



3^{es} Assises de l'Informatique de Santé

DMP, un atout pour la convergence des pratiques médicales

28 septembre 2007, Paris

Annoncée pour juillet 2007, la généralisation du Dossier Médical Personnel (DMP) à l'ensemble de la population est repoussée au plus tôt à l'année 2010. Pour Jacques Sauret, directeur général du GIP-GMP, il s'agit de « fédérer 300 000 professionnels libéraux, 3 000 établissements de santé qui totalisent 800 000 actifs, 60 millions de patients et une pléiade d'institutions ». Le défi est donc immense car le DMP touche à l'ensemble du système de santé français. La mise en cohérence de l'ensemble des processus de chacun des acteurs du projet est essentielle. C'est dans cette optique que les 3^{es} Assises, organisées à l'initiative de l'association HL 7 France HPRIM, ont permis aux pouvoirs publics, aux professionnels de santé et aux industriels du secteur de s'exprimer.

Les moyens du partage

Si la nécessité du partage de l'information entre les professionnels de santé reçoit l'adhésion générale, tant en France qu'au niveau européen, la numérisation pose d'abord des éléments de contrainte liés au droit du patient et à la responsabilité civile des professionnels de santé. Selon Pascal Reynaud (avocat associé du cabinet Ulys) deux articles posent les fondations réglementaires du DMP : l'article L111-8 du code de la santé publique impose le consentement du bénéficiaire et l'importance du respect de la loi de 1978 Informatique et libertés tout en soulignant l'importance du rôle de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). L'article 1110-4 pose lui le principe du respect de la vie privée et du secret médical. Les réseaux de soins et les hébergeurs de DMP sont soumis quant à eux au régime de l'article 25. L'avocat décompose l'actualité juridique du DMP en quatre points : hébergement, consentement, confidentialité et identifiant.

Le décret « hébergement » du 4 janvier 2006 impose à l'hébergeur un agrément du ministère de la Justice après avis de la CNIL. Le principe retenu est celui de la pluralité d'hébergement, privé et public, avec continuité du service (dans le cas de la disparition d'un hébergeur ou de son rachat par un autre hébergeur non conforme à l'agrément). Le marché doit donc rester ouvert avec possibilité de récupération des dossiers par un hébergeur « de référence ». Sur le plan technique, Pascal Colin (directeur général de Keynectis, le principal acteur du marché des services de certification électronique en France) rassure sur la sécurité des serveurs : « Ils sont équipés de certificats de machine, en aucun cas ils ne peuvent être sollicités par l'extérieur ». La loi du 30 janvier 2007, précise-t-elle la notion de consen-

tement. Dans des situations de risque immédiat, elle donne la possibilité aux équipes de soins d'accéder au DMP sans le consentement du patient. Afin d'éviter une double saisie, la loi autorise la convergence entre le DMP et deux autres dossiers médicaux : le carnet de santé de l'enfant et le dossier pharmaceutique. Les débats menés par le GIP-DMP portent actuellement sur le mode selon lequel le patient pourra donner son accord : consentement préalable unique avec possibilité d'opposition ultérieure (« opt-in »), ou consentement au coup par coup (« opt-out »).

Bas les masques ?

Une première version du projet de décret DMP a été soumise à débat à l'automne 2006. Il autorise le titulaire à masquer certaines données médicales. Ma question du masquage est intimement liée au caractère personnel du dossier. Le Pr Alain Haertig (professeur de médecine légale à Paris VI, expert agréé par la Cour de Cassation, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière) s'interroge donc sur les précautions pré- et post-opératoires de stérilisation des salles d'opération si une sérologie positive ou VIH ne figure pas dans le dossier. Il en conclut : « L'inscription de toutes les données médicales doit être rendue obligatoire, sans quoi le DMP sera privé de tout son sens ». Pour le Dr Michel Chassang (président de la Confédération des syndicats médicaux français), ce débat sur le masquage et le masquage du masquage (savoir si des données ont été cachées par le patient) montre l'abîme dans lequel se trouve le projet. Selon lui le DMP pourrait même devenir un outil dangereux pour le patient. Concernant les informations délicates (psychiatrie, sérologie) le législateur a estimé que « leur

3^{es} Assises de l'Informatique de Santé DMP, un atout pour la convergence des pratiques médicales

inscription dans le DMP n'est d'aucune utilité, dès lors qu'il y a pour le patient possibilité de ne pas donner son identifiant de santé pour se faire soigner ».

