

Evaluation de la fonction

Assistant Technique en Informations Médicales ATIM

Réalisée par la Société BREVENT MANAGEMENT

Août 2010



Mandat URML-RA du 24 mai 2010

Rapport de fin de mission

Copies par courriel à : **Dr René-Pierre Labarrière**
Mme Catherine Langlet-Garilhe,
pour diffusion aux membres des commissions URML-RA

DENOMINATION	NOM / PRENOM
URML-RA	
Président	Dr Jean DERRIEN

Consultant Directeur de Projet: Yves Ménard 10 chemin Saint Germain 74290 Veyrier du Lac Tél. 06 85 52 27 91 e-mail: yvmenard@orange.fr	201004
---	---------------

SOMMAIRE

I	RAPPEL DE LA MISSION.....	3
II	TRAVAUX EFFECTUES.....	4
II.1	ELABORATION DES QUESTIONNAIRES.....	4
II.2	ENVOI ET SUIVI DES REPONSES	4
II.3	ANALYSES DES REPONSES ET REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON	5
III	RESULTATS PRATICIENS ET COORDONNATEURS EHPAD.....	6
III.1	MISE EN PLACE DE L'EXPERIMENTATION	6
III.2	DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION	6
III.3	ASPECTS RELATIONNELS DE L'EXPERIMENTATION	7
III.4	APPORTS DE L'ATIM AUX PRATICIENS	7
III.5	FREINS A L'EXPERIMENTATION	8
IV	RESULTATS ID-SYS	8
IV.1	RAPPELS SUR L'EXPERIMENTATION	8
IV.2	ANALYSE DES COUTS DE LA FONCTION ATIM CHEZ ID-SYS	11
IV.3	BILAN SELON ID-SYS.....	12
V	BILAN DE L' ATIM	12
V.1	LA FONCTION ATIM.....	12
V.2	ASPECTS MATERIELS	13
V.3	ASPECTS RELATIONNELS	13
VI	CONCLUSIONS SUR L'EXPERIMENTATION ATIM.....	14
VI.1	POINT DE VUE DES PRATICIENS	14
VI.2	PROPOSITION D'EVOLUTION SELON ID-SYS	14
VI.3	POINT DE VUE DE L'ATIM.....	14
VI.4	NOS CONCLUSIONS	15
VII	LISTE DES ANNEXES	19

I RAPPEL DE LA MISSION

Selon le mandat signé le 24 mai 2010 par le Président de l'URMLRA, le Dr Jean Derrien, la mission de la société de conseil BREVENT Management est définie comme suit :

«Sur le Bassin Annécien, le projet dénommé «Evaluation ATIM» a pour objet d'évaluer le rôle, les activités et le service rendu par les ATIM tant auprès des médecins coordinateurs dans les EHPAD que dans le fonctionnement des cabinets de médecins libéraux.

Il s'agit de dresser un bilan indépendant et impartial de l'apport des ATIM dans la mise en œuvre du DPPR ; de qualifier les points positifs et freins avancés par les médecins utilisateurs ; de proposer des mesures permettant de faciliter/améliorer l'efficacité du dispositif pour la Médecine Libérale (déploiements d'ATIM et de plateformes informatiques ID-SYS) dans la coordination et la qualité des soins aux patients».

II TRAVAUX EFFECTUES

II.1 Elaboration des questionnaires

Début mai 2010, considérant les informations collectées auprès du Dr R-P. Labarrière sur l'expérimentation ATM réalisée en 2009 sur le Bassin Annécien, nous avons élaboré quatre questionnaires :

- un questionnaire de 15 points destiné aux praticiens de médecine de ville,
- un questionnaire de 17 points destiné aux praticiens en EHPAD,
- un questionnaire destiné aux personnes ayant exercé la fonction d'ATIM,
- un questionnaire destiné au responsable de la société ID-SYS, prestataire informatique en charge du déploiement du DPPR.

Pour ce qui concerne l'ATIM et ID-SYS, les questions ont été posées en entretien «face à face» au cours de la première quinzaine de juin.

II.2 Envoi et suivi des réponses

Le questionnaire a été envoyé à tous les praticiens ayant participé à l'expérimentation sur le Bassin Annécien, soit 17 professionnels exerçant en ville et 6 médecins coordonnateurs en EHPAD.

Les envois ont été effectués avec la collaboration de l'URML-RA ; chaque pli était composé de :

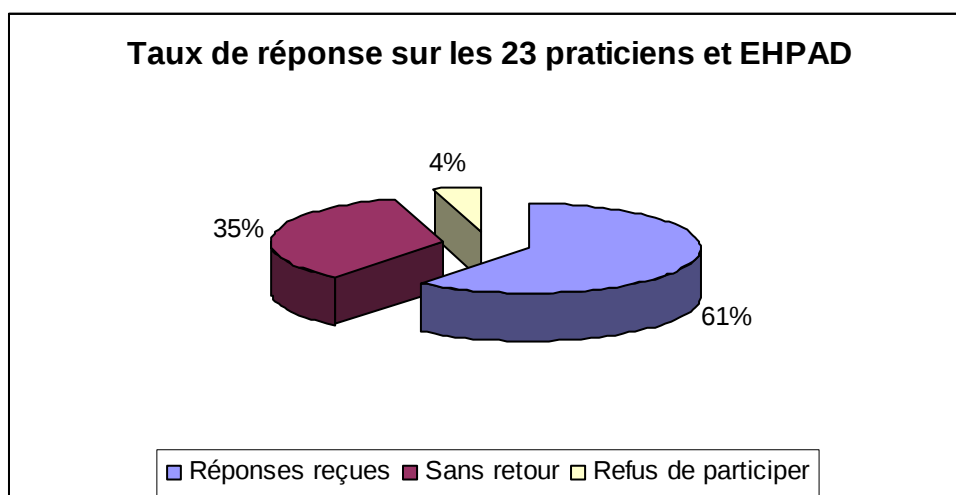
- 3 feuillets constituant le questionnaire,
- une lettre d'accompagnement du Dr R-P. Labarrière explicitant la démarche,
- une enveloppe T pour la réponse.

