



## Comment favoriser la coopération multidisciplinaire et interprofessionnelle pour améliorer la qualité et le suivi des soins ?

Débats du CNOM  
15 décembre 2009

### Sommaire

1. Les regroupements professionnels
2. La répartition des activités entre professionnels de santé
3. Les NTIC

Autour du **Dr. Jacques Lucas**, Vice-Président du CNOM chargé des systèmes d'information en santé, ont notamment participé à ce débat en qualité d'intervenants :

- **Mme Dominique Le Bœuf**, Présidente de l'Ordre des Infirmiers
- **Le Pr Guy Vallancien**, Chef du département d'urologie et de néphrologie à l'Institut mutualiste Montsouris et rapporteur de la mission « maisons de santé » auprès du ministère de la santé
- **M. Christian Saout**, Président du Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS)
- **Le Dr Ayden Tajahmady**, coordinateur du programme de l'ANAP

**Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins**

La coordination des soins entre les professionnels de santé est aujourd'hui plus que jamais essentielle pour assurer des soins de qualité. Les relations entre les différents ordres des professions de santé représentent des atouts de premier plan à mettre à profit pour ces chantiers. L'Ordre, présent sur tout le territoire par le biais de ses conseils régionaux et départementaux, sait très précisément comment se répartissent les activités entre chacune des professions de santé. Une étude réalisée sur la ville de Paris montre que sur 24 000 médecins inscrits, 12 000 sont des médecins généralistes mais seuls 3 500 exercent véritablement la médecine générale. L'Ordre des médecins entend donc développer avec les autres ordres deux volets principaux : l'informatisation de la santé et les coopérations interprofessionnelles, moyennant certaines conditions telles des formations spécifiques pour ceux qui se verraient déléguer des tâches.

Aujourd'hui les ARS constituent des acteurs essentiels pour mettre en œuvre dans les territoires la nouvelle organisation de la santé issue de la loi HPST. Les directeurs de ces ARS ont été nommés et étudient actuellement les modalités de leur succession aux ARH et de leur intervention. Toutefois les modalités des coopérations interprofessionnelles relèvent bien du niveau national et non du niveau local. Elles devront faire l'objet d'accords notamment avec la HAS. Les ordres ont donc un rôle fondamental à jouer dans la définition de ces modalités afin de s'attacher à ce que cette nouvelle organisation soit mise en musique dans les régions en fonction de leurs spécificités.

**Franck GINTRAND, Animateur du débat**

Il s'agit aujourd'hui de répondre à une question simple : alors que le temps des professionnels de santé devient de plus en plus limité, comment favoriser la coopération entre ces différents professionnels ? Trois moyens sont envisageables : les regroupements professionnels, la répartition des activités entre professionnels de santé et les nouvelles technologies.

## **I. Les regroupements professionnels**

### **Franck GINTRAND**

Quels types de regroupements existe-il aujourd'hui en France ?

### **Jacques LUCAS, Vice-président du Conseil national de l'Ordre des Médecins, chargé des systèmes d'information en santé**

Deux tendances fortes se sont développées : le regroupement des établissements d'hospitalisation publics ou privés sous la férule des ARH et les regroupements médicaux. L'exercice solitaire de la médecine qui prévalait encore il y a quinze ans disparaît progressivement et les spécialistes d'organes comme les médecins généralistes se regroupent. Les médecins généralistes isolés restants ne sont plus remplacés lorsqu'ils cessent leur activité, en particulier dans les territoires ruraux, favorisant le développement des maisons pluridisciplinaires ou maisons de santé. De tous temps, l'exercice de la médecine a supposé des coopérations entre professions de santé. Nous souhaitons aujourd'hui structurer cette pratique. Il convient cependant que les ordres soient vigilants à ce que cette structuration réglementaire ne vienne pas inhiber quelques initiatives fructueuses. Nous devons à l'évidence nous regrouper mais le pivot du système reste le patient.

### **Franck GINTRAND**

Où en est-on du regroupement ? Quelles sont les professions qui sont effectivement regroupées et celles qui doivent encore faire un effort dans ce domaine ?

### **Guy VALLANCIEN, Chef du département d'urologie et de néphrologie à l'Institut mutualiste Montsouris, rapporteur de la mission « Maisons de santé et banlieues » auprès de Madame Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports**

Les chiffres sur les regroupements sont très disparates. Il existe environ une centaine de maisons de santé de tailles très différentes. Les plus grandes maisons de santé sont situées dans les campagnes.

