UNIVERSITÉ
FRANÇOIS - RABELAIS
TOURS

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS
ACADÉMIE D'ORLÉANS - TOURS

Thèse 2013 / 2014

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

TITRE

ET SI L'ON PARTAGEAIT UN VOLET DE SYNTHÈSE MÉDICALE STRUCTURÉ SUR LE DMP ?
ÉTUDE D'UNE EXPÉRIMENTATION SUR LE BASSIN DE SANTÉ D'AMBOISE DE JUIN 2012 À JUIN 2013

Thèse présentée et soutenue publiquement le 25/11/2014
devant la Faculté de Médecine de Tours
par
Mme CAPAPE Céline
Née le 15 Août 1982 à Narbonne

JURY

Président de thèse :	Professeur BEUTTER Patrice
Membres :	Professeur RUSH Emmanuel
	Professeur LEBEAU Jean-Pierre
	Docteur GIACOMINO Alain
	Docteur LEGRAS Annick
Directeur de thèse :	Docteur GIACOMINO Alain

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

5 mai 2014

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS
Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens - relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Professeur Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN - P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Regis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Nephrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier *(éthique médicale)*
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier *(CSCT)*
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier *(endocrinologie)*
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier *(sémiologie)*
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier *(sémiologie)*
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier *(CSCT)*

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je remercie le Dr Lemettre Jean-Michel qui m'a accompagné tout au long de cette expérience unique... mais ce n'est qu'un début ! Le projet n'en est encore qu'au stade fœtal et il va encore falloir mobiliser les troupes pour avancer. Je suis et serai présente.

Merci également au Dr Peigné que j'ai accompagné lors de formations. Il m'a apporté à plusieurs reprises des éclairages concernant l'avancée du projet

Merci au Dr Giacomino d'avoir pu me faire confiance dans ce projet.

Merci à Emmanuel Blot, Laetitia Géraud et l'équipe du GCS Télésanté Centre pour leur aide et accompagnement durant cette période d'expérimentation.

Merci aux médecins expérimentateurs pour avoir gardé leur motivation et pour avoir répondu à mes questions.

Merci à toute l'équipe des urgences d'Amboise tout d'abord pour un stage de 6 mois très enrichissant et pour avoir également pris part à l'expérimentation.

Merci aux membres du jury qui ont été d'une grande patience

Merci à mon mari pour son soutien même pendant les moments de doute et dont les relectures ont évité de nombreuses fautes.

Merci à Elisa pour son travail de mise en page.

Merci à ma famille qui est toujours à mes cotés.

Merci à Laetitia qui a toujours été une oreille attentive et a su m'apporter de bons conseils.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP Santé: Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CNAM : Centre Nationale d'Assurance Maladie
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DMP : Dossier Médical Personnel (prochainement partagé)
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes
GCS : Groupement de Coopération Santé
INS : Identifiant National de Santé
FSE : Feuille de Soin Electronique
HAS : Haute Autorité de Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
POMR : Problem Oriented Medical Record
SFMG : Société Française de Médecine Générale
VSM : Volet de Synthèse Médicale

SOMMAIRE

INTRODUCTION 5

1 HISTORIQUE SUR LE DOSSIER MEDICAL, LES OUTILS DE STRUCTURATION DU DOSSIER MEDICAL, LES OUTILS D'ECHANGE ET DE PARTAGE D'INFORMATION 6

1.1 HISTORIQUE DU DOSSIER MEDICAL EN MEDECINE GENERALE 6

1.1.1 Les premiers textes généraux 6

* *Premiers textes de loi, naissance du carnet de santé* 6
* *La clarification avec l'étude de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé en 1996* 7
* *Loi du 4 mars 2002 : les droits d'accès du patient à son dossier médical* 8
* *La conservation du dossier médical* 9

1.1.2 L'informatisation du dossier médical 10

* *Le projet SESAM Vitale (Système Électronique de Saisie de l'Assurance-Maladie associé à la carte Vitale)* 10
* *Le réseau Santé Social* 11
* *Les logiciels médicaux* 11
* *Loi sur l'hébergement des données de santé* 12

1.2 LES OUTILS DE STRUCTURATION DES DONNEES DE SANTE 13

1.2.1 Intérêt de la structuration des données de santé : 13

1.2.2 Les différents niveaux de structuration des données 14

1.2.3 Les principaux référentiels existants 15

* *La Classification internationale des maladies (CIM 10)* 15
* *Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC)* 15
* *La classification Internationale des Soins Primaires (CISP)* 15
* *Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)* 16
* *L'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)* 16
* *Systematized Nomanclature of Medicine (SNOMED)* 16
* *Logical Observation Identifier Names and Codes (LOINC)* 17

1.3 ESSOR D'UN OUTIL D'ECHANGE ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE : LA MESSAGERIE SECURISEE 17

1.3.1 Les limites des outils de communications usuels 17

* *Le courrier* 17
* *Le téléphone* 17
* *Le fax* 18

1.3.2 L'intérêt des messageries sécurisées 18
1.3.3 La mise en œuvre des messageries sécurisées est encadrée par plusieurs textes 18
1.3.4 Bilan de l'état des lieux des messageries sécurisées de santé en région (Rapport de l'Agence des Systems d'Information Partagés de Santé en Février 2014) 19
1.3.5 La messagerie Apycript 19
1.3.6 Exemple d'autres messageries sécurisées déployées en région 20
1.3.7 La messagerie sécurisée de santé (MSS) de l'ASIP Santé 20
1.4 DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE PARTAGE DE L'INFORMATION 20
1.4.1 Des exemples internationaux 20
* Les Etats Unis et le système des vétérans « VistA » 20
* Le projet britannique Connecting for Health 21
1.4.2 La France et le DMP : une histoire longue de 10 ans... 22
* Climat pour l'émergence d'un dossier médical partagé... puis personnel 22
* 2004 : La naissance du DMP en France 24
* Période 2004-2007 : mise au point et discussions autour du DMP 26
* Période 2007 à 2009 et le virage à 180° 29
* 2011 : Le lancement officiel du DMP 32
1.4.3 L'outil DMP 33
* Définition 33
* L'ouverture d'un DMP 33
* L'Identifiant National de Santé (INS) 34
* Gestion du DMP par le patient 34
* Les droits 35
1.4.4 Le cadre d'interopérabilité 37
* Qu'est ce que l'interopérabilité ? 37
* Le principe du cadre d'interopérabilité 38
1.5 LE VOLET DE SYNTHESE MEDICALE 40
1.5.1 Etude préliminaire de la Haute Autorité de Santé 40
1.5.2 Le volet annuel de synthèse conventionnel 41
1.5.3 Les travaux de l'ASIP et de la HAS pour l'interopérabilité du volet de synthèse médicale 43

2 LE PARTAGE D'UN VOLET DE SYNTHESE MEDICALE SUR LE DMP : ANALYSE D'UNE EXPERIMENTATION REALISEE DE JUIN 2012 A JUIN 2013 DANS LE BASSIN DE SANTE D'AMBOISE 47

2.1 L'APPEL A PROJET DE DEPLOIEMENT DU DMP EN REGION LANCE PAR L'ASIP SANTE 47
2.2 L'APPEL A PROJET DMP AMBOISE – QUESTION DE RECHERCHE 48
2.2.1 Objectif de l'étude 48
2.2.2 Critère principal de l'étude 49
2.2.3 Critères secondaires de l'étude 49
2.2.4 Zone géographique 49

2.2.5 Population 50
2.2.6 Les critères d'exclusion dans l'étude 51
2.2.7 Les critères d'inclusion 51
2.2.8 La convention signée par les médecins expérimentateurs avec les autorités d'organisation du déploiement de DMP 51
2.2.9 Durée de l'expérimentation 53
2.2.10 La journée de formation proposée aux médecins expérimentateurs 53
2.2.11 La mise à jour technique préalable 54
2.2.12 La messagerie sécurisée 54
2.2.13 La campagne d'information sur le bassin de santé 54
2.2.14 Le questionnaire aux médecins expérimentateurs 55

3 RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION 57

3.1 LA POPULATION DE MEDECINS GENERALISTES ETUDIEE 57
3.2 UTILISATION DU LOGICIEL MEDICAL EN PRATIQUE 62
3.3 LA PHASE CREATION DE DMP AVEC VOLET DE SYNTHESE MEDICALE 63
3.4 APPORT DE LA FORMATION 64
3.4.1 La structuration des données constitutives du VSM 64
3.4.2 Utilisation de référentiels pour la structuration 64
3.4.3 Population ciblée pour le dépôt des volets de synthèse médicale 65

4 DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS 67

4.1 CONCLUSIONS DE L'ETUDE 67
4.2 LE RETOUR D'EXPERIENCE DES MEDECINS 68
4.2.1 Le manque de temps 68
* L'ouverture d'un DMP 68
* La structuration des données constitutives du volet de synthèse médicale 68
4.2.2 Les problèmes techniques 69
4.2.3 Le manque de demande de la part des patients 69
4.2.4 L'aspect juridique 70
4.3 LE PARC INFORMATIQUE VILLE-HOPITAL EST IL DE QUALITE SUFFISANTE POUR SUPPORTER LE PARTAGE (DEPOT, LECTURE, IMPORTATION) D'UN VOLET DE SYNTHESE MEDICALE SUR LE DMP ? 71
4.3.1 Les logiciels de gestion de cabinets chez les médecins généralistes 71
4.3.2 Les systèmes d'information hospitaliers 71
4.3.3 Le partage de l'information pour créer une coopération ville- hôpital 73
4.4 LES MEDECINS SONT ILS PRETS A CONSACRER DU TEMPS A PRODUIRE ET A TENIR A JOUR UN VOLET DE SYNTHESE MEDICALE ? A QUELLES CONDITIONS ? 73
4.5 LA MESSAGERIE SECURISEE SEULE PERMET ELLE CET USAGE ? 74
4.6 ...ET LES PATIENTS ? 75
4.7 VERS UN DMP DEUXIEME GENERATION 75

CONCLUSION *76*
ANNEXE 1 – APERCU DU DMP *78*
ANNEXE 2 – ZONE D'EXPERIMENTATION *81*
ANNEXE 3 – AFFICHETTE TYPE DE LA CAMPAGNE D'INFORMATION *83*
ANNEXE 4 – QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX MEDECINS EXPERIMENTATEURS *85*
BIBLIOGRAPHIE *91*
SIGNATURES *96*

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est le premier maillon du parcours de soin des patients. Il est le recours privilégié en cas de problème ou de symptômes variés. Il suit le patient des premiers mois de vie jusqu'aux derniers jours, veille à la mise à jour des vaccinations, suit le bon déroulement des premiers mois de grossesse, est une oreille attentive en cas de problème personnel ou familial, soigne les bobos du quotidien comme les pathologies chroniques.

Le travail de mémoire prend tout son sens mais le cerveau humain a ses limites et la tenue d'un dossier pour chaque patient est un bon moyen pour assurer le suivi de la prise en charge d'un patient dans toutes ses dimensions (organiques, psycho-sociales ou familiales).

Le Dr Laurence Weed en 1972 a été l'un des théoriciens de l'intérêt du dossier médical, il disait : « la plupart des médecins peuvent retenir trois problèmes d'un patient ; les très bons médecins en retiennent cinq ; mais le patient moyen en a onze ».

Les temps ont changé et le monde est allé d'évolutions en révolutions notamment dans le domaine de l'informatique. La médecine a pu s'adapter à ce monde numérique et se l'approprier pour développer ses propres outils : dossier informatique, télémédecine, messagerie sécurisée, réseaux de soins.

Ces moyens ont pour principal objectif de faciliter la communication entre médecins libéraux et entre médecins de ville et praticiens hospitaliers pour améliorer la qualité des soins envers les patients. Cependant, certains de ces outils comme le dossier médical personnel (DMP), véritable dossier de partage dématérialisé appartenant au patient, ont encore beaucoup de mal à prendre leur place au sein de la pratique médicale courante, qu'elle soit libérale ou hospitalière.

Ce n'est pourtant qu'un socle qui peut aller au-delà de ce qu'apporte un dossier médical papier ou informatique mais pour cela il faut réfléchir au développement de ses usages dans la pratique médicale. Dans cette optique, une expérimentation autour du bassin de santé d'Amboise réunissant médecins généralistes, spécialistes, centre d'imagerie médicale et centre hospitalier s'oriente autour du partage d'un document réunissant les antécédents, les problèmes en cours, les allergies et les traitements des patients : le Volet de Synthèse Médicale. Il est déposé par les médecins généralistes sur le DMP des patients qui ont donné leur accord et peut être un élément important dans la prise en charge des patients aux urgences ou chez d'autres praticiens.

En l'état actuel des choses, selon le niveau d'informatisation des cabinets médicaux, le taux d'utilisation des logiciels de gestion de cabinet, l'intérêt des médecins au projet, la question est de savoir si le partage d'un volet de synthèse médicale sur le DMP est compatible avec la pratique courante des médecins généralistes.

1 HISTORIQUE SUR LE DOSSIER MEDICAL, LES OUTILS DE STRUCTURATION DU DOSSIER MEDICAL, LES OUTILS D'ECHANGE ET DE PARTAGE D'INFORMATION

1.1 Historique du dossier médical en médecine générale

1.1.1 Les premiers textes généraux

* *Premiers textes de loi, naissance du carnet de santé*

La notion de dossier médical apparaît dans la loi dès 1970. Il concerne alors la réforme de l'hôpital public. L'arrêté du 23 juin 1970 aborde l'organisation des services médicaux du travail et propose un modèle type de dossier médical ou fiche de visite (modèle édité par l'imprimerie nationale).

