

LES ACTES

*IA ET NUMÉRIQUE EN CENTRE DE SANTÉ
MODE D'EMPLOI*



ACTES DU SÉMINAIRE EPIDAURE
Organisé par l'Institut Jean-François Rey
le 15 mai 2025 à Paris.

Institut
Jean-François
Rey





ALAIN BEAUPIN,
PRÉSIDENT DE L'IJFR



VÈRÈNE CHALENDAR
POST-DOCTORANTE
CNRS UMR 82 10 - ANHIMA



JACQUES LUCAS
ANCIEN PRÉSIDENT DE
L'AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ (ANS)



NICOLAS DE CHANAUD
IPSO SANTÉ



JONATHAN GROFF
CHERCHEUR EN PSYCHOLOGIE ET ERGONOMIE COGNITIVE
IJFR - UNIVERSITÉ DE TECHNOLOGIE DE TROYES (UTT).



SOMMAIRE :

1 / Ouverture - Alain Beaupin

PRÉSIDENT DE L'INSTITUT JEAN-FRANÇOIS REY (IJFR)

4

2 / La prise en charge du patient dans la Mésopotamie antique : quelles données de santé dans la documentation cunéiforme ?

VÉRÈNE CHALENDAR - POST-DOCTORANTE - CNRS UMR 82 10 - ANHIMA

6

3 / Comment les moyens apportés par l'IA vont-ils impacter les exercices des professionnels de santé ?

JACQUES LUCAS,

ANCIEN PRÉSIDENT DE L'AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ (ANS)

21

4 / L'usage des données de soin dans un système d'information de soins primaires intégré

NICOLAS DE CHANAUD - IPSO SANTÉ

28

5 / Pratiques cliniques coopératives et approches populationnelles en centres de santé.

Lancement du projet de recherche INTERSOP

JONATHAN GROFF, CHERCHEUR EN PSYCHOLOGIE ET ERGONOMIE COGNITIVE - IJFR - UNIVERSITÉ DE TECHNOLOGIE DE TROYES (UTT).

40

TABLE RONDE, IA ET NUMÉRIQUE EN CENTRE DE SANTÉ

48

MYRIAM LEWKOWICZ, PROFESSEUR D'INFORMATIQUE, LIST3N, UTT

ERIN JOHNS, DÉPARTEMENT TÉLÉSANTÉ ET INNOVATION NUMÉRIQUE, CNAM

SANDRA MALAK, DÉLÉGATION AU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

DAVID GRUSON, LA POSTE SANTÉ AUTONOMIE

ERIC MAY, FÉDÉRATION NATIONALE DE FORMATION DES CENTRES DE SANTÉ

1

OUVERTURE

ALAIN BEAUPIN,

PRÉSIDENT DE L'INSTITUT JEAN-FRANÇOIS REY (IJFR)

Aujourd'hui se tient la deuxième édition de notre séminaire. La première édition, le 25 avril 2024, était consacrée à la question de la mesure en santé. Mesure des résultats des soins délivrés par les équipes traitantes, et mesure des financements qui leur sont consacrés. « L'acte déclare forfait », avons-nous affirmé.

Cette année, nous nous pencherons sur les instruments dédiés à ces mesures, désormais numériques, à travers les fameuses données des systèmes d'information utilisés par les équipes des centres de santé. L'arrivée de l'IA, dont chacun a pris conscience, nous invite à jeter un regard nouveau sur nos infrastructures numériques, les logiciels, et sur leurs nécessaires évolutions. Il y a l'enjeu de la recherche, bien sûr, avec l'utilisation secondaire des données de santé. Je rappelle que l'IJFR a pour mission le développement de la recherche et de l'innovation sous l'égide de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) et de l'Union syndicale des professionnels des centres de santé (USPCS).

Je vous propose de nous intéresser ce matin à la manière dont le numérique et les systèmes d'information pourraient jouer un rôle majeur dans la transformation de nos pratiques de soins, en prenant en compte la raréfaction relative des ressources humaines médicales, et les contraintes budgétaires croissantes prévisibles. Dans quels objectifs ? Améliorer la disponibilité des soins pour chacun, y compris au domicile ; positionner la juste compétence en face de chaque besoin clinique ; organiser les coopérations entre professionnels et soutenir le travail en équipe ; améliorer la pertinence des soins ; accompagner le virage vers la prévention ; et nourrir le projet territorial de santé. Tout cela en accordant une place centrale à la lutte contre les inégalités, dont nous constatons l'aggravation continue.

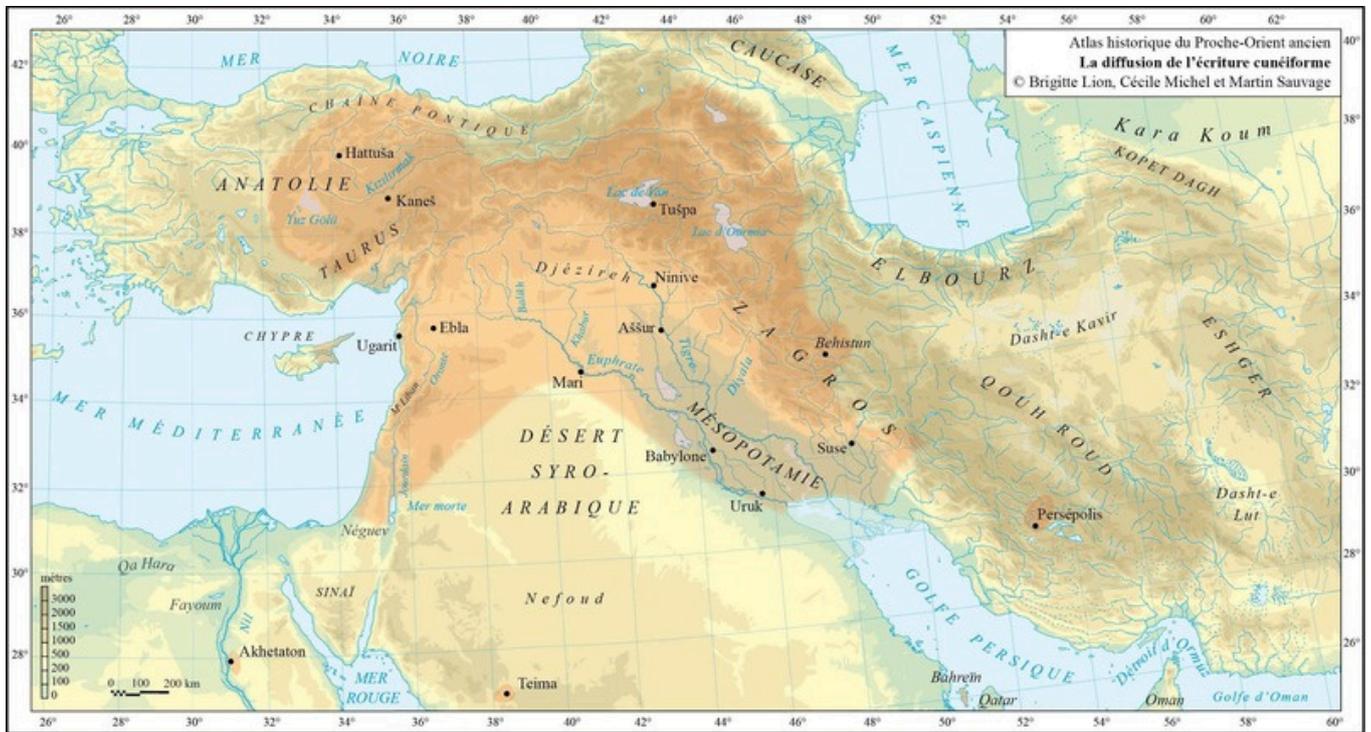


Notre matinée se déroulera en deux temps. Pour commencer, j'ai invité des spécialistes des données – chacun dans son domaine –, à partager avec nous des éléments de compréhension de la transformation numérique des soins, transformation à laquelle nous allons être confrontés. Avec Véréne Chalendar, assyriologue, nous affirmerons que le soin est une histoire ancienne, que les données avaient déjà du sens avant l'ère de l'informatique. Jacques Lucas, fort de sa riche expérience, notamment à la tête de l'Agence du numérique en santé (ANS), nous proposera sa vision de l'impact du numérique sur nos services. Nicolas de Chanaud, médecin généraliste, nous partagera l'expérience concrète des cabinets médicaux Ipso, en pointe dans l'organisation de synergies entre numérique et pratiques de soins et de prévention. Cette première séquence se terminera avec le chercheur en psychologie et ergonomie cognitive Jonathan Groff, qui vous présentera, en avant-première, le projet de recherche Epidaure-Intersop, sur les systèmes d'information des centres de santé.

Après la pause, j'ai invité différentes personnalités à confronter les points de vue de leurs institutions respectives. Myriam Lewkowicz, professeure d'informatique (LIST3N) à l'Université de Technologie de Troyes ; Erin Johns, du département télésanté et innovation numérique de la CNAM ; Sandra Malak, de la délégation du numérique en santé du ministère de la Santé ; David Gruson, de La Poste Santé & Autonomie ; et Eric May, président de la Fédération nationale de formation des centres de santé.

Concernant les conflits d'intérêts : l'IJFR bénéficie de financements du ministère de la Santé, issus des appels à projets de recherche en soins primaires Resp-IR de la DGOS. Mais aussi de financements de la CNAM à travers l'expérimentation nationale Article 51 IPEP des groupements Epidaure : Paris Xe, La Courneuve 93 et Champigny 94.

Ce séminaire est financé dans le cadre d'IPEP et du projet d'entrepôt de données de santé des centres de santé (EDS Epidaure)



2

LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DANS LA MÉSOPOTAMIE ANTIQUE : QUELLES DONNÉES DE SANTÉ DANS LA DOCUMENTATION CUNÉIFORME ?

VÉRÈNE CHALENDAR - POST-DOCTORANTE

CNRS UMR 82 10 - ANHIMA

Alain Beaupin : Vérène, tu es historienne de la médecine, spécialisée dans un domaine extrêmement précis. Tu as eu la gentillesse d'accepter de venir nous présenter des données – peut-on parler de données ? Elles ne sont pas numériques. Il faut en effet garder à l'esprit que la médecine est une histoire ancienne, que le numérique n'est pas le centre de nos intérêts, que c'est juste un outil. L'IA, puisque nous avons mis « IA » dans le titre, n'est aussi qu'un outil.

INTRODUCTION

Vérène Chalendar : Nous allons beaucoup parler de tablettes, non pas numériques, mais de tablettes cunéiformes. Je suis en effet historienne de la médecine, spécialisée dans l'étude des tablettes cunéiformes [assyriologue], donc des textes du Proche-Orient ancien. Je souhaite, par cette présentation, inscrire ce séminaire dans une perspective historique, même s'il semble difficile de faire plus éloigné de l'IA que la Mésopotamie. J'espère néanmoins que cette introduction à la médecine du Proche-Orient ancien et ces quelques éléments de réflexion sur les données de santé dans le corpus cunéiforme feront écho à certaines problématiques discutées aujourd'hui.

De quelles sources, de quels outils dispose-t-on pour connaître l'état de santé des populations et la médecine en Mésopotamie ? Nous pouvons d'abord citer la paléopathologie, dont l'une des branches consiste à examiner les vestiges humains, pour reconstituer l'état sanitaire des populations du passé. C'est une discipline récente pour la Mésopotamie, et il n'est pas toujours évident d'obtenir des résultats probants, en raison notamment des mauvaises conditions de conservation des corps.

Même constat pour l'iconographie, qui est, elle aussi, d'une aide limitée. S'il existe quelques scènes d'accouchements ou de malades alités, souvent en présence de personnages identifiés à des thérapeutes, ces représentations sont très génériques et peu détaillées.

On peut reconnaître quelques instruments, comme le scalpel, tenu ici par la déesse de la santé Gula. Mais cet apport de l'iconographie à la connaissance de la médecine mésopotamienne reste anecdotique.

En ce qui concerne l'archéologie, parmi les objets découverts, on peut signaler ces instruments, qui pourraient avoir été ceux d'un médecin et avoir servi à réaliser des actes chirurgicaux mineurs.

Toutefois, on ne peut pas non plus exclure que ces outils aient été ceux d'un devin, puisqu'en Mésopotamie, on pratique l'extispicine, une méthode de divination qui consiste à observer les présages dans les entrailles des animaux sacrifiés.



©Sternitzke2012,Spatel,SondeundSkalpell, p. 659

On peut aussi nommer, parmi d'autres exemples, ces récipients, – dont les inscriptions, encadrées sur la panse –, indiquent qu'ils renfermaient des ingrédients nécessaires pour faire des fumigations, contre la fièvre, l'épilepsie, le brisement de cœur (à interpréter comme un trouble dépressif), etc.

Mais notre source la plus précieuse pour la connaissance de la médecine au Proche-Orient ancien est sans conteste la documentation épigraphique, c'est-à-dire les textes. De fait, la Mésopotamie, berceau de l'écriture, nous a légué plusieurs dizaines de milliers de tablettes cunéiformes. Soit ces textes qui prennent pour support l'argile fraîche, dans laquelle ont été imprimés des signes, à l'aide d'un calame, un roseau taillé en biais.

Dès le troisième millénaire avant notre ère, on voit apparaître des textes qui documentent une activité thérapeutique réalisée, semble-t-il, par des spécialistes. Ainsi, les sites d'Ebla, en Syrie actuelle, et celui de Nippur, dans le sud de l'Irak, ont respectivement livré le premier texte pharmacologique, les premières prescriptions thérapeutiques connues. On est vers 2300 avant Jésus-Christ.



© The Trustees of the British Museum.

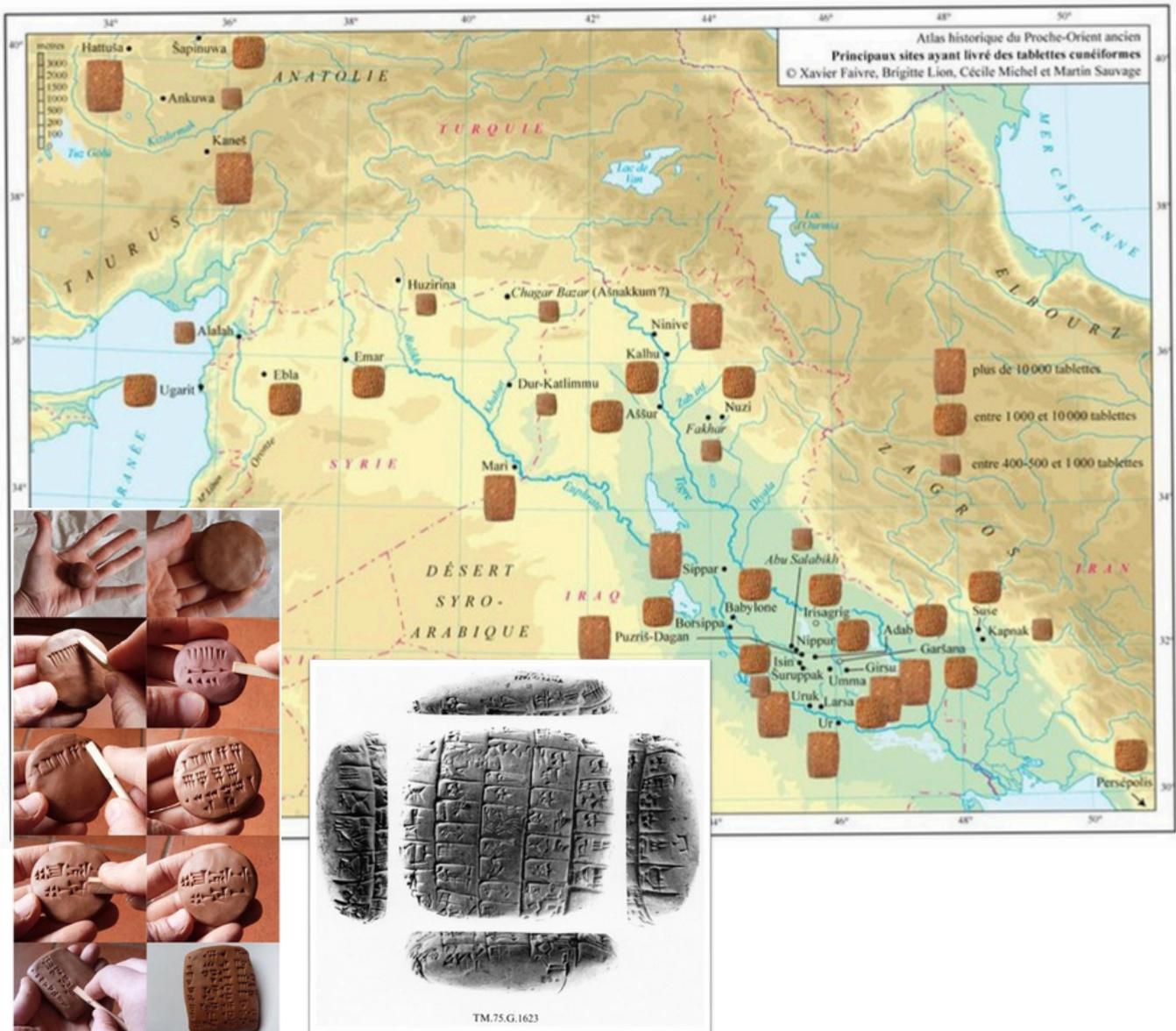
Les sources médicales vont se multiplier au deuxième millénaire. Mais c'est vraiment durant la première moitié du premier millénaire avant notre ère, notamment avec la constitution de la bibliothèque royale de Ninive, sous l'impulsion du roi assyrien Assurbanipal, qu'on assiste à une explosion documentaire du nombre de textes diagnostiques et thérapeutiques en langue akkadienne.

Table 2. Summary of results. Stars indicate that particular condition was common (*) or very common (**) in particular period.

Tabela 2. Podsumowanie wyników. Gwiazdki oznaczają wysoką (*) lub bardzo wysoką (**) częstość danego rodzaju zmian patologicznych w danym okresie.

Chronology	Joint disease	Infections	Dental diseases	Deficiency diseases	Enamel hypoplasia	Dental caries	Injuries
Neolithic	**	—	**	*	*	—	*
Chalcolithic			**		*	—	*
Early Bronze Age	*	—	*	*	*	—	—
Middle Bronze Age	—			—	—	—	—
Late Bronze Age							
Iron Age	*		**		**	*	*
Hellenistic/Roman	*	*	*	*	*	*	*
Islamic	*	—		*	*	**	—

Sołtysiak, Arkadiusz2012, p. 102. Données fournies par la paléopathologie en Mésopotamie



© C. Michel

©Directorate-General for Antiquities & museums, Syrian Arab Republic



Ceux-ci sont rédigés par et pour des savants, parmi lesquels les deux grandes figures du soin en Mésopotamie. À savoir l'Asûm, qui est souvent rapproché du médecin, qui va connaître les plantes, soigner par des pansements, des onguents, des potions, et c'est aussi lui qui est susceptible de réaliser quelques actes chirurgicaux.

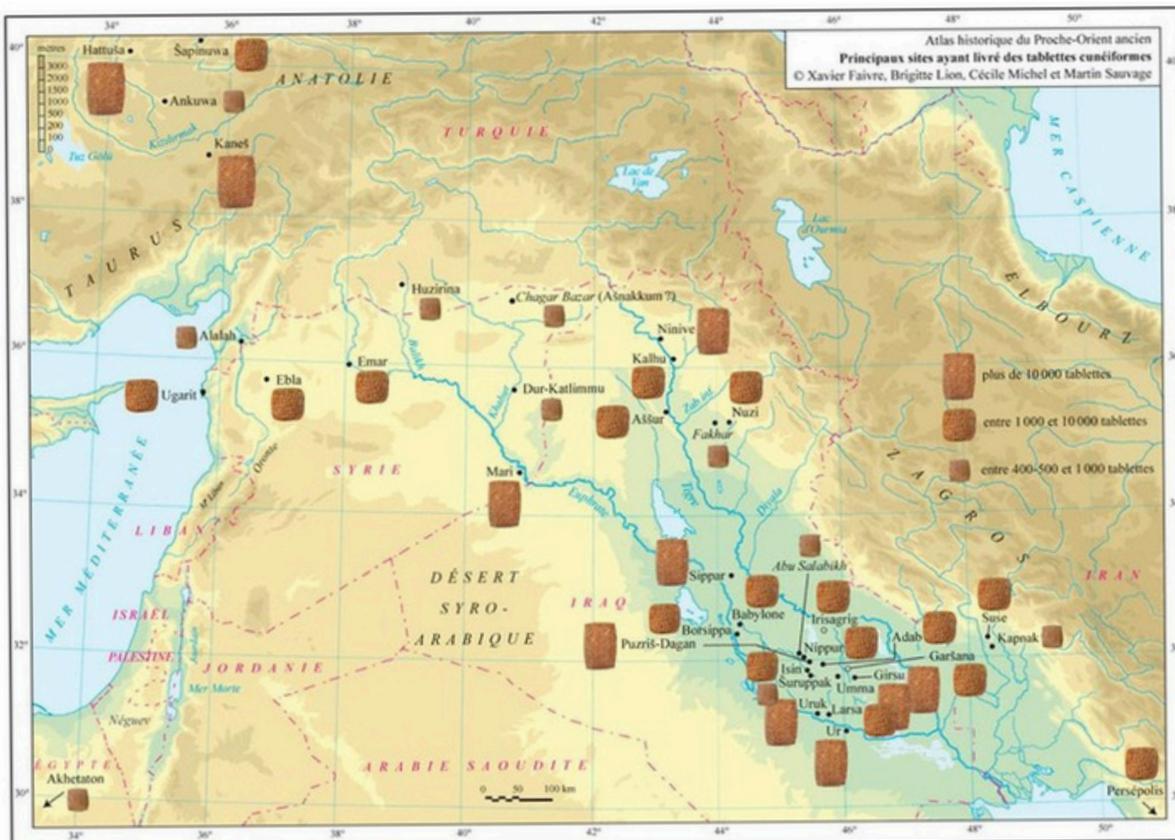
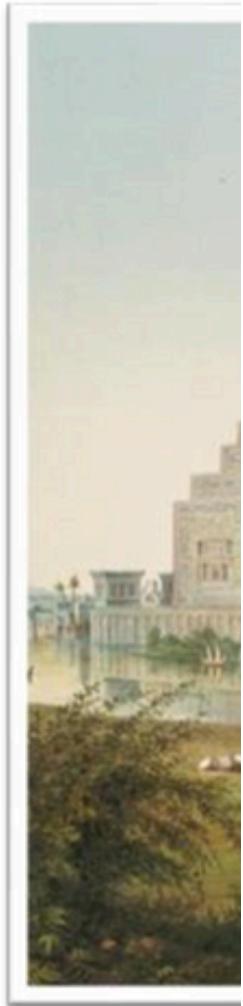
La seconde grande figure s'appelle l'Ašipum Mašmaššum, qui correspond plus ou moins à un exorciste. C'est un thérapeute attaché au temple.

