



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.

En 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.

GHF

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 territoire mis en place sous l'ère Touraine. Avant cette réforme hospitalière, « les établissements considèrent souvent l'interopérabilité comme un sujet secondaire, résume Jean-Baptiste Dubuisson (Xperis, Nehs Digital). Ils demandaient à leurs éditeurs de se mettre d'accord entre eux. Avec l'arrivée des GHF, 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 main. Ils ont misé des équipes dédiées, se sont dotés d'un outil uniforme qui est devenu une plateforme d'interopérabilité du GHF. Seul l'établissement support du GHF a cherché à avoir la maîtrise complète du sujet. Xperis comme Eucrasse ou Capade proposent une technologie qui permet de mettre en place cette plateforme unique de logiciels de tous les flux au sein du GHF. Leur mission est de mettre une logique logicielle pour tous les établissements du GHF (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 chargeons



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

avec l'urbanisation du système d'information. Tout est refait. L'accompagnement moral de la part de l'éditeur est alors primordial », résume Jean-Baptiste Dubuisson. D'autres industriels comme Delphis proposent d'une et déjà des solutions de gestion administrative publique ou des GHF et d'ailleurs des projets d'extension et de convergence chez leurs clients, mais bien avec GHF qu'avec GHF (dans ville hôpital, public privé, etc.).

SI-GHF

Qu'en ont-ils obtenu comme les gros laboratoires, ils étaient déjà bien préparés à l'interopérabilité lorsqu'ils ont accédé la pandémie en mars 2020. Avec la collaboration de la DSI et de son successeur éditeur comme Xperis qui mettaient en place des SI-GHF (connecteurs), ils ont même rapidement plus de 1000 laboratoires de biologie médicale ont été intégrés et connectés au projet SI-GHF. Depuis lors, ce projet national d'interopérabilité est une convergence transparente des structures des laboratoires des soins 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 humaine était rare sur les besoins en actes de soins considérables. Des patients ont été transférés aux hôpitaux civils de Lyon afin

d'aider les soignants à gérer plus de patients (mais avec moins de personnel). 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 été de la venue de la part des établissements de soins. Ils ont bien perçu que les médecins et les appareils « étaient pas connectés au dossier patient ou à un message de données. Résultat, toutes ces données ont été perdus bien qu'elles soient des données en temps réel dans un contexte clinique », résume David Caron, DSI de Philips. Ces données relatives à l'achat de matériel Capade diffusé 2021. Cette start-up française est la première éditeur à avoir accédé à sa plateforme plus de 1000 GHF interopérables avec SI-GHF. Entre la perte de données et les contraintes de priorités pour améliorer la prise en charge des patients, l'absence d'interconnexion, trop de données doivent être mises à la main. Résultat, des risques d'erreurs supplémentaires et du temps de soignant perdu.

Malgré ces preuves techniques, les acteurs restent incertains. Pourquoi ? Selon Sébastien Levellé, cofondateur de l'application Rest'Ingénierie 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 Levellé exprime un avis tranché : « Avec la T2A, les hôpitaux se sont orientés sur l'interopérabilité, mais pas du tout sur les pratiques et les usages. Résultat, les médecins n'en peuvent plus de remplir ce champs sur ordinateur. » La difficulté pour eux était que les actes qu'ils remplissent s'apparentaient pas à la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Il faut alors reprendre tous ces actes et les coder en CCAM (double saisie). Ces gros éditeurs d'urgence pas leurs solutions pour des raisons commerciales. « En face de la résistance et vient sur des ventes. Mais à force de rester sur cette posture, ils perdent peu à peu des parts de marché. »

EFFET D'AUBAINE

Ce blavage des éditeurs médicaux a été un effet d'aubaine pour certains acteurs. Sébastien Levellé a été en mesure de répondre à un besoin d'interopérabilité des urgences. En quinze ans, sa solution s'est implantée dans de nombreux hôpitaux et

CUSTODIO BERNARD