Identifier les professionnels

Le décret « confidentialité » du 15 mai 2007 pose un référentiel relatif à la sécurité et la nécessité d'utiliser la carte professionnelle de santé (CPS) pour avoir accès au DMP. Toutefois, selon Philippe Le Toumelin (responsable du projet DMP, AP-HP) « moins de 1 % des professionnels de santé en milieu hospitalier sont dotés de la CPS. L'accès au DMP doit être facilité pour l'ensemble des hospitaliers par des mécanismes de délégation ». Gérard Domas (secrétaire général de la SFIL) insiste sur la nécessité d'identifier les professionnels de santé, de construire des référentiels et annuaires, en attendant l'évolution nécessaire des supports (carte Vitale 2 et CPS), puis le déploiement de l'authentification et la signature électronique dans les systèmes d'information hospitaliers. Côté Patient, la carte Vitale 2 semble aussi pour Pascal Colin la solution la plus sécurisée. Mais comme elle n'est pas encore déployée et qu'elle n'est pas équipée de certificat électronique, il préconise : « un développement graduel utilisant des technologies complémentaires ». Téléchargée sur le poste du patient, la signature électronique pourra garantir la traçabilité des actes dans le temps, prouvant que les données n'ont pas été altérées ou modifiées. Une autre solution est étudiée : le mot de passe à usage unique, reçu par SMS sur un téléphone portable. Un moyen de protection supplémentaire contre le piratage par « fishing » (contrefaçon de sites Internet). En ce qui concerne l'accès au DMP par les médecins d'assurance et ceux du travail, Jacques Sauret rappelle la peine encourue : un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende par infraction. L'expérimentation du dossier pharmaceutique est en cours dans six départements. Le pharmacien a la connaissance du dossier pharmaceutique de manière fugace, puisque les données médicales sont détruites sitôt le patient sorti de l'officine avec sa carte Vitale. Dans le cadre de cette expérimentation, le numéro d'identifiant est unique. Isabelle Adenot (membre du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens) précise : « Un dossier par personne. A partir du moment où le DMP aura un numéro d'identifiant santé, le dossier pharmaceutique le choisira automatiquement ». Le décret qui fixera le choix et les modalités d'utilisant de cet identifiant sont en préparation. Mais la CNIL est assez opposée à un identifiant unique de type numéro de sécurité sociale.

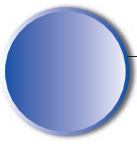
Un dossier médical personnel et professionnel

Le GIP-DMP va communiquer sur le premier service utile pour le professionnel de santé comme pour le patient : le serveur de comptes-rendus. « Pour un diabétique, le DMP deviendrait alors le lieu de stockage de la succession des résultats de

ses glycémies. Réunir toutes les données médicales, analyses biologiques, comptes-rendus d'hospitalisations, comptes-rendus opératoires, anatomopathologie » tel est le vœu du médecin, formulé par Alain Haertig. En octroyant un gain de temps précieux et une sécurité médicale accrue, cette mise en cohérence des outils fournis aux professionnels de santé doit cependant répondre à des critères ergonomiques. Jacques Sauret préconise une seule saisie pour la tarification, l'analyse d'activité, l'envoi au dossier partagé, vers le DMP et les dossiers de spécialité, DCC et autres. Les opérateurs téléphoniques du SAMU attendent eux aussi une réponse opérationnelle en terme de temps. « Il faut qu'en moins d'une minute ils aient accès au DMP, faute de quoi il ne l'utiliseront pas » prévient Marc Giroud (président du SAMU de France) pour qui le DMP constituerait un progrès essentiel pour les urgentistes. Le dossier devrait contenir une fiche d'urgence, renseignée par les urgentistes eux-mêmes qui se préparent d'ailleurs à alimenter l'outil par des thésaurus, à partir des derniers congrès, de sorte que le DMP apprenne leur vocabulaire.

