\\_2.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_SI_MCSPSP_Plan_Projet_Type_VO_2.pdf)

<sup>5</sup> <http://esante.gouv.fr/actus/services/l-asip-sante-publie-deux-documents-structurants-a-l-occasion-des-journees-de-la-feder>

qui sont toutes nouvelles et qui vont arriver sur le marché rapidement et qui sont centrées sur les besoins des maisons de santé.

Les projets de système d'information en maison de santé ne sont pas, en volume, importants, mais ont une complexité importante parce qu'ils doivent associer la mise en œuvre de l'organisation et l'évolution des pratiques avec la mise en œuvre technique d'outils qui vont supporter ces pratiques.

Le document « plan projet type » n'a pas pour vocation d'être trop académique mais à éclairer tous les sujets qu'il faut aborder dans la démarche. »

### **Yasmine SAMMOUR :**

« Pour revenir sur les expérimentations, la Franche-Comté nous intéresse puisqu'on a bien compris qu'un certain nombre de structures s'était désengagé. On va donc échanger avec l'ARS pour voir comment notamment le desserrement du calendrier, les labellisations en cours, permettraient de réintégrer éventuellement des structures.

De manière plus large et pour conclure, pour faire le lien sur d'autres chantiers, on a deux choses :

- Ce qui est inscrit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, avec la généralisation des nouveaux modes de rémunération qui ont pour vocation de financer la coordination des soins dans les centres et maisons de santé sur la base d'un contrat d'engagement, sur des services rendus, et qui devront comporter une dimension système d'information. Si l'objectif est de partager l'information, ce sera supporté par le système d'information. L'expérimentation, même si on va essayer de donner un peu d'air pour permettre de mener la démarche de déploiement à son terme, s'inscrit dans un calendrier plus long qui est celui de la rémunération de l'ensemble des structures sur la base des logiciels qui seraient labellisés. Ce serait donc pour fin 2013. C'est l'article 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui a déjà inscrit cette perspective de généralisation.
- Le deuxième chantier est celui sur les parcours de soins,
  - o avec les projets pilotes sur les parcours de soins des personnes âgées – c'est ce qu'on a appelé l'article 70 de la dernière loi de financement de la sécurité sociale - avec un cahier des charges qui est en cours de rédaction, qui vont concerner des territoires entiers avec tous les acteurs – maisons de santé, réseaux de santé, MAIA, etc – et qui comportent une dimension système d'information. C'est probablement ça qui contribue à mettre en cohérence ce qu'on est en train de faire sur le 1<sup>er</sup> recours et les centres et maisons de santé et ce dont on a besoin aux autres niveaux de coordination assurés par les réseaux de santé, les MAIA, les CLIC et qui doit être concilié pour permettre un échange d'information via d'autres dispositifs que les logiciels médicaux. C'est la messagerie sécurisée qui est à nouveau priorisée, l'usage du DMP par exemple ;
  - o les orientations qui viennent d'être publiées sur les réseaux de santé<sup>6</sup>. Comme je le disais, c'est un autre niveau de coordination. C'est le niveau d'appui finalement aux centres et maisons de santé, tout particulièrement dans la région puisque nous avons travaillé pour ce guide, avec le réseau ARESPA qui illustre bien la démarche que l'on souhaite promouvoir au niveau national d'un réseau qui est devenu polyvalent, qui intervient en appui des professionnels du 1<sup>er</sup> recours sur les situations les plus complexes. Ce guide comporte donc une fiche système d'information, préparée avec l'ASIP Santé et qui s'inscrit dans cette logique de disposer d'un système d'information cohérent entre la brique du 1<sup>er</sup> recours avec

---

<sup>6</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf)

les logiciels labellisés et les outils utiles à la coordination : messagerie sécurisée mais aussi annuaires des ressources, agendas partagés, plan personnalisé de santé. On en vient à une expérimentation en cours en Franche-Comté qui permet que le plan personnalisé de santé puisse être intégré dans le DMP et servir d'outil d'échanges entre les différents professionnels.

Le dernier chantier national qui entre en résonance avec tout cela, c'est évidemment les projets pilotes sur la télémédecine. Les projets pilotes qui ont été lancés cette année concernent surtout des projets hospitaliers – AVC, imagerie et prise en charge des détenus – les projets lancés l'année prochaine concerneront d'autres thématiques et notamment les maladies chroniques. Les acteurs du 1<sup>er</sup> recours auront donc toute leur place pour déployer ces organisations et les rémunérations associées. »

# Stratégie régionale en matière d'e-santé

Sylvie MANSION –ARS Franche-Comté

12

« La conclusion qui vient de vous être présentée me fait une transition toute choisie puisque l'objectif de ce que je vais vous raconter ce matin est de faire le pont entre les systèmes d'information et de télémédecine et ce qu'on appelle dans notre jargon « l'e-santé » qui a un périmètre un peu plus large. Vous le savez sans doute, certains d'entre vous y ont participé, on a organisé en région il y a quelques semaines, un séminaire sur le parcours de soin des personnes âgées avec des expérimentations qui démarreront début d'année prochaine. Sur les réseaux, la région est vertueuse puisque quand on lit le guide, on est au bout du chemin. On a déjà fait une grande partie de ce qui figure dans le guide et notamment toute la stratégie de contractualisation avec les réseaux.

Le plan de mon intervention est donc le suivant :

- de quoi parle-t-on ?
- quels sont les enjeux ?
- quels sont les chantiers ?
- et puis les conditions de réussite, puisque là aussi il y a beaucoup de choses à mettre en mouvement si l'on veut aboutir.

D'abord, de quoi parle-t-on ? Juste pour se mettre bien d'accord sur ce sujet, vous nous entendez parler les uns et les autres, un coup de télémédecine, un coup d'e-santé, un coup de géronto-technologie... On va donc partir de la définition la plus restrictive qui est celle de la télémédecine. C'est est une définition réglementaire que vous trouvez dans le code de la santé publique. Elle couvre des actes qui sont réalisés par des professionnels de santé aux deux bouts de la chaîne. Vous avez :

- la téléconsultation : c'est une consultation médicale qui est réalisée à distance en présence du patient. Le patient est un acteur à part entière, il va pouvoir dialoguer avec le professionnel. Et comme il s'agit d'une consultation médicale, vous avez des deux côtés de la chaîne, le médecin et le patient, et de l'autre côté, un autre médecin. C'est techniquement « d'une simplicité enfantine ». On sait le faire. Il y a déjà des structures qui travaillent comme ça dans la région. Il n'y a aucune difficulté : c'est de la visioconférence en quelque sorte ;
- Le deuxième axe qui est couvert par le décret, c'est la télé-expertise. C'est une aide à la décision médicale qui est apportée par un médecin à un autre médecin situé à distance. Elle peut se réaliser en dehors de la présence du patient. On est plutôt dans une relation entre professionnels de santé qui s'épaulent, se conseillent et travaillent de façon collégiale ;
- Troisième axe qui est dans le périmètre de la télémédecine, c'est la télé-surveillance. C'est un acte médical qui va permettre de surveiller à distance un patient. C'est donc la possibilité de transmettre des données - on pense notamment aux constantes - à un médecin qui va pouvoir les interpréter. C'est probablement l'outil majeur de sécurisation des protocoles de coopération. Tout ce qui peut permettre de suivre à domicile les hypertendus, les diabétiques, les insuffisants cardiaques se joue autour de la télé-surveillance. On a là aussi un médecin et de l'autre côté, peut-être une infirmière ;
- Quatrième axe, la télé-assistance : c'est un médecin qui va assister à distance un autre médecin. Ce sont les expériences que vous voyez de temps en temps d'intervention

- chirurgicale, d'un praticien aux Etats Unis qui assiste un chirurgien dans un établissement français ;
- Et puis la question de la régulation médicale, que nous connaissons en Franche-Comté avec l'ACORELLI, où vous allez apporter une réponse. On est dans une forme de téléconsultation.

