

Place de la biologie dans le Dossier Médical Personnel

10^{ème} colloque de la Société Française d'Informatique de Laboratoire (SFIL)

Vittel, 24-26 mai 2005

Les 10^{èmes} Journées d'Informatique en Biologie Clinique se sont principalement focalisées sur les problématiques liées au Dossier Médical Personnel (DMP). Le texte qui suit constitue une restitution de la session d'ouverture du mardi 24 mai, « Place de la biologie dans le Dossier Médical Personnel ». Les deux volets de cette session, l'intervention de Jean Marie Picard du Groupement d'Intérêt Public de préfiguration du DMP (GIP-DMP) et la table ronde l'ayant suivie, sont présentés dans ces pages.

I - Etat d'avancement du projet DMP

D'après l'intervention de Jean-Marie Picard



J.M. Picard

1. Structure, mission et démarche du GIP-DMP

Le Groupement de Préfiguration du Dossier Médical Personnel (GIP-DMP) a pour objet de préparer les dispositions juridiques, organisationnelles, financières et logistiques du futur organisme gestionnaire du Dossier Médical Personnel. Son instauration a fait l'objet d'un décret paru au Journal Officiel le 12 avril 2005. Ce GIP regroupe 3 structures : l'Etat, l'Assurance Maladie et la Caisse des Dépôts et Consignations. Il est composé d'un conseil d'administration où sont représentées

les 3 parties constitutives, ainsi que d'un comité d'orientation regroupant les représentants des différents acteurs, professionnels de santé et usagers, qui sont concernés par l'utilisation du DMP. La démarche du GIP-DMP est pilotée avec la volonté de mettre en place dans les mois qui viennent un outil simple et utile. Le DMP sera bien plus qu'un simple dossier partagé entre professionnels de santé, il constituera le dossier médical personnel du patient, un outil de coordination des soins dont l'accès sera géré par le patient. Le seul objectif du DMP est bien de constituer un outil de coordination et donc de contribuer de façon substantielle à la qualité des soins.

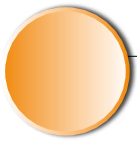
2. DMP et biologie, quels éléments de réflexion ?

Les actions du GIP-DMP se fondent sur des réflexions initiées il y a 3 à 4 ans ainsi que sur les travaux réalisés au sein d'une mission, la « mission pour le partage des données médicales », confiée à la CNAMTS en 2003. Une enquête réalisée en juin et juillet 2004 dans le cadre de cette mission a permis de préciser les besoins d'un panel de professionnels de santé en exercice à l'égard du DMP. Les professionnels de santé rencontrés lors de cette enquête ont été notamment questionnés sur :

- la nature des données qu'ils utilisent et quand ils les utilisent ;
- la nature des données qu'ils produisent et quand ils les produisent ;
- les données médicales qu'ils souhaiteraient voir figurer dans le DMP
- les facteurs d'échec et de succès du projet.

Cernant la biologie, il ressort plusieurs éléments sur la nature des informations qui sont utilisées par les professionnels de santé.

Les professionnels de santé de ville reçoivent sou-



vent directement des mains du patient les derniers résultats de biologie le concernant, mais dans un grand nombre de cas ces résultats peuvent être transmis par le biologiste (HPRIM).

Dans le domaine hospitalier, les résultats sont télétransmis par le service de biologie au service prescripteur lequel effectue une impression papier de ces résultats. De plus la télétransmission s'accompagne également d'une transmission papier de documents signés remis au service prescripteur par un agent hospitalier.

Concernant le problème des informations manquantes les professionnels de santé de ville d'une part, et hospitaliers d'autre part, ne sont pas vraiment confrontés à la même problématique. Ainsi, pour récupérer ces informations, un hospitalier peut être amené à appeler un laboratoire privé concernant des résultats qui ne sont pas encore parvenus au médecin libéral qui a fait hospitaliser le patient. Les professionnels de santé de ville peuvent également être confrontés à la nécessité d'obtenir des résultats d'examen pratiqués en milieu hospitalier. Cette récupération apparaît toutefois plus difficile dans la mesure où l'unité de regroupement des résultats avant transmission n'est pas la même que dans un laboratoire privé et, dès lors, le professionnel de santé sera confronté à la difficulté d'identifier et de rentrer en contact avec la personne idoine informée sur les résultats et leur interprétation. Pour ce qui est du contenu du DMP en matière de biologie, les professionnels de santé et les biologistes souhaitent disposer des résultats chiffrés actuels mais également des résultats antérieurs. Des résultats antérieurs qu'ils souhaitent pouvoir trier et consulter sous la forme d'une synthèse. A ce titre, les biologistes ont exprimé le souhait essentiel de pouvoir accéder en lecture et en écriture au DMP. La définition des classes d'informations auxquelles auront accès les différentes catégories de professionnels de santé constitue un point essentiel de la réflexion du GIP.

