

Monsieur le Député Gérard Bapt
5 rue Pierrette Louin,
Résidence l'Aiglon,
Appartement D6,Rdc
31200 Toulouse

Docteur Alain Boutry
8 Place de la République
78530 Buc
01 39 56 17 17
alain.boutry@free.fr

Monsieur le Député, cher confrère,

OBJET : Utilisation de la messagerie médicale sécurisée dans le système de santé français

Nous avons beaucoup de mal à comprendre pourquoi la puissance publique continue à dépenser des millions d'euros ainsi qu'une énergie considérable dans des projets qui ne correspondent à aucun besoin des professions de santé. L'ASIP* vient ainsi d'annoncer qu'elle souhaitait mettre en place une messagerie médicale sécurisée. A lire ses communiqués on pourrait imaginer que cela viendrait combler un manque considérable alors que la réalité du terrain montre qu'il n'en est rien.

En effet, depuis 1998 les professionnels de santé français peuvent utiliser une messagerie électronique cryptée développée par l'association APICEM, Association loi 1901 pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine, sans but lucratif et ne pratiquant pas la marchandisation des données de santé.

Cette messagerie est différente de ce que le grand public peut utiliser dans le sens où il ne s'agit pas d'un simple logiciel de messagerie mais de fonctionnalités de messagerie électronique cryptée intégrées depuis longtemps dans les outils métiers des praticiens.

Son financement se fait depuis le début sous forme de cotisation de ses membres (médecins, hôpitaux, cliniques, EHPAD,) sans subvention publique.

Son déploiement est national et compte actuellement 38 000 utilisateurs, dont 673 EHPAD, 2649 laboratoires, 709 établissements de santé, véhiculant plus de 3 000 000 (trois millions) de messages par mois, 30 millions de courriers échangés en moyenne par an, et sur le plan écologique 85 500 ramettes de papier économisées en 1 an avec un outil fiable et pérenne depuis 14 ans.

Nous ajouterons que l'informatisation des hôpitaux se heurtent depuis de nombreuses années à des problèmes non résolus tels une diffusion très faible de la CPS, (carte de professionnel de santé), par rapport au monde libéral, l'absence de dossier médical informatisé unifié, les difficultés de communication électronique avec les intervenants d'un épisode de santé dont le médecin traitant

Nous vous soumettons «**10 propositions pour réussir**» et développerons, dans un document annexe, **notre constat et les raisons de l'échec des pouvoirs publics**; nous argumenterons par l'usage avec des exemples concrets.

Notre proposition clé : faire une priorité du déploiement rapide de la messagerie sécurisée de santé Apicrypt, solution peu onéreuse, immédiatement applicable, à forte valeur ajoutée et préalable indispensable au développement de l'e-santé, enjeu national dans l'intérêt du citoyen, des professionnels de santé et de l'Etat.

En pièce jointe vous trouverez :

- le déploiement de la messagerie Apicrypt avec quelques statistiques.
- un exemple celui de l'hôpital de Versailles dont le constat est sans appel: sur 436 utilisateurs 1 seul utilise la solution validée par les pouvoirs publics (S-MIME)

Notre propos ne se veut pas polémique, il ne met pas en cause les qualités personnelles, l'intelligence et le dévouement à la République des différents acteurs .

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Député l'expression de ma très haute considération.

*on évoquera les conflits d'intérêts qui avait été soulignés pour le directeur de l'ASIP dès 2008 lors de sa nomination comme directeur général du GIP-DMP, ex directeur de SANTEOS, hébergeur de données de santé (DMP, dossier pharmaceutique), acquis par Atos.

10 PROPOSITIONS POUR RÉUSSIR

- 1. Nommer un chef de projet unique**, ayant déjà conduit des programmes importants regroupant sous sa seule autorité les ressources humaines financières et les contrats, en charge du budget global du pilotage des actions, de leur suivi et de leur compte rendu. Lui adjoindre un club des utilisateurs capable de dresser la cartographie des moyens utiles, des difficultés et d'apprécier la pertinence opératoire des solutions.
- 2. Une seule messagerie sécurisée tout de suite** : Limiter la cacophonie actuelle coûteuse en recentrant le déploiement du système de santé sur la **MSS Apicrypt**, avec un **message clair pour les éditeurs de logiciels métiers**. Nous voulons recevoir nos documents médicaux par messagerie sécurisée, non pas en 2020, mais tout de suite. Tous les professionnels de santé et établissements de soins, biologistes, producteurs d'imagerie connaissent cette messagerie ; c'est une solution qui a fait ses preuves depuis 14 ans. Les "briques" informatiques sont gratuites; tous les biologistes savent émettre sous ce format , tous les éditeurs de logiciels métiers savent l'intégrer, beaucoup l'ont déjà fait, et pour les directions des systèmes d'information des établissements de soins, c'est simple à mettre en place et peu coûteux.
Il ne nous appartient pas de décider par quelle modalité les pouvoirs publics officialiseront cette solution, mais il ne s'agit pas d'attendre une énième solution, open-source ou non, qui va encore demander des années de développement et d'intégration informatique. On pourra par la suite améliorer cette messagerie en concertation avec les usagers.
- 3. Garantir l'intégration avec les logiciels métiers en vue de réduire les gaspillages de temps**, en portant un regard sur l'**ergonomie** des solutions, tant chez les émetteurs que chez les récepteurs et récupérer ce temps pour des activités médicales profitant au patient.
- 4. Faire une priorité au numérique par rapport au papier** : Déployer une **vraie volonté politique pour dématérialiser les données de santé, valoriser l'information médicale par rapport à des données "comptables"** avec une priorité au numérique par rapport au papier avec suppression au maximum de ce dernier, **sans faire de doublon** papier+ numérique ou alternance papier / numérique.
- 5. Accorder la priorité au déploiement d'un système d'information ergonomique, centré sur l'homme** en économisant les moyens pour une efficacité maximale, en **valorisant l'existant, les pôles d'excellence** (le CH Versailles en est un parmi d'autres) et les pionniers.
- 6. Ne pas sursécuriser : émettre depuis une adresse sécurisée vers une autre adresse sécurisée est suffisant**: Les postes de travail informatique de professionnels de santé sont de plus en plus complexes (fichier du patient, banque de données médicamenteuses, facturation SESAM-vitale, navigateur Internet, traitement de texte, logiciels d'imagerie et installation d'autres types de web services, en particulier ceux de l'assurance maladie, "améli.pro", ...).
- 7. Inciter fortement l'émission numérique vers tout professionnel de santé possédant une adresse de messagerie sécurisée, avec copie à tous les intervenants** dans l'épisode de soins et en particulier **au médecin traitant**, des documents concernant son patient (avec son accord) pour limiter au maximum les doublons d'exams coûteux, biologie et imagerie en particulier.
- 8. Valoriser l'information médicale, source de sécurité pour le patient** en mettant en place pour chaque établissement de soins un **comité pluridisciplinaire** concernant l'information médicale, associant le personnel administratif, secrétariat en particulier, département du système d'information et médecins.
- 9. Appliquer l'adage "trop d'information tue l'information" en valorisant des démarches qualités sur le contenu des messages**: importance du message, mots clés, résumé synthétique, présentation de l'information qui doit être claire, facile à lire, bien structurée.
- 10. Exiger que les acteurs du système d'information déclarent leurs conflits d'intérêts.**

LA COMMUNICATION MÉDICALE NUMÉRIQUE

ETAT DES LIEUX DE LA COMMUNICATION NUMÉRIQUE EN 2012

LES BESOINS DE COMMUNICATION

NOTRE CONSTAT

LES OUTILS UTILISÉS POUR LA COMMUNICATION NUMÉRIQUE

QUI DÉTIENT L'INFORMATION DÉTIENT LE POUVOIR ? - SECRET PROFESSIONNEL

LA RÉALITÉ DE L'USAGE DANS LE TRAITEMENT DES DOCUMENTS PAPIERS ET NUMÉRIQUES

CE QUE NE PEUT PAS FAIRE LE PAPIER, CE QUE PEUT FAIRE LE NUMÉRIQUE

LA COMPLEXIFICATION SÉCURITAIRE EST CONTRE-PRODUCTIVE

LA COMPLEXIFICATION NUIT À LA QUALITÉ DES SOINS

L'ETUDE DU CONTENU DE LA COMMUNICATION MÉDICALE N'A JAMAIS ÉTÉ UNE PRIORITÉ DANS LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SOINS

LA COMMUNICATION MÉDICALE A ÉTÉ TRÈS PEU ÉVALUÉE EN TERME DE QUALITÉ

RUPTURE D'INFORMATION / DIFFICULTÉ DE MISE EN COPIE DES INTERVENANTS

LA PERTE DE CONFIANCE DANS LES POUVOIRS PUBLICS

PAS DE PILOTE AU NIVEAU DES POUVOIRS PUBLICS, LE CHACUN POUR SOI ET L'ÉPUISEMENT DES ACTEURS BÉNÉVOLES.