Il utilise partiellement les mêmes moyens que son collègue Ašum, mais également des rituels complexes. Et il semble davantage se focaliser sur les causes surnaturelles qui peuvent être attribuées à la maladie : colère de divinité, attaque de démon, etc.

C'est un résumé extrêmement sommaire des attributions de ces deux spécialistes. C'est encore discuté, mais je n'ai pas le temps de rentrer dans les détails. Quoi qu'il en soit, ces textes médicaux fournissent un aperçu précieux des conceptions et du savoir-faire thérapeutique de l'époque.

Petit problème pour notre enquête : ce sont des textes de bibliothèque et non des archives de praticiens. Autrement dit : on n'y trouve aucune trace des patients et donc aucune donnée de santé. Pour faire une comparaison simpliste, et évidemment anachronique, cela revient à chercher des données de santé dans le Vidal.

En dehors de ces deux thérapeutes lettrés, l'Asûm et l'Ašipum Mašmaššum, qui exerçaient probablement plutôt auprès des couches aisées de la population, on trouve, dans la documentation administrative, les traces de professionnels plus discrets, comme les barbiers, les charmeurs de serpents. Et les accoucheuses, presque invisibilisées dans les textes, mais qui faisaient pourtant partie du paysage médical. Ces différents soignants collaboraient certainement. On peut suggérer que la transmission des informations concernant les patients était essentiellement orale.





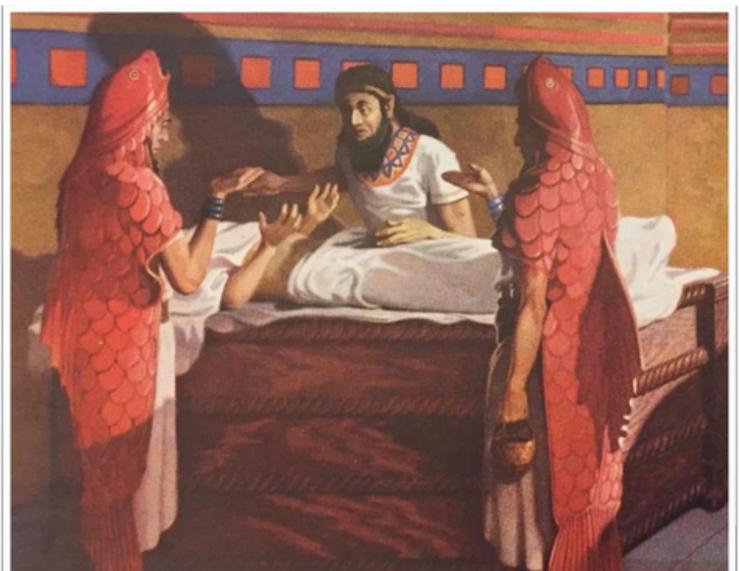
The Monuments of Nineveh, Sir Austen Henry Layard, 1853

Il faut souligner que les quelques archives de savants retrouvées n'ont, à ce jour, pas livré de dossiers médicaux. Il n'est d'ailleurs pas certain que ces différents acteurs du soin savaient tous écrire. Et quand bien même ils maîtrisaient l'écriture, ils n'écrivaient a priori pas sur leur patientèle. Cet emploi limité de l'écriture constitue probablement l'une des raisons principales de ce peu d'informations sur les patients en Mésopotamie.

© Everyday Life in Ancient Times, 1961

Où peut-on trouver des données de santé dans le corpus cunéiforme ? Le peut-on, tout simplement ? Le site de Mari, en Syrie actuelle, a fourni une documentation épigraphique formidable pour l'époque paléo-babylonienne, et plus précisément pour le XVIII^e siècle avant Jésus-Christ.

Ainsi, le palais royal a livré quelque 15 000 textes – dont l'édition est encore en cours –, actuellement partiellement consultables sur le site Archibab.fr.



Ašipum/ mašmaššum ≈

Exorciste

Asûm ≈

médecin

Quelques textes administratifs sont d'un intérêt particulier pour nous, puisqu'ils enregistrent la distribution de denrées à des malades. Par exemple, ce texte ARM 23 606, daté du 13^e jour du cinquième mois de l'année, indique que de l'huile a été distribuée à douze femmes malades du harem, qui sont ici nommées.

On sait, par ce même type de biais, que de l'huile et des textiles étaient distribués à l'occasion des accouchements. On peut citer un autre cas, toujours à Mari, de distribution d'huile et d'étoffes pour un dénommé Riš-šamaš. On peut supposer que ce matériel a servi notamment à faire des bandages.

Le site d'Ur, dans le sud de la Mésopotamie, a livré des exemples similaires. Les malades y sont identifiés par leur filiation ou par leur nom, ainsi que par leur profession. Les textes sont également datés. Vous avez ici deux tablettes – UET 5 594 et 5 617 –, qui documentent des dépenses d'huile et de beurre clarifié, pour respectivement un tisserand malade et un meunier malade.

Hélas, tous ces textes, ceux de Mari et d'Ur, n'indiquent pas de quelle pathologie souffraient ces individus.

Quelques tablettes, mises au jour dans le royaume de Larsa, sont plus précises, et attestent de livraisons de farine et de tamarin, une plante qui a des vertus antiseptiques et probablement utilisée ici pour faire des emplâtres.

594. U. 8811 b.

UET 5 594

10 sicles d'huile
(pour) le fils d'Ummi-ṭabat,
le tisserand malade
+ DATE



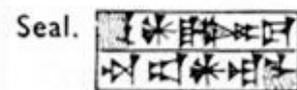
Seal illegible.

<https://archibab.fr/T12655>

617.

UET 5 617

1/3 de litre de beurre clarifié
(pour) le malade
Mašubilanum,
le meunier de la déesse Ningal
+ DATE



<https://archibab.fr/T1267>



(<https://archibab.fr/T19074>)

ARM 23 606

1/2(litre d'huile) pour Tizpatum

1/2(litre d'huile) pour Munenitum 1/2(litre d'huile) pour

Naramtum 15 (mesures-SUd'huile) pour Ibbtum

14(mesures-SUd'huile) pour Lamassa

14(mesures-SUd'huile) pour Ribatum

14(mesures-SUd'huile) pour Hazala 14(mesures-

SUd'huile) pour Tariš-matum 14(mesures-SUd'huile)

pour Kazibtum

14(mesures-SUd'huile) pour Raqatum

14(mesures-SUd'huile) pour Nine-Ištar 14 (mesures-

SUd'huile) pour Laitum

(Distribution pour) 12 femmes malades Au mois de Hibirtum (= mois 5), Le 13jour.

Ces textes nous informent qu'un tisserand, nommé Bur-Addur, dont le doigt a été coupé, et un certain šamaš-ili, dont l'anus est malade, ont reçu ce type de denrées.

Si, de notre point de vue moderne, ces enregistrements datés, nominatifs, de malades, qui renseignent la délivrance d'une partie des ingrédients nécessaires à leur traitement, pourraient être considérés comme des données de santé, il faut rappeler que ces textes avaient pour objectif premier de conserver une trace comptable des dépenses du palais ou des temples. Au final, ces textes concernent moins les malades que les denrées sorties des réserves.

J'aimerais enfin vous présenter quelques lettres paléo-babyloniennes, puisque c'est ce corpus qui laisse la place la plus importante aux patients. On y relève aussi bien la mention d'épidémies que de maladies individuelles, et il est possible d'entrevoir quelques éléments d'explication à cette quasi absence de données de santé en Mésopotamie. Je précise que l'essentiel des lettres que je vais vous montrer sont adressées à des rois ou des gouverneurs.

On retrouve la question de l'oralité dans cette longue missive, découverte sur le site de šušarra, adressée par le roi Samsi-Addu à son vassal Kuwari. Cette lettre mentionne, parmi les diverses questions, la maladie d'un certain Etellum. La maladie est évoquée de façon lapidaire. Pourtant, les symptômes semblent avoir fait l'objet d'un discours oral développé, qui a été rapporté par un messenger au roi Samsi-Addu.



CUSAS 15 156

10 litres de farine d'orge

10 litres de graines de tamarin Pour

Šamaš-ili dont l'anus est malade

Le 23e jour, du mois 7

27 année du règne de Rim-Sin

(= 1796 av. J.-C.)

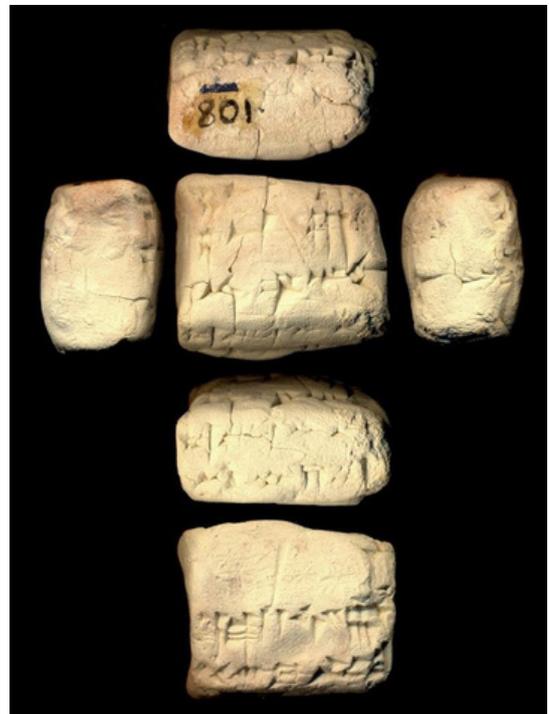
<https://archibab.fr/T18094>

© Rare Manuscript Collections, Cornell University Library, Ithaca, New York, USA

CUSAS 15 158

5 litres de farine d'orge 5 litres
de tamarin Pour Bur-Addur, le
tisserand dont le doigt a été
coupé Le 26e jour, du mois 11
24e année du règne de Rim-Sin
(= 1799 av. J.-C.)

<https://archibab.fr/T18095>

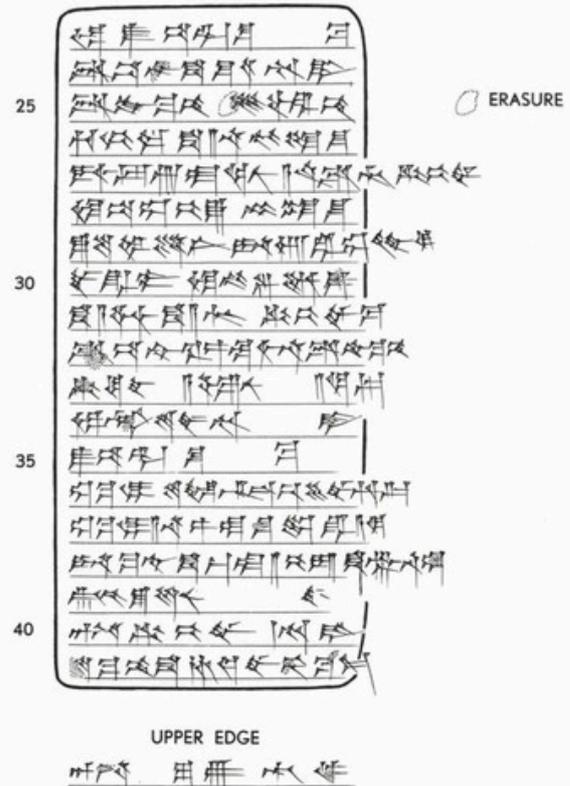
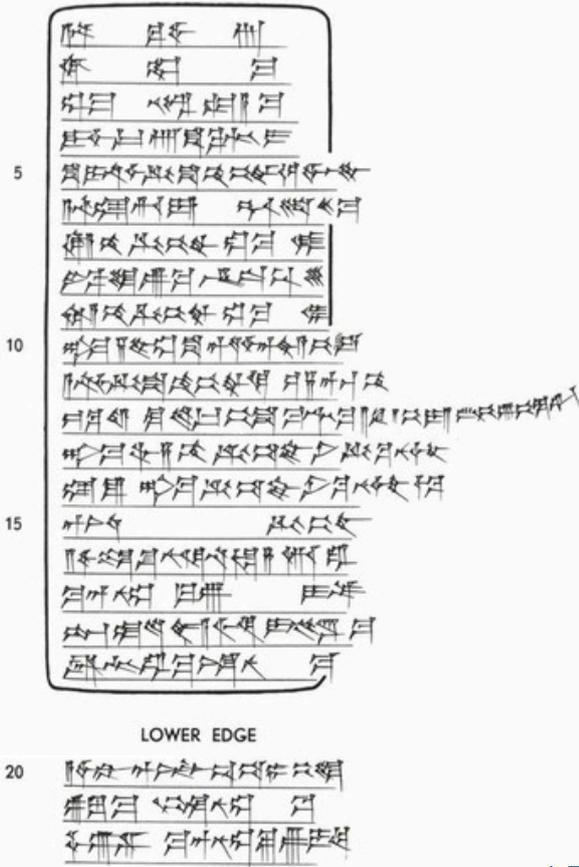


© Rare Manuscript Collections, Cornell University Library, Ithaca, New York, USA

OBVERSE

11

REVERSE



J. Eidem & J. Laessøe, 2001. The Shemshara Archives. Vol. 1 The Letters.

Dis à Kuwari: ainsi parle ton seigneur. Le messager des Gutéens qui se trouvent dans la ville de Šikšabbumest venu me voir et m’a parlé en ces termes : « C’est le sire gutéen, Endušše, qui m’a dit ceci : “Le jour où l’armée de Samsi-Addu, mon père, s’approche de Šikšabbum, ne livrez pas combat, que je ne commette pas un péché contre mon père. S’il vous donne l’ordre de sortir, sortez, s’il vous le dit, restez !” » Il m’a dit ceci. **Qui peut savoir si ses mots sont vrais ou faux ?**

Il est possible qu’ils aient vu la décision de la ville et qu’ils aient décidé ces mots d’après leur propre gré ou peut-être c’est encore plus que cela. Qui connaît les ordres ? Je l’ai aussi interrogé. Il m’a dit les signes de ceux qui se trouvent auprès de Warad-šarrim, il m’a mentionné l’anneau que j’ai donné à Mutušu, le messager, comme étant un signe, ainsi que des collègues de Mutušu.

Notre Etellumaur ait été malade à Arraphaet, la maladie de cet homme il me nommait. Il pouvait me nommer tous ses signes et alors je pouvais avoir confiance en cet homme. Je l’ai interrogé aussi au sujet du message de Warad-šarrimet il m’a répondu qu’il avait reçu la décision d’Enduššedisant : « Je ne m’approcherai pas des frontières de Šušarra, pays se trouvant dans la main de mon père. » Voici ce qu’il me disait. Warad-šarrimm’apportera donc un message de joie ! Sache cela.

« Notre Etellum aurait été malade à Arrapha et la maladie de cet homme il me nommait. [« Il », comprendre le messenger] pouvait me nommer tous ses signes », tous ses symptômes.

Il est clair que les informations relatives à la maladie d'Etellum n'ont pas été retranscrites, car elles n'intéressent tout simplement pas le destinataire de la lettre. Il s'agit, avant tout, de prouver la fiabilité du messenger venu s'adresser à Samsi-Addu et dont les propos sont rapportés ici à Kuwari. La formule, d'ailleurs, qui conclut ce passage – « Et alors je pouvais avoir confiance en cet homme » –, plaide en faveur de cette interprétation.



Maquette de bateau, vers 2000 av. J.-C. © 2016 Grand Palais RMN(musée du Louvre) / Mathieu Rabeau

ARM 10 169

Dis à Šamšu-nittum: ainsi parle Hammu-rabi, ton frère. J'ai pris connaissance de la tablette que tu m'as fait porter. Tu m'y écrivais: «Pourquoi ne m'as-tu pas écrit au sujet de ta maladie?» Il y en a pour qui la maladie est un sujet de correspondance avec leur(s) frère(s). Moi, j'écris des nouvelles heureuses : «J'étais malade, maintenant, je suis en bonne santé.»

Par ailleurs, comme l'a noté Jean-Marie Durand [assyriologue français], il était de bon ton de ne pas s'épancher sur les problèmes de santé à l'écrit. C'est ce qu'illustre la lettre ARM 10 169. « Dis à šamsu-nittum : ainsi parle Hammu-rabi, ton frère.



Musée du Louvre, Dist.Grand Palais
Rmn/ Maurice et Pierre Chuzeville

J'ai pris connaissance de la tablette que tu m'as fait porter. Tu m'y écrivais : «Pourquoi ne m'as tu pas écrit au sujet de ta maladie ?» Il y en a pour qui la maladie est un sujet de correspondance avec leur(s) frère(s). Moi, j'écris des nouvelles heureuses : «J'étais malade. Maintenant, je suis en bonne santé”. »

Pourtant, certaines missives évoquent bien ces problèmes de santé. Ici, plusieurs cas doivent probablement être discernés.

Le premier concerne les patients de l'entourage royal ou occupant une fonction importante. La maladie est alors une préoccupation directe pour le roi. Le message a donc un caractère informatif, personnel. On peut citer le cas de la grande prêtresse de Terqa, Kunšim-Matum, dans ARM 3 64 :

« Dis à mon Seigneur : ainsi parle Kibri-Dagan, ton serviteur. Dagan et Ikrub-El vont bien. La ville de Terqa et le district, ça va. Autre chose : Dame Kunšim-Matum est malade depuis quatre jours et moi : «Si cela avait été une indisposition, c'était une affaire de un ou deux jours qui lui était arrivée”. Si jusqu'à aujourd'hui, je n'ai pas écrit à mon Seigneur, maintenant mon Seigneur est informé. »

Nous avons également des lettres adressées au roi par des serviteurs, qui vont se justifier, afin que leur comportement ne soit pas considéré comme un manquement. Vous en avez un exemple, dans lequel un serviteur se défend de ne pas s'être déplacé plus tôt.

« Dis à mon Seigneur : ainsi parle Ikšud-appa-šu, ton serviteur. Mon Seigneur m'a écrit au sujet de ma venue. Mon Seigneur, lui, sait que je ne suis pas lent (d'ordinaire) à partir. L'expédition était prête à partir au sujet des barques, mon Seigneur m'avait envoyé des ordres exprès. Trois jours où je me suis trouvé à l'endroit où on les agençait et un accès de fièvre m'a brûlé. J'ai été malade. Je n'ai pu aller chez mon Seigneur ». Nous avons plein d'exemples de ce type.

J'aimerais passer à un dernier grand point, qui me semble important, puisqu'on écrit également au roi au sujet des questions de santé, afin de requérir un médecin à titre ponctuel et individuel, lors de cas jugés inquiétants. Comme en témoigne, par exemple, la lettre ARM 26 278 :

« Dis à mon Seigneur, ainsi parle Yaqqim-Addu, ton serviteur. La lésion-simmum, qui était déjà sortie auparavant sur la nuque de dame Te- [le reste de son nom est cassé] (et pour laquelle) mon Seigneur avait envoyé un médecin, lequel ayant pansé cette lésion, elle avait eu la vie sauve. Aujourd'hui, cette lésion (lui) est montée à [sans doute une partie du corps, mais en tout cas, cette lésion] est revenue. Avant que la lésion ne devienne trop grosse, il faut que mon Seigneur m'envoie un médecin afin qu'il panse cette lésion. »

ARM 26/1 278

Dis à mon Seigneur : ainsi (parle) Yaqqim-Addu, ton serviteur. La lésion-simmum qui était sortie déjà auparavant sur la nuque de dame Te-..., (et pour laquelle) mon Seigneur avait envoyé un médecin, lequel ayant pansé cette lésion, elle avait eu la vie sauve, aujourd'hui, cette lésion (lui) est montée à ... lui est revenue. Avant que la lésion ne devienne trop grosse, il faut que mon Seigneur m'envoie un médecin afin qu'il panse cette lésion.

De façon intéressante, plusieurs lettres attestent que ces demandes de thérapeutes concernaient aussi parfois la collectivité. Dans ARM 13 147, on voit bien que l'affectation d'un médecin à une cité du royaume repose avant tout sur une décision royale :

« Dis à mon Seigneur : ainsi parle Yawi-Ila, ton serviteur. (...) Je réside dans une ville frontière de mon Seigneur. Or, le médecin est mort, il y a peu. Il faut que mon Seigneur ne me refuse pas un médecin qui élira résidence ici, dans ta ville, afin qu'il soigne tes serviteurs, les citoyens de Talhayum. »

ARM 13 147

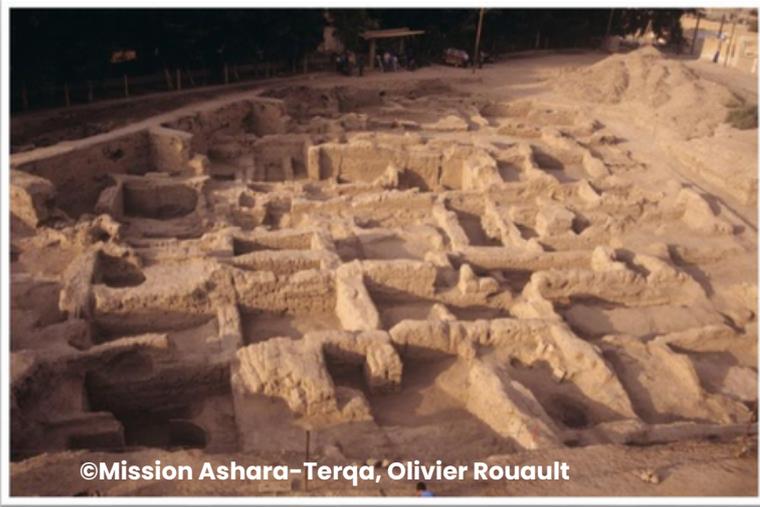
Dis à mon Seigneur : ainsi parle Yawi-Ila, ton serviteur. (...) je réside dans une ville frontière de mon Seigneur. Or le médecin en est mort, il y a peu. Il faut que mon Seigneur ne me refuse pas un médecin qui élira résidence ici, dans ta ville, afin qu'il soigne tes serviteurs, les citoyens de Talhayum.

ARM 3 64

Dis à mon Seigneur: ainsi parle Kibri-Dagan, ton serviteur. Dagan et Ikrub-El vont bien. La ville de Terqaet le district, ça va. Autre chose: Dame Kunšim-Matum est malade depuis 4 jours et moi: «Si cela avait été une indisposition, c'était une affaire de 1 ou 2 jours qui lui était arrivée.» Si jusqu'à aujourd'hui je n'ai pas écrit à mon Seigneur, maintenant mon Seigneur est informé.

ARM 26/1 261

Dis à mon Seigneur : ainsi (parle) Ikšud-appa-šu, ton serviteur. Mon Seigneur m'a écrit au sujet de ma venue. Mon Seigneur, lui, sait que je ne suis pas lent (d'ordinaire) à partir. L'expédition était prête à partir et au sujet des barques mon Seigneur m'avait envoyé des ordres exprès. Trois jours, je me suis trouvé à l'endroit où on les agençait et un accès de fièvre m'a brûlé. J'ai été malade, je n'ai pu aller chez mon Seigneur. (...).



