

RECHERCHES-ACTIONS

en protection sociale

L'APPUI DES CPAM AU DEVELOPPEMENT DES USAGES DES OUTILS NUMERIQUES PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS

Membres du groupe de travail

Fabien BERGE

Florian BLANC DE LA COMBE DE MOLINES

Véronique MAUNIER

Jean-Baptiste WILLAUME

Chef de projet

Jefferson OSU

Directeur de la recherche - action

Arnaud BONTEMPS

Formation initiale

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier notre directeur de recherche, Arnaud BONTEMPS, Auditeur à la Cour des comptes, pour sa disponibilité, ses encouragements, et son exigence. Il nous a permis d'appréhender au mieux la problématique de l'étude et nous a porté (toujours) plus loin.

Nous remercions également les personnalités qui ont contribué à enrichir ce rapport :

- ▼ Yvon MERLIERE, Directeur de projet DMP de la Caisse nationale d'Assurance maladie ;
- ▼ Les responsables ou interlocuteurs DMP des CPAM suivantes : Amiens, Arras, Bayonne, Clermont-Ferrand, Créteil, Laval, Nevers, Perpignan, Saint-brieuc, Toulon, Toulouse, Tours, Versailles ;
- ▼ Luc DUQUESNEL, Président des médecins généralistes à la Confédération des Syndicats Médicaux français (CSMF) ;
- ▼ Michel SERIN, Président MG France Bourgogne et Président du syndicat des maisons de santé France ;
- ▼ L'ensemble des médecins généralistes qui ont répondu à notre enquête ;
- ▼ Alain HUSSELSTEIN, Responsable des systèmes d'information de l'ARS de Corse.

Merci à l'EN3S, notamment à Agnès Cardineau, Attachée de direction à la formation initiale et aux service communication.

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	5
1. LA STRATEGIE DES CPAM DANS L’USAGE DES OUTILS NUMERIQUES PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS EST CENTREE SUR LE DMP	7
1.1 LES ENJEUX DU DEVELOPPEMENT DES SERVICES NUMERIQUES EN SANTE	7
1.2 COORDINATION DES SOINS ET OUTILS NUMERIQUES : DES DIFFICULTES ANCIENNES, UN ACTEUR CENTRAL, DES OUTILS MULTIPLES	8
1.3 LE DMP : OBJECTIFS, PRINCIPES ET STRATEGIE DE DEPLOIEMENT	12
2. LA CNAM PARTICIPE A L’ELABORATION DE LA STRATEGIE NUMERIQUE NATIONALE AINSI QU’A SA DECLINAISON LOCALE EN PARTENARIAT AVEC LES ARS	15
2.1 LA CNAM EST IDENTIFIEE COMME UN DES ACTEURS MAJEURS DES POLITIQUES NATIONALES DE SANTE AUX COTES DES MINISTERES PUBLICS	15
2.2 LA DECLINAISON DE LA POLITIQUE NUMERIQUE EN SANTE SE FAIT A L’ECHELLE LOCALE PAR LES ARS ET LES CPAM.....	17
3. LES LIMITES A L’UTILISATION DES OUTILS NUMERIQUES PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS SONT MULTIPLES	21
3.1 LA COMPLEXITE DU PILOTAGE INSTITUTIONNEL IMPACTE LE DEPLOIEMENT DES OUTILS NUMERIQUES PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS.....	21
3.2 L’UTILISATION DES OUTILS NUMERIQUES DE COORDINATION DES SOINS EST LIMITEE PAR LES PRATIQUES DES ACTEURS	23
3.3 LES COMPLEXITES TECHNIQUES FRAGILISENT LA GENERALISATION DES OUTILS NUMERIQUES DE COORDINATION DES SOINS.....	25
4. PRECONISATIONS AFIN DE RENFORCER L’USAGE DES OUTILS NUMERIQUES PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS	27
4.1 DES PRECONISATIONS VISANT L’AMELIORATION DE L’ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS PAR LES CPAM	27
4.2 DES PRECONISATIONS VISANT A INCITER ET FORMER A L’USAGE DES OUTILS NUMERIQUES PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS AU NIVEAU NATIONAL	31
4.3 DES PRECONISATIONS EN VUE DE L’AMELIORATION TECHNIQUE DES OUTILS PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS.....	32
4.4 DES PRECONISATIONS AFIN DE MOBILISER LES ACTEURS ET ARTICULER LES REFORMES DU SECTEUR DE LA SANTE AUTOUR DES SERVICES NUMERIQUES PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS	33
5-CONCLUSION	35
ANNEXE – PROPOS LIMINAIRES	36
1 – ETUDE DES STRATEGIES EXISTANTES.....	36
2 – ETUDE DES BESOINS ET ATTENTES DES USAGERS.	36
ANNEXE 1 : SOLLICITATION DES CPAM	37
1. SYNTHESE DES ENTRETIENS REALISES AUPRES DES CPAM NON EXPERIMENTATRICES	37
2. SYNTHESE DES ENTRETIENS REALISES AUPRES DES CPAM EXPERIMENTATRICES	39
ANNEXE 2 - SYNTHESE DE L’ETUDE SPHINX	42
1. QUESTIONNAIRE	42
2. ÉTUDE DES RESULTATS.....	42

3 - LOGIGRAMME PRESENTANT LE QUESTIONNAIRE	44
ANNEXE 3 : LES ENTRETIENS TELEPHONIQUES	50
1. ENTRETIEN AVEC M. DUQUESNEL - PRESIDENT DU SYNDICAT CSMF	50
2. ENTRETIEN AVEC M. SERIN – PRESIDENT DU SYNDICAT MG FRANCE	51
3. ENTRETIEN AVEC M. MERLIERE – DIRECTEUR DU DEPLOIEMENT DU DMP A LA CNAM	53
4. RETRANSCRIPTION D’ENTRETIEN AVEC ALAIN HUSSELSTEIN (RESPONSABLE A LA DIRECTION DES SYSTEMES D’INFORMATION ARS)	55
ANNEXE 4 : MACRO PLANNING DU PROJET	58
ANNEXE 5 : BIBLIOGRAPHIE	62
1 - LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE	62
2 - DELEGUE DE L’ASSURANCE MALADIE.....	65
3 - CONSEILLER INFORMATIQUE SERVICE CIS	66
4 - MSSANTE	66
5 - MEDICAL CARE - PARTAGE D’INFORMATIONS	66
6 - PAERPA.....	67
ANNEXE 6 : EXTRACTION COMPLETE DE L’ETUDE SPHINX	68
1. ÉTUDE CONCERNANT LES UTILISATEURS DU DMP	68
2. ÉTUDE DES BESOINS ET ATTENTES DES NON UTILISATEURS DU DMP	78
3. ÉTUDE DES UTILISATEURS DE LA MSS	86
4. ÉTUDE DES BESOINS ET ATTENTES DES NON UTILISATEURS D’UNE MSSANTE	89
RESUME	90

« *Les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment* »¹ est une ambition affichée par Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé. Cette ambition est au cœur de l'évolution du système de santé, qui repose aujourd'hui sur le parcours de soins du patient pour lequel la coordination est essentielle, à savoir le circuit que les patients doivent suivre pour accéder aux soins².

L'amélioration de cette coordination des soins apparaît comme un moyen d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge de l'assuré, du point de vue curatif comme préventif. Des soins coordonnés favorisent en effet une meilleure prise en charge et une transversalité des diagnostics. Ils permettent également de réduire le nombre d'actes « non nécessaires », de limiter les actes redondants ou contre-indiqués et donc des risques iatrogènes y afférents.

La coordination des soins a également un impact économique. Selon Agnès Buzyn, 30% des dépenses d'Assurance maladie ne sont pas pertinentes³. Au-delà de l'importance de la pertinence des soins pour la qualité de la prise en charge, elle est aussi un levier de meilleure utilisation des ressources financières disponibles et permet donc de faciliter le respect de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). De plus, cette coordination permet d'optimiser les ressources humaines disponibles, ce qui peut s'avérer précieux dans le contexte de raréfaction de celles-ci (allongement des délais de rendez-vous, difficultés pour consulter un praticien, spécialités moins fréquentes).

Enfin, la coordination des soins constitue une réponse à des évolutions contemporaines qui transforment les relations entre les parties prenantes à la prise en charge de l'utilisateur. En effet, les patients sont de mieux en mieux informés, et la constante recherche d'amélioration de l'efficacité de la prise en charge est de plus en plus prégnante. De même, les professionnels de santé se spécialisent de manière croissante et des outils de coordination permettent de centraliser des diagnostics et prise en charge diverses.

Au surplus, elle peut contribuer à relever les défis sociaux majeurs, comme le vieillissement de la population, le progrès médical, la prise en charge des pathologies complexes et plurales.

Cette coordination implique une organisation entre professionnels de santé. Depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés par la loi du 13 août 2004, le médecin traitant est la pierre angulaire de la prise en charge de l'utilisateur. Il est en effet chargé d'orienter l'utilisateur vers le spécialiste qui semble le plus indiqué pour la prise en charge de sa pathologie. Il faut donc également y inclure l'ensemble des parties prenantes : les professionnels de santé, les établissements de santé, les organismes d'Assurance maladie et les autres acteurs du secteur de la santé.

Cette coordination implique également des solutions techniques : les outils numériques de coordination des soins. Ces outils ont vocation à fluidifier les relations entre les intervenants médicaux et paramédicaux, au service de la construction progressive d'une logique de parcours de soins. A plus long terme, ces outils numériques faciliteront également la généralisation de nouvelles pratiques de médecine comme la télémédecine ou encore le développement des logiciels d'aides à la prescription. De par son rôle dans la coordination des soins, le médecin traitant représente une première cible intéressante pour généraliser l'utilisation des outils numériques publics de coordination des soins et constitue le cœur de cible des actions de communication menées par l'Assurance maladie.

¹ Feuille de route de la Stratégie de santé 2018-2022

² Site ameli.fr

³ Journal « Libération » du 27 novembre 2017

L'existence de ces outils numériques est cependant conditionnée par l'utilisation qui en est faite, nécessaire à l'amélioration de la coordination des soins. Ils dépendent de l'implication et de l'adhésion des usagers – professionnels de santé et patients – et dans ce cadre, le réseau d'Assurance maladie peut jouer un rôle déterminant.

Les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) entretiennent en effet, quotidiennement, des relations avec les professionnels de santé et les assurés. Dans le cadre de l'objectif de maîtrise des dépenses de santé, elles appliquent auprès des professionnels de santé un plan d'action en matière de gestion du risque consistant en l'évaluation et le suivi de leurs pratiques. Elles participent par ailleurs au développement de parcours de soins des assurés au travers de dispositifs tels que Prado, Paerpa ou Sophia⁴.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 a renforcé ce rôle des CPAM dans le développement des parcours de soins en confiant au réseau d'Assurance maladie le déploiement du nouveau dossier médical partagé (DMP), parfois qualifié de « carnet de santé numérique ». Les CPAM sont en première ligne du déploiement de ce dossier, disposant en interne de professionnels permettant la sensibilisation à l'usage des outils numériques publics de coordinations de soins. Cette fonction nouvelle pose cependant de manière accrue la question des leviers dont elles disposent au soutien d'un objectif d'usage de ces outils numériques – et non uniquement de déploiement – ainsi que des relations qu'elles entretiennent avec les autres acteurs chargés d'outils numériques de coordination des soins, au premier rang desquels les ARS. Elle interroge, en toile de fond, sur la stratégie nationale de développement du numérique en santé et d'amélioration, par ce biais, de la coordination des soins.

Afin de proposer une stratégie de développement des usages des outils numériques publics de coordination des soins la plus fine possible, notre groupe de travail a entrepris une étude globale de l'existant afin de définir une stratégie la mieux adaptée à la situation. Cette étude a consisté en la réalisation d'entretiens avec de multiples interlocuteurs : représentants de la CNAM, de CPAM, d'ARS, et responsables de syndicats de professionnels de santé. De même, une immersion en CPAM a permis de confronter la théorie à la réalité, et de cerner les attentes des usagers comprenant les professionnels de santé et assurés. Ces entretiens ont eu pour vocation d'identifier les enjeux, les contraintes du sujet et de réaliser un diagnostic des bonnes pratiques. En complément, une enquête menée en ligne auprès d'une soixantaine de médecins généralistes a été réalisée pour déterminer leurs besoins et attentes, car chargés d'utiliser ces outils.

Ce rapport a pour objectif de qualifier la stratégie des CPAM dans la coordination des outils publics numériques de santé (I) qui s'inscrit dans un environnement complexe (II). Ce contexte génère certaines limites à l'usage (III) ce qui nous a conduit à émettre des préconisations pour l'avenir (IV).

4 Prado (Parcours de retour à domicile) ; Paerpa (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ; le dispositif nommé « Sophia » (Parcours des personnes souffrant de maladies chroniques).

1. LA STRATEGIE DES CPAM DANS L'USAGE DES OUTILS NUMERIQUES PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS EST CENTREE SUR LE DMP

1.1 Les enjeux du développement des services numériques en santé

Les services numériques en santé poursuivent des objectifs que l'on peut regrouper selon trois axes :

- ▼ Favoriser l'information des patients et les rendre acteurs de leur santé ;
- ▼ Renforcer l'efficience du système de santé et simplifier les démarches ;
- ▼ Mieux coordonner le parcours de soins.

Favoriser l'information des patients et les rendre acteurs de leur santé

Le 2 septembre 2008, Roselyne Bachelot expliquait à l'occasion de la remise du rapport sur la « Mission éducation thérapeutique du patient » que le patient, « *en dépit de l'étymologie impliquant la passivité du malade, objet d'un traitement, devait devenir un patient actif* ». L'objectif était de permettre aux malades de gagner en autonomie, au travers de l'appropriation de compétences favorisant la prévention en santé et l'amélioration de leur qualité de vie.

Les outils numériques permettent aujourd'hui au patient d'être acteur de sa santé par un accès facile à la connaissance en matière de santé et à l'information le concernant. En comprenant mieux ses traitements, en effectuant des comparaisons, il participe pleinement à la qualité de ses soins et rend les échanges avec le professionnel de santé plus riches. Les technologies de l'information permettent au patient de devenir acteur de sa santé.

En effet, les sites d'information sur la santé foisonnent, émanant de diverses sources : ministères, services déconcentrés de l'État ou services publics, initiatives associatives et privées. Il est possible de citer par exemple le site du ministère des solidarités et de la santé, sante.fr (fort d'un réseau de plus de 100 000 professionnels), le forum ameli.fr (lancé en juin 2017, plus de 20 000 questions ont trouvé réponse), doctissimo.fr (lancé en 2010 par deux médecins et appartenant aujourd'hui au groupe Lagardère) pour les plus connus. Il existe aussi de nombreux sites dédiés à la santé ou à vocation plus vaste, et des blogs, dans lesquels les usagers s'expriment sur la (et leur) santé.

Outre l'accès à l'information, de nombreux sites permettent au patient d'intervenir directement dans son dossier. De ce point de vue, le DMP, comme les sites internet ameli.fr par exemple, offrent la possibilité de numériser, centraliser, mettre à jour, suivre les informations médicales. Le législateur, en permettant au patient d'alimenter lui-même son suivi médical, prévoit les dispositifs pour l'impliquer et l'accompagner vers une médecine toujours plus digitalisée.

Renforcer l'efficience du système de santé et simplifier les démarches

Tout comme pour l'accès à l'information, les applicatifs de services de santé se développent au rythme des progrès technologiques. L'Assurance maladie offre la possibilité, au travers du site ameli.fr, de réaliser une majorité de formalités en ligne. Elle développe aussi des applications liées à la prévention santé pour développer de nouveaux réflexes, comme *Activ-dos*. Cette application fonctionne comme un coach (conseils, quizz et exercices). Les mutuelles développent également des services innovants. Ainsi avec la mutuelle *Plansanté* les assurés prennent en photo leurs feuilles de soins et l'envoient directement sur l'application

smartphone dédiée. Ce service accélère le traitement du dossier, sécurise les échanges et facilite le suivi des remboursements.

Si le développement du numérique est source de simplification pour les usagers, assurés et professionnels de santé, il permet également des gains d'efficacité importants. La CNAM a ainsi estimé les gains d'efficacité à 330 ETP (équivalent temps plein) par point de dématérialisation supplémentaire des feuilles de soins, soit un gain de 1 485 ETP entre 2012 et 2016⁵ rien que sur les feuilles de soins. Les ETP gagnés semblent permettre au réseau de redéployer une partie des activités sur l'amélioration de la relation de service, la promotion des services en ligne et l'accompagnement des usagers.

Mieux coordonner les parcours de soins

Le parcours de soins se trouve renforcé par les possibilités offertes grâce au développement des nouvelles technologies.

L'Assurance maladie propose divers services de parcours de soins : la PFIDASS (plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé) pour lutter contre le non-recours aux soins ; le dispositif Prado (Parcours de retour à domicile) pour un meilleur accompagnement des personnes qui sortent de l'hôpital ; le dispositif nommé « Sophia » pour accompagner les personnes souffrant de maladies chroniques ; le Paerpa (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) pour accompagner le parcours de santé des aînés. Tous ces services disposent de portails internet ou d'applications dédiées. Ayant davantage l'objectif d'optimisation de parcours et de soins à grande échelle, le DMP porté aujourd'hui par l'Assurance Maladie et les plateformes développées par les ARS E-Ticss (Territoire innovant coordonné santé social) sont principalement portées par les évolutions technologiques.

D'autres initiatives, du secteur privé, parviennent à se coordonner pour offrir un service qui semble performant au regard du taux d'adhésion. Ainsi, deux médecins spécialistes des maladies chroniques ont développé une plateforme pour optimiser les parcours de soins des patients et améliorer leur prise en charge. Ils le présentent comme un carnet de santé intelligent « Aviitam », complémentaire au DMP. Les assurés renseignent sur la plate-forme leurs antécédents, vaccins, résultats d'examens⁶. Le service Aviitam dispose d'une « intelligence artificielle » qui prépare les consultations par le biais d'un questionnaire. La plate-forme propose des forfaits payants pour que les médecins se connectent aux carnets de santé des patients (1 300 médecins connectés).

L'évolution croissante de ce domaine a conduit les pouvoirs publics à légiférer : avec la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, la HAS (Haute autorité de santé) certifie les sites informatiques dédiés à la santé, et les logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de bonnes pratiques.

1.2 Coordination des soins et outils numériques : des difficultés anciennes, un acteur central, des outils multiples

La logique de parcours de soins repose sur une coordination entre les professionnels de santé, coordination au sein de laquelle le médecin traitant occupe une place centrale. Si les outils numériques de coordination des soins visent à renforcer l'effectivité de cette

⁵ Cour des comptes, rapport public annuel, T2, chapitre IV : « Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser », février 2018

⁶ Les Echos du 22 mai 2018

coordination, leur foisonnement peut parfois être contre-productif, en complexifiant leur assimilation par les acteurs.

Il a toujours été difficile de coordonner de manière efficace les soins en France

En 2008, soit quatre années après la mise en place du parcours de soins coordonné, le rapport Larcher⁷ dénonçait déjà un cloisonnement entre les soins de ville et l'hôpital, le parcours chaotique de certains malades et le nombre excessif d'hospitalisations. Il estimait que « *le système de soins ne parvient pas à un système de santé prenant en charge de manière coordonnée la totalité des besoins, de la prévention aux soins aigus, des soins de ville à l'hospitalisation* ». Le rapport Larcher concluait ainsi, pour des raisons de coût et de qualité, à la nécessité d'une meilleure complémentarité entre le secteur ambulatoire et les établissements de santé, ainsi qu'entre les établissements eux-mêmes.

C'est notamment pour cette raison que le déploiement d'outils d'aide à la coordination des soins a été affiché comme l'une des priorités de la « stratégie nationale e-santé 2020 » (mai 2016) : « *tout investissement public dans les systèmes d'information doit contribuer au déploiement des outils suivants : le DMP et les MSS (messageries sécurisées de santé), qui permettront aux professionnels d'échanger en toute sécurité les informations sur leurs patients. Il s'agit aussi de répertoires partagés permettant aux professionnels de santé de connaître l'offre de soins disponible à tout moment afin d'orienter au mieux les patients.* »

Les outils numériques permettant la coordination des soins tournent autour d'un acteur central : le médecin traitant

Pour développer la coordination des soins, le médecin généraliste a été institué comme le pivot du parcours de soins à compter du 1^{er} janvier 2006. En tant que médecin traitant, il centralise tout ce qui relève de la prise en charge de son patient et se trouve dès lors positionné comme un acteur majeur pouvant favoriser l'usage de technologies et services numériques.

L'alimentation et l'utilisation du DMP telles qu'actuellement conçues reposent ainsi en grande partie sur cette fonction. Le médecin traitant est le seul professionnel disposant d'un accès privilégié et intégral au DMP des patients. Ce dossier numérique a pour ambition de faciliter son office central dans l'orientation des parcours de soins coordonnés, par l'accessibilité à l'ensemble du dossier, aux derniers examens et remboursements, ou aux interventions d'autres spécialités qu'il procure, autant d'éléments qui permettraient de suivre le parcours des patients et leur procurer les soins les mieux adaptés à leur situation.

Ainsi équipé par des outils numériques, le médecin pourrait devenir le « manager » de la santé du patient, tel que proposé par Pierre-Louis Druais, président du collège de la médecine générale, à l'occasion de la journée de l'obésité du 5 septembre 2018, « *à condition qu'il puisse avoir à sa disposition les outils nécessaires comme le DMP* ». La participation de l'équipe de soins primaires (pharmaciens, kinésithérapeutes et infirmiers) au DMP et à son alimentation est également une condition de l'utilité de celui-ci comme véritable outil de coordination des soins.

Le foisonnement de ces outils risque cependant de créer une complexité excessive pour les médecins, en tant qu'usagers des outils numériques de coordination des soins.

⁷ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Gérard Larcher, 2008

La multiplicité et la superposition d'outils ne facilitent pas leur utilisation

Ainsi de nombreux outils publics ont été récemment développés afin de permettre la coordination des soins, sans pour autant avoir été hiérarchisés ou avoir fait l'objet de spécifications précises quant à leur usage. Il semblerait néanmoins utile de distinguer ceux qui relèvent du socle à déployer sur l'ensemble du territoire de ceux qui interviennent en complémentarité.

Cette distinction semble notamment utile auprès des médecins traitants, qui disposent parfois de tellement d'outils de coordination qu'ils disent ne pas en comprendre le fonctionnement, la plus-value ou tout simplement l'articulation entre eux.

Des outils socles à déployer sur le territoire

Trois principaux outils apparaissent constituer un « socle » national dont la volonté de déploiement est générale :

- ▼ La MSSanté : outil de communication entre médecins (échanges sécurisés entre deux professionnels). Le professionnel de santé choisit son opérateur de messagerie MSSanté qui crée une adresse mail rattachée à l'un de ses domaines et l'inscrit dans l'annuaire MSSanté. L'espace de stockage et les fonctionnalités varient mais doivent répondre au dossier des spécifications fonctionnelles et techniques (DSFT), de la DMP-compatibilité défini par l'Asip Santé⁸.

La liste des opérateurs MSSanté est étendue, on peut citer par exemple : Adista, Agfa Health care, Compagnie générale de Santé, e-sis 59/62, ELSAN SAS, Enovacom, ESEA Nouvelle Aquitaine, Honestica, Mailiz, Mediware, ou Sephira.

Environ 53 000 boîtes aux lettres numériques et 900 établissements de santé étaient raccordés à la MSSanté en avril 2017⁹ ;

- ▼ Le DMP : outil de partage de documents (carnet de santé électronique, avec documents liés) utiles à la coordination des soins ;
- ▼ Les systèmes d'information coordonnés telle la plate-forme SISRA regroupent un ensemble de ressources développées dans le cadre de besoins de partage et d'échanges entre professionnels de santé : chaque parcours de soin est supporté par un système d'information, et chaque groupement de libéraux ou de centres hospitaliers développe son système d'information permettant de coordonner leurs actions.

Parmi les outils socles, le foisonnement de solutions rend apparemment peu lisible l'offre de service et l'usage qui pourrait en être fait. Certaines des CPAM consultées¹⁰ ont par exemple rapporté que beaucoup de médecins utilisateurs du DMP envoient sur la messagerie sécurisée de santé les documents qu'ils chargent sur le DMP. Ils intègrent par ailleurs ces informations sur leur dossier patient. Cette redondance dans l'utilisation des différents outils semble refléter un manque dans la communication sur leur articulation entre eux et sur les besoins auxquels chacun répond.

⁸ Agence des Systèmes d'Information Partagés de **santé** (Agence française de la santé numérique)

⁹ Le quotidien du médecin, 8/02/2018

¹⁰ Entretien téléphonique CPAM de Vannes

Des outils complémentaires d'appui à la coordination développés par les ARS

Les ARS développent E-Ticss¹¹, un bouquet de services numériques qui permet aux professionnels du secteur social et médicosocial, de favoriser le maintien à domicile du patient et de faciliter la coordination des acteurs autour de son parcours de santé et de vie.

Pour ce qui concerne l'articulation DMP et E-Ticss, dans les régions expérimentatrices des Territoires de Soins Numériques (TSN)¹², le déploiement du DMP a vocation à s'inscrire dans un système coordonné, avec une complémentarité entre ce dernier (outil socle, permettant le partage d'informations utiles à la coordination) et les outils développés dans le cadre des TSN (qui permettent de déclencher la coordination)¹³.

Comparaison DMP/E Ticss	DMP	E-Ticss
Objectifs principaux	Permet de partager les informations médicales utiles pour une prise en charge coordonnée en lien avec le patient/ usager	Permet le déclenchement d'une coordination pour des patients « complexes »
Territoire couvert	France entière. Existe déjà en création/alimentation par les PS libéraux et hospitaliers.	Dépend des régions. Extension progressive
Population cible	Tout assuré ayant recours aux soins	Parcours de soins ciblés en priorité : personnes âgées en sortie d'hospitalisation, diabétiques ou encore insuffisants cardiaques...
Création	Par le professionnel de santé (ou salarié établissement) avec le consentement du patient, ou par le patient (après extension)	Par professionnel de santé (ou salarié établissement), avec le consentement du patient
Alimentation	Par professionnel de santé, et automatique via l'historique des remboursements	Par professionnel de santé
Modalités d'accès	Nécessite carte CPS (ou CPE) et carte Vitale de l'assuré (exception : procédure d'urgence)	Accès par niveaux d'habilitations
Parcours du dossier	Accès aux professionnels de santé. Accès pour le patient	Accès aux professionnels de santé

Les deux outils sont en principe complémentaires : à court terme, un lien direct devrait permettre d'accéder au site DMP depuis le portail E-Ticss. L'objectif pour les ARS est de faciliter dans les prochaines années « l'interopérabilité » : un document déposé dans le DMP sera automatiquement enregistré dans l'outil E-Ticss, et vice-et-versa. Le DMP est « outil essentiel à la coordination des soins »¹⁴ : carnet de suivi informatisé dont devra bénéficier tout patient, et qui facilite un premier niveau de coordination entre professionnels de santé. E-Ticss

¹¹ E-Ticss : Territoire innovant Coordonné Santé Social

¹² Nouvelle Aquitaine ; Bourgogne Franche Comté ; Ile-de-France ; Auvergne Rhône-Alpes ; Océan Indien

¹³ Cf partie 2.2 « déclinaison de la politique numérique en santé »

¹⁴ COG 2018-2022 de la CNAM

permettra quant à lui, de faciliter le déclenchement de la coordination entre professionnels de santé pour les patients le nécessitant.

Dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAM pour 2018-2022 figure un engagement fort de l'État, celui de s'assurer de la complémentarité des projets numériques qu'il pilote avec le déploiement du DMP et de la MSS. Il favoriserait la création et l'alimentation du DMP en utilisant le levier du plan hôpital numérique. Ainsi, le DMP serait un outil pivot de la coordination des soins, mais intégré dans un dispositif plus général.

L'institution du médecin traitant a donc eu pour objectif d'assurer la coordination des soins et le suivi médical optimal des patients ainsi que l'orientation dans des parcours de soins coordonnés. Si les outils numériques de coordination des soins sont censés servir cet objectif, leur multiplicité pose une question importante d'assimilation et d'usage par cet acteur central.

1.3 Le DMP : objectifs, principes et stratégie de déploiement

L'objectif du DMP est de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins

Le dossier médical partagé est la nouvelle version du dossier médical personnel qui avait été institué par la loi n°2004-810 du 13 août 2004, avec l'objectif de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins. En ce sens il devait « *permettre la collecte sécurisée des données individuelles des patients et des traitements et soins qui leur sont prodigués* »¹⁵. Le pilotage du dispositif avait alors été confié dès 2005 à un GIP regroupant l'Etat, la Caisse des dépôts et consignations et l'Assurance maladie.

De nombreux dysfonctionnements liés à la gouvernance n'ont pas permis à ce projet d'honorer ses objectifs et le déploiement du DMP a été suspendu en 2013, notamment à la suite du rapport de la Cour de comptes sur le coût de cet outil¹⁶. La Cour a constaté que le GIP n'avait ni le dimensionnement ni les moyens en adéquation avec les ambitions qui lui étaient confiées.

L'analyse de cette première tentative de déploiement a mis en avant la complexité d'un pilotage national partagé. De ce fait, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a confié au 1^{er} janvier 2017 le DMP à la CNAM, déjà investie dans le développement de dispositifs de coordination des soins et assurant un maillage du territoire auprès des assurés et des professionnels de santé. L'objectif du DMP est le même mais la transition semble porteuse : après quatre mois d'expérimentation dans neuf départements, un rythme de 10 000 DMP étaient créés par semaine (soit 40 % de créations de plus qu'en 2012)¹⁷.