C'est le périmètre de la télémédecine qui est donc le périmètre le plus restrictif. Il est réglementé, il doit répondre à un cahier des charges.

Ensuite, on a le périmètre de l'e-santé. On est dans une autre logique puisque ce sont toutes les nouvelles technologies de l'information et de la communication qui vont nous permettre de travailler sur la fourniture de soins à distance ou sur tous les outils de l'autonomie. On en a parlé le 6 novembre puisqu'on avait organisé un séminaire sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication au service de l'autonomie. Ce sont par exemple tous les outils de domotique, les outils d'auto-surveillance, tous ces outils qui sont en train de se déployer et qui vont permettre de maintenir à domicile, le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions possibles un patient. On est donc dans un périmètre qui est beaucoup plus large que celui de la télémédecine et qui n'est pas réglementé.

Pourquoi, en Franche-Comté, avons-nous fait de ce sujet, un sujet particulièrement névralgique et dont vous entendez très régulièrement parler ? Dans notre programme régional de santé, on a un schéma régional de l'offre de soins avec un volet hospitalier et un volet ambulatoire. On a aussi un programme régional de télémédecine. Madame SAMMOUR a rappelé les axes nationaux sur lesquels on travaillait : l'imagerie, les soins aux détenus, les AVC, les maladies chroniques et le soutien à la prise en charge dans les établissements médico-sociaux et les HAD. On a, nous, des objectifs régionaux qui sont articulés à la fois, à partir des contraintes de démographie médicale – bien entendu, la télémédecine ne réduit pas tout mais c'est un outil dont nous ne pouvons pas nous passer – des questions d'accessibilité territoriale – nous ne ferons pas installer des médecins spécialistes dans des zones où on a même du mal à faire installer des médecins généralistes. Mais en revanche, on peut tout à fait avoir des consultations avancées soit dans les structures d'exercice regroupé, soit dans les hôpitaux locaux avec des plateformes techniques. On l'a rappelé tout à l'heure, le schéma sur l'aménagement numérique<sup>7</sup> se fait dans cette perspective. On a là des solutions qu'il faut bien sûr creuser. On a aussi - et ça a été rappelé avec le poids des maladies chroniques - l'impérieuse nécessité de construire des parcours de santé.

Tout cela a pesé sur les priorités régionales que l'on s'est fixées. Ce qu'il faut qu'on ait présent à l'esprit, quand on pense e-santé, c'est que ça doit nous permettre bien sûr de garantir l'accès aux soins – donc une meilleure couverture médicale – ça doit nous permettre aussi d'améliorer la

---

<sup>7</sup> **Discours d'ouverture de Madame Véronique MOUGEY – Conseil Régional de Franche-Comté** : « En matière de haut débit, ce sera le grand chantier des années à venir, c'est un budget de 4 à 5 millions d'euros que la région mobilisera chaque année pour atteindre l'objectif d'une desserte en très haut débit de 80 % de la population d'ici 10 ans. Nous co-pilotons avec l'Etat ce chantier.

Le Conseil Régional intervient également en appui, aux équipes de recherche et aux petites et moyennes entreprises dans le cadre de la politique économique, ces entreprises qui créent, innovent, produisent, commercialisent des produits dans le domaine de l'e-santé ou de la télémédecine. J'ai participé la semaine dernière, avec beaucoup d'entre vous, à la journée organisée par l'ARS et l'Institut Régional du Vieillessement sur le thème des nouvelles technologies, des gérontechnologies. Nous avons bien conscience que l'évolution des pratiques sera considérable dans un avenir proche : téléconsultation, télé-assistance, télé-expertise seront des outils supplémentaires qui vont révolutionner la pratique et prendre rapidement place dans l'organisation de la santé ? Nous avons des atouts en Franche-Comté, au niveau de la formation supérieure, au niveau des entreprises, au niveau des professionnels sur le terrain. La synergie et la coopération sont, en toutes matières, facteur de succès. Je vous souhaite, je nous souhaite de fructueux travaux aujourd'hui. »

qualité des soins. Et ça doit aussi participer à la maîtrise des dépenses de santé. Quand on est dans la télémédecine, on va éviter par exemple des dépenses de transport. On voit bien qu'on est dans un cercle vertueux. Il y a à la fois des questions d'accessibilité, de qualité mais aussi des questions de coût et ces questions de coûts, on ne peut pas les ignorer.

L'ARS pousse beaucoup l'ensemble de ce chantier parce que j'ai une conviction – que je ne suis pas la seule à avoir – je crois que l'économie générale du système de soins va considérablement se modifier dans les dix ans qui viennent. D'abord parce qu'on va avoir un transfert de l'hôpital vers la ville. Tout ce qui tourne autour du développement de la chirurgie ambulatoire, de la chimiothérapie per os, de la dialyse péritonéale, des techniques interventionnelles font que les malades qui étaient pris en charge à l'hôpital et exclusivement à l'hôpital, une partie de leur prise en charge va vous revenir. Vous allez accompagner de plus en plus souvent des patients qui sortent très rapidement de l'hôpital, avec des protocoles de soins lourds. Et c'est évident que ça va changer votre pratique médicale.

Et de la même façon, on va avoir un glissement de vos cabinets, de vos structures de soins, vers le patient. C'est-à-dire que tout ce que l'on peut considérer aujourd'hui comme de la science-fiction - les petits outils d'auto-suivi, ceux qui permettent aux patients de vous transmettre quasiment en temps réel leurs constantes - ces outils vont se généraliser. Le patient va se trouver en situation d'être acteur de son propre suivi en quelque sorte. Tout cela vient aussi s'inscrire dans la démarche d'éducation thérapeutique du patient.

On voit bien qu'on est, avec ces outils, au cœur non seulement d'un glissement mais aussi d'une autre organisation avec les protocoles de coopération dont on vous parle aussi très souvent. Et probablement que le projet de loi de financement de la sécurité sociale qui va permettre la rémunération des équipes, va apporter aussi une réponse – je le souhaite – à comment rémunère-t-on les protocoles de coopération et comment on rémunère les équipes qui prennent en charge les patients chroniques et qui, dans le cadre de cette prise en charge, travaille à répartir l'activité différemment entre professionnels.