En conclusion, même si les textes révèlent une médecine élaborée en Mésopotamie, il reste difficile de retrouver des données de santé. Cela s'explique, en partie, par l'importance de l'oral dans la pratique des soignants. Mais aussi par la nature des sources dont on dispose, dans laquelle la prise en charge du patient n'est pas au cœur de l'écrit, comme on l'a vu avec l'exemple des textes administratifs.

Enfin, les lettres étudiées suggèrent que l'absence de données de santé est aussi, peut-être, à relier à l'absence d'une organisation collective des soins. Puisque celle-ci pourrait avoir reposé, au moins pour l'époque paléo-babylonienne, essentiellement sur les décisions du roi.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Alain Beupin : Cela renvoie à beaucoup de nos préoccupations actuelles. Je pense à cette question des déserts médicaux.

Vérène Chalendar : Je n'ai mis qu'un exemple à chaque fois, mais on trouve cette question de l'envoi de thérapeutes dans une ville dans plusieurs lettres.

Alain Beupin : Une autre question, par rapport à notre sujet des données : on a des aller-retours dans les centres de santé – je prends les centres de santé, mais c'est valable pour toute la médecine – entre les données de facturation et les données de santé, avec parfois une frontière qui n'est pas toujours bien définie. À l'époque, c'était donc déjà le cas ?

Vérène Chalendar : Oui, avec les textes administratifs. Ça n'a pas été évident pour moi de travailler sur les données de santé, mais c'était vraiment intéressant. Je pense que c'est un sujet à creuser. On voit qu'il y a quand même une prise en charge du patient. Ce sont des textes datés, nominatifs, il m'a semblé intéressant de vous les présenter.

Alain Beupin : Tout à fait. C'est un sujet, pour nous, cet aller-retour. Nous allons, par exemple, compter combien il y a eu de consultations. Ou combien nous avons opéré d'appendicites, et les tarifications correspondantes. Derrière la tarification, derrière la codification, il y a un acte médical et la correspondance, selon l'impression qu'en ont les équipes, n'est pas toujours bien claire

Je reviens également – on n'est pas tout à fait dans notre sujet – sur la figure de celui [l'Ašipum Mašmašsum] qui n'est pas médecin, mais mage, devin ?

Vérène Chalendar : c'est très perméable. Pour la Mésopotamie, il y en a un qui se rapproche plus du médecin et l'autre plus de l'exorciste. Tout simplement car le second personnage a l'air plutôt de s'occuper des cas imputés à des causes divines. La maladie peut avoir plusieurs causes au Proche Orient ancien. On connaît les causes naturelles, mais on a aussi des agents pathogènes personnalisés, en l'occurrence des démons, qui peuvent attaquer, des colères divines qui peuvent s'abattre. Dans ce cas, on fait plutôt appel à l'exorciste. Mais il y a en fait tout un tas de soignants, comme j'ai voulu essayer de le montrer très rapidement, qui sont hélas un peu masqués par le filtre de notre documentation. Il devait y avoir une collaboration, et donc une communication des données de santé, qui s'est complètement perdue en raison du pan très important de l'oralité en Mésopotamie.

Frédéric Villebrun : médecin généraliste et directeur de la santé à Vitry-sur-Seine (Val-de-Marne). J'ai une question par rapport au dernier texte, qui tendait peut-être à une sorte d'administration du système de santé. Avez-vous plus d'éléments ? On a l'impression que c'est le Seigneur qui décide de la localisation. C'est vraiment d'actualité.

Vérène Chalendar : pour le début du deuxième millénaire avant Jésus-Christ, nous avons plusieurs exemples où on a l'impression que ces requêtes sont portées par des individus haut placés, des gouverneurs nouvellement en poste dans une ville, mais directement auprès du roi. Peut-être le roi était-il entouré de conseillers, qui ne sont pas dans les textes. Mais on s'adresse en tout cas directement au roi pour faire ses demandes d'envoi de thérapeutes. C'est quelque chose qu'on voit à plusieurs reprises. Est-ce que cette organisation de la médecine sur le territoire, finalement, se fait un peu au cas par cas, au coup par coup, quand le gouverneur en manifeste le besoin en disant : « Là, ça commence à devenir urgent, envoie-nous quelqu'un... » Dans ce cas, le médecin vient de mourir, mais de base, on avait un médecin qui avait été envoyé là à la fondation de la ville. Peut-être que je refais le scénario .

Frédéric Villebrun : Concernant la rémunération, l'"Ašum" est-il payé par le Seigneur ? Par les malades ?

Vérène Chalendar : Je ne l'ai pas présenté, mais le code d'Hammourabi, ce monument qui est actuellement au Louvre, présente quelques dispositions sur la rémunération des soignants, notamment de l'Ašum. On voit que l'Ašum est payé par les patients. Ça n'a pas l'air d'être un fonctionnaire. Après, il y a bien sûr le cas des médecins de Cour, c'est encore autre chose.

Nicolas de Chanaud : Je suis généraliste. N'y a-t-il pas du tout d'informations sur les médicaments ? Sur comment on fabrique les potions dont vous avez parlé ? Un peu l'équivalent du Vidal ? Ou même sur comment guérir telle ou telle maladie ?

Vérène Chalendar : La connaissance que nous avons actuellement sur la médecine et le savoir-faire thérapeutique mésopotamien est issue de ces textes de bibliothèque, qui se concentrent sur la préparation des médicaments. Je ne l'ai pas présentée aujourd'hui, il fallait que je choisisse. Mais il n'y a pas de données concernant le patient. Là, j'ai choisi de me focaliser sur cet aspect. Mais oui, il y a énormément de sources sur cet aspect pharmaceutique. C'est extrêmement riche, surtout au premier millénaire avant Jésus-Christ. On a des centaines de textes qui documentent la préparation de remèdes pour tout un tas de maladies, des pieds à la tête.

Vérène Chalendar : pour le début du deuxième millénaire avant Jésus-Christ, nous avons plusieurs exemples où on a l'impression que ces requêtes sont portées par des individus haut placés, des gouverneurs nouvellement en poste dans une ville, mais directement auprès du roi. Peut-être le roi était-il entouré de conseillers, qui ne sont pas dans les textes. Mais on s'adresse en tout cas directement au roi pour faire ses demandes d'envoi de thérapeutes. C'est quelque chose qu'on voit à plusieurs reprises. Est-ce que cette organisation de la médecine sur le territoire, finalement, se fait un peu au cas par cas, au coup par coup, quand le gouverneur en manifeste le besoin en disant : « Là, ça commence à devenir urgent, envoie-nous quelqu'un... » Dans ce cas, le médecin vient de mourir, mais de base, on avait un médecin qui avait été envoyé là à la fondation de la ville. Peut-être que je refais le scénario .

Frédéric Villebrun : Concernant la rémunération, l'"Ašum" est-il payé par le Seigneur ? Par les malades ?

Vérène Chalendar : Je ne l'ai pas présenté, mais le code d'Hammourabi, ce monument qui est actuellement au Louvre, présente quelques dispositions sur la rémunération des soignants, notamment de l'Ašum. On voit que l'Ašum est payé par les patients. Ça n'a pas l'air d'être un fonctionnaire. Après, il y a bien sûr le cas des médecins de Cour, c'est encore autre chose.

Nicolas de Chanaud : Je suis généraliste. N'y a-t-il pas du tout d'informations sur les médicaments ? Sur comment on fabrique les potions dont vous avez parlé ? Un peu l'équivalent du Vidal ? Ou même sur comment guérir telle ou telle maladie ?

Vérène Chalendar : La connaissance que nous avons actuellement sur la médecine et le savoir-faire thérapeutique mésopotamien est issue de ces textes de bibliothèque, qui se concentrent sur la préparation des médicaments. Je ne l'ai pas présentée aujourd'hui, il fallait que je choisisse. Mais il n'y a pas de données concernant le patient. Là, j'ai choisi de me focaliser sur cet aspect. Mais oui, il y a énormément de sources sur cet aspect pharmaceutique. C'est extrêmement riche, surtout au premier millénaire avant Jésus-Christ. On a des centaines de textes qui documentent la préparation de remèdes pour tout un tas de maladies, des pieds à la tête.

3

COMMENT LES MOYENS APPORTÉS PAR L'IA VONT-ILS IMPACTER LES EXERCICES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

JACQUES LUCAS, ANCIEN PRÉSIDENT DE L'AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ (ANS)

Alain Beupin : Nous arrivons dans la période contemporaine. Malgré ta longue expérience, tu n'as pas connu la Mésopotamie antique. Tu es là au titre de multiples responsabilités que tu as eues, que tu as encore. Tu as notamment été président de l'Agence du numérique en santé (ANS), une structure publique dans laquelle les pouvoirs publics mettent beaucoup d'énergie. Je t'ai demandé de nous tracer une grande fresque du numérique et de l'IA dans le domaine de la santé de l'origine à nos jours. Tu as carte blanche.



Jacques Lucas : Je ne vais pas aller jusqu'à la Mésopotamie. Je vais m'arrêter avant. Et vous citer Hippocrate, quand même. Hippocrate a dit que, pour guérir quelqu'un qui était malade, il fallait observer le biotope dans lequel il vivait, que les maladies n'étaient pas une punition de la puissance divine, et qu'il était totalement inutile de faire des sacrifices aux Dieux – sacrifices individuels ou collectifs, puisqu'on pouvait brûler les gens qualifiés de sorciers, lorsqu'il y avait des épidémies.

Pourquoi vous dire ça ? Parce qu'on vit actuellement dans une société numérique. Elle a probablement des défauts, mais elle a également des avantages. Ceux qui ne veulent pas que les choses bougent un peu voient toujours dans le numérique une manifestation du diable.

Ils disent : « Hippocrate doit se retourner dans sa tombe ». Sauf que Hippocrate ne doit plus avoir la mobilité nécessaire pour se retourner dans sa tombe. Moi, je suis un militant, si je puis dire, depuis longtemps, et ce même lorsque j'étais délégué général au numérique au Conseil national de l'Ordre.

Quels sont les moyens apportés par l'intelligence artificielle ? Comment va-t-elle impacter les exercices des professionnels de santé ? Je suis médecin, comme la plupart d'entre vous. Mais je suis aussi, avant tout, un professionnel de santé. Je vais donc faire mon exposé sur le numérique et l'intelligence artificielle à partir de cette notion d'équipe de soins.

L'IA peut augmenter les médecins, puisqu'on parle d'une intelligence augmentée. Les confrères et consœurs, d'ailleurs, ont horreur de dire qu'on peut augmenter leur intelligence, parce que la plupart considèrent qu'ils en ont déjà beaucoup, à la suite d'études très longues.

Si l'IA peut augmenter les médecins en les accompagnant dans leurs réflexions diagnostiques et thérapeutiques, il en sera de même pour les autres professionnels de santé, et notamment le corps infirmier. Il y a d'autres professionnels que les infirmiers, mais le couple médecin- infirmier est quand même un élément très important pour la prise en charge pertinente des patients. Il suffit d'ailleurs d'observer ce qui se passe dans les services d'urgences : quand vous arrivez là-bas, la première personne que vous voyez n'est pas un médecin, ni même un interne ou un externe, mais d'abord un infirmier ou une infirmière, qui oriente les patients.

“l'intelligence artificielle en santé conduira à redéfinir les missions et les fonctions des médecins généralistes”

L'arrivée de l'intelligence artificielle en santé, – qui est déjà un fait, même si elle est encore balbutiante – va modifier les contours et les contenus des métiers de santé. Ce qui conduira à redéfinir les missions et les fonctions des médecins généralistes en particulier. Dans leur exercice, bien sûr, et dans leur formation, puisque l'intelligence artificielle va également remplacer les efforts de mémoire pour retenir un certain nombre de choses qui ne seront plus absolument nécessaires. L'intelligence artificielle va y parvenir avec une rapidité tout à fait remarquable. Les médecins généralistes deviennent les « référents » – je préfère ce terme à celui de « médecin traitant » – d'une organisation en équipe de soins, puisque la connaissance proprement médicale est celle du médecin.

L'intelligence artificielle doit être intégrée aux outils des exercices professionnels, au rang d'un dispositif médical. C'est un élément important. On ne peut pas faire de la médecine avec ChatGPT, ou avec un système d'intelligence artificielle qui n'a pas été préalablement validé comme étant un dispositif médical afin de garantir la sécurité des résultats fournis par l'intelligence artificielle.

L'intelligence artificielle d'ailleurs, comme l'intelligence humaine, peut être balbutiante. Mais il faut qu'elle balbutie le moins possible. Et donc que le processus par lequel l'intelligence artificielle apporte sa réponse ait été évalué par des personnes compétentes, notamment des professeurs d'informatique médical et de mathématiques, puisque l'intelligence artificielle associe le numérique et les mathématiques.

“On ne pourra pas se retourner vers la machine en disant : ce n'est pas ma faute, c'est l'ordinateur”

La conclusion de l'intelligence artificielle à partir des données qui lui sont adressées pour le traitement de la situation n'est pas un diagnostic à proprement parler, mais une proposition soumise aux professionnels de santé, qui doivent bien sûr en prendre la responsabilité. C'est un élément important. On ne pourra pas se retourner vers la machine en disant : « Ce n'est pas ma faute, c'est celle de la machine », puisque le médecin, le professionnel de santé en général, exercera son rôle de responsable dans la prise de décision. Même si on dit que c'est une décision partagée avec le patient, ce qui veut simplement dire que le patient consent à la décision que nous lui avons proposée.

C'est ainsi que la proposition de l'intelligence artificielle deviendra un diagnostic, au sens médical et médico-légal, puisque bien évidemment, la responsabilité du professionnel de santé restera entière, même s'il a appliqué l'intelligence artificielle. Bien sûr, il va y avoir un débat, et il y a toujours une inquiétude, exprimée par les médecins en particulier : quelle sera ma responsabilité si l'intelligence artificielle m'a dit : « Il faut faire ça », que je ne l'ai pas fait, et que le patient a un dommage ? On ne peut pas véritablement répondre à cette question, puisque ce sont des aspects individuels. Mais en tout cas, le professionnel de santé aura à répondre, s'il y a un contentieux devant le juge, de la décision qu'il aura prise et de ce qui l'a conduit à l'appliquer. Il ne suffira pas d'interroger l'intelligence artificielle, de donner la conclusion de l'intelligence artificielle sans l'avoir examinée et critiquée, et de dire au patient : « Vous me devez 30 €. » Ça ne se passera pas comme ça. Il faudra bien évidemment que le médecin s'implique dans cette décision.

L'IA, au sens du dispositif médical qui l'héberge, économise du temps de réflexion, de la démarche intellectuelle du professionnel de santé, dans l'élaboration du diagnostic et de la conduite thérapeutique à tenir. Tout d'abord en humanisant un petit peu plus, contrairement à ce qui est dit, la relation soignant-soigné. Comme l'intelligence artificielle va faire un certain nombre d'analyses – très rapides – de l'état de la littérature et de l'état des connaissances à partir des données qui l'alimentent, il pourrait y avoir une relation beaucoup plus intense, humaine. On reviendrait à l'humanisme médical, puisqu'on pourrait avoir davantage de temps à consacrer aux patients.

En effet, l'intelligence artificielle dans vos logiciels devrait pouvoir enregistrer, avec la rapidité qui est la sienne, la conversation que le médecin a avec le patient, appelée l'interrogatoire. Je trouve que cet interrogatoire ne doit pas être mené de façon policière, en disant au patient : « Vous êtes malade, vous êtes donc coupable quelque part. Répondez à mon interrogatoire. » Quand un patient s'exprime trop longtemps, un certain nombre de médecins vont dire :

Répondez par oui ou non à la question que je vais vous poser. » On est dans un véritable interrogatoire de nature policière. Il y a une enquête en quelque sorte, à juste titre, pour savoir ce que le patient a, mais ce n'est pas de l'humanisme médical de dire à un patient qui est déjà inquiet : « Répondez par oui ou non aux questions que je vous pose. » Donc il peut y avoir, grâce à l'intelligence artificielle, un dialogue avec le patient, que l'intelligence artificielle va analyser à travers le logiciel, pour fournir au médecin (pas qu'au médecin, d'ailleurs) une synthèse des données de l'interrogatoire, qui va évacuer l'accessoire et ne retenir que le nécessaire. Cela fera de la phase initiale de l'interrogatoire du patient une étape essentielle.

*« Que vous a dit le médecin ? »
« Il ne m'a pas dit grand-chose, il était occupé avec son ordinateur »*

«Bien évidemment, durant l'examen clinique, le médecin va pouvoir indiquer à l'intelligence artificielle, – si l'enregistrement se poursuit – d'écrire ce qu'il constate à la palpation, à l'auscultation, aux données de l'examen clinique. Cela se transformera en synthèse, prenant la forme d'un compte-rendu structuré. Et on peut noter que cela se passe sans prise de notes, alors qu'actuellement, à la question « Que vous a dit le médecin ? », un certain nombre de patients répondent : « Il ne m'a pas dit grand-chose ». Il était occupé, avec son ordinateur, à taper les données de la consultation. Je l'ai constaté tout à fait récemment. Le confrère que j'ai consulté était en train de taper – soigneusement d'ailleurs, je ne le lui reproche pas – ce que je lui disais, et non de me regarder en face. Il m'écoutait, mais tapait en même temps, et regardait davantage son ordinateur que son patient.

L'intelligence artificielle peut bien évidemment être également contributrice aux autres dispositifs médicaux. Notamment aux dermatoscopes intelligents, aux échographes élémentaires, qui font déjà partie des appareils dont dispose le médecin. Je ne sais pas comment cela se passe dans les centres de santé, mais nous savons bien que le symbole actuel de la pratique médicale, même si ça reste dans l'imagerie le stéthoscope, est l'échographie. Je ne dis pas que le stéthoscope est inutile, je suis cardiologue, je pratiquais des auscultations. Mais on sait bien qu'actuellement, toute consultation de cardiologie comporte une échographie cardiaque, par exemple. C'est vrai pour d'autres disciplines.

Si on utilise des logiciels intelligents, pas uniquement d'informatique basique, un certain nombre de pratiques professionnelles pourront être déléguées à d'autres professionnels de santé constituant l'équipe de soins. Bien évidemment, le patient doit être informé. D'abord, qu'une machine enregistre ses données de santé. Cela amène à considérer d'un autre regard le secret médical, puisque c'est une machine qui absorbe ces informations couvertes par le secret. Il faut donc qu'il y ait une garantie du bon usage de la machine et un respect des codes d'accès pour les professionnels de santé membres de l'équipe de soins, de façon que ces informations ne puissent pas arriver dans des oreilles indiscrètes, à partir desquelles elles pourraient être divulguées.

L'intelligence artificielle, intégrée au logiciel métier, pourra faire une synthèse instantanée, au fur et à mesure de la complétude des données médicales, et au fur et à mesure du temps qui s'écoule. Cela permettrait, je reprends ma casquette d'ancien

résident de l'Agence du numérique en santé, d'alimenter le dossier médical partagé (DMP). Qui a des hauts et des bas. Et qui, actuellement, est au milieu du gué, car il fait à ce jour office de dépotoir inorganisé d'informations médicales. Une intelligence artificielle devrait être associée au DMP, afin que les données puissent être structurées.

Il faut que les outils soient intuitifs et que leur apprentissage soit bref et simple. Depuis le début, quand on achète un smartphone, il n'y a pas de mode d'emploi, et tout le monde s'adapte très rapidement. Ça doit être la même chose pour des outils d'intelligence artificielle. Il faut que ce soit intuitif et qu'il n'y ait pas besoin d'une formation supplémentaire pour les manier.

Comment l'IA peut-elle s'inscrire dans la relation soignant-soigné ? Je l'ai déjà abordé, en disant que ça dégage du temps médical, et notamment du temps administratif. Et Dieu sait qu'en médecine générale, vous consacrez du temps à des aspects purement administratifs, à de la paperasserie. Or ces tâches pourraient bien évidemment être simplifiées par des moyens d'intelligence artificielle.

Qu'en pense le patient ? Une étude [ComPaRe] publiée récemment relève que les patients sont globalement très peu intéressés à savoir si le médecin utilise ou non une intelligence artificielle. Cela me paraît sain, puisque, quand on va chez un médecin, s'il vous fait un électrocardiogramme par exemple, vous n'allez pas lui demander : « Qu'est ce que c'est que ça ? Pourquoi vous me faites ça ? Vous ne m'avez pas prévenu. » Le patient doit être informé qu'on utilise une intelligence artificielle – c'est une obligation réglementaire –, mais il n'a pas à consentir à l'utilisation de cette intelligence artificielle. C'est comme quand on fait un examen complémentaire, sauf lorsque celui-ci peut porter une atteinte à la pudeur. Je pense en particulier au toucher rectal ou au toucher vaginal : le patient, la patiente, doit être informé-e et consentir à ce que l'on fasse un toucher. Mais je ne connais pas, sauf peut être des gens un peu difficiles psychologiquement, de patient qui va dire à un médecin : « Non, je ne veux pas que vous fassiez ça. » Le médecin, dans ce cas, ne le fait pas, mais peut dire au patient : « Dans ces conditions, allez consulter quelqu'un d'autre que moi », ce qui est conforme à la déontologie professionnelle, sauf urgence.



ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Alain Beupin : On lit dans la grande presse : attention, l'IA va changer les métiers, va manger mon métier. Toi, tu dis : « Ça va rendre les gens plus intelligents ». Sur ce point, tu prends le contre-pied de ce que le bon sens populaire semble prédire.

Jacques Lucas : Moi, je pense que c'est encourageant. Le médecin, généraliste en particulier, pourra se centrer sur son cœur de métier, qui n'est pas de prendre la tension artérielle, par exemple. Le métier, c'est de traiter un patient hypertendu avec les données acquises de la science. Je pense que l'intelligence artificielle permettra d'ailleurs d'écartier un certain nombre de pratiques qui ne relèvent pas de l'evidence-based medicine, mais d'une vision surnaturelle dans la survenue des maladies. Actuellement, dans les sociétés inquiètes, un certain nombre de patients ont recours à l'irrationnel parce qu'ils n'ont probablement pas reçu dès le départ l'attention, l'écoute, qui était pour eux nécessaire. J'ai bien mon idée sur ce qu'est le cœur du métier de la médecine générale, mais il ne m'appartient pas de le définir. Ce que je sais, c'est que le Collège de la médecine générale (CMG) qui vous représente beaucoup, est en train d'établir un référentiel dans la pratique de l'exercice professionnel, où le numérique est bien sûr inclus. Ils m'ont fait l'honneur de me demander une contribution et un document a été publié.

Alain Beupin : Je te remercie d'avoir fait référence au Collège de la médecine générale. L'IJFR, comme l'Union syndicale des professionnels de centres de santé (USPCS), sont d'ailleurs membres du Collège de la médecine générale.

Jacques Lucas : J'ai beaucoup d'estime pour la médecine générale en général et pour le Collège de la médecine générale en particulier.