Ce n'est qu'avec la loi du 18 janvier 1994 Art. L. 145-6. à Art. L. 145-10 que la tenue d'un dossier de suivi médical est instituée pour chaque patient. Son contenu n'est pas précisé. Il est « propriété du patient » et « couvert par le secret médical ». Son intérêt est de « favoriser la qualité, la coordination et la continuité des soins ». Un carnet de santé doit être distribué à « tout patient attributaire d'un dossier de suivi médical» (Art 145-9). Pourtant, le décret d'application n°95-234 du 1er mars 1995 en limite la distribution aux personnes de plus de soixante dix ans et ayant au moins deux affections chroniques (« nécessitant des soins continus pour une durée supérieure à six mois »).Son contenu,plus précis, comprend l'identification du patient, les actes et prescriptions du médecin en charge du dossier, les actes des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes exerçant hors établissement de santé, un résumé des comptes rendus d'hospitalisation.

Sa durée de vie a été courte car ce décret est abrogé par l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Son article 7 (les articles L. 162-1-1 à L. 162-1-6) est inséré dans le code de la sécurité sociale. Il donne naissance à un nouveau carnet de santé à destination de « tout bénéficiaire de l'assurance maladie âgé de plus de seize ans ». Le patient doit le présenter au médecin à chaque consultation. Afin de préserver l'anonymat, ni le nom ni l'adresse ne doit figurer sur ce carnet. Il contient plusieurs parties à remplir par le médecin en charge du suivi du patient :

- Renseignements médicaux importants
- Consultations et examens
- Hospitalisations
- Radiologies et imagerie médicale
- Vaccination
- Notes personnelles

42 millions d'assurés sociaux se sont vus remettre gratuitement ce carnet de santé par leur caisse d'assurance maladie mais son succès n'est pas au rendez vous. Les patients ne l'apportent pas systématiquement et les médecins ne le remplissent que rarement ou partiellement.

Le décret du 6 septembre 1995 (article 45) portant sur le Code de Déontologie médicale évoque, en complément du dossier médical propriété du patient, une fiche d'observation détenue par le médecin :
« Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle [...] confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.»

Le dossier médical est avant tout propriété du patient, il se matérialise par un carnet de santé à présenter à chaque consultation. Son contenu est général mais identifié (problèmes de santé, hospitalisation, consultation, vaccination). Le médecin généraliste est lui aussi tenu d'élaborer une « fiche d'observation ». Les éléments la composant sont vagues, ils ne sont pas clairement nommés ni précisés. Elle n'est pas uniformisée mais personnalisable selon les généralistes.

* *La clarification avec l'étude de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé en 1996*

A la demande de la Direction Générale de la Santé, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, ancienne Haute Autorité de Santé) réalise une recherche documentaire sur la qualité, le contenu et le suivi des dossiers médicaux en France et dans d'autres pays (USA, Angleterre). L'objectif est, à travers des recommandations compatibles avec la pratique médicale, de donner des grandes lignes de tenue d'un dossier médical pour améliorer la qualité des soins.

A partir d'études téléphoniques, d'une enquête menée par la Société Française de Médecine Générale « actes en fonctions du médecin généraliste » et d'une enquête postale menée par l'Ordre National des Médecins, il est conclu qu'à cette époque environ 90% des généralistes tiennent un dossier médical pour les patients vus régulièrement en consultation. Aucun renseignement précis ne concerne le contenu des dossiers et la qualité de leur tenue.

La structuration des données est également abordée. Le Dossier Orienté par Problème (Problem Oriented Medical Record POMR) est pris comme principal exemple. Il est développé en 1968 par Laurence Weed dans son article « Medical record that guide and teach » et représente, en fait, la seule tentative pour structurer les données d'un dossier médical. Il part du principe qu'un patient a souvent plusieurs problèmes parfois concomitants et le recueil chronologique des données ne peut aboutir qu'à un empilage flou où l'information est plus difficile à trouver. La structuration des données se fait par problème (organique, biologique, psycho-sociaux) en précisant la date de début et de fin si elle existe, elle évolue en fonction de la prise en charge. Cette méthode demande du temps (un temps pouvant être

consacré au patient) et la segmentation des problèmes peut empêcher une pensée synthétique, elle n'a pas montré sa supériorité.

La bonne tenue d'un dossier médical permet d'améliorer la démarche médicale, de réduire les probabilités d'erreur de patient, d'actualiser à tout moment l'histoire médicale et argumenter sa démarche diagnostique, se remémorer les rencontres précédentes, structurer les données, planifier le suivi médical, faciliter la transmission à d'autres soignants, minimiser la iatrogénie. Des recommandations sont alors éditées concernant la structuration par chapitre et le contenu des dossiers médicaux en médecine générale :

- Identification du patient : Nom complet actualisé (Indispensable), sexe (Indispensable), date de naissance (Indispensable), numéro du dossier (souhaitable) et symbole pour signaler les homonymes (souhaitable)
- Informations administratives : Adresse (Indispensable), téléphone (Indispensable), profession (Indispensable), numéro de Sécurité Sociale (souhaitable), affection de longue durée (ALD) (souhaitable), tuteur, curateur, tiers payeur (souhaitable), mutuelle (souhaitable)
- Données d'alerte (Indispensable)
- Rencontre : Nom du médecin (Indispensable), date de la rencontre (Indispensable), type de contact (souhaitable), données significatives de la rencontre (souhaitable), conclusion / synthèse de la rencontre (Indispensable), décisions (Indispensable).
- Histoire médicale actualisée et facteurs de santé : Antécédents personnels (Indispensable), antécédents familiaux (Indispensable), allergies et intolérances médicamenteuses (Indispensable), facteurs de risque (Indispensable), vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage (Indispensable), événements biographiques significatifs (souhaitable)

Le temps passé à la tenue du dossier médical est preuve de sa qualité. Il est important qu'il soit lisible et correctement archivé. L'élaboration d'une synthèse actualisée et de fiches thématiques (cardiologie, pneumologie...) est également évoquée.

* *Loi du 4 mars 2002 : les droits d'accès du patient à son dossier médical*

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé instaure pour les patients le droit d'accès à l'ensemble des informations du dossier médical :

« Art. L. 1111-7 : Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, **qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement** ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet **d'échanges écrits entre professionnels de santé** notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé».

Le dossier médical devient un véritable outil dans la relation médecin-patient.

Tout médecin libéral ou hospitalier a l'obligation de transmettre les données du dossier médical si le patient lui en fait la demande, soit directement ou par l'intermédiaire d'un autre médecin qu'il désigne. Le délai de délivrance du dossier est compris entre 48 heures et 8 jours à compter de la date de réception de la demande. Il est porté à 2 mois pour les informations médicales remontant à plus de 5 ans.

La transparence du document est mise en avant. Il renferme tous les documents en rapport avec la santé du patient (compte rendus divers, résultats d'examens biologiques et d'imagerie) et il est le témoin de l'élaboration de divers diagnostics, prises en charges, évolution, thérapeutiques prescrites. Les informations doivent être compréhensibles par le patient. Cependant certaines informations ne sont pas transmises : celles recueillies auprès d'un tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique, les notes de médecins, d'étudiants ou les réflexions d'un médecin.

Peuvent avoir accès au dossier médical : la personne concernée, ses ayants droit en cas de décès et sous certaines conditions (afin de connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir ses droits), le ou les titulaires de l'autorité parentale, le tuteur, le médecin désigné comme intermédiaire.

* *La conservation du dossier médical*

D'après le décret du 6 septembre 1995 (article 45) portant sur le Code de Déontologie, les documents nécessaires aux décisions médicales « sont conservés sous la responsabilité du médecin. ». Cela favorise tout d'abord la continuité des soins au patient. Par exemple, en cas d'arrêt d'activité, l'ensemble du dossier médical est transmis au successeur du médecin ou au patient lui-même le cas échéant. Le médecin doit également transmettre au Conseil de l'Ordre le lieu de conservation des dossiers médicaux. Conserver un dossier médical permet également de répondre à la loi du 4 mars 2002 qui autorise le patient à avoir accès par simple demande à son dossier médical. Enfin, en cas de litige avec un patient ou sa famille, le dossier médical représente un élément de la défense d'un médecin en tant que preuve.

Les recommandations spécifiques émises par l'ANAES concernant la tenue des dossiers médicaux en médecine générale indiquent qu'il est « conseillé de conserver le dossier pendant une durée au moins égale à trente ans à compter du dernier épisode de soins. ». Les documents papiers doivent être conservés dans un local non accessible au public ou dans un meuble fermé à clef. Les dossiers informatiques doivent bénéficier d'un système de sécurisation performant (loi n°78-17 du 6 janvier 1978); ils doivent être sauvegardés régulièrement et ne dispensent pas de conserver les originaux essentiels (comptes rendus opératoires). L'article L.1142-28 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars ramène ce délai à 10 ans à compter de la consolidation du dommage et non à partir de la première constatation. En établissement de santé (public et privé), l'article R.1112-7 du code de santé publique demande une durée de conservation de « vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein ». Le Conseil National de l'Ordre des Médecins préconise aux médecins libéraux de s'aligner sur ce délai minimal.

1.1.2 *L'informatisation du dossier médical*

Les dossiers médicaux papier ont leur point faible. Selon l'écriture du médecin, ils peuvent être difficiles à lire, compromettant ainsi la compréhension générale du dossier ou retardant la recherche d'information précise. La lourdeur de certains dossiers peut engendrer une fragmentation physique de ces derniers par souci de place, favorisant ainsi une possible perte d'information.

La médecine évolue en permanence et s'adapte aux différentes techniques de son époque. C'est le cas avec l'informatique et la révolution du numérique. Les ordinateurs ont pris place dans les cabinets de médecine générale et peu à peu les dossiers médicaux papiers se sont informatisés. La pratique médicale a changé d'abord par la télétransmission puis par l'apparition de véritables logiciels médicaux plus ou moins perfectionnés, pointus et ayant des options diverses capables de gérer les dossiers médicaux des patients. Les modes de communication se sont eux aussi développés (messagerie sécurisée).

L'informatisation des dossiers médicaux était dans un premier temps régie par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et plus connue sous le nom de « loi informatique et libertés » (c'est d'ailleurs à cette période qu'est créée la CNIL). L'article 1 annonce que « *L'informatique doit être au service de chaque citoyen. (...). Elle ne doit porter atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques* ». Cette loi sera modifiée par la loi du 6 août 2004 afin de transposer en droit français les dispositions de la directive 95/46/CE sur la protection des données personnelles.

* *Le projet SESAM Vitale (Système Électronique de Saisie de l'Assurance-Maladie associé à la carte Vitale)*

A la fin des années 90 l'informatique s'est peu à peu intégrée dans la pratique des médecins généralistes. La principale impulsion a été la mise en place de SESAM-Vitale qui désigne le Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie et utilise une carte électronique munie d'une carte à puce. Ce programme débute dès les années 1980 dans un souci d'économie pour la sécurité sociale. Les objectifs sont de rénover la gestion administrative des caisses de sécurité sociale et d'informatiser le traitement des feuilles de soin pour éviter le système de double saisie (patient ou professionnel de santé – caisse).

Des expérimentations sont lancées dès le milieu des années 80 (la Carte santé à Blois de 1985 à 1987 destinée aux femmes enceintes et enfants de moins de 2 ans pour le suivi de leur santé et des vaccinations ; la Carte SANTAL de 1988 à 1992 à Saint-Nazaire où 37 000 cartes ont été distribuées soit 10% de la population totale du secteur sanitaire). Elles utilisaient des cartes à puces qui comportaient des informations médicales et des données de l'assurance maladie. Des travaux de développement de réseau informatiques ont pu être instaurés.

Ce n'est qu'en 1993 que les trois principaux régimes d'Assurance Maladie Obligatoire (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes) décident de créer un Groupement d'Intérêt Economique pour porter le projet SESAM-Vitale. C'est ainsi que naît le GIE SESAM-Vitale. Sa mission est l'étude, la normalisation, la sécurité, l'homologation, la mise en œuvre, le suivi d'exploitation et l'évolution du système et de la carte vitale 1 qui est diffusée sur 4 sites pilotes de 1992 à 1998. Elle permet la télétransmission des feuilles de soins jusqu'à la caisse d'assurance maladie.

La dématérialisation des feuilles de soins est officialisée par l'article 8 de l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de santé. Les médecins doivent alors être en mesure de télétransmettre les FSE (Feuilles de Soin Electroniques) avant le premier janvier 2000. Cette ordonnance oblige donc les professionnels de santé à s'informatiser, sans pour autant prévoir de sanction particulière dans le cas contraire.

Afin d'aider financièrement les médecins généralistes, pour s'équiper en matériel informatique adapté, un Fonds d'Orientation et de Modernisation de la Médecine Libérale (FORMMEL) est instauré. (7000 F environ).

* ***Le réseau Santé Social***

C'est un « intranet » qui va permettre de transmettre les FSE vers les serveurs des organismes d'assurance maladie.

Après un échec de son réseau privé de transmission (Réseau de l'Assurance Maladie du régime Général ou RAMAGE) vite saturé, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie lance des appels d'offres pour son réseau de télétransmission. En 1998, Cegetel est retenu et crée le Réseau Santé Social ou RSS. Il est pendant 5 ans l'unique gestionnaire du flux SESAM-Vitale pour le compte de l'assurance maladie. Il assure la collecte et le transport des Feuilles de Soins Électroniques (FSE) de plus de 70 000 professionnels de santé en 2008.

* ***Les logiciels médicaux***

L'essor de l'informatique a permis l'émergence de logiciels plus spécialisés permettant la gestion de dossiers médicaux et apportant des fonctions variées adaptées à la gestion d'un cabinet médical. Il n'existe aucun « cahier des charges » précis pour qualifier un logiciel de « logiciel médical ». Cette dénomination se porte selon les fonctions proposées. Elles se sont multipliées au fil des années jusqu'à devenir un support à part entière de l'ensemble de la consultation médicale, de la gestion du cabinet et de la liaison avec les confrères et la caisse d'assurance maladie.

La première des fonctions, évoquée plus haut, est la transmission électronique des feuilles de soins grâce à la carte vitale et la carte de professionnel de santé (carte CPS) du médecin. Les données contenues dans le logiciel sont sécurisées grâce à cette carte et à un code personnel à 4 chiffres.