Un des principaux facteurs d'échec évoqué par les professionnels de santé concerne les difficultés d'accès liées aux conditions d'autorisation en particulier si l'effecteur de l'acte pratiqué n'est pas unique. Cette difficulté se pose, par exemple, dans le cas où un prélèvement sanguin a été effectué par une infirmière libérale. Le patient donnera à celle-ci une autorisation d'accès, mais ensuite qu'en sera-t-il pour le biologiste, quelles seront ses conditions d'accès au DMP du patient ?

Les facteurs de succès sont quant à eux liés au fait qu'un grand nombre de biologistes utilisent déjà de façon quotidienne des normes comme HPRIM et HL7.

3. Actions et orientations du GIP-DMP

Le GIP-DMP s'est attelé à l'initialisation de la conception du cahier des charges auquel devront répondre les entités qui hébergeront les données médicales à caractère personnel. Cette initialisation se concrétisera par la rédaction entre les

mois d'avril et de juin 2005 de fiches techniques. Le contenu de ces fiches sera ouvert à la concertation. Le comité d'orientation du GIP-DMP donnera un avis sur ces fiches qui seront également consultables par le biais d'un site Web, www.d-m-p.org. Ce document d'initialisation servira de base au lancement d'un appel d'offres à destination des consortiums hébergeurs de données, des entités réunissant des industriels spécialisés dans l'hébergement d'informations, des éditeurs de logiciels, des transporteurs de données,... Cet appel d'offres lancé les premiers jours de juillet conduira à une analyse des candidatures reçues dans le délai approprié à la procédure. Dès l'automne, la phase de démarrage du déploiement du DMP commencera au niveau de sites pilotes. Pour le GIP-DMP le succès de cette opération doit se fonder sur le rapprochement et l'établissement de relations de travail concrètes entre les candidats hébergeurs retenus et les acteurs de santé. Dans ce contexte, le rôle du GIP sera d'assurer une action de coordination, une action « facilitatrice ». Quant aux structures régionales comme les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), celles-ci auront à jouer un rôle essentiel de soutien et d'accompagnement. Les retours d'expériences serviront à élaborer et enrichir le cahier des charges de la généralisation du déploiement du DMP.

La sélection définitive des consortiums hébergeurs sera effectuée selon une procédure juridique appropriée.

II - Table ronde : le point de vue des utilisateurs

D'après les propos des différents intervenants

Modérateurs : **Gérard Domas**, Secrétaire Général de la SFIL ; **Martine Marchand**, Présidente du Syndicat National des Praticiens Attachés (SYNPA).

Représentants des utilisateurs : **Jean Benoît**, Président du Syndicat des Biologistes (SDB) ; **Jean Gérard Gobert**, Président de la Fédération Nationale des Syndicats de Praticiens Biologistes Hospitaliers et Hospitalo-Universitaires (FNS-PBHU) ; **Jean-Paul Hamon**, Vice-président de la Fédération des médecins de France (FMF) ; **Eric Magny**, représentant le Syndicat National des Biologistes des Hôpitaux (SNBH).

Eric Magny - Les données contenues dans le DMP seront stockées sur des serveurs maintenus par des hébergeurs. Comment la gestion des données issues des laboratoires hospitaliers s'organisera-t-elle concrètement ? Ces données pouvant être disponibles au sein de l'hôpital sur différents serveurs, système informatique du laboratoire, serveur de résultats, seront-elles de nouveau dupliquées ou bien stockées uniquement chez l'hébergeur en impliquant pour le laboratoire de travailler directement sur les bases de données distantes ?

Place de la biologie dans le Dossier Médical Personnel



De gauche à droite : J.-M. Picard, J.-P. Hamon, J.G. Gobert, J. Benoît et E. Magny.

Jean-Marie Picard - La question n'est pas encore tranchée mais devrait être abordée dans les fiches techniques qui serviront de base au cahier des charges du DMP. Une telle question doit faire l'objet de discussions entre, d'une part les hébergeurs et d'autre part, les acteurs de la santé impliqués. Concernant l'hôpital, le choix de la DHOS, accompagnée par le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH), est que les hôpitaux, et notamment ceux présents dans les régions où se trouveront des sites pilotes, puissent dans un premier temps transférer vers le DMP au moins deux documents, la lettre de sortie et le dossier communiquant de cancérologie.

