

# ARS

## Bourgogne-Franche-Comté

### Comité de pilotage régional e-santé

#### 20 novembre 2019

## Ordre du jour

---

I)	Présentation et échanges autour de la stratégie nationale e-santé	4
II)	Mise en place du GRADeS et travaux de convergence des outils régionaux	9
III)	Bilan e-santé 2019	14

*La séance est ouverte à 10 heures 05.*

### **Pierre PRIBILE**

*Directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté*

Je vous remercie de votre présence à cette réunion du comité de pilotage régional e-santé, qui nous permettra, comme chaque fois, de réaliser un point d'étape collectif, et qui sera divisée en trois temps.

En premier lieu, nous reviendrons sur la stratégie nationale e-santé, empreinte d'une forte volonté, comme nous vous l'indiquions au Tour de France des régions du numérique en santé dans le cadre de « Ma santé 2022 » à Dole il y a maintenant deux mois. Cette stratégie, au demeurant, bénéficie d'un pilotage national clair dans un contexte où les institutions concernées sont nombreuses. Aujourd'hui, nous dépensons une énergie considérable – qui doit certes être vue comme un investissement – pour pallier l'absence de solutions nationales. Demain, avec les solutions « socles », nous pourrons, au niveau régional, focaliser notre énergie sur des outils régionaux plutôt que sur des préalables à l'utilisation de ceux-ci.

En deuxième lieu, nous ferons le point sur la mise en place du GRADeS, le « bras armé » que nous partageons. Le GRADeS a été pensé et conçu comme une véritable maison

commune en matière d'e-santé – il regroupe tous les acteurs concernés –, et notre région n'a pas démerité dans ce qu'elle a entrepris jusqu'à ce jour. Notre objectif est maintenant de tirer profit de ce qui a été développé par les deux GCS préexistants et de continuer à aller de l'avant. Les missions du GRADeS sont nombreuses, et concernent en fait tout ce qui permet aux acteurs de notre système de santé de partager des informations, de développer des solutions et de travailler en faisant usage d'outils numériques au travers d'une infrastructure commune.

Finalement, en troisième lieu, nous évoquerons le développement des usages, qui peuvent être vus comme notre juge de paix. Nous effectuerons un état des lieux de ce développement, dont je crois qu'il va dans le bon sens, même s'il est certain que le chemin du déploiement reste encore long : bien des professionnels de santé ont encore à s'approprier des solutions d'e-santé et à en tirer le meilleur parti.

Avant de céder la parole à M<sup>me</sup> Tenenbaum, je tiens à remercier le Conseil Régional pour sa coopération, indispensable, dans le domaine de l'e-santé. En Bourgogne-Franche-Comté, le développement de l'e-santé fait parti de la feuille de route du Conseil Régional dans tous les domaines, qu'il s'agisse du développement numérique ou du développement des territoires, ce dont nous ne pouvons que nous féliciter.

### **Françoise TENENBAUM**

*Conseillère déléguée à la santé, Conseil Régional de Bourgogne-Franche-Comté*

Je vous remercie des propos que vous venez de tenir au sujet du Conseil Régional, et je vous confirme que nous sommes à vos côtés non seulement pour copiloter ce comité, mais aussi, plus fondamentalement, pour aménager l'espace territorial au bénéfice des habitants de notre région.

Je supplée au pied levé la présidente du Conseil Régional, M<sup>me</sup> Dufay, dont la venue était prévue mais qui a été victime d'un empêchement de dernière minute. Du fait de son absence, elle m'a demandé d'introduire cette réunion et de vous assurer de l'attention qu'elle porte aux questions qui nous réunissent aujourd'hui. Dans tous les cas, j'aurais moi-même été présente aujourd'hui puisque, comme vous le savez, je suis de près les comités de pilotage.

La Présidente du Conseil Régional me charge de vous dire son intérêt, mais aussi sa vigilance s'agissant de la cohérence de nos politiques, et ce, dans le cadre de la convention-cadre qui nous lie – elle a été signée il y a quelques années maintenant –, de la feuille de route « santé » qui a été votée en juin dernier par le Conseil Régional, ainsi que du groupe de travail portant sur la santé. Ce dernier réunit des élus de Bourgogne-Franche-Comté toutes tendances politiques confondues, et je suis heureuse de noter que le directeur général de l'ARS ne manque pas d'y participer.

Le dialogue entre les élus locaux, les élus territoriaux et l'ARS revêt une importance capitale. Ainsi que le disait hier encore le Président de la République, il importe que les services de l'État et l'Assurance maladie soient en phase avec les élus locaux. C'est ainsi que nous pourrons faire en sorte que les politiques puissent s'implanter de la meilleure manière dans tous les territoires.

En ce qui nous concerne, nous sommes vigilants à ce que notre schéma de cohérence régional en aménagement numérique soit en cohérence avec votre politique stratégique en e-santé. Nous vous accompagnons aussi dans la mise en place des usages, dans la création des structures qui seront à même de mettre en place ces outils d'e-santé – je pense notamment aux maisons de santé pluridisciplinaires, et j'en profite pour souligner à ce propos que nous avons accompagné plus de 20 projets pour quelque 200 000 euros. Non seulement notre région a-t-elle été la première à compter une maison de santé pluridisciplinaire, mais elle propose aussi, depuis une dizaine d'années, une consultation d'e-santé en dermatologie entre l'hôpital de Louhans et celui de Chalon-sur-Saône, preuve que l'e-santé fonctionne. Ajoutons toutefois que ces outils doivent être à la disposition des professionnels de santé et alléger leur travail et leur venir en aide, sans pour autant laisser

de côté le patient : celui-ci attend de l'empathie et appelle de ses vœux un professionnel de santé attentif non seulement à la pathologie dont il souffre, mais aussi à sa personne.

La Présidente du Conseil Régional, très émue, nous appelle par ailleurs à évoquer le Professeur François-André Allaert, un membre très actif qui nous a quittés, et qui animait de façon proactive l'ensemble de ces domaines. Au nom de M<sup>me</sup> Dufay et en mon nom propre, nous tenons à honorer sa mémoire.

Pour terminer, la Présidente du Conseil Régional souhaitait que soit mentionné aussi, au-delà des domaines auxquels j'ai déjà fait référence, le projet « RéadaptIC », fort emblématique et porté par le CHU de Dijon.

Finalement, toute notre attention va vers les hôpitaux publics, qui connaissent d'importantes difficultés actuellement, et j'ose espérer que l'ensemble des dispositifs d'e-santé non seulement seront un plus pour le personnel, mais aussi qu'ils contribueront à une meilleure gestion des hôpitaux, et ce, pour le bien des patients.

