

Santé Les remèdes miracles du docteur Douste-Blazy

En évoquant à la télévision la généralisation du dossier médical informatisé et diverses autres mesures, le ministre de la Santé a paru peu au fait de la situation. Quant aux perspectives...

Lundi 3 mai, le ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy a choisi le journal télévisé de TF1 pour annoncer la généralisation du dossier médical informatisé et accuser le GIE Sesam-Vitale de "non-gestion" des cartes Vitale. Les réactions ne se sont pas fait attendre pour renvoyer le ministre à l'étude des dossiers. Les deux sujets évoqués, reposant sur des projets informatiques complexes, sont en effet loin d'être des nouveautés.

Jean-Marie Spaeth, président de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés), s'est ainsi fendu d'un communiqué dès le lendemain. Les fraudes massives dues à dix millions de cartes Vitale surnuméraires "non gérées" ont vite été réduites à de bien modestes proportions. Sur les six milliards de feuilles de soins électroniques (FSE) émises depuis 1998, 250 000 étaient liées à l'une de ces fameuses cartes surnuméraires. Or de telles FSE sont rejetées et non payées, les cartes perdues, volées ou invalidées étant portées sur des listes d'oppositions. Pour l'instant, il existe une liste d'oppositions par régime de sécurité sociale et la gestion des rejets se fait donc lors du traitement du remboursement, dans les caisses. D'ici à la fin mai, l'expérimentation de la liste d'oppositions unique dans certaines régions sera généralisée à l'ensemble du pays. "Cette liste unique sera téléchargeable par des professionnels de santé, à commencer par les pharmaciens", déclare Dominique Baré, directeur opérationnel du GIE Sesam-Vitale. Elle permettra de bloquer la génération même de FSE litigieuses. Philippe Bédère, directeur adjoint de la mission Sesam-Vitale à la CNAMTS, précise : "Depuis 1998, 70 millions de cartes ont été pro-



"Je propose ce soir un dossier médical informatisé pour tous les Français [...]. Il faudra mettre une photo [sur] la carte Vitale [...]. Il y a dix millions de cartes en surnombre [...], c'est le symbole d'une non-gestion", a martelé le ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy le lundi 3 mai sur TF1.



sonnes concernées, c'est-à-dire les assurés et ayants droit de plus de 16 ans, et 45 millions de porteurs effectifs. De ces cartes, 15 millions ont été récupérées et détruites. Il reste donc 10 millions de cartes perdues, émises en double... On émet une nouvelle carte dès lors que

l'assuré change de caisse, même sans changement de régime. Or l'assuré ne ramène pas toujours son ancienne carte, qui est de toute façon invalidée. Les 250 000 FSE litigieuses sont en général liées à des assurés ayant plusieurs cartes, par exemple suite à un

déménagement, et n'utilisent pas celle qui est valide."

Le ministre s'est également emporté contre les détournements de cartes valides, envisageant la pose d'une photographie d'identité sur la carte pour empêcher son usage par un non-titulaire. "Le vrai risque se situe à l'hôpital, où il y a remboursement de fortes sommes, c'est-à-dire à un endroit où la vérification d'identité est simple... en demandant les papiers d'identité au guichet d'admission en même temps que la carte Vitale. Les remboursements à 100 % inscrits sur certaines cartes sont restreints à certaines pathologies. A moins de vouloir être soigné pour le cancer de son voisin, l'utilisation d'une telle carte par un non-titulaire n'a aucun sens. Enfin, chez le pharmacien, les médicaments destinés à un malade alité sont en général récupérés par quelqu'un de la famille avec

la carte du malade. Une photographie du malade, absent de fait, ne changerait donc rien", ajoute Philippe Bédère. Il conclut : "Les usages frauduleux des cartes Sesam-Vitale sont négligeables. Le coût d'une parade serait bien supérieur au coût du risque, exactement comme avec les cartes bancaires pour lesquelles il n'existe pas de contrôle systématique. C'est ce qui est rapporté par l'Igas (Inspection générale des affaires sociales)".



Ugo Haberman, directeur général technique de Hippocad, s'interroge : "Une solution à grande échelle est-elle aujourd'hui crédible alors que même les hôpitaux ne savent pas gérer de dossiers patients informatisés et que les systèmes d'information hospitaliers et les logiciels des médecins sont totalement hétérogènes ?"