Je crois vraiment qu'on ne peut pas, aujourd'hui, parler de télémédecine et d'e-santé, sans se mettre dans le contexte qui est le nôtre : vieillissement de la population – et je rappelle à ce titre là que la Franche-Comté fait partie des régions qui vieillissent un peu plus vite que les autres – et développement des maladies chroniques. Les deux vont de pair. Ce prisme doit nous interroger à la fois sur l'organisation des soins et sur les outils que l'on a pour sécuriser une prise en charge différente. On va avoir les questions d'éducation thérapeutique du patient – et là aussi, je crois qu'en Franche-Comté, on n'est pas mal loti puisque je crois qu'on est la région qui a le plus grand nombre de protocoles d'éducation thérapeutique agréés en ville. Je pense que ce que l'on a initié cette année avec la mise en œuvre d'une plateforme régionale d'éducation thérapeutique permet de renforcer l'offre aux professionnels sur cette thématique.

Education thérapeutique du patient, protocoles de coopération, outils de suivi : c'est là que réside le changement.

Comment s'organise-t-on, en Franche-Comté, sur ce sujet ? D'abord, on a le GCS Emosist qui est un groupement de coopération sanitaire porté au départ par les établissements de santé et qui a favorisé en quelque sorte, le développement d'une infrastructure qui va permettre de travailler aujourd'hui avec les professionnels libéraux, qu'ils soient en situation d'exercer de façon isolée dans leur cabinet ou en exercice regroupé, et puis avec – puisque c'est un élément de chaîne indispensable lorsqu'on parle parcours – les structures médico-sociales. On a un travail aujourd'hui pour redistribuer les cartes autour de ce GCS.

On a bien sûr le dossier médical personnel. Quand je dis cela, je trébuche toujours un peu puisqu'il s'agit d'un dossier médical personnel certes, mais c'est avant tout un dossier médical partagé. On s'est organisé en région avec un pilotage national, sous l'égide de l'ASIP Santé, avec un comité de pilotage régional qui se réunit dans les locaux d'Emosist. Et puis on a, au sein de l'Agence, créé un comité de pilotage DMP qui se réunit très régulièrement, pour accompagner les

établissements et les professionnels. L'ARESPA a répondu à un appel d'offre de l'ASIP Santé et Jean-François ROCH a en charge d'aller porter la bonne parole auprès des médecins libéraux et les maisons de santé.

On a des expériences réussies - sur lesquelles on doit pouvoir capitaliser - de déploiement de la télé-médecine. Vous savez tous que la prise en charge de l'AVC dans cette région est organisée de manière à permettre une prise en charge rapide et efficace sur tous les points du territoire, notamment avec le télé-AVC. C'est une expérimentation qui fonctionne très bien, pas seulement avec les établissements qui accueillent une UNV mais aussi avec les établissements qui en sont dépourvus et qui sont dans une collaboration tout à fait pertinente avec le CHU et l'équipe de Thierry MOULIN. Même chose sur la prise en charge de chimiothérapies sur l'ensemble du territoire : on a un outil - Bonnes pratiques en chimiothérapie - qui permet aux patients d'être pris en charge au plus près de leurs lieux de vie dans des conditions qui sont strictement identiques aux conditions qui auraient été les leurs s'ils avaient été pris en charge au CHU. Et j'ai envie de dire dans des conditions mêmes meilleures. Pour ceux qui sont allés visiter le service de Monsieur PIVOT au CHU et qui ont vu les conditions dans lesquelles on réalisait les chimiothérapies, probablement que quand on est pris en charge à Pontarlier, on est mieux pris en charge en termes de confort et de qualité d'accueil, d'installation, etc.

On a un outil pour lequel le modèle économique est encore un peu vacillant qui est celui de la télé-dermatologie. On a développé un outil qui permet à la fois de prendre la photographie des plaies chroniques, d'envoyer le cliché au centre de traitement des plaies chroniques du CHU qui accompagne la conduite à tenir pour le professionnel.

Le sujet suivant est celui de la domotique. Je suis une partisane absolue. On a des expériences qui marchent, ailleurs qu'en Franche-Comté. Chez nos collègues du Limousin qui ont réalisé une étude sur deux cohortes : 1 cohorte avec des patients qui ont des domiciles équipés - chemin lumineux, commande centralisée, détecteurs de présence - et 1 cohorte non équipée. Comparaison : réduction du nombre de chutes de 30 %. Et quand on sait que la chute est le premier motif d'hospitalisation des personnes âgées et que l'hospitalisation des personnes âgées est aussi souvent l'entrée dans un état de santé qui se dégrade plutôt qu'il ne s'améliore, ça fait réfléchir.

Là aussi, on est dans une démarche d'expérimentations nombreuses, un peu brouillonnes, pas toujours bien accompagnées. Le sujet, c'est de travailler à organiser les choses pour que ça prenne de la cohérence, ça ait de la visibilité et que surtout, ça puisse se généraliser.

Bien sûr, il faut travailler sur les dimensions recherche et développement. Et puis surtout, il faut travailler au modèle économique et ça, c'est compliqué. A l'hôpital, tout se passe bien, tout est financé par la tarification à l'activité mais dès qu'on passe dans vos structures, dès qu'on passe en ville, ça devient beaucoup plus compliqué.

Les conditions de la réussite, c'est bien sûr vous convaincre, convaincre l'ensemble des professionnels qu'on n'est pas dans le monde de la science-fiction. Je vais reprendre l'expression que j'ai entendue cette semaine - j'ai participé à une conférence parlementaire sur le sujet - mon objectif n'est pas de vous faire entrer dans le monde du « big-data ». Il faut que tout le monde comprenne bien les enjeux de demain, pas les enjeux dans 20 ans, et donc considérer que toutes ces technologies, ce sont des outils à votre service. Ce n'est pas l'outil qui structure votre pratique, c'est votre pratique qui doit structurer l'outil.

Bien entendu, cette dynamique doit s'inscrire dans un cadre plus large avec des infrastructures - ce qui a été mis en place dans la région, avec des flux de données qui sont rendus possibles - c'est le schéma d'aménagement numérique pour lequel on travaille avec les élus et l'Etat parce que c'est le sujet capital. Pour la télé-médecine, si on n'a pas les câbles pour supporter les images, ça va être un peu compliqué. Et puis, les questions de stockage et notamment les questions de data-center. Il se trouve que le GCS Emosist a été agréé comme hébergeur de données de santé. On a inauguré, avec la ville de Besançon, un data-center qui nous permet de sécuriser le stockage des



données. On avance aussi sur ce chemin plus technique mais indispensable pour que l'on puisse progresser.

Et puis, tout à l'heure, je disais de passer de l'expérimentation à la généralisation, ça veut dire qu'on ait une filière économique et industrielle en capacité de porter ces projets. C'est compliqué parce que les PME ou les start-up qui portent les projets d'expérimentation ne sont pas toujours en capacité, quand elles produisent une centaine d'outils, d'en produire dans la foulée dix mille. C'était un des sujets de la journée du 6 novembre, il faut que l'on puisse travailler avec les acteurs régionaux à sécuriser le modèle économique.