Interopérabilité et langage commun

Un travail préalable de structuration des données a déjà été lancé en cancérologie. En février 2007, l'INCA a choisi de renforcer ses démarches de structuration de comptes-rendus et de fiches standardisées (CRFS) en anatomopathologie, initiées par la Société française de pathologie. Le DMP et le DCC (Dossier Communiquant de Cancérologie) font tous deux un usage important du standard le plus répandu aujourd'hui pour les documents médicaux électroniques, le CDA (Clinical Document Architecture). François Macary (co-chairman du comité international IHE Laboratoire) explique : « Imaginons qu'un laboratoire publie, vers un dossier patient, un compte-rendu qui contient une glycémie post-prandiale. Le système doit être capable d'intégrer cette donnée structurée dans la bonne case, sans la confondre avec une glycémie à jeun ou une glycosurie. Ensuite, le système doit être capable de l'interpréter correctement, d'où la nécessité d'une codification inter-opérable et internationale ». Le standard HL7 v.3 répond à cette double exigence, en transportant le code avec tout le contexte de ce code, de manière à prévenir les déformations ou les pertes de sens. Mais pour qu'émetteur et récepteur puissent se comprendre ceux doivent disposer d'un dictionnaire commun. La Société française d'informatique de laboratoire (SFIL) s'est attaquée à ce problème avec l'adaptation de la nomenclature internationale LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes) utilisée en biologie. Sur les 30 000 codes-tests existant, ce travail a permis d'en sélectionner 4 000, de traduire les libellés en Français et de les relier à la nomenclature des actes de biologie médicale française. La SFIL a fait une réponse commune à un projet de convention sur la biologie médicale avec le Syndicat des Biologistes et HL7 France HPRIM.



La valeur d'usage du DMP

Si la technologie permet de répondre à la fonction que l'on veut assigner au DMP, encore faut-il que cette fonction soit effective. Rappelant la loi de Metcalfe (« *L'utilité d'un réseau est proportionnelle au carré du nombre de ses utilisateurs* ») Laurent Alexandre (p-dg du portail d'information médicale Doctissimo) met le doigt sur la valeur d'usage du DMP. Si cet avis est partagé, Laurent Alexandre met en garde les pouvoirs publics : « *Les problèmes ergonomiques seront rédhibitoires pour tous les docteurs. Nous n'avons pas le potentiel humain et organisationnel pour avoir des données exhaustives sur 200 000 docteurs et 60 millions de patients sur une généralisation rapide. Si le DMP existait, il serait l'objet d'une inflation considérable des coûts. D'un point de vue sociologique, l'architecture du DMP associée du B2B (Business to Business – relations entre professionnels) à du B2C (Business to Consumer – relations entre professionnels et patients). Dans le Monde, il n'y a guère que le site eBay qui propose ce modèle hyper novateur depuis 18 mois. C'est la raison pour laquelle le DMP n'existe nulle part ailleurs dans le Monde et n'existera pas avant 10 ans* ».

Cependant, le GIP-DMP souhaite arriver rapidement à la taille industrielle, craignant un désintérêt progressif et une atomisation totale du système, profession par profession. Pour Marie-Laure Micoud (directrice adjointe du GIP-DMP) il s'agit d'un « *projet de société. Il faut pouvoir trouver la dynamique gagnant-gagnant propre et adaptée au système de santé français tout en permettant de bénéficier des échanges internationaux* ». Avant de passer à la généralisation, Laurent Alexandre propose donc de faire une expérimentation contradictoire, avec données publiques, audit et suivi contradictoire. Un axe de recherche que la HAS envisage en partie dès 2008. La plupart des fonctions client seraient peu utilisées par les médecins. Leur utilisation serait calquée sur le dossier papier et les fonctions servant à transmettre des données médicales ne seraient pas utilisées. La HAS essaiera donc de développer des études autour de la saisie structurée.

En 2005, la CNAM a assigné à la HAS la mission de certification des logiciels d'aide à la prescription, qui se fera sur la base du volontariat. Dès la fin 2007, un éditeur de LAP pourra prendre contact avec un organisme certificateur, à condition qu'il travaille avec une base médicamenteuse qui a accepté de signer la charte qualité. Cette charte, établie en partenariat avec des éditeurs de base de médicaments, des experts, l'AFSSAPS et la CNAM, prend en compte l'exhaustivité de la base, la complétude de l'information sur un médicament, son exactitude, son actualisation et sa neutralité.