Elles ne se limitent pas à dispenser des soins, elles sont également chargées de la veille épidémiologique locale, de la prévention, des soins thérapeutiques et de l'enseignement. Ces maisons de santé devront constituer à terme le pilier de la formation des généralistes car 50 % des étudiants sortant des universités ne maîtrisent pas la médecine générale. Le nombre de professeurs et chefs de clinique en médecine générale présents dans les maisons de santé pour former les jeunes médecins devrait donc substantiellement augmenter. A Bletterans, la moyenne d'âge des 8 médecins qui exercent actuellement au sein de la maison de santé est de 32 ans et 6 d'entre eux ont effectué 6 mois de stage dans cette maison. Les jeunes peuvent exercer dans les campagnes sans forcément y habiter. Plus qu'un regroupement, il s'agit d'un travail en équipe où chacun a son propre rôle et son indépendance. Les jeunes sont totalement préparés et intéressés par une telle révolution. 20 000 médecins généralistes vont partir en retraite dans les 10 prochaines années, remplacés par 26 000 jeunes. Cette évolution s'effectuera donc naturellement. A terme, il est possible que 3 000 ou 4 000 maisons de santé soient créées.

**Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins**

Un aspect ne doit pas être négligé cependant. Sur 10 inscriptions au tableau de l'Ordre aujourd'hui, une seule concerne l'exercice libéral. Qui occupera ces 4 000 maisons de santé ? Les jeunes médecins souhaitent exercer en collectif mais dans un emploi salarié.

**Guy VALLANCIEN**

Le mode de rémunération pose en effet problème. Il est clair que certaines tâches ne sont pas reconnues à leur juste valeur. Il faut à terme aller vers un système de rémunération mixte. Les centres de santé municipaux ou mutualistes se trouvent tous en déficit parce qu'ils s'occupent du médico-social, qui n'est pas honoré, mais également du fait d'une administration pléthorique et d'une sous-productivité liée à l'absence d'incitation. Il convient donc de conserver une grande part à l'acte. La Finlande a choisi de revenir à l'acte après avoir tenté de salarier les médecins. Le régime minier vient également de passer à l'acte.

**Franck GINTRAND**

Existe-t-il des maisons de santé qui fonctionnent déjà selon ce modèle ?

**Guy VALLANCIEN**

Non car nous ne disposons pas encore des outils pour le faire.

**Franck GINTRAND**

Comment obtenir ces outils ? Quels sont les freins ?

**Guy VALLANCIEN**

Cela passe par du lobbying. Cependant l'enveloppe est aujourd'hui contrainte. Or il faut financer les tâches qui ne constituent pas un acte. Je ne suis pas contre une réduction du nombre de personnels sanitaires. Dans le Jura, plusieurs maisons de santé assurent la permanence de soins dans la journée et disposent d'un généraliste de garde la nuit pour les urgences. Les 17 000 appels reçus n'entraînent plus que 5 000 interventions. Le nombre de ces appels a également été réduit de 30 %. Les plateformes de proximité rassurent et permettent de répondre de manière appropriée à chaque demande de prise en charge d'urgence.

**Franck GINTRAND**

A quelle échéance prévoyez-vous l'installation de ces 4 000 maisons de santé ?

**Guy VALLANCIEN**

Il revient aux acteurs locaux eux-mêmes, médecins, kinésithérapeutes et infirmiers, de monter les projets et non aux pouvoirs publics. Il convient donc de leur offrir une liberté et une souplesse juridique pour le faire.

**Franck GINTRAND**

Christian Saout, pensez-vous qu'il faille laisser l'initiative aux acteurs ?

**Christian SAOUT, Président du Collectif Inter-associatif sur la Santé (Ciss)**

Cette vision est par trop angélique. La liberté laissée jusqu'ici aux acteurs a engendré un système totalement désorganisé. L'absence de règles publiques à ce sujet est inimaginable. Il doit nécessairement exister un schéma minimal de l'offre de soins, y compris pour l'offre ambulatoire organisée sous la forme des maisons de santé. Le financement provient des pouvoirs publics. Tous les acteurs, collectivités publiques et professionnels de santé, doivent être associés à la démarche. Une cartographie des implantations doit être définie ainsi qu'un cahier des charges pour éviter les dérives de ces maisons de santé pluridisciplinaires. Il convient de se référer aux exemples étrangers. La pluridisciplinarité doit être coordonnée et non juxtaposée.