Je vous remercie.

## 1) Présentation et échanges autour de la stratégie nationale e-santé

### **Cédric DUBOUDIN**

*Directeur de l'Innovation et de la Stratégie, ARS Bourgogne-Franche-Comté*

Le Tour de France des régions du numérique en santé a concrétisé notre souhait de nous rendre sur les différents territoires et d'échanger avec les différentes parties prenantes. Un certain nombre de représentants nationaux se sont joints à nous dans ce cadre, et nous avons alterné un premier moment en amphithéâtre avec un second moment dans une maison de santé. Finalement, nous nous sommes arrêtés sur les développements des usages sur la plateforme eTICSS.

#### *La stratégie nationale*

La feuille de route du Numérique en santé comporte cinq grandes orientations, sur lesquelles je reviendrai plus en détail. La première vise à renforcer, à clarifier, voire à unifier la gouvernance du numérique en santé. La deuxième est focalisée sur la sécurité des systèmes d'information en santé et leur interopérabilité. La troisième a pour but d'accélérer le déploiement des outils et des usages. La quatrième porte sur la mise en place de deux plateformes nationales, l'une destinée aux professionnels, l'autre aux patients. Enfin, la dernière de ces cinq orientations majeures tend à soutenir l'innovation et à favoriser l'engagement des acteurs.

De façon imagée, la stratégie nationale peut être regardée comme une maison qui, nécessairement, s'appuie sur des fondations. Celles-ci se divisent en plusieurs thèmes : sécurité, interopérabilité, référentiels, etc. Il convient de relever que ces questions ne sont pas seulement d'ordre technique puisqu'elles incluent le RPPS, le FINESS, etc. Il n'est évidemment pas possible que chaque région construise son propre référentiel.

À ce premier niveau de fondations, il faut en adjoindre un second, constitué des services « socles » : la messagerie sécurisée de santé, les outils de coordination, le DMP, les outils de e-prescription.

La « maison » ou partie émergée de l'iceberg, quant à elle, est constituée des deux plateformes numériques que j'évoquais, avec un accès pour les professionnels et un autre pour les patients. Comme vous le savez, de nombreux outils coexistent aujourd'hui ; le but est double, puisqu'il faudra à la fois les sécuriser et les rendre interopérables dans le cadre d'un bouquet de services.

Enfin, le « toit » de la maison est formé du « health data hub », qu'on ne peut séparer de la volonté affichée par le gouvernement d'avancer dans le domaine de l'intelligence artificielle. Les données de santé exploitées seront bien entendu anonymisées. Traitées au niveau populationnel, elles pourront ainsi servir dans un cadre de recherche, d'épidémiologie, d'organisation du système de soins, etc.

#### *Première orientation : la gouvernance*

La situation progresse, et il convient de relever à cet égard la mise en place de la délégation ministérielle du numérique en santé fin 2019 et celle de l'agence du numérique en santé – qui, en quelque sorte, remplace l'ASIP –, mais aussi la concertation lancée en septembre avec les partenaires en région. Comme vous le constatez, la logique de gouvernance est marquée à la fois par une volonté de recentrement et par une volonté de partenariat : les documents – stratégiques ou opérationnels – sont partagés avec les régions, ce qui doit renforcer notre dynamique d'échanges.

Parmi les premiers chantiers lancés, citons ceux portant sur l'interopérabilité, avec la mise en place d'un certain nombre de référentiels – j'y reviendrai – et celle, à venir prochainement, d'une cellule éthique.

Concrètement, aujourd'hui, c'est le couple formé par l'ARS et le GRADeS qui décline la stratégie nationale au niveau régional. À terme, le nombre d'instances sera amené à augmenter – ce qui, certes, fera croître le temps de réunion, mais permettra aussi de renforcer les échanges –, et nous nous apprêtons à mettre sur pied un comité scientifique pour les questions de télémédecine. Celui-ci s'intéressera en premier lieu à l'AVC, avant d'être étendu à d'autres thèmes. Par ailleurs, un comité éthique avait été constitué dans le sillage du projet eTICSS, et nous souhaitons faire évoluer son champ de compétences de sorte qu'il s'intéresse de façon plus large aux questions d'e-santé. Enfin, notre expérience quotidienne met en évidence la nécessité de mettre en place des groupes de travail et des clubs d'utilisateurs et de référents. Cette démarche, commencée avec eTICSS, est en train d'être étendue à d'autres outils.

En matière de gouvernance se pose enfin la question suivante : comment entraîner l'ensemble des acteurs ? Le processus, complexe, est multidimensionnel : réunions et travaux avec les différentes parties prenantes, implication des usagers, groupes de travail, actions de formation, d'information et de sensibilisation, désignation de référents e-santé et d'ambassadeurs, déploiement concret auprès des acteurs de services, etc.

#### *Deuxième orientation : la sécurité et l'interopérabilité*

Il n'est pas utile que je m'attarde à souligner l'importance capitale des questions touchant à la sécurité : régulièrement, les médias rapportent des attaques informatiques ayant affecté des hôpitaux ou d'autres établissements de santé.

L'un des éléments centraux est, naturellement, l'identité du patient : nous ne pouvons pas travailler avec des outils communs sans partager cette donnée. Or, il y a quelques mois encore, nous ne pouvions pas utiliser l'identifiant national de santé (INS). Cet obstacle est désormais levé sur le plan légal, mais encore faut-il que les outils logiciels soient mis à jour et que soit mis en place un serveur national permettant le partage d'identité : dans les faits, du chemin reste donc à parcourir.

Un autre élément majeur touche, cette fois, à l'identité des professionnels de santé. La situation est certes différente, puisque des référentiels se sont construits au fil des années : RPPS, FINeSS... Aujourd'hui, tout l'enjeu est de parvenir à un système national permettant l'identification univoque des professionnels, mais également des structures et des compétences de chacun.

#### *Troisième orientation : le déploiement des services numériques socles*

Un ensemble de services dits « socles » ont été définis, et quatre d'entre eux sont des outils nationaux : il s'agit de la messagerie (MSSanté), du DMP (rappelons qu'à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2021, un DMP sera ouvert pour tout usager, sauf opposition expresse de sa part – c'est une avancée majeure, mais encore faudra-t-il que le DMP soit alimenté), de la dématérialisation de la prescription (ce service fait actuellement l'objet d'expérimentations, dont l'une se déroule dans notre région) et des outils de coordination des parcours.