Le logiciel médical permet également de gérer les dossiers des patients (antécédents, allergies...), les consultations au quotidien (les observations, l'évolution des constantes afin de pouvoir faire des comparatifs au cours du temps), rédiger les différentes ordonnances (examens complémentaires, courriers à des correspondants), gérer des plans de prévention (rappels de vaccins, dépistages). Certains proposent aussi un agenda pouvant être rempli par un secrétariat à distance.

L'intégration d'examens ou de compte rendus divers peut se faire directement par messagerie sécurisée ou indirectement après avoir scanné le document. Diverses fonctions comptables du cabinet et de gestion des feuilles de soins peuvent également être intégrées.

L'article L. 161-38 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie charge la HAS d'établir une procédure de certification des Logiciels d'Aide à la Prescription (LAP) mais son champ d'application pour les logiciels en médecine ambulatoire ne sort qu'en 2008. Elle a été complétée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Elle comprend : le choix du médicament (par Dénomination Commune Internationale DCI ou princeps), les contre indications, les interactions, les informations sur la molécule via les dictionnaires médicaux (Banque Claude Bernard ou Vidal).

Depuis peu, les logiciels peuvent intégrer des services en lignes proposés par l'assurance maladie (déclaration de médecin traitant, arrêt maladie, protocoles de soin,..) ou un accès direct à l'historique des remboursements du patient.

La dernière convention médicale, signée le 26 Juillet 2011, définit notamment un nouveau mode de rémunération à la performance (P4P), devenue par la suite ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) ; mode de rémunération que le logiciel médical doit pouvoir prendre en compte. Il réunit 29 indicateurs couvrant deux grandes dimensions de la pratique médicale : l'organisation du cabinet (5 indicateurs) et la qualité de la pratique médicale (9 indicateurs de suivi des pathologies chroniques, 8 indicateurs de prévention et 7 indicateurs d'efficience). Il a pour objectif la modernisation des cabinets médicaux, la valorisation des actes de santé publique, l'amélioration de la qualité des soins.

Plus récemment, certains logiciels sont devenus DMP compatibles mais cet aspect sera développé ultérieurement et après avoir présenté le Dossier Médical Personnel.

* *Loi sur l'hébergement des données de santé*

Le cadre législatif associé à l'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel est fixé par l'article L. 1111-8 du code de la santé publique inséré par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. Une personne ou une entreprise ne peut commencer une activité d'hébergement qu'après avoir obtenu l'agrément de l'administration.

Les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par le décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des Conseils de l'ordre des professions de santé.

L'objectif est d'organiser le dépôt et la conservation des données de santé de façon à garantir leur pérennité et leur confidentialité, de les mettre à la disposition des personnes autorisées selon des modalités définies par contrat et de les restituer en fin de contrat.

L'hébergeur peut être une personne physique ou une personne morale. Il doit garantir aux personnes dont les données sont stockées un droit d'accès à ces données (art. 34 de la loi). Les hébergeurs doivent prendre des précautions techniques pour assurer la sécurité des données et garantir qu'elles ne soient pas communiquées à des personnes non autorisées. Un contrat est passé entre l'hébergeur et la personne qui procède au dépôt des données (les professionnels de santé, les établissements de santé ou les personnes concernées.)

Le contrat doit contenir certaines clauses obligatoires : il doit indiquer que l'hébergement des données, les modalités d'accès et les modalités de transmission sont subordonnés à l'accord des personnes concernées.
Le contrat doit obéir aux dispositions de déontologie figurant à l'article L. 4113-6 du code de la santé publique (interdiction des avantages procurés par les laboratoires pharmaceutiques).

Les accès aux données hébergées ne peut se faire que par la personne concernée ou par l'établissement et les professionnels de santé qui remplissent deux conditions : prendre en charge la personne concernée ou avoir été désigné par elle. Ils peuvent alors transmettre les informations à un autre professionnel prenant en charge la personne mais sans avoir été désigné par celle-ci, et dans la mesure où cette personne, avertie, ne s'y est pas opposée.

1.2 Les outils de structuration des données de santé

1.2.1 Intérêt de la structuration des données de santé :

Le langage médical est très riche et en évolution constante. Compléter le dossier médical d'un patient est parfois simple mais lorsque le diagnostic n'est pas clair (polyarthropathie inflammatoire non étiquetée, errance diagnostique autour d'un ou plusieurs symptômes, polypathologies d'origine multiples) il devient plus complexe de mettre à jour clairement les antécédents ou allergies.

D'autre part, lors des échanges entre professionnels de santé, les informations doivent être comprises par le correspondant tout en conservant leur sens initial. Si la même donnée est présente chez deux patients, elle doit être indiquée de la même façon.

Par exemple, l'emploi de synonymes, d'abréviations ou encore les fautes de frappe sont fréquents : mal de tête ou céphalées, hypertension artérielle ou HTA ou Hypert ou hypertension artérielle essentielle. L'utilisation de référentiels standardisés va donc permettre de faire correspondre une donnée précise (diagnostic, allergie ou symptôme) à un code particulier enlevant ainsi toute ambiguïté de compréhension.

Avec le dossier médical informatisé, un nouvel acteur intègre la problématique de compréhension des données médicales : l'ordinateur. Les logiciels médicaux ne peuvent pas « comprendre » les informations saisies en texte libre. Par contre, si ces données sont codées, elles peuvent être exploitées. Il est par exemple capable de compter les patients diabétiques de type deux de la patientelle, d'associer une pathologie à certains médicaments, d'émettre des alarmes lorsque le patient présente une allergie à une substance prescrite.

La plupart des logiciels médicaux ont intégré en général plusieurs référentiels de codage que le médecin peut choisir selon ses goûts. Mais ils rajoutent également un dictionnaire « personnel » que le médecin complète en texte libre au fil du temps, de ses consultations et de ses habitudes. Cela rajoute une part de personnalisation donc d'appropriation du logiciel par le praticien mais ces données ne sont pas exploitables. Faire appel à plusieurs référentiels est possible mais les données saisies dans l'une ou l'autre des nomenclatures doivent être codées de manière précise et équivalente sans approximation.

1.2.2 Les différents niveaux de structuration des données

Dans le dossier médical, il est possible de structurer les données sur plusieurs niveaux, selon leur précision.

Niveau 1 : l'ensemble du document n'est pas structuré mais rédigé en texte libre. Il est identifié soit par nom du patient soit par type de document.

Niveau 2: le document est organisé en chapitres. A l'intérieur de chaque chapitre, le texte est libre. On peut retrouver ce mode d'organisation dans un dossier médical divisé en « Antécédents, allergies, consultations, documents et traitements » par exemple. Lorsque le praticien veut rédiger un courrier il peut demander d'intégrer le chapitre « antécédents » et « traitements ». Le logiciel intègre alors l'ensemble des données contenues dans les chapitres sélectionnés. Cette fonction peut être préprogrammée et l'ouverture du document « courrier » comprendra directement les antécédents et traitements du dossier correspondant.

Niveau 3: chaque ligne ou donnée contenue dans les chapitres est identifiée et codée. Il est ainsi possible d'associer une allergie à un ensemble de médicaments contre-indiqués, chaque diagnostic du chapitre antécédent est codé et peut ainsi être associé à des données biologiques (diabète et hémoglobine glyquée) ou à des comptes rendus spécialisés (Coronaropathie et consultation cardiologique).

1.2.3 *Les principaux référentiels existants*

A l'heure actuelle, plusieurs référentiels existent pour structurer des données médicales. Leur fonction initiale et leur étendue diffèrent. Les logiciels médicaux en médecine générale (comme à l'hôpital) ne les intègrent pas tous. Ils comprennent en général un référentiel international, un ou plusieurs nationaux. Le référentiel est parfois propre au logiciel lui-même (en texte libre) ou personnel (le professionnel peut le créer à sa guise souvent en texte libre). Leurs mises à jour sont variables et non fixées systématiquement.

* *La Classification internationale des maladies (CIM 10)*

La classification nationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé a été initialement créée pour coder les causes de décès dans une optique épidémiologique. Les premières recherches datent de 1893 et sont remises à jour régulièrement. En 1945, lors de sa création, l'OMS reprend l'évolution et la mise à jour de cette classification.

Nous en sommes à la dixième révision à ce jour (publiées en 1992). Elle comprend trois volumes et vingt-deux chapitres à l'intérieur desquels les catégories sont associées à des codes (lettre + chiffres). Les diagnostics peuvent être très détaillés et près de 19000 entrées sont possibles (NB : les bases de données médicamenteuses utilisent le code CIM 10) ce qui peut s'avérer complexe en médecine générale d'autant plus que ce référentiel se concentre plutôt sur le diagnostic que sur le patient.

* *Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC)*

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation regroupe les situations cliniques qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an. Il représente plus de 97% des situations cliniques de premier recours. Il a été conçu par la Société Française de Médecine Générale à partir des travaux du Dr Robert N. Braun, médecin généraliste autrichien.

Cette nomenclature contient 278 résultats qui correspondent au résultat de l'analyse du praticien en fin de consultation. Quatre positions diagnostic permettent de conclure : classification par symptôme cardinal, classification par syndrome ou groupe de symptômes, classification par dominance ou tableau de maladie, diagnostic.

Ce dictionnaire est national. Il n'est pas lié à des codes mais possède des correspondances avec la CIM 10 (il peut être transcodé). Il est plus simple d'utilisation pour les généralistes car plus proche de leur pratique au quotidien.

* *La classification Internationale des Soins Primaires (CISP)*

C'est la version française de l'International classification of primary care (ICPC) développé par l'organisation internationale des médecins généralistes (Wonca). Elle appartient à la famille des

classifications de l'OMS (liée à la CIM). La première version date de 1987, elle a été traduite en une vingtaine de langues.

Elle peut coder trois types d'éléments : les motifs de rencontre (du point de vue du patient) ; les appréciations portées par le professionnel de santé (problèmes de santé diagnostiqués), les procédures de soins (réalisées ou programmées). Elle est proche de la pratique en médecine générale et contient même un chapitre social fréquent lors des consultations.

* *Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)*

Le référentiel des actes techniques médicaux (utilisé depuis 2005) contient 19 chapitres organisés de manière anatomiques. Les termes sont codés (7 caractères) de manière précise et univoque des actes thérapeutiques et diagnostiques. Il contient 7000 actes. Il est finalement peu utile en médecine générale.

* *L'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)*

Sorte de thésaurus appartenant à la Banque Claude Bernard, propriété de la société CEGEDIM, elle comprend une centaine de termes issus du travail de médecins et pharmaciens du groupe RESIP (Recherches et Etudes en Systèmes Informatiques Professionnels) à partir des Résumés des Caractéristiques de Produits (RCP) des médicaments.

* *Systematized Nomanclature of Medicine (SNOMED)*

Ce référentiel est l'un des plus complet reconnu au niveau international. Il concerne un vaste champ de la description et de la prise en charge des patients (situation professionnelle et sociale, explorations diagnostics, interventions médicales et paramédicales...). Il est traduit dans plusieurs langues et notamment dans la plupart des langues européennes..

Différentes versions se sont succédées depuis 1965 mais ne comprenaient pas de mises à jour. La troisième version en 1993 s'est dite internationale avec 130 000 termes. Le GIP DMP (*cf infra*) a fait l'acquisition de la version 3.5 en français en 2006 (cette version datait de 1998 et n'avait pas de mise à jour à l'échelle internationale.)

En 2007, le consortium IHTSDO (*International Health Terminology Standards Development Organization)* devient propriétaire de toutes les versions de la SNOMED ainsi que de la dernière SNOMED CT (*Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms)*. Elle la met à disposition gratuitement dans les pays en voie de développement. L'OMS se rapproche de la SNOMED CT pour développer sa future CIM. Elle se base autour de trois éléments : concept, description, relation. Le concept représente la notion clinique (300 000 actifs), la description permet de préciser le concept de base puis la relation entre les deux. Chaque notion a un code à plusieurs chiffres précis. Le référentiel est très vaste.

* *Logical Observation Identifier Names and Codes (LOINC)*

Cette nomenclature assez importante (50 000 termes, restreints à 20 000 par l'ASIP) couvre essentiellement les résultats de biologie mais aussi les titres des sections des dossiers médicaux. Elle est éditée par le Regenstrief Institute à Indianapolis et est libre d'utilisation.

1.3 Essor d'un outil d'échange entre professionnels de santé : la messagerie sécurisée

L'échange, qui s'inscrit à un temps T entre deux professionnels de santé, correspond à une communication d'informations de pair à pair. Ces données échangées sont également l'occasion pour le médecin généraliste d'enrichir ses connaissances, au contact de professionnels maîtrisant un champ d'expertise bien spécifique. Des échanges de qualité (tant en fréquence qu'en contenu) participent effectivement, mais de façon totalement informelle, à la formation du médecin.

1.3.1 Les limites des outils de communications usuels

* *Le courrier*

L'ensemble des comptes rendus d'hospitalisation, des consultations spécialisées et des résultats biologiques ou anatomopathologiques est envoyé au médecin généraliste par voie postale. Par ce mode de communication, les résultats arrivent en 24 à 48 heures jusqu'à son destinataire, dans les meilleures conditions.

Le parcours d'un compte rendu d'hospitalisation comprend de nombreuses étapes. Le praticien dicte le courrier sur dictaphone (en général). La secrétaire médicale le tape alors sur ordinateur, il est d'abord numérisé puis imprimé (donc passé en version papier analogique) pour relecture et signature du professionnel. Après accord, il est envoyé par courrier au médecin généraliste. Ce dernier, la plupart du temps, doit le réintégrer à son logiciel médical... le document est alors scanné (par sa secrétaire ou lui-même) donc à nouveau passé en version numérique et intégré au dossier du patient puis archivé dans un dossier papier.

Ce système demande un coût en temps non négligeable. Chaque jour le temps passé à scanner les documents varie de 10 à 30 minutes selon les courriers reçus, sans compter le temps dédié à l'archivage. Il représente une perte de temps qui pourrait être consacré au patient ou à d'autres taches de secrétariat.