J'en finis avec les engagements et ce qu'on a fait déjà :

- Le PRS a été adopté le 28 février 2012. Il est maintenant sur les rails avec un programme de télémédecine qu'on déploie ;
- Nous nous sommes réorganisés, justement pour donner de la visibilité à ce sujet. On a créé au sein de l'Agence, une direction du pilotage et de la stratégie que nous avons confiée à François BAUDIER. Dans cette direction, nous avons créé une direction des systèmes d'information en santé que nous avons confiée à Michel PICARD et qui va avoir en charge de déployer tout ce dispositif ;
- Un comité de pilotage DMP dont j'ai parlé qui est aussi en charge d'être à l'écoute de vos préoccupations et de déployer des solutions que vous jugez pertinentes et d'essayer de répondre aux préoccupations qui sont les vôtres ;
- Des manifestations qui sont en quelque sorte, des manifestations de vulgarisation. Il faut beaucoup prêcher sur ce sujet. On a prêché près d'un an pour mettre en place un comité de pilotage régional e-santé entre les collectivités territoriales, les services de l'Etat et l'Agence. La première réunion de ce comité de pilotage devrait se dérouler le 6 décembre. Je dis « devrait » car le Préfet de région va nous quitter à la fin de la semaine prochaine et il va falloir reprendre le travail de conviction avec son successeur ;
- Dans le cadre de notre réorganisation, une direction de la stratégie et du pilotage et une direction des systèmes d'information en santé qui ont travaillé, toute cette année, à un schéma directeur régional des systèmes d'information qui fera l'objet d'une adoption à la fin de cette année ou au tout début de l'année prochaine et une contractualisation avec le GCS Emosist pour que tous ces engagements y trouvent une concrétisation.

C'est long, ça fait toujours un peu usine à gaz mais il faut du temps parce qu'il faut du temps pour convaincre. Ce matin, on est ensemble parce qu'il faut du temps d'appropriation, du temps de conviction, du temps de compréhension et du temps aussi pour lever les obstacles qui dans ce champ, sont très nombreux.

Merci de votre attention. »

## Enquête FéMaSaC – Emosist

Dr Martial BOTEBOL - FéMaSaC

« Après cette vision nationale qui a été portée par Madame SAMMOUR et Bruno GROSSIN, puis la vision plus régionale portée par Madame MANSION, je vous propose de redescendre un petit peu, de vous rapprocher du sol.

Marcel BEURET a beaucoup participé à ce travail puisqu'il est très pragmatique. Je vais vous présenter le fruit d'une enquête qui a été réalisée en collaboration avec Emosist qu'on remercie vivement parce que ça nous a permis de faire un travail sans doute plus exhaustif et de meilleure qualité.

On a beaucoup travaillé sur les changements et la conduite du changement en terme professionnel dans le cadre du regroupement. Et c'est vrai qu'on s'est vite aperçu que ce changement d'exercice professionnel avait des implications nombreuses et importantes au niveau du système d'information. C'est ce qui nous a donné l'idée de travailler sur ce sujet et d'essayer de prendre le temps de regarder ce qu'il se passait – c'est une stratégie qu'on a adoptée depuis un petit moment, c'est-à-dire de voir ce qu'il se passait dans les maisons de santé pour identifier des obstacles comme disait Madame MANSION, pour essayer de faire avancer les choses et pour accompagner les projets qui sont en train de se constituer.

En préalable, on insiste sur le fait que le système d'information n'est pas la collaboration, ce n'est pas la coopération mais c'est un outil support, qui prend sa place au service du travail collaboratif. L'esprit du travail collaboratif se constitue à partir des rencontres, des réunions des professionnels de santé. Il se constitue à travers les protocoles de coopération et des protocoles plus internes aux équipes, et à travers l'information.

Si on parle du système d'information, on a beau avoir quelque chose de très performant, s'il n'y a pas eu un temps de réflexion sur les besoins, s'il n'y a pas eu un consensus sur l'utilisation du système, le gros risque alors est de sous-utiliser le système. On peut avoir le système plus performant qui existe, on n'entrera pas dans la plénitude de ses fonctionnalités, si on ne passe pas par ce questionnement : pourquoi un système d'information ? Pour qui ? Pour quel partage ? Quels bénéfices en attendons-nous ? Quelles règles décide-t-on ensemble pour son utilisation ?

J'espère qu'à travers cette étude que vous trouvez dans le dossier du participant de façon exhaustive, vous pourrez avoir quelques réponses à ces questions.

Il faut savoir que la FéMaSaC, avec le soutien de l'URCAM à l'époque, s'était lancée dans l'aventure de rédiger un cahier des charges du système d'information pour des professionnels de santé exerçant en pluridisciplinaire. Il existait déjà quelque chose mais qui était plutôt orienté vers le logiciel métier médecin mais il n'y avait pas de cahier de charges qui ouvrait au pluridisciplinaire. On était une petite poignée – Philippe CHAZERAND qui est présent, Jérôme DE CONTO – et on a passé pas mal de temps de mettre en forme et de compléter ce cahier des charges avec finalement ce qu'on avait besoin dans notre pratique.

Je réalise aujourd'hui que, malheureusement – et je crois que le regard s'ouvre avec le temps – on n'a pas du tout associé à ce travail les autres professionnels de santé – les infirmiers, les kinésithérapeutes... - et c'était peut-être plus compliqué à l'époque. Mais on se rend compte maintenant que beaucoup de problèmes viennent du fait que les problématiques professionnelles propres n'ont pas été intégrées. Ce cahier des charges a été repris par la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé et a été transmis à l'ASIP Santé. On a donc participé, d'une certaine manière, à l'élaboration de ce nouveau cahier des charges.

Pour revenir à l'enquête, il s'agissait d'essayer d'avoir une espèce de photographie de ce qui se passe dans les centres et maisons de santé et essayer d'avoir aussi une idée et une vision du chemin parcouru et du chemin qu'il reste à parcourir sur cette thématique.

Trois professions ont été ciblées prioritairement : médecin, masseur-kinésithérapeute et infirmier. Concernant les modalités de cette étude :

- Un phoning a été réalisé avec le soutien d'Emosist,
- Une étude qui s'est prolongée sur 8 mois : de janvier à août 2012 dont on va vous présenter les résultats.

Les participants :

- Sur 24 structures sollicitées, 23 ont répondu, matérialisées sur forme de petites maisons roses sur la carte [cf. dossier du participant],
- 128 professionnels de santé contactés et 86 répondants avec un taux d'acceptation de 67 %.

Si on considère qu'il y a environ 10 professionnels de santé par structure, on peut estimer qu'on a touché environ 30 % des professionnels de santé qui exercent de manière regroupée.

3 maisons de santé n'ont pas été interrogées de façon pluri-professionnelle. L'idée était de toucher un médecin et un autre professionnel de santé pour avoir plus vision plus riche que la vision partielle du médecin.

