

Faire son chemin de Damas

(Paul de Tarse, 33 ap. J.-C.)

Beat Gafner, ancien président de la SMCB, revient sur son changement de position : auparavant critique vis-à-vis de la cybersanté, il la défend maintenant avec précaution, et regarde vers l'avenir de la santé numérique, sur lequel il s'est penché dans le cadre du CAS « eHealth » de la Haute école spécialisée bernoise.

Texte : Beat Gafner
Photos : mrk ; iStock

Paul, citoyen romain d'origine juive qui venait de la ville portuaire de Tarse sur la côte est de la Méditerranée, s'est fait connaître par son activité missionnaire dans la partie orientale de l'Empire romain, au Ier siècle après J.-C. Fabricant de tentes qualifié et pharisien érudit (expert de la Torah, le recueil des lois juives), il avait des contacts privilégiés avec le Haut Conseil de Jérusalem, dans le protectorat romain de Judée. En tant qu'institution théocratique, le Haut Conseil dirigeait la vie politique, sociétale et sociale en Judée avec une grande autonomie. Envoyé à Damas par le Haut Conseil pour surveiller un groupe de la secte des chrétiens, en pleine expansion, c'est lors de ce voyage que Paul se convertit aux croyances de cette secte. « Faire son chemin de Damas » est une expression qui désigne ce retournement à 180°. Avant sa conversion, il est présenté sous le nom de

Saul, la partie juive d'un double nom, Paul en étant la partie latine.

Le système de documentation papier des cabinets remis en question

Quand on fabrique des tentes ou quand on est président de la Société des médecins du canton de Berne, on est constamment à l'affût pour être toujours préparé aux évolutions de la météo. Habitué aux aléas de la politique professionnelle, j'étais d'abord sceptique face à l'approche qui consistait à remplacer le dossier médical durable, épais, garni de Post-it qui dépassent, par des ordinateurs portables peu pratiques, qui mettraient une barrière entre le médecin et le patient.

En 1980, mon collègue Andreas Bieri, médecin de famille à Langenthal, futur membre du comité de la SMCB et pionnier dans le domaine de la comptabilité informatique et de la numérisation, mettait en service sa « machine de facturation »

Honeywell-Bull/ASA 61. En voici sa description: «aussi grande que deux bureaux, des disquettes comme des plateaux à gâteaux, des programmes sur mesure, une imprimante qui pétarade comme une mitrailleuse, des formulaires réalisés en consultation avec les caisses, une machine dans la cave, des câbles dans le cabinet, 10 ans de fonctionnement sans modification, aujourd'hui au musée Honeywell-Bull.»

En 2009, le DFI lançait sa «stratégie nationale en matière de cybersanté» et demandait à la moitié des cabinets médicaux d'être équipés d'ici 2012 d'un système informatique; une stratégie peu réaliste à l'époque selon Jürg Schlup, ancien président de la SMCB. En 2020, onze ans plus tard, nous avons atteint cet objectif dans le canton de Berne. «eHealth Suisse», comme s'appelle maintenant l'organe de coordination national de la Confédération et des cantons, s'était fixé comme premier objectif de proposer un dossier électronique du patient à tous les Suisses avant 2015. Aujourd'hui, il ne s'agit plus de fixer des objectifs irréalisables, mais d'organiser des étapes sans restrictions de délais.

Les activités de la SMCB autour de la cybersanté, avec des informations et des événements, ont nettement augmenté à partir de 2010. En ce qui concerne les systèmes informatiques de cabinets, mon attitude positive mais prudente a été confirmée par des représentants expérimentés de l'Institut d'informatique en cabinets (IPI), de la Caisse des médecins, de cabinets collectifs et des médecins de famille de Suisse, à savoir M. Leibundgut, Blunier, Schilling et Bhend. Les arguments principaux de l'époque sont les mêmes aujourd'hui: implication des médecins de famille, système de motivation et de lancement pour les cabinets individuels, approche du bas vers le haut, coûts d'investissement élevés (jusqu'à 50000 CHF pour l'équipement d'un cabinet), plutôt coûteux en temps pour les propriétaires des cabinets après l'installation

du système, difficulté à réaliser les économies nécessaires dans le secteur de la santé. Cependant, les mentalités ont clairement changé.