* *Le téléphone*

Les résultats d'analyse médicale ne peuvent parfois pas attendre un jour ou deux en cas d'anomalie. Le plus souvent le laboratoire téléphone au médecin, le dérangeant ainsi au milieu d'une consultation, ce qui peut être chronophage si plusieurs résultats posent problème dans une journée. Il a l'avantage d'avoir directement la personne désirée mais peut perturber le déroulement d'une consultation délicate. La

succession des appels peut également occasionner un retard conséquent dans l'organisation de la journée.

* *Le fax*

Les résultats peuvent encore être faxés mais cette méthode ne répond pas aux contraintes de confidentialité.

1.3.2 *L'intérêt des messageries sécurisées*

Avec l'informatisation des cabinets médicaux et l'essor d'Internet, émerge un nouveau moyen de communication avec les boites de messagerie électronique (ou « boites mail »). Cependant, elles n'appliquent pas les règles de confidentialité nécessaires à l'échange d'information médicale.

En 1995, un médecin généraliste de campagne qui s'intéresse de près à l'informatique fait part à son fournisseur Internet de son besoin de communiquer avec ses confrères mais en respectant les règles déontologiques et en sécurisant les données échangées. Il s'associe avec des confrères et des informaticiens et devient président un an plus tard de l'Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication En Médecine (APICEM). La première messagerie sécurisée Apycrypt est créée en 1996. Elle fait communiquer des médecins et établissements de santé de manière simple et peu coûteuse. Les informations transmises sont cryptées sur deux couches successives.

L'utilisation des messageries sécurisées assure l'identification claire de l'émetteur et du destinataire, l'intégrité du contenu jusqu'à réception, la confidentialité des messages (cryptés). Elle permet une amélioration de l'efficacité de la chaîne de production de comptes rendus médicaux, une économie de publipostage et de papier.

1.3.3 *La mise en œuvre des messageries sécurisées est encadrée par plusieurs textes*

La confidentialité des informations médicales est régie par l'article L.1110-4 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et repris par la Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. ». S'ajoute le « Décret confidentialité » n°2007-960 du 15 mai 2007 (application de la loi de 2004).

La conservation d'informations médicales sur support informatique et leur transmission par voie electronique sont soumises au respect de référentiels définis par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Les mesures pour garantir la confidentialité des informations échangées doivent avoir recours à des methodes de chiffrement. Afin d'avoir accès à des informations transmises de manière sécurisée, l'utilisation de la carte de

professionnel de santé (carte CPS) est obligatoire (Art R.1110-3 du décret confidentialité n°2007-960 du 15 mai 2007 en application de la loi de 2004).

Pour les échanges de documents le format MIME (Multipurpose Internet Mail Extensions) et son extension S/MIME pour la sécurisation des données est utilisée pour les messageries sécurisées. Les données de laboratoires sont échangées au format HPRIM.

1.3.4 *Bilan de l'état des lieux des messageries sécurisées de santé en région (Rapport de l'Agence des Systems d'Information Partagés de Santé en Février 2014)*

Dans le cadre de sa mission, qui est le développement de l'e-santé en France, l'agence d'Etat de l'ASIP Santé (décrite ultérieurement) élabore un rapport sur l'état des lieux du développement des messageries sécurisées en régions.

« Environ 62000 professionnels de santé utilisent une messagerie sécurisée pour leurs échanges professionnels soit environ 5,5% des professionnels de santé en France ».

La messagerie Apycript comprend 36500 utilisateurs soit 3,2% des professionnels de santé. Les 25000 autres professionnels (2,2%) utilisent plutôt des solutions régionales développées depuis 1998 dans 16 régions. Malgré une forte demande, les solutions de messageries régionales sont faiblement intégrées aux logiciels médicaux des professionnels.

1.3.5 *La messagerie Apycript*

Cette messagerie sécurisée est la plus répandue parmi les professionnels de santé. Il s'agit d'un programme s'installant grâce à un CD et se « colle » aux logiciels existants (module additionnel).

Les documents sont cryptés par un système de clé personnelle utilisée par le système émetteur, transitant dans un serveur spécifique sans possibilité de stockage et reconnue par le système émetteur. Cette clé est modifiée à chaque nouveau message envoyé.

Pour être conforme au décret du 15 mai 2007, la version « Apimail-A » est disponible la même année et intègre la signature des messages grâce à la carte CPS du professionnel de santé.

1.3.6 Exemple d'autres messageries sécurisées déployées en région

Solution	Editeur	Citation par la MOA R
Apicrypt	Apicem	Toutes régions
Easycrypt	Enovacom	Aquitaine, Franche-Comté, Haute-Normandie
Cpsure Proxy	Enovacom	Auvergne, Haute-Normandie, Bretagne
Inetlab	Byg Informatique/ Medsys	Bretagne
IdeoSecureMail	SQLI	PACA, Rhône-Alpes
Bioserveur	AGFA	Rhône-Alpes
Antares	Enovacom	Centre, Haute-Normandie, Alsace
MEOPS	SWORD	PACA

Tableau issu du bilan de l'état des lieux des messageries sécurisées en région. Solutions par régions (P.11)

1.3.7 La messagerie sécurisée de santé (MSS) de l'ASIP Santé

Plusieurs services de messageries sécurisées existent au niveau régional et national mais ne sont pas ou peu interopérables et le taux d'adhésion des professionnels de santé est faible (5,5%). L'ASIP, met en place une Messagerie Sécurisée de Santé après des concertations auprès des Conseil de l'Ordre des professionnels de santé (médecin, pharmaciens, dentistes, sages femmes…).

Ce service est un espace de confiance où les professionnels de santé peuvent échanger en toute sécurité des données de santé grâce à des messageries sécurisées rendues compatibles. Un cadre d'interopérabilité est défini par l'ASIP Santé pour permettre aux industriels de développer leurs offres. Une liste blanche des opérateurs autorisés à échanger dans cet espace commun est établie.

Un annuaire national est réalisé en se reposant sur le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé incluant les professionnels de santé ainsi que les acteurs médico-sociaux dans la limite de leur habilitation à partager des données de santé.

La CNIL autorise le développement de cette messagerie sécurisée en juillet 2014.

1.4 Développement des systèmes de partage de l'information

1.4.1 Des exemples internationaux

* *Les Etats Unis et le système des vétérans « VistA »*

Les vétérans représentent une population vieillissante pauvre et malade. Leur prise en charge médicale a été dispersée entre différentes branches du gouvernement américain jusqu'en 1930 où le ministère des anciens combattants est créé (Veterans Affairs). Il collabore avec les centres hospitaliers

universitaires vers 1945 et parvient à étendre l'offre de soin par la création de nouveaux hopitaux, indispensable pour pouvoir prendre en charge les milliers de soldats de retour de la 2° guerre mondiale

En 1988, le Veterans Affairs devient le department of veterans affairs dont le secrétaire dépend directement du président ; il supervise la Veterans health administration (VHA). Sa réputation n'est pourtant pas bonne avec notamment un fort taux de mortalité opératoire et une disparité importante entre les hôpitaux qui sont indépendants.

Ken Kizer restructure en 1996 la VHA en passant d'un système hospitalier à un réseau de soin diversifié : importance des consultations externes (urgences, soins de kinésithérapie, santé mentale), développement des soins de ville au sein de centres de santé locaux, qualité du système d'information, coordination des établissements de santé au sein des régions (22) et présents dans les 50 Etats. Le financement se fait en fonction des besoins et non du budget des structures.

Un dossier électronique est élaboré pour faciliter la coordination des soins et améliorer la qualité de prise en charge des patients. Il s'appelle VistA (Veterans Health Information Systems and Technology Architecture). Créé après 7 ans de recherche, il intègre un dossier médical électronique ou Clinical Patient Record System (CPRS), avec un système de code barre (pour éviter les erreurs de délivrance et d'identification sur les médicaments) et peut également recevoir une centaine d'applications.

L'interface de ce dossier médical est identique à l'hôpital et en ville, de sorte que tout professionnel de santé qui prend en charge le patient ait accès aux mêmes informations. Sa page de garde est une synthèse des problèmes en cours, allergies, traitements, résultats, constantes, historique des hospitalisations et des consultations. Le professionnel de santé peut ainsi choisir l'onglet qui l'intéresse. Les résultats d'examens biologiques ou d'imagerie médicale sont disponibles (certaines applications multimédia intègrent les images radiologiques quel que soit leur format). Un système de rappel (« reminder ») est connecté aux règles de bonne pratique concernant la vaccination ou les examens de contrôle.

Ce système a reçu le 10 juillet 2006 le prix "Innovations in American Government Award.", Sponsorisé par l'université d'Harvard.

* *Le projet britannique Connecting for Health*

En 1998, confronté à une demande croissante en soins médicaux, des listes d'attente grandissantes, la recrudescence des maladies nosocomiales à l'hôpital et un taux élevé de mortalité dû aux affections iatrogènes (interactions médicamenteuses), le National Health Service (NHS, ministère de la santé britannique) lance un programme national d'informatisation du secteur de santé afin d'améliorer la qualité des soins. Le département « Information for health » en charge du projet travaille sur la généralisation du dossier médical informatique, l'accès des patients à leur dossier informatisé.

En 2002, les grandes lignes du projet sont publiées et une « taskforce » ministérielle entièrement dédiée à l'informatisation du système de santé est créée pour mettre en œuvre une infrastructure informatique moderne pour tous les secteurs de la santé opérationnelle en 2010.

Les objectifs sont la modernisation et la mise en réseau de l'ensemble du système de santé, la mise en place d'un système de transfert électronique des prescriptions médicales, d'un service électronique de prise de rendez-vous, d'informatisation des données médicales du patient au sein d'un dossier informatique accessible au patient.

Ce programme ne concerne que l'Angleterre. Le territoire est divisé en 5 régions (North East, Eastern, London, North West and West Midlans, Southern) qui comprennent un hébergeur propre relié par un fichier central, la colonne vertébrale ou "Spine".

Le dossier comprend une fiche de synthèse (summary care record SCR) stockée sur le « spine », sécurisée et accessible par les professionnels de santé et les patients n'importe où en Angleterre. Le dossier détaillé est hébergé dans les lieux de soin (cliniques ou « primary care trust » où sont exercés les soins primaires par les médecins généralistes). S'y ajoute un programme GP2GP (de médecin généraliste à médecin généraliste) qui permet de transférer par voie électronique des dossiers médicaux de patients d'un cabinet à un autre lieu de soin. Le Choose and Brook website permet au patient ou au médecin de prendre des rendez vous en ligne grâce à un identifiant unique. « L'électronic transmission of prescription » permet au praticien de créer son ordonnance électronique et de la transmettre directement à la pharmacie où le patient est enregistré.

Le budget pour ce projet est estimé à 6,2 milliards de livre Sterling (9,3 milliards d'euro environ) plus 1 milliard de livre Sterling par région. La NHS prévoit de consacrer 4% de son budget total aux dépenses liées à l'informatisation. Le projet a été abandonné en septembre 2010 principalement dans un souci d'économie (12,7 milliards de livres sterling avaient déjà été dépensés). Le retard s'est accumulé et les contrats passés avec les hébergeurs dans les différentes régions ont été annulés du fait du trop grand investissement technique supporté par les entreprises. Seul le Summary Care Record sera conservé et mené à son terme. D'autres services ne sont plus liés au projet mais directement gérés par le ministère de la santé tels que l' Electronic Prescription Service, le Choose and Book et le PACS (Picture Archiving and Communication System).

1.4.2 La France et le DMP : une histoire longue de 10 ans…

* *Climat pour l'émergence d'un dossier médical partagé… puis personnel*

La question d'un dossier médical centralisé sur le patient et dont les données puissent être échangées entre les différents acteurs du parcours de soin émerge dans un contexte favorable.

- *Développement des technologies de l'information et de la communication (TIC)*

En 1998, le programme d'action gouvernemental pour la société de l'information (PAGSI) est mis en œuvre afin de développer de manière générale les nouvelles technologies et l'accès à internet non seulement pour le fonctionnement de l'Etat mais pour la société en général (éducation, modernisation des services publics, commerce électronique, régulation juridique, innovation..).

C'est dans ce contexte général d'essor du numérique et de volonté politique que se développent au début des années 2000 les technologies de l'information et de la communication (TIC) qui permettent de traiter, modifier, transmettre et échanger des informations numérisées. Elles regroupent l'informatique, les télécommunications, l'audiovisuel, internet et intranet.

- *Réponse à l'évolution et aux droits des patients*

Avec l'avancée technologique, l'accès beaucoup plus facile à l'information, l'élévation du niveau d'étude et le nombre d'affaires judiciaires médicales à grande échelle (sang contaminé, vache folle..) la population et plus précisément la relation médecin-malade s'est en grande partie modifiée. On passe d'une médecine paternaliste à une exigence d'information, d'explication sur son état de santé et sur le traitement proposé.

La loi du 4 mars 2002 renforce les droits des patients : devoir d'information, liberté de choix de son traitement après avis éclairé des professionnels de santé, droit d'accès à son dossier médical.

En complément de l'évolution informatique et des logiciels apportant plus de fonctionnalité, apparaissent les vidéoconférences, les messageries sécurisées, les PACS (Systemes d'archivages centralisé des examens d'imagerie médicale).

- *Besoin du partage d'information dans le parcours de soin*

Le parcours de soin a été instauré par la loi du 13 aout 2004. Le patient doit désigner à sa caisse d'assurance maladie son médecin traitant. C'est ce dernier qui adresse le patient à d'autres professionnels de santé selon les besoins de prise en charge. Dans le cas contraire, le remboursement de la consultation spécialisée est amputé de 40%.

L'objectif est une prise en charge globale et continue du patient par une meilleure coordination entre les professionnels de santé (du généraliste au spécialiste, en ville comme à l'hopital) en tenant compte des règles de bonne pratique et dans un souci de réduction des coûts (éviter les examens redondants, diminuer les hospitalisations inutiles, diminuer des déplacements inutiles de patients..).