L'accord signé début octobre 2018 entre la CNAM et l'union nationale des professionnels de santé (UNPS) prévoit l'atteinte de quarante millions de DMP ouverts d'ici cinq ans (l'objectif COG CNAM 2018-2022 est de 3,5 millions de DMP ouverts fin 2018, 10 millions fin 2019 et 40 millions en 2022). Ainsi, 1,2 million de DMP étaient ouverts début juillet 2018, avant le lancement, le 6 novembre dernier, de la communication nationale ayant pour objectif de stimuler massivement l'ouverture de DMP.

Une des différences majeures entre le DMP de 2010 et celui de 2018 relève du contexte : à l'origine, la vocation du DMP était d'être le pivot de la coordination des soins. Or, notamment du fait de l'échec de ce dernier, d'autres acteurs ont développé leurs outils numériques, notamment de coordination des soins. De fait, le DMP, même au regard de sa

¹⁵ Cour des comptes, rapport public annuel, T2, chapitre IV : « Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser », février 2018

¹⁶ Cour des comptes, rapport public sur le coût du dossier médical personnel (DMP), février 2013

¹⁷ Cour des comptes, *ibid.* février 2018

dernière version n'est plus qu'un outil parmi d'autres. Pourtant pour les pouvoirs publics et la CNAM, le DMP reste central et la stratégie de cette dernière est centrée sur le DMP.

Les principes de fonctionnement du DMP

Le DMP contient divers renseignements

- ▼ Administratifs : identifiant, adresse, téléphone, personne à prévenir en cas d'urgence, choix en termes de don d'organe et souhaits quant à sa fin de vie ;
- ▼ Cliniques : pathologies en cours, antécédents, allergies médicamenteuses, facteurs de risque, vaccinations, dates des derniers dépistages (frottis, mammographie, coloscopie...);
- ▼ Paracliniques : comptes rendus d'imagerie, résultats d'analyse biologiques, comptes rendus d'opération en cas d'intervention ;
- ▼ Relatifs aux soins : traitements au long cours en lien avec l'historique des remboursements ; courriers des spécialistes intervenus dans le parcours de soins.

Un accès paramétré en fonction des profils

La totalité du DMP n'est pas accessible à l'ensemble des professionnels de santé. Chacun a accès à des différentes informations selon son périmètre d'intervention.

- ▼ Les professionnels de santé (libéraux et hospitaliers) et toute personne exerçant sous la responsabilité d'un professionnel de santé ;
- ▼ Le personnel administratif des établissements de santé et médico-sociaux (uniquement à la partie administrative du DMP) ;
- ▼ Le patient lui-même (ainsi que son tuteur ou curateur le cas échéant) a la possibilité de déposer des documents grâce à son « espace personnel » et de masquer certaines informations vis-à-vis de certains professionnels de santé ; Il y accède via le site mon-dmp.fr ;
- ▼ L'Assurance Maladie pour les données de remboursement.

Les professionnels de santé déposent les documents relatifs à leur intervention

<i>Catégories de Professionnel de santé</i>	<i>Documents attendus pour alimenter le DMP</i>
<i>Médecin traitant</i>	<i>Volet de Synthèse Médicale (VSM)</i>
<i>Spécialistes</i>	<i>Compte-Rendu de consultation</i>
<i>Spécialistes en Cancérologie</i>	<i>Dossier Communicant de Cancérologie (DCC)</i>
<i>Biologiste</i>	<i>Compte-Rendu d'examen</i>
<i>Radiologue</i>	<i>Compte-Rendu d'imagerie médicale</i>
<i>Kinésithérapeute</i>	<i>Bilan d'examen à l'issue des séances</i>
<i>Infirmier</i>	<i>Dossier de Soins infirmiers, suivi des plaies, informations sur le suivi des anticoagulants et du diabète</i>

Les conditions d'ouverture du DMP

Le consentement préalable de l'utilisateur est requis à l'ouverture d'un DMP. Cette règle a été définie en concertation avec les associations de patients associés à la démarche de déploiement¹⁸.

En Belgique, au Canada ou en Australie, la même solution avait été retenue. Aujourd'hui, ces pays ont opté pour un système dit *systeme opt out* : le DMP est systématiquement créé pour chaque usager, celui-ci pouvant en revanche refuser de manière explicite cette création. Ce système produit de bons résultats dans ces pays. En France, ce système est utilisé dans la procédure du don d'organes avec des résultats corrects. Légalement, chaque français est aujourd'hui donneur d'organes sauf si de son vivant, l'individu a expressément refusé le prélèvement¹⁹. En France aujourd'hui et concernant le DMP, il est possible d'espérer à moyen terme la mise en place de ce système.

La stratégie de déploiement du DMP est centrée sur les assurés

Si la politique d'ouverture des DMP ne concerne pas uniquement les CPAM, elles ont néanmoins un rôle moteur dans son déploiement, notamment en ce qui concerne la démonstration auprès des assurés de son intérêt. Ce rôle est facilité par la relation de proximité qu'elles entretiennent avec leur environnement.

L'objectif des ouvertures en masse est d'inciter les professionnels de santé et les établissements à l'alimenter, en leur facilitant la tâche et en atteignant rapidement une masse critique pour faire entrer cet outil dans les usages. Il est également de susciter les demandes de la part des assurés, auprès de leurs médecins. La stratégie de la CNAM est de cibler les assurés afin que les professionnels de santé soient touchés et obligés d'entrer dans la démarche. Selon les réponses apportées par les médecins généralistes à notre enquête en ligne, ceux-ci n'évoquent pas spontanément le sujet des outils numériques publics de coordination des soins : c'est en majorité leurs patients qui les sollicitent sur ce sujet.

Cet objectif d'ouverture des DMP dans les accueils de CPAM vient se heurter aux autres objectifs de diminution et de maîtrise des flux, ce qui impose des adaptations. Ainsi, des points d'ouvertures décentralisés dans les établissements de santé ont été mis en place notamment dans les neuf CPAM expérimentatrices.

La totalité des responsables DMP des CPAM interrogées témoignent cependant de la confiance que leur accordent les assurés, et qui justifierait le fait que le DMP ait été confié à l'Assurance maladie. D'après eux, les interactions directes s'avèrent particulièrement efficaces. Outre l'évocation des éléments clés du carnet de santé électronique, il est possible d'adapter le discours au public (personnes âgées, parents etc...). Ils observent un accueil très positif du public, qui semble convaincu²⁰. Les interrogations des assurés portent souvent sur la sécurité des données stockées, mais ils sont sensibles à l'argument de l'utilisation du DMP par les services d'urgence ou encore dans le cadre de la coordination des soins entre la ville et l'hôpital.

Pour autant, le DMP ne sera utilisé que dans la mesure où, après les ouvertures, tous les acteurs participeront à son alimentation. La feuille de route nationale CNAM met en avant « l'alimentation » du DMP mais le rôle de l'Assurance maladie dans ce domaine se limite à l'adjonction des données de remboursement.

¹⁸ Dossier de presse CNAM « Point d'étape sur le DMP » 15 octobre 2015

¹⁹ dondorganes.fr

²⁰ Entretiens téléphoniques CPAM

Le DMP « a vocation à constituer, à la fois pour les patients et pour les professionnels de santé, le point d'entrée dans la médecine de parcours »²¹. Il renforce le rôle de l'Assurance maladie dans la coordination des soins. Néanmoins, au regard des retours de notre enquête en ligne auprès des médecins généralistes et des entretiens CPAM, l'appropriation par l'ensemble des acteurs n'est pas assurée, notamment du côté des médecins.

2. LA CNAM PARTICIPE A L'ELABORATION DE LA STRATEGIE NUMERIQUE NATIONALE AINSI QU'A SA DECLINAISON LOCALE EN PARTENARIAT AVEC LES ARS

Une étude « Opinionway » parue au printemps 2018 dans le Quotidien du médecin montre que les français ont une certaine curiosité en matière de santé numérique. Ils en apprécient l'idée pour le renouvellement d'ordonnance (86%), la demande d'information médicale simple (82%) ou pour un second avis médical (74%). 62% ont une appétence pour la consultation médicale à distance. Près d'un tiers sont prêts à utiliser le DMP et les services médicaux à distance. 81% considèrent que les solutions de santé numérique permettront d'améliorer la coordination des professionnels de santé. Le site ameli.fr de l'Assurance maladie, par exemple, est le site internet public de santé le plus consulté.

Ces résultats encourageants vont dans le sens de la mobilisation des pouvoirs publics pour la promotion de l'usage des outils numériques. La mise en œuvre nationale et la déclinaison locale de ces politiques publiques mobilisent l'ensemble des acteurs concernés : pouvoirs publics, organismes de sécurité sociale, professionnels de santé et assurés.

2.1 La CNAM est identifiée comme un des acteurs majeurs des politiques nationales de santé aux côtés des ministères publics

La participation active de la CNAM à la politique du numérique en santé

La stratégie nationale de santé (SNS) élaborée en 2012 puis celle de 2018-2022 tentent de répondre, notamment, à un besoin de coordination des soins entre ville et établissements de santé. L'usage des outils numériques apparaît comme une de ses composantes majeures²². La CNAM est pleinement sollicitée pour y participer. Ainsi, dans une lettre de mission du 9 mars 2018 adressée à la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, la ministre des Solidarités et de la Santé fixait les attendus en matière de participation de la CNAM à la politique de santé. Elle lui confiait en particulier le pilotage de la concertation sur le thème « accélérer le virage numérique », reconnaissant par là même la compétence du réseau dans ce domaine. Les objectifs fixés sont clairs : travailler pour favoriser l'interopérabilité des systèmes d'information, le développement des échanges sécurisés de données ou encore l'appropriation des différents outils par les acteurs concernés, en particuliers les professionnels de santé et les patients.

A titre d'exemple, confier le déploiement du DMP, première brique de « l'espace numérique de santé » des usagers, à l'assurance maladie illustre concrètement la

²¹ Cour des comptes, rapport public annuel, T2, chapitre IV : « Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser », février 2018

²² Chapitre 4 de la stratégie nationale de santé 2018 - 2022 « Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers »

reconnaissance par le gouvernement actuel de la capacité de la CNAM à mener des projets numériques d'envergure en santé.

La COG 2018-2022 traduit l'ambition numérique portée par les pouvoirs publics

Après la participation de la CNAM à l'élaboration de la politique numérique en santé, et son implication dans la promotion du DMP, l'engagement de la CNAM se matérialise par la traduction de cette impulsion nationale dans la COG 2018 - 2022. Celle-ci reprend ainsi l'orientation du chapitre 4 de la stratégie nationale en santé 2018-2022 : « accompagner l'innovation en santé »²³. L'Assurance maladie présente les objectifs de déclinaison dans son réseau de sa participation à la promotion des usages des outils numériques de coordination des soins.

Cette convention traduit une accélération du déploiement des téléservices auprès des professionnels de santé et des patients : usages systématiques des feuilles de soins électroniques, promotion des outils numériques, facilitation des échanges électroniques entre professionnels (y compris Net- entreprises), amélioration des fonctionnalités du compte ameli. Ces objectifs complètent la stratégie des CPAM pour faciliter les usagers des outils numériques en santé. La COG contribue enfin au pilotage du réseau des CPAM avec des objectifs, par exemple de création de DMP.

L'action de la CNAM s'intègre dans un paysage national complexe

L'élaboration des politiques mobilise plusieurs acteurs nationaux. L'action de la CNAM en faveur de la promotion des usages des nouvelles technologies s'intègre donc dans un paysage national complexe. La CNAM doit composer avec ces partenaires aux statuts et missions différents, tous concernés par les enjeux du numérique en santé :

- ▼ Des organes de consultation et d'évaluation des politiques publiques de santé comme le comité interministériel de la santé, placé sous l'autorité du Premier ministre. Il travaille sur la réalisation d'un bilan annuel des politiques de santé et la proposition d'indicateurs d'évaluation visant l'amélioration du système de santé. Il travaille en étroite collaboration avec le Haut Conseil à la santé publique (HCSP). Créé en 2004, ce dernier contribue également à l'évaluation de la SNS ;
- ▼ De nombreux ministères : en effet, les enjeux des politiques de santé concernent aussi bien le ministère des Solidarités et de la Santé, que celui de l'action et des Comptes publics, mais aussi potentiellement celui de l'Éducation nationale, ou celui de l'Économie. En définitive, les politiques de santé concernant l'ensemble de la société. La mise en œuvre de nouvelles orientations nécessite donc des efforts de coordination conséquents qui peuvent potentiellement en freiner le déploiement ou l'efficacité ;
- ▼ Les directions de l'ensemble des ministères concernés. Parmi les directions ministérielles les plus concernées figure la Direction de la Sécurité sociale (DSS). Rattachée au ministère des Solidarités et de la Santé ainsi qu'au ministère de l'action des Comptes publics, elle conçoit et assure la mise en œuvre des politiques relatives à la Sécurité sociale. Elle est l'acteur référent du dialogue de gestion avec l'Assurance maladie en ce qui concerne les négociations des COG. La capacité de la CNAM à favoriser le déploiement des usages des outils numériques en santé dépend en grande partie des négociations entre la CNAM et la DSS ;

²³ Chapitre 4 de la COG 2018-2022

- ▼ D'autres directions participent à l'élaboration des politiques de santé. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui travaille sur la télémédecine, les maillages territoriaux et la coopération professionnelle. Elle gère entre autres la sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, acteur clé de la qualité des soins, de l'innovation et de la recherche clinique ou encore les systèmes d'informations au cœur de l'évolution numérique du système de santé.

Cet inventaire non exhaustif souligne la complexité de l'organisation administrative des pouvoirs publics en charge de l'élaboration des politiques de santé.

Enfin, au niveau national, la mise en œuvre des politiques numériques en santé nécessite une articulation renforcée entre l'Assurance maladie et le Comité national de pilotage (CNP) qui constitue l'instance nationale de pilotage des acteurs déconcentrés des politiques de santé. Cette instance, rattachée au ministre des Solidarités et de la Santé, a la charge d'animer le réseau des ARS. Il leur transmet les directives nécessaires à la mise en œuvre territoriale de la politique nationale de santé. Il veille aussi à la cohérence de leurs actions en matière de santé publique, participe à l'organisation de l'offre de soins ou encore à la gestion du risque. Une part importante de son champ d'intervention revêt de la recherche de l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. La CNAM siège au sein de ce comité national, au même titre que la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie ou encore la Caisse centrale du Régime agricole.

En définitive, au niveau national, l'engagement de l'Assurance maladie au déploiement des outils numériques en santé (élaboration et mise en œuvre) prend plusieurs formes : collaboration étroite avec les ministres concernés, dialogue de gestion avec les directions compétentes, ou participation active dans les comités nationaux de pilotage.

2.2 La déclinaison de la politique numérique en santé se fait à l'échelle locale par les ARS et les CPAM

Même si l'élaboration des politiques de santé est conçue à l'échelle nationale pour des raisons d'homogénéisation et d'équité de traitement, les pouvoirs publics déconcentrent leur mise en application.

Les ARS, relais des ministères à l'échelle locale

Les ARS ont été créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009. Leurs missions englobent la restructuration hospitalière (regroupement des établissements, et organisation des filières de soins pour favoriser les transitions entre l'ambulatoire et l'hospitalier), mais aussi et surtout la mise en cohérence globale du système de santé en favorisant le décloisonnement des différents secteurs.

A l'échelle régionale, les ARS sont responsables de la déclinaison des politiques nationales de santé, notamment à partir de projets régionaux de santé (PRS). Les PRS servent de cadre d'intervention dans lesquels les ARS peuvent décliner la politique numérique en santé en menant à bien un ensemble de programmes pluriannuels : hôpital numérique, TSN, répertoire opérationnel des ressources, déploiement de la télémédecine, DMP, dossier communicant de cancérologie, MSS... Ces programmes ont pour but d'élever le niveau de maturité des systèmes d'information utilisés par les professionnels dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des patients.

L'action des ARS en vue de la conduite de la transition numérique se traduit :

- ▼ D'une part, par une concertation qui permet d'informer et de consulter les acteurs régionaux sur toutes les phases de la stratégie régionale e-santé associant l'ensemble des parties prenantes du champ de la santé numérique ;
- ▼ D'autre part, par la mise en place d'un groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) pour la conduite opérationnelle des projets régionaux.
- ▼ Enfin, en proposant le déploiement du dispositif ETICSS qui vient fédérer l'action des professionnels de santé auprès d'un public cible, grâce à des outils numériques de coordination des prises en charge (plateforme numérique, dossier informatisé).

Les CPAM, relais de la CNAM à l'échelle locale

Le choix d'une approche multicanale en fonction du public concerné

Comme le précisait Sandrine Lorme, directrice du programme stratégique « portail assuré et outils de gestion multicanal », lors du *Hacking Health Camp* de Strasbourg en 2018 : « *l'Assurance maladie entend devenir une plateforme d'intermédiation* ».

La méthode consiste à accroître la dématérialisation des relations entre les CPAM et ces partenaires privilégiés : assurés, professionnels de santé ou encore les employeurs cotisants. Pour cela les CPAM développent une offre de service adaptée aux différents publics concernés. Deux exemples d'offre de service :

- ▼ D'abord, à destination des patients. Le portail Ameli a récemment bénéficié d'une mise à jour pour intégrer de nouvelles fonctionnalités (en 2018, possibilité de réaliser une pré-inscription hospitalière et la souscription d'une complémentaire santé). De même, Ameli s'est associé à France connect pour simplifier la relation entre les citoyens et les administrations illustrant la pluralité des actions mises en œuvre par les CPAM dans le cadre de leur stratégie numérique ;
- ▼ Ensuite, à destination des employeurs. De nombreuses collaborations branche maladie-recouvrement concernent le développement de l'offre de services à partir du portail Net-Employeur complétant l'approche multicanale des CPAM.

L'exemple du DMP souligne les atouts des CPAM en matière de déploiement des outils numériques de santé

Le déploiement actuel du DMP offre la possibilité de comprendre les conditions de mise en œuvre d'un projet numérique dans le système de santé.

La stratégie de l'assurance maladie, élaborée en deux temps (neuf CPAM expérimentatrices puis généralisation) consistait à cibler des acteurs du système pour la promotion des outils numériques. D'abord dans l'accompagnement des professionnels de santé par les conseillers informatiques services (CIS) pour l'aspect technique, puis par les délégués de l'Assurance maladie (DAM), dans le cadre des rencontres individuelles relatives au suivi des professionnels. Quatre axes caractérisaient cette stratégie de déploiement :

- ▼ Ouverture des DMP dans les accueils des CPAM et dans certains établissements (Centres hospitaliers et EHPAD) et alimentation de la partie remboursements de soins. Pour les CPAM les plus avancées : accompagnement à l'alimentation des DMP auprès des établissements ;
- ▼ Promotion des outils numériques de santé (dont le DMP) auprès des établissements de santé ;

- ▼ Incitation à créer le DMP via internet ;
- ▼ Efforts de communications pour favoriser la création parmi le personnel et leurs ayants droits.

Des journées spécifiques (« les DayMp ») sont organisées dans les CPAM, conformément aux consignes nationales. Certaines CPAM ont aussi développé le concept « d'ambassadeur DMP » pour promouvoir le DMP à l'extérieur comme à l'intérieur de la caisse²⁴. Dans les caisses expérimentatrices, des campagnes d'informations ont été mises en place auprès des agents. Les CPAM expérimentatrices ont disposé du temps nécessaire pour éprouver le projet et le perfectionner²⁵. La fiabilité de l'outil a été très vite identifiée comme un facteur essentiel de déploiement auprès des usagers. Les CPAM s'accordent à dire que « *si l'outil technique bloque, c'est l'ensemble de la relation qui est fragilisée* » et il est difficile de récupérer un professionnel de santé si à la première utilisation le système a été défaillant²⁶.

De premiers résultats positifs en matière de déploiement et permettant d'identifier certains facteurs facilitateurs

Les différents entretiens menés auprès de ces CPAM préséries ont permis de constater un net impact sur l'alimentation du DMP, enjeu central de l'usage de cet outil. Cette alimentation passe notamment par les établissements de santé (+38% de documents ajoutés). Ce constat est partagé au sujet de l'implication des médecins libéraux (multiplication par dix du nombre de médecins généralistes alimentant le DMP²⁷).

Ces premiers éléments d'évaluation permettent de souligner l'impact des CPAM sur le nombre de DMP créés et également leur capacité à faire évoluer les pratiques des professionnels.

En définitive, au regard des entretiens menés au cours de cette étude par le groupe, certains facteurs de réussite d'une campagne de déploiement d'un outil numérique ont pu être identifiés par les professionnels des différentes CPAM rencontrés (CIS, DAM, responsables de GDR...) :

- ▼ L'implication forte et sincère de la direction et de l'ensemble des services ;
- ▼ La mobilisation du personnel sur la durée du projet ;
- ▼ La nécessité d'obtenir des marges de manœuvre pour financer des actions, notamment auprès des établissements ;
- ▼ L'entretien d'un réseau partenarial fort avec les établissements, et les représentants des professionnels de santé ;
- ▼ La capacité à surmonter les problèmes techniques liés à l'utilisation apparaissent comme des prérequis incontournables à la bonne conduite d'un projet numérique au sein du système de santé français.

A l'échelle locale, l'articulation entre ARS et CPAM est un facteur clé de réussite du déploiement d'outils numériques en santé et de leur appropriation par le public ciblé

La promotion des usages des outils numériques en santé met en évidence la difficulté à mobiliser des acteurs différents sur des objectifs communs. Cette coordination des acteurs entendue ici comme la capacité des ARS et des CPAM à convaincre les acteurs de la

²⁴ Responsable DMP CPAM de Perpignan

²⁵ Entretien Responsable DMP CPAM d'Amiens

²⁶ Entretiens responsables DMP CPAM Toulouse, CPAM d'Arras

²⁷ Synthèse entretiens CPAM expérimentatrice

pertinence des outils numériques dans le domaine de la santé et de leur nécessaire utilisation est un enjeu majeur de qualité de notre système de santé.

De ce point de vue, l'observation du déploiement du DMP souligne des résultats inégaux selon les territoires. Les entretiens réalisés auprès des CPAM permettent d'apporter quelques explications à ce constat. En particulier, est mise en avant l'importance de la qualité du partenariat entre les ARS et les CPAM qui doit permettre une bonne coordination des actions entre des niveaux territoriaux différents (région / département). Cette coopération permet en effet de mobiliser les moyens de chacun des acteurs en vue de l'atteinte de l'objectif posé.

Cette coopération entre les CPAM et les ARS est également nécessaire pour sensibiliser et convaincre des acteurs aux intérêts parfois divergents. Elle contribue à parler d'une même voix à des partenaires tels que certains professionnels de santé qui peuvent parfois ne pas être convaincus, de prime abord, de l'intérêt des outils numériques dans leurs pratiques. La question de l'échelon territorial le plus adéquat peut se poser. Des situations différentes ont été observées²⁸.

La participation des CPAM à la coordination des outils numériques en santé peut parfois être rendue difficile par les découpages des périmètres d'intervention. Les CPAM ont des relations privilégiées avec les professionnels de santé de la médecine de ville mais l'accompagnement du secteur médico-social et hospitalier relève d'avantage du champ de compétence des ARS (agrément de fonctionnement, financement...)

Au total, il apparaît que la bonne utilisation des outils numériques par l'ensemble des professionnels de santé et l'action de promotion des CPAM est corrélée à la bonne coordination entre ces deux acteurs institutionnels du système de soins : ARS et Assurance maladie. La capacité des CPAM à faire la promotion des outils numériques de coordination des soins est donc bornée par un champ d'intervention surtout axé sur la médecine de ville, la nécessité de convaincre des acteurs aux attentes différentes, et la qualité de la coopération avec l'ARS.

²⁸ Entretien ARS Corse et diverses CPAM

3. LES LIMITES A L'UTILISATION DES OUTILS NUMERIQUES PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS SONT MULTIPLES

3.1 La complexité du pilotage institutionnel impacte le déploiement des outils numériques publics de coordination des soins

La coordination des soins est, aujourd'hui, notamment conditionnée par l'articulation entre les deux acteurs institutionnels du système de soins que sont les ARS et les CPAM. Ainsi, la mise en avant des enjeux de coordination questionne, plus largement, les relations partenariales entre les ARS et l'Assurance maladie concernant leur capacité de travail collaboratif mais aussi les moyens dont disposent ces derniers.

La coopération CPAM-ARS prend des formes diverses selon les territoires

Le partenariat entre les CPAM et les ARS semble être un levier d'action potentiel à l'égard des professionnels de santé. Cependant, aujourd'hui, concernant la promotion des outils numériques de coordination des soins, l'effectivité de ce partenariat apparaît hétérogène sur l'ensemble du territoire. De fait, la circulaire nationale DMP ARS-CPAM ne semble pas suffisante pour faciliter leur travail collaboratif. Les CPAM souhaitent que la communication nationale de la CNAM de novembre 2018 induira une mobilisation générale²⁹ du réseau.

Selon les régions, les relations entre les CPAM et les ARS sont très diverses.

Par exemple, la coopération autour du déploiement du DMP n'est pas homogène³⁰. Selon les entretiens menés avec les ARS, dans certaines régions, telle la Corse, les ARS préfèrent assurer la promotion de leurs propres plateformes E-Ticss santé, de manière concurrentielle et non complémentaire. Ces logiciels possèdent de multiples fonctions regroupant :

- ▼ Une messagerie sécurisée ;
- ▼ Un dossier du patient ;
- ▼ Un dossier pharmaceutique ;
- ▼ Un dossier de partage et d'échange d'images médicales.

De plus, selon les entretiens menés auprès des CPAM et des ARS, le travail collaboratif entre ces deux institutions n'est pas homogène sur l'ensemble des territoires et dépend fortement du relationnel local. Par ailleurs, le périmètre d'action des ARS et des CPAM n'est pas identique, et les stratégies des CPAM ne sont pas toujours coordonnées au niveau régional.

Le déploiement opérationnel des outils numériques publics de coordination des soins proposé par les CPAM est perfectible

La CNAM dispose, à travers le réseau des CPAM, de relais auprès des professionnels de santé. Les CIS les accompagnent dans l'évolution des pratiques relatives aux outils numériques et aux télé-services, tandis que les DAM les informent sur les actualités et évolutions de l'Assurance maladie et le système de soins. Ces derniers sont également chargés d'évaluer leurs objectifs dans le cadre des rémunérations sur objectifs de santé

²⁹ Entretiens de multiples responsables du déploiement des outils numériques au sein de divers CPAM

³⁰ Entretien CPAM de Nevers

publique (ROSP). Ces relais peuvent être mobilisés pour les objectifs liés au développement et à l'alimentation du DMP.

La promotion du DMP constitue une tâche supplémentaire pour les CIS, par rapport à celles qui leur étaient traditionnellement dévolues. En cela, le métier de CIS a fortement évolué : alors que leur champ de compétence relevait, initialement, avant tout de l'assistance technique. Ils sont aujourd'hui chargés d'un volet nouveau de promotion envers les professionnels de santé.

De même, les DAM rencontrent des difficultés quant à la promotion des outils numériques publics de coordination des soins auprès des professionnels de santé. En effet, ils devront être en mesure de promouvoir l'intérêt des outils numériques dans un objectif de meilleur suivi du patient ou d'une coordination des soins plus effective³¹. Toutefois, ils ne disposent pas de l'expertise technique afin de répondre aux interrogations des professionnels de santé, et ne peuvent pas aider à l'installation technique des différents matériels. A l'inverse, les CIS peuvent combler ces manquements mais ne peuvent, au travers de leurs déplacements, faire la promotion des outils avec la même efficacité que les DAM.

Dès lors, les professionnels de santé doivent bénéficier de l'aide de deux agents différents de la CPAM avant de disposer de l'intégralité des éléments de réponse³² au sujet de l'utilisation de ces outils numériques, ce qui constitue une contrainte réelle.

Une incitation financière partiellement efficace

Pour promouvoir l'utilisation des outils numériques de coordination des soins, l'incitation financière des professionnels de santé n'est que relativement efficace. Sur ce point, l'aide à l'équipement informatique des professionnels de santé via le forfait structure, a un impact limité³³. En effet, le forfait structure a comme unique objectif l'équipement et non la prise en main de ce dernier, ce qui ne permet pas de proposer d'aide ou d'accompagnement des professionnels de santé à l'utilisation proprement dite des outils numériques de coordination de soins.

La ROSP pour les médecins libéraux, voire les conventions signées par les professions de santé, pourraient permettre d'inciter³⁴ les professionnels de santé à suivre les recommandations des CPAM. La ROSP des médecins libéraux inclut désormais un objectif relatif à l'utilisation d'un logiciel « DMP compatible ». Au surplus, dans le cadre du DMP, la convention signée avec les pharmaciens permet d'assurer un nombre conséquent d'ouvertures de DMP en échange d'un euro versé par ouverture³⁵. De même, le recours à une MSS par les professionnels de santé est incité grâce à sa présence parmi les indicateurs ROSP.

La nécessité d'inciter financièrement les professionnels de santé à l'utilisation des outils publics numériques de santé est révélatrice d'une limite du pilotage institutionnel.

En définitive, le système de santé français regroupe de nombreux acteurs dont les logiques et intérêts principaux peuvent parfois diverger. De ce point de vue, les outils numériques en santé, incontournables et représentant la médecine de demain soulignent les fragilités d'un système de santé morcelé tant dans son pilotage bicéphale que dans son application, étroitement liée à une pluralité des acteurs.