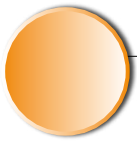
Jean Benoît - Le DMP constitue un élément que les biologistes considèrent comme très important dans le cadre de la coordination des différentes professions de santé. L'intégration du biologiste dans l'équipe de soins est essentielle et le DMP devra effectivement pouvoir fonctionner dans les deux sens. Les biologistes ont, comparativement à d'autres professions de santé, la capacité d'alimenter relativement facilement le DMP, ils attendent également de pouvoir recevoir des données indispensables à leur exercice, en particulier des données cliniques et des données de traitement. Les conditions d'exercice propres à la biologie exigent que les biologistes puissent obtenir un accès décalé dans le temps au contenu du DMP pour la consultation comme pour l'envoi de données. La gestion des droits d'accès dans le cas de l'intervention de plusieurs professionnels de santé constitue également un point important et si l'on considère l'exemple des prélèvements effectués au domicile du patient par une infirmière, il apparaît comme essentiel que le droit d'accès donné par le patient au préleveur puisse également être transmis au laboratoire. Concernant le calendrier du projet, il apparaît difficile de penser que d'ici juillet 2007 des millions de DMP auront été créés. Cette échéance de juillet 2007 sera plutôt la borne indiquant l'irréversibilité du projet. De fait, beaucoup de questions devront être réglées, comme en premier lieu l'informatisation des médecins. Pour ce qui est des points positifs, les ex-

périmentations locales présentent un grand intérêt car elles habitueront les professionnels à véritablement travailler ensemble. Elles devraient ainsi contribuer à démontrer les apports positifs d'un DMP que beaucoup de professionnels de santé ont encore tendance à considérer comme une contrainte.

Concernant le rapport à l'évolution du projet des différents acteurs impliqués, l'issue de la première réunion de la commission d'orientation du GIP-DMP en avril 2005 a laissé en suspens bon nombre de questions. Il s'est dégagé l'impression que les méthodes de travail choisies avaient perdu leur caractère participatif, en revanche très saillant lors du séminaire de Roissy les 15 et 16 octobre 2004. Il est essentiel que les différents acteurs soient incités à participer activement à la réflexion et qu'on ne leur propose pas simplement des solutions déjà élaborées en leur demandant d'avaliser. Il aurait été souhaitable de remettre en place les structures en fonction à Roissy avec des commissions plus spécialisées. La réflexion doit notamment associer les pharmaciens d'officine, à l'instar des biologistes ils sont tous équipés et vont pouvoir envoyer au médecin prescripteur la délivrance du médicament, un élément important pour surveiller l'observance de cette prescription.

Jean-Marie Picard - Concernant la future clé d'accès au contenu du DMP, la nature de celle-ci n'a pas été encore décidée. L'identifiant permanent patient évoqué au fil de ces derniers mois fait encore l'objet de nombreuses réflexions, une solution simple fondée sur l'existant et susceptible d'être complétée doit encore se concrétiser. Concernant l'impression laissée par le premier comité d'orientation, le GIP-DMP va veiller à ce que tous les acteurs soient impliqués dans la réflexion.

Jean Gérard Gobert - Les biologistes ne sont pas des «producteurs» d'actes de biologie et de soins, ils veulent véritablement s'intégrer dans une équipe de soins clinico-biologique et souhaitent pouvoir discuter de façon efficace avec leurs collègues cliniciens sur le dossier d'un patient pour le bien de celui-ci. Dans ce contexte les biologistes sont en faveur d'un dossier médical personnel et partagé auquel ils pourront accéder de A à Z en écriture et en lecture et dans lequel ils pourront participer à des synthèses de biologie afin de contribuer à un dossier qui soit très actualisé, très intégré et utilisable par les cliniciens. Concernant la question de l'accès il est également important de considérer que les hospitaliers ne disposent pas de la Carte Professionnelle de Santé (CPS). Autre point, comment sera traitée la charge de travail supplémentaire liée à la procédure d'accès et à l'alimentation du DMP ? Quant à savoir si les biologistes sont prêts pour le DMP, il doit être signalé que les hospitaliers ne sont pas prêts. Les biologistes hospitaliers n'ont pas été invités au séminaire de Roissy et n'ont pas été impliqués dans les expérimentations. Les Commissions Médicales d'Etablissement (CME) sont également insuffisamment informées et impliquées dans ce projet alors qu'elles devraient



avoir autorité sur le DMP. Le problème des investissements hospitaliers doit aussi être considéré, de fait, les investissements publics dans les systèmes informatiques hospitaliers se situent globalement dans une fourchette de 1,8 à 1,9 % au lieu d'un minimum de 3 % des budgets d'exploitation. Ce montant apparaît très éloigné de ce qui devrait être investi afin de permettre aux hospitaliers de participer pleinement au DMP.

