



**COMPTE RENDU
DU POINT PRESSE
DU 27 NOVEMBRE 2008**

« Informatisation de la santé : le Cnom est prêt ».

M. LUCAS

Nous avons souhaité faire un point presse, suite à une volonté de réalisation.

Nous partons de constats simples. Dans l'informatisation de la santé, nous pensons qu'il faut agir avec réalisme, ne pas faire de superbes constructions de l'esprit dans un monde idéal, mais coller strictement aux réalités, ne serait-ce d'ailleurs que pour faire évoluer ces réalités.

Un système d'information en santé doit, en premier lieu, répondre de façon optimale, à la coordination des soins. La coordination des soins n'a pas de connotation relative à l'assurance-maladie ou à la convention médicale. Un patient a besoin de la coordination de ses soins parce qu'il consulte un médecin généraliste, un médecin spécialiste, des infirmières. Il a aussi surtout besoin d'une coordination des soins entre l'hôpital et la ville ou la ville et l'hôpital. C'est souvent du passage de l'hôpital vers la ville que les difficultés se rencontrent, compte tenu des délais d'attente des comptes rendus d'hospitalisation.

A partir de ce constat qui s'adresse autant aux médecins hospitaliers qu'aux médecins de ville, nous vous présentons un projet de plateforme nationale d'échanges sécurisés, de construction progressive, conforme aux réalités. Nous avons beaucoup travaillé sur ce projet.

Pour qu'elle puisse se développer, toute solution informatique doit être adoptée par les médecins, quel que soit leur lieu d'exercice, et elle doit être en phase avec les réalités et les usages. L'échec de la conception du DMP tient au fait que c'était une construction certainement très intéressante, mais extrêmement complexe. Personne ne s'était approprié véritablement un outil de cette nature.

En premier lieu, il faut favoriser, de façon simple, les échanges informatiques des données de santé des patients, avec leur accord bien entendu, pour améliorer l'efficacité et la prise en charge.

Dans la phase initiale, cette plateforme comportera trois modules :

- des échanges électroniques sécurisés de correspondance entre professionnels de santé, c'est-à-dire la dématérialisation des échanges papiers ;
- la prescription sécurisée des médicaments, un élément nouveau ;
- la prescription et la réception des examens biologiques.

Il sera également associé un dispositif d'alertes sanitaires si la DGS souhaite utiliser cette plateforme comme moyen de contact pour beaucoup plus de médecins qu'elle ne le fait actuellement. Comme vous le savez, il faut être inscrit sur la liste de la DGS pour recevoir les alertes sanitaires.

En deuxième lieu, cette plateforme permettra une interopérabilité avec les constructions expérimentales régionales. Dans le cadre du DMP, des appels à

projet ont été faits vers différentes régions. Des plateformes régionales ont déjà été constituées. Elles sont peu fréquentées, à part certaines. Dans la plupart des cas, elles ne communiquent pas entre elles.

Je vous rappelle que, le 5 décembre, nous organisons une conférence sur l'interopérabilité médicale en Europe dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne. Si les provinces françaises informatisées se parlaient entre elles, ce serait déjà un progrès. On voudrait d'abord viser cet objectif.

Cette plateforme nationale permettra l'interopérabilité avec les constructions expérimentales régionales, ainsi que la connexion avec les serveurs de données. Dans notre architecture, l'imagerie ne sera pas directement sur la plateforme car les dossiers sont très lourds. Des serveurs de résultats, de résultats spécifiques, particulièrement sensibles, comme ceux de l'anatomopathologie, pourraient être connectés à la plateforme. Le médecin, via cette plateforme, pourrait avoir accès à ces serveurs de données.

Dans le Livre blanc publié au mois de mai, nous avons parlé d'une messagerie - nous avons désormais fait le choix d'une plateforme - et de la construction du dossier socle. A cet égard, il conviendra que nous soyons extrêmement contributifs et réactifs.

Mme BACHELOT, ne doutant pas de l'engagement du Conseil national de l'Ordre, a indiqué, lors des dernières rencontres parlementaires, que tout Français aurait un dossier socle fin 2009. Cette échéance nous semble beaucoup trop courte, à moins qu'une impulsion ministérielle majeure puisse être donnée. Nous sommes prêts, en tant que professionnels, à contribuer à la conception et à la réalisation de ce dossier socle pour chaque patient. Nous avons d'ailleurs déjà pris contact avec les collèges professionnels de différentes disciplines et les sociétés savantes pour qu'ils nous indiquent les éléments fondamentaux de ce dossier socle.