Ceci est d'autant plus important que la population vieilli et que le nombre de patients atteints de pathologies et même de polypathologies chroniques augmente. Le partage de l'information entre

professionnels de santé et entre le patient et son médecin doit être facilité pour répondre à un respect de protocoles de prise en charge, de qualité des soins, d'équité et de réduction des coûts.

Les outils techniques permettent d'améliorer les échanges d'informations mais il reste encore des patients chez qui cette circulation d'informations pose des problèmes psychologiques et culturels.

- *Besoin d'économie de santé*

Il parait que la santé n'a pas de prix... mais elle a un coût.
Le financement des dépenses de santé (soins et biens médicaux) est réalisé pour l'essentiel par l'assurance maladie, branche de la sécurité sociale, une partie par les complémentaires et par l'état et les collectivités territoriales qui se désengagent peu à peu.

Les dépenses de santé ont très fortement augmenté depuis ces quarante dernières années. Le vieillissement de la population (le poste vieillesse passe de 5,1% du PIB en 1959 à 14,4% en 2010 en relation à l'allongement de la durée de vie et l'arrivée en retraite des baby boomers), l'augmentation de l'offre de santé avec des technique plus onéreuses, l'augmentation du nombre de professionnels de santé et le chômage ont participé au déséquilibre du budget de l'assurance maladie.

Afin de réguler ce financement, l'état édite une loi de financement de la sécurité sociale qui fixe chaque année un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) depuis 1996. Pourtant à partir de 1997, les objectifs ont été systématiquement dépassés.

* *2004 : La naissance du DMP en France*

- *Travail préliminaire en 2002*

En 2002, le ministre de la santé, M. Mattei, charge le Pr Fieschi d'établir un rapport concernant le partage des informations médicales des patients entre professionnels de santé grâce à l'ensemble des systèmes d'information afin de mieux coordonner les soins. Il constate que le dossier médical passe du simple archivage à un outil de partage entre professionnels de santé. L'informatisation des cabinets médicaux s'améliore à cette période.

Dans les hôpitaux, la gestion des dossiers patients ne concerne principalement que les données administratives mais l'offre industrielle évolue. Le Professeur Fieschi aborde déjà la nécessité d'interopérabilité des systèmes d'information pour faciliter les échanges et le développement du codage des données selon des standards, souvent internationaux.

Une politique incitative forte serait nécessaire (financement pour soutenir les établissements, renforcement de la transversalité des applications et non son cloisonnement, développement de l'interopérabilité).

Sa vision : une « adresse qualité santé » possédée par le patient chez un hébergeur de son choix (parmi une liste proposée) dont il gère les accès. Les documents seraient envoyés à cette adresse par les professionnels de santé.

2004 : le DMP dans la loi

Philippe Douste Blazy ministre de la santé en mars 2004, lance une vaste réforme de l'assurance maladie. La loi prévoit en son article 3 qu' « afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gage d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose... d'un dossier médical personnel (DMP) constitué de l'ensemble des données de santé à caractère personnel, recueillies à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soin... et notamment des informations qui permettent le suivi des actes et des prestations de soin. »

Il n'est pas obligatoire juridiquement, son ouverture et son suivi sont gratuits.

Les avantages attendus sont :

- Une meilleure coordination des soins et surtout la réduction de prescriptions redondantes ;
- Une amélioration de la qualité des soins par l'accès en direct aux informations médicales du patient.
- L'information des patients davantage acteurs de leur santé.
- Surtout des économies de santé (moins d'actes redondants, diminution de la iatrogénie...)

Le groupe de pilotage : GIP DMP

Huit mois après cette nouvelle loi, en avril 2005, le Groupement d'Intérêt Public pour le Dossier Médical Personnalisé (GIP DMP) est créé pour assurer le démarrage et le pilotage du projet dès 2005.

Son Conseil d'administration est présidé par Dominique Coudreau, ex directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (1979-1989), ancien directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (1996-2003) et conseiller maître à la cours des comptes. Il regroupe l'Etat (ministre de la santé), la caisse des dépôts et consignations (CDC) et l'assurance maladie (CNAMTS). Pierre Bivas, ingénieur des mines et conseiller pour l'élaboration de la carte vitale sous le gouvernement Juppé, assure la direction technique du projet et Jacques Beer-Gabel, polytechnicien, est désigné comme consultant pour les grands systèmes d'information.

Les missions du GIP-DMP :

- définir les données de santé à caractère personnel (prévention, diagnostic, suivi des soins) devant figurer dans le DMP ;
- assurer la maîtrise d'ouvrage des systèmes informatiques;

- piloter et mettre en œuvre à partir de 2007 la généralisation du DMP ;
- assurer les relations avec les professions de santé et les associations de patients et l'information du public.

* *Période 2004-2007 : mise au point et discussions autour du DMP*

↳ *Le calendrier est très (trop) serré*

La loi de 2004 annonce une généralisation du DMP dès juillet 2007. Le plan de déploiement n'est pas clairement défini et de nombreuses questions sont encore à éclaircir alors que les appels d'offre pour les hébergeurs sont déjà lancés. L'identification des patients doit être soumise à la CNIL, l'aspect juridique est à définir, le cahier des charges des hébergeurs n'est pas édité et certaines questions ne sont pas abordées (rôle du médecin traitant, quel document a valeur d'être intégré au DMP du patient ?...).

↳ *Changement fréquent de l'équipe en charge du projet*

Dès juillet 2005, Pierre Bivas est démis de ses fonctions, en raison des retards accumulés et de conflits internes quant à la conduite du projet. Il est remplacé par M. Jacques Coudreau et Jacques Beer Gabel devient directeur général (22 juillet 2005 – 7 avril 2006). Pourtant, il est remplacé en 2006 par son directeur adjoint, Dominique Sauret ancien adjoint en chef (mars 1995-1999) puis Chef (1999- mars 2000) de la Division de l'Informatique et des Nouvelles Technologies à la Direction de la Sécurité sociale du ministère des Affaires sociales. En deux ans, pas moins de trois directeurs se sont succédés à la tête du GIP-DMP.

↳ *Choix de l'hébergeur*

Le lancement des appels d'offre pour les candidatures d'hébergeur du DMP s'effectue en juillet 2005. Pourtant, le décret sur l'hébergement de données de santé à caractère personnel n'est publié qu'en janvier 2006, il apporte plus de précision par rapport à la loi du 13 aout 2004.

L'objectif est d'expérimenter sur une période de quatre à six mois les solutions techniques et organisationnelles proposées par les industriels.
Six consortiums sont choisis :

- In Vita (Accenture), La Poste (pour les inscriptions/créations) et 9 Cégétel (9 Telecom) (trois zones sont concernées : l'ancien bassin minier autour de Lens, la Haute-Normandie et l'Île-de-France)
- Siemens, Bull et EDS ("Privantis", modifié en Santénergie, en Février 2006) ;
- Cap Gemini, France Télécom, SNR et IBM ;
- Santeos : Atos Origin, Uni-Médecine, Strateos et Hewlett
- D3P : Réseau Santé Social (CompuGroup), Microsoft et Medcost/Doctissimo (Rhône-Alpes, notamment) ;
- Cégédim et Thalès Services (Alsace et Aquitaine)

Les expérimentations sont lancées sur 17 sites répartis sur 13 régions sur une période théorique d'avril à décembre 2006 mais certaines n'ont pu commencer qu'en été 2006 voire même septembre 2006 à cause de difficulté d'agrément des hébergeurs.

Le bilan est mitigé et les solutions techniques proposées n'ont pu être testées que de manière partielle. Les conclusions ne sont pas inattendues : accompagnement des hôpitaux pour développer leur systèmes d'information, élaboration de programme de formation pour les médecins, développement de la compatibilité entre DMP et logiciel métier.

- *Problème d'identification du patient*

L'article 5 de la loi du 13 août 2004 précise qu'un identifiant spécifique doit être utilisé pour l'ouverture du DMP d'un patient,.
« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, détermine les conditions dans lesquelles un identifiant peut être utilisé pour l'ouverture et pour la tenue du dossier médical personnel tel que défini à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, dans l'intérêt de la personne concernée et à des fins exclusives de coordination des soins ».

En juillet 2006, lors de son séminaire annuel, le Comité d'Orientation du GIP préconise le numéro de sécurité sociale (NIR) comme identifiant du DMP. Cette proposition est rejetée par la CNIL car « le NIR, compte tenu de son usage répandu, du fait qu'il est signifiant et facile à reconstituer et des risques précédemment évoqués, ne constitue pas, aujourd'hui, un numéro adapté pour identifier le dossier médical de chacun. ». Il est plutôt suggéré l'utilisation « d'un identifiant de santé spécifique généré à partir du NIR [...] mais transcodé selon des techniques reconnues d'anonymisation.

Mais le GIP DMP ne prévoit pas la sortie du décret du numéro d'identification avant 2008 et encore un an sera nécessaire pour les prises en compte techniques.

- *Un coût sous estimé*

Le GIP DMP prévoit un coût complet du DMP sur 5 ans (2006-2010) à 1020 million d'euros mais déjà le calendrier en lui même semble trop court et certains points pourraient être sous estimés (fonctionnement de la plateforme technique, adaptation des systèmes d'information hospitaliers).

- *Interopérabilité et DMP compatibilité*

L'un des objectifs de la loi du 13 août 2004 est une meilleure coordination des soins grâce au partage de l'information sur le DMP. Les logiciels médicaux doivent donc être capables d'échanger des fichiers ou informations avec le DMP et idéalement sans double saisie et sans trop de manipulation.

La DMP compatibilité n'est pas abordée dès les premières années. Les publications par le GIP DMP des spécifications d'interopérabilité, du portail, des systèmes d'hébergement se font attendre et n'arriveront qu'en 2008.

- *Difficulté technologique*

L'utilisation du DMP implique tout d'abord d'être informatisé (une étude de 2005 de l'URML de Bretagne montre que 87% des médecins généralistes possèdent un ordinateur mais seulement 30% l'utilisent pour gérer leur dossier médical), d'avoir un équipement adapté, un logiciel métier compatible et suffisamment intégré à la pratique médicale. En 2007 en France, il existe environ 130 logiciels médicaux... mais pourront-ils tous être compatibles avec le DMP ? Le problème va se poser avec certains logiciels dont l'identification de la carte CPS et de la carte Vitale n'est pas fluide et où l'accès au service en ligne n'est pas ergonomique. Cela va empirer avec l'arrivée du DMP.

On peut s'attendre à une concentration des logiciels mais dans ce cas là certains professionnels de santé devront changer d'outil de travail. La question du prix du logiciel DMP compatible n'est pas abordée.

La participation des hôpitaux est essentielle mais leur retard en matière d'informatisation est à rattraper et leurs systèmes d'information cloisonnés et diversifiés sont à améliorer. L'intégration de comptes rendus à court terme et dans un format DMP compatible demande encore beaucoup de travail. Une autre étape est la généralisation des cartes CPS pour les hospitaliers (délai de 3 ans prévu par le décret du 15 mai 2007).

- *La formation des professionnels de santé et l'information du grand public*

Le rôle du médecin traitant dans le processus d'ouverture, d'alimentation et de mise à jour n'est pas abordé. L'accompagnement des médecins est flou. Pour certains d'entre eux la maîtrise de l'outil informatique se révèle complexe et est souvent le fruit d'un apprentissage personnel. L'intégration du DMP dans leur pratique quotidienne représente donc une charge supplémentaire. Une formation, peut-être plus large que le simple DMP, pourrait les aider à adopter la démarche. L'information au grand public prend du temps et le rythme d'ouverture progressif en est la conséquence (encore faut il que leur médecin traitant soit en capacité d'ouvrir et de gérer des DMP).

- *L'aspect juridique*

Durant les premières années, certaines questions juridiques se sont posées. L'une d'entre elles soulève beaucoup de discussions : la question du masquage d'informations par le patient.

La loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 permet à toute personne de s'opposer pour des raisons légitimes à ce que des données à caractère personnel fasse l'objet d'un traitement informatique. L'article L1110-4 du code de santé publique aborde le respect de la vie privée du patient et le secret des

informations le concernant. Le patient doit donc donner son autorisation avant le dépôt de toute information sur son DMP, tout comme il peut choisir d'en masquer certaines.

Dans un tel cas, quelle serait l'utilité d'un DMP ? Les professionnels de santé peuvent-ils avoir confiance et utiliseront-ils un document qu'ils savent pouvoir être incomplet, surtout si cela n'est pas repérable? Contrairement à l'ambition de départ, cela peut donc amener à des erreurs médicales.

* *Période 2007 à 2009 et le virage à 180°*

Le GIP décide en 2007 de changer de stratégie et, dans un souci de simplification, opte pour un modèle différent basé sur :

- un hébergeur national de référence (rémunéré au nombre de dossier) avec un portail d'accès
- des hébergeurs agréés interopérables qui donnent un accès gratuit au DMP dans le cadre d'une offre de service payant ou rétribué.

Ce modèle s'enlise en 2007, retardant le lancement du DMP qui est repoussé à fin 2007.

↳ *2007 : la relance du DMP*

En 2007, la ministre de la santé Roseline Bachelot réaffirme l'intérêt du DMP. Sa mise en œuvre est poursuivie mais sans contrainte de temps. Des phases de concertations réunissent les professionnels de santé, les représentants des patients et les industriels afin de préciser la feuille de route du DMP.

