



Yannick Motel, délégué général de la Fédération des entreprises des systèmes d'information sanitaires et sociaux (Lesiss), dresse l'état des lieux de l'informatisation de notre système de santé. Malgré des atouts considérables, la France est à la traîne.

E-santé : la France entre atouts et difficultés

Pourquoi le marché de l'e-santé peine-t-il à décoller ?

Probablement parce que les décideurs politiques voient dans les systèmes d'informations sectoriels un poste de coût. Pourtant, d'autres pays en tirent d'importants bénéfices. Pourquoi cela ne marche-t-il pas en France ? Sans doute parce que l'on essaie vainement de plaquer des technologies innovantes sur des organisations du siècle dernier. D'ordinaire les technologies sont des leviers, mais si les organisations ne bougent pas, elles sont au mieux impuissantes. En outre, les moyens consacrés sont inappropriés par manque de volonté politique. Lors des débats présidentiels, et peut-être lors des législatives, la santé a été éludée, nos politiques s'auto-convainquant que nous avons le meilleur système de santé au monde. Alors, pourquoi vouloir en changer ? Sauf que ce système commence sérieusement à prendre l'eau !

Quelles sont les forces de ce marché en France ?

Nous avons, malgré les difficultés, une excellence médicale que le monde observe avec envie, et une remarquable capacité d'innovation et de créativité technologique. Pourtant, nous sommes en queue de peloton européen pour l'informatisation de notre système de santé. Quel gâchis !

Peut-on raisonnablement penser généraliser le dossier médical personnel alors que d'autres pays, comme la Grande-Bretagne ou les États-Unis, semblent y avoir renoncé ? Qu'est-ce qui explique le retard pris dans ce projet ?

Le DMP n'est qu'un outil, officiellement au service de l'amélioration de la coordination des soins. Il a demandé des années de mise au point, des millions d'euros et beaucoup de temps. La communication, la sécurisation des échanges, l'hébergement des données fonctionnent, et il n'est pas utilisé ! Pourquoi ? Côté patients, il y a peu d'appétence alors qu'ils ne sont pas réfractaires à l'informatique et consultent nombre de sites santé sur Internet. Doctissimo, c'est près de 5 millions de pages visitées par mois ! Il y a donc une



pédagogie appropriée à faire auprès de nos concitoyens. Côté professionnels de santé, il y a au mieux un désintérêt, voire une franche hostilité. Ils ne perçoivent pas les usages du DMP, et sans être obnubilés par les coûts s'interrogent sur les gains qu'ils peuvent en retirer.

L'insertion du DMP au titre de dossier médical de synthèse prévu dans le P4P (paiement à la performance) pourrait sans doute changer la donne. Le dispositif conventionnel prévoit en effet une incitation de 2 500 à 3 000 € pour le praticien. On a donc d'un côté un outil qui existe, que le contribuable a payé (cher) mais qui n'est pas utilisé, et de l'autre un dispositif conventionnel en gestation qui prévoit une rémunération. N'y a-t-il donc pas moyen de juxtaposer les deux ? D'autant qu'*in fine*, c'est d'amélioration des pratiques du corps médical qu'il s'agit, et donc de baisse des risques de perte de chance du patient. La e-santé est un enjeu de santé publique scandaleusement en jachère.

Combien y a-t-il, à l'heure actuelle, de DMP ?

Officiellement près de 150 000 dossiers ouverts, dont une partie seulement sont actifs, c'est-à-dire alimentés par des informations utiles. L'Asip Santé et les agences régionales de santé font ce qu'elles peuvent pour accélérer le *tempo*. Encore faut-il faire utiliser ces dossiers, ce qui requiert des incitations appropriées.

Les systèmes d'information hospitaliers sont-ils aujourd'hui interconnectables avec les systèmes des médecins libéraux ou des cliniques privées ?