Bien évidemment, il conviendra que ces outils communiquent les uns avec les autres. De plus, la place du DMP a été renforcée, puisqu'il constituera une base de données nationale de santé. Le DMP ne sera pas un outil de coordination, mais bien une base regroupant des carnets de santé, auquel tous les autres outils doivent pouvoir accéder et qu'ils doivent pouvoir interroger. Nous sommes là face à une évolution majeure.

#### *Quatrième orientation : les plateformes numériques de santé*

Une triple logique sous-tend la quatrième des grandes orientations : il s'agit de faciliter et d'unifier les accès, de les sécuriser et d'assurer une forme d'habilitation des services (dans le sens où les outils se connectant aux outils nationaux devront apporter la preuve de leur niveau de sécurité). L'ambition n'est pas mince, et répond à des attentes fortes.

Au niveau de la région, il existe d'ores et déjà un accès, destiné aux professionnels de la région, aux services numériques régionaux. Demain, la place de ces services régionaux restera à préciser face aux outils nationaux.

Par ailleurs, à l'horizon 2020, nous n'excluons pas la possibilité de mettre en place un portail régional destiné, lui, aux patients. Il n'aurait pas vocation à s'opposer, mais bien à s'intégrer aux outils nationaux.

En ce qui concerne, enfin, le « health data hub », une articulation sera à prévoir, là encore, avec les projets nationaux.

#### *Cinquième orientation : l'innovation et l'engagement des acteurs*

Nous percevons tous aujourd'hui l'importance des attentes en matière de télésanté et de télésoins. Certains outils existent de longue date, si bien que l'innovation n'est pas toujours technologique, mais elle peut être d'ordre organisationnel ou financier.

Dans le cadre de l'appel à projets HOP'EN, les demandes de financement que nous avons reçues étaient supérieures aux enveloppes de financement, mais nous pouvons nous réjouir d'avancées notables. Notez qu'un plan comparable à HOP'EN a été annoncé en direction des établissements et des services médicosociaux. Les attentes sont fortes en particulier dans ce domaine.

Pour terminer, signalons que, dans le domaine de la certification, différentes innovations sont attendues dans les prochains mois, avec, notamment, la construction d'un référentiel SIH.

#### *Innovation et expérimentation en région*

En conclusion, permettez-moi de revenir sur deux points relatifs à des expérimentations menées en Bourgogne-Franche-Comté.

En matière d'intelligence artificielle, nous n'avons pas encore mené de projets qui supposeraient l'exploitation de bases de données régionales, mais nous comptons y avoir recours au travers d'outils ayant déjà fait leurs preuves, en particulier dans le domaine de la dermatologie, avec une aide au diagnostic du cancer de la peau dans le cadre de la plateforme de télémédecine.

Par ailleurs, dans le cadre de DIVA, nous allons lancer un nouveau projet consistant en l'utilisation d'un stylo numérique, lequel doit faciliter la saisie de données.

#### **Un intervenant**

Vous n'avez pas évoqué les échanges entre usagers et professionnels de santé via la messagerie de santé. Or une telle option nous fait défaut au quotidien.

#### **Cédric DUBOUDIN**

Nous avons l'intention de mettre en place un tel service. Il me semble qu'une expérimentation en ce sens est déjà en cours, dans le cadre d'un projet national. Celui-ci n'en est toutefois qu'à ses balbutiements.

#### **Un intervenant**

La particularité de notre territoire – où la densité de population est faible et où les professionnels de santé sont peu nombreux – a pour conséquence que nous sommes amenés à échanger un grand nombre de messages électroniques avec nos patients, ce qui, pour l'instant, est effectué au travers de messageries classiques, non sécurisées. À l'heure où nous prenons en charge de plus en plus de patients, j'estime donc que notre territoire devrait être prioritaire pour l'expérimentation d'un système sécurisé d'échanges entre professionnels et usagers, ce qui contribuerait d'ailleurs à renforcer notre attractivité.



**Cédric DUBOUDIN**

Plusieurs questions doivent être prises en compte, d'autant que les canaux de communication sont multiples : courrier électronique, SMS... L'application Globule permet théoriquement aussi des échanges entre professionnels et patients, mais cette fonctionnalité n'est pas encore ouverte – il est vrai que nous pourrions songer à l'expérimenter. Au-delà des échanges de messages à proprement parler se pose aussi la question du partage d'informations avec le patient : le DMP permet théoriquement un tel partage, mais de manière relativement peu aisée. L'« espace numérique patient », lui, aura bien pour vocation de faciliter ce type de partages, mais je ne peux pas me prononcer sur l'échéance à laquelle il sera mis en place, compte tenu de l'ampleur du projet. Je suis ouvert à l'idée de mener des expérimentations, mais, à ce jour, aucune région n'a, je crois, véritablement avancé sur ces questions. De fait, aujourd'hui, ce sont très majoritairement les SMS et messages électroniques classiques qui sont utilisés pour la communication entre professionnels de santé et patients.

**Catherine SERRE, Déléguée Régionale URIOPSS**

Lors du Tour de France des régions du numérique en santé, j'étais intervenue pour manifester mes regrets quant au fait que le domaine social semble laissé de côté. Je pense, concrètement, à l'aide à domicile ou encore à la protection de l'enfance. Il me paraîtrait pertinent d'étendre les projets dès le départ à un grand nombre de secteurs. Un calendrier et des moyens ont-ils été définis ? Par ailleurs, vous avez évoqué la région en tant que collectivité, mais les départements sont aussi concernés, du fait de leur champ de compétences, et il me semble important que tous les acteurs s'unissent.

**Cédric DUBOUDIN**

De fait, à ce jour, nous ne disposons guère de visibilité sur ces sujets.

**Françoise TENENBAUM**

Permettez-moi de préciser deux éléments. D'une part, le Conseil Régional verse d'importantes sommes aux départements afin, par exemple, d'assurer le déploiement de la fibre optique. Quant à nous, nous avons accès aux fonds européens, qui sont par ailleurs fortement sollicités. Certains des projets que vous souhaiteriez mener pourraient être financés par ces fonds, en coordination avec l'ARS : n'oublions pas cette possibilité.

**Une intervenante**

Je suppose que les fonds européens permettent l'achat de matériel, mais il faut garder aussi à l'esprit la nécessité des formations.