³¹ Entretien M Merlière responsable du projet DMP auprès de la CNAM

³² Immersion CPAM du Jura

³³ Entretien CPAM du Jura

³⁴ Entretien Dr Duquesnel-Président du syndicat de médecins généralistes CMSF

³⁵ Immersion CPAM du Jura

3.2 L'utilisation des outils numériques de coordination des soins est limitée par les pratiques des acteurs

Le secteur concurrentiel dans lequel s'inscrivent les outils numériques de coordination des soins ainsi que les pratiques liées à ces mêmes outils sont sources de frein à leur utilisation.

Les outils numériques de coordination des soins s'inscrivent dans un secteur concurrentiel

Ces outils sont autant de l'initiative privée que de l'initiative publique. Dans ce contexte, les acteurs privés jouent un rôle prépondérant.

Les outils numériques publics de coordination des soins requièrent une actualisation régulière des logiciels voire un changement de matériel des professionnels de santé du fait de leur constante évolution. Les CPAM se heurtent alors aux éditeurs de logiciels. En effet, dans le cadre du DMP, les CPAM se sont retrouvées dans l'obligation de décaler leur campagne de lancement officiel prévue courant octobre 2018 à début novembre de la même année, puisque les officines étaient insuffisamment équipées. Les éditeurs de logiciels, afin de permettre une interopérabilité entre leurs logiciels et le DMP, ont mis en place un boîtier payant afin de rentabiliser ce changement. Ceci constitue un frein dans l'accompagnement des professionnels de santé et notamment pour les convaincre d'utiliser ces outils.

Enfin, le non-usage des outils numériques publics provient parfois de l'utilisation par certains professionnels de santé « d'outils numériques maison », plus performants selon eux que le DMP voire qu'une MSS. A ce titre, nous pouvons citer la création récente d'un carnet de vaccination en ligne par l'union régionale des professionnels de santé de la région Auvergne Rhône-Alpes. Sur ce point, l'accompagnement des professionnels de santé par les CPAM est nécessaire pour renforcer l'intérêt ainsi que l'attractivité des outils numériques publics de coordination des soins.

Enfin, une certaine méfiance des médecins libéraux envers les outils publics a pu être notée³⁶. En effet, les professionnels de santé craignent une perte d'autonomie dans l'exercice de leur art en avançant un recul technologique par rapport aux outils privés dont ils disposent déjà.

Pour certains professionnels de santé, les outils numériques publics de coordination des soins sont chronophages et insuffisamment interopérables

L'introduction du numérique modifie la pratique des professionnels de santé, ajoutant une charge administrative jugée chronophage et pouvant se traduire par une moindre présence humaine auprès des patients³⁷.

Actuellement, l'ensemble des outils numériques de coordination des soins est trop complexe et nécessite un temps d'utilisation trop important. Par exemple, concernant le recours aux outils PAERPA et DMP, certains médecins généralistes affirment³⁸ que leur utilisation constitue une surcharge administrative. Au surplus, certains professionnels de santé³⁹ évoquent de nombreuses difficultés d'installation des outils.

³⁶ Entretien avec Docteur Duquesnel et données de l'étude qualitative Sphinx

³⁷ Rapport 2016 « Région Indre et Loire et le numérique »

³⁸ Données qualitatives de l'étude Sphinx

³⁹ Données qualitatives de l'étude Sphinx

Au surplus, malgré l'affirmation de M. Nicolas Revel « *l'intérêt du DMP était toutefois d'être correctement alimenté par les différents acteurs, ce qui nécessitait la mobilisation des professionnels et des établissements et la mise à disposition d'outils logiciels adaptés. Il est estimé qu'à ce jour, environ 69% de l'offre logicielle destinées aux médecins libéraux était compatible, sans donner de précisions s'agissant des systèmes d'information hospitaliers⁴⁰* ». Il est nécessaire que le DMP soit exploité par l'ensemble des professionnels de santé. Pour cela, il convient de le rendre compatible avec l'ensemble des logiciels métiers, et avec les autres outils numériques publics de coordination des soins.

Outre les éléments évoqués précédemment comme la multiplicité des outils, l'interopérabilité inégale ou encore la concurrence entre outils publics et outils privés, voire entre outils publics, l'utilisation non-massive ou l'absence d'alimentation d'un outil peut s'avérer le principal problème à son succès.

Le risque de non utilisation de certains outils numériques de coordination des soins est insuffisamment considéré

La non utilisation des outils numériques de coordination des soins peut être liée aux usages et craintes des professionnels de santé.

A titre d'exemple, une des principales réserves quant à l'utilisation du DMP par les professionnels de santé concerne son alimentation régulière. En effet, si la plupart des médecins ne sont pas réticent à l'utilisation du DMP (les deux tiers de l'échantillon), ces derniers affirment également vouloir que le DMP de leur patientèle soit alimentée par d'autres professionnels de santé. Toutefois, le DMP est méconnu par une partie significative des professionnels de santé (les deux tiers de l'échantillon). C'est pourquoi, malgré une difficile articulation entre l'ASIP et les CPAM, l'ouverture des outils numériques de santé à l'équipe de soins primaires pourrait inciter à leur utilisation.

De fait, si certains professionnels de santé n'alimentent pas régulièrement les DMP de leurs patients, alors le risque de non utilisation augmente du fait d'une méconnaissance de l'outil.

Enfin, afin d'être exonérés de leur responsabilité médicale, le syndicat de médecins généraliste CMSF⁴¹ souhaiterait l'actualisation automatique des données du volet médical de synthèse (VMS) et du dossier de liaison d'urgence (DLU). Ils sont les documents charnière à ajouter dans le DMP, car permettant d'améliorer les transferts d'informations vers le médecin intervenant en urgence auprès du patient ou résident, dans l'EHPAD ou dans un service des urgences.

Actuellement, le caractère statique du volet médical de synthèse est une source de non-utilisation du DMP par les professionnels de santé⁴². Le VMS est un document prépondérant au sein du DMP. Il présente sommairement l'ensemble de la situation de santé du patient concerné. Il est paradoxalement la cause de risque de non-utilisation et de scepticisme des professionnels de santé à l'égard du DMP⁴³. En effet, le problème de ce document est que lorsque le médecin généraliste apprend une information sur l'état de santé de son patient, il est obligé de générer un nouveau « *fichier PDF* » et de le charger sur le DMP. Ce nouveau VMS « écrasera » normalement automatiquement l'ancien VMS. Or, si le médecin omet de mettre à jour le VMS, il engage sa responsabilité professionnelle, qui se basera sur la non-communication d'une information importante.

40 Dépêche APM sur la conférence de presse du 6 novembre 2018

41 Entretien avec le Dr Duquesnel – président du syndicat de médecins généralistes CMSF

42 Entretien avec M Serin et entretien avec le Dr. Duquesnel

43 Entretien avec le Dr Duquesnel – président du syndicat de médecins généralistes CMSF

Sur ce point, les données SPHINX permettent de faire état d'une petite proportion de médecins généraliste (10% des répondants) ayant refusé d'utiliser le DMP car ils craignent l'activation de leur responsabilité professionnelle en cas d'oubli d'alimentation.

Le développement d'un VMS actualisé en fonction du système d'information du médecin, avec des champs générés automatiquement pourrait permettre de diminuer la réticence à l'utilisation.

Malgré ces freins, les objectifs des CPAM sont surtout centrés sur l'ouverture d'un nombre de DMP important et non sur leur usage.

3.3 Les complexités techniques fragilisent la généralisation des outils numériques de coordination des soins

Le déroulement de la présérie de déploiement du DMP a montré qu'en matière d'outils numériques de coordination des soins, l'entière mobilisation des établissements de santé était un processus long et complexe et que certaines conditions d'ordre techniques et fonctionnelles étaient requises.

La nécessaire compatibilité des outils numériques de coordination des soins avec les SI des principaux acteurs

En premier lieu, l'absence de compatibilité entre le DMP et le système d'information de l'hôpital révèle l'importance de la conformité des logiciels aux spécifications fonctionnelles et techniques des interfaces DMP.

En second lieu, l'absence d'incrémentation automatique des compte rendus hospitaliers (CRH) dans le DMP du patient pose problème. Au titre de l'incrémentation des CRH, un diagnostic de DMP-compatibilité du système d'information hospitalier (« SIH ») des établissements de santé et des EHPAD de chaque territoire doit être réalisé.

Le système d'information des outils numériques publics de coordination des soins est perfectible puisqu'un quart des professionnels de santé répondant⁴⁴ estiment que leur logiciel métier (SISRA, SIDOCOM ou autres) est plus performant que le DMP. Dans certains cas, à la réception de comptes rendus de biologie médicale ou comptes rendus d'opérations, ils sont directement intégrés de la synthèse dans le logiciel pour l'intégrer dans le dossier de synthèse du patient (qui est le format numérique du dossier patient détenu par le médecin traitant)⁴⁵.

La difficile normalisation des fichiers utilisés par les outils numériques de coordination des soins

A titre d'exemple, l'absence d'homogénéisation des fichiers accessibles sur le DMP est un frein au déploiement de cet outil. En effet, pour être efficace, il conviendrait d'homogénéiser les usages en « normant » le format des fichiers en question⁴⁶. Aujourd'hui aucune règle de normalisation n'encadre les documents qui doivent être déposés sur le DMP.

⁴⁴ Données étude qualitative Sphinx

⁴⁵ Données étude qualitative Sphinx

⁴⁶ Entretien Monsieur Serin – président du syndicat de médecins généralistes MG France.

Le risque de non sécurisation des données personnelles

De plus, concernant les limites techniques des outils numériques de coordination des soins, il existe aujourd'hui une inquiétude portée par les syndicats de médecins généralistes concernant la sécurisation des données.

Par exemple, même si l'Assurance maladie n'a pas accès aux données présentes sur le DMP (sauf l'historique des remboursements de soins effectués par les caisses), il y a tout de même une crainte que cette dernière finisse, à terme, par les utiliser.

La nécessaire amélioration de l'ergonomie du système d'information du DMP

Selon les retours du questionnaire SPHINX, l'ergonomie du DMP est un point faible clairement identifié par 50 % des médecins utilisateurs du DMP mais aussi crainte par 40% des médecins non utilisateurs du DMP.

De plus, en termes d'ergonomie, la comparaison avec certains outils privés montre des lacunes importantes des outils numériques publics de coordination des soins tels que le DMP. Tout du moins dans la perception que les professionnels de santé peuvent avoir de celui-ci, la comparaison entre les différents outils lui est très largement défavorable. En ce sens, l'utilisation de la MSSanté semble beaucoup plus développée. En effet, sur le même échantillon, il y a plus d'utilisateurs de la messagerie que d'utilisateurs du DMP. Les points forts des messageries sécurisées en santé sont identifiés pour 70% des médecins de l'échantillon interrogé, avec notamment le caractère facilitateur de l'outil pour les échanges d'information, la confidentialité, la sécurité et donc une amélioration globale du suivi des patients. En ce qui concerne les points faibles de ces outils de coordination des soins, les mêmes motifs sont évoqués par les utilisateurs et les non-utilisateurs, en proportion importante :

- ▼ L'attente d'une solution globale intégrant le DMP et la MSSanté ;
- ▼ L'attente d'une fonctionnalité "accusé de réception" ;
- ▼ Les multiples contraintes techniques de la MSSanté

4. PRECONISATIONS AFIN DE RENFORCER L'USAGE DES OUTILS NUMERIQUES PUBLICS DE COORDINATION DES SOINS

Les outils numériques apparaissent aujourd'hui indispensables à la coordination des soins, dont le renforcement de l'effectivité est un enjeu croissant. Afin de parfaire l'accompagnement et l'incitation des professionnels de santé quant à l'usage des outils numériques publics de coordination des soins, un ensemble de préconisations a été proposé. Ces dernières se basent sur les constats et limites évoqués précédemment.

Plusieurs catégories de préconisations ont été déterminées. Des préconisations visent à renforcer l'accompagnement des usagers par les CPAM. En appui, la mise en place de dispositifs à l'échelle nationale visant à valoriser les usages des outils publics de coordination des soins constitue une deuxième catégorie de préconisations. Une troisième catégorie de préconisations essaye de recenser des pistes pour une amélioration technique de ces outils, amélioration qui devrait être continue afin d'accompagner le développement des usages. Enfin, de nombreux acteurs peuvent être mobilisés autour des outils numériques de santé, et ce d'autant plus dans le cadre de réformes et innovations récentes.

4.1 Des préconisations visant l'amélioration de l'accompagnement des usagers par les CPAM

Homogénéiser les pratiques des CPAM afin de systématiser un déploiement du DMP dans une démarche qualitative

A l'heure actuelle, la stratégie nationale de la CNAM prévoit une ouverture massive des DMP via les officines et le site mon-dmp.fr puis, en second lieu, les accueils des CPAM. Néanmoins, si les éléments de communication et les grandes directives ont été donnés à chaque CPAM afin de le promouvoir et répondre aux questions des assurés, il n'y a pas de consignes de déploiement normalisées. En effet, certaines d'entre elles ont fait le choix d'une ouverture « industrielle » de DMP, sans expliquer en profondeur les tenants et les aboutissants de l'outil⁴⁷. Pour d'autres, l'ouverture se fait avec des explications détaillées⁴⁸ de l'utilisation du DMP. Dans ce cadre-là, l'assuré ne voit pas uniquement son DMP ouvert mais bénéficie d'un accompagnement personnalisé lui permettant de découvrir les fonctionnalités du DMP et ce qu'il peut en faire.

Les systèmes d'ouvertures massives sans attention portée à la qualité de l'information ne permettent pas autant d'inciter les professionnels de santé à alimenter le DMP via les demandes des assurés. En effet, un assuré bien informé de ce que permet le DMP est un assuré qui peut se montrer insistant envers son professionnel de santé sur le besoin de voir l'outil enrichi des documents le concernant.

Pour autant, ce décalage s'explique en partie par les objectifs imposés par la CNAM aux CPAM. En effet, ces dernières ont un objectif au sein de leur contrat pluriannuel de gestion (CPG) d'ouvertures de DMP sur leur département. Or, cet objectif comprend à la fois les ouvertures réalisées dans les accueils des CPAM, sur le site mon-dmp.fr et dans les officines. Ainsi, afin d'être certaines de tenir cet objectif, certaines CPAM s'investissent pour ouvrir massivement des DMP pour palier une éventuelle déficience dans les volumes d'ouvertures en ligne ou en officine. Cela va à l'inverse de la volonté initiale de la CNAM⁴⁹ qui voulait éviter

⁴⁷ Constat réalisé en immersion dans une CPAM

⁴⁸ Constat réalisé en immersion dans une CPAM

⁴⁹ Entretien M. Merlière

une hausse massive des flux dans les accueils des CPAM. En effet, les éléments de langage contenus dans le « spot publicitaire » de lancement du DMP invitent à réaliser cette formalité dans les officines et sur le site.

La création de sous-objectifs à l'objectif CPG initial pourrait permettre de différencier un objectif CPAM et un objectif vis-à-vis des pharmacies (préconisation n°1). Au surplus, cela inciterait à une répartition plus juste de la charge de travail entre les acteurs des territoires, en adéquation avec la politique nationale de la CNAM.

Au surplus, un indicateur CPAM concernant l'alimentation des DMP pourrait être généralisé, en fixant par exemple pour objectif un taux de 50% de DMP créés alimentés (préconisation n° 2)⁵⁰.

Les agents d'accueils doivent continuer à assurer la promotion du DMP mais la politique d'ouverture gagnerait à être harmonisée afin de garantir une qualité maximale. Cela pourrait être, par exemple, de favoriser les ouvertures au moment des rendez-vous avec les assurés ou encore positionner un agent dans un box afin d'extraire l'assuré de la file d'attente et ne pas engorger l'accueil⁵¹.

Accompagner l'ensemble des professionnels de santé à l'usage des outils numériques publics de coordination des soins

L'accompagnement par les CIS et les DAM priorise aujourd'hui les pharmaciens au détriment des professionnels de santé, dans cette dynamique de la CNAM et du réseau des CPAM centré sur le DMP.

Aujourd'hui, les DAM et surtout les CIS sont concentrés sur la promotion et l'installation des DMP auprès des pharmaciens au détriment des autres outils et des autres professionnels de santé. Or, il apparaît pertinent de pouvoir mettre en place rapidement une formation plus appuyée auprès de l'ensemble des professionnels de santé afin qu'ils puissent pleinement cerner l'intérêt du DMP, mais également de l'ensemble des outils numériques de coordination des soins comme les MSS ou E-Ticss. Cela permettrait de démontrer la complémentarité entre ces différents outils et leurs pertinences. Ainsi, comme il a été évoqué⁵², les professionnels de santé ne comprennent pas toujours l'intérêt des outils numériques publics de coordination des soins. Une meilleure formation permettrait une meilleure compréhension.

Les métiers des DAM et des CIS continuent aujourd'hui à évoluer. Les CIS, d'une assistance technique initiale, ont de plus en plus des enjeux « marketing » liés à la promotion des outils numériques publics. Les DAM continuent de leur côté leur mission de prévention et d'accompagnement, tout en ayant de plus en plus une mission de promotion des outils numériques. Bien que ces services soient le plus souvent dans une forte interaction, les professionnels de santé sont dans l'obligation de voir deux agents avant d'avoir une information claire et parfaite.

Par ailleurs, les CIS n'interviennent généralement qu'au moment de l'installation des outils pour des professionnels qui sont donc convaincus. Pour des professionnels de santé plus réticents sur une dimension technique, les DAM n'ont pas tous les éléments de réponses⁵³.

Dès lors, il serait pertinent de permettre aux CIS de pouvoir réaliser des interventions auprès des professionnels de santé en amont de l'installation d'outils. Ainsi, il apparaît utile de **renforcer la mise en place de rendez-vous auprès du professionnel de santé par les CIS ou la mise en place de réunions publiques afin de les sensibiliser aux outils publics de**

⁵⁰ Responsable DMP CPAM de St-Brieuc

⁵¹ Constat réalisé en immersion dans une CPAM

⁵² Données qualitatives de l'enquête sphinx

⁵³ Entretiens et immersion CPAM

coordination des soins (préconisation n°3). C'est la relation globale de service et d'accompagnement qui est à repenser afin que les professionnels de santé bénéficient de la plus grande prise en charge possible, notamment avec le développement de la télémédecine et des nouvelles technologies.

Dans le cadre de cette démarche de relation globale de service, les médecins-conseils peuvent avoir un rôle plus important à jouer à l'avenir. En effet, si les DAM et CIS peuvent faire la promotion et l'installation des outils, le médecin-conseil, en tant que confrère, pourrait être en mesure de convaincre les professionnels de santé les plus réfractaires qui ne veulent pas suivre l'avis de non-spécialistes. Cette démarche pourrait se faire via la prise de rendez-vous en binôme avec un DAM ou un CIS.

Une autre option serait d'étendre cette stratégie globale à l'ensemble de l'organisme. La CPAM de Vannes pense qu'à terme les généralistes ne vont plus supporter la diversité d'interlocuteurs de la CPAM en lien avec eux. En effet, dans chaque CPAM, les DAM et les CIS ne sont pas les seuls interlocuteurs, ils sont aussi en interaction avec les agents des risques professionnels, des prestations en nature, soit, une dizaine d'interlocuteurs susceptibles de les solliciter plusieurs fois par mois. Les généralistes souhaitent⁵⁴ limiter le nombre d'interlocuteurs.

En définitive et dans les deux logiques présentées, il semble intéressant que le réseau de l'Assurance maladie gagne en efficacité et en lisibilité par la proposition d'une offre globale de service et l'organisation, à grande échelle de ses ressources humaines.

Profiter des projets en réflexion des neuf CPAM expérimentatrices et mutualiser les bonnes pratiques (préconisation n°4)

Les neuf caisses expérimentatrices ont pu, depuis plus d'un an, expérimenter des pratiques et réfléchir à des moyens innovants de promouvoir le DMP. Il est donc intéressant de s'appuyer sur leurs travaux afin de faire adhérer le plus grand nombre à ce projet. Au cours des entretiens réalisés avec ces dernières, quatre grandes catégories de projets ont été mises en évidence :

- ▼ Partenariats ;
- ▼ Événements ;
- ▼ Marketing ;
- ▼ Communication.

Pour la première catégorie, un partenariat est aujourd'hui en cours de réflexion par la CPAM de Créteil avec le Samu et la brigade des sapeurs-pompiers afin d'intégrer le DMP dans leur procédure d'urgences. Ceux-ci souhaitent avoir accès au DMP rapidement, soit quand on envoie le véhicule de secours, soit lorsqu'il est sur le lieu d'un accident afin de faciliter leur action de sauvetage⁵⁵.

Des actions de promotions au sein des établissements de santé, et des résidences seniors sont également en cours dans la majorité des CPAM⁵⁶ avec notamment des formations à l'ouverture, la distribution de kits de communication ainsi qu'une animation auprès des patients en consultation externe ou on en admission à l'hôpital. Enfin, des expérimentations sont également envisagées auprès de filières de professionnels de santé comme la maternité, l'obésité, la gériatrie ou encore le handicap⁵⁷.

⁵⁴ Responsable DMP CPAM de Vannes

⁵⁵ Responsable DMP CPAM de Créteil

⁵⁶ Responsables DMP CPAM de St-Brieuc, CPAM de Créteil, CPAM de Tours

⁵⁷ Responsables DMP CPAM de Bayonne, CPAM de Clermont-Ferrand, CPAM de St-Brieuc

Pour faciliter l'alimentation, la CPAM de Clermont-Ferrand a identifié huit établissements de suite utilisant le même logiciel. Elle a organisé une réunion avec l'éditeur pour faire évoluer le dispositif et négocier un meilleur tarif.

Les CPAM agissent également au niveau des EHPAD, action pour laquelle la démarche de l'organisme de Toulouse a retenu notre attention : accompagnée de l'ARS, elle a rencontré une centaine d'EHPAD pour qu'ils alimentent le DMP. Leur population est particulière car nécessite majoritairement l'accord des tuteurs. Donc, la démarche se fait en amont de la création et selon le témoignage de cette CPAM, les retours sont très positifs. Pour les autres établissements, elle organise des ateliers DMP dans leurs locaux.

Sur le volet évènementiel, la promotion du DMP pourrait être intégrée dans les événements de santé publique comme octobre rose, ateliers « mater' »⁵⁸ ou encore sur des forums liés à des pathologies spécifiques (diabète ou cancers par exemple). Pour aller plus loin dans cette dimension, certaines caisses réfléchissent à mener des actions promotionnelles dans des lieux publics comme les gares, les galeries marchandes et l'affichage sur les bus⁵⁹.

Les CPAM organisent aussi des rencontres chez leurs partenaires, comme les ateliers retraite avec la CRAMIF pour la CPAM de Créteil : quatre présentations avec un bon retour des participants.

Sur le volet marketing, les CPAM réfléchissent également à mener des ciblés de campagnes de promotion envers les personnes qui ont créé leur DMP sur mon-dmp.fr. Selon une segmentation de la population (jeunes actifs, famille, retraités...)⁶⁰, elles pourraient diffuser des messages plus personnalisés, en fonction de la catégorie de population et sur les bons canaux (mail, SMS, courrier, ameli.fr).

Enfin sur les aspects de communication, il existe autant d'éléments de communication externes qu'internes aux CPAM. Cela passe par :

- ▼ La mise en place d'« ambassadeurs DMP »⁶¹. Ce sont des agents volontaires à mission temporaire chargés de promouvoir l'outil en interne et en externe (accompagnement des personnels, des accueils, organisation de réunions avec les filières professionnels, avec les associations de patients) ;
- ▼ La poursuite de la consigne nationale des DayMp (pour favoriser la création parmi les personnels) en créant des DMP pour les enfants et parents des personnels⁶² ;
- ▼ La célébration d'étapes clés du projet comme la célébration d'un certain nombre d'ouvertures afin de remercier les agents de leur engagement⁶³ ;
- ▼ L'organisation de rencontres en entreprises à destination de leurs personnels⁶⁴ ;
- ▼ La mise en place de goodies à donner à l'assuré au moment de l'ouverture de son DMP ou la création d'une petite carte sur laquelle l'assuré peut noter ses codes⁶⁵ ;

⁵⁸ Responsable DMP CPAM de Créteil

⁵⁹ Responsable DMP CPAM de Tours

⁶⁰ Responsable DMP CPAM d'Amiens

⁶¹ Responsable DMP CPAM de Perpignan

⁶² Responsable DMP CPAM de Perpignan

⁶³ Responsable DMP CPAM de Créteil

⁶⁴ Responsable DMP CPAM d'Amiens

⁶⁵ Responsable DMP CPAM de Toulouse

- ▼ L'identification de professionnels de santé, utilisateurs réguliers du DMP qui pourraient être ambassadeurs DMP⁶⁶ ;
- ▼ Des conférences de presse locales, qui vont se déployer après le lancement de la campagne nationale afin de sensibiliser au DMP.

4.2 Des préconisations visant à inciter et former à l'usage des outils numériques publics de coordination des soins au niveau national

Proposer aux professionnels de santé un indicateur au sein de la rémunération pour atteinte d'objectif de santé publique

Depuis 2011, la ROSP est introduite dans le conventionnement entre l'assurance maladie et l'ensemble des médecins généralistes libéraux. Cette dernière a permis de faire évoluer les pratiques en ayant pour but de favoriser les bonnes pratiques au travers d'une rémunération annuelle selon les objectifs atteints par chaque professionnel de santé.

Actuellement la ROSP, au travers de son volet structure comporte des items concernant l'organisation du cabinet du médecin selon cinq indicateurs⁶⁷ :

- ▼ Logiciel d'aide à la prescription ;
- ▼ Messagerie de santé ;
- ▼ Sesame vitale à jour ;
- ▼ Affichage des horaires ;
- ▼ Réalisation d'un taux de feuille de soins électroniques supérieur à 66%.

Pour l'année 2019, ces indicateurs réalisés permettent le paiement d'un maximum de 280 points, soit 1 960 euros. Ce premier volet permet l'ouverture d'un second volet de rémunération qui comprend lui aussi cinq indicateurs :

- ▼ Utilisation des téléservices ;
- ▼ Capacité à coder les données ;
- ▼ Coordination des soins ;
- ▼ Services aux patients ;
- ▼ Maîtrise des stages.

Pour l'année 2019, ces cinq indicateurs réalisés permettent un paiement de 2 660 euros.

Afin d'inciter les professionnels de santé à intégrer les nouveaux outils publics de coordination des soins dans leurs pratiques, que ce soit le DMP ou E-Ticss, il est possible d'introduire leur usage – et non leur seule accessibilité technique – directement comme indicateurs au sein de ce volet structure (préconisation n°5). La mise en place de tels indicateurs est actuellement demandée par certains professionnels de santé⁶⁸. Cela permettrait, comme pour les bonnes pratiques de prescriptions par exemple, de motiver ces derniers sans leur donner une sensation d'obligation, propre à bloquer ces catégories de professionnels.

⁶⁶ Responsable DMP CPAM de Créteil

⁶⁷ <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/politique-de-sante/1599-la-rosp-2017-evolution-ou-revolution> (consulté le 10/11/2018)

⁶⁸ Données qualitatives de l'enquête SPHINX + entretien CSMF

Deux solutions apparaissent envisageables :

- ▼ La première serait d'intégrer un indicateur pour *l'usage* de chaque nouvel outil public de coordination des soins de grande ampleur au sein du premier volet structure au même titre que la messagerie de santé. Cela permettrait d'avoir une analyse fine des recours à ces outils tout en leur donnant une importance à chacun ;
- ▼ La deuxième solution serait d'intégrer l'ensemble des outils numériques de coordination des soins au sein d'un grand item « coordination des soins » à l'intérieur du second volet structure. L'usage des principaux outils numériques publics constitueraient alors, chacun, un sous-indicateur de la coordination des soins. Cela permettrait de mettre en valeur l'importance donnée à cette coordination des soins sans faire de distinction entre les outils.

Adapter les formations dispensées à l'évolution des métiers liées en particulier au développement des outils numériques

Les professions de santé évoluant de plus en plus avec le numérique, il convient d'adapter les cursus en fonction de ces nouvelles pratiques. Le développement des outils numériques est à la source de nouvelles fonctions d'interface entre le médical, l'ingénierie numérique et la gestion administrative. Les écoles concernées par les formations des professionnels de santé, tant pour les formations initiales que continues pourraient avantageusement être à la pointe de la promotion de ces innovations.

La sensibilisation des étudiants aux outils numériques de coordination des soins permettrait d'intégrer rapidement les bonnes pratiques une fois en exercice, de comprendre rapidement l'intérêt de chaque outil, et créer ainsi un cercle vertueux.

Pour ce faire, les CPAM pourraient intervenir, avec des professionnels de santé convaincus (« ambassadeurs »), au sein des structures de formation afin de porter l'intérêt de recourir à ces outils de coordination des soins (préconisation n°6). Cela pourrait en outre, dans une perspective plus large, permettre de montrer que les CPAM peuvent les accompagner dans leur quotidien de futur professionnel.

4.3 Des préconisations en vue de l'amélioration technique des outils publics de coordination des soins

Renforcer le suivi et l'évaluation locale des usages des outils numériques publics de coordination des soins

A l'heure actuelle, les ARS suivent une feuille de route en rapport avec le déploiement des outils numériques publics de coordination des soins sans pour autant avoir d'obligations de moyens ou de résultats. **Il faudrait ainsi généraliser au travers des GRADeS, des commissions locales, destinées à définir une politique de suivi et d'évaluation des usages de ces outils (préconisation n°7).** Cette mise en place permettrait ainsi de renforcer le partenariat et la coordination opérationnelle entre les CPAM et les ARS, ainsi que la complémentarité et l'interopérabilité entre les outils proposés par la CNAM et ceux développés par les ARS.

Plus globalement dans le cadre des relations avec les ARS, les CPAM pourraient gagner à profiter de leurs instances régionales en gestion du risque pour développer une stratégie partenariale régionale de démarche commune avec les ARS des établissements de santé.