L'envoi s'est effectué fin mai avec demande de retour pour le 16 juin au plus tard. Les résultats ont été analysés au fur et à mesure de leur réception, c'est à dire du 10 juin, pour la réponse la plus prompte, au 16 juillet pour la plus tardive.

Il faut souligner que trois rappels par courriel ont été effectués en sus de rappels téléphoniques : les 17 juin, 24 juin et 2 juillet 2010.

Deux entretiens « face à face » ont été réalisés auprès de deux praticiens.

Globalement, nous avons enregistré 3 réponses sur 6 en EHPAD (un médecin ayant refusé de participer) et 11 sur 17 pour les médecins exerçant en cabinets de ville, soit 14 réponses sur un total de 23 interlocuteurs consultés ou un **taux de participation de 61%**.



II.3 Analyses des réponses et représentativité de l'échantillon

Dans l'ensemble les questionnaires retournés ont été complétés avec soin assurant l'exhaustivité des points à traiter ; nous pouvons toutefois regretter l'absence de commentaires plus détaillés ou explications, qui auraient pu étayer certaines opinions ou perspectives d'avenir.

Considérant le nombre de réponses reçues, nous estimons que le taux de retour de 61% suffit à valider les conclusions tirées de nos analyses ; l'échantillon est accepté comme représentatif de la population testée.

50% des médecins coordonnateurs en EHPAD ont répondu, voire 70% si l'on prend en compte celui qui a refusé de participer; compte tenu en effet de la nature et de la forme de sa réponse, nous pensons que s'il avait de fortes récriminations à formuler, il les aurait transmises.

De plus si nous considérons le nombre de médecins concernés par l'expérimentation ATIM pour lesquels le médecin coordonnateur a répondu, nous obtenons :

EHPAD	nb. médecins traitants extérieurs	médecin coordonnateur ayant répondu
Paul IDIER Veyrier du lac	6	x
Les VERGERS Annecy le Vieux	10	
Le PRE FORNET Seynod	36	x
Le BARIOZ Argonay	7	
Les ANCOLIES Poisy	14	
Fondation du PARMELAN Annecy	41	x
TOTAL médecins	114	83

soit une représentation de **73% des médecins concernés**.

Quant aux praticiens de ville, 65% ont pris quelques instants pour répondre. Globalement, le «spectre» de réponses n'est pas très étendu, ce qui nous laisse penser que l'échantillon est représentatif du sentiment général des participants à cette évaluation.

III RESULTATS PRATICIENS ET COORDONNATEURS EHPAD

III.1 Mise en place de l'expérimentation

La décision de participer à cette expérimentation a été dictée majoritairement par l'intérêt professionnel en premier lieu recherché par les praticiens ainsi que l'intérêt du patient dans un second temps.

Une des personnes interrogées a souligné que cette expérience lui permettait de mieux se familiariser avec un outil informatique difficile à maîtriser.

A ce sujet, l'ensemble des praticiens s'est prononcé pour un «satisfecit» à l'égard de l'intervention du prestataire informatique (hormis un cabinet qui a dû faire face à une panne de connectique avec le système central basé à Lyon).

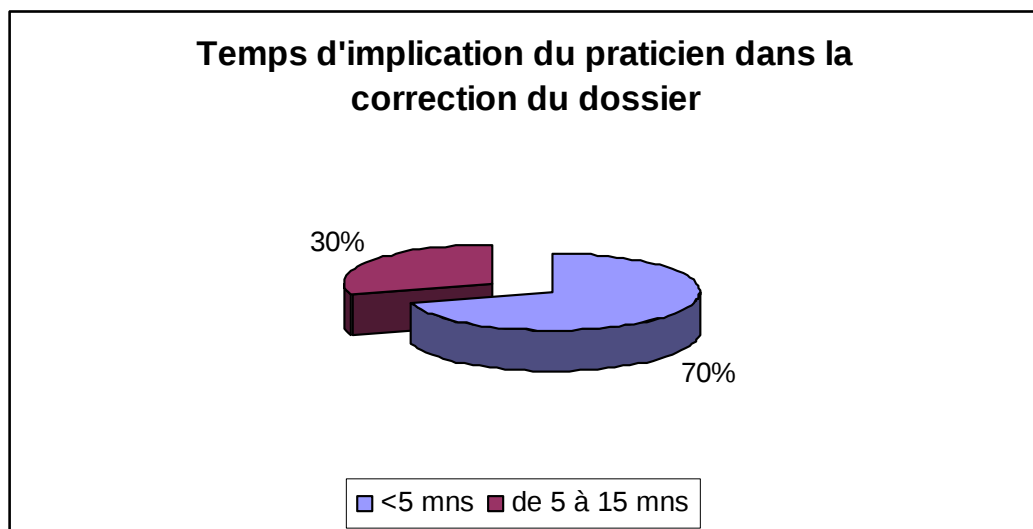
Quant à l'entrée en fonction de l'ATIM, aucun problème particulier n'a été déclaré ; un participant a reconnu qu'il avait manqué de temps pour faciliter son insertion au Cabinet. Les réponses sont similaires pour ce qui concerne les médecins coordonnateurs en EHPAD.

III.2 Déroulement de l'expérimentation

La prestation de l'ATIM est jugée exploitable en l'état pour 40% des praticiens (50% en EHPAD) ; 60% la jugent satisfaisante mais nécessitant un apport complémentaire du praticien (50% en EHPAD).

Dans ce cas, l'intervention du médecin représente:

- dans 70% des cas moins de 5 minutes,
- dans 30% des cas, se situant dans une tranche de 5 à 15 minutes.