**Françoise TENENBAUM**

C'est bien la raison pour laquelle nous devons travailler de concert. De plus, le fonds régional d'expérimentation en santé – qui vient d'être voté dans le cadre de la feuille de route « santé » – pourrait être sollicité pour la formation professionnelle, dans l'optique de proposer un accompagnement à l'implantation des infrastructures et des outils numériques.

**Cédric DUBOUDIN**

La démarche que nous menons ne se veut pas purement numérique : qu'il s'agisse de l'ARS ou du GRADeS, nous consacrons une part importante de notre temps et de nos ressources à la construction du « travailler-ensemble » : c'est même notre leitmotiv. Concrètement, un travail non négligeable porte sur les organisations ainsi que sur le développement des usages – qu'il s'agisse des acteurs du domaine sanitaire, du domaine médicosocial ou même du domaine social : dans le cadre de la plateforme eTICSS, nous travaillons aussi avec les acteurs de l'aide à domicile, des EHPAD (en vue du projet de

télé médecine qui s'ouvrira en 2020), etc. Autrement dit, nous ne visons pas « le numérique pour le numérique ».

### **Denis VALZER, Délégué Régional FHF BFC**

Un consensus existe et nous devons aller de l'avant. Je constate que tant le Directeur Général de l'ARS que M<sup>me</sup> Tenenbaum ont estimé, et je les en remercie, que nous devons maintenant tirer parti de ce qui a été mis en place et « passer à la vitesse supérieure ».

Pour ma part, je suis persuadé que nous avons besoin de communiquer davantage, car c'est ce qui fait défaut à l'hôpital, que ce soit dans le cadre des parcours ou des CPTS. J'ajoute que les professionnels de santé manquent de temps ; aussi, ils ont besoin d'outils simples. Nous sommes très favorables aux expérimentations dans ce domaine, et je ne vois qu'un bémol : nous connaissons d'énormes problèmes de convergence des systèmes de sécurité informatique, comme nous l'a rappelé encore très récemment la situation qu'a connue l'hôpital de Rouen. Or, à l'avenir, nous serons exposés davantage encore aux menaces informatiques. Alors que le Premier ministre annonce des mesures en faveur de l'hôpital en ce moment même, il me semble que l'hôpital a sous-investi dans les systèmes d'information – et ce n'est pas faute de volonté, mais par manque de financements.

### **Pierre PRIBILE**

Effectivement, les investissements dans ce domaine ont été insuffisants, et, de surcroît, ceux qui ont été effectués l'ont été de manière non coordonnée, ce qui ne favorise pas le retour sur investissement. Il importe que chacun apporte sa pierre à l'édifice, ce dernier ne pouvant qu'être collectif : l'enjeu est que l'infrastructure soit commune à tous les acteurs. Les investissements du GRADeS devront donc entrer en résonance avec ceux consentis par chacun d'entre vous dans son propre domaine. En partageant une doctrine et des outils communs, il importe que le fonctionnement interne de chaque structure ne fasse pas obstacle à notre fonctionnement collectif. Je me réjouis de constater que, grâce à la stratégie nationale, nous allons dans ce sens. Les investissements des uns et des autres n'en seront que plus pertinents.

### **Sabine RACINE, Préfecture de région BFC, SGAR**

Dans le cadre de la stratégie de cohérence régionale votée avant l'été par l'État et la Région, une instance de gouvernance et de pilotage a été mise en place au mois de septembre, dont font partie l'ARS aussi bien que les collectivités locales. Les thèmes évoqués pourront ainsi faire l'objet de discussions avec tous les acteurs.

### **Une intervenante**

Il serait intéressant que nous soyons informés des débats ayant lieu au sein des instances régionales.

### **Sabine RACINE, Préfecture de région BFC, SGAR**

Les groupes de travail prévus par la stratégie que je mentionnais seront lancés très prochainement.



## II) Mise en place du GRADeS et travaux de convergence des outils régionaux

### 1) *La mise en place du GRADeS*

#### **Nicolas LIMOGÉ**

*Directeur du GRADeS Bourgogne-Franche-Comté*

L'assemblée générale constituante du GRADeS BFC s'est tenue le 5 septembre, à la suite de quoi le conseil d'administration a élu son Président, Pascal Louis, ainsi que trois vice-présidents : Bénédicte Motte, Loïc Grall et Pierre-Étienne Mercier. Ma nomination a par ailleurs été actée, tout comme la création d'un bureau.

Le GRADeS est le référent régional de l'e-santé : c'est, pour ainsi dire, la « maison commune » de tous les acteurs du numérique dans la santé. En tant que groupement d'intérêt public, il concrétise l'ambition de développement du numérique en santé en région et regroupe ses membres en 12 collèges représentatifs, avec pour but de conduire des projets issus de la stratégie nationale et régionale dans le cadre du schéma directeur. Les projets mutualisés qu'il mènera permettront de trouver des solutions communes à des problèmes d'e-santé.

À terme, le budget primitif annuel du GRADeS se montera à 14 millions d'euros. Les salariés sont actuellement au nombre de 58, et des recrutements sont en cours. Deux sites de travail ont été retenus (l'un à Besançon et l'autre à Chalon-sur-Saône, ce qui nous permet de conserver des points d'ancrage locaux au plus près de nos membres), étant entendu qu'il faut y ajouter un site en cours de création, au sein des locaux de l'ARS, à Dijon. Le siège social, auparavant sis à Dijon, a été déménagé à Besançon, pour des raisons essentiellement pratiques : en effet, en tant que groupement d'intérêt public, le GRADeS dépend du comptable public, d'où une nécessaire proximité avec ce dernier.

J'insiste une nouvelle fois sur le fait que le GRADeS est un groupement d'intérêt public, ce qui présente entre autres avantages celui de pouvoir proposer nos solutions même à des structures non membres, c'est-à-dire sans adhésion préalable ni facturation en propre. Les adhérents, eux, pourront être accompagnés dans les projets régionaux ou nationaux adossés à un financement (comme celui relatif à la télémédecine en EHPAD). Enfin, des services complémentaires « à la carte » pourront être proposés dans le cadre de projets que nous pourrions mener dans le cadre du GRADeS.

Les membres du GRADeS représentent l'ensemble des URPS, la médecine de ville, les structures institutionnelles, parmi lesquelles se trouve, bien entendu, l'ARS. Notez qu'un collège supplémentaire sera créé à la suite du Tour de France des régions du numérique en santé, afin de mieux représenter les usagers.