Après l'orage vient l'accalmie, mais pas le beau temps

Avec la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) et le comité central de la FMH, la SMCB a adopté une évaluation plutôt positive lors de la **consultation sur l'avant-projet de loi sur le dossier électronique du patient (DEP)** en décembre 2011, mais a proposé de retravailler cet avant-projet en profondeur pour les raisons suivantes:

- Régulation des droits d'accès impraticable et trop compliquée
- Problèmes pour la mise en œuvre technique
- Manque de motivations comme des mesures tarifaires, la participation du secteur public aux infrastructures, d'autres possibilités d'indemnisation
- Investissements initiaux et d'équipement élevés, sans perspective de retour sur investissement, avec augmentation de la charge et dépendance totale des entreprises
- Objectifs irréalisables, comme l'amélioration de la qualité des procédures de prise en charge, l'augmentation de la sécurité des patients et la hausse de l'efficacité du système de santé
- Question sur le caractère volontaire de la participation des médecins indépendants
- Impossibilité de contrôler les possibilités de combinaison en cas de large utilisation du numéro AVSN13 pour l'identification du patient

Du fait de cette proposition, j'ai moi-même adopté une attitude critique face aux membres du Grand Conseil du canton de Berne mais, avec la Société des médecins du canton de Zurich (AGZ) et la Conférence des sociétés cantonales de médecine



M. Gafner au forum eHealth 2020.

(CCM), la SMCB a tout de même soutenu l'institut IPI mentionné plus haut en tant que centre de compétences pour les questions informatiques et les autres activités dans ce domaine.

Le vent avait résolument tourné lorsque fin 2013, j'ai lu un article sur une classe de test à Biberist, dans le canton de Soleure: «L'iPad s'impose à l'école». Depuis cet article, je suis devenu fondamentalement favorable à la cybersanté. La comparaison avec Saul, qui s'est converti lors de son voyage à Damas, est probablement exagérée; mais en voyant des rapports positifs sur des essais menés avec des tablettes et des iPad, j'ai compris que les médecins libéraux allaient devoir se pencher sur la cybersanté, malgré toutes les questions et les incertitudes.

Depuis, j'essaie de représenter, de défendre et d'encourager la numérisation dans le secteur de la santé face à différentes commissions, en mettant l'accent sur les exigences de la politique professionnelle des médecins libéraux. La SMCB est très bien représentée au comité de la Communauté d'intérêt BeHealth (IG BeHealth), aux côtés de représentants de toutes les associations ambulatoires et stationnaires des prestataires de santé dans le canton. En tant que deuxième plus grande association de médecins praticiens en Suisse, elle est associée

à l'AGZ et à un grand nombre d'hôpitaux, de cantons et d'associations pour former la section de soutien XAD, aujourd'hui communauté de référence XAD, avec axvana AG comme organisation commerciale. Avec deux autres représentants des hôpitaux publics, et avec des hôpitaux privés du canton de Berne, je siège au comité de la XAD depuis début 2018. Depuis août 2017, j'ai trouvé une autre activité constructive au conseil consultatif d'eHealth Suisse, l'organe de coordination de la Confédération (Office fédéral de la santé publique, OFSP) et des cantons (CDS). J'ai été mandaté au conseil consultatif par la CCM et la SMCB. Un groupe de travail du département Numérisation/eHealth de la FMH, auquel je participe, débute en été 2020. Son objectif consiste à faire avancer toutes les questions autour de la cybersanté, et pas seulement le dossier électronique du patient, dans la communauté médicale, et de promouvoir une position critique mais constructive.

Car ils savent ce qu'ils font

La pandémie de COVID-19 nous a soudainement fait comprendre que la communication numérique faisait évoluer nos procédures habituelles. Nous nous retrouvons forcés de pratiquer la télémédecine et nous découvrons même qu'elle peut être utile dans une partie du diagnostic. La télémédecine sortira plus forte de la pandémie.

Les communautés de référence et les hôpitaux proposeront le dossier électronique du patient en automne 2020, plus tard que l'objectif d'origine. Ce retard est dû à la sous-estimation de la complexité des procédures de certification et d'accréditation. Le système suisse de la conservation virtuelle des données dans des communautés décentralisées, plutôt qu'une conservation nationale centralisée, est l'un des plus sophistiqués d'Europe. Cependant, il correspond à notre vision fédérale et traduit donc plutôt un esprit de conservation.