On a donc 37 médecins généralistes, 11 kinésithérapeutes et 14 infirmiers. Dans les autres professions, on avait des psychologues, diététiciennes, pharmaciens, etc.

Le logiciel métier :

- 3 professionnels n'ont pas répondu à cette question,
- 73 professionnels déclarent avoir un logiciel métier. Cela signifie qu'on a un taux d'informatisation de 86 %, qui est assez important mais qui présente une certaine hétérogénéité.

Peut-être que vous pensiez comme beaucoup de gens, comme moi, que dans les maisons de santé, il n'y a qu'un seul logiciel. Mais quand on y regarde de plus près, on a énormément de logiciels. Ça a été une grande surprise.

On a dénombré :

- Chez les médecins, 10 logiciels différents sur 37 répondants,
- Chez les kinésithérapeutes, 4 logiciels différents sur 11 répondants,
- Chez les infirmiers, 13 répondants et 6 logiciels différents,

ce qui fait que pour 73 répondants, on a 28 logiciels différents. Ça donne quand même une petite idée de la dispersion du système d'information.

Il faut souligner qu'il n'y a qu'une seule structure qui utilise un seul logiciel – c'est la MSP de Besançon. Je dois dire qu'on n'a pas dû être interrogé à Beure parce qu'on utilise un logiciel principalement mais les gens ont parfois aussi un autre logiciel à côté.

La bonne nouvelle, c'est qu'au sein d'une même profession, on utilise le même logiciel.

Il y a beaucoup d'éléments qui ressortent de cette étude, notamment le fait que pour certaines professions, certaines fonctionnalités ne sont pas utilisés et d'autres « modules » sont indispensables pour d'autres professions : le côté facturation pour les infirmiers par exemple, pour les kinésithérapeutes qui ont des actes très répétitifs et qui utilisent un logiciel métier moins pour de l'échange d'informations.

Cette étude, que vous trouvez de façon exhaustive dans votre dossier, va être détaillée dans les ateliers puisque l'on va aborder le partage de données, l'utilisation des logiciels. Ça permettra d'avancer un petit peu la réflexion et ça permettra d'avoir une meilleure vision de ce qui se passe. »

## Les enjeux du système d'information

### Echanges avec les participants

**Dr Philippe CHAZERAND – MSP de Pagney** : qu'est-ce qui fait qu'en France, on ne peut pas avoir un système comme le système anglais ? Qu'on ait un système informatique qui soit donné par le système de soins primaires, intégrant les références médicales qui sont élaborées avec les sociétés savantes ? En France, on se casse les pieds avec un coût monumental, avec 100 logiciels différents pour la médecine générale.

**Madame MANSION – ARS FC** : la réponse est dans la question. C'est parce qu'on est en France.

**Dr Marcel BEURET – MSP de Montenois** : sur le référentiel de labellisation, avec les niveaux 1 et 2, est-ce que les professionnels de santé ont été interrogés sur les fonctionnalités à classer en label 1 ou en label 2 ?

**Bruno GROSSIN – ASIP Santé** : le cadre issu de l'étude fait l'objet d'un consensus. Mais effectivement, entre le niveau 1 et le niveau 2, il n'y a pas eu de concertation formelle. Il y a eu une concertation avec la Fédération des Maisons de Santé. Ce qu'il faut voir, c'est que ce cadre de labellisation est tout à fait un objet à faire vivre - et c'est bien l'objet des expérimentations aussi - et à ajuster par rapport à ce qui est utile, ce qui n'est pas utile. On n'a pas la prétention d'avoir sorti la vérité.

## Dossier médical personnel

## Vincent BONNANS - Emosist

« Je crois que le moment est venu de vous parler du dossier médical personnel. Jean-François ROCH et moi-même allons vous expliquer ce qu'est le dossier médical personnel dans le contexte et surtout – et je crois que c'est le plus important – vous montrer à quoi ça correspond et comment l'utiliser. Ce sera la présentation de Jean-François ROCH, à partir d'un cas d'utilisation du DMP.

On peut s'étonner qu'à l'heure de la dématérialisation, les acteurs de santé utilisent toujours le papier pour échanger. Le pari, c'est que demain, avec l'e-santé, les choses vont changer.

Favoriser l'échange et le partage d'informations médicales et assurer une meilleure coordination des soins, c'est tout l'enjeu de l'e-santé.

Pour arriver à ça, il était nécessaire, ces dernières années, de construire les fondations. On parle donc de socle d'interopérabilité. Il était nécessaire de définir les pré-requis pour que les applications puissent communiquer entre elles. Je pense que vous êtes confrontés tous les jours à ces soucis d'interopérabilité de vos outils métiers. Il était aussi très important de définir un numéro d'identification des acteurs, que ce soient les patients ou les professionnels. Et puis aussi, puisqu'on est en santé et que les données sont sensibles, de traiter des aspects de sécurité.

C'est important de comprendre que tous ces outils reposent sur des fondations qui ont été mises en place.

Une fois ces pré-requis en place, le premier service d'échange et de partage disponible est le dossier médical personnel, créé en 2011.

Et demain, ou en tout cas très bientôt, un autre service va être proposé : la messagerie sécurisée et cette messagerie sécurisée va permettre à tous les acteurs d'échanger des données, des informations entre eux et va vraiment dématérialiser les échanges.

Demain, vous utiliserez quotidiennement ces deux outils soit dans un but de coordination – c'est le DMP – soit pour se substituer aux échanges papiers – c'est la messagerie sécurisée.

Il y a pourtant, quand on parle de DMP et d'e-santé, une notion qui est certainement la plus importante, c'est l'identification du patient. On parle d'identifiant national de santé (INS). Je vais vous expliquer en deux mots la problématique. Vous savez qu'aujourd'hui, lors d'un parcours de soins du patient, chaque acteur produit des documents médicaux mais par contre, ces documents sont associés à un identifiant qui est différent en fonction des structures. Donc ce mode de fonctionnement ne permet pas d'automatiser les échanges entre les acteurs. Pour pouvoir échanger des informations entre les acteurs, il était nécessaire de s'appuyer sur un identifiant unique et cet identifiant est l'INS qui a pour but de faciliter les échanges et le partage dans le cadre de l'e-santé et permettre de rattacher ces données à un même individu.

Le principe de calcul de l'INS se fait à partir des données de la carte vitale que l'on récupère et que l'on passe dans un algorithme de conversion. On obtient l'INS, numéro qui n'est pas à connaître puisqu'il est vraiment destiné aux échanges dématérialisés. On a une petite limitation : le NIR personnel soit sur la carte et aujourd'hui, cette information n'est pas présente pour les ayants-droits du régime général. On espère que les données seront rapidement mises à jour puisque de fait, pour une partie de la population, il est impossible de calculer l'INS, ce qui ne permet pas d'utiliser le dossier médical personnel.