Jean-Marie Picard - Concernant l'idée de synthèse, j'ai notamment évoqué lors du colloque DMP organisé par l'URML-Ile de France (NDR : 13 novembre 2004, Paris), qu'il était important que les documents soient classés, hiérarchisés, structurés. Toutefois, si le concept de synthèse est important, on rentre déjà là dans quelque chose de difficile qui ne pourra pas être réalisé dans l'immédiat. Nous partons aujourd'hui sur la base d'un outil le plus simple possible qui évoluera avec le temps vers un système plus perfectionné et performant. La question du contenu du DMP ne doit pas freiner le démarrage du DMP et le choix de la DHOS de limiter initialement ce contenu aux deux documents de base que sont la lettre de sortie et le dossier communiquant de cancérologie va dans ce sens. Au-delà de cette base, la définition du contenu susceptible de passer dans le DMP fera l'objet d'une concertation entre le GIP et les régions en fonction des retours d'information des acteurs de santé. De plus, d'autres structures, les ordres : ordre des médecins, ordres des pharmaciens,..., ont à définir, et cela figure dans la loi, les informations auxquelles auront accès les différentes catégories de professionnels de santé. Ces structures et la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) donneront leur avis et cette définition fera l'objet d'un décret. Le GIP-DMP a réalisé une enquête sur les attentes et besoins des professionnels de santé vis-à-vis du contenu du DMP, il perçoit ce qui est attendu mais ce n'est pas son rôle de définir, d'édicter ou de décréter ce que sera ce contenu. Pour ce qui est des financements et notamment des financements des hôpitaux, certaines affectations de crédits devraient être prévues dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Les établissements hospitaliers ne devront supporter que l'effort financier lié à leur adaptation au format de transmission des documents.

Jean-Paul Hamon - L'échéancier du projet et les économies associées au DMP et espérées par le Mi-

nistère de la Santé nous laissent dubitatifs. Le DMP doit être utile et son utilisation aisée. A l'instar des résultats de biologie, les comptes-rendus d'hospitalisation, les comptes-rendus opératoires, les comptes-rendus d'hospitalisation, de coloscopie, de fibroscopie, etc doivent pouvoir être intégrés au dossier du patient afin que nous puissions véritablement disposer d'un dossier utile. Ce dossier informatisé doit être partagé et sécurisé, il est hébergé sous forme cryptée sur un serveur et le patient y accède chez son médecin traitant. La sécurisation est un aspect essentiel et, de fait, les échanges entre professionnels de santé par messageries sécurisées sont déjà une réalité. Ainsi, on peut d'ores et déjà communiquer de façon sécurisée cryptée avec l'ensemble des établissements de l'AP et ce système, rustique et aisé à installer, n'a pas coûté très cher (1700 euros pour être exact). Si l'on veut avoir les conditions de développement idoines pour pouvoir communiquer, il est essentiel que les praticiens puissent continuer à travailler avec leurs logiciels métier et que ces logiciels puissent intégrer les API de messageries et disposer d'une page d'export. La plupart des logiciels métiers dispose de cette page d'export mais ce n'est pas le cas dans les grands établissements et notamment à l'hôpital. Le dialogue avec les praticiens permet d'avancer de façon constructive sur ces questions, mais en revanche, on ne voit pas de volonté politique et surtout de financement pour tirer en avant le projet, 7 mois ont été perdus depuis le séminaire de Roissy.

Concernant la communication avec les biologistes, jusqu'ici ceux-ci exportaient des données mais ne recevaient jamais d'informations. Notre projet est que les biologistes puissent recevoir de l'information, une partie des données utiles à l'interprétation des données qui résulteront de leur travail. Le médecin traitant a l'intégralité des données, il met à la disposition de la communauté médicale le résumé de dossier qui comprend : l'identifiant patient, les allergies, les intolérances, le traitement en cours ainsi qu'une ligne d'antécédents (médical, chirurgical, familial, obstétrical) et les vaccinations. Ce résumé de dossier doit être accessible au biologiste, s'il dispose de ce résumé et du traitement en cours alors il pourra commencer à travailler correctement. Au niveau du résumé de dossier celui-ci n'est pas encore réalisé de façon automatique par les logiciels. Le praticien sera donc amené à le faire au moins dans un premier temps et devra donc être incité à réaliser cette tâche supplémentaire.