

Projet INNOMED

# **Projet INNOMED**

## **Systeme d'Integration Humain**

Groupe 1

DERIAN Antoine

## Table des matières

Remerciement.....	2
I - Présentation du sujet.....	3
1) Contexte.....	3
2) Etat des lieux.....	4
3) Problématique .....	5
II – Flux d’information.....	5
1) Situation actuelle .....	5
III – Liste non-exhaustive d’outils existant.....	7
1) MSSanté.....	7
2) Espace santé AMELI .....	8
3) Quelques outils supplémentaires .....	9
IV - Solutions proposées .....	9
1) Concept.....	9
2) Propositions .....	10
Conclusion.....	10
Bibliographie .....	11

## Remerciement

Je souhaiterais remercier Monsieur Guy BOY pour son implication et l’aide apportée pendant ce projet, le docteur Pecastaing pour son temps précieux et son expertise du milieu, ainsi que le chirurgien-dentiste Anne Darmony pour son temps, sa pédagogie et les éclaircissements qu’elle a pu m’apporter. Je remercie enfin Madame Maika Touzet pour les informations qui m’ont permis de comprendre mieux et de gagner beaucoup de temps.

## I - Présentation du sujet

### 1) Contexte

Le sujet de la refonte du système de santé français est un sujet épineux. Il est souvent au centre des préoccupations politiques mais force est de constater que les évolutions sont trop lentes, en témoigne la crise du COVID19 récente. L'idée du projet INNOMED n'est pas de réinventer la totalité du système existant qui est bien trop complexe. Mais d'imaginer et de concevoir des solutions qui, au niveau local, à l'échelle du médecin traitant et des hôpitaux, permettront de fluidifier les échanges et d'améliorer la performance des soins fournis. De plus, on admet que le médecin traitant est une ressource sous utilisée dans le parcours de soin, qu'il faut donc revaloriser aux yeux du patient, voire rendre sa place centrale au niveau local.