**Guy VALLANCIEN**

Les pouvoirs publics locaux, nationaux voire européens doivent effectivement être parties prenantes du projet, sur son aspect financement en particulier, mais le projet en lui-même doit être initié par les acteurs. Un maillage régional doit également être établi. Par ailleurs, nous encourageons une labellisation de ces maisons, avec des critères obligatoires qui tiennent à exercer sous le même toit, s'engagent à assurer la continuité des soins, à disposer d'un dossier partagé et d'un réseau de télé médecine et à instituer une rémunération adaptée en fonction des tâches. Le respect de ces cinq critères conditionne l'existence des maisons de santé.

**Franck GINTRAND**

Ces maisons ne posent-elles pas le problème de la salle d'attente ?

**Jacques LUCAS**

La loi indique que lorsqu'un patient entre dans un établissement de santé publique, il se confie à une équipe de soins. Il en est de même dans le secteur de l'exercice libéral de la médecine. La coordination des soins permet à l'ensemble de ces professionnels de santé de coordonner leur activité. Il est vrai qu'il peut exister, sur un territoire, des antipathies entre un professionnel de santé et une personne mais cette dernière conserve sa liberté de ne pas le consulter. Il s'agit d'un faux problème compte tenu des nécessités de coopération et des besoins sanitaires.

**Dominique LE BCEUF, Présidente du Conseil national de l'Ordre des Infirmiers**

La réputation de cloisonnement du système ambulatoire est une idée reçue. Les infirmiers travaillent ensemble depuis longtemps et assurent la continuité des soins. Il ne s'agit pas de savoir s'il faut vivre ensemble mais comment partager les données.

**Franck GINTRAND**

Comment est géré le dossier médical dans les maisons de santé ?

**Guy VALLANCIEN**

Certaines maisons sont informatisées et disposent d'un dossier partagé. Les hôpitaux fonctionnent déjà de cette façon. Il conviendrait que le patient qui consulte un professionnel dans une maison de santé puisse autoriser ou non le partage de son dossier entre tous les professionnels. Je doute de l'efficacité du dossier national mais les équipes elles-mêmes peuvent s'approprier les dossiers, réduisant le nombre de transferts vers l'extérieur.

**Dominique LE BCEUF**

Je suis sceptique. La question essentielle touche aux patients et à leur prise en charge à la sortie de l'hôpital, lorsqu'ils ont besoin de soins complexes qui n'étaient pas auparavant effectués en ambulatoires. Une nouvelle organisation doit être trouvée. Or ces patients n'iront pas dans les maisons de santé, dont le rythme et les horaires ne leur correspondent pas. L'Ordre des infirmiers est l'ardent défenseur des regroupements mais il convient de déterminer précisément le rôle de chaque acteur.

**Guy VALLANCIEN**

Nous avons constaté que les infirmiers se montraient assez dubitatifs sur cette démarche car leurs nombreuses visites ne facilitent pas leur intégration dans un centre. Pour autant, les médecins peuvent également prescrire à domicile. Il s'avère possible de mutualiser les moyens de transport pour le déplacement des patients, en particulier dans les villages. Certaines villes organisent des transports par minibus. Nous passons de l'artisanat à l'industrie du soin, ce qui permettra aux professionnels de santé de gagner du temps.

**Christian SAOUT**

Il convient effectivement d'inventer des modes de transport dans les deux sens, en dispensant des soins à domicile pour les patients pour qui c'est nécessaire et en organisant les déplacements d'autres patients vers les maisons de santé. Le transport ne soulève pas de difficulté.

**Dominique LE BŒUF**

Ces minibus ne constituent pas le sujet central. C'est le regroupement des professionnels de santé, l'organisation et le rôle de chacun qu'il convient de définir.

**Michel LEGMANN**

Les maisons médicalisées ne seront pas présentes partout, surtout dans des zones avec très peu d'habitants au km<sup>2</sup>. Je suis prêt à réfléchir à la mise en place de lieux mobiles de consultation. Ainsi, un médecin pourrait se déplacer grâce à un car médicalisé vers les zones les plus reculées, à peu de frais.

**Guy VALLANCIEN**

Je rejoins cette opinion. Il existe un système en Picardie de ce type qui fonctionne parfaitement, avec des infirmiers qui ont reçu une formation complémentaire et qui assurent de la prévention et de l'information médicale. Un car équipé coûte 120 000 euros.