LES RAISONS DE CET ECHEC

L'INAPTITUDE À GÉRER LA CONDUITE DU CHANGEMENT

LA RUPTURE PAR RAPPORT AUX ATTENTES / LA COMPLEXIFICATION CONTRE-PRODUCTIVE

L'IMPOSSIBILITÉ DE SE REMETTRE EN CAUSE

UN PROCESSUS DE DEUIL À FAIRE PAR LES POUVOIRS PUBLICS

LA BOUCLE SUBVENTION <=> RÉSULTATS NE FONCTIONNE PAS

L'ARGUMENT FALLACIEUX "NOUS CONSTRUISONS POUR L'AVENIR"

L'ABSENCE DE VISIBILITÉ SUR L'ASSENTIMENT DES CITOYENS QUANT À LA PRÉSENCE DE LEURS DONNÉES DE SANTÉ SUR LE "CLOUD" (SERVEURS DISTANTS)

DE L'USAGE DU PAPIER AU PARFAIT NUMÉRIQUE MAIS VIRTUEL

AUCUNE STRATÉGIE "GAGNANT/ GAGNANT", LE MEPRIS D'UNE DÉMARCHE PÉDAGOGIQUE ET PRAGMATIQUE TENANT COMPTE DE L'EXISTANT ET DES POSSIBILITÉS D'USAGE

UN MATÉRIEL OBSOLÈTE

UNE PERTE DE TEMPS MÉDICAL LIÉE AUX DIFFICULTÉS MATÉRIELLES

DES COMPÉTENCES DES SERVICES INFORMATIQUES DU GIE-SESAM-vitale A EVALUER

DES COMPÉTENCES DES SERVICES INFORMATIQUES DE L'ASSURANCE MALADIE A EVALUER

LA MESENTENTE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS

L'INTERVENTION D'ACTEURS MULTIPLES INCOMPÉTENTS

MIEUX SE CONNAÎTRE, MIEUX COMPRENDRE NOS BESOINS ET CONTRAINTES PROFESSIONNELLES

PASSER D'UN MONDE VIRTUEL À UN MONDE RÉEL AVEC UNE RELATION "CLIENT" AVEC ECOUTE DES USAGERS

QUELQUES POINTS D'USAGE "PRATIQUES"

LA COMMUNICATION MÉDICALE NUMÉRIQUE

ETAT DES LIEUX DE LA COMMUNICATION NUMÉRIQUE EN 2012

Le "papier" reste majoritaire dans les courriers ; ce support consomme inutilement du temps médical, nuit à sécurité du patient, nuit à la qualité et l'efficacité du système de soins et n'est de surcroît pas écologique.

L'information créée, dans la majorité des cas avec un outil informatique, est matérialisée sur papier par le professionnel de santé émetteur, obligeant ensuite le récepteur à la dématérialiser à nouveau.

Une telle absurdité ne peut être tolérée. Pourtant, rien n'est fait pour changer cette habitude.

Les documents papiers restent toujours prioritaires par rapport au numérique dans les procédures, et rien n'est fait pour inverser cette tendance.

LES BESOINS DE COMMUNICATION

Tout l'étage de soins primaires (médecine générale) est en difficulté avec de plus en plus de déserts médicaux, en cause sont :

- . la démographie médicale (moyenne d'âge des générations 57 ans) et la féminisation, les femmes médecins devant souvent gérer deux domaines d'activités, la médecine et leur famille, et l'évolution de la société (les projets du couple, la flexibilité et la mobilité du travail du conjoint).

- . le vieillissement de la population avec les pathologies qui s'additionnent et les multiples motifs de consultation qui en découlent.

- . la durée des séjours en établissements de soins qui s'écourte, et on reporte une grande partie du suivi aux médecins généralistes.

- . des tâches médico-administratives et sociales de plus en plus nombreuses.

L'absence de revalorisation financière permettant l'embauche d'une assistante par exemple. Le médecin généraliste français est le médecin européen qui emploie le plus faible équivalent de temps secrétariat.

Or aujourd'hui, les échanges d'information vont croissants avec l'apport des nouvelles technologies d'investigations, imagerie en particulier et aussi la facilité de produire de l'information avec l'aide de l'informatique et des courriers pré-formatés notamment.

La collaboration entre les professionnels de santé, ainsi que celle avec la ville et l'hôpital rend la performance de l'échange d'information absolument nécessaire, pour la santé mais également afin d'éviter de démotiver les généralistes avec la quantité toujours grandissante de documents papier. Ainsi l'amélioration de l'information numérique concourra à la meilleure attractivité du métier de généraliste en particulier dans les déserts médicaux où l'on pourra se sentir en phase en temps réel avec les spécialistes ou les établissements de soins.

Pour finir, le sujet est important, les erreurs de communication médicale feraient plus de 4000 morts par an.

NOTRE CONSTAT

La quantité de documents transmis par les solutions techniques de messagerie sécurisée validées par les pouvoirs publics est très faible. Si, avec la construction du système SESAM-Vitale de télétransmission de feuilles de soins électroniques engagée en 1993, l'assurance maladie a réussi la dématérialisation des remboursements des soins en réalisant des gains d'efficacité et de productivité, la communication médicale numérique a très peu évolué dans le même temps contrairement aux ambitions de départ placées dans les services connectés au Réseau Santé Social.

LES OUTILS UTILISÉS POUR LA COMMUNICATION NUMÉRIQUE

1. courrier électronique en "clair" par défaut, non recommandé puisque non sécurisé, mais représentant une part importante des échanges, en particulier en médecine de ville entre les médecins généralistes et leurs correspondants spécialistes.

2. courrier sécurisé par les messageries validées par l'état dont la quantité de documents transmise est très faible.

3. courrier sécurisé par une messagerie d'usage (Apicrypt) plébiscitée par les utilisateurs et véhiculant plus de 3 000 000 (trois millions) de messages par mois !

30 millions de courriers échangés en moyenne par an. 85 500 ramettes de papier économisées en 1 an par plus de 35 000 les utilisateurs, outil fiable et pérenne depuis 14 ans.

Exemples de quelques utilisateurs : 673 EHPAD, 2649 laboratoires, 709 établissements de santé.

4. Le DMP (Dossier Médical Personnel du patient), allant d'échec en échec depuis 2004, n'est toujours pas opérationnel.

Le "P" de DMP signifiait au début de sa conception "Partagé"; intention louable de faire partager les documents de santé du patient; mais de "Partagé" le DMP est devenu "Personnel", le patient / citoyen accédant à la maîtrise de ses données de santé.

Une boîte de Pandore s'est ouverte : masquage de certaines informations, "bris de glace " en cas d'urgence, droits d'accès variables.

Ainsi il ne supprime aucunement l'obligation faite aux médecins de tenir un fichier informatisé et, suivant le code de la santé publique, il est opposable aux médecins.

A un moment où le temps médical devient rare, avec une ergonomie peu adaptée à la réalité des établissements de santé et des postes informatiques des médecins, l'accès et l'alimentation du DMP n'apportent actuellement aucune valeur ajoutée à l'exercice professionnel et est plutôt source de grandes réticences avec les problèmes médico-légaux de l'opposabilité, de son alimentation et de son utilisation, de plus doublon du fichier patient du médecin.

QUI DÉTIENT L'INFORMATION DÉTIENT LE POUVOIR ? - SECRET PROFESSIONNEL

Nous ne mettons absolument pas en cause le fait que le citoyen devienne acteur de sa santé et possède la totalité des documents concernant sa santé; et en allant plus loin:

- que les services proposés par les établissements de santé ou la médecine libérale soient mis en concurrence.
- que les médecins ne soient plus les seuls détenteurs de l'information, ce qui en pratique est de moins en moins le cas (double remis au patient, courrier dicté devant lui, accès au dossier).

Cependant, on pourra souligner que la relation médecin-patient repose sur un haut niveau de confiance avec exhaustivité de l'information.

Ce dialogue étant protégé par le secret professionnel.

Nous sommes dans l'humain, si en accédant au DMP du patient le médecin a le sentiment que ce dernier a pu masquer des informations, avec de plus des «droits d'accès» temporaires à son dossier, quelque-chose se brise dans la confiance qu'il peut accorder au DMP et fortifie le médecin quant à la meilleure tenue du dossier de son patient dans son logiciel métier.