Le dossier médical sur la carte ? Impossible

Côté dossier médical informatisé (DMI), le ministre a bien saisi ses avantages : "En quelques secondes, le médecin pourra savoir exactement quels sont les actes et les médicaments qui ont été prescrits, les antécédents du malade..." Bref, le DMI est un formidable outil thérapeutique. Mais une carte à puce contenant 3 ou 4 Ko (carte Vitale 1) ou même 32 Ko (carte Vitale 2) ne peut évidemment pas contenir un DMI. Celle-ci serait donc un "pointeur" vers des informations stockées chez des prestataires spécialisés. La loi Kouchner du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé prévoit d'ailleurs une procédure d'agrément de tels presta-

taires... mais le décret d'application n'est toujours pas paru.

Une mission d'études sur le DMI a été confiée à la CNAMTS en mars 2004 en attendant, peut-être, que celle-ci remplisse vis-à-vis du DMI un rôle semblable à celui qu'elle a eu pour la carte Sesam-Vitale. François Lagarde, chargé d'étude à la CNAMTS, fixe les grandes orientations du futur DMI : "Notre volonté est d'avoir un DMI unique par patient mais sans création de monopole, donc avec pluralité d'acteurs privés géant des systèmes interopérables afin qu'aucun patient ne soit prisonnier d'un prestataire et puisse en changer. Le budget 2004 prévoit, dans le cadre du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), le financement d'expérimentations à grande échelle (de l'ordre du million de patients) généralisables."

Ugo Haberman, directeur général technique de Hippo-

cad, un prestataire de DMI, s'interroge : "Une solution à grande échelle est-elle aujourd'hui crédible alors que même les hôpitaux ne savent pas gérer de dossiers patients informatisés et que les systèmes d'information hospitaliers et les logiciels des médecins sont totalement hétérogènes ?" Le problème n'est pas réellement technique (voir encadré). Sylvie Couziel, présidente d'In-Vita, société créée par Accenture pour se consacrer au DMI, confirme : "Le contexte français est particulièrement contraignant, ce qui est un parti pris de la Cnil. Mais, du coup, il permet une meilleure acceptabilité par les patients et les professionnels." Des échecs retentissants ont eu lieu à l'étranger, notamment au Québec, à cause d'une mauvaise appréciation des contraintes éthiques.

Développer des systèmes à grande échelle interopérables implique que les patients soient clairement identifiés. La difficulté de cette identification est la raison principale de l'échec d'un projet en Allemagne. "L'identification fiable et unique au sein d'un même établissement d'un patient y réalisant plusieurs visites est un préalable à un dossier patient unifié. Le numéro de sécurité sociale, qui définit un assuré et non un patient, ne peut être réutilisé à cause des contraintes légales. La solution est donc d'utiliser un moteur de corrélation pour empêcher la génération de doublons", indique Christophe Lacambre, senior manager chez Bearing Point. Cette identification fiable du patient est d'ailleurs l'un des critères d'accréditation des établissements de santé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. ●

BERTRAND LEMAIRE

Plus sur le Web

Le rapport Fieschi-Merlière sur le DMI : <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/fieschi/sommaire.htm>

LE CATEAU-CAMBRÉSIS : UNE ROUTE SEMÉE D'EMBÔCHES



La gestion des antécédents dans le système de dossier médical partagé mis au point par Hippocad. L'application fonctionne sur le principe des portails, en mode 100 % Web.

Mettre à la disposition de populations d'utilisateurs, sur un réseau, un certain nombre d'informations dont l'accès est sécurisé. Sur le papier, le "défi" du dossier médical partagé apparaît clairement à la portée des technologies actuelles. Les portails d'entreprise, par exemple, ne font pas autre chose. Mais, une fois un projet de ce type sur les rails, les difficultés s'accumulent. Ainsi, du système mis au point par la société Hippocad pour le réseau de gérontologie du Cateau-Cambrésis, dans le Nord. "Il s'agit d'un dossier médical et social partagé, une plate-forme de coordination autour de la personne restée à domicile", précise Ugo Haberman, directeur technique de Hippocad, qui dit ne pas croire au dossier unique imposé d'en haut à tous les personnels de santé de l'Hexagone.