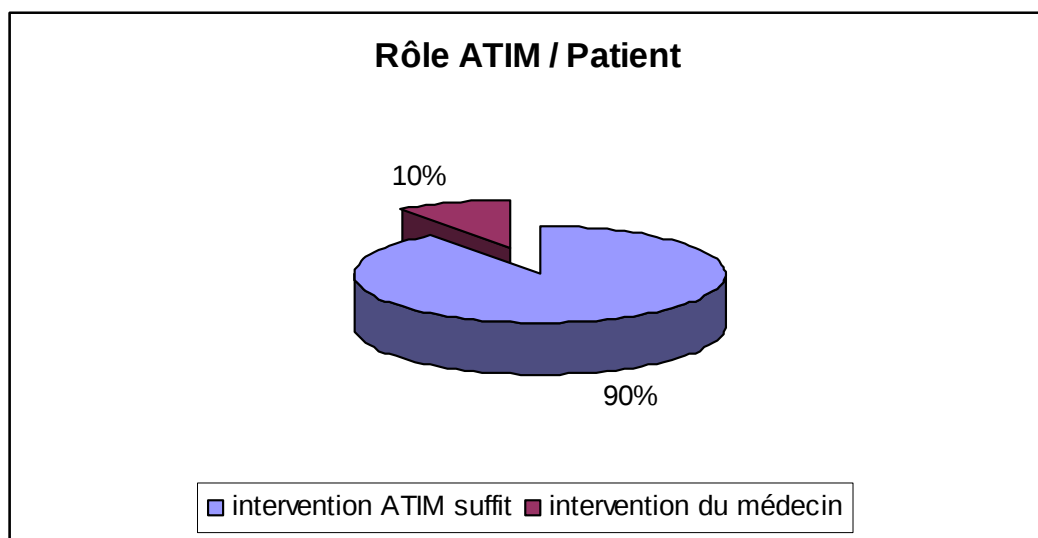
80% des praticiens n'ont pas d'exemple d'événements de santé importants n'ayant pas été renseignés.

20% d'entre eux ont cependant signalé qu'un décès et une hospitalisation n'avaient pas été saisis.

La mesure de la mise à jour en EHPAD reste encore floue car les réponses collectées (3) et leur nature ne permettent pas de mesurer la cadence de pertinence de la mise à jour du DPPR et son rythme. Les réponses vont en fait de 1 à 3 mois.

III.3 Aspects relationnels de l'expérimentation

Dans 90% des cas, le patient (ou sa famille) accepte que son dossier médical soit inclus dans le DPPR ; seule une réponse indique que le médecin a dû être rencontré pour donner des informations complémentaires. Les réponses sont du même ordre au niveau des EHPAD.



Si une amélioration dans la présentation du DPPR devait être faite, elle devrait principalement porter sur l'approche psychologique de la présentation aux patients (personnes âgées) et à leur famille.

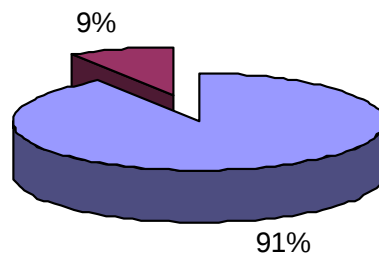
A noter qu'un praticien insiste sur la bonne maîtrise de l'argumentation technique. Concernant cette phase de présentation, 75% des praticiens (100% en EHPAD) estiment que l'ATIM est tout à fait apte à effectuer cette démarche, étant entendu que le relais du médecin est toujours possible en cas de demande «forte» de compléments d'informations.

III.4 Apports de l'ATIM aux praticiens

La présence et le travail effectué par l'ATIM est source de simplification du travail et fait gagner un temps précieux aux médecins, notamment dans la préparation du SOCLE (91% des praticiens interrogés).

De plus, la présence ponctuelle de l'ATIM au sein des cabinets médicaux est perçue, pour toutes les personnes interrogées, comme utile, voire très utile. Cela permet en effet de constituer un dossier bien structuré dans le cadre d'une procédure unifiée et de résoudre les problèmes techniques (informatiques par exemple).

Evaluation prestation ATIM par les praticiens



■ Simplification du travail ■ Sans influence

Cependant, même si ce constat est très positif, il faut souligner que 20% des praticiens interrogés ont le sentiment que la collaboration avec l'ATIM représente malgré tout du temps passé supplémentaire.

L'ATIM représente une aide logistique et administrative incontournable à condition qu'elle (il) développe rapidement son niveau d'autonomie au sein de la structure de soins. Sa présence n'a pas provoqué de problème d'acceptation ni d'obligation de modification significative dans l'organisation du cabinet médical. Seuls deux professionnels ont indiqué que cette présence représentait une charge supplémentaire.

III.5 Freins à l'expérimentation

Le principal problème rencontré, que ce soit en EHPAD ou dans les cabinets médicaux, reste celui de l'outil informatique (30% des réponses).

Cela s'explique principalement par des problèmes techniques :

- liaison ADSL non installée,
- non possibilité de disposer d'une deuxième carte CPS (notamment en EHPAD, car le praticien n'a pas toujours la sienne avec lui),
- motivation parfois absente chez le praticien d'utiliser l'informatique.

Un seul cas de problème dû à la difficulté d'intégration de l'ATIM au sein d'une équipe a été signalé.

IV RESULTATS ID-SYS

Les questions ont été posées directement à Monsieur Poletti, dirigeant de la société ID-SYS, prestataire informatique accompagnant l'expérimentation de la fonction d'ATIM.

IV.1 Rappels sur l'expérimentation

1. Démarrage de la deuxième expérimentation:

- mi-janvier 2009 : conception de l'opération,
- mi-février 2009 : communication vis à vis des différents participants, organisation de la réunion plénière des médecins et réunion de lancement à l'URML-RA.

2. Date d'installation du système:

Système opérationnel le 14 avril 2009 (fin février pour l'EHPAD Paul Idier à Veyrier du Lac).

3. Période d'intervention de l'ATIM:

A compter du 26 avril 2009, installation des EHPAD tout au long de l'année 2009.

4. Statistiques d'activité à fin juin 2010:

- 7 EHPAD impliqués, 3 EHPAD connectables sur le bassin annécien
- 539 patients rencontrés
- 476 dossiers DPPR créés
- 320 documents de synthèse «SOCLE» réalisés
- 266 documents de synthèse «SOCLE» intégrés au DPPR et 11« SOCLE» réactualisés
- 88% d'avancement (dans les EHPAD) dans la création de dossiers DPPR
- 24 médecins traitants connectés et formés au DPPR+ 3 médecins traitants en cours de connexion et de formation.