Parlons maintenant très rapidement du DMP, avant de passer au cas concret. DMP, c'est vraiment dossier médical personnel – le P, c'est personnel et pas patient. Le DMP, c'est le carnet de santé électronique qui doit servir la coordination entre professionnels de santé pour la prise en charge du patient. L'objectif du DMP, c'est de conserver uniquement des informations qui sont utiles à la coordination du patient. Avant de l'alimenter, il faut donc se poser la question de savoir si c'est utile à mes confrères ou aux professionnels qui vont prendre en charge le patient. Est-ce que ça va rendre service au patient ? C'est important de bien comprendre ce concept : le DMP n'est pas fait pour consolider des informations qui proviendraient de tous les dossiers médicaux de toutes les



structures. Il est fait uniquement pour recueillir l'information qui est importante pour vous ou pour les autres professionnels qui prendront en charge le patient.

Ce qui est intéressant dans le DMP, c'est qu'il dispose d'un espace d'informations personnelles. Le patient peut y accéder et y déposer des informations. Avec 6 mois de recul, on se rend compte que les patients sont réellement acteurs. Il y a un nombre très important d'informations qui sont déposées par les patients.

A qui s'adresse le DMP ? Il n'a pas de caractère obligatoire. Chacun est libre de l'ouvrir et de le fermer à tout moment.

Où sont stockées les données ? Aucune donnée n'est inscrite sur la carte vitale qui ne sert qu'à calculer l'identifiant national de santé. Les données sont présentes chez un hébergeur de données de santé agréé par l'Etat et c'est cet agrément qui garantit la confidentialité des informations.

Qui accède au DMP ? Le patient lui-même et les professionnels de santé qui prennent en charge le patient, avec son autorisation. C'est un outil qui est basé sur la transparence. Le patient accède aux informations et aux actions qui ont été faites sur son dossier.

En principe, le DMP est très simple. Les professionnels déposent les informations qui sont utiles à la coordination et les autres professionnels peuvent y accéder.

Concernant l'état d'avancement en Franche-Comté, on doit être à 23 établissements et on approche les 500 professionnels de santé en ville qui utilisent ou ont utilisé une première fois le DMP. Le déploiement progresse et on n'est pas très loin d'une masse critique qui permette un développement des usages et une utilisation quotidienne de cet outil.

Pour accéder au DMP, vous utilisez votre carte CPS – carte professionnel de santé que vous avez sans doute, pour la plupart. Et puis, vous y accédez soit par le portail web soit par votre logiciel DMP-compatible.»

## Atelier n° 1

**Le système d'information au service du projet de santé et de la coordination d'équipe, quelles fonctionnalités pour l'exercice pluri-professionnel ?**



- **Retour sur les données de l'enquête FéMaSaC-Emosist**  
*Dr Martial BOTEVOL – Président de la FéMaSaC*
  - 45 PS sur 73 qui déclarent avoir un logiciel métier partagent les dossiers patients informatisés
  - Il y a peu de partages interprofessionnels : le partage se fait essentiellement de manière mono-catégorielle.
  - Certaines fonctionnalités des logiciels sont sous utilisées : agenda, planning, comptabilité notamment alors qu'elles pourraient permettre une certaine cohésion du groupe. Cependant, le logiciel métier ne sera pertinent que s'il prend en compte les besoins spécifiques de chaque profession (tournées pour les infirmiers, exercice multi-site, etc)
  - Un module facturation adapté à chaque profession est un pré-requis à l'utilisation d'un logiciel interprofessionnel
  - Il est mis en avant l'importance de l'aide à l'organisation et à la planification : agenda-planning qui sont attendus mais qui, à l'heure actuelle, ne sont pas forcément de qualité. Les professionnels de santé ont souvent recours à des logiciels complémentaires à leur logiciel métier pour cette fonctionnalité
  - Les statistiques sont une fonctionnalité sous-utilisée mais dont la nécessité ne doit pas être sous-estimée non seulement pour avoir une vision de l'activité de la structure mais aussi pour suivre des indicateurs de santé prioritaires pour l'équipe
  - Le besoin de communication est important. Il n'existe cependant pas de solutions adaptées. La messagerie non sécurisée est un mode de communication privilégiée (sans oublier les échanges de vive voix)
- **Retour d'expérience du fonctionnement de la MSP de Pagny**  
*Dr Philippe CHAZERAND – Médecin généraliste*
  - C'est une expérience réussie de dossier médical de synthèse partagé entre les professionnels de santé composant l'équipe de la maison de santé
  - Le temps très conséquent nécessaire à la reprise de données a été souligné, lors du passage du dossier papier au dossier informatique
  - Il ne faut pas négliger non plus le temps de mise à jour et d'enrichissement du dossier par les professionnels de santé (estimé à 30 minutes par jour pour les médecins par exemple) et par le personnel salarié
  - Les professionnels ont malgré tout recours à des logiciels différents pour des fonctionnalités non couvertes. Il s'agit souvent de logiciels « artisanaux » qui contraignent à une double saisie, et l'utilisation de plusieurs applications pour accéder à l'information recherchée.
- **Retour d'expérience du fonctionnement de la MSP de Baume les Dames**  
*Dr Jean WOLFARTH – Médecin généraliste*
  - La MSP a été dans l'impossibilité de trouver un logiciel qui couvre l'ensemble du périmètre (10 professions médicales différentes). La solution adoptée a donc été un assemblage de différents logiciels (planning-ETP)

- L'importance de l'accompagnement informatique pour une solution interne à la structure a été soulignée
- L'investissement financier d'un nouveau logiciel métier est un frein pour tous les professionnels, notamment pour les paramédicaux
- L'accès aux dossiers patients en mobilité est jugé important mais pose souvent problème
- Pour répondre aux besoins de communication instantanée et fluidifier les échanges, l'équipe a choisi d'utiliser d'autres moyens telle que la messagerie instantanée. Elle a également recours à la visioconférence

## Recommandations et/ou points de vigilance

1. Le logiciel métier commun doit être un thème abordé dès l'élaboration du projet de santé. Il sera un outil précieux au pilotage du projet de santé. La coordination des soins, quant à elle, peut s'appuyer sur d'autres outils tels que le dossier médical personnel ou la messagerie sécurisée.

L'interopérabilité de différents logiciels métiers a un coût que les éditeurs ne sont pas prêts à supporter. Il est donc très peu probable que cela existe un jour.