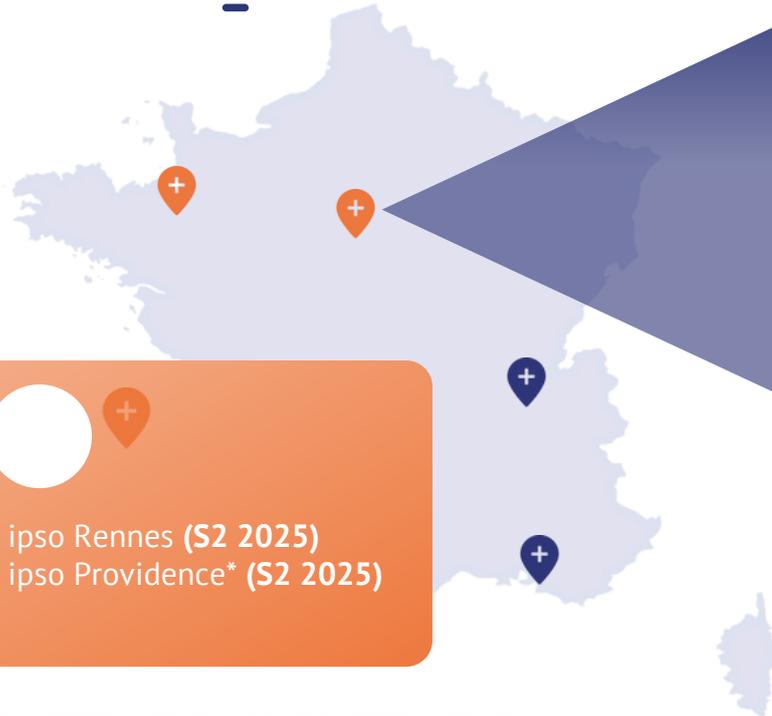
Alain Beupin : Tu l'as dit, mais peut-être pas avec ces mots : l'IA va permettre à la médecine d'être plus humaine. Tu as l'impression qu'elle manque d'humanité aujourd'hui ?

Jacques Lucas : Oui. Enfin oui, j'exagère. Je crois que le médecin, qu'il soit généraliste ou pas, est absorbé par le recueil des données. Un confrère, un vrai geek, avait même deux ordinateurs : un à droite, l'autre à gauche, et il y avait un créneau, une meurtrière, si je puis dire, entre les deux. C'est à travers ça qu'il regardait le patient. Un certain nombre des patients qu'il m'envoyait; à qui je demandais : « Que vous a-t-il dit ? » répondaient : « Il ne dit pas grand-chose. Il me regarde à travers une meurtrière, alors que je ne suis pas allé chez lui pour ça. » Donc je crois qu'il faut que la technique et que la technologie soient vraiment effacées.

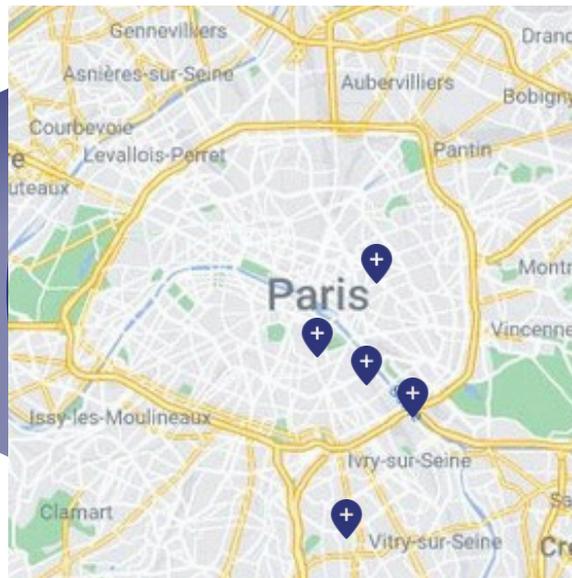
Géraldine Lecapitaine : Je suis médecin généraliste à Argenteuil. Vous dites que le patient doit être informé, mais qu'il n'a pas à consentir à l'utilisation de l'intelligence artificielle... L'IA va arriver dans très peu de temps dans nos cabinets. L'information doit-elle être orale à chaque patient, ou est-ce qu'un écriteau dans les salles d'attente ou dans le logiciel de prise de rendez-vous sera suffisant légalement ?

Jacques Lucas : Une information orale est prévue. Le Code de la santé publique déborde de textes. On sait bien qu'en France, en matière de santé en particulier, mais pas uniquement, dès qu'un problème se pose, on fait un règlement. D'ailleurs, souvent, le règlement complexifie la réponse au problème posé au lieu de le simplifier. Donc ce sera oral. Mais je pense que l'afficher dans une salle d'attente n'est pas une mauvaise idée du tout. Il s'agit de dire : « Les médecins de ce cabinet utilisent l'intelligence artificielle dans leur pratique professionnelle. Vous pouvez demander à votre médecin de quoi il s'agit très exactement. » Enfin il faut trouver une formule. Mais, en tout cas, il ne faut pas faire signer un papier comme lors d'un examen clinique.

Dans un article récemment publié dans Le Parisien, le journaliste n'avait pas dû bien comprendre les propos du confrère, le Dr de Brémond d'Ars, car il a écrit qu'il n'y a pas besoin de le dire aux patients. Si, c'est nécessaire. Un des patients cités faisait d'ailleurs observer qu'il n'était pas contre, mais qu'il voulait le savoir. Les données de santé recueillies dans l'ordinateur sont des données couvertes par le secret. Il faut qu'il y ait des règles de sécurité pour accéder au logiciel, en particulier quand on travaille dans une structure associant plusieurs médecins. Ce n'est pas parce qu'on est médecin qu'on a accès aux données d'un patient, qui n'est pas le choix du patient, et surtout si c'est partagé avec d'autres professionnels de santé.

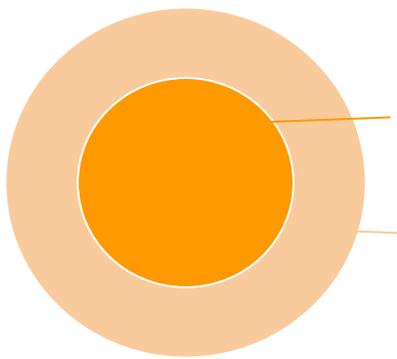


ipso Rennes (S2 2025)
ipso Providence* (S2 2025)



ipso Saint Martin (2015)
ipso Nation (2018)
ipso Ourcq (2020)
ipso Italie (2021)
ipso Brotteaux (2023)
ipso Richard Lenoir (2024)
ipso Menpenti (2025)

patientèle



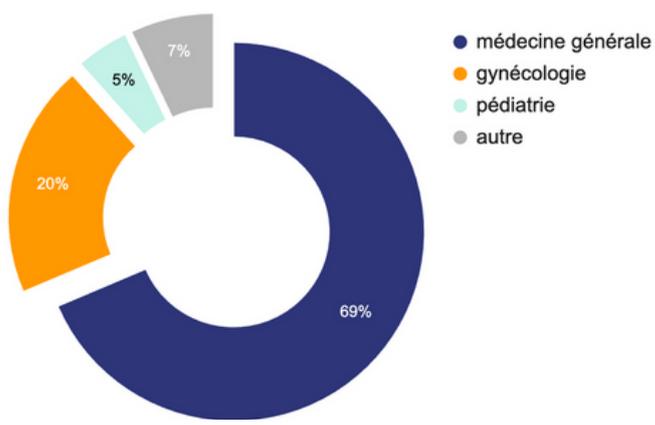
+ 27 000 patients MT
≈ + 18% depuis 1 an

+ 60 000 patients en file active**
≈ 1 800 patients / MG (ETP) **

ETP impliqués

médecins généralistes	40*
sages - femmes	6
infirmiers libéraux	2
infirmiers en pratique avancée	2
assistants médicaux	29
coordinateurs de cabinet	7

pratique médicale



4 L'USAGE DES DONNÉES DE SOIN DANS UN SYSTÈME D'INFORMATION DE SOINS PRIMAIRES INTÉGRÉ.

NICOLAS DE CHANAUD - IPSO SANTÉ

Nicolas de Chanaud. Je suis médecin généraliste chez Ipsos santé, un réseau de cabinets médicaux, un réseau de MSP.

Pourquoi parler de données ? Tout d'abord, parce qu'il existe aujourd'hui un volume de données très important : que ce soit le remboursement, les informations figurant dans les dossiers médicaux... Ensuite, parce que cette data est nécessaire pour pouvoir mesurer et améliorer la qualité, l'efficacité des soins. Et enfin, parce que le cadre réglementaire est assez favorable. Un certain nombre de réglementations nous permettent de bien l'utiliser : RGPD, IA Act, Ségur du numérique en santé, etc.

Un petit mot sur la structure dans laquelle je travaille : nous sommes un réseau de MSP, présentes à peu près partout en France. Nous avons ouvert à Marseille récemment, et nous sommes en train d'ouvrir dans l'Ouest. Il y a une gouvernance coopérative de 70 associés ; plus de 130 professionnels de santé : surtout des médecins généralistes (40), mais aussi des sage-femmes (6), des infirmiers libéraux (2), des infirmiers en pratique avancée (2). Nous avons une pratique de soins primaires, de médecine générale principalement, et aussi une activité gynécologique non négligeable. Nous avons une file active de 60 000 patients, et 27 000 patients médecin-traitant.

une équipe interdisciplinaire

- 30-40 soignants investigateurs
- 18 développeurs informatiques
- 1 équipe support administrative/RH



Petite particularité d'Ipsos santé : nous avons décidé d'avoir une équipe support assez importante. On a notamment mis en place, il y a deux-trois ans, une équipe data, avec un data analyst, un data engineer, un méthodologiste, mais aussi des médecins généralistes pour l'apport de l'expertise médicale. Nous avons vraiment voulu monter une unité de recherche centrée sur la data, pour pouvoir bien exploiter celle-ci et l'utiliser dans notre pratique.

une équipe data

- donnée : analyste, ingénieur, méthodologiste
- gestion de projet : cheffe de projet, ingénieur en organisation, assistante médicale
- expertise médicale



À côté, nous avons une équipe interdisciplinaire : 30 à 40 soignants investigateurs (médecins, sage-femmes) ; 18 développeurs, car nous gérons tous nos systèmes d'information en interne (prise de rendez-vous, logiciel métier) ; et une grosse équipe support administrative/RH, qui nous aide à ce que les professionnels de santé se concentrent sur le soin et non sur l'administratif.

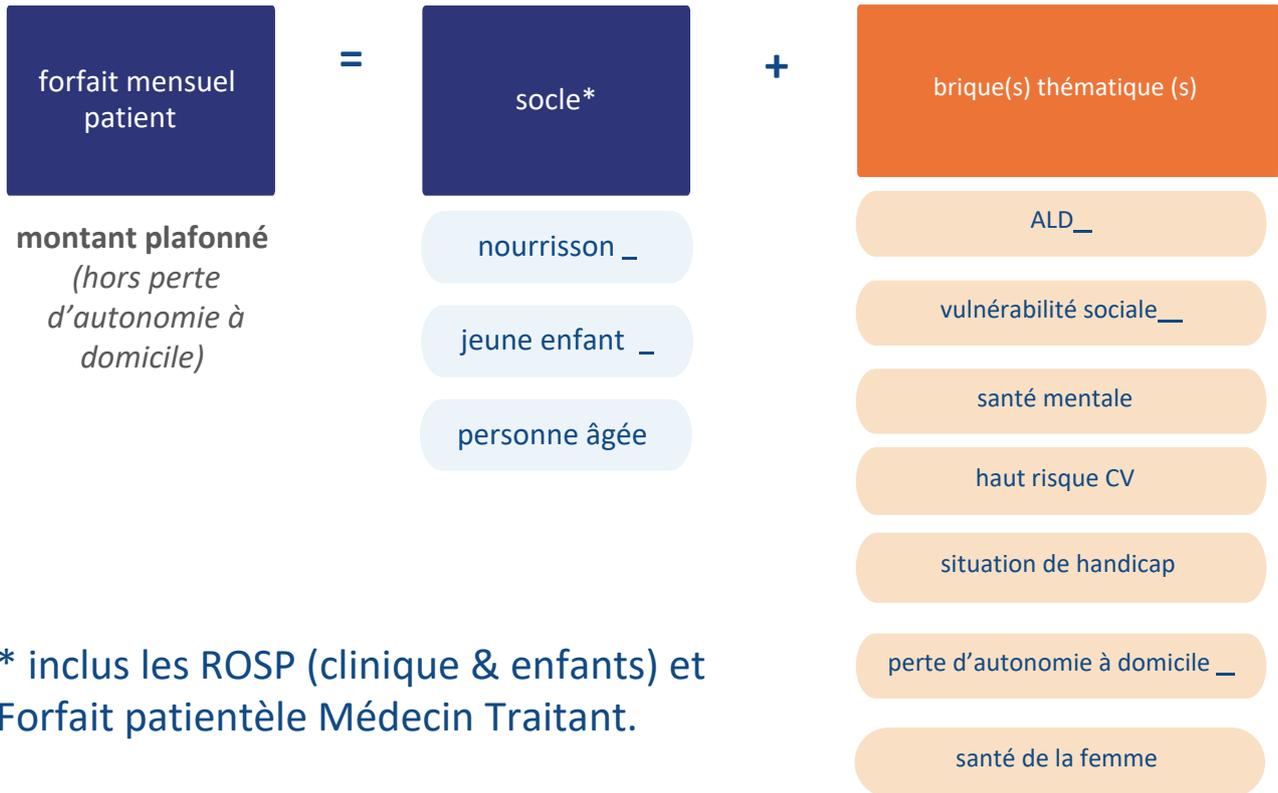
Au sein d'Ipsos santé, nous avons créé un pôle de recherche, évaluation et data science. Nous avons une base de données unique, – avec plus de 120 000 patients et bientôt 1 million de consultations –, qui est structurée et qui a dix ans de recul. Nous avons vingt études cliniques en cours, à différents stades de maturité. Ipsos santé est le responsable de traitement de la moitié d'entre elles. Pour les autres, Ipsos santé travaille avec l'AP-HP ou d'autres partenaires industriels. Environ la moitié des études sont rétrospectives. Et actuellement, il y a quatre études prospectives. Nous sommes en cours d'inclusion de patients dans quatre études en même temps au sein de nos différents cabinets.

Quelques exemples d'usages concrets de la donnée, dans le cadre du soin. Tout d'abord, on peut avoir une approche individuelle. Nous avons ainsi développé, au sein de notre logiciel métier, un module de prévention. Nous avons pris un peu toutes les données, nous les avons plus ou moins structurées dans le dossier médical, puis on a créé une liste d'indicateurs de prévention. Là, on voit que je suis à jour pour l'hypertension artérielle, le poids, mais pas pour le risque cardio-vasculaire. Je peux modifier directement dans mon logiciel, en texte libre. Cela me permet de me focaliser uniquement sur les critères de prévention pour lesquels je ne suis pas à jour, d'améliorer la qualité des soins. Mon logiciel est une aide.

On peut avoir des approches plus populationnelles. J'ai une file active de patients. Nous avons développé des outils qui nous permettent d'avoir une vision globale de ma patientèle. Je vais avoir la capacité de faire des actions, de l'extraire de données notamment. Je peux entrer un certain nombre de critères : le sexe, l'âge, certaines pathologies, pour sélectionner des profils de patients. On s'en est beaucoup servi, notamment avec nos IPA. Dans mon cabinet à Saint-Martin (Paris), l'IPA est là depuis septembre, on lui a dit : « Tu vas te concentrer, par exemple, sur nos patients diabétiques, pour essayer de voir où ils en sont. » On a fait un extract de données de tous nos patients diabétiques, avec la liste. Ainsi, mon IPA a pu aller chercher les patients un par un, pour leur proposer une prise en charge de qualité. On a fait à peu près pareil pour les vaccinations COVID et grippe. Ma collègue a repris tous les dossiers un par un. Elle a appelé les patients, organisé des rendez-vous, pour vraiment faire du « aller-vers », pour améliorer la prévention.

Autre intérêt à maîtriser des données de santé : pouvoir faire de la recherche et avoir des impacts en santé publique. Nous avons ainsi développé un autre module pour faire de la recherche au sein de nos cabinets. Lorsque j'ai des patients éligibles à certaines études, le logiciel, parce qu'il a accès à la donnée, va pouvoir faire un pré-screening et me dire : « Je pense que ton patient fait partie de l'étude DACEP. » On va permettre aux soignants de remplir les critères d'inclusion directement dans le logiciel, soit de manière automatisée si on a déjà cette information structurée, soit de manière non automatisée. Quand le patient est éligible, je lui fais signer directement la notice d'information pour pouvoir l'inclure dans l'étude. Et je l'inclus. Nous avons une très forte capacité d'inclusion.

Article 51 : Médecin Traitant Renforcé



* inclus les ROSP (clinique & enfants) et Forfait patientèle Médecin Traitant.

Cette capacité de gestion des données nous a aussi permis d'être innovants au niveau organisationnel. Nous avons un article 51 qui vient de se terminer, qu'on appelle le « médecin traitant renforcé » (MTR), sur lequel on est globalement payés en forfait. Particularité : celui-ci est variable en fonction du profil de mon patient, de son âge, de sa situation médicale, de sa vulnérabilité sociale, selon s'il est en ALD, s'il a un risque cardiovasculaire, je vais être plus ou moins bien payé. La difficulté est qu'aller chercher ces informations, les remplir manuellement, prend énormément de temps. Nous avons donc voulu automatiser cette tâche au maximum.

De la même manière, on fait un questionnaire PRECAR, donc on envoie au patient un questionnaire de santé, qu'il remplit en ligne. Je récupère l'information de manière structurée. On voit que mon patient est précaire, donc automatiquement, mon forfait est augmenté, ce qui va me donner une rémunération complémentaire. J'ai pas mal de données comme ça : l'ALD, qui est une donnée structurée, le suivi gynécologique qui est plus ou moins structuré. Cette capacité à gérer nos données nous permet d'être très innovants au niveau organisationnel.

J'en profite pour vous donner des résultats, car nous avons récupéré l'analyse finale la semaine dernière. Elle n'est pas encore officiellement publiée. Pour nos patients qui sont dans le cadre du programme médecin traitant renforcé MTR (article 51), avec cette gestion proactive, on a : une augmentation des taux de dépistage (+12 points à peu près, en moyenne) ; des patients beaucoup plus fidèles (3 fois moins de changement de médecin traitant) ; une diminution du coût pour la santé, de 4 à 7 %, notamment parce qu'on diminue quasiment d'un quart les hospitalisations complètes. La donnée nous permet de faire de la recherche, d'être innovants au niveau organisationnel.

NOS RÉSULTATS SUR L'EXPÉRIMENTATION MTR (ARTICLE 51)

amélioration de la prise en charge

- +20% de temps hors consultation pour les médecins, favorisant prévention et coordination.
- 83% des patients déclarent que leur médecin traitant a abordé un sujet de prévention lors de la dernière consultation.
- Taux de dépistage significativement plus élevés chez les patients du programme (+12pts en moyenne sur les trois principaux cancers).
- +13% de croissance de patientèle pour les médecins à temps équivalent.
- Élargissement des parcours de soins jugé utile par la patientèle (nutrition, santé mentale, endométriose...).



adhésion des professions de santé et des patient-es

- 68% des patients trouvent leur médecin plus disponible.
- 3 fois moins de changement de médecin traitant.
- +17 installations de généralistes, dont 14 primo-installations, sur le périmètre du programme.
- Revenus des médecins en hausse de +16% à +33% (avant revalorisation à 30€), en partie dus à un mauvais calibrage de certains forfaits.
- Nouvelle posture des médecins saluée par les évaluateurs : coordination d'une équipe pluriprofessionnelle (IPA, sages-femmes, médiateur-ices...).



un modèle efficient pour le système de santé

- Diminution globale du coût complet de -4% à -7% (grâce à -13% sur les soins spécialisés et -24% sur les hospitalisations complètes)
- Consultations plus nombreuses au démarrage, mais compensées par un gain d'efficience.
- Augmentation des dépenses de biologie (+11%) et de médicaments (+16%) en partie liée à une meilleure prévention (PrEP, IST...).
- Certains forfaits surévalués (santé de la femme ; vulnérabilité sociale) et d'autres sous-évalués (socté ; nourrissons et personnes âgées).



J'en profite pour vous donner des résultats, car nous avons récupéré l'analyse finale la semaine dernière. Elle n'est pas encore officiellement publiée. Pour nos patients qui sont dans le cadre du programme médecin traitant renforcé MTR (article 51), avec cette gestion proactive, on a : une augmentation des taux de dépistage (+12 points à peu près, en moyenne) ; des patients beaucoup plus fidèles (3 fois moins de changement de médecin traitant) ; une diminution du coût pour la santé, de 4 à 7 %, notamment parce qu'on diminue quasiment d'un quart les hospitalisations complètes. La donnée nous permet de faire de la recherche, d'être innovants au niveau organisationnel.

Autre exemple : nous avons été lauréats des tiers-lieux d'expérimentation [consortiums, généralement portés par des structures de santé financées dans le cadre de la stratégie d'accélération "Santé numérique", mettant en place des programmes d'expérimentation de solutions numériques innovantes]. Nous souhaitons vraiment être un acteur central en soins sur l'expérimentation, et avoir une capacité d'inclusion de patients dans les études cliniques. Nous avons été lauréats avec l'équipe Inserm MOODS.

Dans le cadre de cet appel à projet, nous développons : un entrepôt de données de santé, qui nous donne une structure informatique un peu particulière et administrative, pour pouvoir mieux gérer les données de santé ; une plateforme d'inclusion clinique dans les études en soins primaires plus performante. Nous allons aussi récupérer, de manière encore plus proactive qu'actuellement, les données de santé sur la qualité de vie et les expériences de vie des patients (PREMs et PROMs) pour les études cliniques.

Il faut que nous puissions partager les données de soins primaires que nous récoltons avec les autres acteurs du système de soin, qu'il y ait une interopérabilité. Dans cette optique, il y a un interfaçage en cours avec les plateformes de données de santé : le Health Data Hub (publique) et Agoria Santé (privée).

MOODS (INSERM - CESP)

L'équipe MOODS (Dépression, anxiété, psychotraumatismes, suicide et drogues psychoactives : de l'épidémiologie aux stratégies thérapeutiques) fait partie du CESP, un des plus importants acteurs de la recherche épidémiologique en France

On a aussi un interfaçage avec les bases de données : le système national des données de santé (SNDS), pour les données de remboursement des prescriptions ; et P4DP, qui est la plateforme nationale des données de santé pour la médecine générale. Il y a un réel intérêt à s'interfacer avec ces bases pour avoir plus de données et de meilleure qualité.