A noter que l'Unité Mobile de Gériatrie du C.H.R.A. d'Annecy est connectée au DPPR depuis le 26 mai 2010 et peut accéder aux dossiers patients via la fonction «Bris de Glace» depuis le 08 juin 2010 en accord avec le SISRA.

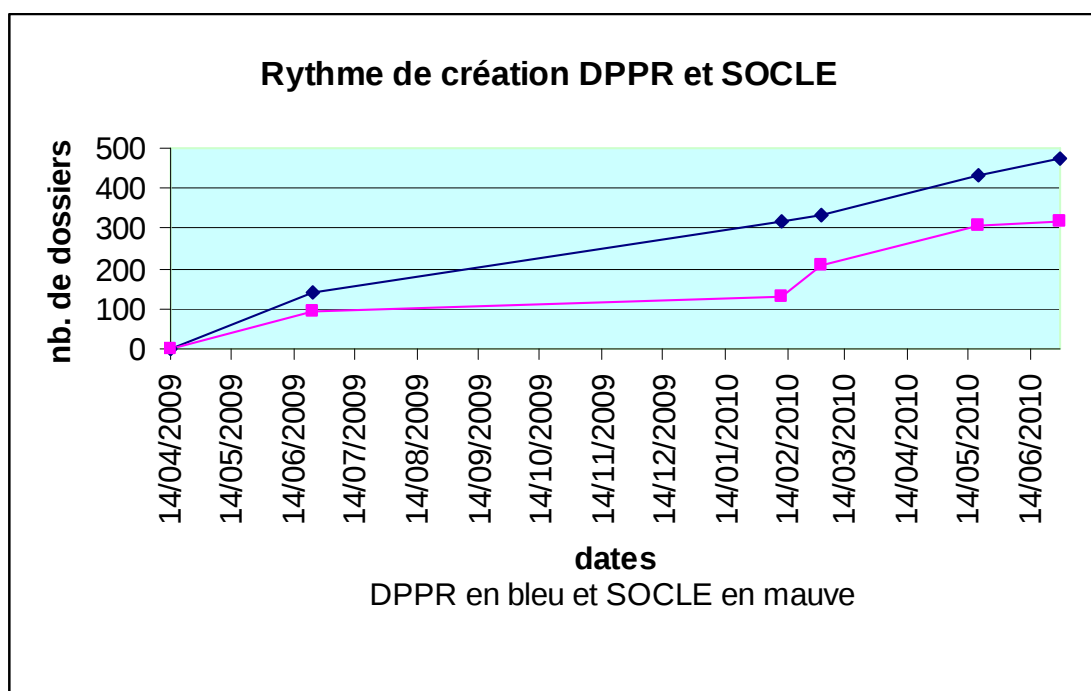
au 02/03/2010				au 28/06/2010			
nombre de résidents	DPPR créés	SOCLE créés	SOCLE poussés	DPPR créés	SOCLE créés	SOCLE poussés	SOCLE réactualisés
539	332	210	116	476	320	266	11

Les résultats (communiqués par ID-SYS) font apparaître que la saisie des dossiers est un travail relativement lent.

En quatre mois (du 2 mars 2010 au 28 juin 2010), 144 DPPR et 110 SOCLE ont été créés, soit 36 DPPR et 27 SOCLE environ par mois. Corrélativement 150 SOCLE ont été «poussés», soit 37 par mois.

On peut appréhender ainsi une première approche du «rythme de croisière moyen» de saisie des dossiers Patients.

Afin d'estimer au plus juste le rythme de création de dossiers (DPPR et SOCLE) par l'ATIM, nous avons utilisé les statistiques d'ID-SYS qui nous donnent, sur la période avril 2009 à juin 2010, la progression suivante:



5. Estimations des temps relatifs aux activités de l'ATIM en EHPAD :

Ces éléments nous ont été rapportés par la société ID-SYS sans avoir pu faire l'objet d'une vérification externe (cf. rapport ID-SYS du 23 juin 2009 :

- prise de contact et mise en place de l'ATIM dans l'EHPAD ($\frac{1}{2}$ journée par EHPAD)
- créations des dossiers DPPR sur la plateforme SISRA et des habilitations des médecins grâce à un accès sécurisé par la carte CPA de l'ATIM (1 journée par EHPAD)
- créations des synthèses des dossiers sur un document SOCLE qui regroupe:
 - les antécédents,
 - les traitements en cours,
 - les problèmes en cours,
 - les examens complémentaires demandés,
 - l'état immunitaire,
 - les facteurs de risque.
 (1h30/ résident)
- recueil de la validation de chaque synthèse auprès du médecin (0h10/ résident)
- accompagnement du médecin dans le transfert du SOCLE (0h05/résident).

D'où un temps total de création et de validation du SOCLE estimé par résident, hors mise en place, d'environ 1h45.

D'où un temps total estimé par résident (incluant la prise de contact et la création des dossiers DPPR) d'environ **2h30 par résident**.

Partant de ce constat, ID-SYS indique que pour un EHPAD comptant 80 résidents en moyenne avec 60 concernés par le DPPR, cela représente environ pour l'ATIM : **1 mois et une semaine de travail à temps complet, soit 25 jours répartis sur une période de 4 mois.**

Dans les étapes ultérieures de poursuite de l'expérimentation ou du déploiement de la fonction ATIM, il serait judicieux de mettre au point un rapport d'activités permettant de distinguer les temps passés à la création des dossiers versus leur mise à jour.

IV.2 Analyse des coûts de la fonction ATIM chez ID-SYS

Le financement est assuré par le SISRA sur des fonds provenant du Ministère de la Santé via l'ASIP ; ces fonds sont ensuite reversés à l'ADSIML (voir le SISRA et plus particulièrement, Monsieur Thierry DURAND pour plus de précisions).