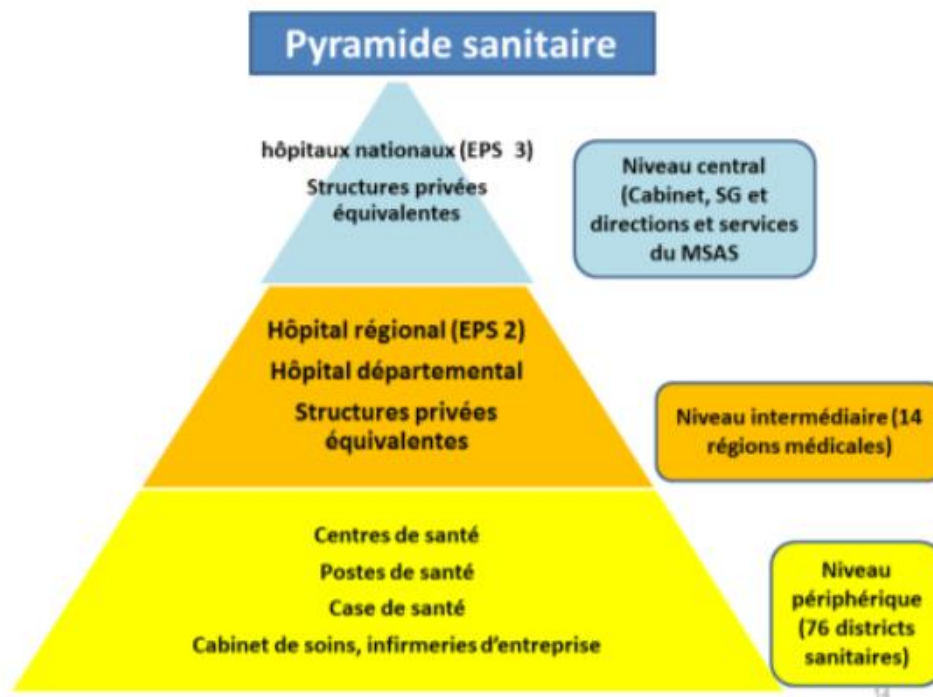


Figure n° 1 : Pyramide Sanitaire du système de santé Français

Nous avons décidé de limiter les acteurs du système de santé à 4 afin de simplifier sa compréhension. De plus, pour la meilleure assimilation du projet, nous avons choisis de représenter l'institution public (ministère de la santé, ARS..) par le centre hospitalier et d'omettre leurs interactions internes. Nous avons considéré l'assurance maladies comme seul financeurs et les patients comme bénéficiaire du système de santé. Les acteurs tels que les producteurs de biens et de services de santé (pharmaceutique), assurances maladies complémentaires, associations ont été également omis.

Afin de discerner les problématiques du système de santé français, nous avons décidé de poser des questions qui nous semblaient pertinentes auprès de personnes connaisseurs de ce système.

Nous avons donc basé notre problématique sur les réponses du médecin généraliste que nous avons en référent, le Dr. Pecastaing. Nous les avons ensuite présentés à Mme Pinière, ancienne infirmière, qui nous les a confirmées et nous a aiguillé tout au long du projet.

## 2) Etat des lieux

Un premier groupe de l'ESTIA a s'être penché sur le projet INNOMED a commencé, avec le docteur Pecastaing, une recherche d'amélioration en janvier 2021. Ils ont ainsi posé un premier diagnostic que voici :

« Aujourd'hui, le système médical est un système centré sur l'hôpital qui est en place depuis longtemps. Le médecin y observe une absence de communication et de coordination entre le médecin généraliste et les hôpitaux ainsi qu'aucune remontée d'information de la part des assurances maladies (beaucoup de données non exploitées comme la propagation des maladies virales hivernales...). De plus, les transferts d'informations entre les spécialistes et le médecin généraliste prends en générale entre 1 et 4j. »

Cette problématique sur la communication et coordination peut être identifiable par la figure suivante :