Enfin, nous nous orientons vers un espace sécurisé de dossiers répartis. L'architecture des dossiers doit se faire sur un mode réparti, et non pas sur un mode centralisé. Par exemple, pour un patient pris en charge dans le cadre d'une pathologie cardiovasculaire, le dossier sur la coordination des soins cardiovasculaires sera situé sur un hébergeur et sera facilement repérable dans la construction de la plateforme, mais ne sera pas directement connecté au dossier cancérologie de ce patient qui sera hébergé ailleurs.

Cette architecture répartie nous semble répondre fondamentalement aux exigences de confidentialité, aux exigences d'accès tracé et de sécurité. Si les données de santé d'un patient ne sont pas concentrées dans un seul dossier, le risque d'effraction dans ce dossier nous semble moins grand. Cela nous semble plus conforme aux réalités qu'une architecture cathédrale telle que reste le DMP dans sa conception classique.

Notre construction se fait dans le respect absolu de trois exigences :

- la confidentialité totale attachée aux données personnelles de santé ;
- l'accord du patient comme préalable à toute action ;
- la traçabilité vérifiable des accès.

Cette traçabilité suppose l'identification et l'authentification du médecin. Elle se fait par la carte convergée Ordre-CPS. Le décret confidentialité impose l'utilisation de cette carte. Un arrêté confidentialité a été proposé récemment à la concertation et a été rejeté dans sa rédaction actuelle par les six Ordres professionnels. Cette appréciation générale a bien sûr été portée à la connaissance des autorités chargées du sujet. On nous a indiqué qu'un autre arrêté serait proposé, dès lors qu'un outil fort d'authentification doit conserver la traçabilité.

On nous expose que si la carte existe bien en ville, elle a beaucoup de difficultés à pénétrer dans les établissements et il est avancé le coût d'un lecteur de carte comme argument. Or, un lecteur de carte coûte moins de 10 euros quand il est acheté en gros volume. La carte bancaire a également un coût et personne ne discute le fait qu'il faut une carte pour retirer de l'argent à un distributeur.

On nous dit aussi que l'identification par mode contact ne correspond pas véritablement aux usages et aux pratiques car le médecin est appelé à changer de poste informatique par sa mobilité dans l'établissement. Cela n'a rien de spécifique à l'hospitalisation publique. Le problème est le même dans les établissements privés et des gros centres médicaux réunis.

L'Ordre n'a aucune hostilité à des modes d'identification sans contact dans la fluidité de l'exercice intra-hospitalier. On peut imaginer, lors de l'entrée du système informatique, une identification forte avec la carte pour une certaine durée. Ensuite, un mode d'identification électronique de type Navigo peut permettre l'identification du médecin.

Actuellement, il n'existe pas de carte, sauf pour certains CHU, comme à Angers, Lille, Clermont-Ferrand. On ne peut pas attendre que la carte soit arrivée dans les établissements pour développer la plateforme. En l'attente, un mode d'identification faible-renforcé permettra de se connecter à la plateforme - login, mot de passe et cryptogramme.

Le monde change et l'Ordre professionnel doit accompagner le changement, en espérant qu'il soit positif. Nous ne sommes pas des freins au changement, mais ce changement doit se faire en préservant l'éthique médicale et la déontologie professionnelle. Pour cette raison, nous estimons devoir être directement associés à la gouvernance stratégique des systèmes d'information en santé. Nous pensons que notre estimation sera satisfaite car Mme la ministre de la Santé en a fait la déclaration voici plusieurs mois avec la création du Conseil

national stratégie. Pourtant, il n'est créé ni dans le PLFSS, ni dans la loi « hôpital, patients, santé et territoires », mais on nous a dit qu'un décret serait peut-être suffisant sur le plan juridique.

Cet engagement est au service des patients, même s'il cherche à faciliter l'exercice professionnel des médecins, et a pour but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Par conséquent, nous ne doutons pas qu'à partir de ces engagements concrets et réalistes de l'Ordre, nous obtenions le soutien de la puissance publique et, comme pour le dossier pharmaceutique, que des fonds propres de l'Ordre soient mis en action pour la création de cette plateforme afin d'attester d'un engagement concret et que des fonds publics soient associés.

Cette plateforme n'est pas uniquement un dossier professionnel comme le dossier pharmaceutique pour le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens : c'est un objet de coordination des soins.