En dehors du financement du salaire «chargé» (financement des congés payés, mutuelles et autres frais légaux) de l'ATIM, il convient d'ajouter les frais directs liés au travail de l'ATIM :

- équipement informatique portable complet de l'ATIM (ordinateur portable, lecteur de cartes CPS, téléphone portable, clef 3G, modem et câbles de connexion, logiciels bureautiques et différents L.G.C. ;
- frais de déplacement, assurance véhicule professionnelle et divers abonnements ;
- assurances responsabilités professionnelle et civile pour son activité dans le contexte d'établissements de santé ;

mais aussi les coûts liés à la réalisation des prestations suivantes :

- rencontres avec les directeurs et médecins coordonnateurs d'EHPAD : travaux de présentation et d'adhésion à l'expérimentation, contractualisation ;
- encadrement de l'ATIM, suivi de son planning et de ses interventions ;
- coordination entre les interlocuteurs finaux et le Dr R-P. Labarrière, chef de projet EHPAD 74 ;
- élaboration des documents et rapports : contractuels vis-à-vis des EHPAD, de communication avec les médecins (courriels et courriers divers), rapports qualitatifs et quantitatifs vis-à-vis de l'ADSIML et SISRA ;
- organisation de réunions d'information et newsletters d'information et sensibilisation aux médecins ;
- conception et élaboration de stratégies vers de nouvelles perspectives ;
- formation de l'ATIM aux différents L.G.C. utilisés et logiciels métiers des EHPAD ;
- assistance technique : connexion de l'EHPAD, liaison avec les différents services informatiques, équipement des postes, assistance et maintenance.

Les coûts indiqués ci-après sont exprimés Hors Taxes car issus de la comptabilité de l'entreprise ID-SYS (mode usuel en entreprise commerciale assujettie à la TVA).

1. coût mensuel de l'ATIM

Statut ATIM : CDD

Coût mensuel (charges sociales incluses+ prime de précarité+congés payés) : 2 750 euros.

2. coût complet de la fonction ATIM (informatique, fonctionnement, salaire...)

ID-SYS indique une charge de structure inhérente de 25% du coût de l'ATIM, soit 690 euros, ce qui donne un total de : 3 440 euros par mois.

3. coût global (ATIM + structure) depuis le début de la deuxième expérimentation sur le Bassin Annécien

D'après Monsieur Poletti, le coût minimum de l'expérimentation est de 6 000 euros H.T. par mois si l'on comptabilise l'ensemble des dépenses supportées par ID-SYS; soit un budget de 72 000 euros H.T. (1er mai 2009 au 30 juin 2010, avec une interruption en juin et juillet 2009).

C'est une somme qui ne représente pas totalement le coût complet du projet car le temps passé par l'ensemble du personnel ID-SYS sur l'expérimentation n'a pas été comptabilisé. D'après M. Poletti, si une méthode de prix de revient en coût complet avait été suivie, ce budget de 72 K euros aurait été dépassé.

IV.3 Bilan selon ID-SYS

1. points positifs :

- un accès non limité à l'EHPAD pour l'ATIM, ce qui permet un travail suivi et de qualité,
- l'équipement en logiciel médical permet de récupérer les données pour la création du document SOCLE,
- contacts permanents avec les résidents : situation qui favorise l'ouverture des dossiers,
- les médecins connectés découvrent le potentiel du DPPR et l'intérêt de suivre, grâce à lui, l'évolution de la santé du patient,
- les plannings mis en place avec les médecins coordonnateurs pour la validation des SOCLE sont respectés.

2. points négatifs:

- parfois, il est compliqué pour l'ATIM de programmer sa présence du fait d'un manque de local dédié à son activité,
- les autorisations de l'ATIM par le service informatique des EHPAD sont parfois longues à obtenir, causant un retard dans le démarrage de la mission,
- on note une forte disparité des logiciels au sein des EHPAD, source de perte de temps,
- difficulté de collecte des informations pour constituer le dossier du résident,
- manque de coordination entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants extérieurs,
- la présence programmée des médecins en EHPAD peut être perturbée en fonction des urgences qu'ils doivent traiter.

V BILAN DE L' ATIM

V.1 La fonction ATIM

Mme Marie-Jo. PETRINI est sous contrat ID-SYS avec des clauses strictes de confidentialité et de non concurrence ; sa définition de fonction peut être présentée comme suit :

- vérification et mise en place avec ID-SYS des connexions d'accès au DPPR depuis les EHPAD et les cabinets médicaux de ville,
- coordination avec l'infirmier(e) référent(e) pour identifier les patients,
- recueil des autorisations auprès des patients ou de leur famille,

- création des dossiers sur la base SISRA et des habilitations des médecins à partir d'un accès sécurisé par la carte CPA (Carte Personnel Autorisé) de l'ATIM,
- création des synthèses des dossiers sur un document SOCLE,
- recueil de la validation de chaque synthèse auprès des médecins.

V.2 Aspects matériels

Au niveau des cabinets médicaux, il est constaté :

- parfois absence d'ADSL,
- non connaissance de l'existence du DPPR par les médecins traitants extérieurs,
- manque de coordination entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants.

Au niveau des EHPAD, il est constaté :

- pas vraiment de difficulté technique, excepté un EHPAD où un problème de connexion fut rencontré,
- il est parfois difficile d'obtenir la disponibilité d'un local ; partager un bureau ne facilite pas toujours l'intervention et la confidentialité (lorsque le bureau est partagé avec le médecin coordonnateur),
- les autorisations sont longues à obtenir des services informatiques des EHPAD et ralentissent le démarrage de la mission,
- les dossiers des patients sont parfois sommairement renseignés et se présentent, encore pour certains, sous forme « papier »,
- des connaissances de base sont nécessaires pour bien exercer ce poste ; cela induit une formation minimale indispensable avant la prise de fonction. Or la formation de l'ATIM s'est faite sur la base d'une autoformation de 3 jours dans un cabinet médical ; c'est un point qu'il faudra revoir en cas de déploiement.

V.3 Aspects relationnels

1. avec les patients

Globalement les patients font confiance à l'ATIM une fois la démarche expliquée.

Par contre, il convient de ne pas trop détailler les aspects techniques au risque de « perdre » le patient dans des dimensions complexes qui le dépassent ; il est important cependant de ne pas oublier d'expliquer la démarche à la famille du patient afin d'éviter les refus.

2. avec le personnel des cabinets médicaux et des EHPAD

Le personnel des établissements reste parfois un peu en retrait au niveau relationnel.