Une coordination à tous les niveaux

Un serveur de comptes-rendus non chronophage, un dossier synthétique inter-opérable et international, qui alerte le praticien s'il a oublié de saisir des données ou s'il a saisi de façon non structurée, qui aide à l'écriture de l'ordonnance et propose un contrôle, voilà qui con-

tribue à une démarche qualité et qui devrait stimuler l'adoption du DMP par les 200 000 médecins français. Face à ce bouleversement organisationnel comment le DMP va-t-il rencontrer les changements, les innovations par discipline et par territoire ?

• Le volet médicament du DMP

Le déploiement du dossier pharmaceutique a commencé en juillet dernier dans les six départements autorisés par la CNIL et pour une durée de six mois. Adapté à la pratique professionnelle, le logiciel intégré offre une ergonomie identique. Les informations descendent en 3 secondes. Et contrairement à l'historique des remboursements, les pharmaciens le consultent à 100 %. L'un des objectifs est de sécuriser la chaîne du médicament. Un déploiement qui avance pas à pas, avec 50 000 patients ayant accepté de se prêter à l'expérience.

• Le volet hôpital du DMP

L'appel d'offres en faveur du système d'information clinique de l'AP-HP prévoit un déploiement progressif jusqu'en 2012. Avec ses 38 hôpitaux, ses 93 000 salariés, ses 5 millions de consultations et ses 1 million d'hospitalisations par an, le système d'information « Patient » de l'AP-HP devra être inter-opérable avec le DMP. Cela passe par la mise en place de normes et de référentiels. Mais il s'agit d'un changement culturel majeur.

Corinne Gazeau (directrice à la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier) précise : « le plan Hôpital 2012 prévoit de consacrer aux systèmes d'information hospitaliers 1,5 milliard d'euros d'investissements dans la mise en œuvre de systèmes de production de soins, permettant l'automatisation et l'alignement pour les équipes de soins de l'organisation et du service en vue des futurs décrets DMP et identifiant de santé. En 2006, des expérimentations ont conduit à une alimentation importante du DMP de la part des hospitaliers. Le DMP nous oblige à avoir une réponse en terme de qualité ».

• Le volet cancer du DMP

Un Dossier Communiquant Cancer (DCC) a débuté en 2003 dans le cadre du plan Cancer. Les objectifs sont alors de trois ordres : faciliter la prise en charge et coordonner les soins entre acteurs publics et privés, médecins et généralistes ; faciliter l'articulation entre DMP, dossier pharmacie et les systèmes d'information hospitaliers ; aider à la tenue de réunions de concertation pluridisciplinaires et l'évaluation de la qualité des soins. D'octobre 2003 à décembre 2005, s'est déroulée une démarche expérimentale dans quatre régions. Deux appels à projets ont été lancés en 2006, l'un sur la mise en œuvre du DCC, l'autre sur la visioconférence, suivi d'un 3^e appel cette année qui permettra d'avoir 298 établissements publics et privés en réseau. Au 2^e semestre 2006, l'INCA a réalisé une cartographie nationale dans le but de préparer une généralisation du DCC. Fin 2006, les initiatives régionales ont permis une avancée sans précédent dans l'organisation du changement. Les outils pré-DCC y ont contribué : dans 15 régions sur 22, existait un DCC partiel.

Le DCC s'est rapproché du DMP en 2006, le DCC pouvant alors, en termes de méthodologie et de données structurées, être modélisable dans nombre de

3^{es} Assises de l'Informatique de Santé

DMP, un atout pour la convergence des pratiques médicales

ses avancées : normes, nomenclature, sémantique commune, hébergement des données, accessibilité des professionnels autorisés par le patient, niveau de sécurité, ergonomie. En 2007, l'INCA va définir, en collaboration avec le GIP-DMP, la version 2 du cahier des charges avec la DMP compatibilité. La maîtrise d'ouvrage sera assurée dans les appels d'offres par les réseaux régionaux de cancérologie. Le projet DCC ciblera la prise en charge du patient, de la réunion de concertation pluridisciplinaire à tout son parcours de soins. Il visera à renforcer l'aide au diagnostic et les référentiels médicaux, ainsi que les aspects liés aux processus des Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) (workflow, annuaires, circulation de documents, programme personnalisé de soins, comptes-rendus). L'anatomopathologie et son workflow y seront fortement explicités. Le dépistage organisé et articulation avec le DCC seront décrits. Les spécificités de l'oncogériatrie et de l'oncopédiatrie seront également décrites. Enfin, l'INCA d'adaptera en 2008 aux appels à projets concernant les plateformes régionales ou interrégionales lancées par le GIP-DMP.