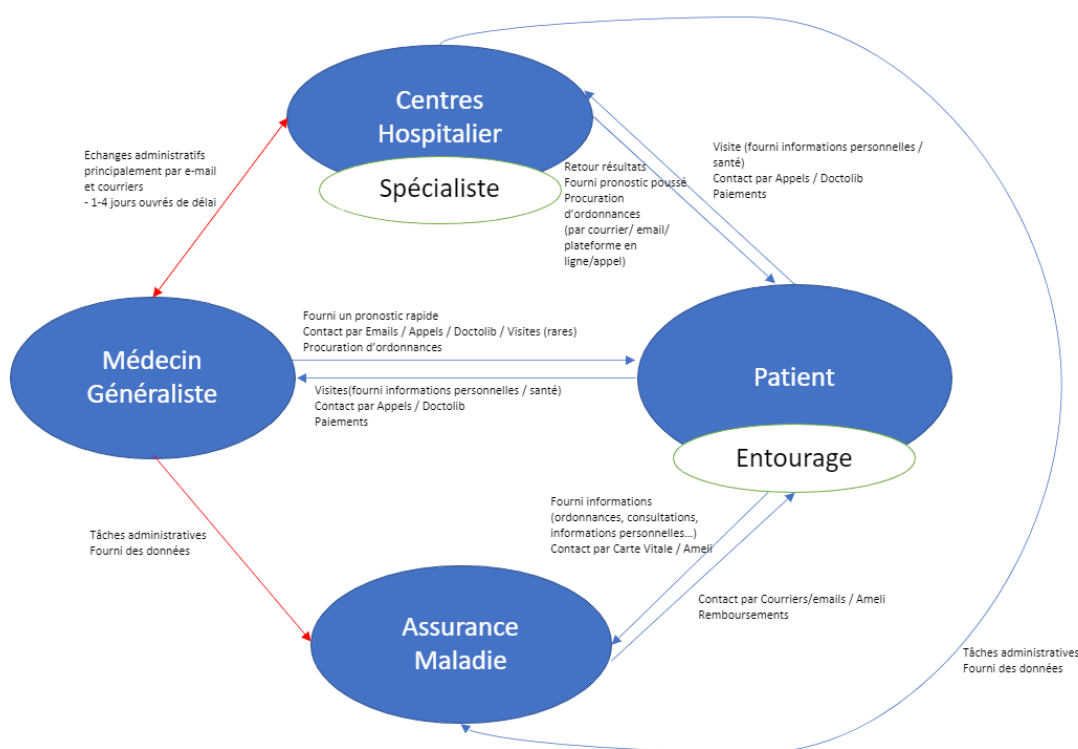


Figure n°2 : Illustration des interactions entre les différents acteurs du système de santé français

### 3) Problématique

Dans le cadre de ce projet, nous souhaitons répondre à une partie des problèmes soulevés en proposant un système de santé centré sur l'humain et plus particulièrement sur le médecin généraliste.

Ce nouveau système abordera une structure similaire à celle illustré par la figure n°3.

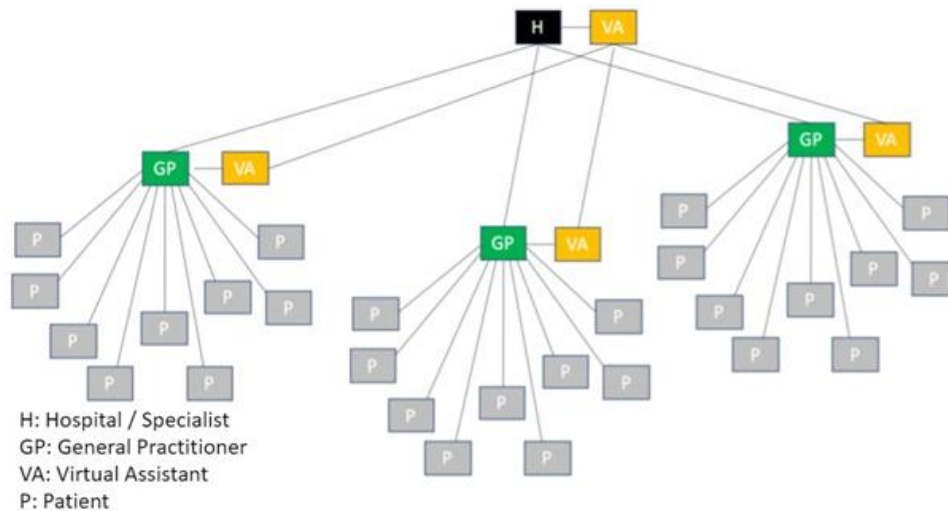


Figure n°3 : Le médecin généraliste au centre du système de santé

Centrer le médecin généraliste et lui donner un rôle clé entre le patient et les différents services de santé a pour objectif de le convertir en un référent au patient. De nombreuses solutions techniques ont été proposées par les groupes ayant travaillé sur ce projet (Chatbot, IA, plateforme de réservation et d'archivage, etc.).

On souhaite maintenant se concentrer sur des évolutions possibles du système de fonctionnement du système médicale français.

## II – Flux d'information

### 1) Situation actuelle

La cartographie des flux d'informations a été réalisée avant mon arrivée sur le projet par Madame Maika Touzet. On s'intéressera plus particulièrement aux échanges du médecin traitant avec son environnement. Ci-dessous l'écosystème complet :