Le 12 décembre se tiendront la première réunion du conseil d'administration du GRADeS, mais aussi une assemblée générale et un séminaire, l'objectif étant d'apporter notre aide aux conventions de transfert des GCS. Le premier budget primaire sera validé, et les premiers groupes de travail seront lancés. La migration des contrats pour les salariés « marchés publics » aura lieu au 1<sup>er</sup> janvier, et nous prévoyons de déposer deux dossiers de financement FEDER en Bourgogne et en Franche-Comté – je vous rappelle en effet qu'ils ne sont pas encore fusionnés.

Comme le rappelait le Directeur Général de l'ARS dans son propos introductif, nous n'avons pas à rougir du déploiement des outils ni de celui des usages : certains outils sont déjà en cours de mise en œuvre – c'est le cas de la télémédecine, notamment –, et notre méthode de travail nous permet d'accompagner les usagers au plus près de leur métier. Notons au passage que notre présence sur plusieurs sites nous permettra de limiter les déplacements dans le cadre de cet accompagnement.

## 2) *La convergence des outils régionaux*

Je ne vous apprendrai rien en vous rappelant qu'aujourd'hui, l'interopérabilité est la clé du succès. Or, actuellement, les outils utilisés par les uns et les autres sont souvent interopérables en partie, mais non en totalité. Bien du chemin reste donc à parcourir.

La télémédecine est un élément emblématique de l'e-santé, et cette idée est loin d'être complètement neuve puisque le premier projet remonte à 2003, une époque où j'étais moi-même encore interne.

Une importante migration a commencé au mois de septembre : la plateforme de Franche-Comté est devenue la plateforme de Bourgogne-Franche-Comté, ce qui suppose de nombreuses contraintes supplémentaires, mais permet aussi de nouveaux usages. Finalement, l'homogénéisation des nouveaux flux de travaux aura été assez rapide, ce qui est plutôt encourageant. Différentes connexions restent toutefois à assurer.

### **Une intervenante**

Dans le domaine de la télémédecine, nous ne pouvons évidemment qu'être satisfaits des financements octroyés, notamment, par l'ARS, et nous attendons avec impatience leur extension aux EHPAD, à compter de l'année à venir. Cela dit, comme vous le savez, les dossiers ont dû être déposés auprès de différentes entités, et certains sites – certes peu nombreux – n'ont pas été retenus pour 2020. Dès lors, on nous pose souvent la question suivante : ces sites pourront-ils bénéficier d'un accompagnement par la suite, c'est-à-dire en 2021, s'ils répondent au cahier des charges ?

### **Pierre PRIBILE**

Nous procéderons de la même manière que nous l'avons fait pour les maisons de santé : notre intention est d'amorcer un mouvement. Notre contrainte majeure est liée aux moyens humains indispensables à l'accompagnement des financements. En effet, la mise à disposition d'un nouvel outil n'a aucun sens si, dans le même temps, nous n'expliquons pas comment le prendre en main, s'en servir, etc. Notre souhait est bien qu'à terme, l'ensemble des EHPAD dispose d'une solution de télémédecine. Tel ne pourra pas être le cas immédiatement, bien entendu, mais il n'est pas question d'exclure à priori qui que ce soit. Autrement dit, nous devons procéder par étapes.

### **Françoise TENENBAUM**

Il me semble que certains EHPAD doivent encore être convaincus du bienfondé de la démarche. Dans ce cas, c'est en premier lieu le médecin coordonnateur qu'il importe de rallier à la cause. Organisez-vous des réunions avec les médecins coordonnateurs dans cette optique ?

### **Pierre PRIBILE**

Je ne suis pas certain que nous le fassions, mais nous pourrions le concevoir. Pour l'instant, nous nous plaçons plutôt dans une logique où nous répondons aux demandes qui nous sont adressées. Nous espérons par là même que la télémédecine fera « tache d'huile » et se répandra de cette manière. Cela étant, il faut ajouter qu'il existe, en plus de la question des moyens humains que j'évoquais, un autre facteur limitant : je veux faire référence au fait que la télémédecine suppose un échange entre deux personnes. Or, dans certains territoires, nous manquons de ressources expertes – c'est le cas, notamment, s'agissant des compétences gériatriques.

Finalement, donc, notre position se veut pragmatique : nous cherchons avant tout à accompagner des projets existants, mais, pour autant, il ne s'agira pas d'en rester là.

**Nicolas LIMOGÉ**

Je tiens à ajouter que les structures intéressées par une solution de télémédecine devraient s'adresser au GRADeS plutôt que d'acheter une solution à part. En effet, c'est en procédant de la sorte – et donc en mutualisant les moyens – que nous parviendrons à aller de l'avant ensemble.

**Catherine SERRE, Déléguée Régionale URIOPSS**

J'estime pour ma part que la question qui se pose est, plus globalement, celle des usages. Si l'on s'inscrit dans une démarche de persuasion, il serait peut-être pertinent d'envisager une communication sur le champ médicosocial. Vous avez évoqué les EHPAD, ce qui suppose de prendre en compte aussi le handicap, et, finalement, de convaincre l'ensemble des professionnels du secteur – médical comme paramédical – du bienfondé de la démarche et des usages que l'on peut en tirer. Le moment venu, il serait sans doute opportun d'organiser des moments d'échange, à l'échelle d'un territoire, entre des professionnels ayant déjà une certaine expérience de la télémédecine et d'autres.

**Bertrand LE RHUN**

Votre suggestion me paraît pertinente, mais il faudra alors tenir compte du retour d'expérience qui nous permettra de mieux juger de l'efficacité des solutions mises en œuvre. En effet, l'expérience que retireront la centaine de sites actuellement concernés nous permettra de cerner les succès et les points à améliorer. Nous pourrions alors espérer convaincre plus massivement les EHPAD qui doutent de l'intérêt de la télémédecine. À ce stade, nous sommes encore dans une phase de démonstration, s'agissant des EHPAD : il faut que nous établissions l'intérêt et l'efficacité des outils.

**Pierre PRIBILE**

C'est bien la raison pour laquelle le recours à l'appel à projets est pertinent. Comme je l'indiquais tout à l'heure, nous entendons amorcer des dynamiques ; il faudra par la suite que nous envisagions un « retour d'information » à l'ensemble du secteur afin de tirer parti de ce qui a déjà été réalisé. À ce propos, vous noterez que les projets menés sont de natures diverses, et, si certains font clairement leurs preuves, c'est peut-être moins le cas pour d'autres. Le contexte, du reste, doit aussi être pris en compte – charge ensuite à chaque acteur de se demander quel profit il peut retirer de tel outil, dans tel contexte.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement les maisons de santé, bien que nous n'en soyons plus à la phase d'appel de projets aujourd'hui, certaines maisons de santé nous soumettent d'elle-même leur propre projet dans un domaine de spécialité, ce qui nous permet alors de lancer un nouveau projet à titre pilote et, à terme, de proposer un nouveau service à qui en a besoin. Cet exemple met en lumière la dynamique vertueuse qu'enclenche l'appel à projets, auquel nous ne devons pas nous limiter.

