

H

SYSTÈMES D'INFORMATION

# L'interopérabilité dans les starting blocks

Dossier réalisé par Arnaud Janin

**LE PREMIER ÉTAGE DE LA FUSÉE DE L'INTEROPÉRABILITÉ EST POSÉ À PARTIR DE JUILLET 2021. LES TECHNOLOGIES SOCLES ET LE CADRE D'INTEROPÉRABILITÉ OPPOSABLE VONT CONTRAINDRE LES ÉDITEURS COMME LES HÔPITAUX ET CLINIQUES PRIVÉES À L'INTÉGRATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION. HISTOIRE D'UN CHEMIN PARCOURU D'EMBÛCHES.**

**E**n juillet 2021, l'informatique de santé arrive enfin à un tournant pour les systèmes d'information hospitaliers. C'est la première étape du processus de référencement en matière de cadre d'interopérabilité posé par la Délégation numérique en santé (DNS). Les éditeurs de solutions informatiques seront contraints d'y souscrire pour leurs futurs contrats avec les hôpitaux. L'objectif est qu'ils se conforment aux référentiels posés par les services socles qui ont été promus par la DNS depuis Ma Santé 2022 et le Ségur. Ce sont notamment la MSS, le DMP, l'INS et l'e-CPS (Pro Santé Connect) (voir DS 323 pages 15 à 20). Les éditeurs informatiques feront partie du portail de référencement. Une fois cette

étape franchie, les établissements de santé pourront choisir les solutions à implémenter. Le premier niveau d'interopérabilité est donc en passe d'être atteint en 2022.

« La feuille de route du numérique posée par la puissance publique est une alliée, affirme Guillaume Reynaud (Directeur des relations publiques et du Business Development de Dedalus). Initiée par la DNS et l'ANS, elle va se propager rapidement. Dans deux ans, nous parlerons tous de la même façon. Les patients disposeront d'un espace numérique de santé où ils trouveront tous leurs documents médicaux (lettres de sortie, comptes rendus d'hospitalisation, résultats de labos, de radiologie, etc.). Cette étape est un autre pas vers l'ouverture et le partage de données. » En attendant, il y a encore

beaucoup à faire pour la mise en œuvre : « Nous sommes en train de fermer la porte d'un ancien monde très siloté, verticalisé. Il faudra encore sûrement deux à quatre ans pour que l'ensemble des établissements de santé passent au standard HL7 FHIR », confirme-t-il. « Dedalus œuvre pour cela. » Bref, les éditeurs traditionnels qui ont traîné des pieds pendant des années, n'ont désormais plus le choix. Ils devront rentrer dans le cadre imposé par la puissance publique. À partir de maintenant, il leur faudra réaliser des mises à niveau s'ils souhaitent obtenir des fonds. *Idem* pour les établissements de santé qui auront à déposer des dossiers de financement et à apporter des preuves de leurs bons usages. Attention, alerte Guillaume Reynaud, cette

mise à niveau ne concernera que l'INS, le DMP, la MSS et Pro Santé Connect.

### CINQUIÈME ROUE DU CARROSSE

Et pourtant la route a été longue et semée d'embûches pour y parvenir. « *Le numérique a longtemps été la cinquième roue du carrosse*, assène une source proche du dossier. *Tout a changé avec la crise du Covid.* » Qu'a-t-elle révélé ? Elle a montré qu'il y avait une nécessité de s'appuyer sur des outils numériques pour fluidifier la transmission de l'information. Ceux-ci ont servi aussi à mettre à disposition des informations vitales comme le codage des tests Covid. Ce boom du numérique a permis aussi de rendre accessibles des outils de téléconsultation et de télémedecine pour que les patients restent en contact avec leur professionnel de santé. Avant ce cap, la puissance publique n'a jamais été en capacité d'imposer ces normes avec des profils IHE aux industriels.

### GHT

Un troisième élément a permis de faire prendre conscience aux acteurs de l'hôpital de la nécessité de rendre les systèmes informatiques interopérables : les groupements hospitaliers de territoires mis en place sous l'ère Touraine. Avant cette réforme hospitalière, « *les établissements considéraient souvent l'interopérabilité comme un sujet secondaire*, témoigne Jean-Baptiste Dubuisson (Société Xperis, Nehs Digital). *Ils demandaient à leurs éditeurs de se mettre d'accord entre eux. Avec l'arrivée des GHT, on s'est rendu compte que le problème de l'interopérabilité était multiplié par le nombre d'établissements.* » Sur le terrain, nombre d'établissements ont pris les choses en mains. Ils ont monté des équipes dédiées, se sont dotés d'un outil uniforme qui est devenu une plateforme d'interopérabilité de GHT. Bref l'établissement support du GHT a cherché à avoir la maîtrise complète du sujet. Xperis comme Enovacom ou Capsule proposent une technologie qui permet de mettre en place cette plateforme unique de logiciels de tous les flux au sein du GHT. Leur mission est de monter une brique logicielle pour tous les établissements du GHT (qui ont une obligation de convergence). Cela prend beaucoup de temps, mais certains établissements sont bien engagés dans ce processus. « *Il y a plein de flux nouveaux à installer, nous changeons*



## Tout a changé avec la crise du Covid



**Stéphane Kirche, directeur de l'innovation et de l'ingénierie biomédicale au groupement hospitalier Nord Saône-et-Loire et Jean-Baptiste Dubuisson, directeur général Xperis, Nehs Digital**

*toute l'urbanisation du système d'information. Tout est refondu. L'accompagnement associé de la part de l'éditeur est alors primordial* », complète Jean-Baptiste Dubuisson. D'autres industriels comme Dedalus proposent d'ores et déjà des solutions de gestion administrative publiques ou des DPI et déploie des projets d'extension et de convergence chez leurs clients, aussi bien intra-GHT qu'extra-GHT (lien ville-hôpital, public-privé, etc.).