Dans un premier temps, nous n'attendons pas d'affluence massive; compter là-dessus serait une erreur et consisterait à faire la politique de l'autruche. De nombreux processus qui seront mis en service d'ici à la fin de l'année ne sont pas encore tout à fait achevés, à l'image des consignes, et seront donc compliqués à aborder pour l'utilisateur. Je parle par exemple de la connexion d'un système informatique en cabinet à une communauté de référence via des portails Web, alors que nous préférierions une intégration complète et rapide dans nos systèmes informatiques; ou encore de l'impossibilité actuelle d'adhérer à une communauté par voie électronique, etc.

Je travaille sur la cybersanté depuis 20 ans, et de plus en plus les dix dernières années. Avec sa mise en place qui approche, le niveau de détail des questions posées et la complexité des réponses augmentent. Toutefois, je ne considère pas qu'il s'agisse d'une raison de refuser un dialogue orienté vers les solutions et les compromis jusqu'à ce que la dernière question en suspens ait été résolue.

C'est pourquoi j'ai continué à me former en suivant un cours à la Haute école spécialisée bernoise, dans le secteur de la cybersanté, que j'ai achevé par l'obtention d'un CAS. Une démarche que je recommande à chacun de mes collègues qui exercent à la base. Ce n'est pas la complexité des

processus techniques qui pose des limites; ce sont nos esprits qui placent des obstacles, de manière consciente ou inconsciente, et protègent les intérêts individuels.

Quo vadis communitas medicorum helveticorum?

Vous remarquerez que la période de Pâques n'a pas été choisie tout à fait au hasard, car elle représente une transition sociale et culturelle, un passage d'hier à demain. Je ne suis pas seulement profondément enraciné dans les vieilles traditions, je tends aussi l'oreille aux chants de la magicienne Circé. J'essaie donc de faire souffler un vent nouveau sur les questions suivantes encore non résolues:

- Les questions autour du **financement initial** pour passer (si une transition rapide est nécessaire) d'un dossier papier à un système informatique de cabinet, électronique et permettant les connexions au DEP, afin de donner au moins une chance d'évoluer au dossier électronique du patient et à l'idée de la cybersanté. **Aucun État occidental** n'y est encore parvenu sans mettre en place des mesures initiales en faveur des médecins établis. Ou alors on confie la transition numérique au changement de génération permanent, mais alors il faut le communiquer de la sorte.
- **L'indemnisation tarifaire et correcte** sur le plan économique dans l'ensemble de la gestion des données et documents.
- **L'indemnisation en fonction de la charge** pour les tâches et processus encore non résolus, comme la rédaction de données relatives aux traitements, leur numérisation dans le DEP et le contrôle périodique de leur intérêt et de leur validité.
- La protection des données en général et la gestion de **données particulièrement sensibles** à l'échelle cantonale et fédérale, du côté de la gestion, de l'économie et de la recherche en



Médecins en train de pratiquer une tomographie computerisée, 1981. Depuis les années 80, le degré de technicité a connu une énorme progression dans tous les domaines de la médecine.

particulier. Pour moi, la limite est fine et toujours difficile à définir.

- La **volonté** des prestataires ambulatoires de participer au DEP n'est pas une sacro-sainte condition, mais elle fait l'objet de discussions dans les conseils.
- Cui bono? Où est **notre intérêt** dans tout cela? Il n'y a plus que les politiciens pour parler encore et encore d'un intérêt immédiat pour toutes les parties impliquées. Même le rapport « Stratégie eHealth Suisse 2.0 » ne prévoit qu'un intérêt à moyen terme pour les prestataires médicaux. Ce n'est pas suffisant à mes yeux. C'est pourquoi je demande au moins un **intérêt objectif à court terme** pour les propriétaires de cabinets, de type financier ou autre.
- Tous les prestataires ambulatoires et stationnaires sont d'accord pour annoncer que le vaste secteur des **services complémentaires** va générer un intérêt bien plus important. Toutefois, ces services complémentaires ne sont **pas l'objet du lancement du DEP** et ne sont **pas** soumis à la loi DEP.

