

En suivi de la réunion du 5 mars 2020

# Numérique et Santé Travail

## Suivi de la réunion restreinte Cercle du 5 mars 2020

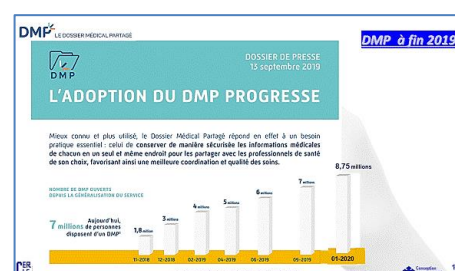
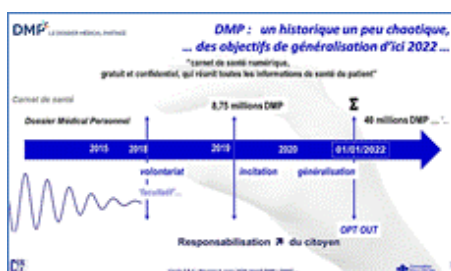
### Echanges de 2<sup>e</sup> partie Réunion cc DMST - Compte rendu 'fil de l'eau' DMST : quelles pratiques aujourd'hui ? quelles évolutions positives possibles ?

Ce texte constitue **simplement** une reprise « fil de l'eau » des échanges en 2<sup>e</sup> partie de notre réunion de ce 5 mars, à compléter, préciser, amodier .. par vous tous, si vous le voulez bien.

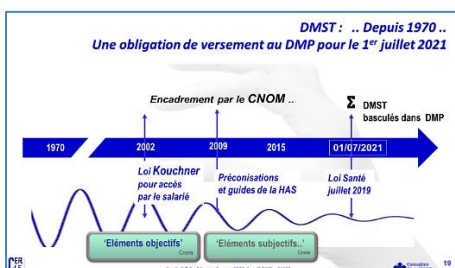
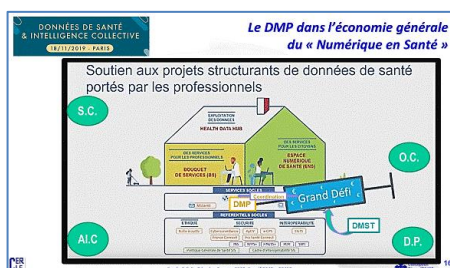
A l'issue de nos échanges, et aussi avec, si vous le voulez bien, vos apports et éclairages sur les prolongements à apporter sur le sujet, nous en tirerons avec vous tout bientôt une **note de synthèse** que l'on pourra utiliser avec nos contacts institutionnels. Merci par avance de votre aide et contribution

## Pour rappel, 1ere partie, cc DMP et sa diffusion

Cf. la présentation utilisée le 05/03/20



## 2e partie DMST .. quel cadre, quelle réalité, quelles contraintes ?



Echanges et discussions, comparaisons, propositions ..

En préliminaire

- Trois points de vue présents, et nécessaires à prendre en compte, sur les deux sujets DMP et DMST, pour bien articuler la collecte, les éléments à prendre en compte, et l'exploitation des données

- **le point de vue de la recherche, des études** : avec les finalités de faire avancer la recherche, la connaissance, (en utilisant les data) sur la santé / les vecteurs de pathologie, comme les vecteurs de bonne santé des populations suivies
  - **le point de vue des soins, et de la coordination des soins** : et de la chaîne de soignants / intervenants professionnels en santé / hôpitaux, sécurité sociale, médecins, .... (diagnostics, décisions de traitements, suivi ..)
  - **le point de vue du citoyen – patient ‘acteurs de sa santé’** : connaissance et maîtrise par les citoyens de leur état de santé et déterminants de santé, d’une manière générale, comme en matière professionnelle, maîtrise des accès à ces données ..
- **Autre préliminaire à bien avoir en tête : la tendance lourde de demandes concernant les data de santé**
    - tendance présente dans les attentes de plus en plus de citoyens : cc les data relatives à leur santé ( conscience de l’existence de ces data, et attentes concernant leur juste collecte, et leur bonne utilisation), **particulièrement pour les maladies lentes, et les expositions répétitives** : besoin de transparence médicale - à l’endroit du citoyen et patient potentiel -, qui passe par plusieurs facteurs
      - conscience que les data existent et peuvent / doivent / être mobilisables au service du citoyen/ par le citoyen lui-même, lorsqu’il devient patient .. (tendance actée en 2002 déjà par la loi Kouchner)
      - conscience et pratique croissante des IOT santé qui génèrent en permanence aussi des données de santé
      - conscience que les maladies lentes / et -où à expositions répétitives appellent des data fiables, et recueillies tout au long de l’existence
    - ↳ mouvement de l’opinion qui attend des data fiables, bien collectées, et de la transparence médicale / sanitaire