La ministre privilégie le coté professionnel ainsi que des expérimentations régionales plus ciblées et des plans d'action à long terme. Trois orientations stratégiques essentielles sont mises en avant: le renforcement du pilotage du projet, la création des conditions nécessaires pour garantir l'interopérabilité des outils et la sécurité des données, l'inscription du DMP dans une trajectoire permettant l'expérimentation continue de nouveaux services, pour les professionnels comme pour les patients

↳ *La création de l'ASIP Santé*

Le GIP DMP est d'abord fusionné en juin 2008 avec le GIP cartes de professionnels de santé (GIP CPS) et la partie "interopérabilité" du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) dans une structure plus large : l'ASIP (agence des systèmes d'information de santé partagé). L'e-santé en France dispose désormais de sa propre agence d'Etat sous la tutelle du ministère de la santé, avec à sa tête Jean Yves Robin (ancien directeur général de santéos, unique hébergeur du Dossier Pharmaceutique et filiale d'uni médecine et d'atos origine).

Ses missions :

- Maîtrise d'ouvrage des projets de système d'information en santé,
- Déploiement du DMP

- Définition, promotion et homologation de référentiels, standards produits ou services contribuant à l'interopérabilité, la sécurité et l'usage des systèmes d'information, de santé et télésanté,
- Maîtrise d'ouvrages et la gestion des annuaires et référentiels nationaux regroupant les identités et informations concernant les professionnels de santé,
- Certification, production et gestion des cartes de professionnels de santé,
- Accompagnement et encadrement des initiatives publiques et privées concernant ses projets (assistance),
- Participation à la préparation et à l'application des accords ou projets internationaux dans le domaine des systèmes de santé.

Ses premières publications :

- La publication d'un premier cadre d'interopérabilité pour l'ensemble des systèmes d'information de santé, au terme d'une concertation avec l'ensemble des industriels concernés;
- La définition d'un identifiant national de santé, d'ores et déjà utilisé dans plusieurs projets;
- La mise en œuvre des dispositions relatives à l'agrément des hébergeurs.

↳ *Le DMP aura un hébergeur unique : l'appel d'offre de 2009*

Le 14 octobre 2009, l'ASIP Santé publie au Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics (BOAMP) et au Journal Officiel de l'Union Européenne (JOUE) un avis d'appel à la concurrence pour le choix de l'hébergeur unique du DMP (Art 1111-14 du code de santé publique) sur une période de 4 ans.

Ce cahier des clauses techniques particulières pour l'hébergement du DMP définit les modes d'utilisations auxquels le système devra répondre (demande de soin en présence ou non du patient, dans le cadre de l'urgence ou en consultation simple, utilisation par le patient, accès par le professionnel de santé, l'alimentation du dossier via les logiciels métiers des médecins ou par un navigateur web). Il devra être interopérable avec les différents logiciels médicaux et d'autres serveurs utilisables en pratique courante (Dossier Pharmaceutique, services de l'assurance maladie).

La sécurisation des données reposera sur l'identification, l'authentification, la gestion des habilitations et le recueil du consentement du patient. Le DMP comprendra des données de santé au format structuré (type XML) ou non structuré (type PDF ou JPEG) ainsi que des données administratives et de gestion du dossier. Les actions effectuées sur le DMP devront être tracées. L'objectif fixé par l'ASIP est de créer 13 millions de DMP d'ici la fin d'année 2014 (couvrant ainsi 20% de la population).

Quatre consortiums ont répondu à l'appel d'offre :

- Orange (Groupe France Télécom) avec General Electric (éliminé pour dossier incomplet)
- Santéos avec SNR et La Poste ;
- Cegedim et Sogeti (Groupe Cap Gémini)
- Sqli avec SFR et HP

Le 11 février 2010 la commission des marchés de l'ASIP sous la présidence du président de l'agence M. Michel Gagneux et composée de représentants de l'Etat et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés retient à l'unanimité le consortium industriel ATOS Origin et la Poste (constitué des sociétés ATOS worldline S.A.S., SANTEOS S.A., XTELIA S.A.S., HSC, SOFTWAY Medical Services, EVALAB.) pour une durée minimale de 4 ans prolongeable d'un an. Ce groupement est agréé par décision du Ministère de la santé le 10 novembre 2010, après avis de la CNIL du 30 septembre 2010 et du Comité des agréments des hébergeurs (1er octobre 2010).

Un plan de déploiement est lancé sur quatre régions pilotes : Franche-Comté, Aquitaine, Picardie et Rhône-Alpes soutenues par les Agences Régionales de Santé respectives. La mise en œuvre sur le terrain est confiée à des Groupe de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé rattachés aux ARS. Ce type d'organisme permet une coopération entre les secteurs publics et privés mais aussi entre la ville et l'hôpital.

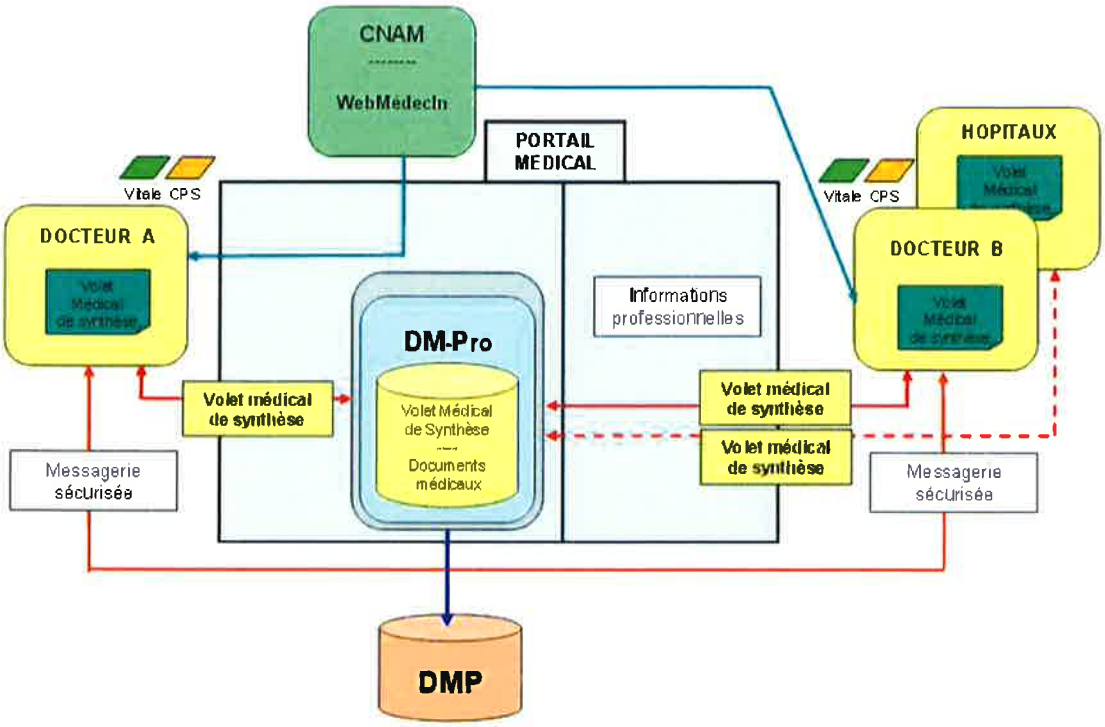
- *Le projet DMPro*

Le DMPro a été pensé dès 2008 par l'Association médicale d'échanges informatiques (AMEI), groupe créé par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et développé par la société Cégédim Logiciels Médicaux (CLM). Devant la difficulté et le retard dans la mise en œuvre du DMP, le groupe a mis en œuvre un outil de partage et d'échange pour les médecins.

Le DMPro était accessible via un portail Internet pour les médecins qui n'utilisaient pas de logiciels métiers ou dont le logiciel n'était pas compatible (une charte de compatibilité devait être signée par les autres éditeurs de logiciels que CLM). Il nécessitait la carte vitale du patient et une authentification du professionnel de santé par sa carte CPS. Le consentement du patient était recueilli par signature d'un document en double exemplaire téléchargé depuis le site du DMPro(www-dmpro.fr). Il comprenait aussi une messagerie sécurisée homologuée par le GIP DMP pour faciliter les échanges entre médecins.

L'élément central du DMPro était un Volet Médical de Synthèse (VMS) structuré niveau 3. Ce document se complétait automatiquement en fin de consultation et était déposé sur le dossier patient par simple validation de la consultation. Pour les médecins non compatibles, le VMS pouvait être rempli directement via le site Internet du DMPro.
Cet outil a été expérimenté par 400 médecins répartis entre Loche, Amboise et Nice.

Il peut être considéré aujourd'hui comme un prototype (sans accès patient) du DMP développé par la suite.



Le premier DMPro a été ouvert en janvier 2009 à Amboise. L'expérience a duré deux ans mais a pris fin en 2011 suite au choix de l'hébergeur unique ATOS Origin par l'ASIP Santé.

* *2011 : Le lancement officiel du DMP*

L'ASIP lance officiellement la plate forme du DMP le 5 janvier 2011, après avoir reçu l'accord de la CNIL pour la généralisation du DMP (de même que pour la validité des conditions de sécurité et pour le processus de recueil du consentement du patient à l'ouverture de son DMP). Dans un premier temps, les documents ne peuvent s'échanger qu'entre professionnels de santé. L'accès aux usagers n'est actif qu'à partir d'avril 2011.
Même si tous les professionnels de santé peuvent à partir de cette date ouvrir des DMP à leurs patients en accès Web, il semble dès le départ impératif que leurs logiciels soient DMP compatibles et qu'ils soient informés du fonctionnement du dossier pour alimenter de façon pertinente les informations nécessaires à la coordination des soins de leurs patients. Pour le démarrage, ce sont plutôt les médecins et hôpitaux des régions pilotes qui participent activement au lancement et à la création des DMP.

En octobre 2011, un premier bilan est réalisé auprès des 4 régions expérimentatrices : 39 310 DMP ont été ouverts en 10 mois mais seulement 68000 documents ont été déposés dans 16351 DMP (soit 41,6% des dossiers créés) et 3511 dossiers (soir 8,9%) ont fait l'objet d'au moins un accès patient.

1.4.3 L'outil DMP

* *Définition*

Le DMP est un dossier médical informatisé et sécurisé accessible via un portail Internet à l'adresse www.dmp.gouv.fr. Il est gratuit et suit le patient tout au long de sa vie. Ce n'est pas un substitut du dossier du médecin généraliste ou du dossier hospitalier mais plutôt un support de travail et d'échange. Outil de coordination des soins, il est accessible avec l'accord du patient par les professionnels de santé.

* *L'ouverture d'un DMP*

↳ *Phase préliminaire*

L'ouverture d'un DMP peut se faire par tout professionnel de santé ou établissement de santé équipé. Trois conditions doivent être réunies :

- Accord dématérialisé du patient (directement enregistré sur le DMP), il n'est pas nécessaire de signer un document (certains établissements notamment les EHPAD le font parfois)
- La carte vitale du patient
- La carte de professionnel de santé de la personne qui effectue l'opération.

Il est nécessaire d'informer le patient à ce moment de la nature du DMP, de son utilisation par les différents professionnels de santé qui le prennent en charge et de lui remettre une brochure explicative « Mon dossier médical personnel et moi » fournie par l'ASIP santé (commande directe et gratuite sur le portail du DMP).

L'ouverture peut se faire via un logiciel médical DMP compatible (directement intégré au logiciel et donc de fonction propre) ou via Internet après identification de la carte CPS.

↳ *Le consentement du patient*

Après avoir amorcé la procédure d'ouverture du DMP, une fenêtre informatique s'ouvre et propose plusieurs questions pour recueillir l'accord du patient (cases à cocher) :

- Accord du patient de créer son DMP
- Demande si la personne qui crée le DMP devient médecin traitant du DMP (peut être différent du médecin traitant désigné à la sécurité sociale). Le médecin traitant DMP a les mêmes droits que le patient pour gérer son DMP ce qui est indispensable lorsque l'accès patient n'a pas été activé sur le DMP. Cette situation est fréquente pour les patients très âgés et pour ceux qui n'utilisent pas Internet.
- Autorise un médecin d'avoir accès à son DMP en situation d'urgence si le patient n'est pas en état de donner son accord (accès dit en Bris de Glace).
- Autorise l'accès au DMP à la régulation du SAMU en situation d'urgence sans la carte vitale du patient, à partir de traits d'identité.

L'étape suivante est l'édition pour le patient utilisant Internet de son identifiant de connexion et de son mot de passe temporaire dont il aura besoin pour l'accès à son DMP. Son identifiant national lui est également fourni (voir ci-dessous). Il précise aussi le moyen par lequel il désire recevoir ses codes d'accès (téléphone mobile en donnant son numéro de téléphone ou par adresse mail).

A la fin de l'ouverture, un autocollant (présent dans le livret de documentation destiné au patient) est collé sur la carte vitale pour signifier que le patient possède un DMP.

Si le patient autorise un professionnel de santé à avoir accès à son DMP, le premier accès nécessite la carte vitale du patient mais dès ce moment un mandat est ouvert pour une durée limitée à 1 an si aucune action n'intervient sur le DMP. Le professionnel de santé pourra avoir accès au DMP du patient sans carte vitale (par exemple, pour y déposer des documents ultérieurement)

* *L'Identifiant National de Santé (INS)*

Après le rejet de la CNIL de prendre le NIR comme identifiant du DMP, des groupes de travail se sont formés (sous la responsabilité de l'ASIP santé) afin de définir un moyen d'identifier le patient propriétaire de son DMP.

Ses caractéristiques : il doit être unique, non signifiant (sa connaissance ne doit pas permettre de déduire des informations sur la personne), sans doublon ni collision, non prédictible (la connaissance du numéro de sécurité sociale ne doit pas permettre de déduire l'INS et inversement).

Deux étapes sont définies. Dans un premier temps, et en attendant le développement technologique et structurel, un INS-c dit « calculé », composé de 22 chiffres, est créé en appliquant un algorithme sur les traits d'identité lus sur la carte vitale. Le but étant à terme d'avoir un INS généré de manière aléatoire par un système centralisé (INS-A).

* *Gestion du DMP par le patient*

Elle se fait par le patient :

Gestion des accès au DMP : l'onglet « gestion des autorisations » permet de consulter la liste des professionnels de santé autorisés à accéder au DMP du patient. Le patient peut ainsi bloquer l'accès à certains médecins ou donner le statut de médecin traitant à l'un des professionnels de son choix.