**Jacques LUCAS**

Ces bus ne constituent pas la solution à tous les problèmes. Il convient de régler la question du rôle et de l'organisation des professionnels dans ces regroupements.

**II. La répartition des activités entre professionnels de santé****Franck GINTRAND**

Madame Le Bœuf, vous nous avez confiés, dans la préparation de ce débat, que le choix des mots s'avère crucial car délégation, partage et transfert cachent des réalités différentes.

**Dominique LE BŒUF**

La notion de délégation de tâches ne correspond pas à la réalité et la façon dont chacun travaille sur ces coopérations dans les autres pays. L'expression est issue du rapport Berland, qui indique que « *les médecins ne sont plus en mesure de tout faire. Ils doivent pouvoir abandonner à d'autres professionnels de santé ce qui ne demande plus une compétence médicale pointue pour répondre à la demande de soins grandissante au regard de la démographie et de l'évolution des technologies* ». Cette vision paraît réductrice.

**Franck GINTRAND**

L'expression « répartition des compétences » ne résout-elle pas le problème ?

**Dominique LE BCEUF**

Lorsque nous travaillons en équipe, nous évoquons la notion de compétences partagées, chacun exerçant sa mission en fonction de son champ de compétences. Cette notion s'avère beaucoup plus large et renvoie à la question du rôle de chacun.

**Jacques LUCAS**

Le transfert de compétences suppose de prendre à quelqu'un pour donner à quelqu'un d'autre alors qu'il s'agit ici d'effectuer un partage de compétences qui ont été acquises dans la formation initiale ou continue. Le CNOM mène actuellement une réflexion sur les compétences partagées et un travail en équipe dans lequel les rôles se trouvent répartis. En santé, nous travaillons sur un plan réseau et non sur une organisation pyramidale au sommet de laquelle se trouverait un chef disant aux niveaux inférieurs ce qu'il convient de faire. La commission nationale permanente de l'Ordre travaille sur ces coopérations afin d'établir un rapport donnant la vision des sept ordres professionnels.

**Michel LEGMANN**

Le terme « transfert de tâches » est utilisé dans le secteur de la santé pour décrire une situation dans laquelle une tâche normalement assurée par un médecin est déléguée à un professionnel de santé dont le niveau de formation et d'expérience est moindre ou différent ou à une personne spécialement formée pour effectuer une tâche donnée sans posséder la formation médicale officielle. Le rapport Berland visait à trouver un remède à la pénurie de médecins.

**Guy VALLANCIEN**

C'est une mauvaise approche. En France, les réformes se basent sur les carences alors qu'il faut définir les postes.

**Michel LEGMANN**

La HAS a conduit des expériences de transfert de tâches. Le CNOM et l'Académie de Médecine acceptent cette démarche, à la condition expresse que les personnels qui se voient transférer ces tâches suivent une formation spécifique.

**Dominique LE BCEUF**

Les expérimentations réalisées par le professeur Berland ne nécessitaient aucune dérogation. Certaines tâches, comme la prise de tension, font partie de notre formation réglementaire. Il convient de trouver le moyen d'assurer au mieux la continuité et la coordination des soins pour le patient. Celui-ci cherche à obtenir la bonne réponse à sa question, peu important qui la lui fournit.

**Michel LEGMANN**

Se pose cependant la question de la responsabilité dans le cadre des transferts de tâches.

**Franck GINTRAND**

Quels domaines sont prioritairement concernés par cette nouvelle répartition des compétences ?

**Guy VALLANCIEN**

Nous avons créé un diplôme d'assistante en pathologie prostatique permettant à l'infirmière, après une année de formation complémentaire, d'assurer l'interrogatoire et l'examen complet du malade, de prescrire tous les examens complémentaires et de monter le dossier avec le malade, qu'elle suit en alternance avec le médecin. Dans d'autres domaines en revanche, aucune formation complémentaire n'est nécessaire.

**Franck GINTRAND**

Quels sont les domaines de compétences qui ne justifient pas de formation complémentaire ?

**Dominique LE BŒUF**

Les compétences infirmières hautement spécialisées évoluent dans des domaines comme les dialyses, le diabète ou la néonatalogie. Au Royaume-Uni, les infirmières sont également chargées de l'adaptation des anticoagulants ou du renouvellement pour les maladies chroniques ou les pathologies cardio-vasculaires.