## DMST : d’abord apprécier et connaître les freins, et aussi les motivations à la pratique / la non-pratique du DMST

### Constat de freins nombreux à la pratiques du DMST

- **1<sup>er</sup> frein : mental / idéologique ...**
  - peur de l’utilisation des informations / on ne sait pas comment cela va être utilisé
  - manque de confiance dans le système, et manque de confiance dans les supports : au mieux on remplit les cases et on code, par exemple sur les pathologies détectées .. mais les observations les plus importantes : on les conserve à part, le plus souvent sur papier.
  - Non- appli par principe : « mon indépendance ! », défiance du système !! je ne veux pas qu’on me contrôle
- **Autre frein cc impossibilité matérielle ou difficulté / non-utilité technique ..**
  - parmi les difficultés mises en avant : « Pas le temps », « c’est techniquement dissuasif » ... « pas attractif » .. « cela ne communique avec rien d’autre, étanche, pas inter opérable » ...
  - le MdT n’a déjà pas beaucoup de temps, donc si le système de saisie DMST lui en pompe beaucoup, et pour pas grand-chose .. ne vaut pas le coup !
  - **Besoin** : la question pratique aussi ; c’est que le DMST **ait aussi une utilité / un retour / pour nous**, médecins du travail . si c’est chronophage, ardu, sans sens ni utilité pour nous MdT ou infirmiers santé travail .. pourquoi le faire, si ce n’est pas une aide réelle ?
- **Frein ‘quasi institutionnel’ ? Pb de la position / du positionnement de la médecine du travail vs 2 ministères, entre difficultés et manque de confiance ...**
  - la médecine du travail est tirillée dans une étanchéité, voire dans une lutte, larvée ou pas, - lutte de pouvoir entre deux ministères, deux systèmes de valeurs, de critères d’appréciation, et de modes de pilotages , et d’administration bien différents (voire antagonistes) : Ministère du Travail et Ministère de la Santé

### Mais aussi des facteurs d’avancée, des motivations à avancer ...

#### En facteurs de progrès et d’avancée : la demande ..

- **Motivation et mouvement de fond pour disposer de data de santé fiables et accessibles :**
  - on observe **un mouvement de fond qui monte, en demande de data : avec les maladies lentes ..** ➔ besoins de data de santé, sur la durée, et fiables et ce mouvement va correspondre à une demande forte des citoyens

de pouvoir comprendre et suivre leur état de santé et de potentielles maladies lentes .. et lourdes .. qui correspond aussi à une demande forte des chercheurs pour ce même sujet des maladies lentes ???

- le citoyen / patient devient/ veut devenir de plus en plus un acteur de poids : acteur de sa propre santé et qui en tant que tel veut peser, et d'abord connaître son dossier : dans la suite des accès donnés / de la transparence ouverte par la Loi Kouchner en 2002 .. ( et qui tend à faire sortir les données de l' « entre-soi » des soignants...)