Consultation et gestion des documents présents sur le DMP : le patient peut avoir un accès permanent aux informations médicales contenues dans le DMP. Elles se répartissent dans plusieurs parties constitutives du dossier (synthèses, traitements et soins, compte rendus, imagerie médicale, biologie, prévention, certificats- déclarations, documents dont je suis l'auteur). Le patient peut aussi intégrer ses propres documents dans son DMP (jugés utiles pour la prise en charge médicale). Après concertation

(préférable) avec un professionnel de santé de confiance, il peut demander à ce qu'un document ne soit pas déposé sur le DMP.

Masquage d'un document : le patient a donc la possibilité de masquer un document qui ne sera vu que par son auteur, le médecin traitant DMP et le patient. Les autres professionnels de santé n'ont aucune information indiquant qu'un document a été masqué (« masquage du masquage »).

Désignation d'une personne de confiance (article L 1111-6 du code de santé publique) ou d'une personne à prévenir en cas d'urgence.

Consultation de l'historique des accès : toute personne qui va sur le DMP d'un patient est tracée à chaque page visitée et ajoutée automatiquement à « l'historique des accès ».

Paramétrer son DMP : il est par exemple possible de recevoir un SMS ou un mail lorsqu'un document est ajouté sur son DMP.

Télécharger son DMP : une copie peut être demandée gratuitement en remplissant un formulaire présent sur le portail du DMP. Elle est envoyée sur support CD ROM ou papier, selon le choix du patient, dans un délai de huit jours.

Fermeture du DMP : le DMP peut être fermé par un simple clic. Il est alors archivé pendant 10 ans au cours desquelles il peut être réactivé (par un professionnel ou un établissement de santé). Dans le cas contraire, il est détruit définitivement.

Destruction d'un document, d'une partie ou de la totalité du DMP : un formulaire adapté est rempli par le patient ou son médecin traitant. C'est un médecin responsable de l'hébergeur du DMP qui va effectuer la démarche et cela de manière irréversible. Aucune copie n'est conservée dans n'importe quel système que ce soit.

* *Les droits*

Le médecin traitant du DMP : Ses droits sont équivalents à ceux du patient. Il peut :

- Bloquer l'accès du DMP à un professionnel de santé,
- Consulter l'historique de tous les accès au DMP du patient,
- Accéder aux documents que le patient a choisi de masquer aux autres professionnels
- Donner le statut de médecin traitant à un autre professionnel.
-

Les mineurs : à ce jour, les personnes mineures qui relèvent du régime général ou des régimes associés de la sécurité sociale ne peuvent pas avoir de DMP car ils ne possèdent pas de NIR propre. La décision de création d'un DMP pour un mineur relève de l'autorité parentale. « Sous réserve de l'opposition prévue par l'article L1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé

par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin ».

L'article L111-5 du code de Santé Publique indique que lorsqu'un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et que ce dernier s'est opposé à l'information de ses représentants légaux, il est possible pour le mineur de garder son état de santé secret. Le médecin doit toutefois essayer de convaincre le mineur d'informer ses représentants légaux. Le professionnel de santé doit faire mention écrite de cette opposition (art L 1111-6). Il peut également restreindre l'accès de ses représentants légaux à ses données de santé en imposant la présence d'un médecin.

Les représentants légaux peuvent accéder au DMP du mineur, décider des documents pouvant être masqués, de la fermeture du DMP et peuvent accéder directement au DMP via le portail web mais tout ceci en s'associant à la personne représentée.

Mineurs sous tutelle : le tuteur est le représentant du mineur dans tous les actes de la vie civile sauf dans les cas où la loi autorise le mineur à agir lui-même. Il a les mêmes prérogatives que les titulaires de l'autorité parentale concernant la création d'un DMP, les autorisations d'accès et l'accès aux données de santé

Le mineur émancipé : Il est capable comme un majeur de tout acte de la vie civile.
L'article 425 du code civil dispose que « Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre. S'il n'en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. Elle peut toutefois être limitée expressément à l'une de ces deux missions.»

Le majeur en sauvegarde de justice : Son état de santé rend nécessaire une protection juridique temporaire. Cette mesure est davantage une assistance qu'une représentation. Le juge peut désigner un mandataire spécial qui assurera une mission de protection de la personne. L'information relative au DMP doit être délivrée au majeur, assisté si nécessaire par le mandataire spécial. Le consentement de la création du DMP, les autorisations d'accès, la consultation de son DMP sont détenus par le majeur, assisté par le mandataire s'il le désire.

Majeur sous curatelle : La personne a besoin d'être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile (art 425 du code civil « Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre. S'il n'en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. Elle peut toutefois être limitée expressément à l'une de ces deux missions. »).

La personne conserve l'exercice de ses droits mais lorsque son état ne lui permet pas de prendre seule une décision éclairée, le juge ou le conseil de famille prévoit que l'ensemble des actes relatifs à sa personne nécessiteront l'assistance d'un curateur.

Le curateur délivre l'information mais la décision appartient au majeur. L'information concernant le DMP doit donc être délivrée au majeur éventuellement en présence de son curateur. Il donne également son consentement, les autorisations d'accès (en présence de son curateur selon l'étendue de la mesure de protection) mais il consulte seul son dossier.

Majeur sous tutelle : Son état de santé nécessite qu'il soit représenté de manière continue dans les actes de la vie civile. L'étendue de la tutelle peut être variable (se référer au juge des tutelles). Dans le cas où la mesure s'étend à l'ensemble des décisions relatives à la personne majeure, l'information concernant le DMP doit être donnée à la personne de manière adaptée à ses facultés.

Le consentement à la création, les autorisations d'accès sont donnés par le tuteur mais le consentement du majeur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté. Il n'y a pas d'information sur les conditions d'accès du majeur sous tutelle à ses données de santé (art L 111-7 du code de santé publique) mais rien ne l'exclut. « L'accès aux informations de santé d'une personne est demandé par la personne concernée, son ayant droit, les titulaires de l'autorité parentale, le tuteur ou le médecin lorsqu'il est désigné comme intermédiaire par une de ces personnes » (article 1111-1 du code de santé publique).

Il n'existe pas à ce jour d'accès spécifique pour les représentants légaux.

1.4.4 Le cadre d'interopérabilité

* *Qu'est ce que l'interopérabilité ?*

La diversité des acteurs impliquée autour de la santé du patient (Etat, assurance maladie, établissements de soins, médecins libéraux, industriels) a entraîné une multiplicité de systèmes d'information ignorant le système voisin et répondant à des objectifs précis.

L'interopérabilité est la capacité d'un système informatique à échanger des informations avec d'autres systèmes existants, de les comprendre sans en perdre ou en modifier le sens, de les traiter en tenant compte de connaissances pertinentes concernant la situation pour améliorer l'action de soin. Plus schématiquement, c'est la possibilité qu'ont des systèmes à fonctionner ensemble, à « communiquer » entre eux. En général, pour y parvenir, le respect de normes et de standards partagés est nécessaire. La suppression de la retranscription, du recodage améliore la fiabilité de l'information échangée.

L'interopérabilité est sémantique si l'information échangée est interprétée à l'identique par les systèmes d'information destinataires et émetteurs (préservation du *sens* dans l'espace et dans le temps).

Le langage est sans ambiguïté, reproductible et fiable. Un alignement entre différents référentiels peut ainsi permettre un échange d'information reconnaissable par des logiciels de différents pays. Il est donc nécessaire de choisir un vocabulaire commun (à travers un code particulier appartenant à un système de codage qui peut être choisi par l'utilisateur) et une syntaxe commune. L'interopérabilité doit aussi être technique c'est à dire que les formats informatiques doivent être communs pour que différents logiciels puissent lire correctement tous les fichiers provenant d'autres logiciels.

Les bénéfices attendus sont les suivants : amélioration de la prise en charge du patient (Dossier médical Personnel, aide à la décision, réduction des erreurs, de la iatrogénie), données plus fiables permettant des analyses comparatives réutilisables en santé publique (accès au contenu réel des dossiers médicaux) utiles pour des études à grandes échelles, collaboration régionale, nationale voire internationale utilisant un système de communication fiable, organisé et sécurisé.

La construction de système d'information demande un pilotage national qui commence par l'élaboration d'un cadre d'interopérabilité basé sur des standards internationaux, il doit fixer les grandes lignes méthodologiques du traitement de la sémantique médicale dans les systèmes d'information en santé.

* *Le principe du cadre d'interopérabilité*

L'une des premières missions de l'ASIP santé a été de concevoir en juillet 2010 le « cadre d'interopérabilité des systèmes d'information » (CI-SIS). Ce document comprend les principes et standards que les acteurs de la e-santé (éditeurs de logiciel de santé, porteur de projet du monde médical, collectivités...) ont à respecter pour échanger les données de santé en toute sécurité. Elle travaille en collaboration avec des organismes internationaux de normalisation et standards IHE International (Integrating the Healthcare Enterprise International).

L'IHE a mis en place un processus de développement des profils internationaux, ouvert aux industriels et largement imposés sur le marché de l'informatique de santé. Ses profils s'appuient sur des normes internationales conformes au référentiel général d'interopérabilité français (RGI). Au-delà de la simple collaboration, l'ASIP participe aux travaux IHE par le biais de conventions.

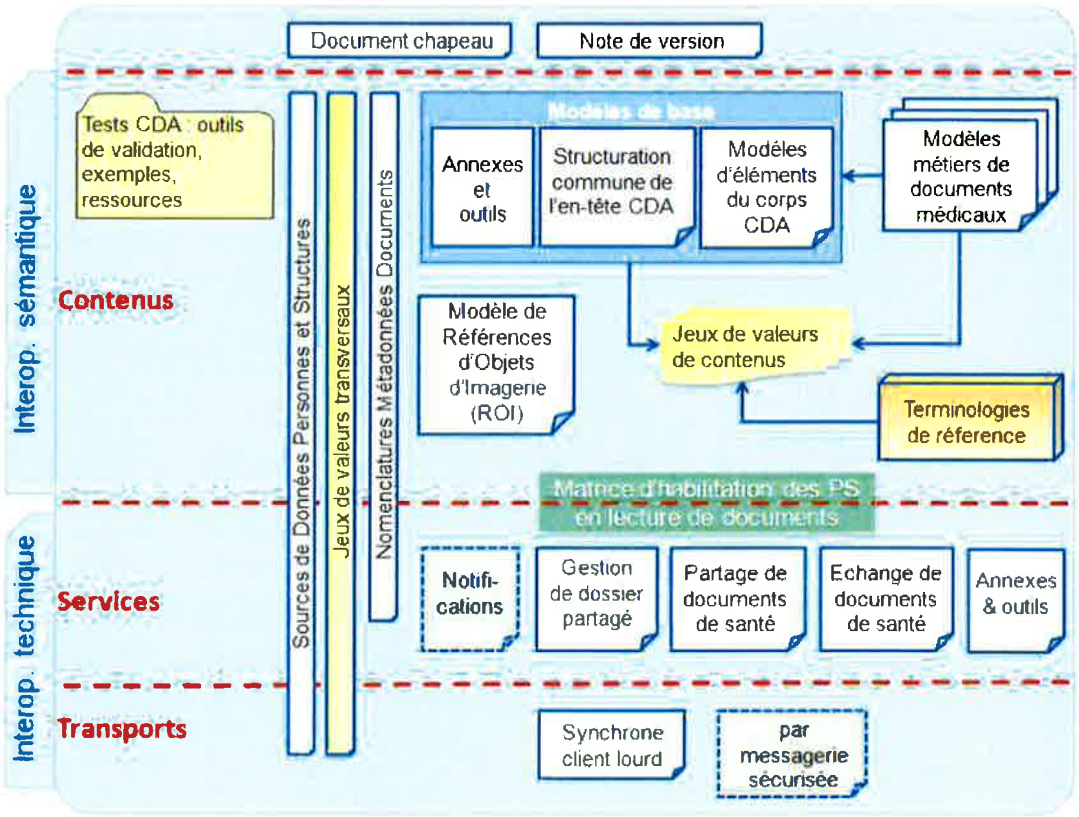
Le système se compose de divers échelons :
- Un système initiateur est à l'origine d'un partage (dépôt, recherche, retrait de contenu) ou d'échange (envoie de contenu) vers un système cible (celui sollicité).
- Un producteur est la capacité d'un système à produire et mettre à disposition du contenu échangé ou partagé.
- Un consommateur est un système qui exploite les contenus partagés ou échangés

Ce cadre a été organisé en trois couches :

- Contenu : sémantique, format des contenus. Le standard choisi, CDA R2 (architecture dédiée aux documents cliniques), spécifie une syntaxe XML de document clinique comprenant une entête d'identification et de qualification du document (auteur et responsable du document, signature électronique à l'aide d'un certificat CPS, l'organisation émettrice). Le corps du document a un degré de structuration variable.

- Service : chaque document est défini de manière précise conforme à des standards (profils IHE XDS-b et XDM) et découlant de l'entête CDA du document pour faciliter son indexation, son rangement et sa recherche. Les données des professionnels de santé sont apportées par la carte CPS, celles des patients pas son INS (obligatoire pour l'échange). D'autres données concernent les actes réalisés, le cadre d'exercice, le diagnostic de pathologies, le type de document, la profession ou spécialité de l'auteur. Certaines sont exploitées par l'hébergeur pour contrôler les droits d'accès en lecture des documents par rapport à la matrice d'habilitation de l'utilisateur.

- Transport : protocoles d'interconnexion et d'acheminement de l'information. Tout flux émanant d'un système initiateur doit comporter un Vecteur d'Identification et d'Habilitation Formelle (VIHF) conforme au profil IHE XUA.



La première version a été conçue en accord avec les industriels et pourra évoluer au fil du temps selon les progrès technologiques et les usages.

1.5 Le volet de synthèse médicale

1.5.1 Etude préliminaire de la Haute Autorité de Santé

La HAS a réalisé un travail de recherche (medline et littérature grise) de décembre 2011 à février 2012 sur les synthèses médicales existant au niveau national et international.