**Jacques LUCAS**

Des pathologies chroniques émergent comme élément majeur de santé publique, y compris dans les incidences médico-économiques. Elles demanderont une prise en charge coordonnée par télé-médecine notamment. Il conviendra que les politiques publiques hiérarchisent les besoins. Les collègues professionnels connaissent les pathologies les plus lourdes (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire), qui, par les nouvelles technologies de l'information et de la communication, peuvent être prises en charge sur un territoire sans nécessairement déplacer le patient.

Dans le milieu hospitalier, en cas de contentieux, c'est la responsabilité administrative de l'établissement qui est mise en cause et non celle du professionnel. Dans le monde libéral au contraire, chaque professionnel de santé est responsable de l'acte qu'il effectue. La coordination des soins exige une redéfinition des régimes de responsabilité. Le processus choisi par la loi HPST, d'initiatives locales soumises à l'avis de le 'HAS, ne nous convient pas. L'Ordre des Médecins souhaite que des protocoles ou des conventions de coopérations entre professionnels de santé aient des clauses essentielles arrêtées au plan national.

**Marie Josée KELLER, Présidente du Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes**

Le domaine de compétences des sages-femmes a été élargi par la loi HPST à la prescription de la contraception et au suivi de prévention chez les femmes en bonne santé. Les coopérations ne nous posent aucun problème. Nous travaillons depuis toujours avec les gynécologues et les obstétriciens et travaillerons demain avec les généralistes. Il convient cependant qu'un cadre réglemente cette coopération afin que la déontologie de toutes les professions soit strictement respectée.

**Dominique LE BŒUF**

Une réflexion d'ensemble entre les ordres peut effectivement encourager les évolutions réglementaires. En revanche, je ne suis pas sûre qu'il entre dans les missions de la HAS de repenser les rôles des professionnels de santé. Il conviendrait par ailleurs de décrire les rôles de nos administrations et nos agences afin de pouvoir travailler ensemble.

**Jacques LUCAS**

Je partage cet avis mais la HAS peut quand même apporter des éléments méthodologiques intéressants.

**Ayden TAJAMAHDY, Coordinateur du programme de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)**

Ces mêmes questions se posent dans l'organisation des équipes hospitalières. Quant à la répartition des compétences, nous observons à l'hôpital des glissements de tâches informels qui résultent souvent d'une mauvaise organisation. Par ailleurs, de nouveaux métiers d'organisation apparaissent, à l'instar des blocs opératoires où se mettent en place des gestionnaires de flux voire une centrale de réservation du bloc. Ces nouveaux métiers soulèvent la question de la répartition des compétences entre le métier de soignant et les tâches organisationnelles qui représentent aujourd'hui la clé du bon fonctionnement des établissements dans de nombreux secteurs. Ces questions pourront se poser à l'avenir dans les maisons de santé.

**III. Les NTIC****Franck GINTRAND**

L'Ordre des Médecins souhaite mettre en place une messagerie. Où en est-on ? Constitue-t-elle un DMP alternatif ?

**Jacques LUCAS**

La Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile a publié un livre blanc sur le dossier informatisé partagé. Le partage de données dans ce cadre n'engendre aucune difficulté.

Les professionnels de santé communiquent aujourd'hui par des documents papiers. L'Ordre propose de substituer à cette communication papier un échange de mails sécurisés sous réserve de l'identification de l'émetteur et du récepteur et d'une notariation qui informe le patient des échanges. Le CNOM mettra à disposition des médecins inscrits au tableau une boîte de messagerie professionnelle, qui intéresse également d'autres ordres professionnels.

Ce système répond aux problématiques des professionnels et aux besoins des patients et préserve la confidentialité des données. Il ne constitue pas une alternative au DMP, projet national visant à améliorer la coordination des soins. Il permet au contraire de structurer les messages et d'alimenter le DMP.

### **Dominique LE BCEUF**

Nous sommes d'accord sur ce sujet mais se pose la question du financement. Il conviendrait d'avoir une volonté politique forte et de trouver un accord sur la procédure et le cahier des charges. L'accès aux données sous réserve de l'accord du patient est déjà effectif.

### **Christian SAOUT**

Il est en effet très sage de commencer par des échanges entre les professionnels mais des règles doivent être fixées, surtout sur un sujet aussi sensible que la confidentialité et la sécurité du transfert de données. Des travaux ont été engagés par l'ASIP, qui devraient permettre de trouver un équilibre entre protection des données de la vie privée et conservation des chances d'être bien traité.

### **Franck GINTRAND**

Faut-il distinguer télésanté et télémédecine ?