Evidemment, les autres professionnels de santé, en particulier ceux organisés en Ordre, peuvent venir s'associer à cette plateforme qui prendrait la dimension d'une plateforme de santé. Nous serions tout à fait ouverts à cette éventualité. Nous prenons les engagements pour ce qui concerne les médecins et nous pensons que cette construction peut correspondre à des souhaits formulés par d'autres Ordres professionnels. A cet égard, nous avons déjà eu un contact avec l'Ordre national des sages-femmes qui trouve cette construction intéressante. Il pourrait peut-être y contribuer dans les essais futurs.

QUESTION

Avez-vous un calendrier ?

M. LUCAS

Nous prendrons différents contacts nécessaires avec différents opérateurs éventuels sur les aspects économiques. La session du Conseil national des 11 et 12 décembre aura à se prononcer sur le plan financier et la matérialisation réaliste d'une volonté.

La construction, elle-même technique et informatique, demande quelques mois et nous pensons qu'au printemps une phase bêta se déploiera dans cinq zones. Il peut y avoir un niveau départemental dans le choix de certains départements. Le choix du département de la Mayenne a été fait en raison de sa ruralité, d'une culture informatique importante soutenue par le Président du conseil départemental et de l'absence de CHU.

Le conseil régional de l'Ordre de Basse-Normandie se propose comme zone pilote. Il ne s'agit pas d'expérimentation. A partir de la construction, des adaptations pourront être faites en fonction des remontées. D'autres discussions peuvent s'organiser au niveau de régions bi-départementales avec des sièges de CHU. Les arbitrages n'ont pas encore été rendus.

Cette phase pilote devrait se terminer fin 2009. Un déploiement national pourrait être ainsi mis en place début 2010 et se fera de façon progressive par vagues successives, en fonction du succès, si les médecins s'approprient l'outil. Nous ferons tout pour que ce système soit simple et facilite l'exercice professionnel de tous les médecins.

Dans un premier temps, le déploiement dans la phase bêta se fera de façon indépendante des logiciels métiers qui ne sont pas construits pour cela. Nous avons des contacts avec les éditeurs de logiciels pour que la solution puisse être intégrée. Beaucoup de médecins n'ont pas de logiciel métier, de dossiers informatisés. Il leur faut évidemment un ordinateur et une connexion Internet. L'usage de la plate-forme est une possibilité, même quand le médecin n'a pas de logiciel métier.

QUESTION

Vous avez dit que ce système allait se construire sur une base de volontariat progressive. Au niveau du financement, envisagez-vous de prélever une partie de la cotisation ordinale pour financer ce dispositif ? Quel serait le montant de cette cotisation ?

M. LUCAS

La phase pilote sera financée sur les fonds propres de l'Ordre. Grâce à une gestion saine du Conseil national, il existe des réserves. Il n'y aura pas d'augmentation de la cotisation ordinale relativement à la mise en route de ce projet. Cela sera prélevé sur des fonds propres.

QUESTION

Avez-vous un ordre de grandeur pour la mise en route ?

M. LUCAS

Nous sommes dans le cadre de la négociation.

QUESTION

Deux millions d'euros ?

M. LUCAS

Je ne peux pas vous communiquer de chiffres précis. Pour la construction du dossier pharmaceutique, l'Ordre des pharmaciens et la CNAM ont mis un million d'euros chacun et le GIP-DMP a mis 3 millions d'euros. Je ne sais pas exactement ce que ces 5 millions d'euros recouvraient et quel était l'étalement dans le temps.

Nous constatons que des fonds publics directs du GIP-DMP et des fonds publics indirects venant de la CNAM ont bien été associés à la création du dossier

pharmaceutique. Par conséquent, nous ne voyons pas pourquoi l'Ordre des médecins ne bénéficierait pas du même soutien.

QUESTION

Serait-ce dans le même ordre de grandeur ?

M. LUCAS

Je ne veux pas préempter des choix d'ingénierie financière qui seront faits avec les autres partenaires. Il apparaîtrait profondément anormal que le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens ait pu construire un outil destiné aux pharmaciens, plus qu'à la coordination des soins, et que l'Ordre des Médecins, sous réserve de la discussion du projet et des partenariats alloués, n'ait pas une même aide publique.

QUESTION

Cette plateforme et le dossier pharmaceutique sont-ils amenés à converger ?