La dimension chronophage des outils publics de coordination des soins est un des principaux problèmes soulevés par les professionnels de santé rencontrés⁶⁹. Une meilleure complémentarité, voire l'interopérabilité, entre les outils publics permettrait ainsi de clarifier l'intérêt de chacun des outils, éviterait ainsi une confusion entre les professionnels de santé, mais également permettrait de gagner du temps.

Alimenter de manière automatique le DMP via la MSS

A l'heure actuelle, l'une des remarques principales des médecins généralistes⁷⁰ à l'encontre du DMP est de ne pas comprendre l'intérêt de déposer des fichiers au sein du DMP si ces derniers sont déjà envoyés via une MSS. Si cet argument ne tient plus pour les situations d'urgence vitale de l'assuré ou lorsque le patient consulte un professionnel en dehors du parcours de soins coordonné, il permet néanmoins de se questionner sur la possibilité de créer des liens entre ces deux outils. Bien que cela paraisse aujourd'hui techniquement complexe à mettre en place, nous pourrions **envisager, une fois le DMP ancré dans les pratiques, une alimentation automatique de ce dernier via les MSS (préconisation n°8)**. Cela pourra éviter un sentiment de redondance pour les praticiens.

A défaut de pouvoir recourir à cette innovation technique pour l'instant, **développer des fonctionnalités au sein des MSS permettant à minima d'envoyer des accusés de réception permettrait de répondre aux premières demandes des praticiens⁷¹ (préconisation n°9)**.

4.4 Des préconisations afin de mobiliser les acteurs et articuler les réformes du secteur de la santé autour des services numériques publics de coordination des soins

Diversifier les vecteurs de lobbying sur les outils numériques publics de coordination des soins

Puisque l'Assurance maladie a une image parfois négative auprès des professionnels de santé⁷², il serait intéressant **de recourir à des personnes extérieures à l'institution afin de porter les projets (préconisation n°10)**. Si des présidents de syndicats de médecins, par exemple, diffusaient l'importance de recourir aux outils numériques publics, les usagers ne verraient plus la CNAM comme seul acteur et seraient alors de meilleure volonté. A titre d'exemple, nous avons eu l'occasion récemment de lire sur le réseau social « LinkedIn » des témoignages de médecins agréablement surpris de la simplicité du nouveau DMP. La promotion des outils numériques pourrait davantage se faire via les moyens numériques et les réseaux sociaux, en s'appuyant notamment sur ces ambassadeurs externes.

Recourir aux établissements publics de santé pour déployer les outils publics de coordination des soins

Avec la loi de modernisation de notre système de santé, les établissements de santé doivent mettre en place les Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cette mise en place nécessite de mettre en commun les différents systèmes d'information. Or, actuellement, cette mise en commun n'est pas réalisée du fait de l'investissement de chacun dans leur propre système d'information.

⁶⁹ Données qualitatives de l'enquête SPHINX + entretiens Dr Duquesnel et Mr Serin

⁷⁰ Entretien CSMF

⁷¹ Données qualitatives de l'enquête Sphinx

⁷² Entretien CSMF

Pour venir en appui de cette loi, **nous préconisons d'une part de procéder à l'acquisition d'un « SI commun » (préconisation n°11)**. Cela permettrait de simplifier l'interopérabilité entre les différents outils numériques publics, les logiciels des professionnels de santé et ce dernier SI. Pour aller plus loin, la CPAM d'Amiens évoque une action auprès des GHT⁷³ qui se mettent en place **pour que DMP et MSS soient des services socles et servent de partage pour la télémédecine (préconisation n°12)**.

Cette période de changement pourrait constituer une opportunité facilitant la mise en compatibilité des logiciels des établissements de santé par rapport aux outils publics, et notamment le DMP. La stratégie de la CNAM s'articulant également autour des établissements publics de santé, le fait de faciliter cette compatibilité favorisera l'alimentation des DMP des patients.

Or, nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises, la mise en place d'un cercle vertueux d'alimentation est fondamentale si nous voulons que les professionnels de santé participent activement à la généralisation des outils.

Intégrer les outils numériques généralistes dans les parcours de soins

Les innovations numériques en santé sont des outils au service de la prise en charge du malade. Dès lors, recourir à ces outils permet une meilleure prise en charge du patient. Ne pas utiliser ces outils revient à ne pas recourir à des fonctionnalités qui pourraient permettre une amélioration de la prise en charge du patient.

Pour pouvoir optimiser le fonctionnement de ces outils et qu'ils trouvent leur place dans l'offre de soin, il faudrait **intégrer les outils numériques publics de coordination des soins généralistes (DMP, MSS) au sein des parcours de soins coordonnés spécifiques (préconisation n°13)**. Pour ce faire, il est envisageable de :

- ▼ Faire évoluer les postures professionnelles des médecins généralistes vers des compétences de « coordonnateur du parcours de soins » et non plus seulement vers un « producteur de soins » ;
- ▼ Développer et systématiser le recours aux outils numériques publics de coordination des soins généralistes préexistants dans les parcours de soins type PRADO, PAERPA...

Si l'imposition aux médecins paraît complexe aujourd'hui, recourir au conventionnement médical pourrait être une solution, notamment en proposant un indicateur sur le second volet du forfait structure portant sur la coordination des soins.

⁷³ Responsable DMP CPAM Amiens

Dans une dynamique de déploiement des outils numériques publics de coordination des soins, la place des CPAM est réelle. Pour autant, elles ne sont pas les uniques parties prenantes à ce déploiement : les agences régionales de santé ainsi que les acteurs privés y participent également.

Les CPAM déclinent la politique et la stratégie nationale au travers de leurs initiatives locales. Pour remplir leurs objectifs, l'activité est impactée aussi bien au niveau de la qualité qu'au niveau financier (respect de l'ONDAM) et de ses ressources humaines.

Néanmoins, l'accompagnement actuel proposé par les CPAM est perfectible.

D'abord, la stratégie nationale est DMP-centrée alors même que le DMP n'est plus le dispositif central de coordination des soins. Ensuite, cette stratégie se focalise sur la création d'un nombre important de dossiers et non sur leur utilisation - or, la création ne garantit pas l'utilisation. Cette dernière nécessite pourtant une attention particulière, notamment au regard des réserves que les professionnels de santé émettent à propos de l'outil. Des points de vigilance ont d'ailleurs été émis pour l'ensemble des outils numériques publics de coordination des soins, comme l'absence d'accusé de réception lors du transfert de documents avec la MSSanté.

Ainsi, pour développer les usages des outils numériques publics de coordination des soins, il est possible d'identifier trois leviers phares d'amélioration :

D'abord, il est nécessaire de renforcer le partenariat CPAM-ARS. Au niveau régional, le renforcement de ce travail collaboratif, au travers d'une amplification des pouvoirs des GRADeS, permettra une meilleure efficacité et un meilleur contrôle de l'utilisation des deniers publics.

Ensuite, l'intégration de l'utilisation des outils numériques publics de coordination des soins à la ROSP est un levier intéressant. L'essence de la ROSP est d'intéresser les professionnels de santé à être plus efficaces en tant qu'ordonnateur des dépenses de santé. Il s'agit donc d'un investissement pour lequel un retour sur investissement est attendu. Ce raisonnement est tout à fait applicable aux outils numériques publics de coordination des soins.

Enfin, le partage au niveau national des bonnes pratiques mises en place par les acteurs semble être indispensable. En effet, les différents échanges avec les CPAM ont montré des choix très divers dans les modes d'accompagnement des usagers à l'utilisation des outils numériques publics de coordination des soins. Les échanges des bonnes pratiques auraient vocation à homogénéiser ces actions afin de définir les dispositifs les plus efficaces.

Au surplus, améliorer techniquement les outils pourrait constituer un levier de développement de leur utilisation. En effet, l'étude a montré que des réserves et points de vigilance sont émis par une proportion importante des professionnels de santé à l'encontre de l'ensemble des outils proposés. Il sera donc intéressant de proposer des outils évolutifs, mis à jour périodiquement pour répondre à l'attente des professionnels de santé. Les outils privés progressent, c'est la raison pour laquelle ils sont plébiscités ; il faut que les outils publics suivent.

Pour toutes ces raisons, il semblerait opportun de renforcer grandement le travail collaboratif entre les CPAM et les ARS contribuant au pilotage de la politique de déploiement des outils numériques publics de coordination des soins.

Pour réaliser cette étude, le groupe de travail a réalisé un diagnostic le plus large possible afin que les préconisations les plus fiables possibles puissent être formulées. Ce diagnostic a deux versants :

- ▼ Une étude des stratégies existantes ;
- ▼ Une étude des besoins et attentes des usagers des outils numériques de coordination des soins.

1 – Etude des stratégies existantes

Cette étude a été réalisée par des échanges avec les acteurs publics de la coordination des soins : les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les Agences régionales de santé (ARS). De nombreux entretiens téléphoniques ont été réalisés avec un objectif de représentativité de l'échantillon sollicité. Par exemple, des représentants de CPAM expérimentatrices du Dossier médical partagé (DMP) et non expérimentatrices ont été sollicités. Également, plusieurs ARS ont été contactées. Enfin, un entretien a été réalisé avec M.Yvon Merlière, responsable du déploiement du DMP à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Diversifier nos sources d'information a contribué à la réalisation d'un diagnostic le plus représentatif possible et ainsi proposer des préconisations adéquates.

2 – Etude des besoins et attentes des usagers.

Les usagers des outils numériques de coordination des soins sont les professionnels de santé et les patients. Ainsi, nous avons d'abord réalisé plusieurs entretiens de responsables de syndicats de médecins afin d'obtenir des informations quant au positionnement global de ces organisations vis-à-vis de ces outils.

Ensuite, pour obtenir des informations plus fines, une étude internet a été déployée auprès des professionnels de santé. Il s'agit d'une étude sphinx qui a permis d'identifier les points forts et faibles de chaque dispositif parmi la population des utilisateurs. Pour les non utilisateurs, les besoins et attentes peuvent être formulées. Il s'agit d'un questionnaire conditionné : cela signifie que la réponse à une question influe sur la question suivante. Ce fonctionnement nous a permis d'obtenir des réponses en termes de satisfaction de l'utilisateur mais également ses besoins ou attentes. Ce type de fonctionnement permet d'éliminer des biais et de pondérer les réponses.

Par exemple, concernant le DMP, des problèmes d'ergonomie ont été très souvent évoqués. Or, un problème d'ergonomie évoqué par un utilisateur est une donnée bien plus représentative qu'un problème d'ergonomie évoqué par un non-utilisateur. Le questionnaire a donc permis de cerner d'un côté la satisfaction d'un utilisateur, et de l'autre, les besoins e attentes des non utilisateurs ainsi que la représentation qu'ils se font d'un dispositif qu'ils n'utilisent pas⁷⁴.

⁷⁴ Nota Bene : les données obtenues par nos travaux sont très larges et les communiquer de manière exhaustive dans cette annexe était inenvisageable. Ainsi, vous disposez ici de synthèses de nos études.

La CNAM, qui porte le nouveau DMP, a sollicité des CPAM, de tous horizons et de toute taille, pour expérimenter cette nouvelle version du DMP. Parmi les neuf CPAM expérimentatrices se trouvaient des CPAM qui avaient fait partie de la vague d'expérimentation du premier DMP. L'échec de celui-ci a rendu un peu plus réticents les acteurs qui s'y étaient impliqués initialement. En revanche les relations développées avec ces professionnels de santé à cette occasion ont tout de même été facilitatrices.

On constate entre les entretiens avec les CPAM expérimentatrices et les autres de grandes divergences. Les premières ayant une avance certaine sur le projet et ont eu plus de temps de se préparer. Les autres ont dû mettre en place relativement rapidement le projet, mais ont bénéficié des grandes lignes transmises par la CNAM et préconisées par les préséries. Pour autant, certaines CPAM estiment ne pas avoir reçu un accompagnement suffisant, avec une CPAM pivot qui n'a pas toujours le temps nécessaire à leur consacrer.

Il semble qu'au regard de l'expérience des CPAM en présérie, le temps est un atout qui a favorisé la coordination entre les acteurs, la fluidité des échanges, et l'acculturation par les assurés et les professionnels au DMP. Tous espèrent que les professionnels joueront le jeu de l'alimentation, même si actuellement le problème de compatibilité lié aux éditeurs de logiciels perdure.

Toutes les CPAM pensent que leur rôle dans l'accompagnement des outils numériques de coordination des soins est légitime et va dans le sens d'une convergence en parcours de soins : PAERPA, PRADO, etc...

1. Synthèse des entretiens réalisés auprès des CPAM non expérimentatrices

Ces entretiens ont été réalisés entre juin et août 2018 auprès de sept CPAM qui n'étaient pas expérimentatrices du DMP et qui s'apprêtent à intégrer la phase de généralisation : Arras, Laval, Nevers, Perpignan, Toulon, Vannes, Versailles.

Les entretiens étaient articulés autour de trois thèmes :

- *Des éléments de contexte local du déploiement,*
- *Les impacts pour les CPAM*
- *Les enjeux de réussite du dispositif.*

Les éléments de contexte locaux

Les CPAM sont intégrées dans des contextes locaux très différents d'un département à l'autre. Cette diversité des territoires influence plus ou moins les attentes en faveur de ce nouveau dispositif. Selon que les départements sont ruraux ou urbains, avec des populations vieillissantes ou pas, et des niveaux variables de précarité, les besoins de coordination des soins ne sont pas les mêmes. Selon ces profils, les acteurs locaux sont diversement impliqués dans le déploiement des DMP. Cette hétérogénéité des territoires soulève donc des difficultés pour les CPAM à mobiliser les professionnels de santé et à appliquer des méthodologies nationales de déploiement.

Les CPAM sont donc confrontées à des organisations différentes d'un département à l'autre, avec des relations partenariales facilitant ou pas la sensibilisation des acteurs concernés. Il y a par endroit de bonnes dynamiques partenariales entre CPAM, ARS et professionnels de santé, et cela contribue à une implication de tous dans le projet, et par ailleurs les liens sont moins développés. Or l'enjeu de coordination est central, c'est-à-dire, une coordination des acteurs mais aussi des dispositifs et des outils existants (MSS, territoires e-santé, logiciels existants...). En effet, le déploiement de ce dispositif contient deux phases : les créations de DMP et l'alimentation par les professionnels et les particuliers. Cela nécessite donc des partenariats avec l'ensemble des professionnels de santé : médecins généralistes, pharmaciens, hôpitaux, ainsi que les acteurs institutionnels. De ce point de vue, au-delà de la qualité variable des partenariats, il est encore trop tôt pour ces CPAM d'évaluer l'implication de chacun dans la réussite du dispositif.

Impact pour les CPAM

En interne, la mise en œuvre du DMP vient modifier les organisations de travail.

En premier lieu, l'attribution de la conduite du projet peut être donnée soit à un Directeur adjoint, soit à un chargé de mission, soit à un service (service gestion du risque, offre de soins...). En dépit de l'organisation proposée, tous s'accordent à dire que le projet doit être soutenu par la Direction. L'importance de la stratégie de déploiement est en effet prépondérante dans la réussite. Certaines caisses ont élaboré des campagnes de communications « à bas bruit », d'autres ont rattaché le DMP à des dispositifs existants (PRADO maternité...). Enfin, certaines ont ciblé les hôpitaux, les EHPAD pour la promotion.

En deuxième lieu, les créations des DMP seront réalisées en accueil par les agents. Cela nécessite un accompagnement technique (formation à la création des DMP) mais aussi managérial, cela s'apparentant à une nouvelle mission. Cet aspect-là est important car il a en effet été observé ponctuellement des réticences des agents d'accueils à créer des DMP.

En troisième lieu, cette nouvelle mission vient redéfinir les métiers des CIS, DAM et CAM. Les entretiens réalisés ont montré que des choix différents existaient entre les différentes caisses au sujet des missions dévolues à ces professionnels. Cependant, majoritairement, il est constaté l'engagement des DAM et des CIS dans le projet, sur le volet, accompagnement des professionnels. De même, pour celles qui interviennent directement dans les établissements, les CAM sortent, ce qui favorise la diversification de leurs missions. Ce nouveau projet peut modifier les périmètres existants de ces métiers. Il est observé une interdépendance et une complémentarité croissante de ces métiers, de plus en plus amenés à travailler ensemble, compte tenu de l'importance majeures de l'informatique dans les réformes menées depuis quelques années.

Au contact des professionnels de santé, il s'agit pour les DAM et les CAM de les convaincre de l'intérêt de cet outil. Précisons que les agents font la promotion des autres outils numériques, tels que la MSS et la dématérialisation des formalités.

Les enjeux de réussite du DMP

Les premiers retours sont très variables d'un département à l'autre et soulignent les nombreux enjeux dont dépendent la réussite d'un tel dispositif ;

Les enjeux organisationnels : pour chaque CPAM, trouver la meilleure organisation en fonction des ressources et des besoins locaux (les CPAM ont exprimé des craintes au sujet de la charge de travail que cela génère, en particulier sur le volet alimentation du DMP) ;

Les enjeux de coordination entre les acteurs institutionnels sont prioritaires : ils garantissent la bonne communication auprès des professionnels de santé. Ils assurent la mobilisation des outils communs (financements, dispositifs existants...) ;

Enfin, même si les professionnels de santé ont exprimé leurs intérêts pour cet outil de coordination des soins, ils ont fait remonter aussi des inquiétudes auxquelles il faudra répondre pour garantir une adhésion totale au DMP. Ainsi, le caractère chronophage de la mise à jour des informations pour le professionnel, le coût des mises à jour des logiciels, les questions de sécurisation des données et des responsabilités professionnelles sont aujourd'hui au cœur des préoccupations.

Conclusion

Ces CPAM, qui n'ont pas fait partie de l'expérimentation sont aujourd'hui mobilisées. Elles exercent sur des territoires aux réalités socioéconomiques et démographiques très différentes. Le déploiement du DMP modifie tous les niveaux hiérarchiques de décision, de la Direction à l'agent d'accueil, mais aussi les contenus des métiers, soulignant l'informatisation croissante de l'organisation du système de soins. Ce dispositif a également le mérite de mettre en avant les problématiques de coordination entre les CPAM et les ARS, condition de réussite du déploiement. Enfin, comme toute nouveauté, de nouvelles inquiétudes émergent (responsabilité, sécurité des données) que le temps et la pratique amèneront à résoudre.

2. Synthèse des entretiens réalisés auprès des CPAM expérimentatrices

Ces entretiens ont été réalisés entre juin et août 2018 auprès de sept CPAM expérimentatrices du DMP : Amiens, Bayonne, Clermont-Ferrand, Créteil, Saint-Brieuc, Toulouse, Tours.

Les entretiens étaient articulés autour de trois thèmes :

- ▼ *Des éléments de contexte local,*
- ▼ *Les impacts pour les CPAM,*
- ▼ *Les enjeux de réussite du dispositif.*

Les éléments des contextes locaux

Tout comme les CPAM non-expérimentatrices, les CPAM en présérie sont intégrées dans des contextes locaux très différents, d'un département à l'autre ; éléments qui influencent les attentes en faveur de ce nouveau dispositif. A noter toutefois que leur avancement dans le DMP a permis d'atteindre une certaine maturité dans les relations avec les autres partenaires, favorisant davantage la coordination.

Par rapport aux CPAM non-expérimentatrices, ces CPAM ont eu le temps de se préparer depuis mars 2016. Aujourd'hui elles bénéficient d'une avance non négligeable. Par exemple, certaines constituent des groupes de travail avec les professionnels de santé afin de travailler notamment sur le contenu des documents qui peuvent être intégrés au DMP.

Elles ont pu travailler avec la CNAM à la généralisation de novembre 2018 et accompagner les CPAM qui n'étaient pas expérimentatrices, en tant que caisse pivot. Cet avancement leur confère une certaine légitimité pour analyser les résistances des professionnels de santé. Dans l'ensemble, ils sont convaincus de la pertinence du DMP dans leur pratique professionnelle notamment en lien avec l'hôpital et pour une prise en charge

optimisée du patient. Les résistances sont liées davantage aux problématiques techniques (coût des équipements, facilité d'utilisation pour les PS). Les résistances sont un peu plus fortes dans les régions où avaient été expérimenté le tout premier DMP, pour lesquelles il a fallu remobiliser. D'autres freins quant au temps de création et d'alimentation du DMP et de la fiche de synthèse (et double saisie sur leur propre logiciel) ; enfin, des difficultés relatives à leur logiciel (coût de l'actualisation). En revanche, l'accueil du public assuré est favorable, il comprend l'utilité de ce carnet de santé numérique. Il y a toutefois quelques questions sur la sécurité des données.

Le partenariat avec les ARS est actif dans la plupart de ces département pilotes, toutefois, la relation a dû se construire avec le temps.

Impact pour les CPAM

Les CPAM sont confrontées à des organisations différentes d'un département à l'autre. Deux tendances d'organisation ont émergé des entretiens. Le projet est rattaché soit à un chef de projet proche du directeur général, soit au département Gestion du risque. La première organisation est transitoire, avant généralisation, et offre la particularité de fédérer les acteurs internes sur un mode transverse. Le second permet de faire directement évoluer l'organisation de la gestion du risque, qui pilote les CIS, les DAM et quelque fois les CAM.

Les DAM font la promotion du DMP lors de leurs visites des professionnels de santé et les CIS interviennent pour les aider à s'équiper et à utiliser le DMP et les autres outils. Ces CPAM relèvent l'importance des équipes et des accueils pour la création. Elles interviennent aussi auprès des partenaires concernant l'ouverture des DMP.

Les missions et profils des CIS, à la base ayant un profil technique-informatique ont fortement changé : des profils issus du marketing ont émergé, mixant les compétences. Les CIS ont évolué avec l'ensemble des téléservices (facturation en ligne...). Les missions des DAM ont aussi évolué, d'abord avec le portage de la maîtrise des dépenses (négociation des engagements : nouvelle posture).

Dans ces CPAM, DAM, CIS et CAM ont reçu des formations pour promouvoir le DMP et disposent de présentations pour les professionnels de santé. Les acteurs de Prado ont aussi pour mission de promouvoir le DMP.

Les préconisations nationales sont issues de l'expérience des 9 Cpm en présérie : ainsi, certaines actions ont été initiées par elles (journées salariés, pastille DMP sur carte vitale, argumentaires pour convaincre les assurés et les professionnels, résorption de bugs, interventions dans les hôpitaux, EHPAD...). Toutes ces actions ont été initiées en amont des autres CPAM, ce qui fait qu'à ce stade, elles en envisagent d'autres, ci-dessous énumérées :

▼ Partenariat :

- ▼ Avec les pompiers et services d'urgence pour plus d'efficacité lors des interventions sur les lieux des accidents ;
- ▼ Ateliers retraite avec la CRAMIF ;
- ▼ Dans les établissements : formation des chargés de clientèle à l'ouverture, kit de communication et animation aux côtés d'eux auprès des patients, soit en admission à l'hôpital soit en consultation externe...
- ▼ Organisation d'une réunion de territoire auprès des acteurs du secteur médico-social et handicap (dispositif MAIA) ;
- ▼ Actions de promotion du DMP auprès des résidences seniors (personnes âgées non dépendantes dans des résidences avec services) ;

- ▼ Expérimentation sur des filière en associant les professionnels de santé de ville et de l'hôpital : filière maternité, filière gériatrique, parcours obésité ;
- ▼ Événementiel :
 - ▼ Promotion intégrée dans les événements de santé publique (octobre rose, ateliers mater, etc.) ;
 - ▼ Opérations dans les gares et galeries marchandes ;
- ▼ Marketing :
 - ▼ Ciblage en fonction des créations sur mon dmp.fr ;
- ▼ Communication :
 - ▼ Conférence de presse ;
 - ▼ Habillage des voitures ;
 - ▼ Célébration des étapes (remercier les agents et célébration lors du 15 000 ouverture de DMP) ;
 - ▼ Création d'une petite carte ou l'assuré peut noter ses codes.

Les enjeux de réussite du DMP

Toutes les CPAM s'accordent à dire que de bonnes relations conventionnelles avec les libéraux et avec les établissements de santé sont importantes, ainsi qu'en interne une implication de l'ensemble des collaborateurs de l'organisme, plus particulièrement les services concernés et la Direction.

Les relations avec les ARS sont primordiales dans le développement des projets et pour la bonne compréhension des professionnels de santé de l'articulation entre leurs offres de services.

Certaines CPAM souhaiteraient des marges de manœuvre pour le financement notamment pour les établissements. Certaines pensent que les établissements sur le territoire engagés dans l'alimentation du DMP permettront d'embarquer derrière les professionnels.

Conclusion

Ces CPAM bénéficient d'une bonne longueur d'avance par rapport à l'ensemble du réseau. Pour autant, on a pu constater que leur rôle de pivot n'était pas toujours constant selon les régions. Dans le cadre de leurs actions, elles prévoient aujourd'hui des actions innovantes pour favoriser la création et l'alimentation (listées plus haut). Ces nouvelles initiatives doivent être partagées dans le réseau de l'Assurance maladie afin qu'elles profitent à tous, c'est pourquoi elles sont intégrées à nos préconisations.

1. Questionnaire

Le groupe de travail a déployé une enquête web grâce au logiciel Sphinx. Cette enquête a été présentée sous forme de questionnaire et diffusée, entre fin septembre et début novembre 2018, par l'intermédiaire de syndicats que nous avons sollicité dans le cadre d'entretiens téléphoniques individuels.

Le questionnaire est axé autour des trois principaux outils numériques publics de coordination des soins : le dossier médical personnel, la messagerie sécurisée en santé et les autres outils. Pour chacune de cette catégorie, différentes questions étaient posées au répondant en fonction de sa situation au regard de l'outil : utilisateur ou non utilisateur. L'objectif étant d'identifier les attentes, les remarques, les suggestions des professionnels quant à ces outils. Ces données nous ont permis de proposer les recommandations les plus adéquates possibles pour le positionnement des CPAM. Le logigramme placé en annexe explicite la structure de ce questionnaire et notamment ses différentes ramifications.

2. Étude des résultats

Taille de l'échantillon

La diffusion du questionnaire a été réalisée par les syndicats MG France et Confédération des syndicats médicaux France à , cette diffusion consistait à transférer un mail rédigé par le groupe projet. La diffusion réalisée par les syndicats portent sur un effectif total de 60 000 médecins - nous avons obtenus 63 réponses (après 4 relances). Soit un taux de réponse de 0,105%. Ce chiffre permet d'envisager l'hypothèse d'un rejet du corps médical et plus précisément des médecins généralistes pour les outils numériques publics de coordination des soins. Toutefois, les réponses sont qualitatives et offrent un niveau de détail élevé.

Le DMP

- ▼ **Enjeux du DMP** : L'amélioration du suivi des patients, la limitation des actes redondants, l'amélioration de l'efficacité des soins, l'amélioration de la coordination des soins entre l'ensemble des professionnels de santé sont les enjeux les plus mis en avant par l'ensemble de l'échantillon ayant répondu. Ces items sont cités comme des points forts du DMP par un répondant sur 3. Cette proportion est plus élevée chez les utilisateurs par rapport aux non-utilisateurs de la solution. En revanche, la limitation des actes redondants est un enjeu inconnu pour l'échantillon, comme la fonctionnalité permettant de désigner une personne de confiance.
- ▼ **Taux de satisfaction des utilisateurs du DMP** : 60% des utilisateurs du DMP sont plutôt insatisfaits ou totalement insatisfaits du fonctionnement du DMP. 40% sont plutôt satisfaits ou totalement satisfaits. Les points faibles du DMP mis en avant par plus de 50% de l'échantillon sont le manque d'ergonomie du dispositif, son caractère trop chronophage et enfin le fait qu'il ne soit pas suffisamment connu. Un utilisateur sur 3 juge également l'applicatif

informatique incomplète. Malgré un taux de satisfaction plutôt défavorable, 60% des médecins interrogés affirment qu'ils pourraient recommander le dispositif à leurs confrères.

- ▼ **Attente des non utilisateurs du DMP** : Les non utilisateurs du DMP répondent pour 60% d'entre eux qu'ils ne sont pas utilisateurs par manque de temps, avec des commentaires notamment sur le caractère trop chronophage du logiciel. Par contre, 30% de l'échantillon interrogé répond aussi qu'il n'est pas utilisateur du DMP parce que cela ne leur a pas été proposé.
- ▼ **Accompagnement par les CPAM** : Parmi la population des non-utilisateurs, 89% d'entre eux n'ont pas été sollicité par leur CPAM de rattachement pour réaliser une formation, ou au moins une présentation du dispositif. Pour les utilisateurs, 70% de l'échantillon n'a pas eu de formation sur le DMP. Toutefois, pour la population ayant bénéficié d'un accompagnement, une majorité en est satisfait et a abordé les objectifs du DMP, son utilisation et le matériel information nécessaire à son fonctionnement. Concernant les échanges avec les patients, 75% des médecins généralistes utilisateurs du DMP affirment échanger régulièrement avec leurs patients à son sujet.

La messagerie sécurisée en santé

Le dispositif semble mieux déployé, 80% de l'échantillon interrogé étant utilisateur d'une MSS.

- ▼ **Taux de satisfaction des utilisateurs** : Les utilisateurs d'une MSS sont en large majorité très satisfaits du logiciel, les motifs de satisfaction varient mais une base solide de points forts est partagée par 50% des utilisateurs ou plus : l, les échanges sont plus nombreux, facilités et sécurisés. C'est un facilitateur de l'exercice de la profession.
- ▼ **Attente des non utilisateurs de la MSS** : Chaque médecin de l'échantillon non utilisateur pourrait envisager d'utiliser une MSS sous deux conditions :
 - ▼ Que le cout soit abordable
 - ▼ Que la solution ne soit pas trop contraignante techniquementOr, pour les utilisateurs, le cout de la solution informatique n'est pas un point faible identifié (moins de 5% de l'échantillon). En revanche, concernant la complexité technique du système, elle est évoquée comme point faible par un utilisateur sur 4.
- ▼ **Point d'amélioration** : L'absence d'une fonctionnalité « accusé de réception » est un point faible identifié par les utilisateurs comme les non utilisateurs du système - 25% de l'échantillon. Il pourrait être intéressant de développer ce type de fonctionnalité.