LA RÉALITÉ DE L'USAGE DANS LE TRAITEMENT DES DOCUMENTS PAPIERS ET NUMÉRIQUES

Si le professionnel de santé reçoit ses courriers sous format numérique sécurisé (en pratique par la messagerie Apicrypt essentiellement), d'un "clic de souris" après lecture il intègre le document dans son logiciel métier car le document possède une entête normalisée définissant l'identité du patient que reconnaît le logiciel métier; reçu en messagerie non sécurisée, en "clair" cela est plus difficile (copier/coller et nécessité d'ouvrir chaque dossier).

Il reste néanmoins un pourcentage plus ou moins important de courriers "papier", en fonction souvent du bassin de vie où exerce le professionnel de santé.

Le travail bénévole effectué au fil des années par les médecins "pionniers" pour convaincre les émetteurs, biologistes en particulier de passer sous format numérique (Apicrypt) est essentiel et fait souvent la différence d'un bassin de vie à un autre.

Si le professionnel de santé est doté d'outils performants (scanner de production et logiciel de reconnaissance de caractères) il va numériser le papier et intégrer avec difficulté l'information dans son logiciel métier pour être au "zéro papier".

Sinon, il reste entre le support numérique et un archivage papier nécessitant classement, rangement et stockage de l'information, situation «bancale» non satisfaisante.

CE QUE NE PEUT PAS FAIRE LE PAPIER, CE QUE PEUT FAIRE LE NUMÉRIQUE

On insistera sur le fait que le support papier à la différence d'une information numérique ne permet pas de "traiter" l'information: synthèse automatisée du dossier du patient pour avoir rapidement les éléments clés des épisodes de soins, suivi de valeurs biologiques, lien avec des documents d'imagerie, classement

automatique, recherche d'information, traçabilité, sécurisation des prescriptions avec les banques de données médicamenteuses intégrées au logiciel métier (LAP agréé).

Au quotidien le papier ainsi reste une sorte de "plus petit dénominateur commun" qui prime toujours sur le support numérique et est le reflet de notre incapacité à évoluer.

LA COMPLEXIFICATION SÉCURITAIRE EST CONTRE-PRODUCTIVE

La surenchère sécuritaire avec en particulier les cartes de professionnels de santé (CPS) et la carte SESAM-vitale du patient, aboutit depuis de nombreuses années à l'immobilisme, plaçant le niveau de sécurité hors d'atteinte des possibilités des établissements de soins.

Par ailleurs avec leurs difficultés financières ils n'en font pas une priorité.

En médecine de ville les libéraux soumis à une surcharge de travail médico-administratif de plus en plus importante n'ont plus de temps à investir à l'apprentissage et l'utilisation d'outils informatiques non adaptés à leur pratique et sans valeur ajoutée.

Les plus jeunes, parfaitement à l'aise avec les outils numériques veulent du "clés en mains" et ne comprennent pas que les outils informatiques médicaux soient si compliqués, bien différents de ceux qu'ils utilisent au quotidien.

On soulignera qu'un outil à l'ergonomie inadaptée sera sanctionné immédiatement dans la vie "privée" (Google, FaceBook, Twitter ..) malheureusement ce n'est pas le cas pour la communication médicale, il n'existe pas de "boucle de rétro-contrôle" des usagers.

LA COMPLEXIFICATION NUIT À LA QUALITÉ DES SOINS

Les maîtres de stage, dans le cadre de la médecine générale, observent avec inquiétude que le temps d'apprentissage des outils informatiques et leur utilisation sont longs, et se font au détriment du temps médical.

L'attention du stagiaire, consacrée au remplissage de la fiche de consultation, diminue parfois l'attention nécessaire à l'écoute du patient, pouvant conduire à des raisonnements erronés dans la stratégie diagnostique et thérapeutique.

L'ETUDE DU CONTENU DE LA COMMUNICATION MÉDICALE N'A JAMAIS ÉTÉ UNE PRIORITÉ DANS LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SOINS

On soulignera que globalement, les établissements de soins et les institutions n'ont jamais fait de la communication médicale une priorité, et encore moins à son contenu plus préoccupés par le volet comptable.

La communication médicale, c'est pourtant:

- des courriers entre professionnels de santé.
- des résultats d'examens divers (biologie, imagerie, anatomo-pathologie, campagnes de prévention ...)
- des prescriptions médicamenteuses ou autres.

Tous ces documents absolument nécessaires à la réflexion, aux démarches diagnostiques et thérapeutiques, sont des éléments essentiels à la sécurité des patients à l'efficience, à la qualité des soins.

Ils sont aussi source de formation médicale continue.

On pourrait dire que ces propos sont injustes et y opposer la volonté par des pouvoirs publics d'instituer le DMP; c'est là toute l'ambiguïté de l'approche ; oui les pouvoirs publics ont effectivement décidé de faire en sorte que chaque citoyen ait un dossier Médical Personnel, mais répétons-le : il ne supprime pas l'obligation faite aux médecins et aux établissements de soins de tenir des dossiers médicaux.

Dans la réalité, d'échec en échec, le progrès, surtout en étant passé de "Partagé" à "Personnel", est réduit à néant.

Soulignons aussi la réalité de l'usage: à ce jour le DMP ce sont 181 700 dossiers médicaux personnels ouverts au 31 juillet 2012, plus de dix-neuf mois après la "mise en production" du système d'information national DMP, l'ASIP comptabilise au plus 325 000 documents (soit moins de deux par dossier).

Près des deux tiers des DMP ont été créés en secteur hospitalier. Le nombre total de documents à ce jour équivaut au dixième du flux mensuel d'une messagerie (Apicrypt) qui ne concerne que 38 000 utilisateurs ! Nous sommes loin d'une "masse critique" de documents, pouvant faire changer les comportements.

Si on ajoute aux difficultés d'usage, perte de temps pour accéder aux documents, les difficultés et conséquences médico-légales pour l'alimenter, et l'aspect "coquille vide" qu'est le DMP, on peut comprendre que les médecins, tant libéraux qu'hospitaliers reviennent à leur procédures habituelles.

LA COMMUNICATION MÉDICALE A ÉTÉ TRÈS PEU ÉVALUÉE EN TERME DE QUALITÉ

Comme dans de nombreux métiers il y a surabondance d'informations, mal hiérarchisées, souvent mal structurées, générant une difficulté de lecture et un travail important de synthèse pour leur donner un sens.

Trop d'information "tue" l'information, certains comptes-rendus d'établissements de soins par exemple, avec des messages redondants sont au total peu efficaces et nuisent à la qualité des soins et à la sécurité du patient.

Quant aux documents on soulignera l'importance de titres pertinents facilitant leur exploitation et la recherche et de mots clés permettant ensuite des recherches automatisées.

RUPTURE D'INFORMATION / DIFFICULTÉ DE MISE EN COPIE DES INTERVENANTS

Toutes les situations où il y a rupture de la transmission de l'information sont des situations à risque. C'est le "gap" des anglo-saxons. Au sens littéral : le fossé qui sépare deux zones de sécurité. La sortie de l'hôpital avec défaut de relais vers la médecine de ville, parce que le courrier arrive trop tard ou que le médecin traitant n'est pas mis en copie des examens prescrits par l'hôpital, en est un bel exemple.

On peut aussi citer la non-transmission du dossier médical (sur lequel figure notamment le côté à opérer), la non-transmission de résultats d'examens, ou, de façon plus insidieuse, la spécialisation à outrance des acteurs faisant perdre la vision d'ensemble du champ de surveillance .

Il est pourtant extrêmement simple de mettre en copie numérique tous les intervenants d'un épisode de soins; De plus l'information arrive rapidement évitant toute rupture de prise en charge.

La mise en copie «papier» est lente (délai lié à l'envoi postal) lourde pour les secrétariats et vraiment pas écologique lorsque l'on pense qu'il y a parfois cinq ou six intervenants pour le "même" compte rendu.

LA PERTE DE CONFIANCE DANS LES POUVOIRS PUBLICS

On notera aussi l'effet dévastateur collatéral de perte de confiance dans les pouvoirs publics :

- au niveau des services informatiques des établissements de soins.
- au niveau des éditeurs de logiciels métiers pour une médecine de ville souvent «clientèle captive».
- au niveau des industriels.

Les développements informatiques ou matériels nécessaires ne se font pas par les acteurs de la santé, notamment par crainte de non-retour sur investissement.

PAS DE PILOTE AU NIVEAU DES POUVOIRS PUBLICS, LE CHACUN POUR SOI ET L'ÉPUISEMENT DES ACTEURS BÉNÉVOLES.

Deux exemples en Ile-de-France :

Les campagnes de dépistage (cancer du colon et du sein).

Dans les Yvelines, les résultats de la recherche de sang dans les selles sont reçus sous format numérique (Apicrypt); cela permet en un clic l'intégration dans le dossier patient, puis l'application d'alerte pour suivre la périodicité du dépistage.