2. Il est important, en termes de système d'information, comme pour tous les autres sujets intéressants l'exercice regroupé, que chaque structure nomme un référent.
3. La fonctionnalité « facturation » est un pré-requis indispensable à l'utilisation d'un logiciel métier pluri-professionnel. Sans cette fonctionnalité, les professionnels de santé ne se doteront pas d'un logiciel commun.
4. Lors du choix d'un logiciel métier, il faut s'assurer de sa réversibilité (possibilité d'extraire la totalité des données patients et de les intégrer dans un autre logiciel en cas de changement de logiciel ou de départ d'un professionnel vers une autre structure).
5. Les capacités d'archivage du logiciel, c'est-à-dire la faculté du logiciel à exporter des données dans un format stable et réutilisable dans le temps sont une fonctionnalité à explorer lors du choix du logiciel.
6. Concernant la fonctionnalité « statistiques », il est avant tout important de s'assurer de la possibilité d'élaborer des requêtes et d'extraire les données facilement dans un format « standard ». Les logiciels d'analyse existent déjà, même s'ils ne sont pas intégrés dans le logiciel métier. Il n'est pas utile de faire développer cette fonctionnalité d'analyse.
7. L'investissement dans le système d'information est non négligeable et va de pair avec les exigences que les professionnels ont. Il va de pair également avec le nombre de professions différentes au sein de la structure. A ce jour, en l'absence de logiciel présentant toutes les fonctionnalités utiles à toutes les professions, il faut tendre vers un logiciel commun de base adapté au plus grand nombre et lui adjoindre des logiciels secondaires.
8. L'investissement financier d'un nouveau logiciel métier est un frein pour tous les professionnels a fortiori pour ceux à plus faible niveau de rémunération, et/ou exerçant sur plusieurs sites.

Les maisons de santé ne représentent, aux yeux des éditeurs de logiciels professionnels, qu'une faible part de leur activité et donc de leur marché. De ce fait, il est difficile de voir leurs exigences professionnelles satisfaites.



## Atelier n° 2

**Le système d'information, un élément majeur à intégrer dans le projet immobilier et mobilier de la maison de santé, quelles solutions pratiques ?**

- **Retour sur les données de l'enquête FéMaSaC-Emosist**  
*Sophie MILLOT – Directrice de la FéMaSaC*
  - Réfléchir sur le matériel, la maintenance, l'hébergement des données... bref, tous les aspects liés à l'infrastructure est aussi important que réfléchir aux fonctionnalités de son logiciel métier
  - 29 PS / 73 qui ont un logiciel métier déclarent y accéder à distance
  - 26 % des PS ont un prestataire informatique qui n'est pas leur éditeur de logiciel. A contrario, pour 56 % d'entre eux, il s'agit du même prestataire
  - Les résultats concernant les contrats liant les PS avec leurs prestataires informatiques et leurs éditeurs de logiciels ne sont pas interprétables
  - Majoritairement, les PS interrogés achètent tant leur matériel que leur licence informatique (logiciel métier). Le recours à la location est peu fréquent
  - Le recours à un hébergeur de données externe est très faible (4 PS / 73)
  - Les résultats ouvrent de nombreuses questions en termes d'infrastructure, de maintenance, d'achat ou de location, d'hébergement de données
- **Retour d'expérience du fonctionnement de la MSP de Bletterans**  
*Dr Laurent RIGAULT – Médecin généraliste*
  - L'importance de la maison de santé (22 PS, 20 postes informatiques, 10 000 dossiers patients...) a nécessité une infrastructure particulière avec notamment une salle informatique et téléphonique dédiée
  - La téléphonie est en VOIP avec une ligne classique en cas de coupure Internet, qui finalement a dû servir 2 fois au cours des 6 dernières années
  - Les prestataires sont locaux, pour une intervention rapide en cas de besoin
  - L'hébergement des données est externe : le coût est important mais jugé très sécurisant
  - Le logiciel métier utilisé comporte des développements spécifiques demandés par l'équipe de professionnels de Bletterans
  - Les relations avec le prestataire informatique et l'éditeur de logiciel sont jugées bonnes mais si ce dernier ne répond pas toujours aux demandes spécifiques de l'équipe
- **Retour d'expérience du fonctionnement du Centre de Santé de Belfort**  
*Dr Marie-Pierre COLIN – Médecin généraliste*
  - Le nombre de professionnels et les particularités liées au Centre de Santé (tiers payant par exemple) ont orienté l'équipement et le choix des logiciels
  - L'hébergement des données est interne, sur serveur commun. Le risque incendie a été anticipé par l'achat d'armoire anti-feu.
  - Le choix du prestataire informatique s'est fait sur des critères de compétences et de proximité ; celui de l'éditeur sur des critères liés à sa « solidité » économique
  - Le matériel informatique est plutôt choisi en fonction de son prix : enseignes à bas prix, soldes...

- La capacité de mémoire du serveur ne doit pas être sous-estimée (importance du nombre de documents scannés et intégrés à chaque dossier patient)
- Le nombre d'impression doit orienter le choix des imprimantes
- La possibilité d'avoir recours à un « expert » est soulignée

## Recommandations et/ou points de vigilance

1. Il est nécessaire, avant toute chose, de bien identifier les besoins de l'équipe et le contexte avant d'investir tant dans le matériel que dans le logiciel métier
2. S'il n'existe à ce jour aucun logiciel qui répond à l'ensemble des souhaits des professionnels, l'attention de chacun est attirée sur les développements spécifiques qui doivent être limités. Il est recommandé de s'attacher les services d'éditeurs de logiciels nationaux et de ne pas hésiter à investir les clubs utilisateurs
3. Il est important, en termes de systèmes d'informations, comme pour tous les autres sujets intéressants l'exercice regroupé, que chaque structure nomme un référent, voire puisse faire appel à un chef de projet informatique
4. L'hébergement des données reste un point sensible. Toutes les solutions peuvent être adaptées à la condition qu'elles respectent la sécurisation, la confidentialité, le secret médical, la pérennité notamment
5. La question des sauvegardes est souvent peu investie : une double sauvegarde est vivement recommandée si l'hébergement des données est réalisé en interne
6. La location ou l'achat présentent chacun des avantages et des inconvénients. C'est l'étude sur site qui pourra permettre de choisir une option plutôt qu'une autre
7. Le partage d'expériences entre professionnels est souligné comme une source intéressante de connaissances et devrait être favorisé pour éclairer les choix de chacun. Les professionnels souhaitent avoir accès à :
  - a. des outils simples d'aide à la détermination de leur système d'information (guide élaboré en partenariat entre professionnels de santé et techniciens informatiques ?)
  - b. des interlocuteurs spécialisés en capacité de faire part de leur expertise

**Le système d'information n'est pas l'affaire que des seuls informaticiens. Il ne peut se réfléchir et se construire que dans une collaboration étroite avec les professionnels de santé.**



## Conclusion

**François BAUDIER – ARS FC :**

« Je souhaite tout simplement vous remercier d'avoir participé à ce forum. Je suis particulièrement content car j'ai été absent à plusieurs forums et je retrouve l'esprit que nous avons initié il y a quelques années et j'en suis très heureux.

On a beaucoup parlé aujourd'hui, d'aspects très techniques et c'est normal puisque dans les systèmes d'informations, il y a cette composante. Cependant, tous ces moyens techniques doivent être au service du projet régional de santé et du projet de santé de chacune de vos structures. Il ne faut pas oublier la question du sens quand on parle de toutes ces solutions autour du système d'information. Cette notion du sens doit rester présente à l'esprit, même s'il y a un certain nombre d'obstacles techniques qu'il faut franchir.