**Nicolas LIMOGÉ**

Pour en revenir aux éléments que je vous présentais, précisons qu'en matière de parcours, les premiers patients ont été intégrés au projet Diva. Une centaine de fiches sont en place.

J'en viens à l'hébergement des données de santé, sujet sur lequel le GCS EMOSIST cumule une expérience non négligeable. Comme vous vous en doutez, ces questions sont complexes. À terme, toutes les données e-santé Bourgogne et ENS Bourgogne seront amenés à se fondre dans les serveurs EMOSIST. Par ailleurs, nous visons également l'hébergement des données de nos membres (la Mutualité 25 et le GH 70) qui souhaitent que nous prenions en charge leurs données de santé, ce qui illustre bien ce que pourra proposer le GRADeS – une solution individuelle reposant sur des outils communs.

Pour terminer, permettez-moi d'aborder rapidement les plateformes d'imagerie. Je vous rappelle qu'il existe un PACS régional. Notre but est de permettre l'échange des informations par la mise en place d'une plateforme au sein du CH d'Auxerre. À terme, un

certain nombre de doubles examens pourront ainsi être évités, ce qui permettra des économies de coûts et de temps. Plus largement, il s'agira ensuite d'assurer une symbiose entre cette plateforme et l'ensemble de nos projets.

### **Un intervenant**

Sera-t-il possible pour chaque praticien non seulement de consulter, mais aussi d'utiliser les images issues de cette plateforme ? Aujourd'hui, nous faisons trop souvent face à des limitations : une mention précise que les images ne peuvent pas être utilisées à des fins de diagnostic, ce qui, évidemment, ne va pas sans poser des problèmes en salle d'opération, lorsque nous devons visualiser des radiographies ou des IRM de patients.

### **Nicolas LIMOGÉ**

C'est bien l'intérêt du projet. Actuellement, vous utilisez un outil conçu pour une prévisualisation sommaire des images. La plateforme, elle, représentera une vraie plus-value et le but est bien qu'elle concoure à la pose de diagnostic.

### **Un intervenant**

Ce projet sera-t-il au service des patients ? Assurera-t-il une qualité uniforme de l'imagerie dans toute la région ? L'intérêt évident que j'y verrais serait, bien évidemment, que les patients n'auraient plus alors à endurer cinq heures de route pour une IRM ou un scanner.

### **Nicolas LIMOGÉ**

Encore une fois, tel est bien le but du projet. En partageant les informations, il sera théoriquement possible d'éviter un certain nombre d'examens. Cela dit, le projet en lui-même ne règlera pas le problème de la prescription : nous apporterons une solution technique, mais, si le médecin souhaite tout de même avoir « son » IRM, rien ne l'en empêchera. Toutefois, en disposant de l'image prise par une autre structure, il aura à sa disposition, au moins, de premiers éléments. Notez qu'au sein de la filière AVC, les scanners transitent déjà d'une structure hospitalière à une autre. Par ailleurs, je précise que la plateforme n'a pas été conçue pour être à la disposition des patients – qui peuvent disposer d'images dites « non diagnostiques », ce qui leur suffit –, mais qu'elle sera bien à l'usage des professionnels.

### **Cédric DUBOUDIN**

La question de l'accès à l'imagerie n'est pas neuve, mais elle devient prégnante. Dans ce contexte, il est de plus en plus évident que les coopérations entre les services de ville et l'hôpital constituent un chantier majeur, dont nous devons nous préoccuper. Plusieurs logiques doivent lui présider : une logique de partage – qui pose la question du consentement du patient : elle devra être débattue –, une logique de télémedecine à proprement parler – c'est, ici, la question des contraintes techniques qui se pose – et une logique d'extension à l'ensemble de la région en 2020.

### **Docteur Michel SERIN**

Je représente les équipes de soins de premier recours. Nous observons au quotidien, en particulier dans la Nièvre – où j'exerce –, d'importantes difficultés d'accès aux soins. Celles-ci semblent en partie liées à un défaut de coordination, de communication, mais aussi de connaissance de l'activité des uns et des autres (secteur de ville, hôpital, etc.). Pour moi, la télémedecine est un outil qui doit nous permettre d'apprendre à nous connaître. Je formule le souhait que le GRADeS garde cette question à l'esprit. J'ai toujours en tête le cas d'une femme de 45 ans souffrant d'un cancer de l'ovaire : en dehors de toute ressource thérapeutique à proximité, elle a été contrainte à effectuer un aller-retour jusqu'au CHU pour y passer un scanner entre deux chimiothérapies, puis à faire de même le lendemain pour recevoir le compte rendu de ce scanner... Elle est décédée quelques semaines plus tard. Autrement dit, j'estime que l'intérêt pour l'usager doit

constituer l'axe central de tout projet de télémédecine. Il doit s'agir de limiter les pertes de temps – et, par la même occasion, de réduire notre empreinte carbone.

**Nicolas LIMOGÉ**

J'en ai pleinement conscience. Je suis d'ailleurs moi-même parent d'un usager dans une situation qui, comme celle que vous décrivez, est complexe. Vous pouvez donc être assuré que je n'oublierai pas ces impératifs.

**Pascal LOUIS**

Nous avons prévu un séminaire de travail le 12 décembre, mais il a dû être remplacé par une assemblée générale. Nous le reporterons donc – j'espère qu'il pourra se tenir au mois de janvier – et nous réunirons l'ensemble des collègues à cette occasion. J'ai demandé à M. Limogé de bien vouloir préparer d'ici là le catalogue des deux GCS existants, mais, au-delà, il importera que les membres du GRADeS expriment eux aussi leurs besoins lors du séminaire. Certains besoins sont attachés à votre établissement – c'est le cas pour les données de santé –, mais un autre besoin réside dans l'interprofessionnalité et la communication. À l'aune des conclusions auxquelles nous parviendrons à l'issue du séminaire, un travail de réadaptation des missions du GRADeS pourra être envisagé, car, en dernière analyse, notre but est de mieux travailler ensemble – au profit, bien entendu, du patient.