Pour les mammographies, le résultat est toujours sous format «papier», malgré les sollicitations auprès des responsables, le passage au numérique n'est pas une priorité.

Ces responsables ne subissant aucune contrainte institutionnelle font peu de cas des demandes réitérées des médecins récepteurs des résultats; cela est vraiment navrant.

L'hospitalisation à domicile (HAD), le saviez vous ?

Evidemment, pas de courrier numérique, mais là encore du papier nous informant du début de l'HAD, qui arrive souvent en décalage par rapport à la réalité des soins (exemple chimiothérapie à domicile).

De plus il faut se «battre» pour avoir le résultat d'une prise de sang sous format numérique (puisque le médecin traitant n'en est pas le prescripteur), pourtant indispensable au démarrage de la chimiothérapie, le médecin traitant devant donner son accord après en avoir pris connaissance des résultats.

Enfin, dans le cas de l'HAD «Santé Service» en Ile-de-France cet organisme nous demande de «faxer» les ordonnances de médicaments au domicile du patient !

LES RAISONS DE CET ECHEC

L'INAPTITUDE À GÉRER LA CONDUITE DU CHANGEMENT

La raison profonde de cet échec est l'inaptitude à gérer la conduite du changement, privilégiant un cadre gestionnaire au détriment de l'homme, professionnel de santé ou citoyen, l'absence de "maîtrise d'usage" à côté des maîtrises d'œuvre et d'ouvrage, et non l'absence de volonté politique.

L'erreur fondamentale de procédure est de vouloir construire de novo une architecture du système d'information avec des contraintes techniques, juridiques, sociétales.

Il aurait mieux valu tenir compte de l'existant et simplement dans un premier temps dématérialiser le "papier" avec une solution de sécurisation acceptable, adaptée aux possibilités d'usage de tous les acteurs, leur procurant une valeur ajoutée dans leur exercice professionnel.

Sur ce socle d'usage, on peut ensuite, en concertation, élaborer un système plus complexe.

Dans la réalité le socle d'usage existait avant l'arrivée d'Internet; les médecins recevaient avec des "modems", via leur ligne téléphonique, les résultats des examens de biologie transmis de manière cryptée en norme HPRIM.

C'est la raison du succès de la messagerie Apicrypt, pourtant non reconnue par les pouvoirs publics, dénigrée, méprisée; 35 000 utilisateurs "spontanés", 30 millions de documents transmis en 2011, 85 500 ramettes de papier économisées en 1 an ne valent pas; cette solution est très économique, en rapport avec le statut de l'APICEM (sans but lucratif), 69 euros par an et par médecin, quelques centaines d'euros pour un établissement de soins, avec mise à disposition gratuite des briques informatiques.

De plus l'éthique de cette association fait un point d'honneur à la non marchandisation des données, vraiment cette solution de messagerie n'est lucrative pour personne mais représente un formidable gain pour le monde de la santé.

LA RUPTURE PAR RAPPORT AUX ATTENTES / LA COMPLEXIFICATION CONTRE-PRODUCTIVE

La rupture par rapport aux attentes, la complexification contre-productive, la mésentente entre les différents acteurs de notre vie numérique en particulier entre trois acteurs: GIE SESAM- VITALE, les services de l'assurance maladie (CNAM TS) et ceux de l'ASIP.

Les solutions de sécurisation des échanges développées par le GIE SESAM-Vitale et le GIP-CPS, puis par l'ASIP n'ont pas été adaptées à la complexité de l'organisation hospitalière, à son système d'information et au poste de travail informatique de la médecine de ville.

L'élaboration d'un cadre technique et juridique sophistiquée, avec de multiples acteurs, sans tenir compte de l'existant, sans tenir compte des possibilités des professionnels de santé, et pour tout dire sans eux, n'a pas permis de dématérialiser le papier.

L'IMPOSSIBILITÉ DE SE REMETTRE EN CAUSE

Les pouvoirs publics n'arrivent pas à se remettre en cause; les missions succèdent aux missions, les expérimentations aux expérimentations, les subventions aux subventions, consommant inutilement de l'argent public.

UN PROCESSUS DE DEUIL À FAIRE PAR LES POUVOIRS PUBLICS

Faire un processus de deuil pour un gestionnaire qui imagine bien faire avec des procédures de sécurisation complexes, des envois avec de beaux courriers en couleurs est difficile.

Il est curieux notamment dans les 10 dernières années, que l'on ait construit dans une ambiance d'échecs successifs avec promesses de lendemains meilleurs.

Si l'IGAS, missionnée par Monsieur le Ministre de la Santé Xavier Bertrand, a analysé finement la complexité du pilotage du système d'information de la santé, à aucun moment on n'évoque les résultats, la dématérialisation, la quantité de documents échangés, la mise en place d'indicateurs.

Un peu comme si une entreprise n'était pas évaluée sur ses produits (services ou industriels).

LA BOUCLE SUBVENTION <=> RÉSULTATS NE FONCTIONNE PAS

Il est quand même curieux dans une période de difficultés économiques que les pouvoirs publics subventionnent en quelque sorte à fonds perdus année après année alors qu'il existe une solution d'usage de messagerie sécurisée alternative peu coûteuse et plébiscitée par ses utilisateurs.

L'ARGUMENT FALLACIEUX "NOUS CONSTRUISONS POUR L'AVENIR"

L'argument "nous construisons pour l'avenir" est fallacieux pour plusieurs raisons:

Sur le plan numérique on ne sait pas ce que sera l'avenir, le quotidien en 2012 nous le rappelle tous les jours, qui aurait pu le prévoir il y a dix ans ?

- utilisation des réseaux sociaux (facebook, Twitter, ..)
- utilisation de "Google", moteur de recherche, mais aussi webmail, visioconférence, travail collaboratif ...
- utilisation des "smartphone" et en particulier de l'iPhone.
- utilisation des tablettes numériques de type "iPad"

Actuellement avec une population vieillissante, des retours à domicile précoces, les intervenants de santé (médecins, mais aussi infirmières, aides à domicile, kinésithérapeutes ..) devraient pouvoir utiliser au domicile du patient des tablettes numériques;

Ceci implique des solutions de sécurisation logicielles et non matérielles: comment connecter une tablette numérique à un lecteur de carte (SESAM-vitale + CPS) ?

Par ailleurs quand on construit à 10 ans comme le rappelle souvent l'ASIP, on fait comment pour le présent ? On ne peut s'engager sur l'avenir que lorsque le présent fonctionne avec une offre de messagerie telle qu'Apicrypt est utilisée et exploitée.

Alors que la santé, la sécurité des patients, l'efficacité du système de soins devrait être l'objectif principal, on laisse pendant ce temps en l'état les professionnels de santé se "débrouiller" comme il le peuvent dans un monde qui change très vite.

L'ABSENCE DE VISIBILITÉ SUR L'ASSENTIMENT DES CITOYENS QUANT À LA PRÉSENCE DE LEURS DONNÉES DE SANTÉ SUR LE "CLOUD" (SERVEURS DISTANTS)

Savez vous que la carte SESAM-VITALE peut contenir un peu de texte ?

Mais les députés se sont toujours opposés à la présence de données de santé sur celle-ci.

On peut être étonné du revirement total, et notamment de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) avec validation de la présence de données de santé sur des serveurs informatiques.

On craignait avec la carte SESAM-vitale l'accès par des tiers (employeurs, assurances privées ...) à des données de santé.

Pourtant signaler la présence d'une allergie, d'un traitement anticoagulant, de la présence d'un stimulateur cardiaque, du groupe sanguin aurait pu être utile.

Ne soyons pas naïfs, autant il est difficile pour un quidam mal intentionné de saisir de l'information véhiculée en mode messagerie, autant on peut imaginer l'intérêt de "craquer" un serveur par un "hacker" pour y trouver toute l'information centralisée d'un patient.

D'une manière plus personnelle, souhaitez-vous pour vous-même et votre famille que toutes vos données de santé soient sur un serveur ?

DE L'USAGE DU PAPIER AU PARFAIT NUMÉRIQUE MAIS VIRTUEL

Prenons la communication actuelle "papier" :

le document est produit sur un poste informatique soit par une secrétaire puis validé, soit directement par un professionnel de santé.

Puis il est transmis par voie postale, reçu dans une boîte aux lettres, puis ouvert par le professionnel de santé ou une secrétaire puis classé.

Dans ce processus le document n'est pas signé avec authentification institutionnelle (commissariat de police ou conseil de l'ordre ...), n'arrive pas par fourgon blindé, le médecin n'envoie pas un courrier accusant réception, il peut y avoir erreur de destinataire.

Le document est transmis dans une relation de confiance professionnelle avec le destinataire sans que, dans son contenu, soit au premier plan l'ensemble des conséquences médico-légales, pour simplifier il y a, encore et heureusement une certaine liberté d'expression.