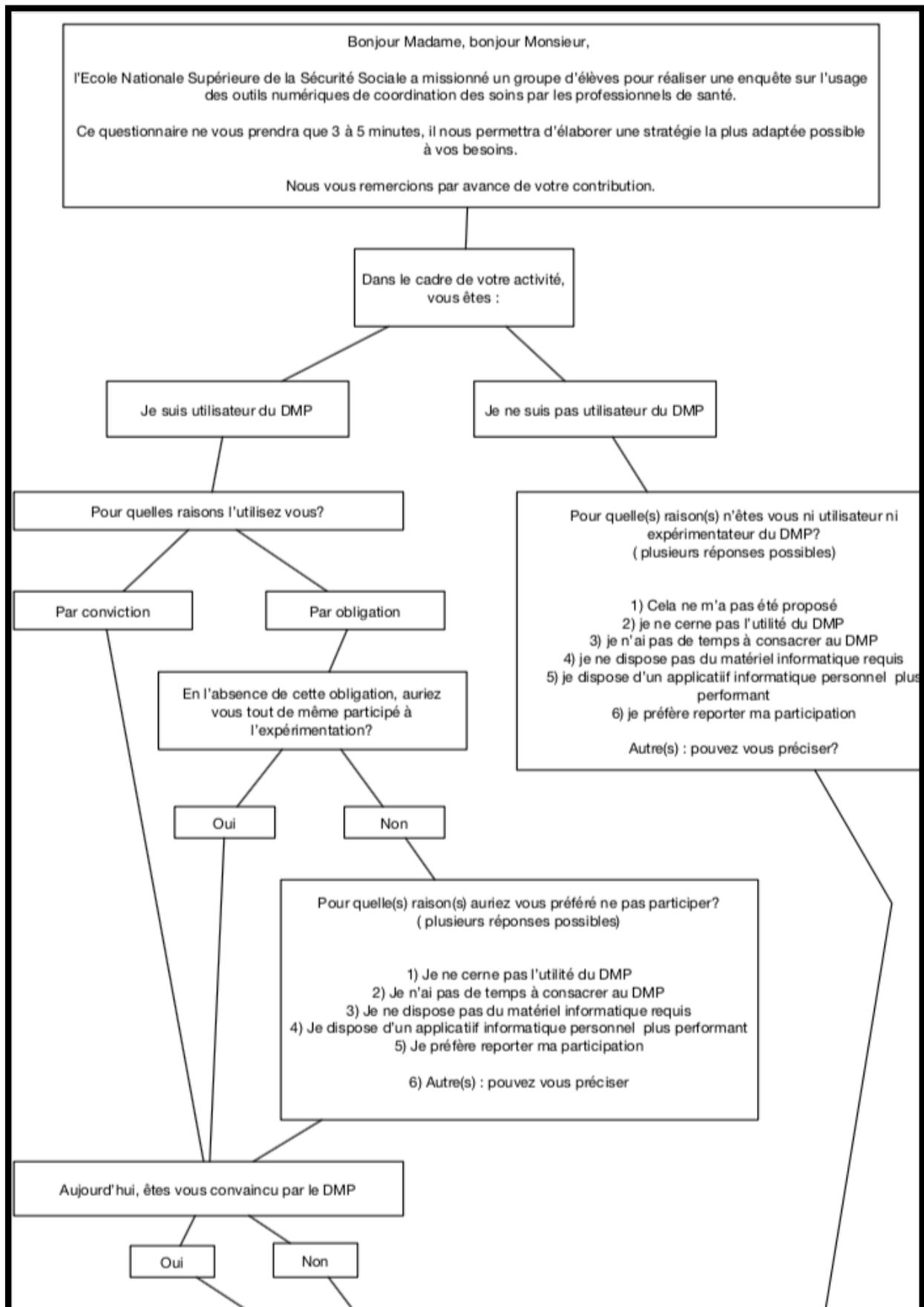
Les autres outils numériques publics de coordination des soins

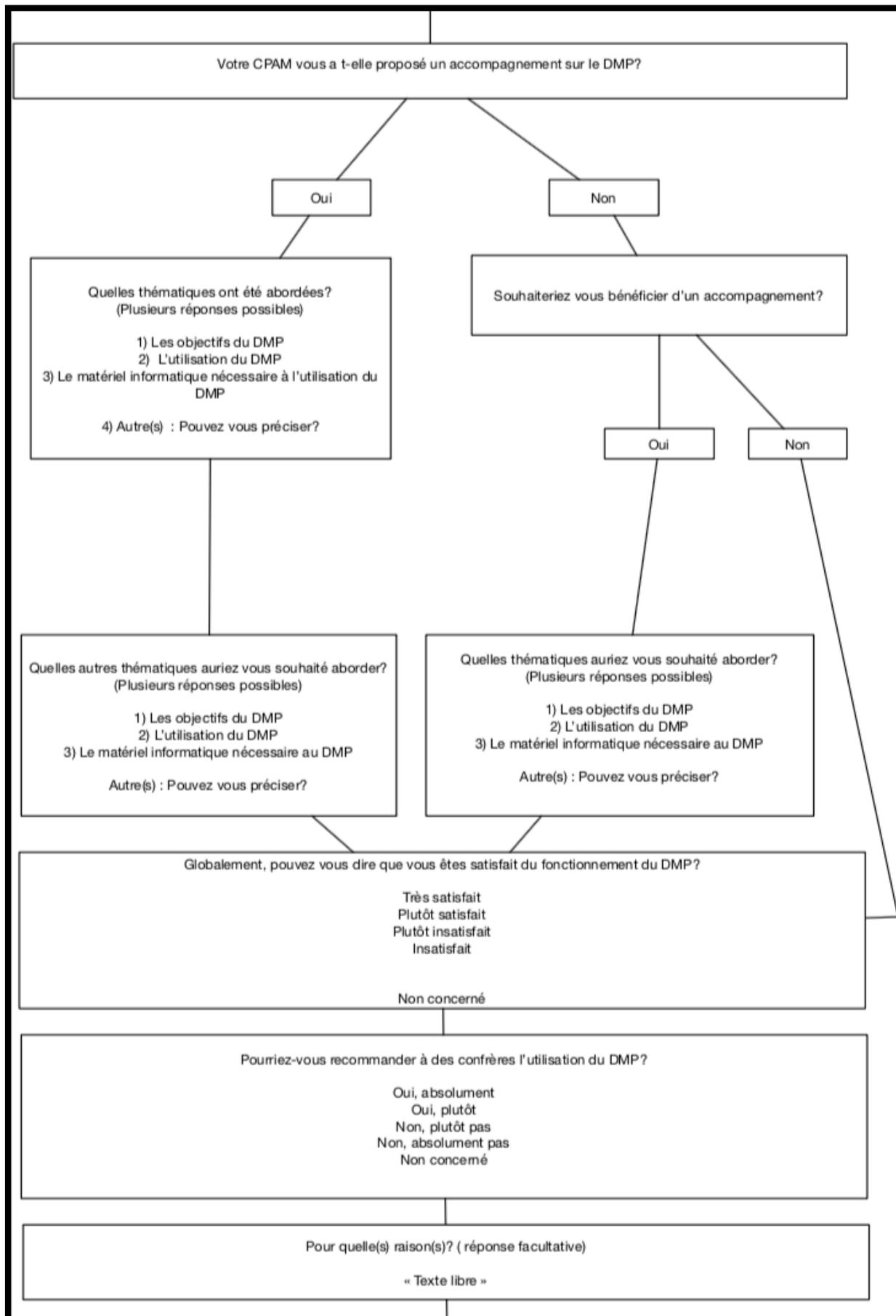
Pour cette catégorie, chaque répondant pouvait choisir parmi une liste non exhaustive un dispositif auquel il participe. Le dispositif PAERPA a fait l'objet d'un nombre suffisant de réponse afin d'en réaliser une étude.

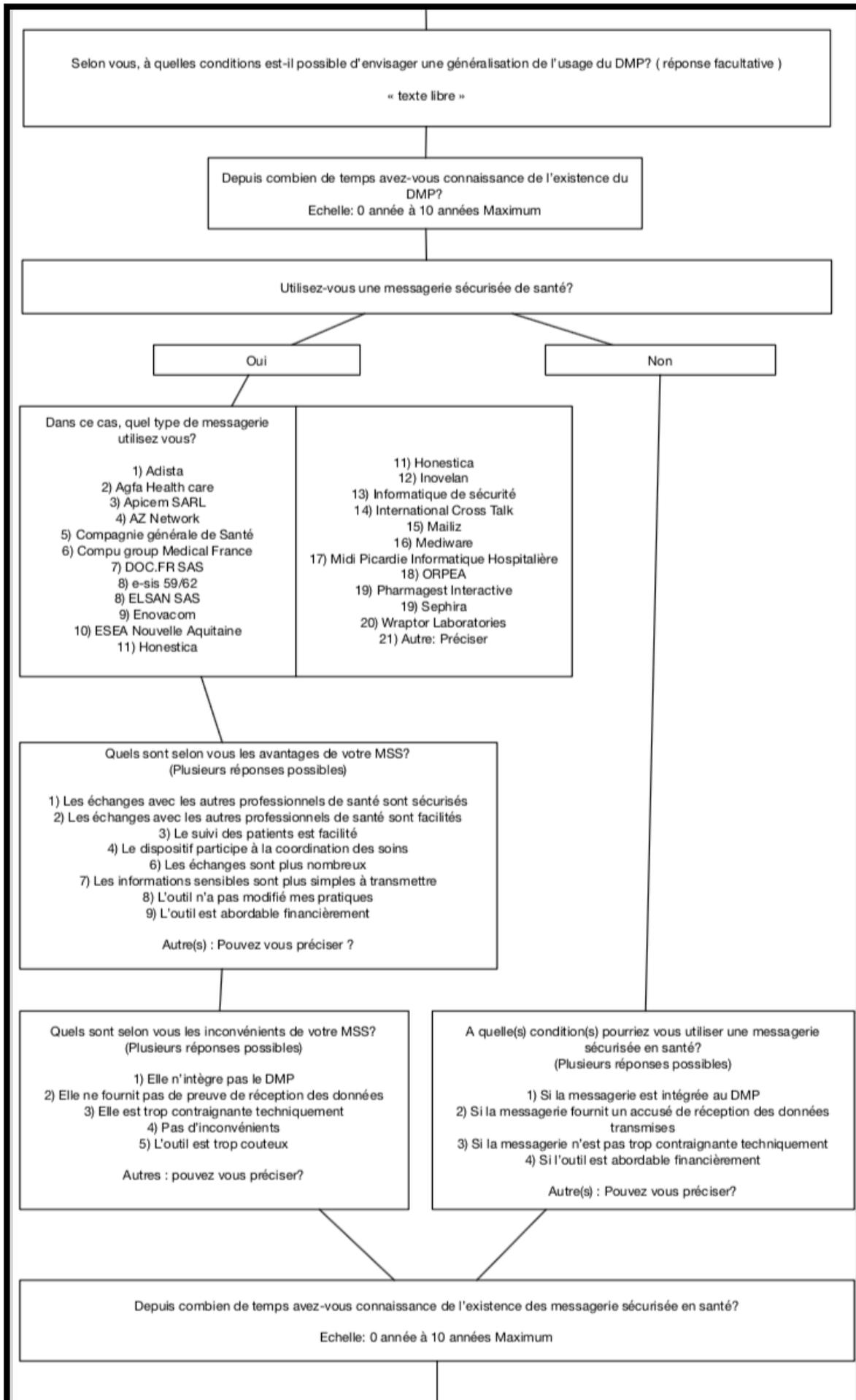
L'échantillon participant au dispositif PAERPA a correctement identifié l'enjeu de coordination des soins du dispositif. Toutefois, dans la moitié des réponses saisies, des réserves sont émises quant à la réalisation effective de cet objectif de coordination des soins, notamment en raison d'un fonctionnement trop chronophage du service qui dissuade l'utilisateur d'y avoir recours. La balance cout/avantage du PAERPA semble clairement questionnée par les participants. Toutefois, sur l'aspect social du PAERPA, l'enjeu est tout à fait identifié et les médecins ayant répondu apprécient de pouvoir saisir l'interlocuteur adéquat pour chaque problématique.

3 - Logigramme présentant le questionnaire

Le schéma démarre à la page suivante.







Vous êtes :	
1) une femme 2) un homme	
Quelle est votre CPAM de rattachement? (liste déroulante avec les 101 CPAM)	
Avez vous d'autres remarques & suggestions?	
Merci de votre participation !	

1. Entretien avec M. Duquesnel - président du syndicat CSMF

L'entretien s'est déroulé autour de quatre axes principaux :

- ▼ Les modalités de déploiement du DMP selon les médecins généralistes
- ▼ Les problématiques autour du DMP
- ▼ La concurrence potentielle avec d'autres outils publics ou privés de coordination des soins
- ▼ La place du DMP dans l'ensemble des outils de coordination des soins

Les modalités de déploiement du DMP selon les médecins généralistes

Outre les problématiques d'alimentation qui sont pour l'instant présentes puisque le DMP n'est pas déployé au niveau national, la mise en compatibilité du DMP avec les logiciels existants est un frein. Ceci n'est pas lié à une quelconque difficulté technique mais bien à un problème de coût. Pour les établissements de santé, mettre en compatibilité l'ensemble des logiciels est chronophage et coûte une somme importante. Pour les médecins généralistes libéraux, le forfait structure de la CNAM a permis une surfacturation de la compatibilité des logiciels par les éditeurs de logiciels. C'est donc un réel frein dans le développement des installations DMP compatibles.

Les problématiques autour du DMP

La plupart des médecins généralistes ne voit pas l'intérêt du DMP aujourd'hui. Dès lors, ce dernier est considéré comme une nouvelle surcharge administrative pour eux. Cela ne les incite pas à les alimenter, créant un cercle vicieux où les plus favorables ne voient pas de DMP alimenter.

Selon M. Duquesnel, il y a une nécessité de définir clairement les documents qui doivent être présents dans le DMP. Une fois cette étape effectuée, il lui paraît nécessaire de déterminer la période de réactualisation de ces documents afin de ne pas avoir de documents périmés.

Une proposition d'automatisation systématique des documents entre le logiciel du médecin et le DMP est proposée afin d'assurer cette actualisation et réaliser un gain de temps au lieu d'écraser un PDF et en remettre un nouveau.

Une difficulté dans la responsabilité médico-légale en cas de non-actualisation de la documentation présente au sein du DMP.

Aujourd'hui, une stratégie essentiellement portée sur les ouvertures de DMP et non pas sur son alimentation.

La concurrence entre DMP et d'autres outils de coordination publics ou privés

Il y a une évocation du développement d'outils par l'ARS Pays-de-Loire où exerce le Dr Duquesnel mais sans que ces outils soient aujourd'hui considérés comme satisfaisants. Néanmoins, il y a une forte utilisation d'outils privés, à l'échelle locale, départementale voire régionale. Ces outils permettent de communiquer avec les différents professionnels de santé (hormis les hôpitaux et le secteur médicosocial) avec une relative efficacité. À ce titre, bien que le DMP est une vocation nationale, il y a une concurrence directe de ces outils privés.

La place du DMP dans les outils de coordination des soins

Si le DMP a une place importante, il est nécessaire de ne pas trop le valoriser et le mettre en perspective avec les autres outils existants : MSS, outils de parcours coordonné, etc. Chaque outil a sa propre mission et il est important de ne pas voir dans le DMP un outil unique qui prendrait le pas sur l'ensemble des autres outils. Selon le Dr Duquesnel, le DMP est avant tout un espace de stockage et de mise à disposition des documents.

2. Entretien avec M. Serin – président du syndicat MG France

Que pensez-vous du choix de l'assurance maladie d'avoir orienté sa stratégie de déploiement du DMP sur 2 cibles : les médecins généralistes et les usagers ?

Ce choix me semble pertinent. Il est fondamental de développer le système de santé sur l'utilisateur et non pas les structures, il est incontournable de le placer au centre. Sur le médecin généraliste, M. Serin préfère qu'on parle d'équipe de soins primaires plutôt que de médecin généraliste stricto sensu – ainsi on inclut les infirmiers, kinés, pharmaciens. Le DMP reste un outil, mais il faut faire évoluer les pratiques. Ex : si un compte rendu cohérent n'est pas dactylographié, le DMP ne servira à rien. Il faut également revoir les stratégies d'exercice professionnel.

Aujourd'hui, la majorité des DMP sont ouverts mais vides.

Au sein de la fédération des maisons de santé, M. Serin pense qu'il faut créer une alliance entre l'utilisateur et son équipe de soins primaires. Il faut se méfier des mutuelles ou complémentaires voire même de l'assurance maladie ; il est gênant que le financeur ait accès à toutes les données des personnes assurées.

Les médecins craignent ils également le fait que l'assurance maladie puisse avoir accès tous les documents ?

M. Serin pense qu'on est dans une période de contraintes financières qui nous oblige à revoir les organisations de santé, et surtout la qualité et la pertinence des soins. Si l'assureur héberge les données de santé, cela peut poser des questions par rapport au lien avec l'utilisateur. Aujourd'hui données sécurisées et non visibles mais que se passera-t-il dans l'avenir ? Esprit critique d'un certain nombre de personnes.

Les patients vous posent-ils des questions sur l'aspect sécurité des données ?

M. Serin n'a pas beaucoup parlé du DMP avec ses patients. Quelques DMP ont été créés pour tester. Les patients s'intéressent assez peu pour l'instant, notamment du fait d'une patientèle plutôt âgée qui se sent peu concernées.

Quel est votre point de vue sur les phases de déploiement du DMP (inscription et alimentation) ?

M. Serin n'a pas d'avis sur la question. On en entend beaucoup parler, il y a des incitations à avoir des logiciels compatibles pour les maisons de santé. L'outil n'est pas abouti : il ne faut pas reproduire un effet coffre-fort qui rendrait compliquée la lecture des documents. Il faut réussir à structurer les données. Aujourd'hui, les données sont sous format PDF.

M. Serin souhaite attirer notre attention sur la création du dossier patient : lire un dossier complexe pour un malade chronique peut prendre 10 à 15 minutes pour un dossier patient classique, cela permet de définir les stratégies de soin.

Si ce dossier patient est sous format DMP, il sera beaucoup plus long de retrouver les données.

En tant que médecin généraliste, quels seraient vos besoins ?

M. Serin n'a pas besoin du DMP car le système de santé devrait faire que toutes données devraient arriver au médecin généraliste via la MSS. Le médecin généraliste tiendrait ainsi à jour le dossier patient.

Avec le DMP, on attend d'avoir un état de santé de la personne synthétisée, avec un accès facile à l'information : traitements en cours, allergies, vaccinations. C'est déjà le cas pour des dossiers réalisés au sein de logiciels métiers.

Diriez-vous que votre logiciel personnel est plus performant que le DMP ?

M. Serin répond catégoriquement que son logiciel métier est plus performant que le DMP. A la réception de biologiques ou comptes rendus d'opérations, ils sont directement intégrés de la synthèse dans le logiciel pour l'intégrer dans le dossier de synthèse du patient. On structure ainsi une photographie complète de la situation de santé du patient à partir des éléments divers que l'on ajoute.

Que pensez des outils complémentaires ou concurrents développés par des établissements de santé ou par l'ARS (e-tics) ?

Est de la concurrence ou de la complémentarité ?

Il n'est pas possible d'avoir un outil qui puisse tout faire. Dans e-tics, la création d'un dossier est extrêmement compliquée. Il est intéressant en termes de cercles de soins. Le but est plutôt de communiquer avec le suivi du médico-social – cela concerne les cas complexes.

Le DMP est un logiciel de coordination et de stockage. Pour un cas complexe, les médecins auront besoin d'outils que ne sont ni dans le DMP ni dans e-tics.

Quel rôle peuvent jouer la CNAM et le réseau des CPAM dans la coordination des soins ?

Il s'agit d'une question éthique et philosophique. M. Serin travaille en bonne entente avec la CPAM et l'ARS. Néanmoins, si toutes les données sont dans les mains du financeur, cela pose question. Les acteurs de santé devraient eux même mieux coordonner les soins par eux-mêmes plutôt que par le financeur. En France, on a une chance inouïe d'avoir une CMU, une AM universelle, permettant aux gens d'être soignés et aux médecins d'être payés.

Néanmoins, il serait préférable que les outils soient être créés par les utilisateurs. La co-construction de cet outil dès le départ aurait été plus intéressante afin d'avoir une meilleure coordination des soins et un meilleur usage.

L'ASIP Santé produit des normes pour les SI des maisons de santé, l'ASIP santé impose progressivement des labels et des éditeurs de logiciels vont arrêter. Ces normes

administratives ne sont pas forcément en phase avec les attentes des médecins par exemple. Le lien avec le DMP est nécessaire aujourd'hui. Paradoxalement, e-tics n'est pas compatible avec le DMP malgré le temps pour développer et les moyens consacrés.

Pensez-vous que les maisons de santé pourraient avoir un rôle dans l'accompagnement et le développement du DMP ?

Oui complètement, la maison de santé met l'utilisateur au centre, elles ont un grand rôle d'organisation pour améliorer l'accès au soin sur le territoire. Il y a un esprit santé publique très développé. Il pourrait être intéressant de promouvoir des outils publics si pertinents pour l'utilisateur. Il faut cependant que le DMP soit actualisé, synchronisé, avec des données structurées. M. Serin attend une version plus poussée du volet médical de synthèse.

Dans une maison de santé, le secret professionnel est partagé, la communication est primordiale pour que les soins soient les plus adaptés possibles.

Serait-il possible d'adresser, en septembre, à un panel de médecins, un questionnaire que nous vous adresserions ?

Possible de le diffuser. Demande au CA. Accord de principe dans une perspective de co-construction. Envoi sollicitation par le mail avec le questionnaire. Faire éprouver le questionnaire sur des bêta-testeurs pour vérifier la pertinence des questions.

3. Entretien avec M. Merlière – directeur du déploiement du DMP à la CNAM

SYNTHESE DE L'ENTRETIEN REALISE AUPRES DE LA CNAMTS :

Cet entretien a été réalisé le 13 juillet 2018 auprès de M. MERLIERE, responsable du projet DMP auprès de la CNAMTS.

L'entretien était articulé autour de quatre thèmes :

- ▼ *Des éléments de contexte du déploiement du DMP ;*
- ▼ *Les impacts pour les multiples acteurs des usages des outils numériques publics de santé ;*
- ▼ *Les enjeux de réussite du dispositif ;*
- ▼ *Les évolutions du DMP.*

Les éléments de contexte

Le DMP est issu d'une loi 2004 relancé en 2010. Lors de la préparation de la loi de modernisation du système de santé, la question du maintien ou non du DMP s'est posée. Un objectif de 5 millions de DMP créés en 2015 avait été fixé, mais seulement 500 000 DMP étaient effectivement créés. En réalité, 45% des DMP étaient vides. Concernant les professionnels de santé, leur logiciel métier n'avait pas un lien stable et facilité avec le DMP. Concernant les établissements de santé, de nombreuses règles inappropriées ont perduré comme le nécessaire consentement du patient pour alimenter le DMP. Au cours de l'année 2015, de nombreuses rencontres ont été mises en place afin d'essayer de comprendre les freins liés au DMP. Les éditeurs de logiciels avaient commencé à investir mais les aléas ont

été nombreux que les investissements ont été coupés. Ils attendaient d'avoir une assurance de poursuite de DMP.

Dans ce contexte le ministère a conditionné l'arrêt ou la relance du projet avec un opérateur de terrain. C'est pourquoi, l'assurance maladie a été désignée comme opérateur pour deux motifs :

- ▼ La CNAM a des relations conventionnelles avec les médecins libéraux ;
- ▼ L'assurance maladie ajoute les données en sa possession au sein de chaque DMP créée.

Impact pour les CPAM

Trois impacts majeurs ont émergé :

- ▼ La création de DMP dans les CPAM ;
- ▼ L'obligation de permettre à chaque usager de créer son DMP via internet ;
- ▼ La rédaction d'un avenant conventionnel avec les pharmaciens permettant leur intéressement à hauteur de 1euro/ 1DMP créé. La négociation avec les infirmiers libéraux pour conventionner le même système d'intéressement est en cours.

Au surplus, le DMP aura un impact sur les métiers de DAM et CIS au même titre que les services d'accueil. Des campagnes d'informations ont été mises en place auprès des agents des CPAM. De fait, concernant les métiers de DAM et de CIS, la CNAMTS promeut un renforcement de ces métiers, voir la création d'un nouveau métier.

Pour les Directions des Systèmes d'Information des établissements, il faut télécharger le guide d'intégration présent sur le site Sesame-Vitale. Ce guide permettra aux CPAM de bénéficier d'une formation spécifique sur le DMP. Les CPAM ont besoin d'être formées sur le sujet, elles doivent être le levier puisque du temps ou l'ASIP était porteur du projet DMP, c'est l'accompagnement local qui a fait défaut.

Les enjeux de réussite du DMP

Il faut montrer que le DMP est simple, pour cela, il faut combattre l'image selon laquelle son utilisation est très compliquée. On est passé de 400 médecins utilisant le DMP à plus de 15 000 aujourd'hui.

De nombreuses difficultés d'utilisation subsistent dans les établissements de santé puisque les CPAM n'ont pas la connaissance du fonctionnement des outils numériques publics de santé promeut par les ARS. Il faut parler de tous les outils numériques de santé pour mettre en lumière la complémentarité entre le DMP et Terr-santé par exemple.

Un rapport sur le « virage numérique » rappelle qu'il faut bien distinguer les socles nationaux, comme le DMP qui est un outil universel, ouvert à tout le monde et accessible partout sur le territoire, des outils territoriaux propre à certaines pathologies dépendantes de l'organisation territoriale des soins.

Le « maître mot », c'est la complémentarité des outils numériques publics de coordination des soins. Les concepteurs locaux ont du mal à l'aborder du fait d'une concurrence, d'une crainte de voir leur solution absorbée par le DMP.

A titre d'exemple il faut que les TSN soient intégrés au logiciel métier des professionnels de santé. A terme, l'objectif est la généralisation.

Les évolutions prévues du DMP

Deux grandes orientations sont prévues aujourd'hui :

- ▼ La création d'un moteur de recherche sur les données (même non structurées) ;
- ▼ L'organisation des données selon la spécialité du médecin.

L'ergonomie va donc évoluer. Néanmoins, une intégration de MSSanté dans le DMP est à proscrire car les deux canaux sont imperméables et voués à le rester.

Conclusion

La dernière version du DMP prévoit une identification par le NIR des usagers pour limiter les problèmes d'accès au DMP. Aujourd'hui, 90% des données sont alimentées par l'assurance maladie avec les données de remboursement, 15% par les hôpitaux.

De nos jours, 1 280 000 DMP sont actuellement ouverts et l'objectif est à 3M d'ici la fin 2018. Par la suite, une campagne de généralisation et d'information nationale sera réalisée.

L'usage du DMP ne pourra être effectif que si :

- ▼ Le nombre de DMP créées est conséquent ;
- ▼ Les établissements de santé commencent à utiliser les DMP créées puisque, le cas échéant, les médecins généralistes n'hésiteront pas à poursuivre dans cette dynamique.

La mobilisation des CPAM est indispensable pour convaincre les usagers dans les accueils ainsi que les professionnels de santé lors des rencontres.

4. Retranscription d'entretien avec Alain Hussenstein (Responsable à la Direction des systèmes d'information ARS)

Contexte général

Extrait de la stratégie e-santé en région (instruction du 10 janvier 2017 du ministère des affaires sociales et de la santé relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région).

« Les agences régionales de santé (ARS) sont responsables de la déclinaison régionale des politiques nationales de santé (dans le cadre d'un projet régional de santé - PRS), qui décrit les démarches à mettre en œuvre pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'efficacité du système de santé, en favorisant notamment l'émergence de nouvelles organisations et collaborations entre professionnels de santé et du domaine médicosocial, au service d'une médecine de parcours ».

« Les ARS sont les responsables de la politique numérique en santé dans leur région (...) en concertation notamment avec les professionnels et établissements des champs sanitaire et médico-social et les représentants des patients et des usagers de ces services. Le déploiement des systèmes d'information de santé s'appuie sur un ensemble de services interopérables et sécurisés, mis en œuvre dans le respect du cadre national d'interopérabilité défini par l'ASiP Santé et de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé. Il se décline à travers un ensemble de programmes pluriannuels : hôpital numérique, territoire de soins numérique, répertoire opérationnel des ressources, déploiement de la télémédecine, dossier médical partagé, dossier communicant de cancérologie, messageries

sécurisées de santé... Ces programmes ont pour but d'élever le niveau de maturité des systèmes d'information utilisés par les professionnels dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des patients ».

Pour assurer la conduite du déploiement des systèmes d'information de santé au sein de la région, l'ARS met en place une gouvernance régionale fondée :

- ▼ D'une part, sur une concertation régionale qui doit permettre d'informer et consulter les acteurs régionaux sur toutes les phases de la stratégie régionale de e-santé et qui associe l'ensemble des parties prenantes du champ de la santé numérique ;
- ▼ D'autre part, sur un groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) pour la conduite opérationnelle des projets régionaux de e-santé.