Comment expliquer notre investissement pour accéder à la donnée, la maîtriser, en avoir une de qualité ? Parce qu'aujourd'hui, s'il existe bien de grosses bases de données (SNDS, CNAM), celles-ci ont des limites. En ce qui concerne le SNDS : ce sont des données de remboursement : il y a très peu de données cliniques, pas de diagnostic de Ville, et donc une vision très partielle du parcours de soin. En outre, y avoir accès est souvent long, complexe. Nous aurons bientôt l'accès, que nous avons demandé il y a de cela deux ans, pour une étude sur la prescription sur le point de démarrer [le projet ipsAdhérence, qui analysera le différentiel entre prescription et délivrance]].

“les données de la CNAM sont en décalage avec la réalité”

Les données de la CNAM, elles, sont en décalage avec la réalité, donc non exploitables. Illustration avec le dépistage organisé du cancer. Fin 2023, la CNAM a envoyé aux médecins généralistes la liste de leurs patients non à jour du dépistage du cancer du côlon et du col de l'utérus. Nous l'avons fait également à titre d'exercice chez Ipso santé : nous avons pris cette liste, regardé les patients un à un... Or il s'avère que 50% n'étaient pas éligibles, ou en tout cas, les données étaient fausses. Il y avait aussi un décalage de deux mois : certains patients figuraient dans la liste, alors qu'ils s'étaient déjà fait dépister. Chez Ipso santé, nous savons quels sont les patients indiqués pour un dépistage. Nous avons une assez bonne gestion de la donnée, et celle-ci est de qualité.

1

Entrepôt de Données de Santé

- ❖ Base de données clinico-biologique issues du soin des patients ipso santé
- ❖ Plateforme technologique
- ❖ Chaînage et études SNDS

2

Plateforme d'inclusion clinique

- ❖ 16 sites d'inclusion (cabinets ipso santé)
- ❖ Pré-screening, inclusion et consentement numériques
- ❖ Promotion des essais, analyses statistiques

3

Données rapportées patients

- ❖ Design/collecte de questionnaires cliniques de qualité de vie (PROMs) et d'expérience (PREMs)
- ❖ Outillage numérique et méthodologique des conditions de collecte

4

Communauté de patients et praticiens

- ❖ Communauté de patients experts pour définir les besoins et éclairer les décisions éthiques
- ❖ Accès à l'expérience praticien

Tiers lieu d'expérimentation en soins primaires
équipe MOODS (Centre d'Epidémiologie et Santé des Populations)



PLATEFORME
DE DONNÉES
DE SANTÉ

BASE DE
DONNÉES DE
SANTÉ



Un petit mot sur les profils de prescription. La CNAM, notamment dans la ROSP, nous dit : « Vous avez x % de patients âgés qui consomment trop de psychotropes. » Sauf que sans avoir de contexte, sans connaissance des patients, sans avoir la possibilité de savoir à qui on a trop prescrit, ces données sont assez inutiles. Il faut avoir la capacité d'identifier ces patients pour aller les chercher dans notre logiciel métier. Idem pour les dynamiques de prescription d'antibiotiques.

En outre, la CNAM nous a dit qu'elle allait nous donner la liste d'antibiotiques, pour nous comparer avec les confrères. Or je suis allé regarder il y a un mois, puis cette semaine, ce n'est pas fonctionnel, donc nous avons aussi une problématique d'accès technique à ces données.

Et également une problématique sur le dépistage, le repérage des pathologies : la CNAM va dire : « Je vais regarder vos patients hypertendus », sauf qu'elle ne sait pas qui ils sont. Elle va, par le biais d'algorithmes, regarder le SNDS les profils de mes patients, mais ces données ne sont pas très fiables. On sait par exemple que ça marche très mal pour la BPCO. Ipso santé est lauréat, avec le Health Data Hub, d'un projet pour P4DP : nous allons travailler sur P4DP, le SNDS et notre logiciel pour développer des algorithmes de détection de pathologies dans les bases de données.

QUALITÉ & STRUCTURATION

OBSTACLES

- **qualité des données** : dossiers hétérogènes et peu structurés. ex : tabac
- **nombreux thésaurus** : pathologie (CIM10, SNOMED-CT, CISP-2), médicament (UCD, ATC), acte (CCAM, NGAP), biologie (NABM, LOINC)...

AMÉLIORATION

- **institutionnelle** : ségur du numérique → interopérabilité et financements logiciels référencés.
- **soignant** : culture "data stewardship" (intendance des données). ex : champs obligatoires, normalisation
- **technologique** :
 - **IA ambiante** (Nabla Copilot, etc) : dictée automatique → note structurée ; vigilance sur biais & qualité
 - structuration automatique de documents (lifen datalab)

Un petit mot rapide sur la qualité, la structuration des données : c'est quelque chose de très important. Nous avons besoin d'avoir des données de qualité, mais c'est parfois difficile. Par exemple, il n'est pas évident de structurer l'évaluation de la consommation de tabac dans les ontologies standard.

Il y a des améliorations, même s'il y a encore de la marge : l'institution rend les choses plus opérables, nous donne un cadre réglementaire ; côté soignants, il y a une culture du data stewardship [intendance des données] ; et enfin, pas mal de technologies arrivent avec l'IA ambiante : Nabla Copilot, Doctolib, tout le monde s'y met pour avoir de la donnée et la structurer de manière automatisée, sans que le médecin ait à remplir son logiciel.

Il y a la question de la souveraineté des données : c'est bien d'avoir de l'intelligence artificielle, mais sa performance dépend de sa base d'entraînement. Il faut qu'elle soit entraînée sur des données de soins primaires, des données françaises (sinon ça n'a aucun intérêt), qu'elle soit aussi de manière prioritaire, hébergée en France...

Pour conclure : les données, aujourd'hui, peuvent nous permettre d'améliorer la qualité des soins, d'améliorer les recherches. Nous avons besoin de croiser les données cliniques locales des soignants des soins primaires avec les données institutionnelles (de la CNAM et du SNDS), parce qu'on a chacun des limites, des avantages. Les professionnels et les institutions jouent un rôle de co-gestion de cette donnée, afin de permettre d'améliorer la prévention, le parcours de soins, la recherche. Il y a pas mal de marges d'amélioration. Il faut garder en tête que les données aussi vont nous permettre d'améliorer la recherche, la santé publique, avec notamment les entrepôts de données de santé, les données qui sont issues des patients. Et qu'il faut soutenir les plateformes souveraines et promouvoir une IA éthique, qui aura vraiment des impacts sur la santé de nos populations, et pas juste une IA un peu gadget permettant de vendre plus de logiciels médicaux.

PERSPECTIVES & MESSAGES CLÉS

SOUVERAINETÉ NUMÉRIQUE

- Performance IA dépend de la base d'entraînement → nécessité de corpus français, soins primaires.
- Priorité : hébergement et calcul en France / UE.



améliorer la qualité
croiser données cliniques locales structurées + institutionnelles (SNDS/CPAM)



améliorer la recherche & santé publique
entrepôt de données santé, PROMs/PREMS, inclusion clinique



professionnels + institutions
cogestion de la donnée pour améliorer prévention, parcours de soin et recherche



soutenir les plateformes souveraines et l'IA éthique

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Alain Beaupin : Les données de la CNAM (SNDS) sont des données de facturation, des sous-produits de gestion administrative. Vous, après avoir observé ces données à la qualité très modeste, vous vous êtes dit : « Il nous faut nos propres données médicales. » C'est aussi un enjeu pour les centres de santé, qui négocient leur accord national. Pourraient-ils faire le même travail ? Combien cela coûterait ? Quel est serait le modèle économique ?

Nicolas de Chanaud : Est-ce que ça coûte cher ? Notre conviction, ancienne, est qu'il faut qu'on maîtrise la donnée. Je donne un exemple : au début d'Ipsos, quand nous avons ouvert nos cabinets, nous avons discuté avec Doctolib pour utiliser leur système de réservation. Doctolib nous a répondu : « D'accord, à condition que vous nous donniez accès à toutes les données de vos patients. » Pour nous, c'était une ligne rouge, on voulait garder la maîtrise de la donnée, car on y croit beaucoup. Il faut pouvoir la garder, savoir la maîtriser et la protéger. Nous sommes donc allés chez un concurrent.

Comment gère-t-on de la donnée de qualité ? Ce n'est pas évident, parce qu'il faut avoir des outils très friendly pour les utilisateurs, il faut qu'ils soient assez invisibles pour les soignants. Cela suppose un travail d'informatique, d'UX design, très poussé. Nous avons ainsi fait le choix d'avoir une équipe de développeurs, pour avoir un logiciel métier extrêmement performant, qui nous permette de récolter de la donnée de qualité. De fait, l'investissement a été important. Notre logique est la suivante : si vous faites cet investissement sur 1, 2, 3 cabinets, vous ne pourrez jamais survivre. Il faut ouvrir 10, 15, 20 cabinets, pour avoir une masse assez critique, et avoir cette donnée de qualité. Nous avons fait un choix stratégique de gestion de la donnée, et par là, aussi un choix financier. Aujourd'hui, nous pensons avoir fait le bon choix. Parce que, nous n'en avons pas encore parlé, nous sommes en train de développer des outils d'intelligence artificielle au sein de nos logiciels. Et, étant donné que nous avons la maîtrise de la donnée, nous pouvons les entraîner sur nos propres données. Nous avons deux projets : nous sommes en train d'évaluer des dispositifs d'intelligence artificielle sur la dépression, avec une montre connectée, et sur la spirométrie.

Et comme nous avons cette capacité de gestion des données, nous avons aussi la capacité de faire de la recherche et d'être des terrains d'expérimentation pour les industriels, pour les départements de médecine générale, pour un certain nombre d'acteurs de la recherche en soins primaires.

Myriam Lewkowicz, professeure d'informatique : Je trouve que c'est un modèle vraiment très intéressant. J'ai deux questions. La première : il y a un label pour les logiciels des maisons de santé.

Il y a, aux dernières nouvelles, seize logiciels labellisés. Je ne vais pas vous dire tout le mal que j'en pense, mais, visiblement vous avez choisi de ne pas prendre un de ces logiciels labellisés. J'aurais voulu avoir l'historique. Beaucoup de maisons de santé choisissent ces logiciels car elles sont supportées financièrement pour les acheter. Vous, vous avez préféré ne pas avoir cet argent pour vous soutenir.

Ma deuxième question est sur l'aspect coopératif, qu'en est-il ? Parce que, si les exemples présentés étaient très intéressants, je n'y ai pas vu de coopération entre médecins, infirmières... sauf quand vous avez évoqué l'extraction de données pour l'IPA, mais là, c'était pour moi assez révélateur, vous avez dit : « Mon infirmière de pratique avancée. » Ce n'est pas du tout une critique, mais ça m'intéresse. C'est mon domaine d'expertise. Or l'un des points aveugles des logiciels labellisés est justement ce partage et cette coopération.



Nicolas de Chnaud : Nous venons de fêter les dix ans d'Ipsos santé. Le logiciel avait été développé deux ans avant. À l'époque, en 2013, 2015, nous avons estimé qu'il n'y avait pas de logiciels métier de qualité. Ce qui a changé aujourd'hui. Maintenant, nous avons quand même de bons logiciels. De même, si, à l'époque, nous étions très avant-gardistes, nous le sommes moins aujourd'hui, si l'on se compare à d'autres logiciels métiers. Ça n'existait pas, donc nous avons fait le choix d'investir pour développer le nôtre, car nous avons estimé l'outil indispensable pour délivrer des soins de qualité. Et c'est extrêmement coûteux. Une précision : on ne vend pas notre logiciel. Nous n'avons pas tous les agréments de maisons de santé, car aujourd'hui, nous n'avons pas fait ce choix. Vendre un logiciel, c'est un autre métier encore, qui oblige à faire des choix un peu particuliers. Je connais assez bien Doctolib : les choix ne sont pas forcément guidés par l'utilité, mais par la question : est-ce un bon argument marketing ?

La deuxième, je ne sais pas si je vais pouvoir bien répondre : comment travaille-t-on en équipe de soins primaires sur un logiciel métier ? Aujourd'hui, nous partageons le logiciel entre les médecins associés. Nous avons des remplaçants, moi j'ai des internes. Il y a des infirmiers, des infirmiers de pratique avancée, des sages-femmes aussi. L'information est partagée et chacun utilise ce dont il a besoin. On a une partie suivi gynécologique un peu poussée, sur laquelle vont beaucoup se concentrer les sages-femmes. Concernant les indicateurs de prévention, mon IPA me disait que, quand elle voit les patients pour la nutrition, la spirométrie, ou d'autres choses, elle jette un coup d'oeil : « Vous deviez aller voir le dentiste cette année, vous ne l'avez pas fait », « le Dr de Chnaud a dit que vous deviez le faire, où en êtes-vous ? ». Elle me permet donc de faire des petites piqûres de rappel sur la prévention, sur des thématiques qu'elle connaît dans sa zone de compétences.

Une participante : Vous avez répondu à une de mes questions : pourquoi ne vendez-vous pas votre logiciel qui donne très envie, surtout sur la partie prévention ? Et aussi sur le fait que les autres professionnels remplissent vos parties prévention, donc l'IPA peut remplir, etc. Je me posais la question, notamment pour le dépistage du côlon. Je suis dans le 95, et on ne reçoit plus aucun résultat (ni positif, ni négatif). Nos stats, de fait, sont catastrophiques. Comment organisez-vous tout ça ? Les infirmières vont chercher les patients pour leur demander les résultats ?

Nicolas de Chanaud : On ne vend pas notre logiciel, mais, pour être tout à fait transparent, nous avons rencontré plusieurs fois la Fédération nationale des centres de santé ces deux dernières années, et on aurait aimé pouvoir faire bénéficier les centres de santé de notre logiciel. Mais aujourd'hui, devenir vendeur de logiciel demande énormément de développement. Et puis les centres de santé ne sont pas prêts à faire ce pas. Nous trouvons cela un peu malheureux. Mais à date, je pense que c'est plus une problématique administrative. Comme je l'ai dit à la Fédération : si vous trouvez une équipe de centre de santé motivée, nous on est prêts à faire des choses. Mais on a besoin que la motivation vienne des centres de santé.

Deuxième point : le dépistage. De manière pragmatique, sur le dépistage du cancer du côlon, ce n'est pas mon IPA qui gère ça. On travaille plus avec nos assistants médicaux. Et donc, quand on est en manque de données, on utilise un petit outil qui va donner une mission à un assistant en lui disant : « tu dois récupérer tel examen, je pense que c'est là que tu dois aller le récupérer ».

Michel Limousin, médecin au centre municipal de santé de Malakoff : Deux questions simples : Qui paye quoi, combien ? Avez-vous dû créer une structure économique, pour gérer tout ça ?

Nicolas de Chanaud : Sur comment on finance : nous avons une SAS, donc une société, autour. Et après, on a des SELAS. Et, en plus, comme les infirmiers et sages-femmes ne peuvent pas être dans les Selas, on a un GU. Donc c'est un peu complexe en termes administratifs. Nous sommes issus de l'économie sociale et solidaire, donc nous essayons de pousser fortement le côté social, sociétal. Combien ça coûte ? Difficile à dire, comme on ne vend pas notre logiciel... Tous les professionnels de santé installés sont associés, et à la SAS, et à la Selas, et donc nous reversons une partie de notre chiffre d'affaires pour payer les frais du cabinet et pour payer le logiciel. Il n'y a pas de coût : je ne paie pas mon logiciel x euros par mois, je reverse un pourcentage de mon chiffre d'affaires.

Jacques Lucas : Je voudrais remercier Nicolas de Chanaud, que je connais de longue date, puisqu'à l'époque, l'Ordre des médecins regardait Ipso Santé en disant : « Mais qu'est-ce donc que ces révolutionnaires dans la pratique médicale ? » Donc il y a eu des périodes difficiles, notamment sur l'aspect organisationnel. L'État, lui-même, nous disait : « Mais enfin, qu'est ce que c'est ? Ils ne font rien comme nous voudrions qu'ils fassent ».

Et puis l'État s'est résigné, parce qu'Ipso a bien fonctionné et a apporté, y compris aux organismes de l'État, à la délégation au numérique en santé, à l'Agence du numérique en santé, un regard que je vais qualifier de militant. Par conséquent, il faut continuer. C'est maintenant un fleuron, et je le dis très sincèrement, je n'ai aucun lien d'intérêt. Il faudrait que la Fédération des centres de santé puisse s'en inspirer. Une porte est ouverte.

Le deuxième élément de mon intervention porte sur les données de santé. Le patient sait que, quand il va voir un médecin, il va devoir débiller sa vie. Il y a une appréhension importante : que vont faire les assurances complémentaires ? On dit que l'Assurance maladie n'a pas accès aux données, en dehors des données médico-administratives. Seulement, actuellement, la parole publique est discréditée. Il y a des doutes sur l'usage financier et économique des data. Doctolib a, en particulier, eu à se défendre à plusieurs reprises en disant : « Si on utilise les data, elles sont anonymisées. » Ou pseudonymisées. Il faudra que, quelque part, le patient soit informé de cet usage secondaire des données de santé à des fins de recherche. La communication publique à ce sujet, malgré l'apport de France Assos, les représentants des usagers, n'est pas suffisante. Ça reste flou. D'autant que l'on a dit : il va y avoir des bases de données de santé européennes, ce qui n'a pas apporté principalement de la confiance.

“l'assurance maladie elle-même n'a pas accès aux dossiers médicaux tenus par les professionnels”

Il n'y aura pas d'utilisation secondaire fiable et importante des données de santé, s'il n'y a pas une démarche de communication active vis-à-vis des patients, vis-à-vis des citoyens. Votre comportement, à cet égard, est extrêmement important : il s'agit de faire comprendre que le patient en soi n'intéresse pas la recherche. Le secret qui couvre les données de santé reste préservé. Alors on dira : « Oui, mais on peut toujours, on va pouvoir, etc. » La réponse est non. L'assurance maladie elle-même n'a pas accès aux dossiers médicaux tenus par les professionnels.

C'est un élément important à communiquer.

LE PROJET EPIDAURE-INTERSOP

Un projet de recherche selon 4 axes

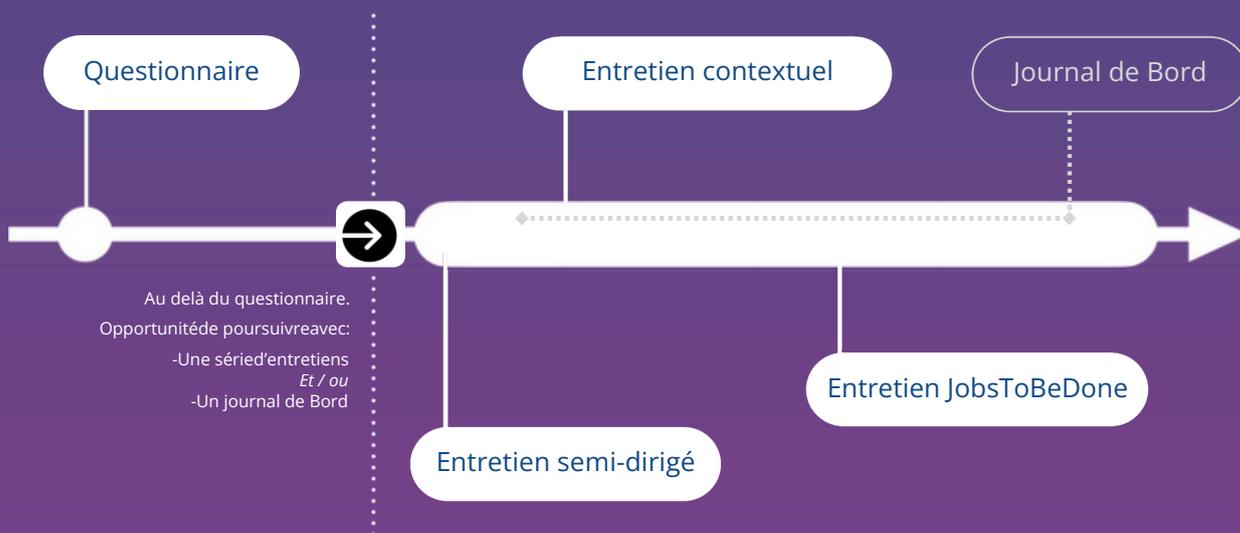
Axe 1. Qualifier les situations de soins courantes et caractériser la coordination qui les accompagne

Axe 2. Mesurer l'effet de la diversité des outils mobilisés au sein des équipes soignantes et administratives

Axe 3. Cerner les limites d'une coordination numérique efficace en soins primaires

Axe 4. Valoriser les contributions à la coordination et favoriser une répartition plus fluide

La méthode : une enquête auprès des centres de santé, des éditeurs et du régulateur.



L'ambition

- Soutenir la coopération au sein des centres, d'une part en définissant les principes d'une organisation efficace adaptée aux spécificités individuelles et d'autre part en posant les fondements d'un système d'information optimisé.
- Accompagner techniquement et organisationnellement la transition numérique des centres de santé et de leurs professionnels.

5 PRATIQUES CLINIQUES COOPÉRATIVES ET APPROCHES POPULATIONNELLES EN CENTRES DE SANTÉ. LANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE INTERSOP.

JONATHAN GROFF, CHERCHEUR EN PSYCHOLOGIE ET ERGONOMIE COGNITIVE - IJFR - UNIVERSITÉ DE TECHNOLOGIE DE TROYES (UTT).



Je vais vous présenter un projet qui s'inscrit directement dans la suite de ce qui vient d'être abordé. Nous évoquons la donnée. Nous, on s'intéresse à ce qui se passe entre la collecte de la donnée, soit tout ce qui est inhérent à la contextualisation de cette donnée. Puisqu'effectivement, fournir un logiciel à un praticien, c'est une chose, s'assurer qu'il complète les champs qui sont présents dans ce logiciel, c'est-à-dire qu'il rentre la donnée patient et qu'il le fasse avec assiduité, c'en est une autre. C'est ce dont on va parler aujourd'hui.

Avant de commencer, je vais me présenter. Je suis chercheur en psychologie cognitive et en ergonomie cognitive. Je suis spécialisé dans le traitement cognitif de l'information multimédia. Ça, c'est pour la partie psychologie. Je m'intéresse également aux processus socio-techniques en contexte de coopération et de coordination, soit tout ce qui a trait à l'analyse des interactions et à leur évolution dans ces situations de coopération et de coordination. Ça, c'est plutôt pour la partie ergonomie. J'ai évolué à la fois dans le domaine public et le domaine privé, et notamment dans une société qui produisait des logiciels de transformation de données.

J'ai intégré l'IJFR il y a un mois, dans le cadre d'Intersop. Intersop, c'est d'abord un projet de recherche à visée applicative. Un projet qui s'inscrit dans le prolongement de plusieurs études récentes, menées notamment sous la direction de Myriam Lewkowicz. Travaux qui montrent l'importance, dans le domaine médical, de la coordination. Et qui prouvent à quel point elle est centrale pour assurer la qualité du parcours de soin. Ces études révèlent la centralité de la coordination, et, en même temps, suggèrent qu'elle peut être chronophage, et parfois inégalement répartie entre les membres de certaines équipes (Plégat, 2023 ; Berthou, 2021).

Par coordination, j'entends aussi bien des réunions collectives que le partage de données patients, ou la conduite éventuellement de missions de santé publique.