C'est une procédure imparfaite, mais qui fonctionne.

Pour la communication numérique, on imagine bien sûr une meilleure procédure, sauf qu'elle devient de plus en plus compliquée et contre-productive; de nouveaux "mots" et "maux" apparaissent:

Maux techniques:

- authentification
- accusé de réception
- non-répudiation
- intégrité ...

Maux plus subtils liés au contenu:

avec le DMP l'auteur d'un document prend conscience que celui-ci sera présent et opposable par le patient pendant de nombreuses années; on n'est plus dans la relation confiante entre médecins ou avec le patient : si je mets ou ne mets pas telle ou telle information, cela pourra-t-il m'être reproché ?

Prenons un exemple : le résultat d'une mammographie n'est pas suspect mais nécessite une surveillance rapprochée: de peur que l'on reproche à son auteur une perte de chance par un retard diagnostic l'auteur terminera son compte rendu par " un complément d'imagerie" serait souhaitable, voire un "complément d'analyse" ...essayant de se protéger en multipliant des investigations, coûteuses mais pas nécessairement pertinentes.

Cette tendance est déjà perceptible avec les documents papier, mais risque de s'amplifier.

A l'inverse il peut y avoir de l'auto-censure, le plus simple est de ne pas enrichir le DMP, ou de simplifier ses courriers dans un sens purement médico-légal, avec perte de qualité parallèle à la diminution du risque médico-légal.

On pourra opposer qu'il y a amélioration de la qualité par le suivi de procédure plus consensuelle, de "guides-lines", mais notera que c'est déjà le cas avec le document papier.

Au total l'argumentaire est difficile, mais on peut penser que plus les contraintes techniques et médico-légales sont fortes, plus la prise de risque par l'auteur des documents sera faible avec uniformisation des comptes-rendus et perte d'une forme de liberté d'expression.

AUCUNE STRATÉGIE "GAGNANT/ GAGNANT", LE MEPRIS D'UNE DÉMARCHE PEDAGOGIQUE ET PRAGMATIQUE TENANT COMPTE DE L'EXISTANT ET DES POSSIBILITÉS D'USAGE

Au lieu de capitaliser de l'usage pour bâtir ensemble dans une stratégie "gagnant-gagnant", on impose une hypothétique solution.

Pour illustrer ce propos un exemple comparatif en Ile-de-France :

- dans un premier bassin de vie, aucun pionnier, l'hôpital veut dématérialiser ses échanges. Le résultat, c'est l'hostilité des acteurs "vous voulez faire des économies de papier ? "

- dans un second un pionnier se bat depuis 15 ans avec en particulier, le soutien d'un confrère biologiste pour dématérialiser les documents: les médecins y voient une valeur ajoutée, les biologistes s'équipent, les médecins aussi.

Quelques années plus tard l'hôpital local décide de dématérialiser ses envois, contacte le pionnier, un travail collaboratif est entrepris avec un directeur du système d'information exemplaire: le résultat est sans appel:

En juillet 2012, 2605 documents transmis dans le mois auprès de 437 médecins correspondants différents. Le nombre moyen de documents envoyés par jour ouvré a été de 118.

On notera que 436 médecins utilisent la messagerie sécurisée "Apicrypt" et 1 seul la solution (S-MIME avec certificats) préconisée par les pouvoirs publics.

Sur un terrain "fertile" les échanges numériques ont pu ainsi se développer.

UN MATÉRIEL OBSOLÈTE

Sur la plan technique la sécurisation repose sur deux cartes à puce et un lecteur de carte.

Pour un néophyte, le parallèle est vite fait avec les cartes bancaires et les services associés que chacun peut vivre au quotidien: "ça fonctionne".

Oui "ça fonctionne" plutôt très bien quand en médecine de ville le patient nous paye par carte bancaire: facturation, transmission des factures sur les serveurs des banques soit par ligne téléphonique classique, soit par Internet.

Il n'en est pas de même de l'association carte SESAM-vitale et CPS:

Savez vous que les normes de dialogues sont restées au port "parallèle", norme totalement désuète et inexistante sur les matériels récents, et que lorsque la connexion est en mode "USB", nous sommes en mode "parallèle «émulé» USB" et non «natif» avec comme conséquence de multiples déconnexions de notre lecteur SESAM-vitale, avec perte de temps médical et perturbation de notre exercice professionnel.

UNE PERTE DE TEMPS MÉDICAL LIÉE AUX DIFFICULTÉS MATÉRIELLES

La lecture des messages S.O.S. des confrères de la plus grande liste de diffusion sur l'informatique médicale de France, «medistories», comprenant 970 membres avec environ 1000 messages par mois reflète les difficultés quotidiennes liées à l'utilisation du lecteur SESAM-vitale:

Rupture du dialogue informatique sur leur poste de travail les obligeant à relancer les applications, à déconnecter / connecter le lecteur, voire faire redémarrer leur poste informatique.

DES COMPÉTENCES DES SERVICES INFORMATIQUES DU GIE-SESAM-vitale A EVALUER

En dehors de l'obsolescence du matériel se pose au quotidien la qualité de l'écriture des développements informatiques du GIE SESAM-vitale; bien sûr nous n'avons pas la compétence technique pour argumenter notre propos, mais pourquoi le lecteur de carte bancaire fonctionne sans défaut et pourquoi le lecteur SESAM-vitale si mal ?

DES COMPÉTENCES DES SERVICES INFORMATIQUES DE L'ASSURANCE MALADIE A EVALUER

Dans le même ordre d'idée, quand nous essayons d'utiliser les services de l'assurance maladie que de difficultés !

Les services fonctionnent avec telle version d'un navigateur Internet (Firefox) souvent ancienne, en mode "32 bits" et pas en "64 bits", on ne demande pas l'impossible, mais quand Firefox est en version à ce jour en 14.01, il est regrettable que pour être sûr de ne pas mettre en péril son poste informatique avec en particulier la tenue du fichier patient et la facturation SESAM-vitale, le médecin n'installe pas ou désinstalle les logiciels de l'assurance maladie.

Les "briques informatiques" (API) sont en conflit avec celles développées par le GIE SESAM-vitale, quand il y a lectures des cartes SESAM-vitale et CPS.

Les serveurs sont très lents et l'utilisation des services de l'assurance maladie devient incompatible avec le déroulement d'une consultation.

Enfin, le désespoir nous envahit quand un message s'affiche "le serveur est en maintenance, nous sommes désolés ..."

Cela ne donne pas une impression de sérieux et de compétence informatique. Questionnés à ce sujet, les délégués de l'assurance maladie répondent par une phrase sans appel: "mais chez votre confrère ça fonctionne". Soit en niant la réalité, soit parce qu'ils ne savent pas.

Ne parlons pas de la "hot line" où une question amène des réponses multiples, ou parfois le "nous sommes au courant mais nous ne pouvons rien pour vous" avec le sentiment qu'au bout du fil le correspondant est bien désarmé et que les problèmes "ne remontent pas".

LA MESENTENTE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS

En conclusion, outre la qualité des services, nous voudrions insister sur la mésentente technique des acteurs institutionnels, source de conflits sur les postes informatiques.

- GIE Sesam-vitale (pour la fabrication de nos feuilles de soins électroniques)
- les services informatiques de l'assurance maladie (CNAM TS)
- l'ASIP

L'INTERVENTION D'ACTEURS MULTIPLES INCOMPÉTENTS

De plus sur ce dossier, en plus des trois institutionnels (GIE-SESAM-vitale / CNAM TS / ASIP) se sont invités des acteurs sans compétence technique, loin des réalités de l'usage, mais maniant avec habileté un marketing d'illusionniste parlant savamment de l'i-médecine ou de l'e-santé, dont ils ne sont pas eux-mêmes utilisateurs.

Le comble de l'ironie est atteint quand un médecin, dont le cabinet n'est pas informatisé vous donne des leçons, un peu comme si quelqu'un qui ne fait pas de vélo vous apprenait à en faire, l'exemple est trivial, mais cette triste réalité ne choque personne.

MIEUX SE CONNAÎTRE, MIEUX COMPRENDRE NOS BESOINS ET CONTRAINTES PROFESSIONNELLES

Le parallèle avec la pratique du vélo peut faire sourire, allons plus loin:

Le sujet est complexe sur le plan technique, sur le plan juridique, sur le plan sociétal.

Et, évidence, on touche à "l'humain" dans un domaine, le médical, où, malgré de grands progrès techniques et thérapeutiques dans bien des domaines de la santé, nous ne connaissons pas tout.

Quand justement on ne sait pas, dans un monde complexe, la première démarche est de mieux se connaître: et notamment entre la médecine de ville et les établissements de soins.