Contexte de l'ARS Corse

Avant la création des GRADeS en 2017, la plupart des régions disposaient de groupements visant à faire émerger l'e-santé. Ces structures migrent progressivement en GRADeS mais le dispositif ne change pas, il reste maîtrise d'ouvrage en système d'information pour la région.

La Corse ne disposait pas de groupement dédié, à l'exception de SIRSCO, construit autour des sept établissements de santé public de la région, avec pour objectif le déploiement du dossier patient informatisé (DPI). Cette initiative est un avantage certain dans le cadre de la coordination des soins, mais il n'était pas prévu d'y intégrer l'ensemble des services e-santé de la région.

Du fait de cette particularité, la Corse a été distancée par les autres régions qui disposaient de maîtrise d'ouvrage concernant l'e-santé.

Avec la création des GRADeS en 2017, tout le monde doit être au même niveau. Le SIRSCO va évoluer vers le GRADeS et la gouvernance suivra, sous la forme d'un GIP : l'ensemble des acteurs de la santé va intégrer cette gouvernance. L'ARS Corse vient de reprendre le projet de transformation et propose à l'ensemble des acteurs une organisation et un mode de fonctionnement. Schéma probable de gouvernance : un administrateur titulaire (vraisemblablement hospitalier), deux adjoints (URPS et privé).

L'ARS Corse financera pour majorité le projet, mais, avec le FIR le plus petit de France, ne pourra atteindre les 80 ou 90%, comme les GRADeS des autres régions. Elle propose à ses partenaires qu'une partie soit financée par les différents services. Le GRADeS Corse sera lancé au cours du 1^{er} trimestre 2019.

La plate-forme régionale e-santé de la Corse

Elle regroupe les services numériques de coordination, la télémédecine et l'ensemble des portails patients, professionnels. Ce projet, initialisé par le SIRSCO, a été repris par l'ARS, qui souhaite intégrer la totalité du projet et l'élargir à l'ensemble des projets en cours (un quart de ces projets concerne l'hébergement des données de santé des établissements de santé publique).

Les deux CPAM de Corse vont intégrer la plateforme. Relations avec les CPAM : en Corse, les relations sont bonnes sur MSS – DMP. Sur le DMP, deux établissements pilotes ont été ciblés pour le déploiement (public et privé). L'ARS et les CPAM travaillent ensemble : réunions coordonnées.

Sur le plan des MSS, l'ARS travaille avec la DCGDR avec deux champs :

- ▼ L'appel à projet national où la Corse a été retenue
- ▼ La coordination régionale.

Quand une MSS doit être déployée chez un libéral, Mailiz (Asip santé) est installée. Pour les établissements le MIPIH intervient. Avec les CPAM, tout se fait en bonne intelligence et en coordination.

A propos de l'usage des services numériques

Les difficultés viennent du fait que selon les logiciels métiers des professions libérales, certains ne sont pas DMP compatibles. L'ARS travaille avec les CPAM sur l'ouverture des DMP. Ensuite pour ce qui concerne l'accompagnement à l'usage, une partie du budget e-santé sera consacrée à l'évolution des logiciels métiers (cible : établissements de santé). Normalement c'est au GRADeS de le faire (technique et usage), mais il n'est pas encore constitué.

L'ARS Corse travaille avec l'ARS Paca sur les sujets de télémédecine. La Corse est concernée par les territoires sous dotés en professionnels de santé (ex : zones géographiques ou spécialités comme la dialyse ou la néphrologie). Dans ces conditions, les frais des personnes sont pris en charge par la CPAM. La Corse expérimente la télédermatologie (portée par l'URPS).

Elle travaille également avec la CPAM car cette possibilité est nouvelle pour les deux entités. Elles ne disposent pas de visibilité sur les activités en cours, ne permettant pas de mettre en place une politique régionale pour couvrir le territoire. Il y a travail de cartographie à faire et de coordination avec les porteurs de projet : ils doivent pouvoir se faire rembourser mais en retour ils doivent faire savoir ce qui se passe en région. L'Ars peut accompagner sur la partie outillage et la CPAM sur les remboursements.

Il n'y a pas encore de droit commun sur la partie télésurveillance (expérimental), et il est nécessaire qu'avec les CPAM, l'ARS informe des projets qui vont être déployés et qu'il peut y avoir une nomenclature TLS.

ANNEXE 4 : MACRO PLANNING DU PROJET

<u>Date</u>	<u>Activité</u>	<u>Objectif</u>
28 Février	Jalon 1	Présentation dispositif Recherche Action
Du 28/02 au 14/02	Temps de réflexion individuel	Choix des Sujets et des groupes RA
15 mars	1 ^{er} RDV RA	Rencontre avec Mr BONTEMPS
16 Mars	Jalon 2	Début Phase note de cadrage
Du 16/03 au 19/03	Temps individuel	Recherches individuelles pour la note de cadrage
19 mars	Réunion groupe de travail	Mise en commun des recherches et Élaboration note de cadrage (contextualisation et problématisation, hypothèses)
29 mars	Réunion groupe de travail	Débriefing rédaction note de cadrage
Du 29/03 au 3/04	Temps individuel	Réflexion sur les futurs rendez-vous (axes de réflexion et questions), Prise connaissance des rapports IGAS 2007 et CC 2018
3 avril	Réunion groupe de travail	Débriefing : 1- Version Finalisée NDC 2 – Listing Professionnels 3 – Réflexion questionnaires et entretiens
4 avril	Préparation 2eme RDV RA	Présentation note de cadrage à Mr BONTEMPS
5 avril	2 ^{ème} RDV RA	RDV téléphonique avec Mr BONTEMPS : 1 – Finalisation de la note de cadrage 2 – Validation de la note de cadrage
9 avril	Remise de la note de cadrage finalisée	Transmission électronique de la note de cadrage à Madame CARDINEAU Agnès
10 avril	Jalon 3	Début de la Phase introduction et du plan détaillé

14 avril	Réunion groupe de travail RA	Rédaction des projets de questionnaires : 1-SPHYNX 2-CPAM expérimentatrices du DMP
24 avril	Remise des projets de questionnaires au DRA	Mr Arnaud BONTEMPS
13 mai	Suivi des remarques du DRA sur les projets de questionnaires	Débriefing de l'ensemble du groupe de travail
22 mai	Réunion groupe de travail	Définition des objectifs des entretiens CPAM Préparation de l'entretien avec Mr BONTEMPS
29 mai	Réunion groupe de travail	Validation mail pour contacts DMP / Retour sur les contacts des membres du groupe
29 mai	3 ^{ème} RDV RA	Points d'étape sur la stratégie d'entretiens multicanal
4-8 juin	Stage relation client CPAM	Entretiens CPAM sur le DMP
12-15 juin	Réunion groupe de travail	Débriefing sur les entretiens CPAM / Réflexion Plan détaillé
19 juin	Réunion groupe de travail	Débriefing sur les entretiens des médecins généralistes et autres professionnels de santé Réalisation projet de plan Répartition du travail (binôme ou trinôme) sur l'introduction et le plan détaillé
20 juin	4 ^{ème} RDV RA	Retour sur le projet d'introduction et de plan détaillé
21 juin-2 juillet	Temps individuel	Temps individuel de réflexion et rédaction Listing des contacts (questionnaire SPHYNX)
3 juillet	Réunion groupe de travail	Débriefing rédaction introduction et plan détaillé
4 juillet (17h30)	5 ^{ème} RDV RA	Présentation de l'Introduction et du plan détaillé à Mr BONTEMPS

10 juillet	Réunion groupe de travail	Dead Line Listing SPHYNX État des lieux listing Finalisation introduction et plan détaillé
17 juillet	6 ^{ème} RDV RA	Validation définitive livrable 2 17h
19 juillet	Remise de l'introduction et plan détaillé	Transmission électronique de l'introduction et du plan détaillé à Madame CARDINEAU Agnès
23 Juillet 24 juillet	Réunion Groupe de travail Point Arnaud	Envoi le soir de l'intro et du plan -> deadline le 24 à 14h Validation définitive livrable 19h30 - 20h
27 juillet	Jalon 4	Début de la Phase rapport final
A partir du 27 juillet	Temps individuel	Réflexion sur le rapport final Choix individuel des parties à rédiger
5 septembre (16h30 -18)	Réunion groupe de travail	Mise à jour Fabien sur le projet / Répartition du travail Livrable 3 / Validation Mail SyndicMG / Validation Macro-Planning /
11 Septembre	Travail individuel/binôme sur la rédaction du rapport final	Répartition par groupe de la reprise du livrable 2 (compléter) Répartition de l'analyse des données (Profil de CPAM/ Données SPHYNX) => But commencer les préconisations Envoi questionnaire SPHYNX (SMG)
12 septembre (17h30)	7 ^{ème} RDV RA	Retour sur le questionnaire SPHYNX Point d'étape sur le rapport final et ses annexes MAJ macro-planning
18 septembre	Réunion groupe de travail (17h-18h30 salle 214)	Point d'étape sur le rapport final et ses annexes
20 septembre (8h45)	8 ^{ème} RDV RA (Salle Visio Amphi)	Point d'étape avec Arnaud BONTEMPS
2 octobre (18h30)	9 ^{ème} RDV RA	Point d'étape avec Arnaud BONTEMPS

4 octobre	Réunion distance groupe de travail	Point d'étape suivi des préconisations (selon répartition en groupe) => Transfert retour SPHYNX
18 octobre	Réunion distance groupe de travail	Point d'étape suivi des préconisations (selon répartition en groupe) => Transfert retour SPHYNX
29 octobre	Réunion groupe de travail (17h15-19h15)	Analyse des données SPHYNX et croisement des données avec les données CPAM ; mise en commun parties rédigées
30 Octobre (16h)	10 ^{ème} RDV RA	Point d'étape sur le rapport final et ses annexes, Retour Plan, Idées Préconisations
6 novembre	Réunion groupe de travail (17h-19h)	Envoi V1 du rapport et ses annexes
8 novembre (8h30)	11 ^{ème} RDV RA	Retour V1 rapport final et ses annexes
12 novembre	Réunion groupe de travail (des 14h-18h)	Point d'étape sur le rapport final et ses annexes envoi V2 au DRA
15 novembre (8h30)	12 ^{ème} RDV RA	Retour V2 rapport final et ses annexes
19 novembre	Réunion groupe de travail (17h30-19h30)	Reprise V2 rapport final et ses annexes / Envoie de la V3 du rapport final et ses annexes au DRA
20 novembre (17h)	13 ^{ème} RDV RA	Point d'étape final V3
21 novembre	Remise du rapport final du projet RA	Transmission électronique du rapport final et de ses annexes
28 novembre	Réunion groupe de travail	Travail préparation soutenance / Préparation de la soutenance orale du projet RA
6 décembre (17h)	Réunion groupe de travail + DRA	Travail préparation soutenance / Préparation de la soutenance orale du projet RA
11 décembre	Soutenance du projet devant le Jury RA	Soutenance du projet par les membres du Groupe RA

En plus de la documentation générale ou administrative citée dans le rapport et du matériau d'enquête produit dans le cadre de l'étude, le travail d'analyse ici présenté s'est fondé sur une revue de la littérature et des articles de la presse spécialisée, dont les principales références sont présentées ci-dessous.

1 - Le dossier médical partagé

ARTICLES

- ▼ **Les enseignements d'une histoire récente : l'utopie du DMP** / Pascal Cacot.- *Les tribunes de la santé*.- n° 51, été 2016, p. 89-98
- ▼ **Dossier médical personnel : Comment ça marche ?**- *Viva*.- n° 294, avril 2014, p. 20-21
- ▼ **Le dossier médical personnel s'imposera-t-il ?** / Aurélien Hélias.- *La Gazette santé*.- n° 88, septembre 2012, p. 18-19
- ▼ **Le DMP, un patient mal en point** / Bruno Texier.- *Archimag*.- n°258, octobre 2012, p. 4
- ▼ **Le parcours semé d'embûches du DMP** / Antoine Laurent.- *Acteurs publics*.- n°71, février 2011, p. 70-72
- ▼ **Le Dossier médical personnel sort de sa léthargie** / Bruno Texier.- *Archimag*.- n°239, novembre 2010, p. 26-27
- ▼ **NHS, les difficultés des hôpitaux et du dossier médical** / Pascal Beau.- *Espace social européen*.- n°937, du 30 avril au 7 mai 2010, p. 5
- ▼ **Les députés veulent ressusciter le DMP** / Isabelle Eudes.- *Espace social européen*.- n°838, du 1 au 7 février 2008, p. 4-5
- ▼ **Dossier patient informatisé : une solution de déploiement originale** / Jean Guicheteau, Frédéric André, Jean-Pierre Sobczak.- *Revue hospitalière de France*.- n°521, mars-avril 2008, p. 35-37
- ▼ **DMP : le rapport Gagneux prône un retour vers le futur** / Isabelle Eudes.- *Espace social européen*.- n°851-852, du 2 au 15 mai 2008, p. 4-5
- ▼ **LE C.C.N.E., le "dossier médical personnel" (D.M.P.) et l'informatisation des données de santé (Avis n° 104 du C.C.N.E.)** / Eric Martinez.- *Revue droit & santé*.- n° 26, novembre 2008, p. 695-702
- ▼ **Le dossier médical personnel : tellement mal parti qu'il n'est pas près d'arriver !** / Gilbert Spiegel.- *Social pratique*.- n° 208, décembre 2007, p. 31-34
- ▼ **Le DMP : vers un partage de l'information**.- *Regards de la FHP*.- n° 48, juin 2007 p. 17-41
- ▼ **Le dossier médical personnel** / Cyrille Colin.- *Actualité et dossier en santé publique*.- n° 58, mars 2007 p. 17-56
- ▼ <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=99&menu=11>

- ▼ **Dossier médical partagé ou personnel : situation internationale** / Karima Bourquard.- *Pratiques et organisation des soins*.- n° 1, janvier - mars 2007 p. 55-67
- ▼ http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_medical_situation_internationale.pdf
- ▼ **Dossier médical personnel un traitement par étapes** / Bruno Texier.- *Archimag*.- n° 203, avril 2007 p. 19-26
- ▼ **Comment sauver le DMP de la déconfiture ?**- *Protection sociale informations*.- n° 570, 20 décembre 2006 p. 1-2
- ▼ **Le dossier médical commun partagé : outil d'aide à la décision spécifique ou généraliste?** / Agnès Ponge, Pierre Lombrail. Hervé Lacroix - *Actualité et dossiers en santé publique*.- n° 55, juin 2006 p.66-68
- ▼ **Dossier médical : un test grandeur nature** / Pierre Mitev.- *Gazette santé social*.- n° 20-21, juin-juillet 2006 p. 50-51
- ▼ **Dossier médical : c'est parti pour 2007 !**- *Protection sociale informations*.- n° 485, 16 mars 2005 p. 1-4
- ▼ **Le compte à rebours du DMP** / Pierre François.- *Espace social européen*.- n° 707, 14-20 janvier 2005 p. 8
- ▼ **Vers le dossier médical personnel : les données du patient partagées: un atout à ne pas gâcher pour faire évoluer le système de santé** / Marius Fieschi.- *Droit social*.- n° 1, janvier 2005 p. 80-90
- ▼ **Dossier médical : une mesure de son attrait** / Christophe Vanackère.- *Espace social européen*.- n° 731, 1-7 juillet 2005 p. 9
- ▼ **Le grand chantier du dossier médical partagé** / Nicolas Yanis.- *Espace social européen*.- n° 685, 4-10 juin 2004 p. 4-5
- ▼ **Le dossier médical et la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades, dossier**.- *Gestions hospitalières*.- 425, avril 2003, p.301-329
- ▼ **Le DMP, élément de réformes d'ensemble**.- *Espace médical européen*.- n° 1, mai 2003 p. 4-20
- ▼ **Dossier médical partagé : la CNIL exige le cryptage**.- *Filières et réseaux*.- n°32-33, novembre-décembre 1999 p.16
- ▼ **Pourquoi un dossier médical à domicile?** / BELIN Valérie.-.- *Décision santé*.- n°106, janvier 1997 p.22-23
- ▼ **Codage, nomenclature, PMSI, dossier médical, carte à puce: quelle cohérence?** / MENNERAT François.- *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*.- n°3, juillet-septembre 1996 p.225-248
- ▼ **Le dossier médical. Un outil multifonctionnel** / DUBOIS Olivier.- *Bulletin de l'ordre des médecins*.- n°9, décembre 1996 p.5-7
- ▼ **Dossier médical du patient hospitalisé**.- *Hospitalisation nouvelle*.- n°233, novembre 1995 p.10-22
- ▼ **Dossier médical hospitalier : les droits du malade** / BREAN Rachel.- *Viva*.- n°75, janvier 1994 p.35

- ▼ **Dossier médical : les demi-mesures du décret** / POINDRON Pierre-Yves.-.- *Espace social européen*.- n°270,9 décembre 1994 p.7
- ▼ **UNOF : le dossier médical, élément de la qualité des soins relève du socle conventionnel.**- *Le médecin de France*.- n° 705,4-10 février 1993 p. 7
- ▼ **La communication du dossier médical** / DUCLOS René.- *Revue hospitalière de France*.- n° 5, Septembre-octobre 1992 p. 542-551

LIVRES et RAPPORTS EN LIGNE

- ▼ **Pourquoi il faut stopper le DMP** / Philippe Ameline.- 2012
- ▼ <http://philippe.ameline.free.fr/wordpress/?p=404>
- ▼ **Réussir le DMP** / Institut Montaigne.- Institut Montaigne: 2010, 8 p..- Note
- ▼ http://www.institutmontaigne.org/fr/publications/reussir-le-dmp#publication_content
- ▼ **Rapport sur le dossier médical personnel (DMP) : quel bilan d'étape pour quelles perspectives ? : Compte rendu de l'audition publique du 30 avril 2009** / Pierre Labordes, FRANCE. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.- Documentation française: 2009, 110 p..- Documents d'information de l'Assemblée nationale; Les Rapports du Sénat
- ▼ <http://www.senat.fr/rap/r08-567/r08-5671.pdf>
- ▼ **Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé : recommandations à la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative** / Michel Gagneux, Igas.- IGAS: 2008, 118 p.
- ▼ T6 15204
- ▼ **Le DMP : un choix nécessaire pour la qualité des soins à l'heure du numérique** / Jean-Pierre Door, Assemblée nationale.- Assemblée nationale: 2008, 179 p..- Rapport d'information
- ▼ **Le projet DMP : rapport d'activité 2006 / 2007** / Groupement d'intérêt public dossier médical personnel.- GIP DMP: 2007, 34 p.
- ▼ **Le rapport sur le dossier médical personnel (DMP)** / Ministère de l'économie, des finances et de l'emploi, Ministère du budget des comptes publics et de la fonction publique ; Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.- 2007, 66 p., annexes
- ▼ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000713/index.shtml>
- ▼ **Le DMP vu du terrain : ça démarre enfin** / Marie-France de Ponge.- 2006, p. 4-6.- *Le quotidien du médecin*.- n° 8017, cahier 2, 27 septembre 2006
- ▼ **La tenue du dossier médical et médecine générale: état des lieux et recommandations.**- ANDEM: 1996, 91p.

RAPPORTS DE STAGE EN3S

- ▼ **Le dossier médical partagé : vers quel accompagnement pour le développement des usagés ?** / Hocine Abid, Maître de stage Yvon Merlière.- En3s: 2017, 34 p., annexes.- Stage

CAPDIR 2017

- ▼ <http://brise.en3s.fr/2017/CAPDIR/ABID.pdf>
- ▼ **L'informatisation du dossier médical du patient : démarche, intérêts et limites** / Younès Makhlaf.- EN3S: 2006, 66 p.- Cycle d'études spécialisées de gestion des organismes sociaux, 13ème promotion
- ▼ **CESGOS 2006**
- ▼ **La mise en place de l'expérimentation du Dossier Médical Personnel sur le territoire de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Armentières** / Jean Willems.- EN3S: 2006, pag. mult.- 2ème Section 2006

2EME SECTION 2006

- ▼ **Déploiement d'un dossier patient informatisé sans fil** / Jean-Marc Picard.- EN3S: 2005, 18 p., annexes.- Cycle de formation des directions d'établissements des UGECAM, 2005

Revue cairn

- ▼ **L'accès au dossier médical.**- *Journal du droit des jeunes* 2004/2 N° 232
- ▼ <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2004-2-page-39.htm>
- ▼ **Le dossier médical** : Solène Pelletier.- *Journal du droit des jeunes.*- 2003/3 N° 223
- ▼ <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2003-3-page-15.htm>

2 - Délégué de l'assurance maladie

- ▼ **Délégué de l'assurance maladie**
- ▼ <http://www.lassurance-maladie-recrute.com/nos-metiers/zoom-metier/metier/delegue-de-lassurance-maladie/famille/gestion-du-risque.html>
- ▼ **Le Délégué de l'Assurance Maladie**
- ▼ <http://www.cpam-aube.fr/medecins/documents/contacts/dam.pdf>
- ▼ **Les nouveaux soldats de la Sécu** / [Eric Favereau](#).- Libération 9 juillet 2009
- ▼ http://www.liberation.fr/societe/2009/07/09/les-nouveaux-soldats-de-la-secu_569438
- ▼ **Bilan des visites des délégués de l'Assurance Maladie**
- ▼ <https://www.rapportannuel-assurancemaladie.paris/2017/06/02/bilan-des-visites-des-delegues-de-lassurance-maladie-2/>

3 - Conseiller informatique service CIS

- ▼ **Conseiller utilisateurs des offres de service**
- ▼ <https://www.lesmetiersdelasecuritesociale.fr/nos-metiers/les-metiers-de-la-relation-et-du-service/conseiller-utilisateurs-des-offres-de-service.html>
- ▼ **Les correspondants informatiques services**
- ▼ <https://cpam35.fr/P0A3Z1-BQ22/Infoemployeurs/octobre2016/liens/zoom.pdf>

4 - MSSanté

- ▼ **Dossier de presse MSSanté Dossier de presse | 14 oct. 2016**
- ▼ <http://esante.gouv.fr/asip-sante/espace-presse/dossier-de-presse/dossier-de-presse-mssante-0>
- ▼ **Professionnels de santé, passez à MSSanté !**
- ▼ <http://esante.gouv.fr/services/mssante/breves/comprendre-mssante>
- ▼ **Le système MSSanté, un projet national porté par L'ASIP santé**
- ▼ https://www.hospitalia.fr/LE-SYSTEME-MSSANTE-UN-PROJET-NATIONAL-PORTE-PAR-L-ASIP-SANTE_a407.html
- ▼ **MSSanté, la garantie d'échanger en toute confiance**
- ▼ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/DP_MSSante_Juin_2013.pdf
- ▼ **Dossier Territoires, systèmes d'information et e-santé.** VALLIN (Xavier), la revue hospitalière de France, n°557, 2014

5 - Medical care - partage d'informations

- ▼ **Le cadre juridique du partage d'informations dans les domaines sanitaire et médico-social: état des lieux et perspectives.-** Repères Juridiques | 22 août 2012
- ▼ <http://esante.gouv.fr/services/reperes-juridiques/le-cadre-juridique-du-partage-d-informations-dans-les-domaines-sanitaire>
- ▼ **Secret professionnel & partage d'informations : les nouvelles dispositions de la Loi Santé 2016**
- ▼ <https://managersante.com/2017/01/08/secret-professionnel-et-partage-dinformatons-les-nouvelles-dispositions-de-la-loi-sante-2016/>
- ▼ **Echanges et partage d'informations au sein de l'équipe de soins prenant en charge une personne** Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins

- ▼ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_echanges_et_partage_informations.pdf
- ▼ **L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ?** / Yann Bourguell.- *Sciences sociales et santé* 2017/1 (Vol. 35) 108 p.

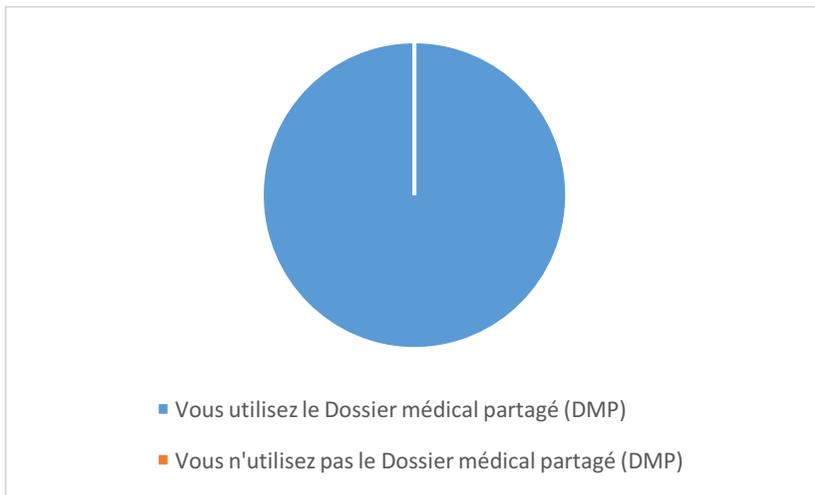
6 - PAERPA

- ▼ **Le système d'information dans PAERPA : Un outil de coordination pour des parcours de santé plus fluides.** / PREVOTEAU (Claire).- *La Revue Hospitalière De France*, n°565, 2015
- ▼ **Coordination territoriale d'appui : 7 missions.** /.- RS & T RESEAUX, SANTE & TERRITOIRE, n°59, 2014
- ▼ Les cahiers des charges Paerpa a confié 7 missions aux coordinations territoriales d'appui qui doivent être organisées dans les 9 territoires des projets Paerpa...Les CTA de la première vague de...
- ▼ **Programme Paerpa, les leçons de l'expérimentation** / Michel Paquet Article dans : *Actualités sociales hebdomadaires - ASH* - n° 3005, 7 avril 2017, p. 30-33
- ▼ **Évaluation qualitative PAERPA : Rapport final** / Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut.- *Document de travail, Série Études et recherche, DREES* n°135, mai 2017, 72 p.
- ▼ <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>
- ▼ **Atlas des territoires pilotes PAERPA : Situation 2012** / Dir. Zeynep Or IRDES, 2015.
- ▼ <http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>
- ▼ **Permettre la mobilisation... : Dominique Libault, comité de pilotage Paerpa / Pascale Vayssette** - *Réseaux, santé et territoire*

1. Étude concernant les utilisateurs du DMP

1. Dans le cadre de votre activité :

	Effectifs	% Obs.
Vous utilisez le Dossier médical partagé (DMP)	18	100%
Vous n'utilisez pas le Dossier médical partagé (DMP)	0	0%
Total	18	100%



2. Pour quelle raison utilisez-vous le DMP ?

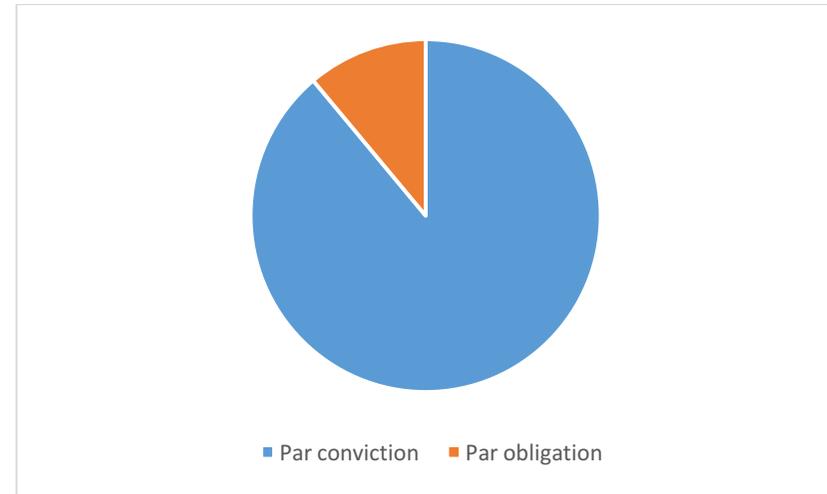
	Effectifs	% Obs.
Par conviction	16	88,9%
Par obligation	2	11,1%
Total	18	100%

Réponses effectives : 18

Non-réponse(s) : 0

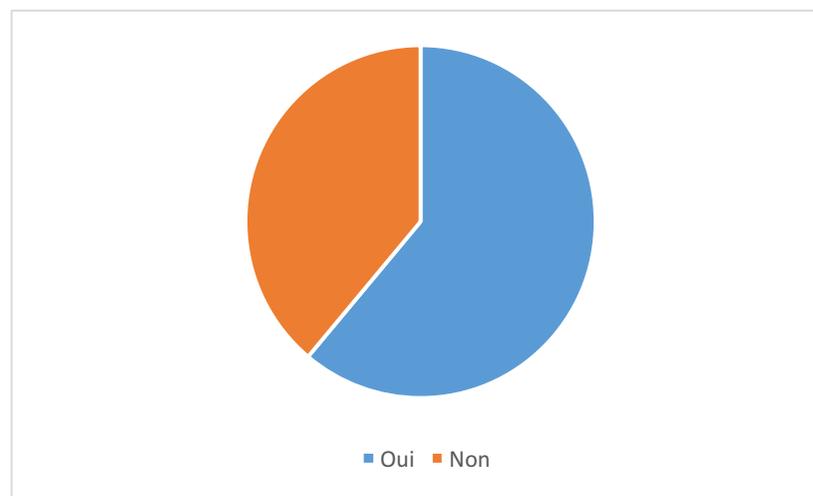
Taux de réponse : 100%

Modalité la plus citée : Par conviction



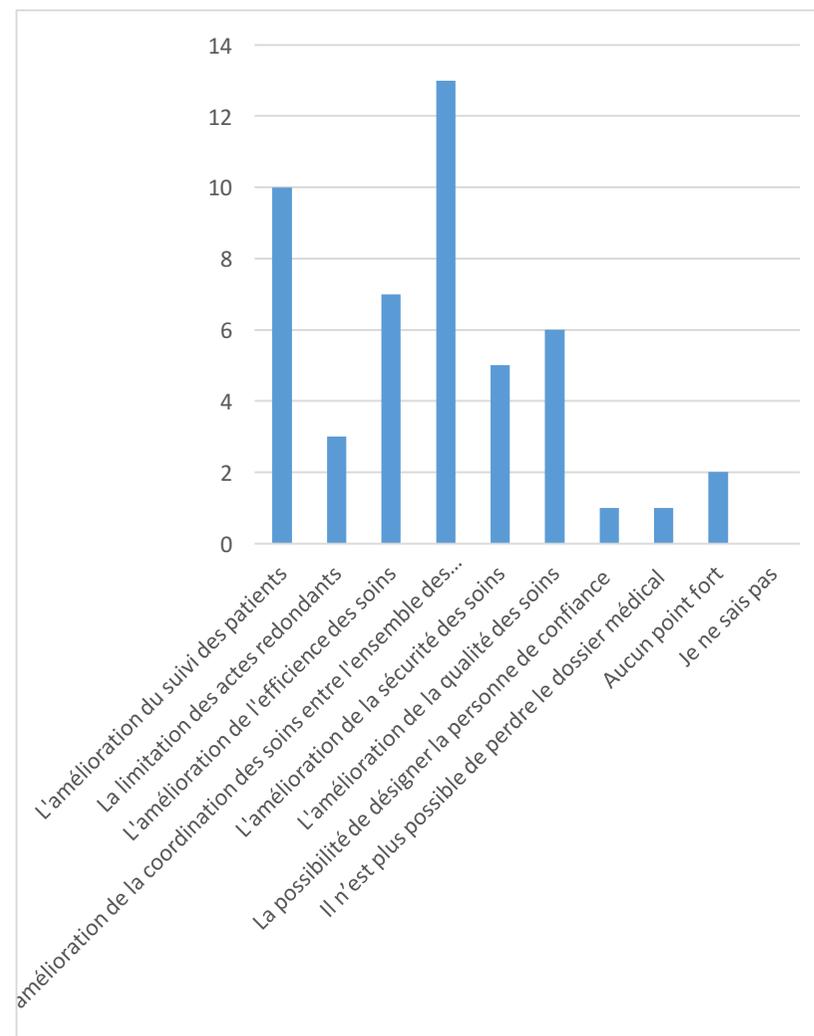
3. Aujourd'hui, êtes-vous convaincu par le DMP ?