### Freins ou tremplins du côté des standards / de la standardisation, du codage organisé des données médicales

#### • Question des standards / de la standardisation

- France plutôt nettement en retard dans le domaine de la standardisation de la collecte d'informations médicales .. alors que c'est une tendance mondiale et de fond : pratique répandue, structurée et quasi réflexe aux USA
- .. en France : paradoxe !.. on se dit Etat très centralisé, normalisateur, standardisé et standardisant depuis 1946 .. et en fait pas tant que cela : en matière de données de santé (et pas seulement ..) plein de briques disparates, pas compatibles aisément entre elles .. saturantes .....mouvement centrifuges constants de « chacun son système d'info mieux que les autres, .. et compatible avec personne .. » ... ce qui entraîne démotivation et impression qu'on entre des données 'pour rien' ..

#### Et pourtant , des réussites de standardisation et interopérabilité ...

- en matière médicale, il y a , « même en France » des domaines où la standardisation, et donc le codage, sont déjà des pratiques effectives et efficaces, et permettent déjà une certaine interopérabilité entre sources différentes : surtout le cas en radio, imagerie médicale ..
- par ailleurs, à l'hôpital, et pour nombre de spécialités : le codage est bien pratiqué (avec toujours les difficultés pour des cas un peu marginaux, difficiles à entrer dans les cases ..)
- ... avec souvent des pratiques finalement assez ouvertes :
  - collecte d'informations au 1<sup>er</sup> niveau faite de façon ouverte / ad libitum .. le codage / la standardisation intervenant ensuite
  - de facto, .. la collecte des données se fait, s'effectue ... mais de facto aussi, elle n'est pas exploitée .. pas exploitable ? ... pbs des logiciels ..

#### La question des logiciels et des pouvoirs des éditeurs de logiciels ...

- autre question : celle des logiciels / pouvoir des éditeurs de logiciels qui à la fois sont hétérogènes, dispersés .. initialement souvent fait de bidouilles et de briques (et de brocs ..) disparates et étanches .. multiplicité / juxtaposition de briques et de micro systèmes d'information .. qui n'arrivent pas à communiquer
  - .. A la différence des USA, où l'interopérabilité est quasiment native .. m type de logiciels / type de structures d'informations entre logiciel pour entreprise et logiciel pour traitement de données médicales .. DMP

#### Questions de cultures

- **France** : l'une des difficultés est/était ( ?) que La Sécu, d'abord gestionnaire et assureur, (sa posture de base est celle d'un assureur et sa vision des données, i.e. données d'assurance), et en 2<sup>e</sup> dimension, vision d'un contrôleur : recherche de contrôle des données et des process .) n'est pas finalement dans l'esprit des soins et des patients .. Les soins médicaux, le sens du patient ne constituent pas la vocation première des data de la sécurité sociale « assurance maladie ».. L'esprit classique des Data Sécurité Sociale est davantage celui de data de gestion, et pas vraiment des data médicales .. **Evolution positive avec le DMP ?**
- **Les US** en revanche n'ont pas ces débats.. la question de la standardisation des données médicales ne se pose pas / elle est intégrée / entrée dans les mœurs : les usa ont 100 ans de pratiques, d'éducation et de tradition de traitement de données des patients / dans le sens des patients .. et cela fait plus de 70 ans que les dossiers patients contiennent par principe un résumé, une synthèse (annuelle) de l'état de santé du patient .. ce qui est aujourd'hui recherché en France .. et si difficile à mettre en œuvre ; quid synthèse annuelle du dossier médical en santé travail ? et quid idem synthèse annuelle en médecine générale ? En France, pas vraiment fait ..
- L'une des questions fondamentales est celle de **l'interopérabilité** ; interopérabilité des codes sémantiques et aussi bonne identification des sites / lieux des collectes de données

- Par exemple : **importance, pour en tirer les enseignements, que les diagnostics soient bien codés** (comme aux USA), avec aussi les antécédents, les c-r des dernières consultations, avec une intégration aussi des notes / textes libres pour les commentaires ..
  - En France, réticence et peurs encore liées aux « data » qui freinent ce mouvement .. et freine une collecte fiable et bien structurée des données réflexe français de méfiance et allergies ..