Et, plus généralement, tout ce qui participe à la communication d'informations relatives au parcours de soin : à la fois des informations précisant les traitements prescrits, le suivi de ces traitements, les praticiens consultés, le compte-rendu de consultation. En somme : qui fait quoi, quand et comment ?

La littérature suggère donc que, dans les maisons de santé tout du moins, les tâches de coordination incombent régulièrement, mais pas exclusivement, à des profils particuliers de type secrétaires, infirmiers, avec parfois une visibilité relativement faible. Par ailleurs, lorsque ce sont des professionnels du monde médical qui la prennent en charge, tous profils confondus, elle peut être relativement lourde et se faire au détriment d'autres tâches, notamment par exemple des rendez-vous avec des patients, ou l'analyse de données pour du diagnostic.

C'est bien là que les outils, les artefacts, peuvent être un appui à l'activité de coordination. Notamment les logiciels, les systèmes numériques, puisque, lorsqu'elle est structurée autour d'outils appropriés qui forment un ensemble cohérent, harmonisé, dans lequel le numérique est incorporé de manière pertinente, alors la coordination peut améliorer l'orientation de la prise en charge des patients. Comprendre ici la qualité et la continuité des soins (Bénard, Lewkowicz et Zacklad, 2006).

Elle peut également, en respectant les conditions que je viens d'évoquer, valoriser la masse d'informations concernant ces derniers (Marref, Abou Amsha et Lewkowicz, 2022). Mais aussi réduire les hospitalisations évitables (Suter & al., 2009), donc le coût pour la collectivité nationale. Et enfin diminuer les éléments indésirables. Je pense notamment aux risques d'erreurs de médication ou éventuellement d'infections nosocomiales (Havens et al., 2010).

“ accompagner la transition numérique des structures d'exercice collectif ”

L'objectif du projet Intersop est de proposer des solutions pour améliorer les systèmes d'information, afin d'accompagner la transition numérique des structures d'exercice collectif. Mais aussi de faire évoluer un certain nombre de procédures des dossiers de santé patients, tout en soutenant l'évolution des pratiques des professionnels soignants. En d'autres termes, Intersop va étudier ces situations de collaboration, dans le but d'optimiser la coopération entre professionnels au sein des centres de santé. Le projet a vocation à analyser l'impact du numérique dans le fonctionnement de ces centres et son apport au quotidien. Avec deux finalités sous-jacentes : d'une part, améliorer la pertinence des soins délivrés. J'ouvre une parenthèse par rapport à cette expression pour qu'il n'y ait pas de méprise sur ce terme : les soins qui sont fournis sont bien évidemment pertinents et de qualité. Lorsqu'on écrit « améliorer la pertinence des soins délivrés », il est question d'optimiser l'utilisation du numérique, afin qu'il devienne un appui ou qu'il soit encore davantage un appui efficace à la coordination. Et ce sans pour autant que les utilisateurs en deviennent dépendants en cas de changement de programme, en cas de mise à jour, en cas de bug. Seconde intention : soutenir la recherche en soins primaires.

Autrement dit : mieux comprendre ce qui supporte, mais aussi ce qui peut aussi constituer un obstacle au bon exercice des soins en centres de santé.

Pour atteindre ces objectifs, le projet sera structuré en trois temps. Nous commencerons par identifier, qualifier, les situations de soins primaires les plus courantes, tout en évaluant la qualité et les lacunes de leur documentation en centres de santé. La documentation joue un rôle essentiel, qu'elle soit numérique ou pas. Nous tenterons de définir des cas typiques, ce qu'on appelle des vignettes illustratives, en somme un ou des parcours utilisateurs. Cela dans le but de soutenir la recherche en soins primaires. Première étape.

“un système d'information optimisé, pour améliorer la pertinence des soins”

Deuxième phase : En combinant ces vignettes et les analyses de la littérature scientifique, nous allons chercher à définir les principes d'une organisation efficace adaptée aux spécificités individuelles de chaque partie prenante dans les centres de santé, c'est-à-dire aussi bien les médecins, les infirmières, les secrétaires, etc. D'autre part, on tentera de poser les fondements d'un système d'information optimisé. C'est ce qui contribuera à améliorer la pertinence des soins délivrés. Autre action : on va tenter de produire des indicateurs permettant de valoriser le modèle de prise en charge en centre de santé, pour montrer notamment qu'à travers un suivi assidu des patients, un parcours de soins encadré, ces établissements contribuent à mieux orienter, et donc à gagner du temps, à désengorger les hôpitaux. Et en ce sens, la liste n'est pas exhaustive, ils sont bénéfiques à la collectivité nationale. Notamment financièrement, si on les envisage non pas de manière isolée, mais d'un point de vue systémique, en englobant l'ensemble des dépenses de santé et dépenses sociales en général.

Dernier point : nous allons aller au-delà de cette évaluation. Nous ne nous contenterons pas de dresser une liste de recommandations et un cahier des charges à qui veut bien les lire, mais nous allons accompagner leur mise en œuvre.

Mon intervention aujourd'hui va se focaliser essentiellement sur la première partie, qui sera articulée autour de 4 axes, qui vont nous permettre d'évaluer les contextes de soins primaires, le rôle du numérique, et les dynamiques de coordination.

Premier axe : qualifier les situations de soins les plus courantes et caractériser la coordination qui les accompagne. Cela signifie comprendre le contexte dans lequel les personnels de centres de santé pratiquent leur activité, c'est-à-dire les interactions auxquelles ils prennent part, leur rôle dans ces interactions, leur rapport également aux artefacts – qu'ils soient numériques ou non –, et l'évolution de ces interactions et de ces rôles. C'est ce qu'on appelle en psycho, en psycho-sociologie, le cadre socio-technique. Une fois ce cadre posé, nous chercherons à identifier les situations les plus fréquentes et à qualifier surtout les modalités de coordination qui y sont associées. Pourquoi ? Parce que, en l'état, les travaux de recherche, qui sont pour partie à l'origine de ce projet, sont extrêmement riches, complémentaires, mais ils ne concernent pas nécessairement les centres de santé. Et pour certains, notamment à l'étranger, ils sont très descriptifs. Ici, nous nous proposons de tester et de confirmer une partie de leurs conclusions dans les centres de santé. Et d'aller plus loin en proposant de modéliser ces interactions et d'analyser leur impact sur le parcours de soins. Pour atteindre ce but, nous allons tenter de repérer les lacunes dans la transmission de la documentation, les points forts, leurs effets concrets sur la continuité des soins. In fine, cela nous permettra de comprendre fidèlement les pratiques effectives de coordination et donc leur incidence sur la qualité des soins. Donc ça, c'est pour le premier axe. C'est sans doute le plus important, puisque c'est la structure de base, la structure fondatrice de notre projet. La qualification du contexte de notre intervention est le socle à partir duquel on va ensuite s'intéresser à d'autres sujets et notamment au numérique.

“ simplifier les outils ”

Un second axe focalisé sur la diversité des outils mobilisés au sein des équipes soignantes et administratives. À ce sujet, on a une littérature, en psychologie, en psychologie cognitive notamment, qui montre que, dans le domaine médical mais pas uniquement, la multiplication des outils peut être problématique, qu'elle soit physique ou numérique, c'est-à-dire qu'elle peut générer confusions, redondances ou encore chevauchements. Ce que nous proposons, c'est de définir les conditions dans lesquelles ces perturbations peuvent naître, et les moyens de les circonscrire. Fournir un outil, c'est une chose, savoir exactement comment l'intégrer dans le parcours d'usage de l'utilisateur cible ou des populations cibles, c'en est une autre. L'intention ici, est de déterminer l'effet des outils sur l'activité des professionnels de santé et du personnel médico-administratif. Nous allons mesurer notamment, mais pas seulement, l'incidence du nombre, du type d'outils sur la qualité des échanges, sur la quantité des échanges, sur leur efficacité perçue, et bien évidemment les conséquences sur la qualité des soins prodigués. Cela étant mis en avant, nous pourrons ensuite proposer des leviers de simplification, de convergence, en s'appuyant bien évidemment sur des pratiques de terrain. En clair, mieux outiller, mais sans pour autant alourdir.

Le troisième axe concernera la charge associée à l'activité de coordination. Je l'évoquais en introduction, la coordination, c'est du temps en moins passé à traiter des patients ou des données relatives à ces patients. Si, à ce temps de coordination, qu'il soit oral ou géré à travers des outils physiques comme des cahiers, vous ajoutez des outils numériques, alors vous introduisez potentiellement une nouvelle charge. Puisque l'ajout d'un outil informatique, c'est tout aussi bien transposer une tâche existante dans un format digital que potentiellement intégrer une nouvelle tâche. À travers ce troisième axe, nous nous proposons de délimiter le seuil à partir duquel les activités de coordination, soutenues par le numérique, génèrent une surcharge organisationnelle pour les équipes de soins. In fine, cet axe servira à distinguer les conditions d'un usage efficace du numérique en termes d'investissement et de profondeur d'engagement, d'engagement des ressources cognitives notamment. Parce que focaliser son attention sur un outil pour apprendre, pour le comprendre, pour résoudre un problème, c'est affecter des ressources à cette tâche au détriment d'une autre, comme un rendez-vous. C'est du temps, mais aussi des ressources de concentration, de focalisation. Finalement, différencier les contextes dans lesquels la coordination, appuyée par le numérique, optimise les parcours de soins, de ceux où elle devient une source de surcharge. Et cela étant, ça nous permettra de proposer des repères pour contenir les effets négatifs, sans pour autant altérer les bénéfiques.

“ valoriser les investissements dans la coordination ”

Enfin dernier axe, centré autour des ressources dédiées à la coordination et à la valorisation des investissements, de cet investissement vis-à-vis de la coopération, de la coordination. Il me semble que la répartition aujourd'hui des tâches de coordination soit parfois le fait de certains profils plutôt que d'autres, ce qui peut avoir un impact sur les dynamiques d'équipe. Ce qu'on propose ici d'étudier, ce sont les écarts d'implication dans les pratiques de coordination, selon les profils, selon les rôles, ou selon les contextes organisationnels. Ces écarts existent-ils dans les centres de santé ? Si oui, sous quelle forme ? Est-ce qu'il y a réellement un besoin de valorisation et dans quel type de structure ? In fine, si nos hypothèses sont confirmées, le but, c'est de proposer des leviers d'équilibrage (organisationnels, fonctionnels) et donc de restreindre les potentielles asymétries d'engagement dans la pratique de coordination, tout en favorisant la reconnaissance de ces tâches lorsqu'elles sont jugées imperceptibles.

Pour faire cela, pour mettre en œuvre ces quatre axes, on va s'adresser à une population particulière : des personnels de santé, médecins, infirmières ; du personnel médico-administratif (secrétaires notamment). Une précision : les patients ne sont pas concernés par l'étude. Autre information quant à la méthodologie : cette étude est incrémentale, dans le sens où les participants peuvent choisir de poursuivre ou de se retirer du protocole à différents moments de la collecte de données. Ils ne sont pas contraints, une fois engagés dans une session, par exemple, s'ils acceptent de participer à une enquête via questionnaire, de continuer avec un entretien. Évidemment, c'est mieux, nous on sera très heureux qu'ils poursuivent, mais s'ils souhaitent se retirer, ils peuvent le faire et les réponses qu'ils nous donneront seront complètement anonymisées.

Donc ça débute par un questionnaire et puis ça peut se poursuivre par un entretien semi-dirigé, un entretien contextuel, ou un entretien "jobs to be done" - une méthodologie issue du monde de l'entreprise, qui s'intéresse à l'objectif d'un utilisateur, indépendamment de l'outil : qu'attend-il d'une tâche en termes de but à atteindre ? Et comment l'outil peut y contribuer ou au contraire parfois le freiner ? Dernière chose : on leur proposera également un journal de bord, quelques questions qu'ils pourront remplir à intervalle régulier toutes les semaines, encore une fois non obligatoire.

“ le projet INTERSOP débute par une série d'enquêtes auprès des centres de santé ”

Maintenant, que va-t-il se passer ? Il y aura une série d'enquêtes, dans le format que je viens d'évoquer, auprès des centres de santé. À l'heure actuelle, une dizaine ont répondu présent, avec au total au moins 200 participants potentiels. J'insiste sur « potentiels » : il n'est pas sûr que tous acceptent de prendre part à notre étude. En tout cas, c'est une cible, et c'est un bon début. Dans le même temps, des rencontres avec les éditeurs, à la fois pour tenter de compléter les données que nous allons collecter, avec des données d'usages anonymisées – ce que font les utilisateurs, les praticiens notamment, lorsqu'ils interagissent avec le système informatique. Et ensuite envisager, avec l'un d'eux, un éventuel partenariat durant la phase finale. Et ce, pour mettre en œuvre le cahier des charges que j'évoquais tout à l'heure, c'est-à-dire pour proposer un système d'information à la fois efficace, centré « utilisateur » – c'est extrêmement important –, destiné à ces établissements de santé.

Un système qui soit également souverain et connecté aux plateformes officielles publiques. En parallèle, on procédera à l'analyse des données recueillies, pour élaborer les vignettes, c'est-à-dire, en somme, des sortes de parcours utilisateurs. Je vulgarise. Bien évidemment, ces vignettes ne seront pas créées de manière isolée. Elles feront l'objet d'une concertation et d'une validation avec les professionnels de santé – on parlait de l'approche centrée utilisateur, on s'y inscrit complètement – pour les comparer avec des pratiques réelles, ce qu'ils vivent au quotidien.

Ces vignettes, ces cas typiques, ces cas d'usages, vont nous servir à identifier ce qui est optimal aujourd'hui et ce qui pourrait être amélioré. Pourquoi on s'intéresse à ça ? Pourquoi on pose sur le papier ces parcours ? Tout simplement pour ensuite établir ce qu'on appelle des parcours cibles, c'est-à-dire ce vers quoi il faut tendre pour répondre aux besoins des professionnels de santé. Puis on s'attellera, bien évidemment, à la création de maquettes. Avant d'engager le développement d'une preuve de concept, toujours en collaboration avec ces parties prenantes.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Alain Beaupin : Il y a déjà des contacts avec des centres de santé, c'est un travail qui débute et qui devrait donner envie de participer. Si Jonathan Groff ou Paviel Schertzer [chef de projets données de santé – IJFR] vous sollicite, n'hésitez pas.

Jonathan Groff : Le projet vient juste de démarrer. J'ai rejoint l'IJFR il y a un peu plus d'un mois. Ce qu'on peut noter à ce stade, c'est potentiellement un besoin d'intégration, un besoin d'harmonisation entre les outils, quelle que soit leur forme, qu'ils soient numériques ou non. Parfois même, au sein même de certains outils numériques, on a un peu l'impression que la notion de « design system » leur est un peu inconnue. Le « design system », c'est l'harmonisation de la navigation et des icônes au sein d'un logiciel.

*“ accès aux données :
limiter les erreurs et les pertes d'information ”*

Donc effectivement, la donnée patient existe. Aujourd'hui, elle est relativement riche, en qualité et en nombre. Mais ce qui semble perfectible, c'est effectivement l'accès à cette donnée. Tout simplement parce qu'elle est répartie entre plusieurs environnements. Et chaque environnement, potentiellement, est une expérience utilisateur. C'est-à-dire que vous allez avoir une expérience pour un logiciel pro, vous allez avoir une expérience pour un logiciel de gestion de rendez-vous. Vous allez avoir une expérience également pour des outils qui vont être fournis par l'administration publique. Et donc c'est un langage à apprendre pour chaque logiciel. Et donc une traduction à opérer d'un logiciel à un autre. Et plus il y a de ruptures dans ce parcours – du point de vue d'utilisateur, j'entends –, plus ça va nécessiter une flexibilité mentale forte. Donc plus le risque de perte d'information va être important, et potentiellement d'erreurs également.

Le deuxième point, c'est la contextualisation. Un rapport, aussi exhaustif soit-il, est généralement rédigé d'un point de vue d'un médecin, d'un expert, avec les informations patient dont il dispose à un instant T, dont certaines qu'il a analysées avec plus ou moins de profondeur. C'est très intéressant d'un point de vue cognitif : le praticien met en œuvre un raisonnement qui découle de ses acquis, dont certains sont connus de ses confrères, bien évidemment, mais aussi de son expérience de la médecine et du patient, ça c'est un peu moins connu. Et de l'état du patient au moment où il l'ausculte. Donc si vous prenez un autre praticien quelques jours plus tard, les éléments que je viens de citer lui sont complètement étrangers. Que ce soit l'expérience de son confrère vis-à-vis de la médecine, et tout ce qui l'a influencé dans son jugement et dans le rapport qu'il a transmis à ce praticien. Tout comme l'état du patient qui peut évoluer. Donc il y a un vrai besoin de coordination, de complémentarisation d'informations, les centres de santé le fournissent.

6 TABLE RONDE DU SÉMINAIRE EPIDAURE : IA ET NUMÉRIQUE EN CENTRE DE SANTÉ

INTERVENTIONS LIMINAIRES :

Alain Beupin : Nous avons convenu d'une intervention liminaire de chacun, avant d'enchaîner sur les discussions entre vous et avec la salle. Il s'agit de donner le positionnement de vos institutions respectives sur le numérique, et plus particulièrement sur le sujet de l'IA, que nous avons un peu contourné ce matin, en partageant le constat que finalement l'IA n'est qu'un outil.

Myriam Lewkowicz, professeure d'informatique, LIST3N - Université de technologie de Troyes : Je suis professeure d'informatique au sein du laboratoire « informatique et société numérique » (LIST3N), dont je suis la directrice adjointe. Nous ne regardons pas l'informatique en tant que tel, mais l'informatique au service des pratiques de travail. Dans cette optique, nous avons constitué une équipe pluridisciplinaire. Vous avez entendu Jonathan Groff, qui est psychologue. Mais nous travaillons également avec des sociologues, des chercheurs en sciences de gestion. C'est très important pour arriver à proposer du numérique utile, approprié, appropriable par l'ensemble des utilisateurs. Il est important de travailler ensemble dans la même équipe, et non de faire appel à des personnes extérieures. En travaillant ensemble, nous nous sommes acculturés les uns les autres.

Je travaille depuis une vingtaine d'années sur le lien entre numérique et collectif de santé. J'ai pu observer, – moi directement, ou des doctorants ou des post-doctorants avec qui j'ai eu la chance de travailler –, différents types de collectifs : en hospitalisation à domicile, le lien ville-hôpital, des libéraux qui étaient organisés en association, des libéraux dans les maisons de santé, puis des réseaux de soins, des réseaux de santé. J'ai vu vraiment énormément de collectifs, qui utilisaient plus ou moins le numérique, avec plus ou moins de chance et de satisfaction. C'est grâce à cette expertise qu'Alain m'a proposé de travailler avec l'IJFR, en tant que conseillère scientifique, en quelque sorte.

Je voudrais me focaliser sur l'un des cas les plus récents qu'on a observé. Le « on » inclut Manon Plégat, qui, dans sa thèse de sociologie – j'ai eu la chance de la co-diriger car elle traite aussi de numérique –, s'est intéressée aux logiciels utilisés dans les maisons de santé. Elle a fait un tour de France des maisons de santé et de leurs logiciels. Elle en a parlé lors du précédent séminaire, l'an dernier.

Ici, je vais me focaliser sur un point qui me semble essentiel : l'échec de la labellisation des systèmes d'information pour les maisons de santé, et donc pour les centres de santé, qu'elle a constaté sur le terrain. Nous avons co-publié récemment un article^[1] à ce sujet.

Notre analyse est que cet échec est dû à l'existence d'un écart non seulement entre les pratiques de travail collectives et le logiciel - qu'elle a vues en maisons de santé et qu'on peut voir aussi en centres de santé, même si c'est différent -. Mais aussi un écart avec les politiques publiques, la politique publique en particulier qui a donné lieu au label. La volonté exprimée dans la politique publique était qu'il y ait une prise en charge collective, une pratique coopérative de la prise en charge, et donc qu'il n'y ait plus uniquement le médecin généraliste, traitant, au centre. Le ministère avançait une idée qui m'a fascinée - c'est pour cette raison que j'ai lancé une thèse sur le sujet - : grâce à un logiciel, un système d'information, on va pouvoir accompagner un changement dans la santé. Le logiciel va être un levier pour une pratique coopérative. Je me suis dit : nous allons enfin voir une informatique au service de cette transformation pour le bien du citoyen, etc. C'est un échec. En termes scientifiques, nous appelons cela le policy knot, le nœud politique. C'est ce nœud entre une politique publique, un logiciel (ou des logiciels), et une pratique de prise en charge. Nous avons observé que ce nœud était complètement cassé, défait. La faute à personne.

“ les pratiques ont changé malgré les logiciels labellisés ”

Je pense qu'il est intéressant de penser les systèmes d'information en santé à la fois comme une possibilité de mettre en œuvre des politiques publiques, mais aussi d'accompagner au quotidien les professionnels qui utilisent ces logiciels, pour éviter des dispositifs peu utilisés, qui ratent complètement leur cible. Car Manon Plégat a observé que les pratiques coopératives en maisons de santé avaient lieu : si le logiciel n'était pas utile, les pratiques avaient bien changé. Mais, problème : elles avaient changé malgré le logiciel, alors qu'elles auraient dû un peu changer avec l'aide du logiciel. Le changement s'est opéré essentiellement grâce aux secrétaires et aux coordinatrices, - à 99% des femmes -, qui font le lien, récupèrent les données des différents systèmes, font des copiés-collés, réintègrent les données. Parce que le système ne permet pas que cette approche coopérative ait réellement lieu.

Ce constat pose une question centrale pour nos travaux et nos débats aujourd'hui : à quelles conditions ces outils numériques pourraient-ils réellement soutenir les transformations souhaitées par les politiques publiques de santé ? Et comment éviter qu'ils ne deviennent des facteurs de surcharge ou de désengagement des professionnels de santé ? Voyons le numérique également comme un outil politique et comme un outil organisationnel.

^[1] (2025) « Les usages de l'informatique en maisons de santé pluriprofessionnelles : de la bureaucratisation contrainte à l'appropriation professionnelle », *Varia, Sociologies Pratiques*, n°48, 101-114

Alain Beupin à Erin Johns : quelle est, aujourd'hui, la position du régulateur ? Y aura-t-il, dans le rapport « Charges et produits » 2026 de l'Assurance maladie, qui sera publié au mois de juin [les propositions ont été dévoilées le 24 juin dernier], des avancées ?

Erin Johns, experte en santé publique au Département « Télésanté et innovation numérique » (CNAM) : Je suis pharmacienne, experte en santé publique au département « Télésanté et innovation numérique ». Il a été créé il y a deux ans et demi par Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée, parce que l'Assurance maladie a eu la volonté de soutenir l'innovation et de se positionner comme un acteur central de son déploiement dans le système de santé.