	Effectifs	% Obs.
Oui	11	61,1%
Non	7	38,9%
Total	18	100%



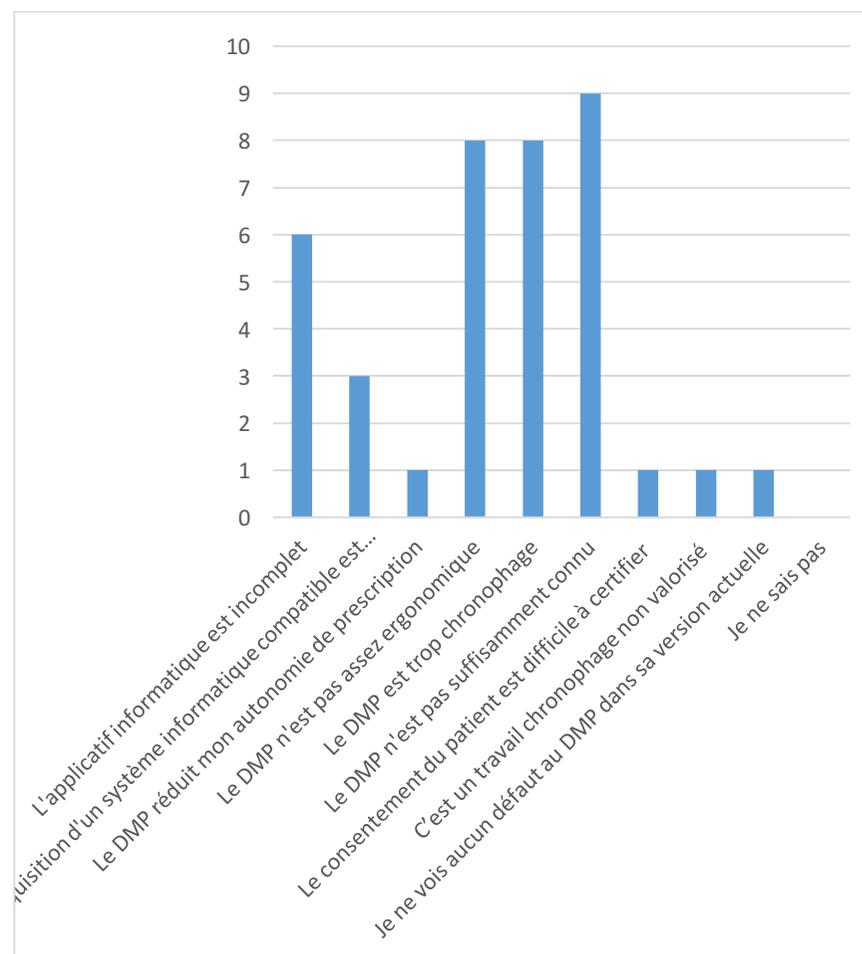
4. Quels sont selon vous les points forts du DMP dans sa version actuelle ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
L'amélioration du suivi des patients	10	55,6%
La limitation des actes redondants	3	16,7%
L'amélioration de l'efficience des soins	7	38,9%
L'amélioration de la coordination des soins entre l'ensemble des professionnels de santé	13	72,2%
L'amélioration de la sécurité des soins	5	27,8%
L'amélioration de la qualité des soins	6	33,3%
La possibilité de désigner la personne de confiance	1	5,6%
Il n'est plus possible de perdre le dossier médical	1	5,6%
Aucun point fort	2	11,1%
Je ne sais pas	0	0%
Total	18	



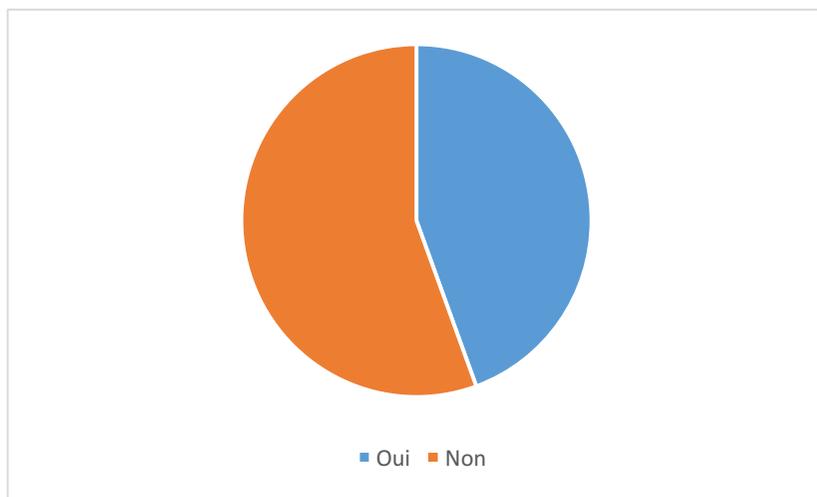
5. D'après vous, quels sont les points faibles du DMP dans sa version actuelle ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
L'applicatif informatique est incomplet	6	33,3%
L'acquisition d'un système informatique compatible est trop couteuse	3	16,7%
Le DMP réduit mon autonomie de prescription	1	5,6%
Le DMP n'est pas assez ergonomique	8	44,4%
Le DMP est trop chronophage	8	44,4%
Le DMP n'est pas suffisamment connu	9	50%
Le consentement du patient est difficile à certifier	1	5,6%
C'est un travail chronophage non valorisé	1	5,6%
Je ne vois aucun défaut au DMP dans sa version actuelle	1	5,6%
Je ne sais pas	0	0%
Total	18	



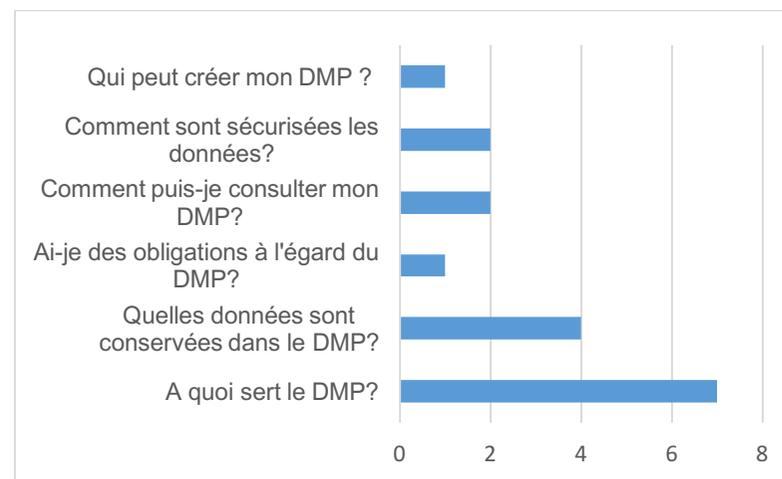
6. Vos patients vous interrogent-ils à propos du DMP ?

	Effectifs	% Obs.
Oui	8	44,4%
Non	10	55,6%
Total	18	100%



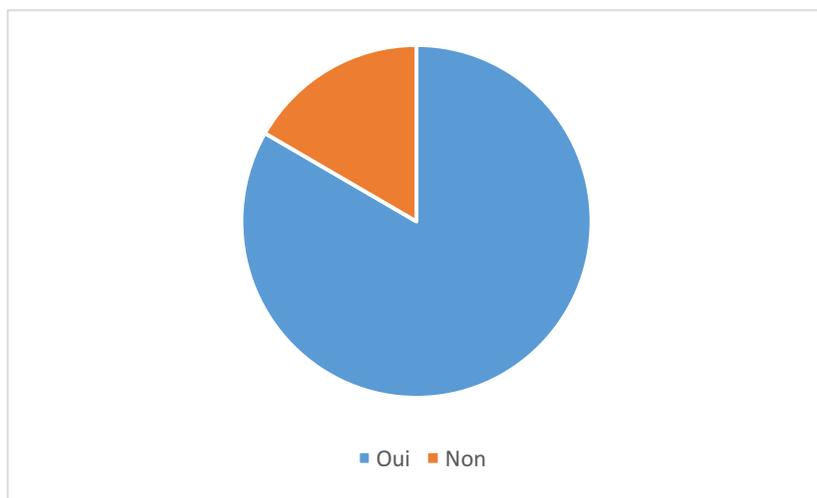
7. Sur quelles thématiques portent les questions de vos patients ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
A quoi sert le DMP ?	7	87,5%
Quelles données sont conservées dans le DMP ?	4	50%
Ai-je des obligations à l'égard du DMP ?	1	12,5%
Comment puis-je consulter mon DMP ?	2	25%
Comment sont sécurisées les données ?	2	25%
Qui peut créer mon DMP ?	1	12,5%
Total	8	



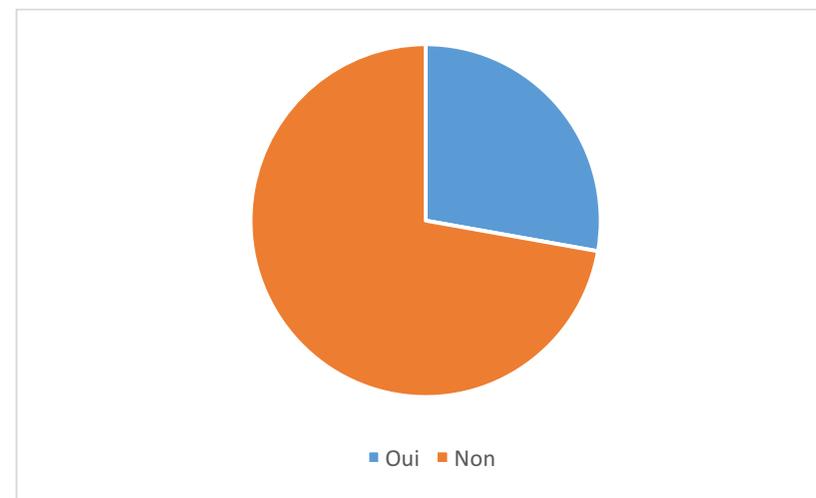
8. Proposez-vous le DMP à vos patients ?

	Effectifs	% Obs.
Oui	15	83,3%
Non	3	16,7%
Total	18	100%



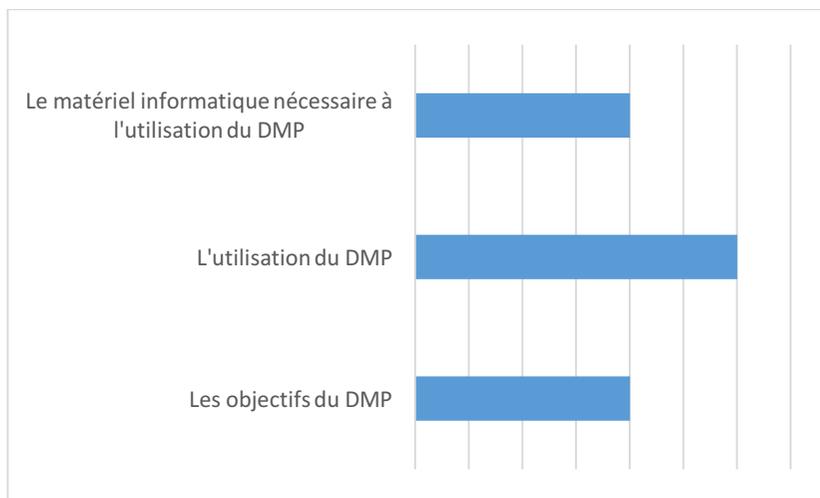
9. Votre CPAM vous a-t-elle proposé un accompagnement sur le DMP ?

	Effectifs	% Obs.
Oui	5	27,8%
Non	13	72,2%
Total	18	100%



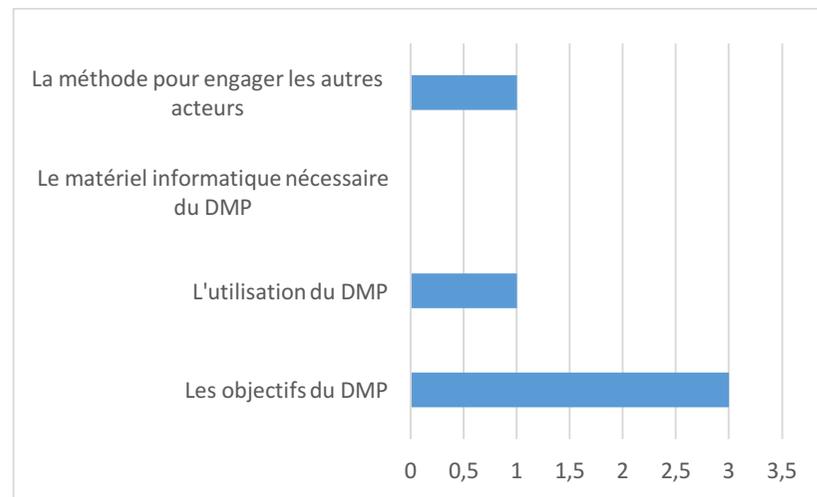
10. Quelle(s) thématique(s) ont été abordée(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
Les objectifs du DMP	2	40%
L'utilisation du DMP	3	60%
Le matériel informatique nécessaire à l'utilisation du DMP	2	40%
Autre(s)	0	0%
Total	5	



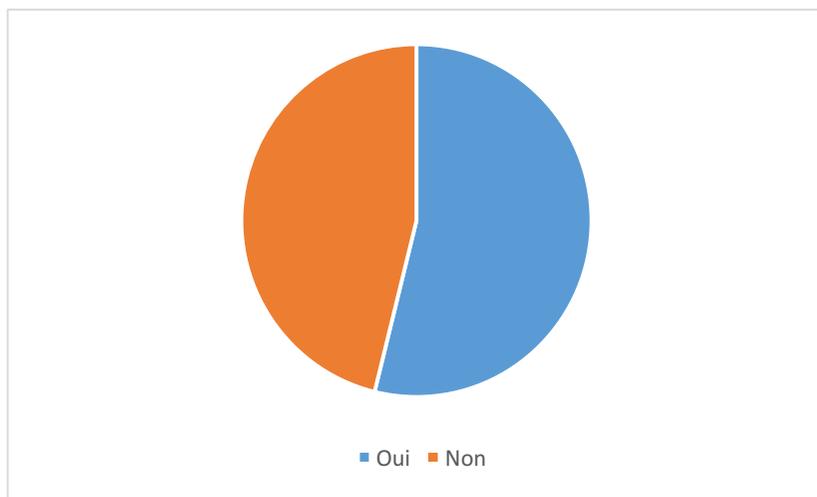
11. Quelle(s) autre(s) thématique(s) auriez-vous souhaité aborder ou approfondir ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
Les objectifs du DMP	3	60%
L'utilisation du DMP	1	20%
Le matériel informatique nécessaire du DMP	0	0%
La méthode pour engager les autres acteurs	1	20%
Total	5	



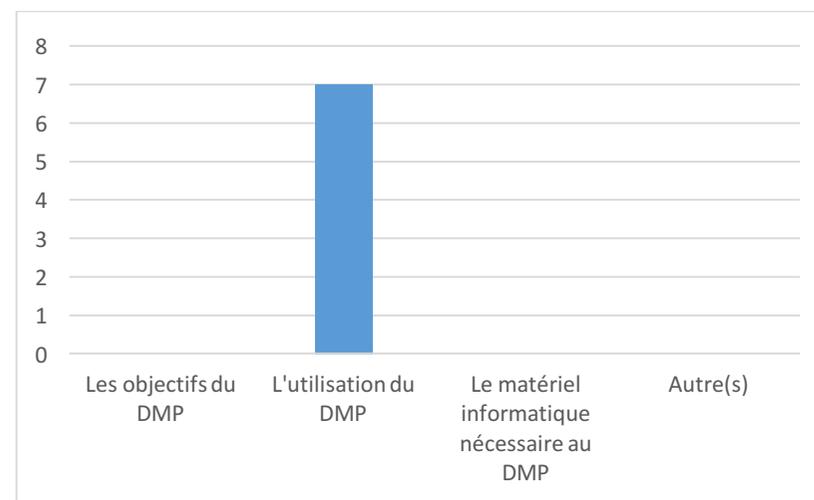
12. Souhaiteriez-vous bénéficier d'un accompagnement ?

	Effectifs	% Obs.
Oui	7	53,8%
Non	6	46,2%
Total	13	100%



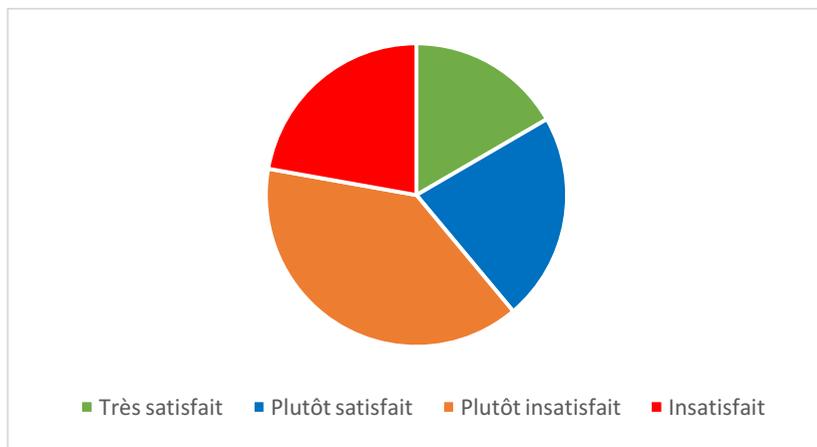
13. Quelle(s) thématique(s) auriez-vous souhaité aborder ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
Les objectifs du DMP	0	0%
L'utilisation du DMP	7	100%
Le matériel informatique nécessaire au DMP	0	0%
Autre(s)	0	0%
Total	7	



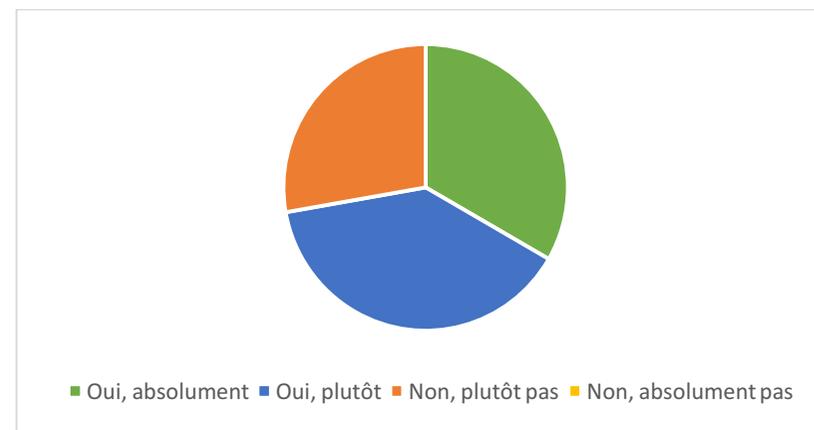
14. Globalement, quel est votre niveau de satisfaction à l'égard du DMP ?

	Effectifs	% Obs.
Très satisfait	3	16,7%
Plutôt satisfait	4	22,2%
Plutôt insatisfait	7	38,9%
Insatisfait	4	22,2%
Total	18	100%



15. Pourriez-vous recommander à des confrères l'utilisation du DMP ?

	Effectifs	% Obs.
Oui, absolument	6	33,3%
Oui, plutôt	7	38,9%
Non, plutôt pas	5	27,8%
Non, absolument pas	0	0%
Total	18	100%



16. Depuis combien d'années avez-vous connaissance de l'existence du DMP ?

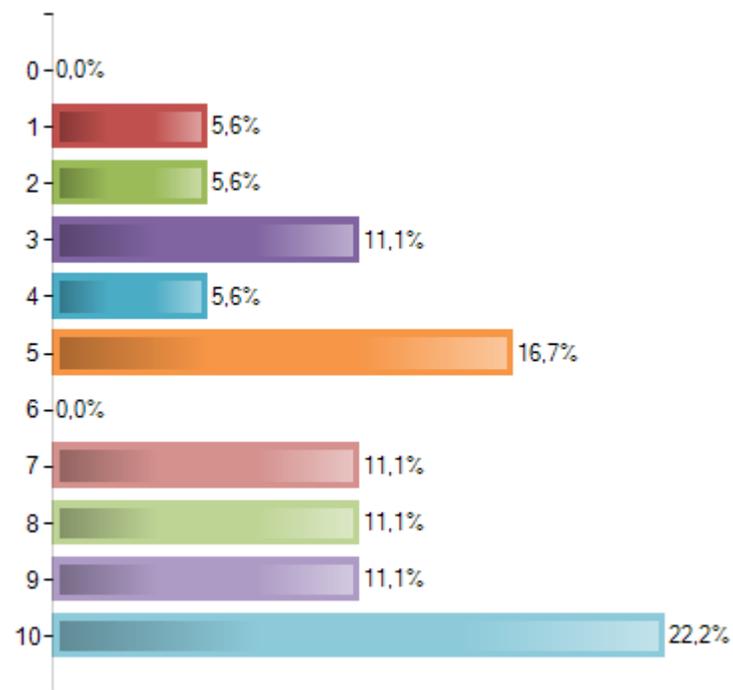
Réponses effectives : 18

Non-réponse(s) : 0

Taux de réponse : 100%

Modalités les plus citées : 10; 5; 3; ...

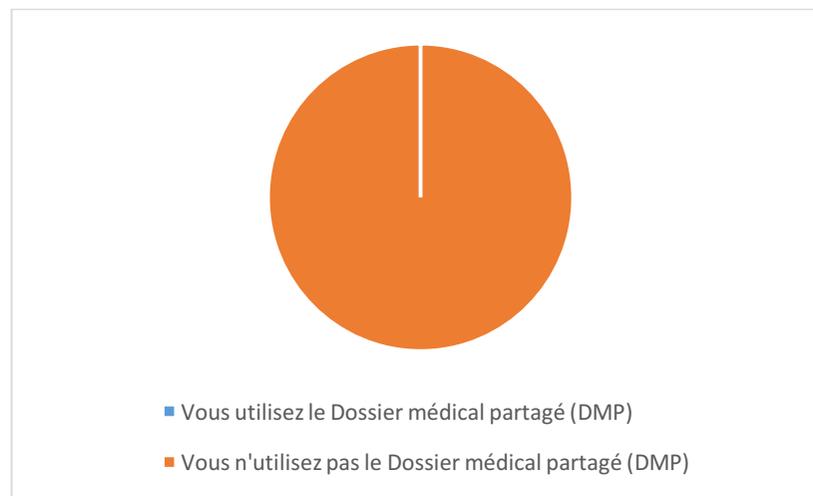
	Effectifs	% Obs.
0	0	0%
1	1	5,6%
2	1	5,6%
3	2	11,1%
4	1	5,6%
5	3	16,7%
6	0	0%
7	2	11,1%
8	2	11,1%
9	2	11,1%
10	4	22,2%
Total	18	100%



2. Étude des besoins et attentes des non utilisateurs du DMP

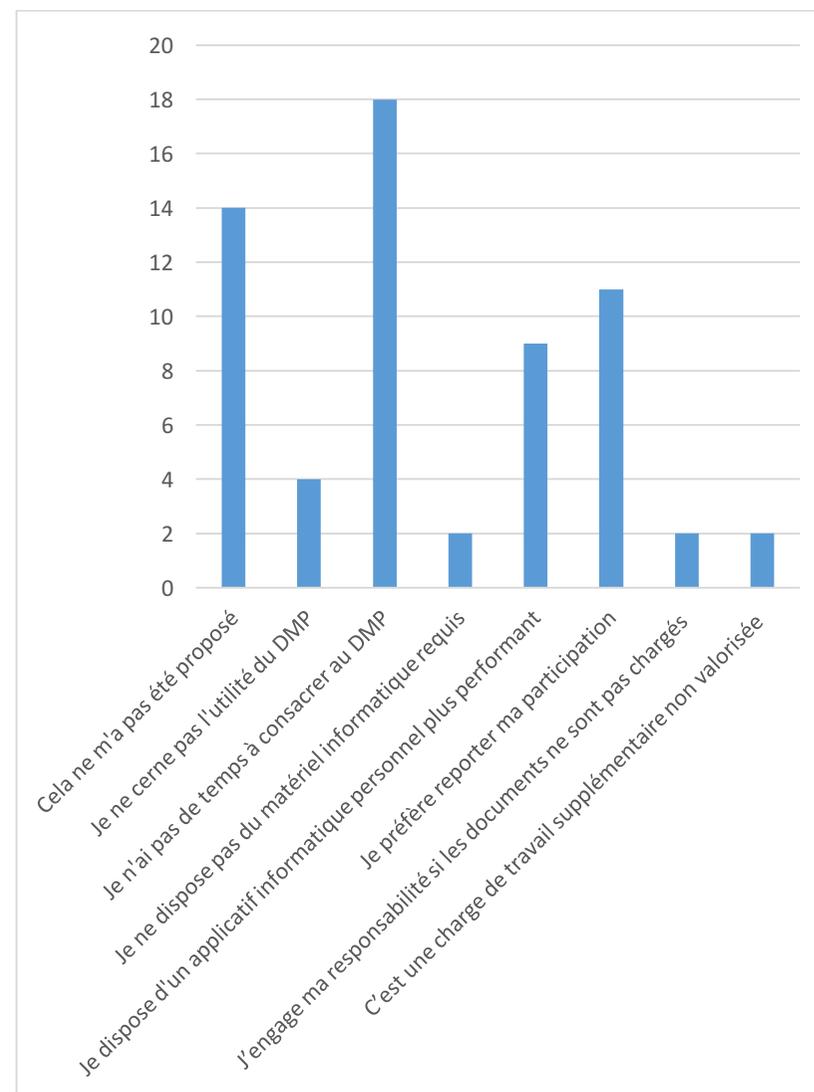
1. Dans le cadre de votre activité :

	Effectifs	% Obs.
Vous utilisez le Dossier médical partagé (DMP)	0	0%
Vous n'utilisez pas le Dossier médical partagé (DMP)	45	100%
Total	45	100%