Pour illustrer ce propos dans la même région fertile d'Ile-de-France : le Directeur du Système d'information de l'hôpital (DSI) est venu au cabinet du médecin généraliste, le médecin généraliste s'est rendu à l'hôpital pour exposer devant une assemblée plus vaste son vécu et contraintes d'exercice, le directeur de

l'hôpital accompagné de son DSI et du Président de la commission médicale sont venus échanger au cabinet du médecin. Tout ceci s'est fait bénévolement faut-il le souligner pour le médecin généraliste, mais surtout dans une attitude d'écoute respectueuse mutuelle, ils ont appris simplement à mieux se comprendre.

Le résultat pratique a été notamment:

- une note de bonnes pratiques adressée aux secrétariats médicaux
- L'élaboration de tableaux de bord par services
- L'envoi « papier » vers les médecins de villes dans une enveloppe dédiée comportant un message « orienté développement durable » invitant à utiliser la messagerie sécurisée

PASSER D'UN MONDE VIRTUEL À UN MONDE RÉEL AVEC UNE RELATION "CLIENT" AVEC ÉCOUTE DES USAGERS

Les pouvoirs publics peuvent en quelque sorte bâtir, concevoir dans un monde virtuel, complètement déconnecté des réalités d'usage, et non-évalué en temps réel.

Pourtant c'est la santé des citoyens qui est en jeu; cela paraît "énorme", inconcevable dans un monde réel, dans le monde de l'entreprise avec une relation client.

Un exemple récent : la création des ARS, agences de santé régionales, a généré une réorganisation du pilotage du système de soins.

Dans un effort tout à fait louable l'ARS de l'Ile-de-France décide, par voie numérique, de proposer un questionnaire évaluant la relation avec les biologistes.

Le questionnaire, oublie un élément clé pour le patient et les médecins: le mode de transmission des résultats biologiques. Savez-vous que la seule obligation du biologiste est de fournir un document "papier" au patient. Dans la plupart des cas un double est prévu pour le prescripteur et lui seul.

Sont donc exclus du questionnaire:

- le format numérique
- la structuration du format numérique; en effet il est très différent de recevoir un document non structuré et un document structuré avec des «balises» que vont pouvoir interpréter les logiciels métiers (suivi des variables d'un bilan lipidique ou de glycémie ou d'une pathologie X ...)

On imagine bien la valeur ajoutée en terme de qualité des soins et de suivi pour le patient.

- la copie avec l'assentiment du patient aux autres acteurs de l'épisode de santé du patient

Il est véritablement catastrophique et ces mots sont pesés que l'examen biologique prescrit par l'hôpital en sortie d'un séjour pour suivre une pathologie ne soit pas systématiquement transmis au médecin traitant, et plus largement aux médecins relais d'un épisode de soins, le biologiste n'ayant aucune obligation légale de le faire.

Comme il n'y a pas d'obligation légale, sur le plan informatique, la mise en copie n'est pas toujours ergonomique pour les secrétariats, l'usage ne s'installe pas et malgré des demandes multiples les pauvres médecins en bout de chaîne qui essaient simplement de faire consciencieusement leur travail, ne sont pas entendus, même s'ils sont médecins traitants.

Pour ce questionnaire on ajoutera l'absence de zone de texte libre, l'absence d'adresse contact permettant de faire des remarques, certes plus difficile à traiter sur le plan informatique et demandant de l'empathie pour les usagers !

QUELQUES POINTS D'USAGE "PRATIQUES"

Les adresses Apicrypt sont toutes au format:

prenom.nom@medicalXX.apicrypt.org

ou XX est le département d'inscription au conseil de l'ordre.

Banal en apparence, mais génial en pratique; adresse facile à retenir, concernant tous les professionnels de santé sans avoir des @medecin.fr @infirmière.fr @kinésithérapeuteet cette adresse de "renvoi" est indépendante du fournisseur d'accès Internet et de l'adresse de réception (qui peut varier) du professionnel de santé.

Le saviez-vous ? une petite application permet de lire les courriers sur un outil portable du type téléphone portable ou tablette, iPhone ou iPad; bien pratique pour lire une biologie, un courrier attendu lorsque l'on n'est plus dans son cabinet ou en visite.

Gadget ? non : la population vieillissant nous avons besoin de plus en plus d'outils mobiles au domicile du patient, pas facile de mettre une carte CPS et SESAM-vitale dans un iPad !

Pour le format de réception des courriers:

C'est vrai que les bandeaux latéraux des établissements de soins, surtout en couleur sont jolis . Mais ce qui nous intéresse c'est l'information médicale et son traitement.

Le format le plus pratique dans un premier temps est le format "texte", pourquoi ?

D'autres formats, pièces jointes en particulier (au format Word ou pdf par exemple), nécessitent des logiciels pour les lire et l'intégration au logiciel métier n'est plus ergonomique, on perd l'intégration en "un clic".

L'expérience prouve que l'on peut faire des courriers au format texte de grande qualité, avec des paragraphes, des mots clés, des titres évocateurs (service d'émission + objet du courrier).

Ce format texte, à la différence d'un format pdf "image" pour être technique, permet à notre moteur de recherche intégré au logiciel métier de retrouver "cancer de la prostate, ou adénocarcinome du sein, bien utile pour retrouver dans un volumineux dossier des antécédents dans le temps limité de la rencontre avec nos patients.

L'AUTEUR: le Docteur Boutry Alain:

Né le 06/03/1951 à Saint Cloud, spécialiste en médecine générale à Buc (Yvelines) depuis 1979, enseignant maître de stage à la faculté Paris ouest de Saint Quentin en Yvelines et recevant à ce titre des internes en spécialité de médecine générale.

Depuis 25 ans pionnier de l'informatique, œuvre bénévolement pour la dématérialisation des échanges médicaux dans son bassin de vie professionnel et au niveau national avec un réseau social de 970 médecins sous la forme d'une liste de diffusion informatique qu'il a créée et qu'il modère depuis 1999 avec 1000 messages / mois. Il n'a aucun conflit d'intérêt, ni avec l'industrie pharmaceutique, ni avec une société informatique.

Il a eu l'honneur de présenter un document sur la messagerie sécurisée à Madame Catherine Tasca Sénatrice des Yvelines en juin 2011, et de recevoir notamment à son cabinet médical Messieurs Jean-Yves Robin, Directeur de l'ASIP, Monsieur Olivier Collin, Directeur du centre Hospitalier de Versailles, Monsieur le Professeur Jean-Nicolas Munck, Directeur des centres de cancérologie René Huguenin et de l'institut Curie .

Dr Alain Boutry-8 place de la République 78530 BUC Tél 01 39 56 17 17

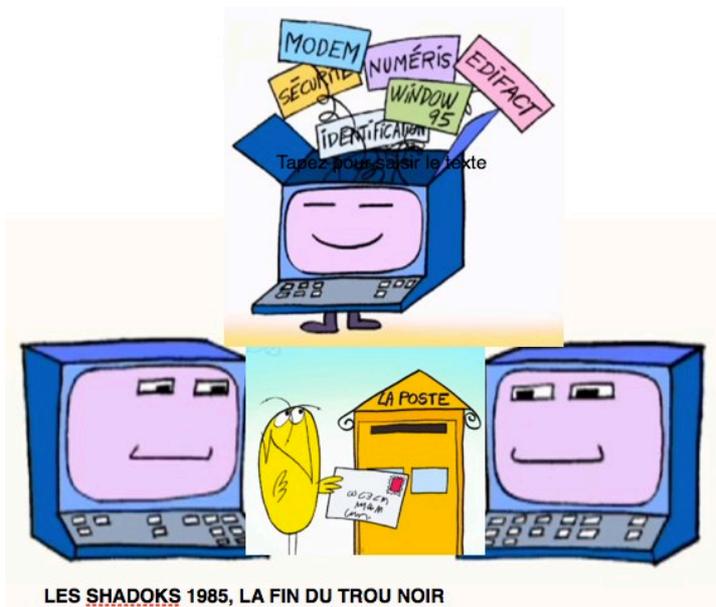
alain.boutry@free.fr courriel crypté: alain.boutry@medical78.apicrypt.org