### SI-DEP

Quant aux acteurs comme les gros laboratoires, ils étaient déjà bien préparés à l'interopérabilité lorsqu'est arrivée la pandémie en mars 2020. Avec la collaboration de la DSI et de ces nouveaux éditeurs comme Xperis qui mettent en place des EAI (connecteurs\*), en un mois seulement plus de 5 000 laboratoires de biologie médicale ont été intégrés et connectés au projet Si-Dep. Depuis lors, ce projet national d'interopérabilité où sont enregistrés l'ensemble des résultats des laboratoires des tests de Covid-19 a été un outil précieux dans la lutte contre la pandémie.

### APPAREILS BIOMÉDICAUX

Autre argument en faveur de l'interopérabilité pendant cette crise sanitaire, la collecte de la *data* sur les appareils biomédicaux. « *Durant la crise, la ressource soignant était rare tant les besoins en soins étaient considérables. Des systèmes ont été paramétrés aux Hospices civils de Lyon afin*

*d'aider les soignants à gérer plus de patients (mais avec moins de personnels). Par exemple, des alarmes en temps réel ont été installées sur des lits de patients pour mieux gérer les alertes. La prise de conscience a alors été brutale de la part des établissements de soin. Ils ont bien perçu que les moniteurs et les appareils n'étaient pas connectés au dossier patient ou à un entrepôt de données. Résultat, toutes ces données ont été perdues bien qu'elles aient été utilisées en temps réel dans un contexte clinique* », témoigne David Corcos, DG de Philips. Cet éditeur néerlandais a racheté la société Capsule début 2021. Cette *start-up* française est le premier éditeur à avoir raccordé à sa plateforme plus de 950 DM interopérables avec 50 SIH. Éviter la perte de données en les centralisant est primordial pour améliorer la prise en charge des patients. Faute d'être collectées, trop de données doivent être saisies à la main. Résultats, des risques d'erreurs supplémentaires et du temps de soignant perdu.

Malgré ces prouesses techniques, les acteurs restent insatisfaits. Pourquoi ? Selon Sébastien Letélié, cofondateur de l'application ResUrgences dédiée aux urgences, « *l'interopérabilité n'est jamais un problème technique, mais une problématique commerciale. Nous sommes bloqués par des éditeurs depuis vingt ans.* »

De manière globale, Sébastien Letélié exprime un avis tranché : « *Avec la T2A, les logiciels se sont orientés sur l'administratif, mais pas du tout sur les pratiques et les usages. Résultat, les médecins n'en peuvent plus de remplir ces champs sur ordinateur.* » La difficulté pour eux était que les actes qu'ils remplissaient n'appartenaient pas à la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Il fallait alors reprendre tous ces actes et les coder en CCAM (double saisie). Ces gros éditeurs n'ouvraient pas leurs solutions pour des raisons concurrentielles. « *Ils font de la résistance et vivent sur des rentes. Mais à force de rester sur cette posture, ils perdent peu à peu des parts de marché.* »

### EFFET D'AUBAINE

Ce blocage des éditeurs traditionnels a créé un effet d'aubaine pour certains acteurs. Sébastien Letélié a été en mesure de répondre à un besoin d'informatisation des urgences. En quinze ans, sa solution s'est implantée dans de nombreux hôpitaux et

CUSTODIO BERNARD

est devenue leader pour les urgences. Pour que les hôpitaux puissent accéder à leurs données en mode lecture, ResUrgences allait *hacker* leurs bases pour leur faire remonter des codes en CCAM. Les établissements auraient réalisé des économies en n'étant pas obligés de payer un service supplémentaire pour accéder à leurs données. Concrètement, le premier niveau de l'interopérabilité est satisfaisant. Il concerne le renvoi de données vers le réseau de l'hôpital à partir de dispositifs médicaux, connecteurs... via un bus applicatif d'interface (par exemple l'EAI Enovacom). Cette EAI collecte, mais aussi structure et met en format la donnée afin qu'elle soit acceptée par tous les systèmes. Au-delà de ce premier niveau, commente Stéphane Kirche, directeur de l'innovation et de l'ingénierie biomédicale au groupement hospitalier Nord Saône-et-Loire, « *c'est une catastrophe. Je ne vois pas d'évolution depuis seize ans. Tout le monde reste dans son périmètre commercial avec un refus de partager ses informations. Nous sommes pris au piège* ». Par exemple, l'outil métier du service des urgences du CH de Chalon ne communique pas avec celui de la réanimation ni avec celui du bloc opératoire. Résultat, dans 75 % des cas, seul un document au format archive (pdf) est envoyé dans le DPI de l'établissement à partir de ces logiciels de spécialités qui ne sont pas interopérables entre eux.

### GESTION DES VERSIONS APPLICATIVES

Pour noircir le tableau, la hantise des DSI est la gestion des versions applicatives, selon Jacqueline Surugue, PH à Niort et ex-présidente de l'Association européenne des pharmaciens des hôpitaux : « *Quand on change de version, c'est tout l'environnement qui est bousculé. Nous sommes alors obligés de révéifier toutes les connexions.* » La situation se complexifie plus quand un petit éditeur se fait racheter par un plus gros. La nouvelle société arrête alors la maintenance du matériel et/ou du logiciel. Elle prend les fonctionnalités dans le logiciel qu'elle a racheté, les intègre à sa propre solution et laisse mourir les logiciels implantés dans l'établissement. Résultat, dans l'établissement où exerce Jacqueline Surugue, suite à un rachat du logiciel de radiologie, la grande base de données n'a pas pu être réintégrée dans la nouvelle solution. Une perte irrémédiable... •