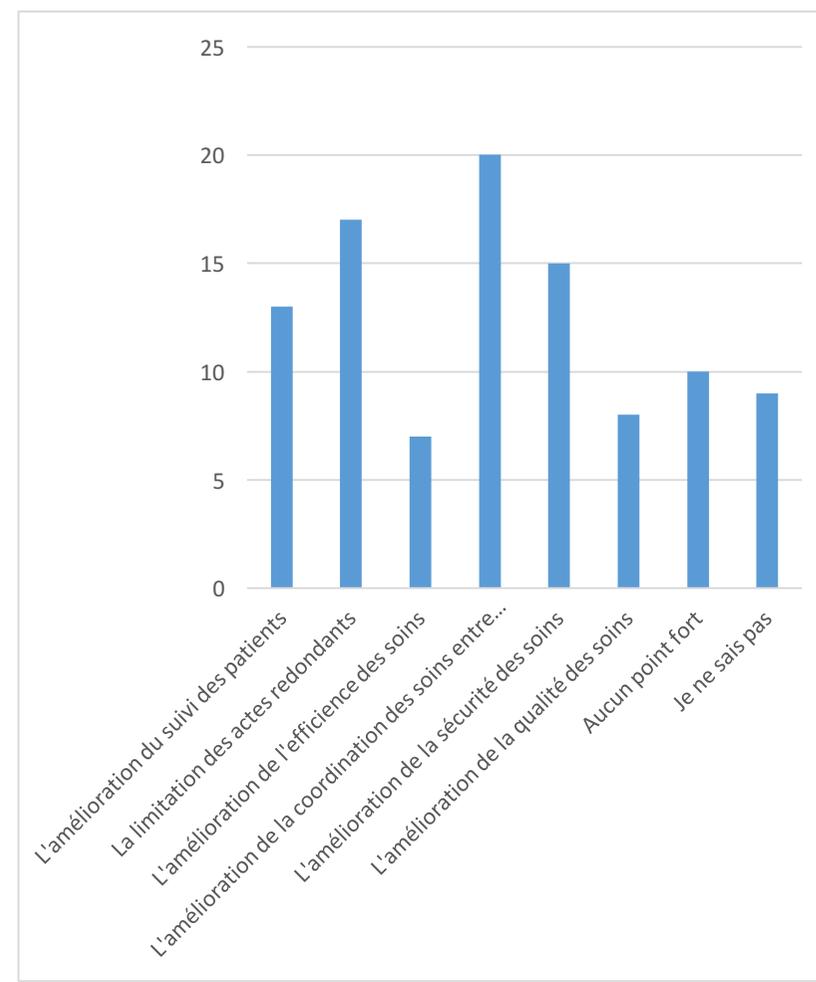
2. Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas un utilisateur du DMP ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
Cela ne m'a pas été proposé	14	31,1%
Je ne cerne pas l'utilité du DMP	4	8,9%
Je n'ai pas de temps à consacrer au DMP	18	40%
Je ne dispose pas du matériel informatique requis	2	4,4%
Je dispose d'un applicatif informatique personnel plus performant	9	20%
Je préfère reporter ma participation	11	24,4%
J'engage ma responsabilité si les documents ne sont pas chargés	2	4,4%
C'est une charge de travail supplémentaire non valorisée	2	4,4%
Total	45	



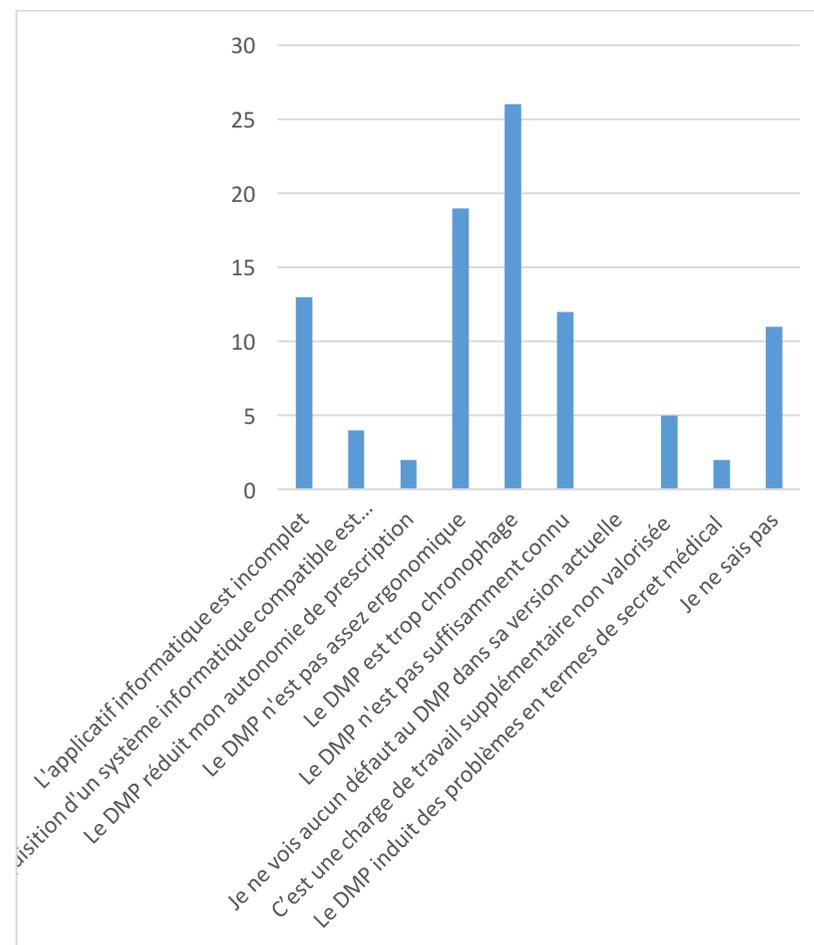
3. Quels sont selon vous les points forts du DMP dans sa version actuelle ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
L'amélioration du suivi des patients	13	28,9%
La limitation des actes redondants	17	37,8%
L'amélioration de l'efficience des soins	7	15,6%
L'amélioration de la coordination des soins entre l'ensemble des professionnels de santé	20	44,4%
L'amélioration de la sécurité des soins	15	33,3%
L'amélioration de la qualité des soins	8	17,8%
Aucun point fort	10	22,2%
Je ne sais pas	9	20%
Total	45	



4. D'après vous, quels sont les points faibles du DMP dans sa version actuelle ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
L'applicatif informatique est incomplet	13	28,9%
L'acquisition d'un système informatique compatible est trop couteuse	4	8,9%
Le DMP réduit mon autonomie de prescription	2	4,4%
Le DMP n'est pas assez ergonomique	19	42,2%
Le DMP est trop chronophage	26	57,8%
Le DMP n'est pas suffisamment connu	12	26,7%
Je ne vois aucun défaut au DMP dans sa version actuelle	0	0%
C'est une charge de travail supplémentaire non valorisée	5	11,1%
Le DMP induit des problèmes en termes de secret médical	2	4,4%
Je ne sais pas	11	24,4%
Total	45	



5. Vos patients vous interrogent-ils à propos du DMP ?

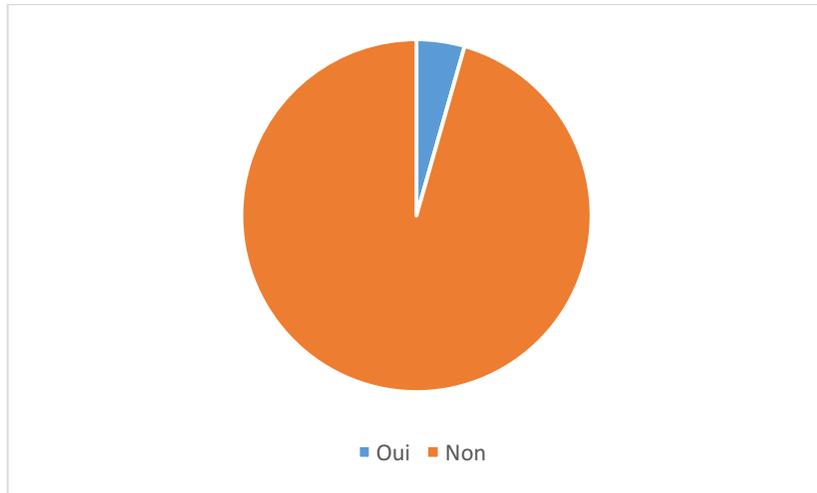
	Effectifs	% Obs.
Oui	2	4,4%
Non	43	95,6%
Total	45	100%

Réponses effectives : 45

Non-réponse(s) : 0

Taux de réponse : 100%

Modalité la plus citée : Non



6. Votre CPAM vous a-t-elle proposé un accompagnement sur le DMP ?

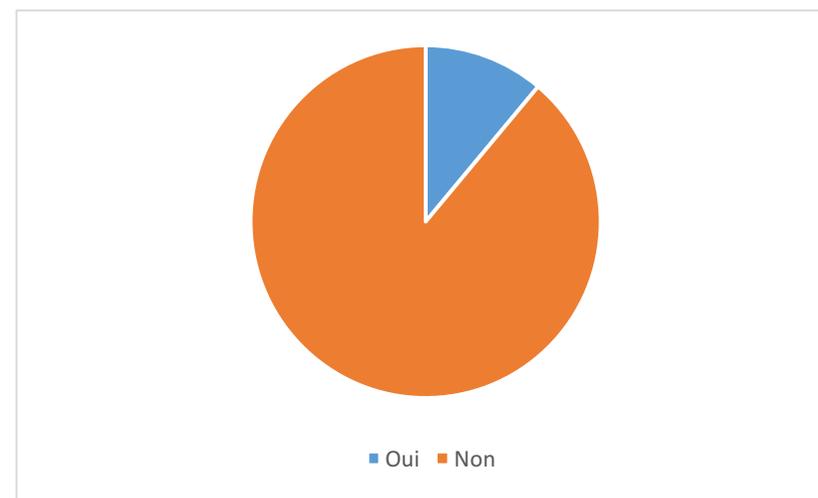
	Effectifs	% Obs.
Oui	5	11,1%
Non	40	88,9%
Total	45	100%

Réponses effectives : 45

Non-réponse(s) : 0

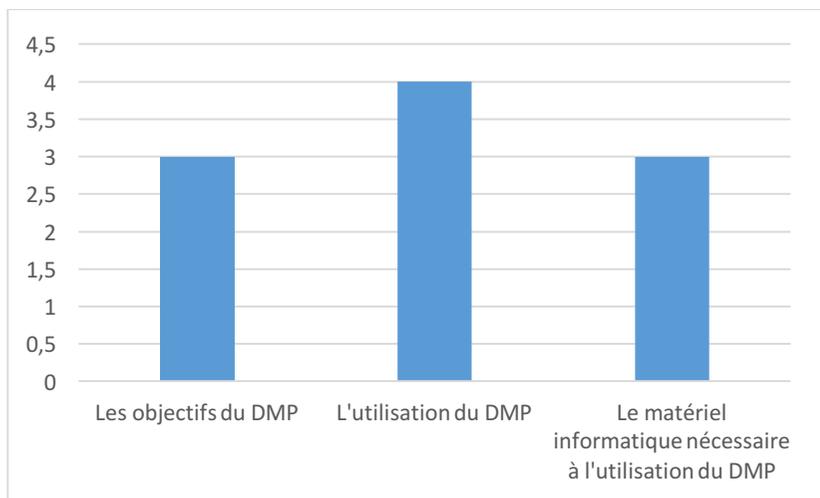
Taux de réponse : 100%

Modalité la plus citée : Non



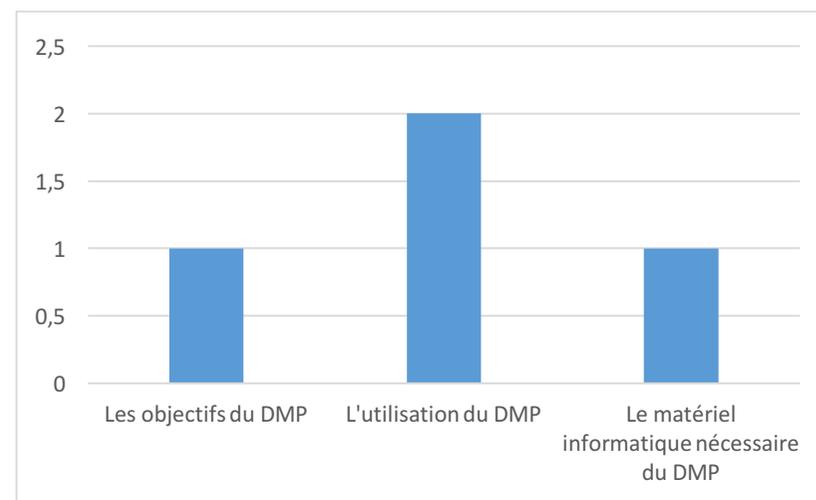
7. Quelle(s) thématique(s) ont été abordée(s)? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
Les objectifs du DMP	3	60%
L'utilisation du DMP	4	80%
Le matériel informatique nécessaire à l'utilisation du DMP	3	60%
Total	5	



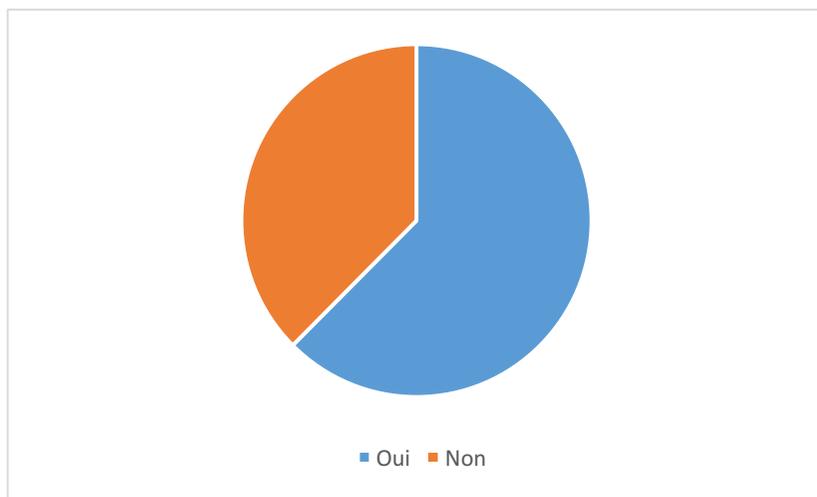
8. Quelle(s) autre(s) thématique(s) auriez-vous souhaité aborder ou approfondir ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
Les objectifs du DMP	1	20%
L'utilisation du DMP	2	40%
Le matériel informatique nécessaire du DMP	1	20%
Total	5	



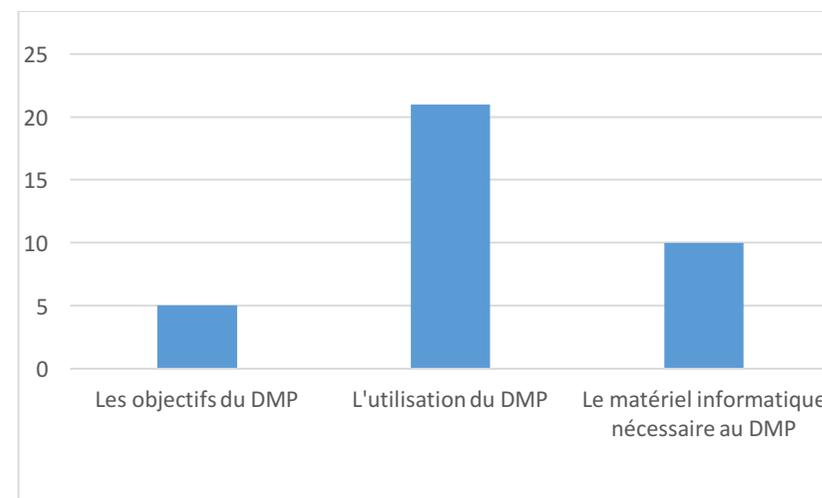
9. Souhaiteriez-vous bénéficier d'un accompagnement ?

	Effectifs	% Obs.
Oui	25	62,5%
Non	15	37,5%
Total	40	100%



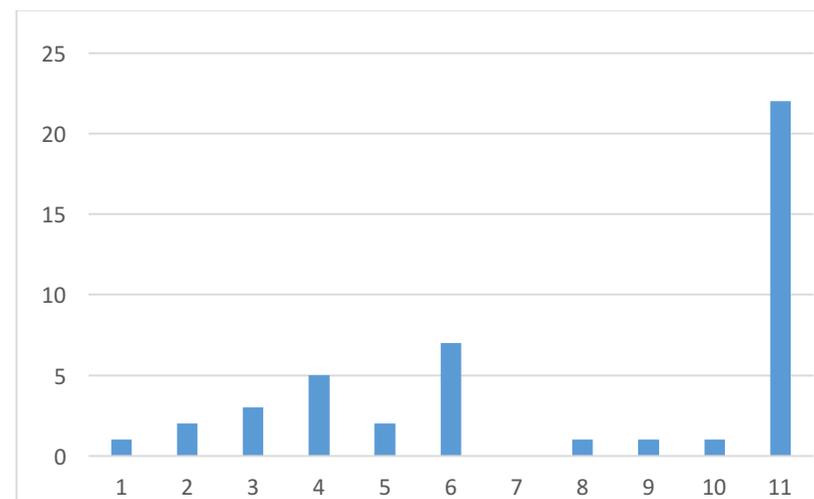
10. Quelle(s) thématique(s) auriez-vous souhaité aborder ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
Les objectifs du DMP	5	20%
L'utilisation du DMP	21	84%
Le matériel informatique nécessaire au DMP	10	40%
Total	25	



11. Depuis combien d'années avez-vous connaissance de l'existence du DMP?

	Effectifs	% Obs.
0	1	2,2%
1	2	4,4%
2	3	6,7%
3	5	11,1%
4	2	4,4%
5	7	15,6%
6	0	0%
7	1	2,2%
8	1	2,2%
9	1	2,2%
10	22	48,9%
Total	45	100%



3. Etude des utilisateurs de la MSS

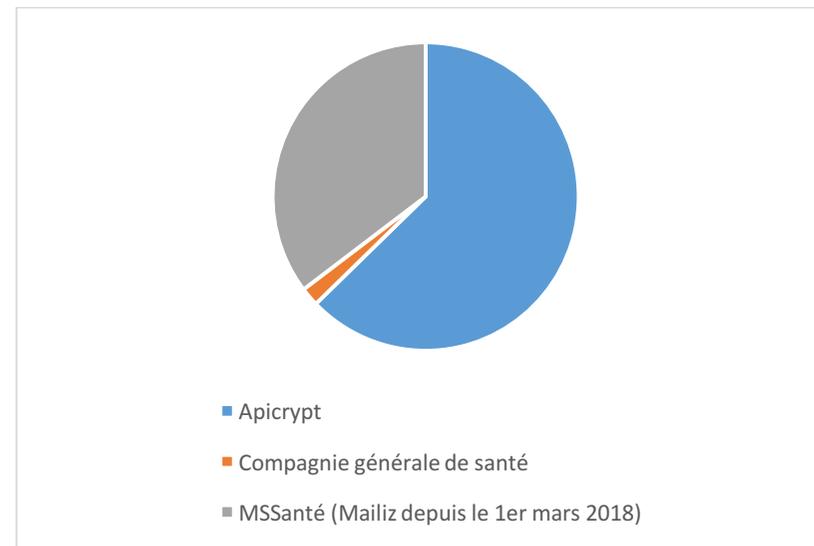
1. Utilisez-vous une messagerie sécurisée de santé ?

	Effectifs	% Obs.
Oui	53	100%
Non	0	0%
Total	53	100%



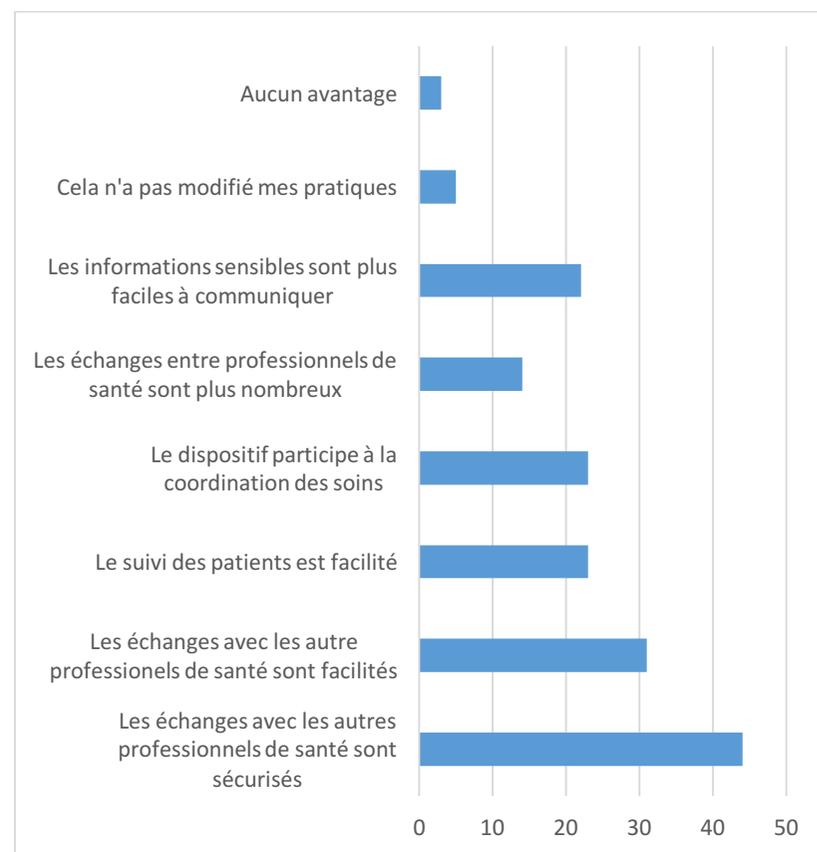
2. Quel type de messagerie utilisez-vous ?

	Effectifs	% Obs.
Apicrypt	32	62,7%
Compagnie générale de santé	1	2%
MSSanté (Mailiz depuis le 1er mars 2018)	18	35,3
Total	51	100%



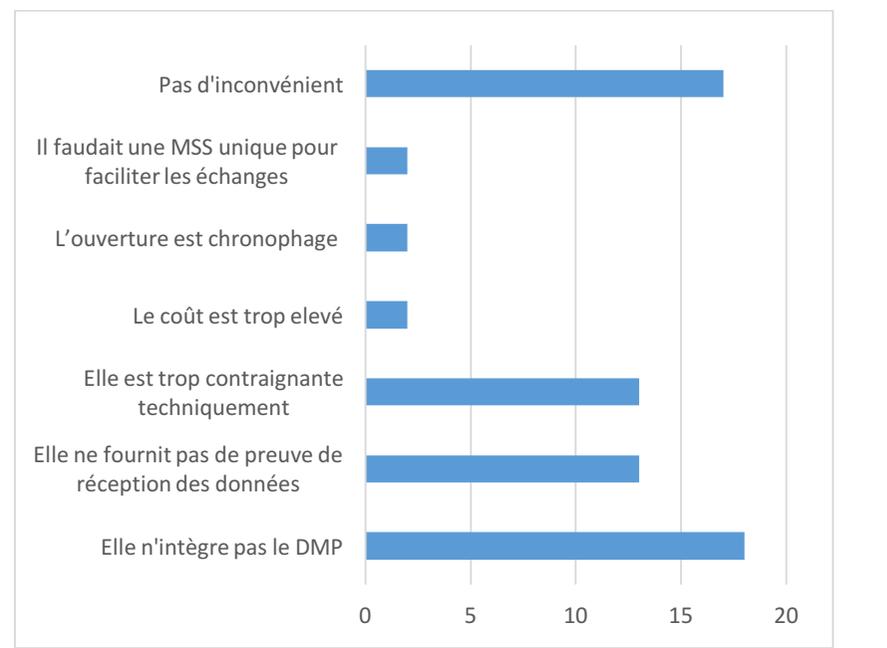
3. Quels sont selon vous les avantages de votre messagerie sécurisée en santé ?

	Effectifs	% Obs.
Les échanges avec les autres professionnels de santé sont sécurisés	44	83%
Les échanges avec les autres professionnels de santé sont facilités	31	58,5%
Le suivi des patients est facilité	23	43,4%
Le dispositif participe à la coordination des soins	23	43,4%
Les échanges entre professionnels de santé sont plus nombreux	14	26,4%
Les informations sensibles sont plus faciles à communiquer	22	41,5%
Cela n'a pas modifié mes pratiques	5	9,4%
Aucun avantage	3	5,7%
Total	53	



4. Quels sont selon vous les inconvénients de votre messagerie sécurisée en santé ? (Plusieurs réponses possibles)

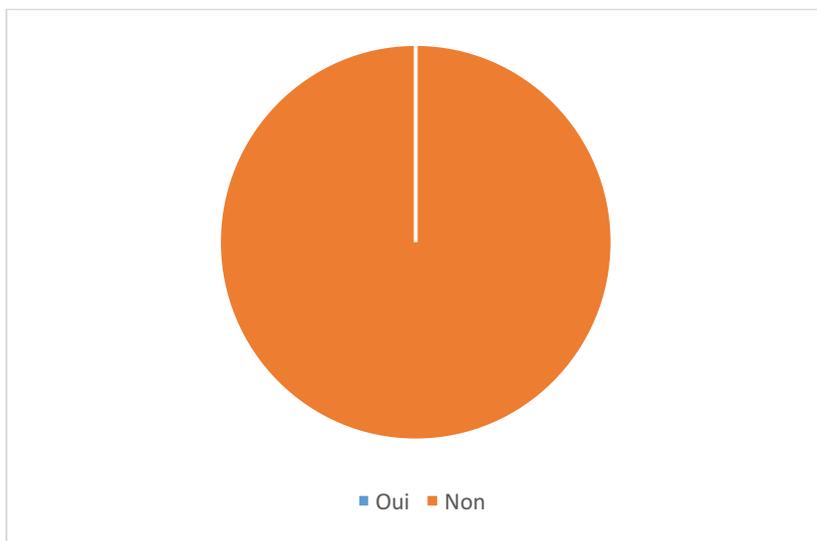
	Effectifs	% Obs.
Elle n'intègre pas le DMP	18	34%
Elle ne fournit pas de preuve de réception des données	13	24,5%
Elle est trop contraignante techniquement	13	24,5%
Le coût est trop élevé	2	3,8%
L'ouverture est chronophage	2	3,8%
Il faudrait une MSS unique pour faciliter les échanges	2	3,8%
Pas d'inconvénient	17	32,1%
Total	53	



4. Etude des besoins et attentes des non utilisateurs d'une MSSanté

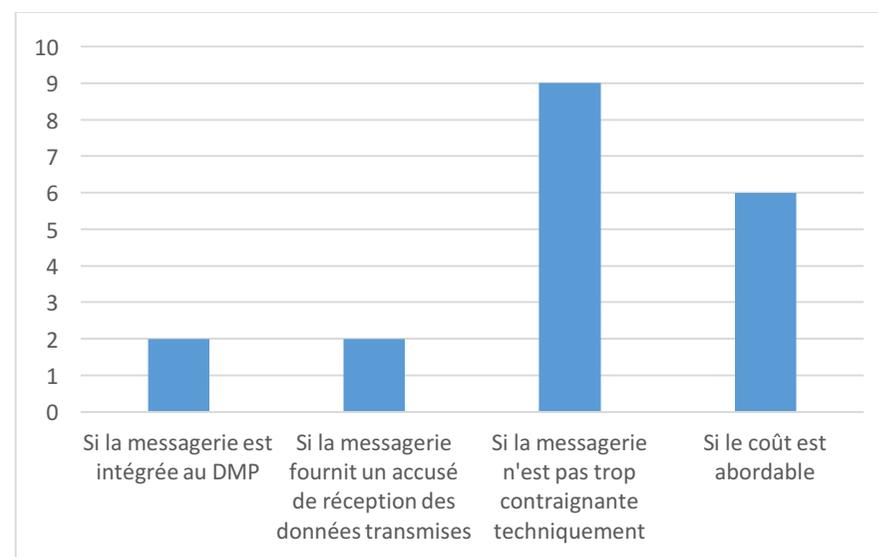
1 - Utilisez-vous une messagerie sécurisée de santé ?

	Effectifs	% Obs.
Oui	0	0%
Non	10	100%
Total	10	100%



2. A quelle(s) condition(s) pourriez-vous envisager d'utiliser une messagerie sécurisée en santé ? (Plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	% Obs.
Si la messagerie est intégrée au DMP	2	20%
Si la messagerie fournit un accusé de réception des données transmises	2	20%
Si la messagerie n'est pas trop contraignante techniquement	9	90%
Si le coût est abordable	6	60%
Total	10	



EN3S**Membres du groupe de travail :**

Fabien BERGE - Florian BLANC DE LA COMBE DE MOLINES - Véronique MAUNIER - Jean-Baptiste WILLAUME - Jefferson OSU

Titre du rapport : L'appui des CPAM aux usages des outils numériques publics de coordination des soins

Directeur de la recherche – action : Arnaud BONTEMPS

Mots clefs : Usages – Outils numériques – Usagers – Coordination des soins

Dans un contexte de déploiement des outils numériques publics de coordination des soins, développé par le public. L'appui des CPAM est nécessaire, mais insuffisant à lui seul. D'autres parties prenantes, telles les ARS et le secteur privé, participent à ce déploiement. Le rôle des CPAM est de décliner le pilotage national de l'Assurance maladie par des actions locales.

Pour proposer une stratégie d'appui aux usages des outils numériques publics de coordination des soins, le groupe de travail a réalisé un diagnostic fondé, d'une part, sur la réalisation d'entretien téléphoniques avec des nombreuses CPAM ainsi qu'une ARS et des syndicats de professionnels de santé et, d'autre part, sur la diffusion d'une enquête internet comprenant soixante-huit questions grâce au logiciel Sphinx.

L'étude de l'existant montre que l'accompagnement actuel proposé par les CPAM est perfectible à plusieurs égards :

- ▼ La stratégie est centrée sur le DMP alors que le DMP n'est pas le dispositif central de la coordination des soins ;
- ▼ La stratégie se focalise sur l'ouverture d'un nombre de dossiers en occultant la dimension utilisation – or la création ne garantit pas l'utilisation ;

Ainsi, pour développer les usages des outils numériques publics de coordination des soins, divers leviers d'amélioration de la politique de déploiement de ces outils d'amélioration ont été identifiés :

- ▼ Renforcement du partenariat CPAM/ARS avec une coopération régionale au niveau des Grades permettant de réaliser un travail collaboratif ;
- ▼ Intégration de l'usage des outils numériques de coordination des soins à la ROSP ;
- ▼ Mise en place d'un partage des bonnes pratiques entre CPAM : objectif d'homogénéiser les actions pour permettre d'améliorer l'efficacité du dispositif ;
- ▼ Proposer des améliorations techniques des outils après écoute des professionnels de santé.