# Projet INNOMED

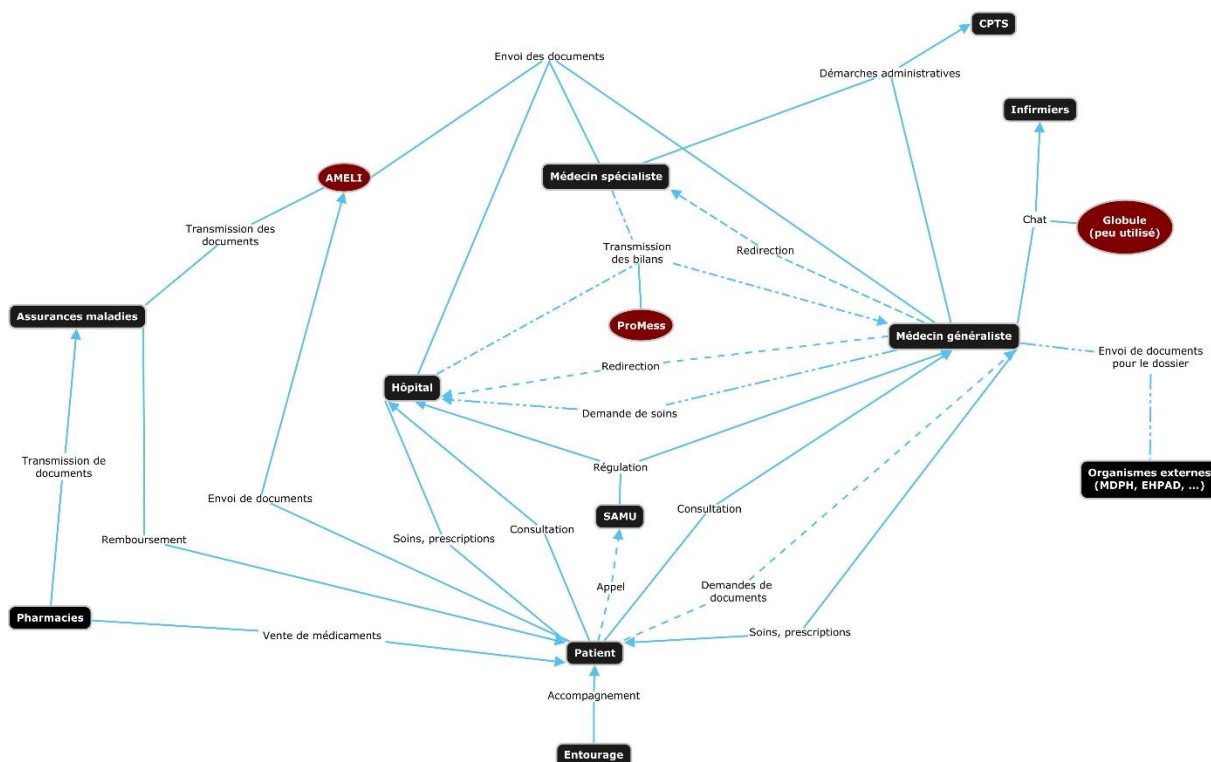


Figure n°4 : Cartographie des échanges de l'écosystème sanitaire français

On observe ici deux points essentiels qui constituent des faiblesses pour la mise en place de l'objectif du projet. Premièrement, le médecin n'est plus ni le premier accès du quidam au système de santé. Deuxièmement, un certain nombre d'information lui échappe en partie, ce qui pose un problème s'il est supposé en être le centre.