*“ faire de l'IA un levier d'amélioration
des conditions de travail et de la pertinence des soins ”*

Tout l'enjeu pour nous est de parvenir à accompagner l'appropriation, l'acculturation, des professionnels de santé à l'IA. Il s'agit de faire en sorte que l'IA soit pour eux un réel outil dans le cadre de leur pratique quotidienne, et non un frein ou un blocage. Nous essayons aussi de montrer que l'IA n'est pas uniquement à considérer sous le prisme de la gestion du risque, qu'elle peut aussi être un levier d'amélioration des conditions de travail des médecins et un levier d'amélioration de la pertinence et de l'efficacité des soins.

Pour autant, les dispositifs médicaux numériques à usage professionnel embarquant de l'IA ne sont pas, à ce jour, évalués par les pouvoirs publics. Actuellement, la seule évaluation existante est réalisée par l'industriel. Celle-ci est nécessaire pour obtenir le marquage CE et la mise sur le marché. Or, souvent ces évaluations ne suffisent pas aux pouvoirs publics. Nous n'avons pas suffisamment de preuves pour pouvoir évaluer l'intérêt clinique et organisationnel de ces outils, et donc pour déclencher, ou en tout cas réfléchir, à un mode de financement. C'est pour y remédier que nous travaillons à cadrer la régulation de ces dispositifs médicaux à usage professionnel. Car nous sommes convaincus de leur intérêt et de leur nécessité en tant que nouvel outil pour les médecins, les professionnels de santé plus largement. Notre ambition : réussir à accompagner les industriels, mais aussi les médecins, dans l'évaluation de l'intérêt clinique et organisationnel de ces outils.



L'Assurance maladie a une approche segmentée :

- Une approche stratégique. Nous souhaitons que les outils répondent à l'enjeu des besoins métiers. On sort du prisme de l'approche par l'outil pour aller vraiment dans une approche par la santé publique, par les besoins de santé. Il s'agit de faire en sorte que l'outil ne soit pas un élément avec lequel le médecin doit composer, mais qu'il lui apporte vraiment une solution, qu'il l'accompagne dans sa prise en charge au quotidien, tant pour les tâches administratives que pour le diagnostic, etc. Nous sommes convaincus que l'IA peut apporter une réponse à l'efficacité, à la pertinence, et contribuer à la souveraineté du système de santé.

“ rassembler tous les acteurs ”

- Une approche transversale : pour nous, cette avancée [la transformation numérique] se fera en rassemblant tous les acteurs, autant les patients que les professionnels de santé, les acteurs économiques, les pouvoirs publics, les chercheurs. Il faut que nous nous réunissions et que nous construisions, ensemble, une gouvernance de l'IA en santé transparente et partagée par tous. Que nous convergions pour atteindre un même but : maximiser les bénéfices pour les patients, pour le système de santé, et minimiser les risques (techniques ou autres).
- Une approche pragmatique : nous allons nous saisir de ces sujets rapidement, pour contrer les cycles – assez courts – de l'innovation. Il s'agit de suivre celle-ci dès qu'elle arrive sur le terrain, sur le marché, ou même dès l'amont. Ainsi, nous pourrions adapter les modèles d'évaluation, les modèles de financement, travailler sur des cas d'usage concrets, mais aussi être en phase avec l'innovation. L'idée est de ne pas avoir de retard à sa mise en place, pour pouvoir vraiment accompagner son déploiement pour les professionnels de santé, avec les industriels.

Alain Beaupin : Sandra Malak, cela a été dit, la situation en matière de logiciels de dossiers médicaux n'est pas satisfaisante et tout l'écosystème en est un peu responsable. Comment le ministère de la Santé entend-il agir pour que dans dix ans on ne se lamente pas d'avoir raté ?

Sandra Malak, directrice de projets à la Délégation ministérielle au numérique en santé :

En tant que médecin ayant encore une activité clinique, et donc ayant les mêmes besoins que mes confrères, ces outils me parlent au quotidien. Mais aussi en tant que directrice de projets au sein de la Délégation au numérique en santé, au ministère de la Santé.

“ aujourd'hui, les besoins ont évolué ”

Le label des centres et maisons de santé avait, lors de sa création, été pensé pour assurer une meilleure coordination au sein des centres et maisons de santé. Est-ce un échec complet ? Je dirais que le label a eu le mérite d'exister. Il a permis d'avoir une offre logicielle : les éditeurs ont mis à disposition 16 solutions, avec des fonctionnalités qui répondaient au cahier des charges de l'époque, soit datant de 2011, 2014 pour sa dernière version. On sent qu'aujourd'hui, un certain nombre de besoins ont évolué.

L'offre logicielle existante est-elle au niveau de l'attendu ? Il faut admettre qu'en soins primaires, le tissu industriel des éditeurs n'était pas le plus pro-innovation, pas le plus moderne. Certains assumaient de ne pas avoir du tout de recherche et de développement au sein de leur entreprise.

D'autres, de ne pas avoir pour centre d'intérêt l'expérience utilisateur. Il est néanmoins intéressant de constater que ce n'est pas une réalité dans tous les secteurs sanitaires. Les radiologues, les pharmaciens, par exemple, ont poussé leur tissu industriel d'éditeurs à aller plus loin, en ayant probablement des niveaux d'exigence plus élevés, ce qui fait qu'on a des maturités, au niveau des industriels, qui sont souvent plus satisfaisantes pour l'utilisateur. En ce sens, les démarches, telles que les groupes de recherche Epidaure, vont être clés, pour pousser les industriels.

Dans ce monde post-vague 1 du Ségur (non spécifique aux centres et maisons de santé, mais il y avait quand même un profil qui leur était dédié), la donne a un peu changé. On est venu bousculer un petit peu ces industriels, avec des exigences autour du partage fluide et sécurisé des données de santé. Certains ont été un peu déstabilisés, et ont dû faire bouger leurs solutions. Lorsque les solutions se sont déployées sur le terrain, nous avons parfois constaté un certain nombre de fonctionnalités non satisfaisantes, d'ergonomies pas au niveau, d'instabilités. Les professionnels nous disaient : « Ça plante, du coup c'est effroyable. » Nous sommes donc retournés voir les industriels en leur disant : « Ce n'était pas écrit dans le cahier des charges qu'il fallait que ça plante, comment ça se fait ? » On s'est rendu compte de la vétusté. Un certain nombre de ces éditeurs avaient dû complètement refonder leur base de données, pour arriver ne serait-ce qu'à l'état de l'art le plus primaire. Et donc ça a, effectivement, créé un certain nombre de difficultés. Nous les avons surveillés de près, jusqu'au plus haut niveau. Ils ont tous été convoqués par le ministère pour rendre des comptes. On leur a dit : « Non mais regardez la façon dont vous faites l'ergonomie, c'est votre boulot. Or là, il faut 72 clics. Regardez ce qu'il faudrait faire pour que ça marche ». Nous avons travaillé avec eux. Je ne dis pas que nous sommes parvenus au niveau attendu, mais un certain nombre d'éléments facilitants ont été remis dans les logiciels.

“ faire que les professionnels puissent consulter facilement les données de Mon espace santé ”

Dans la phase actuelle, la question de l'évolution des solutions se pose. Et ce toujours dans le cadre du Ségur, avec cette volonté forte d'avoir un partage fluide et sécurisé des données de santé. La donnée est le cœur des entrants dont on a besoin pour prendre les bonnes décisions médicales et assurer une bonne prise en charge des patients. Et, derrière, pouvoir la communiquer aux confrères et aux autres acteurs de soins.

Nous sommes en train de lancer la vague 2 du Ségur. Avec la vague 1, nous avons fait en sorte que les données arrivent vers Mon espace santé. Désormais, l'objectif sera, en plus, que les professionnels - notamment dans les centres et maisons de santé - puissent consulter facilement cette donnée.

Alain Beaupin : David Gruson, La Poste n'est pas engagée à ce jour dans les soins primaires. Est-ce en projet ? Auquel cas, que comptez-vous proposer ? Comme les autres ? Mieux ?

David Gruson, directeur de programme « Santé à domicile » - La Poste Santé & Autonomie : Il

s'agit déjà, pour nous, d'être à l'écoute des besoins des professionnels et des patients. Et d'être en adéquation avec les directives des pouvoirs publics. Il y a une double impulsion : de la Délégation au numérique en santé (DNS) et de la CNAM, qui marque vraiment un changement de cap. Il convient de saluer la création du Département « Télésanté et innovation numérique », qui vient pousser des outils dans le réel des pratiques. C'est très bien que leur appropriation soit étudiée.

Quel rôle pourrait jouer La Poste ? La Poste Santé & Autonomie est un agrégat de Docaposte, la partie numérique de la poste. Celle-ci a acquis des opérateurs d'édition de systèmes, plutôt, il vrai, dans le secteur hospitalier, type Maincare.



Mais il y a aussi des projets comme CareSide, une infra de responsabilité populationnelle d'aide au pilotage de parcours. Celle-ci s'inscrit dans la partie très humaine de La Poste – qu'Omar Beloucif [directeur médical de La Poste Santé & Autonomie] suit de très près au quotidien –, qui met à disposition une boîte à outils combinant humain et numérique pour répondre aux questions de santé. Omar a, par exemple, forgé avec les équipes la doctrine d'intervention du dispositif Icope [integrated care for older people], de prévention et de repérage des fragilités. Nous sommes venus en appui des orientations des pouvoirs publics, de l'IHU de Toulouse, pour reconvertir des facteurs, en première ligne : ceux-ci déroulent un questionnaire Icope et, derrière, une infra numérique de responsabilité populationnelle fait le lien avec les professionnels.

“ aller vers les personnes les plus éloignées de la prévention ”

Merci Alain de ton invitation à aller voir le centre de santé Richerand (Paris X) – C'est bien de voir le système de santé à l'aune des centres de santé, parce qu'à cette échelle, vous matérialisez le besoin d'aller vers les personnes les plus éloignées de la prévention, que ce soit par le flux de personnes que vous accueillez, ou par votre volonté de maintenir les visites à domicile. Il y a des éléments sur lesquels nous devons avoir vocation à intervenir : la graduation des interventions à domicile en fonction des besoins ; le traitement des données postales pour aller toquer à la porte des gens et repérer des besoins en prévention (en oncologie, notamment) ; aider à outiller les professionnels (médecins, infirmiers) qui vont à domicile. Nous pouvons très bien imaginer, demain, des parcours IPA + IA pour amener le système à domicile. Ce n'est pas de la théorie : au Portugal, à l'échelle nationale, des infirmiers libéraux contribuent à diagnostiquer le cancer de la peau via un système de prise de photos sur smartphone utilisant l'IA et une téléconsultation de contrôle (qui constitue la garantie humaine). Erin Johns et l'équipe de la CNAM travaillent sur le sujet de la garantie des systèmes d'IA à domicile.

Modestement, le « job » de La Poste est d'amener de l'humain et du numérique pour porter des systèmes au plus proche de la réalité des gens et faire en sorte qu'il y ait un continuum de traitement de ces données.

Est-ce que cela amène à repenser les systèmes d'information que vous utilisez dans les centres de santé ? Peut-être. Sans doute. Y a-t-il un champ de développement pour La Poste ? À voir. Lors de SantExpo la semaine prochaine, nous mettrons des choses sur la table. Pas directement sur le sujet, mais sur l'idée du parcours de données. Nous sommes à votre écoute pour réfléchir ensemble et voir si, dans la boîte à outils qu'on propose, il y a des éléments manquants, des choses à développer pour répondre aux besoins.

Alain Beaupin : Eric May, chacun devra faire sa part du travail. Les professionnels sont-ils prêts pour cette transformation numérique ? Ou pensent-ils qu'au fond c'était mieux avant, avec la fiche bristol ? Où en sont les mentalités pour aborder cette transformation numérique ?

Eric May, président de la Fédération nationale de formation des centres de santé : Je suis président de la Fédération nationale de formation des centres de santé. C'est un beau titre, une belle association, mais mon activité principale est, d'abord, celle de médecin généraliste en centre de santé (depuis 28 ans). Et aussi, c'est venu avec le temps, d'être gestionnaire de deux centres de santé, et donc directeur d'une équipe pluriprofessionnelle, qui comprend aujourd'hui une dizaine de médecins généralistes à temps complet, des infirmières, un service dentaire, assistante médicale et d'autres professionnels. C'est un centre de santé historique, où il y a encore de l'imagerie, un laboratoire de biologie médicale associé, etc. C'est une très belle structure, créée en 1939.

*“ le numérique a dégradé la qualité
de la relation avec les patients ”*

Etait-ce mieux avant, avec le papier? J'ai connu cette période, je la regrette parfois. Peut-être pas mes collègues, parce que mon écriture était illisible. Mais pour ce qui est de la qualité de la relation avec le patient, celle que nous vivons aujourd'hui est incomparable à celle de l'époque. Le numérique, tel qu'il a été intégré dans la santé en général, et dans nos centres de santé en particulier, a entraîné, pour moi personnellement, une dégradation de la relation patients. À la question : « Avez-vous vu le rhumatologue ? Que vous a-t-il fait ? », les patients sont nombreux à répondre : « Il ne m'a pas examiné. Il était sur l'ordinateur, rentrait les données, etc. » Il est arrivé qu'en fin de consultation, certains de mes patients me demandent : « Vous ne me prenez pas la tension aujourd'hui ? » .

J'avais passé 25 minutes à rentrer des données, à relire des comptes-rendus, à essayer de faire des synthèses. Et oublié : « Si on allait s'allonger, et qu'on faisait ce pour quoi vous êtes venu, l'examen clinique de base ? ». C'est la réalité du numérique aujourd'hui.

Nous avons des logiciels labellisés. Pour l'anecdote, à Malakoff, nous avons cette idée – pas aussi réfléchie que Nicolas de Chanaud avec Ipso – de discuter avec un éditeur pour essayer d'avoir un logiciel répondant précisément à nos demandes de pratique. Nous avons choisi un jeune éditeur de logiciels grenoblois, qui se lançait dans les centres de santé, les maisons de santé et autres, avec quelque chose qui était vraiment très imparfait au départ. D'ailleurs, cela a été un échec total auprès de l'équipe, composée de jeunes médecins, qui a abandonné le logiciel et voulait revenir au papier. Cela a été une galère pendant deux, trois ans, avant que ça ne fonctionne à peu près.

Mais au bout d'un moment, ces éditeurs sont forcément rattrapés par l'enjeu commercial. On voit bien que leur priorité, à la fin, est de diffuser au maximum la solution, pour pouvoir faire vivre l'entreprise, je ne leur jette pas la pierre. Mais la relation, un peu privilégiée que nous avons au début, et même si nous avons pu la faire vivre, est à la fin beaucoup plus difficile. Il est beaucoup plus compliqué d'obtenir des développements spécifiques, qui répondent aux besoins de l'équipe et des patients.



Autre chose : je l'avoue humblement, nous étions le premier centre municipal de santé à pactiser - ce n'est pas le pacte de Faust, mais vous allez comprendre -, avec Doctolib. À l'époque, Stanislas Niox-Château (le fondateur de Doctolib) se déplaçait

La première rencontre avait été formidable, il était tout à fait sympathique, découvrait les centres de santé : « On va développer un outil au service de vos besoins. » Par la suite, plusieurs dirigeants de centres de santé sont venus à Malakoff examiner la solution, voir comment elle avait été mise en place, et certains ont pu être inspirés. Mais au bout d'un moment, la logique commerciale a fait qu'il n'y avait plus aucun développement. Il y a désormais des difficultés majeures, y compris sur le plan commercial, dans la mesure où ils nous imposent des augmentations de 50 à 100 % du jour au lendemain, brutalement, sans aucune négociation préalable. Donc effectivement, aujourd'hui, la question d'un outil se pose.

Le problème, c'est que les outils développés rendent les professionnels addicts, dépendants. Nous voulions, par exemple, quitter Doctolib, en mettant en avant de bonnes raisons : c'est trop cher, c'est aux Etats-Unis, ce n'est pas éthique... Mais franchir le pas d'un autre outil n'est pas évident : « Là, on avait ça, l'autre ne le propose pas ». Or on ne veut pas créer la panique au sein d'une équipe, et notamment d'une équipe administrative.

Ce qu'on attend du numérique et de l'intelligence artificielle, c'est de faciliter la prise en charge du patient par l'équipe traitante ; une amélioration de la qualité du soin,

– le juste soin au juste coût –, une aide au diagnostic, à la prescription, à la décision générale. Le tout fondé sur des preuves. Et, bien entendu, la responsabilité doit rester à la main du professionnel. Seulement le professionnel évolue dans un environnement, un environnement interdépendant d'autres environnements, comme celui de l'Assurance maladie. Pour illustrer, je vais parler de l'accueil. Pour nous, c'est le premier soin du patient. Mais à ce niveau déjà, nous avons aujourd'hui des outils soumis à des dysfonctionnements, des interruptions, des bugs, et dont l'ergonomie reste extrêmement discutable. Or ces outils sont très fortement interdépendants des solutions Assurance maladie. Il existe donc un enjeu pour la santé en général, le premier recours : nous sommes beaucoup trop dépendants de ces éditeurs labellisés. Ce sont eux qui ont perçu, à l'occasion du Ségur, des sommes considérables pour développer des solutions labellisées. Et ce sans qu'il n'y ait de discussion avec nous, les acteurs de santé. C'est un problème qui, à mon avis, devra être discuté avec l'Assurance maladie.

“le financement de l'amélioration de l'efficacité du système de santé est un enjeu “

Il y a donc un problème d'interdépendance. Il y a, aussi, un problème de charge : charge parfois mentale, pour les professionnels de santé ; charge en termes d'organisation structurelle (de mobilisation des ressources) ; et charge financière, considérable. Par exemple, j'ai interrogé mon éditeur pour éventuellement mettre Nabla, parce que mes jeunes professionnels veulent de l'IA. Et puis j'ai vu la facture : la somme serait, pour nous, intenable. Donc, si, à un moment donné, l'on acte que l'IA doit permettre d'améliorer la pertinence des soins et, à terme, d'améliorer l'efficacité du système de santé et de la protection sociale, quels financements pouvons-nous, professionnels de santé, centres de santé, obtenir, pour en bénéficier ? C'est un enjeu.

Nous rentrons en négociations [avec la CNAM, sur l'accord national des centres de santé]. J'ai une étiquette syndicale : je suis membre du bureau de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS). Je salue ici Hélène Colombani, sa présidente. Mais aussi les collègues de la Mutualité tels Roland Walger, et d'autres. Nous serons ensemble, cet après-midi, face à M. Thomas Fatome, directeur général de la CNAM. Il est clair qu'aujourd'hui, le système d'information et les outils d'amélioration de la pertinence des soins nécessitent un investissement : de l'Assurance maladie ; de l'État, à voir. Mais si c'est le souhait de tout le monde et que c'est dans l'intérêt de la population et de la santé publique, il va falloir y mettre les moyens. Sinon, nous allons continuer à subir ce que nous subissons aujourd'hui.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Alain Beaupin : Par rapport aux négociations débutant cet après-midi, on sent bien que le sujet numérique te tient à cœur. Et qu'il va falloir toquer à la porte de celui qui pourrait, en tant que financeur, bénéficier de la qualité des soins produits et en retirer les bénéfices.

David Gruson : Je n'ai pas de conseil de négo à vous donner pour cet après-midi. Ce n'est pas mon rôle. Néanmoins, je pense qu'il y a, autour de la table, l'équation qui permet de faire bouger les éditeurs, et je me mets dans cette catégorie. Qu'est-ce qui fait qu'un éditeur va bouger ? L'impulsion des pouvoirs publics, et, aussi, la coordination des acheteurs potentiels que sont les centres de santé. Donc si vous agissez ensemble pour vous coordonner, poser des prérequis, comme acquéreurs de solutions, les éditeurs devront s'adapter.

Vous évoquiez des systèmes de synthèse de la consultation orale ou écrite. Dans les critères majeurs à l'heure de l'IA générative, il y a évidemment le coût, mais aussi la souveraineté. Il y a deux mois, j'étais dans un établissement spécialisé en oncologie. Le président de la CME me disait que la moitié de ses chefs de service avaient déjà donné consigne aux secrétaires médicales pour pousser le dossier médical sur une IA générative extra-européenne. Si vous ne posez pas de critères de souveraineté, vous risquez de participer à un mouvement majeur d'exfiltration des données de santé. Inversement, si vous faites des choix concertés, dans le cadre de cahiers des charges portés par les pouvoirs publics, vous récupérez des éléments de maîtrise des données.

Cela permettrait derrière, à l'échelle de votre réseau, qui est une vraie puissance – à la fois humaine, mais aussi de production de données –, de développer des outils, avec pour levier le soutien des pouvoirs publics. Ce thème de l'IA de synthèse de la consultation orale ou du dossier écrit est un sujet majeur pour 2025, y compris pour le DMP. On voit bien que, si ces outils se diffusent en pratique courante, les professionnels auront du mal, demain, à aller ouvrir le DMP s'il n'y a pas un système d'IA générative qui en produit la synthèse.



Frédéric Villebrun : Je me suis présenté précédemment, comme médecin généraliste travaillant en centre de santé. Je suis aussi co-président de l'Union syndicale des professionnels des centres de santé (USPCS). À ce titre, je voulais poser une question : peut-être plus à la représentante liée au ministère, et à l'Assurance maladie, sur l'éventualité, – je ne sais pas si c'est encore possible en 2025, j'aimerais encore rêver –, d'un système d'information d'envergure nationale et public. Ma question est très courte : est-ce encore réalisable ? Est-ce envisagé ?

Alain Beaupin : Sandra Malak, c'est une très bonne question pour toi. J'en greffe une autre : Doctolib héberge les données chez Amazon Web Services (Etats-Unis), le Health Data Hub sur Microsoft Azure (Etats-Unis). Sens-tu une orientation ministérielle, de l'Etat, pour contrer cette tendance ?

Sandra Malak : Je vais apporter ma contribution, même si je ne suis pas le ministère. Sur la question : « A-t-on un SI national ? » A-t-on vocation à faire un logiciel de gestion de centres de santé qui soit étatique, mis à disposition par les pouvoirs publics ? La réponse est non. Cependant, mon espace santé, le DMP, est un système d'information national mis à la disposition gratuite, universelle, de l'ensemble des Français, de l'ensemble des professionnels, avec cet objectif de partage des documents de santé. Un certain nombre d'outils sont ainsi mis à disposition, comme les téléservices de l'Assurance maladie, qui apportent un certain nombre d'informations.

Notre vision est celle d'un Etat plateforme. Le rôle de l'Etat est d'assurer les missions régaliennes, urbanistiques : il construit les ponts, les routes, l'éclairage public. Et il laisse la place aux architectes, aux immeubles, pour venir créer les plus belles façades, mettre de l'intelligence dans leur système. On est sûrs que si, demain, on proposait un logiciel étatique imposé à tous, vous seriez les premiers à nous tomber dessus en disant : « Ce n'est pas ergonomique, ce n'est pas joli, pas malin. » Cela n'évoluerait pas de façon très intelligente. À l'heure où on parle d'IA, on a un enjeu fort de diversifier les investissements, un intérêt à avoir cette intelligence collective, et qui parfois vient du privé. Nous, l'Etat, nous assurons les missions urbanistiques. Et les acteurs privés, eux, ont un rôle à jouer, tout en s'assurant qu'ils respectent un cahier des charges commun : on ne peut pas monter plus de tant étages, on se met sur le tout-à-l'égout, etc.