L'ATIM a constaté que sa présence avait été rarement expliquée par la hiérarchie de l'établissement et que cela produisait, au départ, des relations « plutôt prudentes » (par ignorance).

De plus, le « turnover » du personnel dans certains EHPAD et plus généralement le travail dans l'urgence, ne favorisent pas l'intérêt du personnel vis à vis de cette expérimentation.

L'ATIM a perçu dans certains cas une réaction de crainte quant à sa position dans l'établissement (ferait-elle partie de la Direction?).

En résumé, le personnel des établissements semble peu impliqué dans la démarche.

L'ATIM n'a pas eu de contact particulier avec le personnel des cabinets médicaux.

3. avec les praticiens

L'ATIM n'a pas noté de problème particulier dans sa relation avec les praticiens qui ont généralement accepté l'expérimentation et son intervention.

Ceux qui n'ont pas accepté la démarche avancent pour principale raison de leur désintérêt le fait qu'ils seront intéressés lorsque l'Hôpital sera connecté.

La validation du SOCLE se déroule, dans l'ensemble, de manière très satisfaisante. Certains praticiens semblent surpris par le manque de rigueur pour renseigner les dossiers des patients au sein de l'EHPAD; les validations sont plutôt rapides (de 2 à 5 minutes).

VI CONCLUSIONS SUR L'EXPERIMENTATION ATIM

VI.1 Point de vue des Praticiens

Si bien entendu rien ne remplace la supervision du médecin dans la procédure suivie, l'intérêt à développer la fonction d'ATIM est largement reconnu par les professionnels de santé interrogés.

L'aide apportée par une personne qualifiée techniquement dans la rédaction du DPPR et du SOCLE apparaît comme réellement utile à la majorité des praticiens.

Les points forts de cette nouvelle fonction sont de trois ordres :

- le premier concerne la notion de facilitation du travail d'information technique et de réduction des tâches administratives avec un gain de temps dans la création des dossiers (c'est une constante dans les réponses),
- le second se rapporte à la création d'une interface entre la partie technique du DPPR et le praticien. L'intervention de l'ATIM permet d'utiliser l'informatique de façon plus performante tout en n'obligeant pas le médecin à consacrer plus de temps à des tâches administratives dont le fardeau ne cesse de s'alourdir,
- le troisième induit une meilleure coordination des soignants autour du patient permettant de mieux informer (le patient ou sa famille) sur la pertinence utile du DPPR.

VI.2 Proposition d'évolution selon ID-SYS

Pour optimiser le système, il conviendrait de mettre en place une plateforme centralisée de gestion des ATIM pilotée par ID-SYS.

Ce service aurait l'avantage de mettre à disposition des médecins et des EHPAD un personnel exerçant la fonction d'ATIM. Cela apporterait une grande flexibilité ainsi qu'une forte réactivité puisqu'il y aurait intervention ajustée à la demande.

Cette solution pourrait aussi permettre de résoudre les freins observés pendant les 18 mois d'expérimentation, tant aux niveaux techniques, matériels que comportementaux.

VI.3 Point de vue de l'ATIM

1. Formation spécifique à la fonction d'ATIM

Elle a été suffisante pour effectuer cette expérimentation dans des conditions raisonnables. Il est avant tout nécessaire d'être autonome, de posséder des connaissances et une pratique informatiques de base.

De plus, il est important d'être rapidement opérationnel et d'avoir des connaissances du processus de soin de niveau « secrétaire médicale ».

Il serait cependant très utile de prévoir un processus technique d'apprentissage «sur le terrain» afin de maîtriser plus rapidement les outils : DPPR, SOCLE, outils informatiques.

2. Améliorations techniques à apporter

- étudier les moyens d' « enrichir » le dossier SOCLE (par exemple : les facteurs de risque),
- fournir une deuxième carte CPS au médecin coordonnateur afin de faciliter le transfert des données lorsqu'il est présent dans l'EHPAD (en cas d'oubli),
- prévoir dans chaque EHPAD un ordinateur équipé accessible au médecin coordonnateur,
- rechercher une unification (si possible) des logiciels utilisés dans chaque EHPAD,
- insister sur l'outil informatique et son utilisation dans le DPPR auprès de tous les intervenants,
- pour chaque établissement, être équipé d'un logiciel de gestion afin de supprimer tout support papier pour les dossiers patients (gain de temps, diminution du risque d'erreur, création et mises à jour plus faciles).

3. Une information renforcée et des supports plus complets

Il s'agit de mieux informer le personnel de l'existence du DPPR et de l'ATIM afin qu'il se sente plus concerné.

Il conviendrait de mieux expliquer, dans la présentation du processus, le rôle de chaque intervenant : URML, SISRA, ADSMIL.

Il faudrait posséder une documentation simple présentant ce qu'est le DPPR afin de la remettre au patient (ou à sa famille) lors de sa présentation en rendant celle-ci plus conviviale.

En résumé, l'ATIM estime à juste titre que son travail est une fonction à part entière regroupant des tâches variées justifiant une rigueur d'exécution.

Si elle doit être généralisée, cette fonction doit être mise en place sur la base d'une description de poste et de modes de fonctionnement définis avec précision.

VI.4 Nos conclusions

1. En préalable deux avis sont à prendre en compte

Dans son courriel du 9 juin 2010 au Dr Labarrière, M. Thierry Durand (Directeur de l'information hospitalière du Centre Régional Léon Bérard) déclare :

« Je pense qu'il faut profiter de la situation pour rebondir : faire exploser la phase d'usage du DPPR. Pour cela, je pense pouvoir affecter à ce projet une réserve financière de notre contrat avec l'ASIP Santé.

Il faut par contre repenser le projet avec comme nouveaux éléments à prendre en compte :

- faire rentrer le SAMU dans le circuit (et possiblement SOS médecin bien que nous n'ayons pas bien compris comment ils utiliseraient le DPPR),
- utiliser plus fortement la nouvelle fonctionnalité ZEPRA pour informer les correspondants par mail, de la disponibilité d'un nouveau document,
- faire monter en usage l'équipe mobile de gériatrie du CHRA (car nous en sommes juste au début),
- utiliser le fait que le CHRA alimentera le DPPR d'ici là.