Interconnectables, oui. Interconnectés ? Sans doute un jour. L'interopérabilité a trois aspects. Technique et sémantique d'abord : les deux bouts du tuyau doivent se raccorder, avec un langage commun. Les industriels et leurs utilisateurs peuvent gérer ces obstacles mais ils ont besoin de visibilité économique. L'Asip a réalisé avec les industriels un travail remarquable, puisqu'il y a aujourd'hui des normes et des standards, des référentiels d'interopérabilité que tout le monde peut appliquer. Les difficultés sont ailleurs. Ainsi les hôpitaux sont des écosystèmes particulièrement complexes, on y trouve entre 120 et 150 logiciels différents, de prestataires différents et qui doivent cohabiter. Or, même si plusieurs industriels utilisent les mêmes standards, la coopération n'est pas toujours exemplaire. Les aspects humains manquent de fluidité. Lorsqu'un hôpital lance une consultation pour intégrer un nouveau module, les tensions entre acteurs s'achèvent trop fréquemment en contentieux. Pour cette raison nous avons, avec le soutien de nos partenaires de la Fédération hospitalière de France, prévu de publier rapidement une Charte des bonnes pratiques des systèmes d'informatisation de santé (BP6). Des recommandations de bon sens y sont données pour éviter ou résoudre les conflits qui bloquent les projets.

Le troisième aspect est financier. L'Asip déplore que, pour le DMP, les logiciels des cabinets de ville se connectent imparfaitement. Or, les prestataires du marché ayant très peu de demandes n'ont pas encore optimisé leur offre, car mettre des logiciels aux normes a un coût très important.

Concernant les hôpitaux, nous rencontrons trois difficultés : la faiblesse de la maîtrise d'ouvrage, le positionnement inapproprié de structures informatiques hospitalières publiques, dont le repositionnement au bénéfice de l'intérêt général lèverait bien des obstacles, et un sous-investissement chronique. L'informatisation des hôpitaux en France représente 1,5 % des budgets hospitaliers, moitié moindre que la moyenne européenne !

Quels sont les secteurs de la médecine où la télémédecine semble la plus prometteuse, voire s'impose ?

L'imagerie médicale est l'un des domaines où la télémédecine commence à s'installer. Mais son

financement pérenne tarde à s'imposer, avec une absence de nomenclature pour tarifier les prestations. L'assurance maladie la considère avec circonspection, craignant les dérives inflationnistes et les facturations abusives. Pourtant dans d'autres pays, en Finlande, au Danemark, au Canada, en Espagne, la télémédecine fonctionne. Les images réalisées par les plateaux techniques en Suède sont même envoyées pour expertise en Catalogne.

Les médecins californiens envoient leurs images pour expertise en Inde. En France, nous nous heurtons à des introspections éthiques, politiques... et financières.

Le développement de l'e-santé ne souffre-t-il pas d'un pilotage très centralisé de notre système de santé ?

Un projet peut être lancé à trois conditions : qu'il y ait un pilote, une stratégie et des moyens. La difficulté en France est qu'il y a à la fois un centralisme d'État et beaucoup de pilotes.

L'insuffisance de moyens financiers et le manque d'appropriation des projets par les acteurs multiplient les difficultés. On a ainsi – sagement – renoncé à fixer une date de généralisation du DMP, pari qui, autrefois, s'est révélé audacieux pour un projet sans équivalence dans le monde.

Dans cet écosystème, Lesiss tient un discours de bon sens : il n'est pas raisonnable de camper dans l'attente par l'État d'une feuille de route et des moyens. C'est à la société civile – acteurs économiques, patients, professionnels, financeurs, industriels –, de prendre l'initiative et d'imaginer des projets. Non pas contre l'État, mais sans attendre de grand soir de la puissance publique.

La question du financement reste posée, dont nous sommes convaincus qu'il y en a de nombreux gisements. Une filière industrielle ne peut reposer uniquement sur un financement de l'État. Une récente présentation à Hôpital Expo basée sur une étude européenne estime le montant des fraudes et abus dans le domaine de la santé à 10 Mds€ par an. La fin des redondances d'exams inutiles ou de l'utilisation frauduleuse de la carte d'assuré Vitale pourraient – entre autres – permettre des gisements d'économie dont une partie pourrait dynamiser les projets informatiques.

Aux États-Unis, les bénéfices retirés des gisements de productivité sont partagés entre les producteurs d'informations, les professionnels de santé, et ceux qui en bénéficient, les payeurs. Plus les systèmes d'informatisation sont efficaces, plus on dégage d'économies à réinvestir. C'est un cercle vertueux. La France ferait-elle exception ?

Propos recueillis par Pierre-Yves Poindron