### Les expériences qui commencent d'être porteuses ?

- par exemple **pour les SIST / Services Interentreprises** : l'expérience de la collecte informatique est récente, .. elle remonte en fait à 2016 pour extension / début de systématisation du DMST : au départ grandes appréhensions et réticences, et petit à petit progression et montée en puissance .. avec un effort d'harmonisation / unification, effort aidé et orchestré par PRESANSE ..
  - dans le même ordre d'esprit d'autres exemples réussis existent dans **certains hôpitaux**, avec parfois une « chaine vertueuse de data » : si le 1<sup>er</sup> point d'entrée de saisie des données, - qui se trouve souvent chez les urgentistes – *et pourtant dans des conditions difficiles, car le temps leur est compté* -, si le point d'entrée « commence bien » le dossier et la saisie des données : à ce moment-là, certes cela a pris du temps pour le 'collecteur initial', mais cela va faciliter la vie pour tout le monde et pour tous acteurs de santé qui vont intervenir après, et permettre ainsi de meilleurs diagnostics et de meilleur suivi aux étapes suivantes pour le patient .. mettre en avant ces bons exemples, .. pour stimuler
  - Bien mettre en avant le fait que la **rigueur de départ**, qui sert fortement l'intérêt du patient et aussi l'intérêt collectif (de la chaine des acteurs de soins) est un grand facilitateur ..  
.. Cette rigueur de départ on la retrouve aussi chez nombre de médecins de médecine générale .. ils le font bien ( mais ne remplissent peut être pas le DMP)
- ↳ **La base : que les outils soient vraiment faits et adaptés pour les utilisateurs, outils pour des pratiques réelles, et pas parachutés d'en haut .. ou par des technos pas suffisamment au fait des métiers ..**

### Viser l'intégration des données au service du patient : vers le « patient intégré »

- Après la standardisation, la bonne étape suivante ( et la France commence à y être de façon un peu tremblante, .. mais commence à se poser la question) c'est **d'être orienté « patient intégré »**
  - .. on a commencé par rationaliser les parcours patients, puis les process patients pour éviter l'éparpillement .. éviter de rester avec des briques éparpillées .. maintenant il faut passer à l'Intégration .. passer au « patient intégré » pour aller vers du vrai PREDICTIF ..
- ↳ Ailleurs, aux USA (à confirmer CHUY ?). aussi des carences des saisies de données : par exemple on a tout .. ou beaucoup ? sur les AT et MP et sur leurs couts, les durées d'absence ... mais en fait ces données ne sont pas liées au reste, fondamental : par ex. conditions de travail au poste .. ? quid de l'état général de santé ? .. on n'a pas

### La Médecine du travail dans le concert médical des différentes spécialités ?

- **Un vrai progrès à faire/ changer de point de vue : considérer la Médecine du Travail aussi comme ce qu'elle est i.e. une médecine de spécialité, de plein exercice et de même niveau que les autres spécialités**, avec ses apports et son regard spécifique, bien complémentaire des autres médecines, des autres regards de médecin, en med générale et en spécialité .. sur le fond, pas de raison intrinsèque de séparer DMP du DMST .. comme on ne sépare pas, et pas de raison ( au contraire, ce serait une vision tronquée, et dangereuse..) de séparer la médecine générale de la pneumologie, ou de la chirurgie, ou de l'oncologie ..
  - ↳ Ce sont des disciplines solidaires, qui doivent pouvoir communiquer entre elles, pour aboutir à / construire une vision complète du patient, dans toutes ses dimensions, pour avoir une vision cohérence de l'ensemble des problématiques et des fonctionnements .. et accessoirement aussi éviter les doublons de saisie .. et de codage .. mangeurs de temps
- **Exploitation des données** : Point important et levier positif : quand un recueil de qualité des données permet une bonne exploitation des données, et que l'on peut par exemple faire une bonne cartographie des risques et des états de santé dans l'entreprise. Cela a un impact réellement positif, et alors l'outil devient réellement positif et efficace

■ Premier compte-rendu 'fil de l'eau' des échanges lors de la réunion Cercle du 5 mars 2020- V1 amv