M. LUCAS

Nous avons demandé à avoir lecture du dossier pharmaceutique. Après quelques hésitations, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens indique actuellement que nous pourrions avoir lecture du dossier pharmaceutique.

Nous aurions sur la plateforme un espace de prescription sécurisé. Pour des raisons de positionnement des Ordres professionnels et pour des raisons de répartition des rôles, nous pensons que les médecins n'ont pas à aller prescrire des médicaments sur une plateforme des pharmaciens.

La prescription pourrait se faire via la plateforme proposée par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Les pharmaciens auraient évidemment accès à notre plateforme - de même que nous aurions accès en lecture à la leur - pour récupérer la prescription, la délivrer et l'intégrer au dossier pharmaceutique.

COMMENTAIRE

En fait, les pharmaciens peuvent accéder à la plateforme et les médecins ne peuvent pas aller sur le dossier pharmaceutique.

M. LUCAS

L'Ordre des pharmaciens dit actuellement que la lecture au dossier pharmaceutique serait ouverte aux médecins. Actuellement, ce n'est pas possible alors que nous avons lecture à l'historique des remboursements de l'assurance-maladie. Nous soutenons le CISS à ce sujet car il n'y a pas de traçabilité des accès sur l'historique des remboursements.

Le problème de la biologie est identique à celui de la prescription médicamenteuse. Les laboratoires de biologie sont très informatisés, du

prélèvement au résultat et l'envoi de la facturation. Les biologistes qui sont soit des médecins soit des pharmaciens pourraient bien sûr aller rechercher cette prescription biologique. Il y aurait ainsi une informatisation, de la prescription aux résultats.

QUESTION

Envisagez-vous votre projet avec le DMP s'il existe un jour ?

M. LUCAS

Il faudra des échanges en dehors du partage. Si un dossier partagé se constitue, notre architecture s'y prête parfaitement.

QUESTION

Avez-vous lancé un appel d'offres auprès d'industriels ?

M. LUCAS

Nous avons différents contacts de concertation sur le plan économique. Toutes les sécurités seront prises pour une parfaite transparence et sans privilégier des industriels par rapport à d'autres.

QUESTION

Comment cela va-t-il se concrétiser ?

M. LUCAS

Un opérateur sera choisi rapidement. J'ai rencontré M. Jean-Yves ROBIN, le lendemain de son élection par le conseil d'administration du GIP-DMP. Sa nomination effective aura lieu le 5 décembre, le jour même où il a accepté de venir à notre conférence sur l'interopérabilité. Avec le directeur du GIP-DMP, futur directeur de l'ASISP venant du monde industriel, nous espérons une conversation franche et loyale.

COMMENTAIRE

Il est probable que, lui, gérant le dossier pharmaceutique...

M. LUCAS

M. ROBIN ne gèrera plus le dossier pharmaceutique. Je ne veux pas faire de confusion entre M. ROBIN, directeur de l'ASISP et l'ancien directeur de Santéos. Nous ne ferons pas de procès d'intention.

QUESTION

Il y a déjà eu des échanges avec des milliers de médecins, de biologistes, d'hôpitaux avec un système pas forcément conforme au décret. Comment se passera-t-il avec ces utilisateurs ?

M. LUCAS

Vous parlez d'Apicrypt. La sécurité dans le cryptage est réelle. Il y a un décryptage et un recryptage dans le transit du message. Apicrypt a développé une solution où l'identification se ferait avec la carte. Ce n'est pas encore véritablement mis en œuvre.

Notre plateforme est compatible avec la messagerie Apicrypt. Les confrères qui voudront rester utilisateurs d'Apicrypt pourront également être liés et connectés à la plateforme. Lorsqu'un message sera déposé à destination d'un médecin sur la plateforme, ce dernier aura l'information selon laquelle il a un message. Si le confrère souhaite passer par la messagerie Apicrypt, il faut avoir la possibilité de lui renvoyer l'information selon laquelle il a un message sur la plateforme.

M. DESEUR

L'utilisateur d'Apicrypt et le système de messagerie ne posent aucun problème de connexion. Des correspondants m'envoient un courriel non crypté pour m'informer que j'ai reçu un message crypté. Dans ce cas, j'utilise ma messagerie cryptée de manière simple. C'est compatible.

COMMENTAIRE

Sur le plan juridique, l'Ordre va devenir propriétaire de l'ensemble de serveurs, de plateforme.