<http://www.lequotidiendumedecin.fr/information/video-le-cabinet-zero-papier>

<http://www.apicrypt.org/>

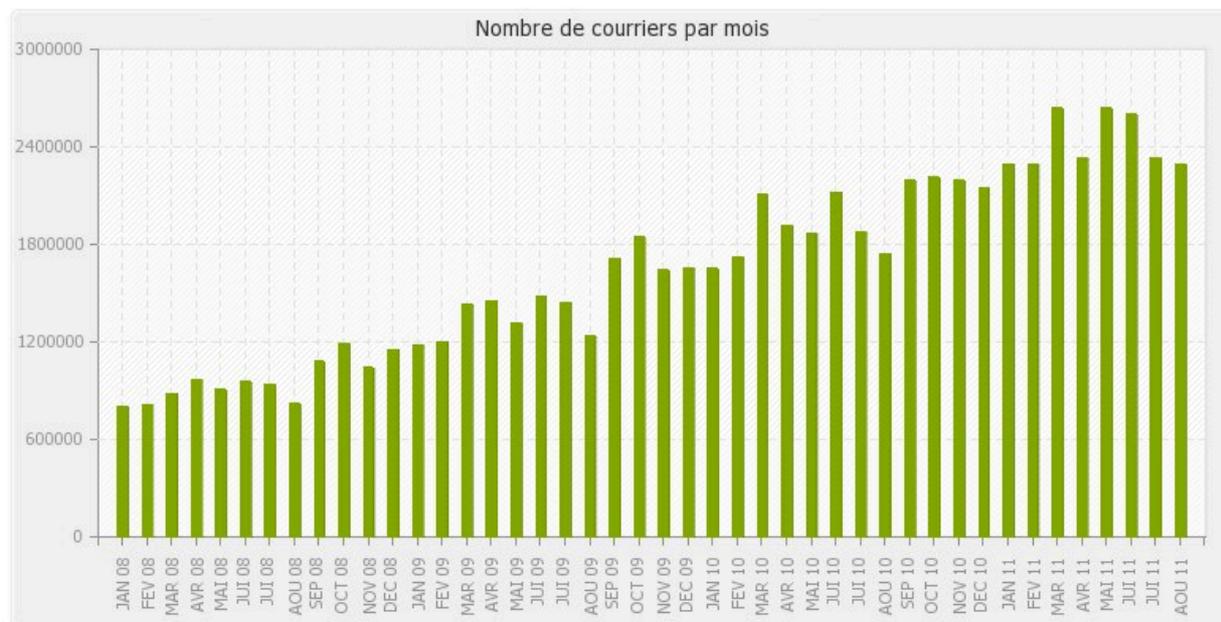
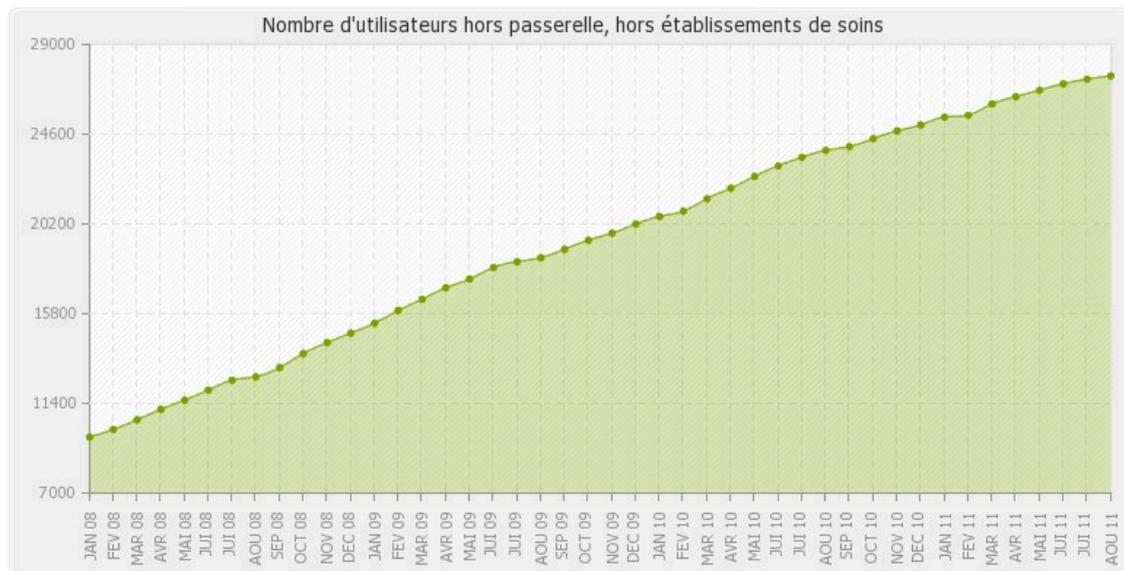
La fin du trou noir ! (la poste et les Shadoks) 1985

<http://www.youtube.com/watch?v=hA1qrndjhnU>

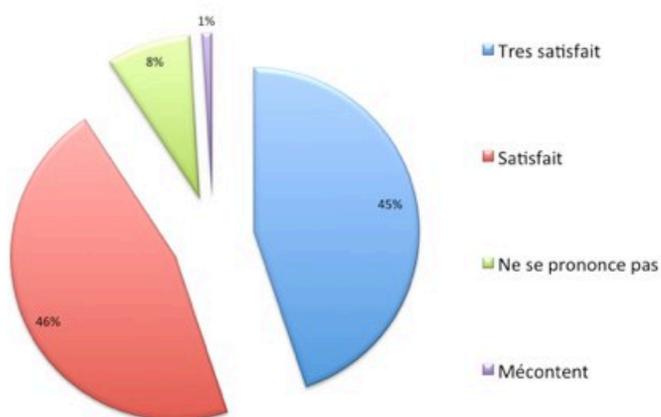


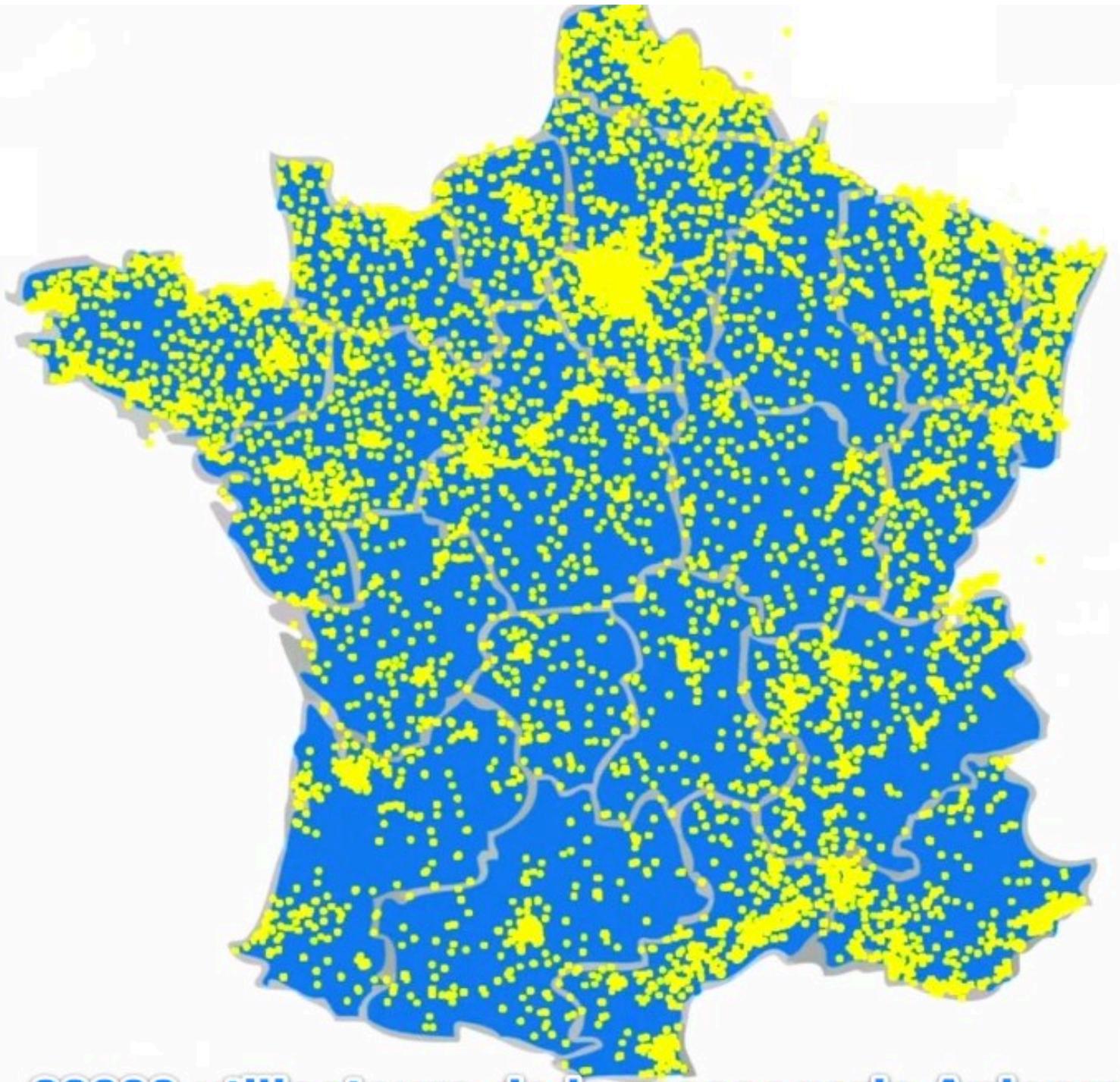
NOMBRE D'UTILISATEURS DU SYSTEME

Evolution du nombre d'utilisateur apicrypt au cours des derniers mois :



Par rapport à ce que vous apporte Apicrypt vous êtes ?