Vers de nouveaux services

L'appel à projets sur la visioconférence lancé par l'INCA en 2006 a facilité la tenue des RCP autour du dossier patient, ainsi que les échanges entre professionnels de santé, en leur évitant des déplacements. Les réseaux optiques permettent la convergence de la voix, des données et des images. La mobilité reste l'autre grande attente.

Dans le domaine du suivi de sons à domicile, Ugo Habermann (directeur associé d'Hippocad, une société spécialisée dans le domaine de la télégestion et des dispositifs de télévigilance) a présenté son application Nom'Ad sur terminal mobile. Infirmiers, aides-soignants, docteurs, équipés de PDA (Personal Digital Assistant) ou de téléphones de dernière génération, ont accès aux données contextuelles de la prise en charge du patient aux plans familial, médical et social. Un gain en productivité et en qualité de soins. Le médecin coordonnateur accède aux données en temps réel afin de déclencher de nouvelles interventions et adapter le plan de soins. Un outil qui permet de savoir quels sont les autres professionnels de santé qui doivent intervenir après une visite et d'éviter l'oubli d'un patient.

Il serait également possible de gérer un système de téléalarme, en intégrant une série de capteurs permettant de manière non intrusive de suivre des personnes âgées isolées. Les urgentistes sont moins exigeants pour la prise en charge en établissement. « *Nous demandons des data simples, du type électrocardiogramme* » fait remarquer Claude Giroud. « *L'interconnexion doit se faire au delà de la structure HAD. Le patient doit avoir accepté en amont d'entrer dans la base du Samu* ». Le président du Samu de France se dit par ailleurs très intéressé par la téléprescription, un dossier dans les mains de la HAS. La prescription d'un nouveau médicament par téléphone deviendra-t-elle possible ?

Les présentations

- **Le DMP : état des lieux** (Gérard DOMAS, directeur marketing et communication, Agfa HealthCare, secrétaire général, SFIL)
- **Le point sur les décrets** (Pascal REYNAUD, avocat associé, Cabinet Ulys)
- **Le dossier communicant de cancérologie** (Hélène FAURE-POITOUT, Chef de Projet DCC, INCa)
- **Un langage commun au service du partage de l'information** (François MACARY, co-chairman, IHE Laboratoire)

Les Tables rondes

- **Un cadre médico-légal au service du développement du DMP** (Alain HAERTIG, Pr de Médecine Légale à Paris VI expert agréé par la Cour de Cassation ; Pascal COLIN, directeur général, Keynectis ; Pascal REYNAUD, avocat associé, Cabinet Ulys ; Jacques SAURET, directeur général, GIP DMP)

• Le rôle des télécommunications dans le partage et la circulation des données médicales

(Bertrand LEMAIRE, chef de rubrique, Le Monde Informatique ; Marc GIROUD, président, Samu de France ; Ugo HABERMAN, président directeur général, Hippocad ; Richard VIEL, directeur général adjoint entreprises, Bouygues Telecom ; Nicole HILL, directrice marketing santé Alcatel-Lucent)

• Un DMP au service du professionnel de santé et du patient

(Vincent LEROUX, médecin de santé publique, professeur à l'Ecole Centrale Paris ; Laurent ALEXANDRE, président directeur général, Doctissimo.fr ; Dominique COUDREAU, président du CA et du COR, GIP DMP ; Danièle DESCLERC-DULAC, vice-présidente, Fédération SOS Hépatites ; Dr Michel CHASSANG, président, Confédération des Syndicats Médicaux Français)

• De l'entrepôt de données à la plate-forme d'échanges

(Alain COEUR, consultant, Alain Cœur Conseil ; Isabelle ADENOT, membre du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens ; Dominique COUDREAU, président du CA et du COR, GIP DMP ; Jean-François PENCIOLELLI, directeur du développement des affaires chez Oracle)