M. LUCAS

Nous voyons les choses de la même façon que pour le dossier pharmaceutique, indépendamment du choix de l'hébergeur et du prestataire. L'Ordre peut avoir une maîtrise d'ouvrage comme cela a été le cas pour l'Ordre des pharmaciens. Être maître d'ouvrage, ce n'est pas une revendication fondamentale, nous voulons être pilote du projet. Si des fonds publics nous aident, il peut y avoir différentes configurations possibles. Nous voulons être pilote, comme l'Ordre des pharmaciens, avec un niveau d'échelle différent car il existe 28 000 officines et 200 000 médecins. La construction du système nous semble devoir être similaire.

Les pharmaciens ont créé le dossier pharmaceutique parce que le dossier médical personnel n'existait pas. Ils ont toujours dit qu'ils verseraient les données du dossier pharmaceutique dans un dossier médical personnel, dès son existence. Faisons d'abord un système de plateforme, d'échange, en relation avec le dossier pharmaceutique, des dossiers communicants de cancérologie, avec les plateformes régionales qui ont un niveau de développement significatif, avec les données d'imagerie, avec les Anapaths.

Montaigne disait que prétendre embrasser plus que de l'étendue de ses bras ou enjamber plus que de l'étendue de ses jambes, cela est impossible et monstrueux. Montaigne était un homme de sagesse.

COMMENTAIRE

Vous avez parlé du problème des logiciels de cabinet. Avec tout ce qui a été déployé en région et ce problème s'étant retrouvé pour chaque plateforme régionale, vous allez forcément rencontrer les mêmes opérateurs. Beaucoup ont déjà fait ce travail et il faudrait utiliser cette expérience.

L'association ARDOC, en Ile-de-France, indique que son serveur d'interopérabilité entre Apicrypt et les autres messageries par CPS fonctionne. On peut peut-être le dupliquer en attendant qu'Apicrypt passe à la CPS.

M. DESEUR

A votre connaissance, combien de professionnels de santé sont fonctionnels sur ARDOC ? Je suis inscrit depuis 18 mois à ARDOC.

COMMENTAIRE

La plateforme fonctionne depuis quelques jours. Il ne doit pas encore y avoir d'utilisateurs. Il a été dépensé plus d'un million d'euros pendant un an pour développer cette plateforme. Les choses avancent tout doucement. Ils sont allés chercher les médecins un par un. Malgré cela, il n'y a pas d'échange.

M. LUCAS

Vous faites une analyse réaliste. Le fait d'aller chercher des médecins un par un montre que ce projet n'était pas structurant. Evidemment, il n'appartient pas qu'à l'Ordre d'avoir des projets. Il faudrait que l'Etat et que le GIP-DMP, qui a fourni les fonds en particulier, tirent les conclusions des expérimentations. On ne peut pas éternellement faire des expériences sans tenir compte des résultats antérieurs, ce qui est le contraire même de la méthode scientifique.

Nous avons rencontré, voici plusieurs semaines, les représentants du projet ARDOC qui porte essentiellement sur les messageries. Ces représentants nous ont dit que si le chérif - l'Ordre des médecins – sortait de la plaine, cela allait changer la donne. Nous le pensons, mais nous nous trompons peut-être. Néanmoins, l'Ordre des Médecins représente la pérennité d'une structure, quels que soient le militantisme et le dévouement des pionniers régionaux qu'il faut reconnaître, saluer et remercier.

Les ARH ont pris des dispositions. Les médecins hospitaliers n'ont pas été directement impliqués. Les décisions des ARH sont différentes de celles des médecins hospitaliers qui sont soumis à une organisation administrative. Ce n'est pas à la CNAM de décider comment les médecins libéraux doivent communiquer par messagerie. Pourquoi l'administration hospitalière déciderait-elle seule pour les médecins hospitaliers ?

COMMENTAIRE

Les URML ont cherché à avoir des messageries.

QUESTION

Allez-vous travailler avec les libéraux ? La CSMF est-elle en rapport avec vos projets ?

M. LUCAS

Nous voulons nous adresser aux médecins quels que soient leurs statuts. Nous ne voulons pas faire de distinction entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers. Il faut essayer de trouver une cohérence nationale pour ces différents projets.

QUESTION

La plateforme s'adresse-t-elle aux 200 000 médecins ?

M. LUCAS

Oui.

COMMENTAIRE

Il faudra travailler avec les médecins salariés hospitaliers, avec les structures, les directions d'hôpitaux.