J'ai également pris conscience, en particulier aujourd'hui, de la toute puissance des éditeurs de logiciels. Depuis que je m'intéresse à ces questions de système d'information, je vois que les éditeurs – au niveau hospitalier comme au niveau des maisons de santé – ont une grande puissance à la fois pour nous aider mais parfois aussi pour perturber un petit peu les choses. De ce point de vue, il faut que l'on s'appuie sur le travail que fait l'ASIP Santé et sur ce que les initiatives de l'Agence Régionale de Santé.

Je suis quand même un petit peu frustré car dans l'atelier que j'animais, on a évoqué beaucoup de sujets, beaucoup de difficultés... et cette matinée, même un peu prolongée, a été finalement un peu trop courte. Il nous faut donc trouver une solution pour poursuivre notre travail en commun. J'ai quelques suggestions à vous faire. Je sais qu'au sein de la FéMaSaC, un groupe travaille sur ces questions de système d'information. On pourrait donc engager un chantier commun à partir de tout le matériel que nous allons "récupérer" à la suite de ce forum.

Sylvie MANSION l'a dit, il y a une nouvelle direction des systèmes d'information en santé à l'Agence Régionale de Santé. Elle est votre interlocuteur sur ces questions, en liaison avec le département offre de soins ambulatoires, sous la responsabilité de Ghislaine VERDONCK. Il faudrait voir concrètement comment nous pouvons travailler ensemble et avancer pour trouver des solutions partagées sur tous ces sujets complexes.

C'est donc la première proposition que je fais : donner une suite à ce séminaire en engageant un travail en commun, en particulier entre le groupe système d'information de la FéMaSaC et la direction des systèmes d'information de l'ARS en liaison avec le département de Ghislaine VERDONCK.

La deuxième proposition, mais je n'en ai pas encore discuté avec le GCS Emosist, ce serait que comme pour les établissements de santé où le GCS Emosist intervient en appui sur toutes ces questions de système d'information en santé, on pourrait imaginer qu'Emosist vienne en appui des équipes regroupées de professionnels de santé. Aujourd'hui, dans le cadre du CPOM que nous sommes en train de préparer et que nous allons bientôt signer avec le GCS Emosist, on est centré essentiellement sur les établissements de santé. Mais nous souhaitons l'ouvrir à la médecine de ville et au champ du médico-social. J'en ai discuté avec Sylvie MANSION avant qu'elle ne s'en aille et nous serions, au niveau de l'ARS, tout à fait favorable au fait qu'Emosist puisse s'investir sur ces questions de l'ambulatoire et en particulier, d'organisation de l'offre de santé autour des regroupements de professionnels, des centres, pôles et maisons de santé.

Ce que je vous propose, et ce que je propose à Emosist, c'est qu'on essaie de voir concrètement comment le GCS peut ou pourra dans les prochains mois et les prochaines années, venir en appui aux centres, pôles et maisons de santé.

Merci. »

**Jean-Jacques LAPLANTE – MSA FC**

« Ce que je veux dire, en 3 points, c'est :

- si l'e-santé en général - c'est-à-dire l'information, les systèmes d'information mais au-delà les technologies informatiques - est intéressante, c'est potentiellement parce qu'elle apporte de la qualité dans les prises en charge des assurés. Et en ce sens, nous, assurance maladie, on est évidemment intéressé par cette problématique de manière très forte. Mais que ces technologies sont aussi porteuses de qualité et de sécurité pour les professionnels de santé, voire même d'économie de temps, même si dans un premier temps elles sont coûteuses. Et d'autre part, elles sont porteuses d'économies potentielles puisqu'on a vu que le Haut Conseil de l'Assurance Maladie, dans ses premiers principes, avait porté le dossier médical. Toutes ces technologies sont porteuses d'économies et on en a besoin vu l'état de finances actuellement ;
- si se poser les bonnes questions, c'est progresser, alors on a progressé ce matin de manière importante. Dans l'atelier que j'ai animé, on a essentiellement tourné autour des questionnements. Mais je pense qu'un certain nombre des propositions que vient de faire François BAUDIER vont dans le sens de réponses pratiques ;
- je crois enfin qu'en ce qui concerne les systèmes d'information et l'e-santé, encore une fois et c'est plutôt rassurant - même si ça peut inquiéter certains - on sort de ce forum en disant qu'il n'y a pas de modèle. A la fois, on est là pour partager un certain nombre de questionnements aux quatre coins du territoire et au cas par cas, trouver des solutions différentes parce que les tailles sont différentes, les géographies sont différentes, les outils le sont potentiellement aussi. Ce serait bien aberrant de notre part que de vouloir plaquer un modèle.

Merci à vous tous. »





## Glossaire des sigles

ARS	: Agence Régionale de Santé
ASIP Santé	: Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	: Centre Local d'Information et de Coordination
CPOM	: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DGOS	: Direction Générale de l'Organisation des Soins
DMP	: Dossier Médical Personnel
DSS	: Direction de la Sécurité Sociale
EATS	: Equipe d'Appui Territoires et Santé
FIQCS	: Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR	: Fonds d'Intervention Régional
GCS	: Groupement de Coopération Sanitaire
HAD	: Hospitalisation A Domicile
HAS	: Haute Autorité de Santé
MAIA	: Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
NIR	: Numéro d'Inscription au Répertoire
NMR	: Nouveaux Modes de Rémunération
PME	: Petites et Moyennes Entreprises
PRS	: Programme Régional de Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
UNV	: Unité Neuro-Vasculaire
URCAM	: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie



## REMERCIEMENTS

Nous remercions :

- Les intervenants, animateurs et grands témoins qui ont accepté de partager leurs expériences :
  - o Monsieur François BAUDIER, directeur de la stratégie et du pilotage ARS Franche-Comté
  - o Monsieur Vincent BONNANS, chef de projet DMP Emosist
  - o Docteur Martial BOTEBOL, Président de la FéMaSaC
  - o Docteur Philippe CHAZERAND, médecin généraliste à la MSP de Pagny (39)
  - o Docteur Marie-Pierre COLIN, médecin généraliste au Centre de Santé Léon Blum de Belfort (90)
  - o Monsieur Bruno GROSSIN, responsable pôle étude ASIP Santé
  - o Monsieur Bruno GUILLEMIN, responsable pôle Emosist
  - o Docteur Jean-Jacques LAPLANTE, MSA de Franche-Comté,
  - o Madame Sylvie MANSION, directrice générale ARS Franche-Comté
  - o Madame Sophie MILLOT, directrice FéMaSaC
  - o Madame Véronique MOUGEY, Conseil Régional de Franche-Comté
  - o Docteur Laurent RIGAULT, médecin généraliste à la MSP de Bletterans (39)
  - o Docteur Jean-François ROCH, ARESPA
  - o Madame Yasmine SAMMOUR, Ministère de la Santé, DGOS
  - o Docteur Jean WOLFARTH, médecin généraliste à la MSP de Baume les Dames (25)
  
- Les participants, pour leur présence et leur contribution à l'élaboration des recommandations.

Ce 8<sup>ème</sup> forum d'information a été organisé par l'Equipe d'Appui Territoires et Santé.

Que chaque partenaire soit ici, remercié.