### III) Bilan e-santé 2019

#### **Bertrand LE RHUN**

##### *ARS Bourgogne-Franche-Comté*

La carte des sites de télémédecine en Bourgogne-Franche-Comté livre une belle illustration du bilan de l'e-santé : nous y constatons que les sites équipés sont nombreux et répartis sur l'ensemble du territoire régional. Ils travaillent ensemble, dans des domaines variés : dermatologie, cardiologie, gériatrie, neurologie.

Comme l'ont expliqué les personnes qui m'ont précédé, la télémédecine ne consiste pas simplement à installer de nouveaux équipements, mais bien à assurer le lien entre, par exemple, le besoin d'un médecin généraliste et l'expertise d'un spécialiste.

Pour en revenir à la carte des sites de la région, celle-ci était encore presque vierge en 2012 : vous mesurez donc le chemin que nous avons parcouru depuis lors.

De nouveaux actes de télémédecine sont appelés à se développer à l'avenir. Il s'agira, notamment, de proposer non plus seulement un lien dématérialisé entre deux professionnels, mais aussi un lien entre un professionnel de santé et son patient.

Plus d'une centaine d'EHPAD sont concernés par une première vague de déploiement des outils de télémédecine, ce qui représente une somme de travail importante dans le cadre du GRADeS, comme vous vous en doutez.

#### *1) Les usages en Bourgogne-Franche-Comté*

Comme le rappelait M. Pribile dans son introduction, l'usage est notre juge de paix. Or, aujourd'hui, en Bourgogne-Franche-Comté, plus de 1000 professionnels ont été formés aux outils de télémédecine et s'en servent régulièrement. Nous atteignons ainsi une masse critique, avec des professionnels à la fois demandeurs et experts dans leur domaine. J'ajoute que plus de 200 structures sont équipées, et que le public touché est varié, puisqu'il comporte tant du personnel hospitalier que des médecins libéraux.

Comme vous le savez, nous avons commencé par un appel à projets en télémédecine, pendant une phase qui s'est étendue de 2015 à 2018. Pour autant, nous continuons d'installer de nouveaux sites : ils ont été au nombre de 60 en 2018, et nous poursuivons nos efforts.

S'agissant des actes, la tendance est à l'augmentation : nous en avons dénombré 9000 en 2018, et nous devrions en totaliser 15 000 sur l'ensemble de l'année en cours. Ces actes s'inscrivent dans une logique de parcours et de prise en charge. Grâce à la télémédecine, les délais de prise en charge sont réduits : l'accès à l'expertise est ainsi considérablement amélioré. Dans ce cadre, un patient situé dans la Nièvre et ayant besoin d'une expertise dans le domaine dermatologique doit attendre entre dix et quinze jours en moyenne, contre un délai moyen hors télémédecine bien plus élevé puisqu'il est de l'ordre de six mois.

#### *2) Le point de vue des usagers*

Il est légitime de s'interroger sur le rapport des patients à ces nouvelles pratiques. Force est de constater que la satisfaction domine largement : les personnes concernées apprécient la réduction des délais, mais aussi la possibilité de maintenir un lien de proximité. Ajoutons que la confiance des patients est avérée, et le fait que la plateforme soit un service public – ce que nous ne manquons pas de rappeler – n'y est sans doute pas étranger. En effet, alors qu'un nombre croissant d'opérateurs proposent des services de télémédecine, nous sommes à même de garantir la sécurisation de données, mais aussi le confort des utilisateurs.



### 3) La plateforme eTICSS

Nous visons également un déploiement plus large de la plateforme eTICSS, et, de fait, son extension ne cesse d'augmenter au sein des structures régionales. Le nord de la Saône-et-Loire ayant été historiquement une zone pilote, il est évidemment bien couvert, mais vous pouvez constater que Besançon ou les départements de la Côte-d'Or, de l'Yonne ou de la Nièvre ne sont pas en reste.

Plus de 1700 professionnels ont été formés à la plateforme eTICSS et en sont des utilisateurs réguliers. La plateforme couvre 400 structures du territoire régional. À fin 2019, 18 000 patients auront été coordonnés au travers d'eTICSS, pour un total de 10 000 démarches complexes effectuées.

Dans le cadre du projet DIVA, je vous rappelle que l'article 51 s'appuiera largement sur la plateforme eTICSS – et je tiens à en profiter pour remercier le CHU de Dijon de son implication dans ce projet.

Finalement, en 2020, cinq nouveaux parcours seront ouverts. Ils porteront notamment sur les maladies neurodégénératives, la santé mentale, le diabète et l'obésité. Nous pouvons donc logiquement nous attendre à une diversification des profils des patients concernés. Une première évolution en ce sens est déjà palpable : alors que les seniors étaient initialement surreprésentés, cette tendance a fléchi avec l'inclusion de nouveaux parcours.

### 4) Cancérologie et Via Trajectoire

En matière de cancérologie aussi, l'utilisation des outils numériques doit permettre de proposer aux patients une prise en charge de qualité, et ce, que le patient habite Dijon, Besançon, Nevers ou Pontarlier. En 2018, un volume important de patients – près de 30 000 – ont été présentés en RCP.

Les usages de la télémédecine ne sont pas moins importants dans le cadre de Via Trajectoire, l'un des projets emblématiques de la région. Dans ce cadre, le recours à la télémédecine porte à la fois sur les aspects sanitaires et sur la filière « grand âge », qui permet de répondre à des demandes d'intégration au sein d'un EHPAD. Ce service se développe dans les hôpitaux et est aussi utilisé par des professionnels libéraux. Nous pouvons nous féliciter de cette réussite, d'autant que Via Trajectoire est aussi utilisé pour des personnes en situation de handicap, avec une forte croissance du nombre de dossiers créés (42 000 au total, depuis 2016).

Nous avons ainsi survolé les projets les plus importants menés en Bourgogne-Franche-Comté. Vos questions sont les bienvenues.

#### Un intervenant

Nous savons que les maisons de santé pluridisciplinaires sont largement émettrices de demandes, mais certaines d'entre elles sont-elles organisées de manière à en recevoir ?

#### Bertrand LE RHUN

Ce n'est pas encore le cas. Il a été suggéré que ce soit envisagé pour les EHPAD, mais aussi pour la télémédecine en général et pour le téléconseil, qui est amené à se développer. En ce sens, nous travaillons avec le GRADeS à la mise en place d'un outil qui sera intégré à la plateforme régionale, et qui permettra aux professionnels et en particulier aux médecins généralistes de proposer leur expertise en la matière. Cette possibilité sera ouverte l'an prochain.