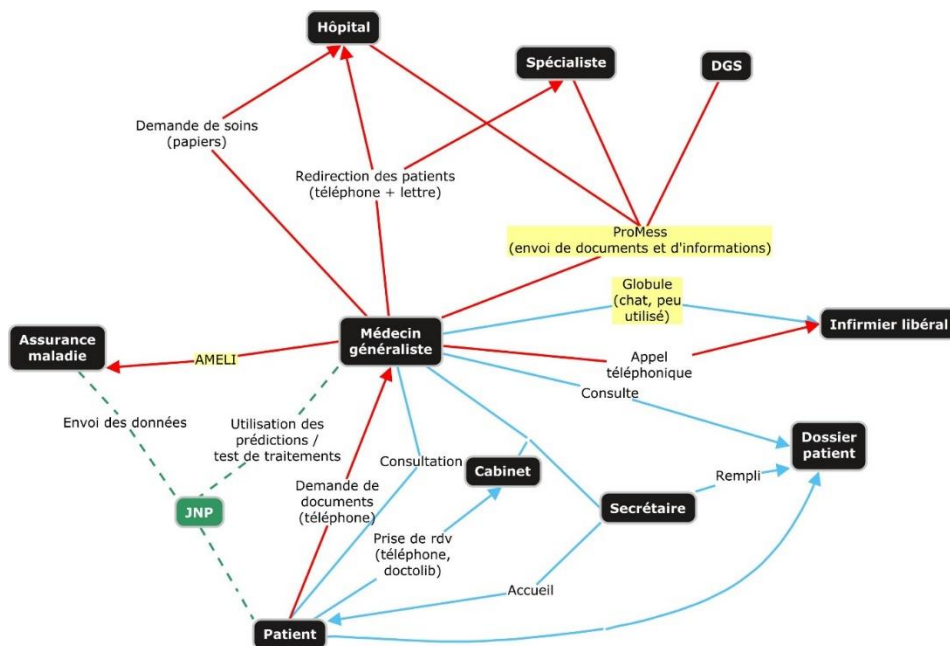


Figure n°5 : Cartographie des échanges d'un médecin généraliste

Sur ce schéma, on constate d'une part que beaucoup d'échange se font par téléphone ou par écrit sur papier, ce qui n'aide pas pour garder une trace du parcours de santé des patients. De plus, et ce résultat nous vient du travail des groupes précédents, mais les échanges entre le médecin et l'assurance maladie monopolise près d'un jour par semaine au généraliste.

Par ailleurs, et ce n'est pas visible sur le schéma, le patient est devenu un vecteur d'information pour le médecin. En effet, c'est au patient de transmettre dans la majorité du temps les retours fait par d'éventuels spécialistes, l'hôpital ou d'autres praticiens (infirmier libéral, sage-femme, ...) et également les outils de diagnostic (radiographie, résultats d'analyse, etc.). Ce qui peut être source de problème pour la bonne circulation des informations de santé.

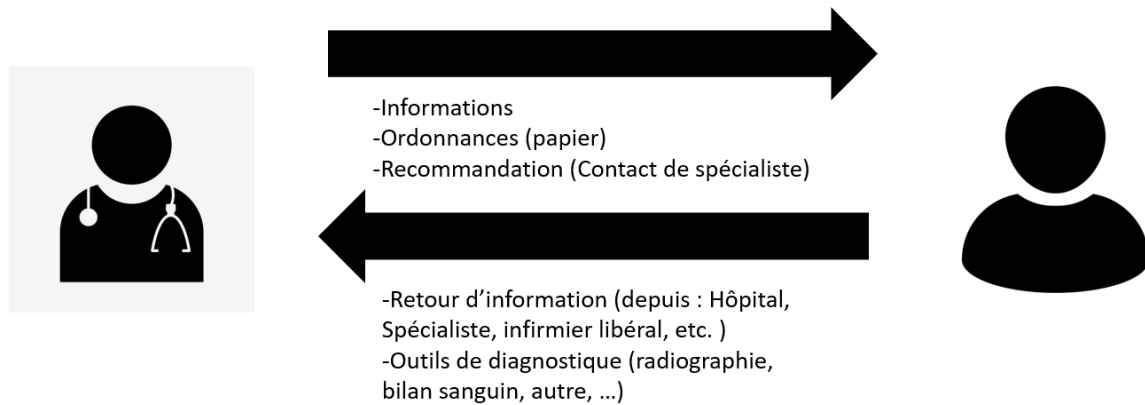


Figure n°6 : flux d'information entre la ville et son patient

Ainsi, on commence à voir apparaître des pistes d'amélioration possibles et intéressantes.

### III – Liste non-exhaustive d'outils existant

Certains outils permettant une meilleure communication entre le corps médicale et les patients sont déjà disponibles, voir démocratisé pour quelques-uns, comme Doctolib par exemple. Mais il en existe d'autre parfois destiner à des populations plus restreintes.