“ en matière de souveraineté, l'offre française, européenne, n'est pas encore au niveau attendu ”

Concernant la souveraineté, il y a une volonté forte, au plus haut niveau de l'État, de la garantir. Malheureusement, il faut bien admettre qu'actuellement, l'offre française, européenne, n'est pas encore au niveau attendu. Elle ne répond pas encore complètement aux énormes besoins de performance, de sécurité, de ce type d'outils. Les travaux se poursuivent, notamment pour faire monter le tissu industriel en la matière.

Erin Johns : Je n'ai pas grand-chose à rajouter, parce que nous travaillons ensemble, nous sommes alignées sur le sujet. Notamment sur Mon espace santé, qui a vocation à agréger les données de santé des patients. Cet outil est encore en cours d'amélioration : l'interopérabilité, par exemple, n'est pas encore opérationnelle partout. Mais c'est un objectif que nous avons et poussons fortement, notamment avec le Ségur. Nos ambitions sont les suivantes : avoir un État plateforme ; que tout soit centralisé sur mon espace santé ; qu'à terme, ce soit cet outil qui soit utilisé par tous et pour tous ; assurer la souveraineté, également.

Myriam Lewkowicz : Sur la vision de l'État plateforme, qui est très intéressante, on peut noter que des ministères ont fait d'autres choix. Moi je dépends du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Et, justement, pour des raisons de souveraineté, on se voit proposer, et c'est très utile, des solutions alternatives à celles du privé. Ces dernières années, la direction du numérique (Dinum) a fait des progrès incroyables, alors qu'auparavant, ce n'était pas compétitif. Ça le devient vraiment. Les services de l'État, avec l'aide de la recherche, ont développé des alternatives pour la visioconférence, pour qu'on n'ait plus à utiliser les Zoom et autres ; des alternatives à des suites logicielles pour rédiger collaborativement, au lieu d'utiliser des Google Docs etc. Je suis épatée par les résultats. C'est rare que je le sois.

“ la coordination et les parcours ne se résument pas à l'interconnexion des systèmes ”

Sur le fait de dire : « Grâce au Ségur de la santé, comme on a ce dossier, on a les données partagées. » C'est vrai, c'est nécessaire : si on ne partage pas les données, on ne peut rien en faire. Mais je ne voudrais pas qu'on résume la coordination, l'approche en parcours comme ça a été évoqué, au fait qu'on puisse interconnecter des systèmes et partager des données. C'est beaucoup plus que ça : il y a des aspects organisationnels. Or, de ce que j'en ai vu, les systèmes actuels ne permettent pas ce passage. Sûrement parce qu'il faut du temps. C'était très important de permettre ces interconnexions, mais franchement, c'est juste la condition nécessaire. Et en plus, de mon point de vue, pour l'instant, ça ne permet pas vraiment d'utiliser la donnée en soins primaires.

Jacques Lucas : Je voudrais faire une intervention de portée générale. Tout le monde s'accorde aujourd'hui à dire que ce qui va compter dans les prises en charges primaires et le suivi des patients, c'est l'implication d'une équipe de soins. Il n'y a pas besoin, pour des pathologies au long cours, par exemple, que le médecin intervienne à chaque fois. Ce peut être un infirmier, une infirmière de pratique avancée, un autre professionnel...qui travaille en équipe – c'est important – et qui a accès aux données. Par conséquent, il faut que les logiciels puissent être partagés entre les différents professionnels de santé, en particulier dans les centres de santé. Et que ceux-ci alimentent de façon automatique le dossier médical partagé. À ce niveau, le DMP est toujours au milieu du gué. Les communiqués d'État-major disent : « Ça avance ». Ça avance quantitativement, avec les données qui sont déversées dans les DMP de façon

automatique. Mais sur un plan qualitatif, il y a encore beaucoup d'observations à faire. En outre, l'interface du DMP, qui est dans Mon espace santé – donc accessible uniquement aux patients, et pas directement aux professionnels de santé –, est un véritable bazar. Les documents arrivent dans le DMP sans avoir été méthodiquement classés. On dit : « C'est la faute des éditeurs. Ils ont touché de l'argent, mais ils n'ont pas obéi au cahier des charges. » Je ne rentrerai pas dans cette discussion, c'est trop facile de désigner le bouc émissaire.

“ il faut que les professionnels de santé aient, dans leur structure d'exercice, un outil de travail partagé ”

L'État doit avoir une politique très claire et activer sa communication en direction des professionnels de santé et des patients. Bien évidemment, le dossier médical partagé est celui du patient. Mais il faut que les professionnels de santé aient, dans leur structure d'exercice, un outil de travail partagé. C'est le cas dans les hôpitaux : le système d'information, Orbis, a probablement des défauts, mais tous les établissements de l'AP-HP s'y connectent et tout le monde y a accès. Je pense qu'actuellement, le travail des autorités du numérique en santé en France doit se concentrer là-dessus.

Car au sujet des logiciels, on entend : « Ça avance ». Mais ça n'avance que pour les médecins. On a déjà développé le « couloir » (ce terme dit la stratégie politique) des médecins, mais dans des structures individuelles, finalement. Celui des infirmiers est en cours. Or l'idée de départ était l'équipe de soins. Il aurait fallu, non pas partir tous azimuts, mais dire : notre objectif est de donner un équipement logiciel à des équipes de soins déclarées, formalisées ou non formalisées.

Sandra Malak : Il faut dire aussi quand les choses marchent bien. Et nous avons des résultats, même si plein de choses ne se sont pas passées exactement comme on l'aurait voulu, qu'il a fallu remettre l'ouvrage sur le métier. Avec ce Ségur, nous avons eu des résultats quand même satisfaisants. Ainsi, actuellement, plus d'un document de santé sur deux produit en France, tous couloirs confondus (l'hôpital, l'imagerie, la biologie, la médecine de ville), rejoint Mon espace santé. Ce n'est pas encore 100%, ce n'est pas encore beau ni bien rangé, on n'a pas encore les outils d'IA qui permettent de filtrer, de retrouver facilement le titre, ni encore moins le contenu du document. On y travaille. Mais on voit qu'aujourd'hui, il y a un usage massif de ces données. Plus de 500 000 synthèses médicales sont produites tous les mois par les généralistes de France.

Comme il y a eu des incitatifs de l'Assurance maladie, ce sont des personnes souvent en ALD, des comorbides –. Les synthèses médicales sont désormais disponibles pour les confrères, pour la coordination. Ça change la donne. Moi, quand un patient en consultation me dit : « J'ai oublié ma prise de sang », je vérifie, la récupère. S'il a été hospitalisé, je retrouve la lettre de liaison, quand je ne l'ai pas reçue par la messagerie sécurisée. Ou le scanner. Donc, certes, ce n'est pas bien rangé, mais souvent, ça évite de passer 1h au téléphone.

Myriam Lewkowicz : Je voulais revenir sur la question : « À qui est la faute ? » Les éditeurs ? Pas les éditeurs ? Comme d'habitude, la faute semble partagée.

“ personne n’a pensé à demander aux infirmières et aux secrétaires leurs avis sur l’usage du logiciel ”

Avec Manon Plégat, nous avons fait la biographie de ce label, nous sommes remontées au tout début. Côté ministère, des ateliers ont bien été organisés, mais seulement avec des médecins. Personne n'a pensé à demander aux infirmières, aux infirmiers, et autres professionnels de santé, ni aux secrétaires (qui jouent un rôle très important dans les centres et maisons de santé), leur avis sur leur usage des données, l'usage du logiciel.

Sandra Malak : Nous en avons organisé de nouveaux. Le Ségur s'est construit ainsi, merci à tout le monde qui a participé, vous avez été nombreux à co-construire.

Myriam Lewkowicz : De l'autre côté, on voit aussi, je suis d'accord, que les éditeurs n'étaient vraiment pas au niveau de l'innovation. Pour moi, il y a quand même eu une erreur dans le cahier des charges. Le ver était dans le fruit. De mon point de vue, le cahier des charges, que j'ai lu, ne pouvait pas permettre d'avoir un logiciel bien fonctionnel.

Clairement, les éditeurs avaient l'habitude de vendre des logiciels pour des médecins généralistes, en cabinet individuel, et ils ont seulement rajouté des petites choses pour faire joli et en faire des logiciels labellisés.

Aline Chassine Deniau, directrice du groupement d'intérêt public Pro santé Centre-Val-de-Loire, (une structure portée par la région Centre, qui développe des centres de santé en région) : Aujourd'hui, nous avons une vingtaine de centres, quasiment 70 médecins. Je prends la casquette de la gestionnaire pour apporter mon témoignage.

La première année de fonctionnement de notre précédent logiciel ayant été infernale, nous avons décidé d'en prendre un nouveau. Le choix a été fait par les médecins et secrétaires. Bon ou pas bon, je n'en sais rien, je n'ai pas la prétention de connaître les autres. En tout cas, nous avons fait le choix qui nous semblait le plus opportun. Je ne reviendrai pas sur l'ergonomie médicale, car qui dit 70 médecins, dit 70 avis différents.

Mais je suis assez sensible à la notion d'outil commun. Parce qu'aujourd'hui, je me sens complètement tenue par un prestataire.

Prestataire qui, au début effectivement, est tout feu tout flamme, nous présente une hotline absolument idyllique. Et qui, au bout de quelque temps, s'essouffle. Il n'a plus la même capacité à répondre aux demandes, à être réactif, agile. Et nous ne pouvons pas nous permettre d'attendre deux jours que le système soit de nouveau opérationnel.

Prestataire qui, au début effectivement, est tout feu tout flamme, nous présente une hotline absolument idyllique. Et qui, au bout de quelque temps, s'essouffle. Il n'a plus la même capacité à répondre aux demandes, à être réactif, agile. Et nous ne pouvons pas nous permettre d'attendre deux jours que le système soit de nouveau opérationnel.

“Je passe mes journées à gérer les problèmes informatiques au lieu de m’occuper de stratégie ”

Donc l'idée d'avoir un outil, qui soit adapté aux centres de santé déjà, me semble intéressante. Ne pas avoir à chercher, chacun dans son coin, l'outil le plus opérant et opérationnel, à gérer les problèmes d'interface, ferait gagner du temps à tous : médecins, administratifs, pilotes, gestionnaires, et le coût collectif serait moindre. Moi je passe mes journées à gérer les problèmes informatiques, les problèmes d'interface, plutôt qu'à penser la stratégie. Je me dis donc qu'un outil public commun, qui s'interface avec ceux de la CNAM, pourrait être intéressant.

Et comme les négociations de l'accord national se profilent, c'est l'occasion de soulever la problématique suivante : nous sommes attendus sur un certain nombre d'indicateurs... Que nous sommes, assez globalement, incapables d'extirper de ces logiciels. Nous passons quasiment deux mois, en janvier-février, à mettre des petits bâtons dans des cases. Là encore, c'est du temps perdu. Et je ne parle pas du pilotage financier, du pilotage de l'activité des équipes...

Laurence Parrain : J'enchaîne avec un autre témoignage, qui va compléter. Je suis directrice de la santé de la ville d'Issy-les-Moulineaux, j'ai en gestion deux centres de santé. J'ai travaillé avant à Malakoff. En 2007, on a eu un tout petit logiciel qui venait de Grenoble, qu'on a aidé à faire grandir et qui répondait bien à nos demandes de développement, au début. Et puis après, arrive un seuil où on ne se fait plus entendre.

Par ailleurs, je fais partie du bureau de la FNCS, qui a mis en place un groupe de travail avec la Fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire (Feima). Il a pour utilité de faire remonter toutes les difficultés de terrain, toutes les demandes de développement et de voir comment celles-ci peuvent être prises en charge de façon globale, par les éditeurs. J'ai repris ce travail depuis 4 ans. Mais le groupe de travail n'incluant plus les représentants de la CNAM et de l'ANS – qui au départ jouaient un rôle d'observateurs et apportaient des réponses –, rien n'avance. J'aimerais qu'ils reviennent dans le groupe.

Lors de la dernière réunion, confronté à notre problématique pour obtenir des indicateurs, le président de la Feima m'a proposé de lui envoyer un cahier des charges standardisé. Il m'a dit que tous les éditeurs verraient ensemble comment ils pourraient s'engager à développer des outils répondant aux critères. À ce jour, nous n'avons pas encore fourni le cahier des charges, mais nous allons organiser un groupe de travail avec le conseil d'administration, pour que les régions rapportent elles aussi leurs difficultés et pour qu'on puisse l'écrire ensemble.

Nous verrons si les éditeurs ont la capacité de le mettre en œuvre. Moi je parie que cela ne se fera pas avant longtemps. En attendant, dans nos centres de santé, nous travaillons déjà directement avec nos propres éditeurs, lorsque nous avons le temps d'organiser des clubs utilisateurs. Mais l'idée est quand même de pouvoir mesurer, ensemble, notre activité.

Alain Beaupin : Laurence, pour bien comprendre, on parle là des indicateurs (facturation, activité administrative) que doivent fournir les centres de santé, périodiquement, dans le cadre de l'application de l'accord national actuel ?

Laurence Parrain : Pour le moment, oui. Ce ne sont que ceux-là.

Alain Beaupin : Ces indicateurs sont donc distincts des indicateurs cliniques que nos amis d'Ipsos ont mis en place. C'est probablement vers cette évolution-là qu'il faudrait se pencher, à mon sens.

Laurence Parrain : on peut aussi imaginer qu'il y ait des données sur les antécédents familiaux, par exemple des données. Des données médicales...

Hélène Colombani : Je vais parler en tant que médecin généraliste, et donc utilisateur de cet outil. En tant que gestionnaire de centre de santé sur la ville de Nanterre. Et, aussi, en tant que présidente de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS).

En tant que médecin généraliste. Vous disiez tout à l'heure : « Nous perdons moins de temps avec le DMP qu'en téléphonant. » Moi, parfois, j'ai l'impression que non. Parce que cliquer sur le DMP est une aventure. Quelquefois ça marche, des fois non. Parfois c'est en vrac. Il y a un petit outil de recherche, mais, très régulièrement, je ne trouve pas les informations dont j'ai besoin. Donc il faut que j'appelle la personne concernée pour avoir les informations. Il y a encore des marges de progrès.

“ les outils sont très coûteux, et ne nous fournissent pas un service adapté à nos pratiques, nos missions. ”

En tant que gestionnaire, il est vrai que les outils sont très coûteux, et qu'ils ne fournissent pas un service adapté à nos pratiques, nos missions. Nous devons nous débattre dans une jungle d'éditeurs qui font ce qu'ils veulent. Nous avons un groupe de travail avec la Feima, mais c'est laborieux. Moi, j'avais acquis le petit logiciel qui venait de Grenoble, mais il a atteint ses limites, comme les autres. On ne peut pas, par exemple, croiser nos données de patientèle. Or nous, professionnels et gestionnaires de centres de santé, nous aimerions rendre un service à la population, en sélectionnant par exemple les patients qui auraient besoin de prévention. On aimerait aussi mieux répondre aux demandes des tutelles etc., sans perdre un temps fou à mettre des bâtons dans des cases.

En tant que présidente de la fédération, maintenant, j'ai une question : pourquoi avez-vous donné la clé du camion aux éditeurs dans le numérique en santé ? Car ils ont été financés, mais, derrière, ils font ce qu'ils veulent, dans le calendrier qui est le leur.

Je donne un élément concret : l'ordonnance sécurisée numérique devrait, depuis fin 2024, être opérationnelle. Mais des éditeurs ne l'ont pas encore mise en place. Pour moi, c'est un problème. Ils avaient un engagement. Qui, derrière, suit cette non-réponse aux engagements ?

Sandra Malak : Merci beaucoup, Dr Colombani. Nous avons eu de nombreux échanges de co-construction avec vos collaborateurs. En 2023-2024, nous avons eu de nombreux ateliers, notamment sur les besoins des centres et maisons de santé. Merci d'avoir répondu aux questionnaires, cela nous a permis de reprendre les exigences clés du label pour les réintégrer dans le Ségur vague 2. Bonne nouvelle : l'extrait de listes de patients avec multicritères, la possibilité de croiser les données, soit les éléments, que vous nous aviez fait remonter à l'époque, seront désormais imposés à tous les éditeurs candidats à la vague 2 de la labellisation Ségur.

Concernant l'ordonnance numérique : il est vrai que c'est un dispositif un peu particulier. L'Assurance maladie voulait faire passer des préséries, avant de généraliser le déploiement. Or actuellement, un certain nombre d'éditeurs sont dans les ronces de ces préséries : ils ne parviennent pas à démontrer une ergonomie suffisante, pour être autorisés à se déployer au niveau national. Nous comprenons les frustrations que cela génère et nous travaillons à y remédier.

Je tiens à vous remercier pour votre participation à tous ces travaux, car c'est ensemble que nous réussirons à faire mieux. Je n'ai aucun doute sur le fait qu'il y a encore beaucoup de travail, mais nous allons vers le mieux, grâce à cette collaboration.

Erin Johns : Je rejoins ce que Sandra dit. À l'Assurance maladie, notre département ne s'occupe pas de toute la technique, on est plus dans la stratégie et l'amélioration de la doctrine du numérique. Mais on travaille aussi conjointement aussi avec les équipes qui s'occupent du DMP, de l'ordonnance numérique, du Ségur, qui sont davantage dans l'opérationnel. Il y a énormément d'allers-retours avec les éditeurs, qui ont du mal à se mettre au niveau des exigences.

Cela explique le retard dans le déploiement de ces solutions, car nous ne voulons pas avoir quelque chose de dégradé, qui ne permettrait pas, derrière, d'atteindre l'objectif de sécurité, pertinence. C'est un système encore en construction : énormément de choses se déploient au fur et à mesure, il y a beaucoup d'acteurs... L'idée est d'arriver à mobiliser tout le monde, tant les professionnels de santé que les industriels et de construire quelque chose qui les satisfasse tous. Il y a encore du chemin, mais nous y travaillons petit à petit.

Eric May : Ce qu'a dit Jacques Lucas est très important. Aujourd'hui, indépendamment des problématiques de démographie médicale, de répartition sur les territoires, intervenir auprès des patients en soins de premier recours, c'est intervenir en équipe. Une équipe qui se coordonne, au sein d'une structure qui peut intégrer un certain nombre de professionnels, aussi avec l'environnement (pour les centres de santé : libéraux, établissements de santé, établissements médico-sociaux, SSIAD, EHPAD, etc.) L'enjeu, ici, est donc d'avoir un outil numérique au service de cette coordination, qui demeure, dans beaucoup de territoires et de pratiques, sommaire.

Tu m'as demandé si les équipes en centres de santé étaient prêtes, ouvertes. Elles le sont. Elles piaffent d'impatience. Notre problème, là je me mets du côté des gestionnaires, de la direction, est celui de la multiplication des solutions. On ne peut pas se précipiter, parce que, tous les jours, nous avons une proposition. Il nous faut évidemment choisir la bonne, car on engage non seulement l'argent de l'Assurance maladie, mais aussi l'argent de la collectivité. On est quand même sur un enjeu où il va falloir faire le ménage.

Il y a des éditeurs qui ne tiennent pas leurs promesses, des éditeurs qui n'ont pas les capacités de développement, des éditeurs qui ne respectent pas les principes éthiques devant être partagés par la communauté des patients et la communauté des professionnels, des usagers en général. Nous attendons de la part de l'Etat quelque chose d'un peu plus directif. Une politique cohérente, un pilotage cohérent au niveau national sur le développement d'outils numériques est nécessaire.



“ les centres de santé font face à un enjeu de pilotage du projet de santé et d'analyse des données ”

Pour terminer sur les centres de santé, nous avons, aujourd'hui, un enjeu de pilotage. Un centre de santé repose sur un projet de santé, qui évolue. Pour faire correspondre l'offre de services ou de santé proposée par le centre et l'évolution aux besoins du territoire, de la population, il faut pouvoir analyser des données (extérieures : données de santé publique, du territoire, mais aussi données d'activité, données médicales), or, à ce jour, la requête ne fonctionne pas. C'est un enjeu aujourd'hui pour les centres de santé, au moment où nous devons démontrer auprès de l'Assurance maladie, ce que nous faisons.

Comment y remédier ? Nous ne pouvons malheureusement pas faire comme Ipso santé, ce qui explique que l'échange entre Ipso et la FNCS n'ait pas été suivi. Car les centres de santé rassemblent une grande diversité de gestionnaires : collègues mutualistes, collectivités locales, GIP, centres associatifs. C'est une difficulté qu'il va falloir surmonter. Peut-être que la FNCS, via l'IJFR, le pourra. Il nous faut monter une task force, une équipe numérique, avec des experts capables de nous accompagner (qui connaissent leur mode de fonctionnement, les enjeux). Nous, nous avons le retour d'expérience, mais pas les compétences et l'expertise nécessaires, même en nous réunissant.

Myriam Lewkowicz : Pour l'instant, il me semble que le système d'information, en particulier en centres de santé, souffre des fonctions de coordination et de coopération. Or, tant qu'il n'assiste pas ces fonctions, il ne peut pas collecter des données sur cette coordination, et donc sortir des indicateurs – que peut-être vous devez redéfinir – pour être forces de proposition, et dire : « Regardez, c'est parce qu'on a cette approche collective et coopérative qu'on est bons sur la santé, qu'on va faire économiser de l'argent. Du coup, soutenez-nous. » Je pense que changer le système d'information, c'est accompagner des pratiques qui sont différentes d'autres pratiques de prise en charge. Vous avez une façon particulière de prendre en charge les patients, qui est très positive, mais il faut pouvoir le démontrer. Le système d'information devrait, en plus de vous aider à partager les données, vous permettre de prouver la qualité de la prise en charge. Ce système d'information doit-il être proposé par l'Etat ? Par une diversité d'éditeurs ? Par une équipe informatique des centres de santé, comme l'a fait Ipso ? Je n'en sais rien, c'est à vous de le définir.

Pour finir, un mot sur l'IA, qui n'est qu'un outil cela a été bien dit. Avec des médecins de Troyes qui ont souvent des idées originales sur la prise en charge collective, avec lesquels je travaille depuis vingt ans, on s'interroge : au lieu d'être l'interlocutrice du soignant, ne pourrait-on pas imaginer que l'IA soit acteur d'un dialogue entre ordinateurs, de machine à machine ? Elle pourrait piocher un peu partout dans des super bases de données, et pourrait aider à produire des indicateurs. C'est peut-être là que l'IA a un rôle important à jouer, pour réconcilier pratique professionnelle et politique publique de santé.



IJFR

Institut
Jean-François
Rey



Ce document est téléchargeable sur le site de l'IJFR
www.IJFR.fr

L'intégrale des vidéos du séminaire
est disponible sur notre chaîne youtube
youtube.com/@IJFR-videos

Pour nous contacter
contact@ijfr.fr