En clair, je pense que l'on peut maintenant faire un vrai projet ville-hôpital.

Par contre, si vous passez beaucoup de temps sur ces nouveaux objectifs, je pense qu'il faut limiter (voire stopper) l'ajout de nouvelles EHPAD et se limiter à la mise à jour des SOCLE (on voit que la mise à jour des SOCLE est faible en volume).

Je propose d'apporter un financement de 36 K Euros, soit 6 mois de fonctionnement dans les coûts actuels, qui pourrait être réfléchi durant l'Eté pour un démarrage en septembre-octobre 2010.

Je pense que l'intérêt d'avoir l'ADSIMLRA est de pouvoir lancer cette nouvelle phase ».

Dans son courriel du 6 juillet 2010 à notre attention, M. Poletti, dirigeant d'ID-SYS déclare :

« Dans un but de pérennisation de cette opération, nous pouvons proposer un redémarrage courant septembre 2010 pour une confortation de l'expérimentation "EHPAD 74", construite entre autres sur les axes de développement qui ont été présentés à l'ADSIML et amendés par le SISRA (confer mon dernier mail du mardi 29 Juin) avec :

- une obligation de moyens ;
- un professionnalisme de haut niveau ;
- une confidentialité sans faille ;
- basée sur des objectifs atteignables réalistes.

Cette proposition constructive permettra une réduction substantielle des coûts unitaires de création de dossiers DPPR ainsi que des SOCLE poussés.

Dans ce sens, nous voulons bien effectuer encore un effort supplémentaire et proposer à l'ADSIML la base financière annuelle suivante (ATIM + encadrement + coordination + relations/contractualisation avec les EHPAD + information des PS + assistance technique + rapports) :

- un (1) ATIM : 5 750,00 € H.T./mois
- ou deux (2) ATIM : 4 600,00 € H.T./ATIM/mois (incluant la formation du 2ème ATIM) ».

2. ATIM : une vraie fonction au service du Professionnel de Santé

L'avis des professionnels de santé est quasi unanime : cette fonction, dans le cadre du partage des informations médicales entre les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, a une véritable utilité.

L'ATIM est l'acteur essentiel de l'utilisation du DPPR, tant au niveau des cabinets médicaux de ville que des EHPAD.

3. Cette expérimentation a confirmé l'intérêt du Patient pour le DPPR

Incontestablement cette deuxième expérimentation a démontré que les patients et leur famille, ayant reçu les informations requises, acceptent d'habiliter des professionnels de santé à consulter leur dossier ainsi que l'ATIM à constituer et mettre à jour les informations du DPPR.

4. Des points techniques et logistiques restent à traiter

L'expérimentation a révélé qu'un certain nombre de problèmes restaient à régler. Hormis celui se rapportant à la fourniture d'une deuxième carte CPS pour les médecins coordonnateurs qui pose des problèmes de sécurité, les difficultés rencontrées sont principalement de nature organisationnelle.

Avec une démarche rigoureuse en termes de programmation des interventions de l'ATIM, d'information auprès des médecins traitants et des patients, de logistique et de fourniture de quelques matériels informatiques, les freins rencontrés devraient pouvoir être levés sans difficulté.

5. Un suivi des coûts complets de la fonction d'ATIM reste à mettre en place

Le coût d'un ATIM a représenté un budget de 6 000 euros H.T. par mois dans la phase expérimentale.

ID-SYS a proposé réduire ce budget à 5 750 euros H.T par mois pour un poste (cf. point #1 ci-avant). Si la fonction d'ATIM devait être développée et déployée sur le périmètre local, une étude des coûts prévisionnels serait à réaliser afin de se mettre en correspondance avec un plan d'objectifs réalisables.

En période d'expérimentation, on peut se contenter d'un coût non optimisé.

En phase de déploiement et de pérennisation, il faut être certain de disposer du «bon système au meilleur prix».

Sur les 18 mois de l'expérimentation (cf. IV-1-4 tableau ci-dessus), 1 073 saisies d'opérations (DPPR, SOCLE, créés, poussés, actualisés) ont été effectuées par l'ATIM. Si nous rapportons le coût global de l'expérimentation (72 K Euros H.T.) à une opération de saisie, nous obtenons un coût standard de : 67,10 Euros H.T. ou **80,25 Euros TTC**.

Si nous appliquons la dépense mensuelle au rythme moyen de saisie sur le dernier trimestre 2010, plus représentatif d'un «rythme de croisière», le **coût moyen du dossier est de 72 Euros TTC** (36 DPPR créés, 27 SOCLE créés, 37 SOCLE poussés, soit 100 pour 6 000 euros H.T. selon les chiffres ID-SYS).

Dans le but d'approfondir la connaissance des coûts des activités de l'ATIM, il conviendrait d'analyser en détails le processus de création / mise à jour DPPR et SOCLE; la décomposition en étapes de chaque activité de l'ATIM permettrait de connaître les temps passés et d'affecter à chaque étape l'ensemble de ses coûts directs pour obtenir au final un coût complet par étape puis le coût complet du processus.

Pour ce qui concerne aujourd'hui le choix de l'opérateur, ID-SYS semble à l'heure actuelle le mieux placé compte tenu de son antériorité et du savoir-faire acquis. Confier la gestion de la fonction ATIM à un autre prestataire aurait pour conséquence de ne pas capitaliser sur son expérience et serait une cause de dépenses supplémentaires.

Cela dit, il serait judicieux d'exécuter périodiquement un audit indépendant de la prestation réalisée par ID-SYS afin de maîtriser les prix d'intervention de l'ATIM. Pour éviter tout conflit d'intérêt, il n'est pas sain de confier la mesure des résultats à celui qui produit ces mêmes résultats.

Qui plus est, toute prestation externalisée doit faire l'objet d'une convention spécifique précisant les objectifs, obligations, ressources, modalités de contrôle incombant aux parties.