#### 1) MSSanté

MSSanté n'est ni un organisme, ni à proprement parler un outil, mais constitue un ensemble de références et de standards pour des opérateurs de messageries dédiés au personnel médical et à leur environnement (Etablissement de soin, industriels de la santé, etc.).



*Figure n°7 : logo MSSanté*

MSSanté comprend également un annuaire santé pour permettre aux professionnels de trouver comment joindre d'autres professionnels et une liste blanche des opérateurs validés par l'ANS (Agence du Numérique en Santé).

## 2) Espace santé AMELI

L'Espace Santé AMELI est la plus grosse évolution dans le sens du projet INNOMED. Il reprend des projets numériques n'ayant pas ou pas suffisamment bien fonctionné et les améliore, pour permettre à chacun d'avoir un meilleur contrôle de son parcours de santé et d'aider à la bonne circulation de l'information dans le système de santé.

Cet espace numérique comprend plusieurs choses, à savoir :

- Un agenda de santé pour gérer ses rendez-vous médicaux
- Une messagerie sécurisée dédiée à l'échange avec les parties prenantes du parcours santé de chacun.
- Un catalogue d'outils numériques à notre disposition et sûr.
- Dossier Médical Partagé « amélioré »

Expliquons un peu plus le dossier médical partagé. C'est l'équivalent de notre carnet de santé en ligne, à ceci près que le médecin traitant peut y avoir accès à n'importe quel moment, et le patient a la possibilité d'ouvrir l'accès à ce dossier au praticien de son choix lorsqu'il intervient auprès dudit patient. Il est dit « amélioré » car contrairement à sa version précédente, il permet d'archiver des documents utiles (radiographie, bilan sanguin, résultat d'analyse, ...). La messagerie permet aussi l'envoi de ces documents de manière sûre.



### 3) Quelques outils supplémentaires

Il existe des outils destinés presque exclusivement aux professionnels comme DOC&CO qui permet à chaque médecin de trouver des compères, échanger via messagerie sécurisée. Par exemple, lorsqu'un médecin généraliste s'installe dans une nouvelle zone, il n'a pas forcément connaissance des spécialistes qui l'entoure, plus particulièrement dans le cadre des déserts médicaux.

D'autres outils sont destinés à une meilleure gestion de la médication des patients, comme c'est le cas pour HOSPIVILLE qui permet une communication plus simple et avec moins d'erreur entre la ville, les pharmacies, l'hôpital et d'autres parties prenantes du parcours santé d'un patient (infirmier libéral par exemple)

Aussi, une plateforme avec un objectif similaire au projet INNOMED, dans un cadre plus restreint cependant, s'est créée. Entr'actes a pour objectif d'améliorer et de faciliter la sortie d'hospitalisation de patient en regroupant les praticiens habituels de ce dernier en centralisant la gestion de ce processus autour du médecin traitant de la personne.

## IV - Solutions proposées

Les solutions proposées ici sont majoritairement des solutions de long terme, visant à modifier la façon dont le système sanitaire est « consommé » par la population, en remettant le médecin traitant, ou médecin de famille comme il était appelé autrefois, au centre de l'écosystème et en tant que point d'entrée à cet écosystème pour le quidam.

### 1) Concept

Les solutions qui vont être proposées se base en partie sur la théorie du « gardien de l'information » (ou Gatekeeping) du professeur David Manning White, reprenant les travaux du psychologue Kurt Lewin.

Cette théorie explique que le journaliste et/ou le rédacteur en chef effectue un tri de l'information avant que celles-ci soient présentées au public. Les critères de sélections sont organisationnels, structurels mais également biaisés par le format et par les valeurs du « gardien » sélectionnant les informations. Ainsi, le journaliste agit comme un filtre entre l'information disponible et le public, lui donnant un rôle central dans la gestion de l'information.

Si on applique ce modèle au système de santé français et qu'on donne ce rôle de gardien de l'information au médecin traitant alors il reprendra une place centrale dans ce système en plus de pouvoir à nouveau en être le point d'entrée.