### **Christian SAOUT**

Le sujet de la télémédecine est balisé par le texte de loi. En revanche, la télésanté ne bénéficie pas de la portée de ces dispositions législatives et engendre des risques plus substantiels de création de zones de chalandises et de mise en dépendance d'une partie des personnes avec la vente de produits de télésanté à caractère purement commercial. Elle suscite non seulement des questions de confidentialité mais également des problèmes d'organisation. Opérée par des sociétés de téléphonie mobile, la télésanté n'apporte aucune garantie en termes de confidentialité des données.

### **Franck GINTRAND**

Quel est le champ de la télésanté ?

**Jacques LUCAS**

La télésanté ne concerne pas les professions réglementées de santé mais les services à la personne. Elle vise les personnes âgées ou avec une maladie stabilisée, vulnérables, auxquelles les opérateurs de téléphonie mobile peuvent vendre des produits. C'est pourquoi nous y émettons quelques réserves, au profit de la télémédecine. Celle-ci consiste en un exercice de la médecine au sens large par les médecins et les autres professionnels de santé. Les données sont transférées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé, dans le plus strict respect de la confidentialité. Doit encore intervenir le décret généralisant la télémédecine, qui devrait prendre en compte les observations émises durant la concertation. La télémédecine ne représente pas un exercice dégradé de la médecine et doit répondre à certains critères de qualité. Il convient donc d'établir des protocoles par les collèges professionnels pour définir une prise en charge et un suivi des patients de qualité.

**Ayden TAJAMAHDY**

La télémédecine se trouve encore au stade de l'expérimentation, en particulier dans le domaine de l'imagerie et du télédiagnostic. La généralisation de ce dispositif est cependant entravée par des questions organisationnelles, de tarification et de responsabilité. Il convient donc de définir clairement des processus et d'établir des protocoles pour régler ces problèmes.

**Jacques LUCAS**

Le droit doit suivre les réalités et non figer les situations. Pour développer la télémédecine, il convient de modifier le régime de responsabilité en introduisant une responsabilité partagée. Quant au financement, l'Ordre des médecins avait publié 10 propositions intégrant une rémunération au forfait. En matière de télémédecine, certaines situations peuvent être forfaitisées, comme la surveillance à distance d'un défibrillateur implantable, et être associées à une rémunération à l'acte.

**Ayden TAJAMAHDY**

Nous n'avons pas encore de recul sur la responsabilité partagée mais nous remonterons au niveau ministériel les situations que nous identifierons le cas échéant.

**Christian SAOUT**

Ces systèmes entraînent nécessairement une responsabilité partagée. Les textes doivent être adaptés à ces évolutions. La santé représente 210 milliards d'euros. Pour modifier les modes de rémunération, il convient d'éviter les dépenses inutiles mais il est vrai que le mécanisme de forfait peut s'avérer moins coûteux que la rémunération à l'acte dans ce type de prestation. Il est seulement regrettable que ce débat soit cantonné à l'Assurance maladie et non élargi à l'ensemble de la société.

**Dominique LE BCEUF**

La question du régime de responsabilité renvoie un rôle structurant des NTIC, qui nécessitent de définir le rôle de chacun dans le suivi et l'envoi des données comme dans la prise de décision.

**Ayden TAJAMAHDY**

Nous réalisons le même constat sur le rôle structurant des NTIC et leur lien très fort avec l'organisation. Dans les établissements possédant un dossier informatisé partagé, l'organisation des postes de travail et les méthodes de travail sont bouleversées par ces nouvelles technologies. Elles permettent donc de repenser le travail de chaque acteur.

**Jacques LUCAS**

Il ne faut pas négliger les résistances au changement. Les nouvelles technologies doivent être développées de manière très simple et concrète, à l'instar du dossier pharmaceutique. Les messageries doivent donc être très ergonomiques et le dossier informatisé du patient doit être facile d'accès. Suivant la même approche, l'ASIP a réuni le CISS, le CNOM et les autres ordres professionnels ainsi que la CNIL afin de publier un guide de bonnes pratiques sur le recueil du consentement.

**Franck GINTRAND**

J'ai retenu de ces échanges le développement incontournable des maisons de santé mais leur nécessaire labellisation sur un certain nombre de critères objectifs, la réflexion sur des conventions définies au niveau des ordres en partenariat éventuel avec la HAS et sur le traçage et la sécurité des nouvelles technologies.