M. LUCAS

Oui. Nous avons déjà eu des contacts avec la Fédération hospitalière de France. Nous avons rencontré une représentation des directeurs des systèmes d'informations hospitaliers, la conférence des présidents de CME. La connexion à la plateforme supposera une connexion Internet et une identification. Dans les hôpitaux, il n'y a pas de logiciel métier. Par conséquent, la connexion à cette plateforme n'impose pas d'avoir un logiciel métier.

COMMENTAIRE

Oui, mais elle impose une identification, par le directeur de l'hôpital.

M. LUCAS

Il faut une gouvernance des hôpitaux. Chaque directeur d'hôpital ne peut pas décider à lui seul quelle sera la politique d'informatisation. Les ARS viendront clarifier ce sujet. L'AP-HP vient de signer un contrat pour mettre en cohérence le dossier d'hospitalisation AP-HP.

La communication sécurisée hôpital-ville ne fonctionne pas bien. Nous attendons les comptes rendus d'hospitalisation dans des délais totalement déraisonnable, pour la qualité des prises en charge, pour la coordination des soins et pour les coûts. Cela amène parfois à refaire des examens déjà réalisés.

Notre projet est fédératif. Nous n'avons pas du tout vocation à nous transformer en hébergeur de données. Il faut accompagner le changement en préservant

l'éthique médicale et les principes de déontologie. Pour cela, nous voulons être associés à la gouvernance stratégique.

Nous allons publier, au début du mois de janvier, un Livre blanc sur la télémédecine. Il faut aussi faire des choses de façon pragmatique, en donnant les bases de déontologie médicale explicitées dans cette application de la télémédecine qui est certainement appelée à connaître un grand développement dans les années futures.

La Commission européenne, le 4 novembre dernier, a fait une déclaration aux Etat membres afin qu'ils intègrent la télémédecine dans les stratégies nationales de santé. A la suite d'une déclaration, la Commission européenne fait ensuite souvent une recommandation et une directive.

COMMENTAIRE

Vous aviez fait un rapport sur la télémédecine il y a quelques années. La télémédecine fonctionne bien à beaucoup d'endroits. C'est ponctuel.

M. LUCAS

Cela reste dans le domaine expérimental.

COMMENTAIRE

Il faut que cela soit tarifé. C'est le problème. Vous l'aviez très bien défini dans votre précédent rapport.

M. LUCAS

Nous allons le préciser davantage.

M. DESEUR

Il faudra probablement tenir compte de l'évolution de la cotation des actes qui ne va pas rester totalement une cotation à l'acte. Il va exister des politiques de rémunération d'activité en réseau d'échange. A ce niveau, pourront intervenir et être facilités les problèmes de rémunération de la télémédecine, tout en préservant les inquiétudes, peut-être justifiées de l'assurance-maladie, quant à une profusion d'actes à rémunérer.

M. LUCAS

L'assurance-maladie est toujours craintive face à la nouveauté. Le problème de la nomenclature, hors télémédecine, en est l'illustration.

On peut considérer la télémédecine de deux façons :

- une médecine administrée par la voie de décret pour préciser quels sont les actes de télémédecine ;
- la voie des protocoles pour les bonnes pratiques : savoir comment mettre en place la télémédecine, quels sont les instruments utilisés, quelle est la

sécurité, comment est faite l'authentification. Ce protocole est décliné dans une convention qui peut prévoir les coopérations entre professionnels.

Il peut y avoir une forme rémunératoire pour l'exercice libéral avec une part forfaitisée et une valorisation pour le monde hospitalier. Un diabétologue hospitalier m'a fait remarquer qu'il passe actuellement la moitié de son temps dans des pratiques de téléconsultation, de télé-expertise, d'avis. Ce temps passé est non reconnu dans la tarification à l'activité.

Les tuyaux qui peuvent être construits, sécurisés pour les échanges sont finalement les mêmes que les tuyaux qui peuvent être utilisés pour la pratique de la télémédecine.

COMMENTAIRE

On est dans une consultation en direct. Il y a aussi des applications très détaillées.

M. LUCAS

Nous détaillerons ces aspects dans le prochain document. Il peut y avoir en effet un médecin en contact avec le patient en téléconsultation, mais parfois il n'y a pas de médecins dans certaines zones ou territoires.

La sécurisation des échanges, la non-distorsion dans la transmission utilise des moyens électroniques qui ne sont pas du tout éloignés des moyens sécurisés de la construction d'une plateforme.