Cependant, quelques critiques peuvent être émises quant à ce modèle. Tout d'abord par le fait que le généraliste prend de grande responsabilité envers ces patients et que les biais impliqués par ce modèle peuvent engendrer des problèmes déontologiques par exemple.

## 2) Propositions

Les solutions proposées sont aux nombres de trois. La première qui pourrait être applicable à court-terme, serait de redonner la main au généraliste pour la consultation de spécialiste par ses patients. L'idée serait que la validation d'un rendez-vous nécessite l'accord des trois parties (le généraliste, le spécialiste et le patient). Le médecin traitant aurait ainsi une meilleure gestion de ses patients et recommencerai à prendre la place de point d'entrée. La liste des spécialistes concernés reste toutefois à définir (les psychologues rentreraient-ils dans ce schéma par exemple ?). De plus certaines disciplines resteraient à part de ce système comme la médecine dentaire ou l'ophtalmologie.

La deuxième proposition, qui serait plus lente que la première à mettre en place, serait de transformer une partie des heures de consultations des généralistes en heures d'astreintes pendant lesquelles ils pourraient rester disponible pour leurs patients, en téléconsultation par exemple, sur des horaires où la pression est généralement mise sur les urgences et le SAMU (horaire de nuit en particulier). Cette mesure permettrait de désengorger les urgences qui sont trop souvent utilisé pour des problèmes peu graves ne nécessitant pas une prise en charge par un hôpital. Et il y aurait aussi un pseudo-retour du statut de médecin de famille, en étant l'interlocuteur privilégié du patient.

La dernière proposition est celle qui nécessiterait le plus de temps, car elle dépendra de l'évolution d'une mesure prise très récemment, la fin du numéus clausus qui limitait le nombre de place en études de médecine après la PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé). Certaine statistique annonce l'arrivée de près de 10 000 médecins d'ici 14 ans pour 3 500 départs à la retraite. Il s'agirait de limiter le nombre de patient ayant le même médecin traitant. Si le généraliste doit devenir un gardien de l'information entre le patient et le système de santé français, alors un nombre trop grand de personne à gérer serait néfaste pour l'ensemble. Chaque médecin ayant un nombre de patient limité, la prise en charge n'en serait que meilleure, et la gestion de l'information pour le médecin serait allégée de façon considérable.

Les propositions faites ici sont encore à approfondir en particulier dans un cadre légal, et surtout avec le corps médical de manière prolongé, afin de faire ressortir toutes les impossibilités qui n'ont pas été prévus à ce stade-ci du projet.

## Conclusion

En définitive, un nombre significatif de solutions techniques est déjà disponible et pour certain utilisé par un nombre conséquent de personnes. Les changements à prévoir et à orchestrer sont de l'ordre structurel, voir légal, et surtout culturel. Il faut aussi bien changer la façon dont le système médical est organisé, que la façon que l'on a de l'utiliser. Ces changements ne pourront pas se faire du jour au lendemain ni sans la participation active de tous les acteurs.

## Bibliographie

AMELI : Dossier médical partagé

<https://www.ameli.fr/bayonne/assure/sante/tout-savoir-sur-dossier-medical-partage>

ARS : Explication du rôle de l'ARS dans le système de santé

<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

MSSanté : Présentation

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/article/l-espace-de-confiance-mssante>

MSSanté : documentation législative

<https://mssante.fr/is/doc-technique>

Liste des projets de l'ANS

<https://esante.gouv.fr/projets-nationaux>

Gatekeeping/Gardien de l'information

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Gatekeeping#:~:text=L'expression%20Gatekeeping%20\(litt%C3%A9rale%20%22,le%20choix%20de%20la%20m%C3%A9diatisation.](https://fr.wikipedia.org/wiki/Gatekeeping#:~:text=L'expression%20Gatekeeping%20(litt%C3%A9rale%20%22,le%20choix%20de%20la%20m%C3%A9diatisation.)