6. L'équilibre des prestations de l'ATIM doit être assuré

Les objectifs à court / moyen / long termes de déploiement du DPPR et de la fonction ATIM doivent respecter un équilibre à définir entre:

- les objectifs / besoins de la Médecine Libérale exercée en EHPAD, en Clinique ou en cabinets de ville
- et ceux des unités du CHRA (Gériatrie ou autres).

Un **plan d'objectifs** DPPR/ATIM 2011-2012 reste ainsi à préciser et formaliser, afin de quantifier les activités futures de l'ATIM en cas de déploiement ; sans être exhaustifs ou limitatifs, les points suivants sont à traiter :

- Quels territoires géographiques sont à couvrir par la fonction ATIM ?
- Quelles pathologies doivent constituer les priorités de déploiement local du DPPR ?

- Quel niveau de déploiement doit être défini pour le segment EHPAD et les cabinets de ville ; figer le développement à l'existant à fin juin est-il rationnel ?
- Quel niveau de déploiement doit être alloué aux Etablissements publics ou privés ?
- Quel niveau de déploiement doit être prévu à court, moyen et long termes sur le CHRA et/ou les autres établissements publics de Haute-Savoie ?

7. Les modalités d'exercice de la fonction ATIM doivent être approfondies

De façon durable, au-delà de la phase expérimentale et en fonction du plan d'objectifs, la structure d'exercice de la fonction ATIM doit être précisée.

A ce jour, jusqu'à la clôture officielle de l'expérimentation et dans l'attente des éventuelles décisions de rendre pérenne les activités de l'ATIM, il est raisonnable de confier à un prestataire externe au monde de la Santé l'exercice de la fonction ATIM dans le cadre d'une convention de services.

A terme selon nous, il convient d'envisager la mise en place d'une plateforme locale ou régionale de services correspondant au déploiement du DPPR qui serait servie par plusieurs acteurs exerçant la fonction d'ATIM.

D'une manière générale, il n'est ni raisonnable ni prudent que la fonction d'ATIM soit remplie par un seul acteur quel que soit son niveau d'expérience ou de compétences ; il convient en effet que cette fonction utile soit répartie sur plusieurs acteurs afin d'assurer la continuité du service.

Qui plus est, il n'est pas souhaitable d'exposer à terme cette fonction aux risques opérationnels et financiers, propres à une quelconque entreprise commerciale de services informatiques.

Une structure juridique ad hoc, indépendante de tout prestataire et sous la tutelle des Professionnels de Santé est à étudier pour éventuelle mise en place :

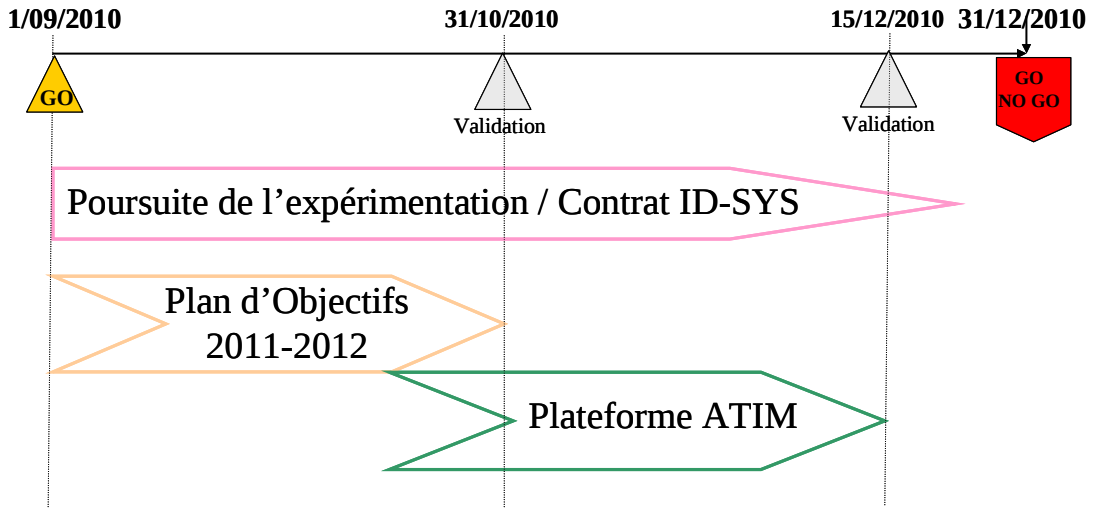
- qui, en tant que plateforme de services, passerait:
 - o des conventions de financement avec des organismes tels que l'URML-RA, SISRA, l'ADSIML, l'Etat, les collectivités locales...
 - o et des contrats de services avec des prestataires informatiques, logistiques, organismes de formation...
- qui effectuerait ses prestations via mandats / contrats avec les acteurs publics et privés de la Santé sur un territoire déterminé.

Seule une structure juridique sous contrôle des acteurs régionaux de Santé, mobilisant des ressources financières et compétences ajustées à un plan d'objectifs validé par ses financeurs, disposant de procédures de fonctionnement formalisées et transparentes, soumise à un rapport d'activités et une évaluation périodique indépendante, garantira le haut niveau de qualité de l'information médicale indispensable à la qualité des soins.

Ainsi en cas de déploiement de la fonction ATIM à terme (après définition d'un plan d'objectifs par les médecins qui respecte l'équilibre public / privé et étude complète), nous proposons la mise en place d'une plateforme de service, indépendante de tout prestataire SSII, sous l'autorité et la tutelle financière des acteurs de Santé via l'URML-RA ou toute autre organisme piloté par les médecins.

Cette plateforme de services ATIM utiliserait dans un cadre contractuel les prestations (informatiques, logistiques, formation, audit...) de tout prestataire remplissant les conditions d'un cahier des charges défini par la dite plateforme.

Le plan de marche suivant pourrait être retenu :



Restant à votre disposition pour tout complément d'information et vous accompagner dans le développement opérationnel de la fonction ATIM, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations respectueuses.

Veyrier du Lac, le 31 juillet 2010

Yves Ménard et Jean-Marc Dusserre
BREVENT Management SARL

VII LISTE DES ANNEXES

- VII-1 Questionnaire destiné aux praticiens libéraux
- VII-2 Questionnaire destiné aux médecins en EHPAD