#### Françoise TENENBAUM

Je crois savoir qu'un projet est également mené dans le domaine de l'odontologie.

**Bertrand LE RHUN**

En effet, il fait partie des projets retenus, bien que nous n'ayons pas commencé à travailler avec les EHPAD sur cette question. Quoi qu'il en soit, ce que vous évoquez fait écho aux besoins du terrain.

**Pierre PRIBILE**

Notre défi est double puisque nous devons mener des projets pilotes et préparer leur déploiement à très grande échelle. Aujourd'hui, aucun service ne saurait fonctionner sans le téléservice « ABC ». Dans le même ordre d'idée, nous avons bien vu à quel point le déploiement du DCC est une condition *sine qua non* de la mise en place des RCT : dans un contexte marqué par le manque de compétences médicales, il importe que les professionnels de santé ne perdent pas davantage de temps à se déplacer d'un point à l'autre de la région. Dès lors, les solutions d'e-santé s'imposent d'elles-mêmes, et nous voyons qu'elles sont un gage de qualité des soins autant que d'accès à ceux-ci. À terme, on pourra difficilement imaginer qu'un seul EHPAD ne soit pas doté d'une solution de télémedecine, quelle qu'elle soit, et les CPTS organiseront le recours, sur l'ensemble du territoire et par tous les acteurs, à des solutions de télémedecine. Finalement, nous constatons une vraie dynamique de déploiement, laquelle, bien entendu, ne manque pas d'engendrer un certain nombre de changements organisationnels.

**Françoise TENENBAUM**

Les SDIS seront eux aussi concernés.

**Pierre PRIBILE**

En effet, nous expérimentons actuellement, dans le nord de la Haute-Saône, l'équipement du SDIS en solutions d'e-santé. Le but est que les données de santé récoltées sur le terrain puissent être mises à disposition des équipes des centres de régulation, ce qui ne pourra qu'améliorer la prise de décision. Cette expérimentation est menée dans une zone où, malgré les efforts des uns et des autres, les services d'urgence sont relativement éloignés. Notez d'ailleurs que le SDIS du Territoire-de-Belfort se joindra prochainement à cette expérimentation, et qu'il a accepté d'utiliser les mêmes outils technologiques, ce qui évitera de rencontrer par la suite des problèmes de comptabilité, alors même que les deux SDIS concernés sont rattachés au même Centre-15. Dans un premier temps, ce dernier sera forcément perturbé dans son fonctionnement, ne serait-ce que du fait de l'augmentation des données qui seront mises à sa disposition, et c'est pourquoi il nous appartient de veiller au bon « dosage » de données, mais aussi à insérer le nouveau flux de données dans l'organisation de travail du Centre-15.

**Sévena RELAND, Déléguée régionale Adjointe, FHF BFC**

Vous avez projeté une carte présentant le déploiement d'Eticcs au sein de laquelle des étoiles y représentent les expérimentations du projet Globule. Au-delà des expérimentations, qu'en est-il de la mise en œuvre de Globule, et quels sont les objectifs en terme de déploiement que vous vous êtes fixés ? Pourriez-vous nous indiquer les modalités pour que les établissements puissent en bénéficier ?

**Cédric DUBOUDIN**

Nous avons lancé une expérimentation de Globule, qui est l'équivalent d'un service de messagerie instantanée. Cette expérimentation a lieu sur la base du volontariat, et nous comptons poursuivre sur cette lancée : dès qu'un professionnel nous adresse une demande, nous l'invitons à travailler avec le cercle de soins de proximité, puis nous déployons le module. Pour l'instant, nous n'envisageons pas de déploiement massif, et ce, pour plusieurs raisons : nous sommes en train de terminer l'intégration d'eTICCS, ce qui suppose de résoudre un certain nombre de questions d'ordre technique. De plus, nous souhaitons tenir compte du retour d'expérience et, de là, réfléchir aux modalités d'un

déploiement plus large. Celui-ci nécessitera un certain nombre de ressources, car, bien que cet outil soit plus facile d'utilisation que les autres, un accompagnement sera nécessaire. Cela étant précisé, encore une fois, les personnes qui souhaitent aller de l'avant avec Globule sont invitées à se manifester.

### **Un intervenant**

Le projet Globule est intéressant, car les expérimentations lancées l'ont été dans trois communes de petite taille, et les professionnels de santé libéraux – qui constituaient la cible de départ – ont été conviés à une réunion où était évoquée la possibilité de... ne pas avoir à se réunir ! Quoi qu'il en soit, aujourd'hui, les personnes ayant eu le loisir d'expérimenter Globule en sont satisfaites et y voient bien des avantages. La méthode retenue, qui peut sembler paradoxale à première vue, mériterait à mon avis d'être retenue dans le cadre d'autres projets, car les uns et les autres apprécient aussi le fait de pouvoir échanger de vive voix.

### **Pierre PRIBILE**

Nos projets s'inscrivent dans une double logique : il s'agit évidemment de répondre à un besoin, mais également de « faire tache d'huile », c'est-à-dire de parvenir à une situation où les avantages des nouvelles solutions sont perçus, ce qui facilite leur diffusion. Dans le cas de Globule, nous nous rendons compte que les professionnels de santé s'approprient très rapidement ce nouvel outil, qui, il est vrai, présente bien des similitudes avec les applications de messagerie instantanées que nous utilisons déjà abondamment dans le cadre de notre vie privée. Globule apporte toutefois une plus-value importante, les échanges étant conservés et sécurisés, deux conditions indispensables à son utilisation dans le cadre médical.

\*

En conclusion, l'enthousiasme que vous manifestez me réjouit : je constate que vous nous pressez d'aller de l'avant plutôt que de nous interroger sur la pertinence de la stratégie d'e-santé. Du reste, je me félicite de l'esprit de co-construction qui est le vôtre, alors même que, tout en étant contraints par une stratégie nationale, nous devons répondre aux attentes du terrain et des patients. Avec le GRADeS, nous disposons à présent, pour ainsi dire, d'un bras armé et d'une maison commune, et je suis persuadé que nous serons en mesure, lorsque la stratégie nationale commencera à porter ses fruits, à en tirer pleinement parti.

### **Françoise TENENBAUM**

Nous accompagnerons l'évolution des projets de manière proactive, et nous vous remercions du rôle déterminant que vous assurez dans leur mise en œuvre.

### **Pierre PRIBILE**

Merci à vous tous et toutes.

*La séance est levée à 12 heures 10.*