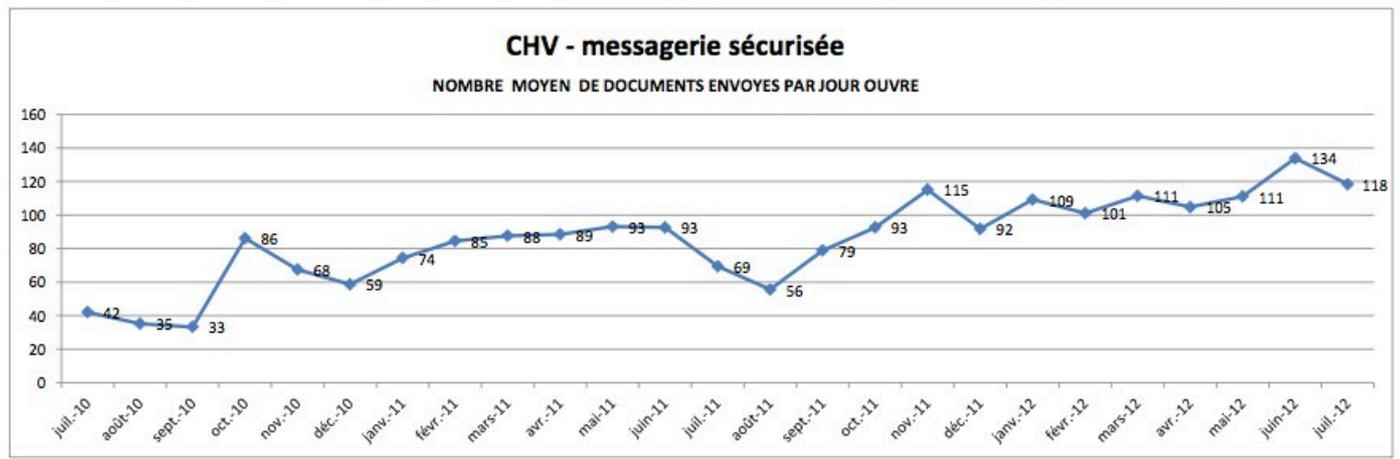
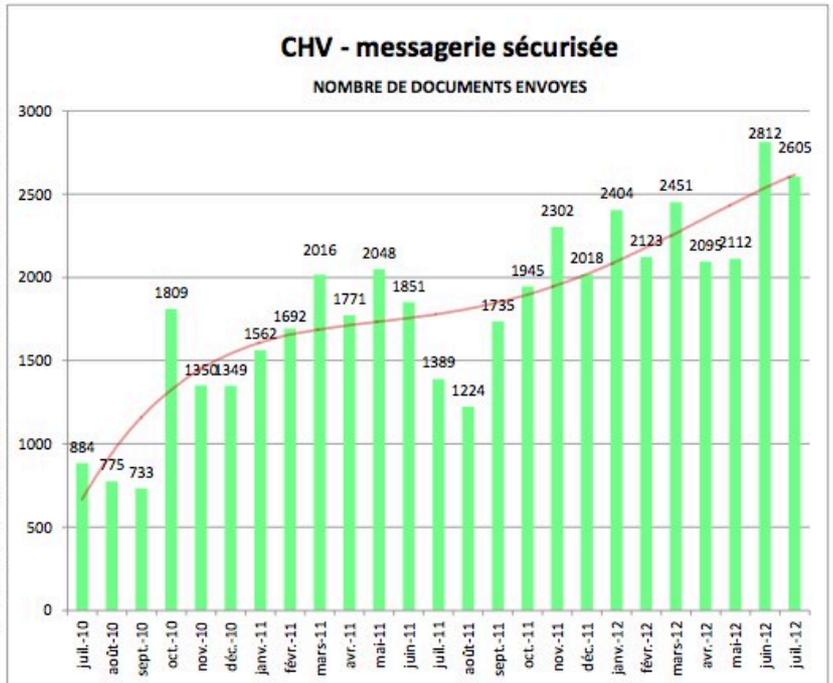


38000 utilisateurs de la messagerie Apicrypt

**TABLEAUX DE BORD DES ENVOIS DE DOCUMENTS PAR MESSAGERIE SECURISEE
JUILLET 2012**

Centre Hospitalier de Versailles

| DOCUMENTS ENVOYES | | | | | | |
|------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------|------------------|---------------------------|
| mois | messages Apicrypt | messages S/MIME (certificat) | total documents envoyés | nb jours ouvrés | moyenne par jour | % par rapport année préc. |
| juil-10 | 857 | 27 | 884 | 21 | 42 | |
| août-10 | 767 | 8 | 775 | 22 | 35 | |
| sept-10 | 710 | 23 | 733 | 22 | 33 | |
| oct-10 | 1786 | 23 | 1809 | 21 | 86 | |
| nov-10 | 1312 | 38 | 1350 | 20 | 68 | |
| déc-10 | 1321 | 28 | 1349 | 23 | 59 | |
| janv-11 | 1543 | 19 | 1562 | 21 | 74 | |
| févr-11 | 1665 | 27 | 1692 | 20 | 85 | |
| mars-11 | 1985 | 31 | 2016 | 23 | 88 | |
| avr-11 | 1731 | 40 | 1771 | 20 | 89 | |
| mai-11 | 2013 | 35 | 2048 | 22 | 93 | |
| juin-11 | 1825 | 26 | 1851 | 20 | 93 | |
| juil-11 | 1369 | 20 | 1389 | 20 | 69 | 65% |
| août-11 | 1215 | 9 | 1224 | 22 | 56 | 58% |
| sept-11 | 1706 | 29 | 1735 | 22 | 79 | 137% |
| oct-11 | 1921 | 24 | 1945 | 21 | 93 | 8% |
| nov-11 | 2276 | 26 | 2302 | 20 | 115 | 71% |
| déc-11 | 1993 | 25 | 2018 | 22 | 92 | 56% |
| janv-12 | 2382 | 22 | 2404 | 22 | 109 | 47% |
| févr-12 | 2101 | 22 | 2123 | 21 | 101 | 19% |
| mars-12 | 2430 | 21 | 2451 | 22 | 111 | 27% |
| avr-12 | 2084 | 11 | 2095 | 20 | 105 | 18% |
| mai-12 | 2088 | 24 | 2112 | 19 | 111 | 19% |
| juin-12 | 2797 | 15 | 2812 | 21 | 134 | 45% |
| juil-12 | 2594 | 11 | 2605 | 22 | 118 | 70% |
| moyenne des 12 derniers mois | 2246 | 22 | 2268 | | 108 | 53% |



| MEDECINS CORRESPONDANTS | | | | |
|-------------------------|-------------------|------------------------------|-------|---------------------------|
| mois | messages Apicrypt | messages S/MIME (certificat) | total | % par rapport année préc. |
| juil-10 | 208 | 2 | 210 | |
| août-10 | 204 | 2 | 206 | |
| sept-10 | 195 | 2 | 197 | |
| oct-10 | 256 | 2 | 258 | |
| nov-10 | 257 | 3 | 260 | |
| déc-10 | 249 | 2 | 251 | |
| janv-11 | 264 | 2 | 266 | |
| févr-11 | 282 | 2 | 284 | |
| mars-11 | 330 | 3 | 333 | |
| avr-11 | 336 | 2 | 338 | |
| mai-11 | 338 | 2 | 340 | |
| juin-11 | 337 | 2 | 339 | |
| juil-11 | 314 | 2 | 316 | 50% |
| août-11 | 306 | 2 | 308 | 50% |
| sept-11 | 345 | 3 | 348 | 77% |
| oct-11 | 363 | 2 | 365 | 41% |
| nov-11 | 414 | 2 | 416 | 60% |
| déc-11 | 404 | 2 | 406 | 62% |
| janv-12 | 395 | 1 | 396 | 49% |
| févr-12 | 414 | 2 | 416 | 46% |
| mars-12 | 443 | 2 | 445 | 34% |
| avr-12 | 395 | 1 | 396 | 17% |
| mai-12 | 404 | 1 | 405 | 19% |
| juin-12 | 454 | 1 | 455 | 34% |
| juil-12 | 435 | 1 | 436 | 38% |