Comme d'habitude, la liste des aspects positifs est plus réduite, mais elle a le potentiel de peser plus lourd dans la balance :

- **Cybersanté = DEP + documentation électronique structurée + communication électronique structurée +**

mise en réseau informatique + services complémentaires informatiques

- Une motivation suffisante pour se pencher sur la cybersanté en tant que médecin dans les discussions entre collègues, dans les cercles médicaux, les associations locales, les sociétés cantonales de médecins, les sociétés de disciplines nationales, et au niveau de la FMH.
- Le groupe OFSP-CDS **eHealth Suisse** se penche de très près sur la mise en place de plateformes fonctionnelles. Il faut donc une participation active des **fournisseurs de systèmes**, et une fois de plus **notre propre participation active**, afin que les médecins praticiens n'acceptent pas simplement, par confort, des solutions propriétaires et non combinables dans toutes les situations.
 - L'OFSP établit un rapport pour le Conseil fédéral, dans le cadre du traitement du **postulat Wehrli***. L'atelier mis en place aborde notamment le financement du dossier électronique du patient dans le cabinet médical.

*Le postulat Wehrli 18.4328 charge le Conseil fédéral de rédiger des rapports pour les Conseils au sujet de mesures en place et à appliquer pour déployer le DEP. Il s'interroge notamment sur le caractère facultatif pour les prestataires ambulatoires. Un atelier de l'OFSP va s'occuper des mesures déjà en place et aborder des idées pour de futures possibles mesures.

- Le rapport «**Stratégie eHealth Suisse 2.0**» de décembre 2018 indique plusieurs exigences des médecins indépendants après une coopération intensive de toutes les institutions et associations des services de santé.
- Après un certain temps, **le département Numérisation/eHealth de la FMH** travaille à des propositions de solutions fondamentales et utiles pour les cabinets individuels. À titre de comparaison, consultez les anciennes publications sur le DEP, les applications de santé, la protection et la sécurité des données, les modèles de contrats pour les services de Cloud, l'interopérabilité et la protection informatique de base dans les cabinets médicaux, etc. Il s'agit bien sûr également de la participation à AD Swiss Net AG, issue notamment de HIN-AG et de la Caisse des médecins.
- La **FMH** prend la **direction** à l'échelle nationale et, si possible, à l'échelle cantonale également, pour la formulation d'objectifs techniques et de politique professionnelle du côté des médecins et pour préparer ses membres à la numérisation.
- Ce n'est que la mise en place et la réalisation des **services complémentaires B2B** qui générera un intérêt multiple pour les médecins établis qui travaillent en réseau. Il est révélateur de constater que la plupart des formats d'échange qui font l'objet de débats publics dans le cadre de l'introduction du DEP ne font même pas partie du paysage DEP, mais des services complémentaires B2B.
- Les **systèmes de prise de décision** englobent la liste des indications, contre-indications et interactions dans le traitement médicamenteux et le diagnostic, mais ce n'est pas tout. Le déclenchement et la suppression d'alarmes, les questions de sémantique et de codage, la prescription électronique standardisée de médicaments, etc.: de nombreuses questions autour de l'usage de **l'intelligence artificielle**, notamment dans la radiologie, restent en suspens (qualité constante de bases de données extrêmement fournies, considérations relatives à la responsabilité civile, position du radiologue, etc.). **L'Apple Watch** ne

semble pas encore être d'une fiabilité absolue dans le diagnostic de l'arythmie.

- La pandémie de COVID-19 a donné une impulsion au vaste domaine de la **télé-médecine** et de ses usages possibles; je me demande si le territoire restreint et les limites culturelles constitueront des obstacles, et si oui, dans quelle mesure? Je considère la création de la chaire de fondation pour la télémédecine d'urgence au centre universitaire des urgences de l'Hôpital de l'Île à Berne, unique en Europe, avec la sobriété qui s'impose, mais avec un presentiment positif. Il s'agit d'une interface importante entre les médecins indépendants et la clinique.
- **Cependant**, et je l'écris en gras pour le souligner, **le lancement du DEP dans le secteur stationnaire** est une condition indispensable au développement de la cybersanté dans le domaine des prestataires ambulatoires, **au même titre** que la **capacité des professionnels de la santé**, particulièrement des médecins, à soutenir cette évolution, déjà en marche, dans le secteur de la santé, avec de profonds changements dans la documentation, la gestion des cabinets, l'interdisciplinarité et l'utilisation des données.

«Knowledge is the Enemy of Disease»

(«La connaissance est l'ennemie de la maladie»)
Sir John Armstrong Muir Gray, Royaume-Uni, 2008