L'accès au dossier se réalise ici par une simple connexion Web sécurisée (en HTTPS). L'utilisateur étant authentifié par sa carte de santé professionnelle. "J'aurais souhaité être hébergé sur le Réseau santé-social (RSS), mais nous n'avons pas reçu l'agrément", précise Ugo Haberman. Dommage, car le RSS aurait fourni un niveau de sécurisation supplémentaire. Un obstacle qui n'empêche pas l'expérimentation en cours auprès d'une clinique, d'un hôpital, d'un médecin libéral et de maisons de

retraite. Le tout piloté par une instance coordinatrice. "Mais, pour l'instant, nous ne transmettons pas les vrais dossiers des patients, car la Cnil ne nous a pas encore donné son accord", précise Brigitte Brissez, de l'instance de coordination de l'Est Cateau-Cambrésis.

En plus des aspects réglementaires, le dossier partagé se heurte à des difficultés culturelles et éthiques. "Les médecins libéraux sont souvent réticents, car certains possèdent déjà leurs propres dossiers informatisés. Se pose également la question de la personne qui devra saisir les données", reprend Brigitte Brissez. Certains services, comme ceux de psychiatrie, rechignent aussi à partager leurs informations avec d'autres spécialités.

"C'est pourquoi je ne crois au dossier partagé que dans le cadre d'une communauté de soins", précise Ugo Haberman. Une fois ces obstacles levés, reste l'essentiel : obtenir l'accord du patient, qui peut très bien refuser de figurer dans une base de données accessible à un grand nombre de professionnels de santé. Le 2 juin, la route sinueuse du dossier partagé de Hippocad connaîtra un nouveau tournant : la solution sera examinée par le conseil général du Nord, qui, parmi trois offres concurrentes, souhaite choisir le système qui équipera tous les réseaux de gérontologie du département. R. F.

Un premier bout de carte européenne dès le mois de juin

Histoire d'alléger nos porte-cartes, c'est ce 1^{er} juin 2004 que doit entrer en usage la carte d'assurance-maladie européenne, qui permettra aux citoyens de l'Union de se faire soigner et rembourser sans difficulté dans tous les Etats membres. Son but : simplifier les procédures donnant accès au système de soins de santé d'un autre Etat membre en supprimant certains formulaires, dont le premier d'entre eux, le formulaire E111, actuellement requis pour des séjours de courte durée et spécifique aux soins d'urgence.

Si l'échéance semble proche, l'introduction complète de la carte de santé européenne prendra du temps. D'abord, seuls treize

France, mais ni le Royaume-Uni ni l'Italie par exemple) se disent prêts à diffuser la carte dès ce 1^{er} juin. Ensuite, la Commission a prévu une introduction progressive en trois phases, la deuxième s'achevant le 31 décembre 2005 avec le remplacement de tous les formulaires utilisés pour un séjour temporaire. Dernière étape, qui n'est pas prévue avant 2008, l'introduction des cartes à puce intelligentes, car d'ici là différentes technologies continueront d'être employées (cartes à microprocesseur, puce mémoire ou bande magnétique). De même, les fonctions et les données figurant sur les cartes nationales sont disparates (sans parler des pays qui

système de carte). Certaines servent uniquement à l'identification de l'utilisateur, d'autres permettent de vérifier la nature des droits et de faciliter les paiements et les remboursements. D'autres couvrent également un champ plus large que la Sécurité sociale et permettent d'accéder

à des services publics (bibliothèques, ANPE) ou encore contiennent des données médicales d'urgence. Enfin, certains Etats prévoient d'intégrer des données médicales dans le cadre du développement d'un réseau de santé sécurisé (pathologies, traitements suivis ou antécédents).

La Commission européenne n'a pas d'autre choix que de prendre son temps pour généraliser la carte de santé européenne. Les technologies, les fonctions et les données figurant sur les cartes sont différentes dans tous les pays de l'Union.



Les choix technologiques dépendent évidemment des fonctions de ces cartes : elles ne sont donc pas compatibles et exigent des lecteurs différents.

La carte de santé européenne qui sera diffusée dès le mois prochain sera donc une carte "lisible à l'œil nu" et ne comportera que des données administratives relatives aux patients, sans aucune information clinique hormis quelques informations médicales de base (groupe sanguin...) pour faciliter la prise en charge des patients. Les pays souhaitant développer l'interopérabilité de leurs systèmes pourront la doter d'une puce électronique. La gestation de la carte de santé européenne est loin d'être terminée. J. G.