Il en ressort 17 exemples de synthèses médicales : Australie, Belgique, Etats Unis, Angleterre, Ecosse... En France seulement trois propositions ont été présentées : une par l'assurance maladie (17/11/2011), une par un groupe d'expert réunissant la CSMF, SML, MG France et FEIMA, une par un groupe de travail HL7 France. Ces groupes n'ont pas défini de destinataire pour ces synthèses présentes au sein du logiciel métier.

Trois usages se retrouvent :

- une synthèse médicale dans le logiciel médical pour le praticien ou son remplaçant,
- une synthèse pour alimenter les dossiers partagés dans le cadre de la coordination des soins (urgences..),
- une synthèse destinée à être transférée électroniquement entre professionnels de santé ou entre professionnels et établissements de santé.

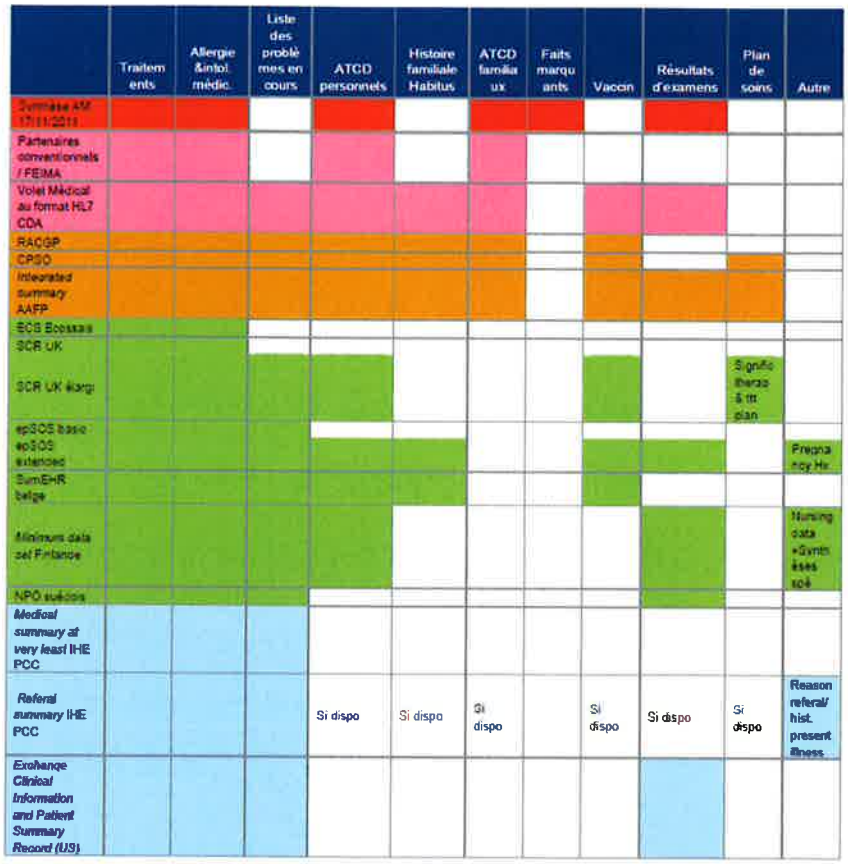


Tableau comparatif des rubriques de 17 synthèses médicales analysées par la HAS

Ce travail va permettre d'élaborer la synthèse médicale annuelle conventionnelle.

1.5.2 Le volet annuel de synthèse conventionnel

La dernière Convention nationale des médecins a été approuvée en septembre 2011. L'un des objectifs est de valoriser la qualité des soins (par la mise en place d'outils tels que l'informatisation des cabinets médicaux) et favoriser la tenue du dossier médical, les échanges entre professionnels de santé et l'élaboration du volet annuel de synthèse.

L'article 12.1 définit les missions du médecin traitant, en mettant en avant la coordination des soins :

« Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins
- contribue à l'offre de soins ambulatoires
- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient

- rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade
- **favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et veille à l'intégration de ces synthèses dans un dossier médical personnel**
- **apporte au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.**»

L'article 12.4.1 porte sur la synthèse du dossier médical :
« Le médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Dans ce cadre, **il tient à jour, pour chacun des patients qui l'ont choisi, le dossier médical** qu'il enrichit, en tant que de besoin, des données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie, etc.). **Il est en mesure à partir de ce dossier d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné.** Cette fonction du médecin traitant fait l'objet d'une rémunération forfaitaire proportionnelle au nombre de patients qui ont choisi le médecin comme médecin traitant, dans les conditions qui sont précisées à l'article 26. »

L'article 26.1 relatif à la valorisation de la qualité des pratiques précise que «Les partenaires conventionnels s'entendent pour mettre en place une rémunération à la performance valorisant la qualité des pratiques.

Les différents indicateurs retenus couvrent deux grandes dimensions de la pratique médicale :
- l'organisation du cabinet et la qualité de service
- la qualité de la pratique médicale.

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet bénéficient à l'ensemble des médecins à l'exception de l'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une fiche de synthèse annuelle intégrée au dossier médical informatisé, réservé aux médecins traitants pour le suivi de leurs patients. Pour ce dernier indicateur le nombre de points sera pondéré selon le volume de la patientelle réelle.

« Les indicateurs mesurent l'utilisation des logiciels métiers professionnels pour la gestion des données du dossier médical et celle des logiciels d'aide à la prescription afin d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge. La tenue d'un dossier médical actualisé pour chaque patient doit permettre de saisir les données cliniques issues de l'examen médical, des résultats d'examens paracliniques et les données thérapeutiques (traitements, allergie, contre-indications). Le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels. [...]Par ailleurs, **les médecins traitants élaborent, à partir d'un dossier informatisé actualisé, une synthèse annuelle pour chaque patient. Cette synthèse permet de planifier la prise en charge notamment des calendriers de suivi et la coordination avec les autres professionnels de santé. »**

Certains logiciels médicaux peuvent réaliser une synthèse médicale propre en réunissant les différents chapitres du dossier médical (antécédents, allergies..). Elle est souvent personnalisable et utilisée pour la rédaction de courriers vers d'autres confrères (consultation de spécialiste, urgences). Encore faut-il que les chapitres soient renseignés…

1.5.3 *Les travaux de l'ASIP et de la HAS pour l'interopérabilité du volet de synthèse médicale*

Il a souvent été question, depuis les premiers rapports sur le dossier partagé, de « synthèse » médicale dans le DMP pour coordonner les soins mais il n'a jamais été question du contenu de ce document et de la personne qui le dépose sur le DMP.

Dès 2003 le rapport Fieschi évoque « l'élaboration d'un document de synthèse » comme « une idée intéressante pour la qualité du suivi. Elle doit être l'affaire de tous. Sa présentation ne doit pas laisser croire que l'effort de qualité est facultatif et que seuls les volontaires doivent adopter un tel comportement. Ainsi, la promotion de la culture de la qualité est nécessaire. Cette culture doit s'imposer. »

L'ASIP santé a repris les travaux de la HAS, en octobre 2013, pour adapter ce volet de synthèse médicale à la pratique des médecins et au logiciel médical. Ce document pourra servir de support à d'autres documents auxquels des éléments pourraient être ajoutés ou retirés selon le destinataire.

Voici les éléments concernés :

- ✓ ***Destinataire :***

Le médecin traitant (amélioration prise en charge patient, qualité des soins) qui met à jour le document de synthèse, le patient, les autres professionnels de santé participant au parcours de soin du patient, les établissements de santé

- ✓ ***Contenu :***

Traitements médicamenteux au long cours. Les traitements ponctuels mais significatifs seront précisés dans une autre partie (point de vigilance)

Pathologies en cours et antécédents personnels dont les allergies et facteurs de risque : Antécédents personnels, allergies et intolérance médicamenteuse, en cas d'absence d'allergie, elle n'apparaîtra pas dans la synthèse.
Les facteurs de risque sont inclus en sous partie, ils associent ceux liés au mode de vie et ceux liés aux antécédents familiaux.

Point de Vigilance : il s'agit d'un équivalent des problèmes en cours – écrit en texte libre par le médecin. Cette section comprend des traitements ponctuels mais significatifs, des résultats d'examen significatifs, des commentaires.

Vaccins : ils ne sont pas intégrés pour le moment mais le seront dans une version ultérieure.

Principale constante / éléments biologiques / résultats d'examens : Cette rubrique ne sera pas sur la première version de la synthèse. Une valeur de tension artérielle isolée n'apporte rien. Avec l'intégration des référentiels de codage LOINC et HPRIM2, ces résultats pourraient être ajoutés automatiquement dans un futur proche. En cas de résultats biologiques importants, le praticien le notera dans la rubrique « point de vigilance ».

Plan de soins : Il ne sera pas présent lors de la première version. La HAS travaille sur le plan personnalisé de soin.

✓ ***Partie administrative :***

Coordonnées du patient, noms du médecin traitant, date de mise à jour, signature en fin de document dès lors qu'il est imprimé pour le patient.
Introduction spécifiant l'objet de la synthèse et quelques points clés de remplissage.

Tableau : Spécifications fonctionnelles du volet de synthèse médicale.

1. Renseignements administratifs
    a. identification et coordonnées du patient
    b. identification et coordonnées du médecin traitant
    c. date de la mise à jour de la synthèse
2. Renseignements cliniques
    a. pathologie en cours
    b. antécédents du patient y compris allergies et tolérances médicamenteuses
    c. facteurs de risque comprenant
        - antécédents familiaux
        - facteurs de risque liés au mode de vie (alcool, tabac, activité physique, alimentation) et à la profession
3. Traitements au long cours
4. Points de vigilance (ou points d'attention)
5. Signature

L'ASIP Santé développe le document au niveau technique afin de correspondre au Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI SIS).
Le format du document est CDA R2, il définit les chapitres, entrées et vocabulaire utilisés. Cela permet aussi d'intégrer des informations médicales, codées ou non, afin d'intégrer peu à peu la pratique du codage des données de santé.
Le volet de synthèse médicale appartient à la couche contenue du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé

Tableau : Correspondances entre les spécifications cliniques de la HAS et le CI-SIS de l'ASIP Santé.

<table>
<tr><th colspan="2">Structuration recommandée par la HAS</th><th>CI-SIS de l'ASIP Santé</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Pathologies en cours et antécédents personnels dont les allergies et facteurs de risque</td><td rowspan="3">Pathologie, antécédents et allergies
Pathologie en cours et antécédents personnels dont les allergies</td><td>Pathologie active (Active problem)
Pathologie en cours</td></tr>
<tr><td>Antécédents médicaux (History of past illness)
Antécédents médicaux principaux</td></tr>
<tr><td>Antécédents chirurgicaux (Coded list of surgeries)
Principales interventions subies par le patient</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Facteurs de risque
Facteurs pouvant influer sur la santé du patient dus au mode de vie (alcool, tabac, obésité), aux antécédents familiaux ou à la profession</td><td>Habitus, mode de vie (Coded social history)
Facteurs pouvant influer sur la santé du patient dus au mode de vie (alcool, tabac, obésité, etc.)</td></tr>
<tr><td>Facteurs de risques professionnels (Hazardous working conditions)
Exposition professionnelle pouvant influer sur l'état de santé du patient</td></tr>
<tr><td colspan="2">Points de vigilance</td><td>Antécédents familiaux (Coded family medical history)
Antécédents familiaux pouvant influer sur l'état de santé du patient</td></tr>
<tr><td colspan="2">Résultats (Results)
Résultats d'examens réalisés par le patient, et qui sont importants dans le contexte de la maladie. Cette section peut également référer à tout autre document du dossier du patient extérieur au présent document.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Traitement au long cours
Médication prise par le patient dans les affections nécessitant un traitement au long cours</td><td>Médications (Medication)
Forme codée de la médication prise par le patient</td></tr>
</table>

Ce volet impose l'utilisation de la nomenclature LOINC pour coder le document et ses sections.
Les éléments de pathologie sont codés à partir de la nomenclature SNOMED 3.5 VF (allergie) et CIM 10.
Les actes médicaux sont codés avec la CCAM.
Les médicaments sont codés à partir des nomenclatures CIS et CIP.

En avril 2010, le Dr Elisabeth Hubert, ancien ministre de la santé et de l'assurance maladie se voit confier par le Président de la République une mission d'analyse de la médecine de proximité. Son analyse permet de conclure la première partie de cette étude. Le projet SESAM Vitale a permis un essor de l'informatisation des cabinets de médecine générale (80-85% selon la DGOS, étude de 2007). Pourtant seulement la moitié des cabinets médicaux utilise un dossier médical informatisé qui reste personnel et « non communicant ». La communication des systèmes d'information ville-hôpital est limitée.

D'un coté, les logiciels informatiques proposés aux médecins libéraux sont nombreux donc hétérogènes, « plus ou moins récents et actualisables » et ne sont pas utilisés au maximum de leur capacité (« prises de notes ou facturation »). De l'autre, le système informatique hospitalier qui a peiné à résorber son retard grâce aux crédits hôpital 2007, ne dispose pas forcément d'un système intégré avec dossier central, souvent réduit à son expression minimale (30% des établissements hospitaliers disposent de dossier patient électronique). Les échanges entre les médecins libéraux et l'hôpital peuvent se développer par l'intégration des messageries sécurisées avec identification des professionnels de santé via leur carte CPS, par le cryptage des données ainsi que par le partage d'un dossier médical dématérialisé, sécurisé et accessible avec l'accord du patient : le DMP.

Le DMP entre dans la loi en 2004, il devait réunir, avec l'accord du patient, les éléments diagnostics et thérapeutiques nécessaires à la coordination et la qualité des soins. Pourtant de nombreux problèmes ont retardé son déploiement initialement prévu en 2007 (défaut de pilotage du GIP DMP, choix de l'hébergeur, difficultés techniques...). Sa relance en 2009 est à l'origine de nouvelles phases d'expérimentations avant le déploiement en 2011.

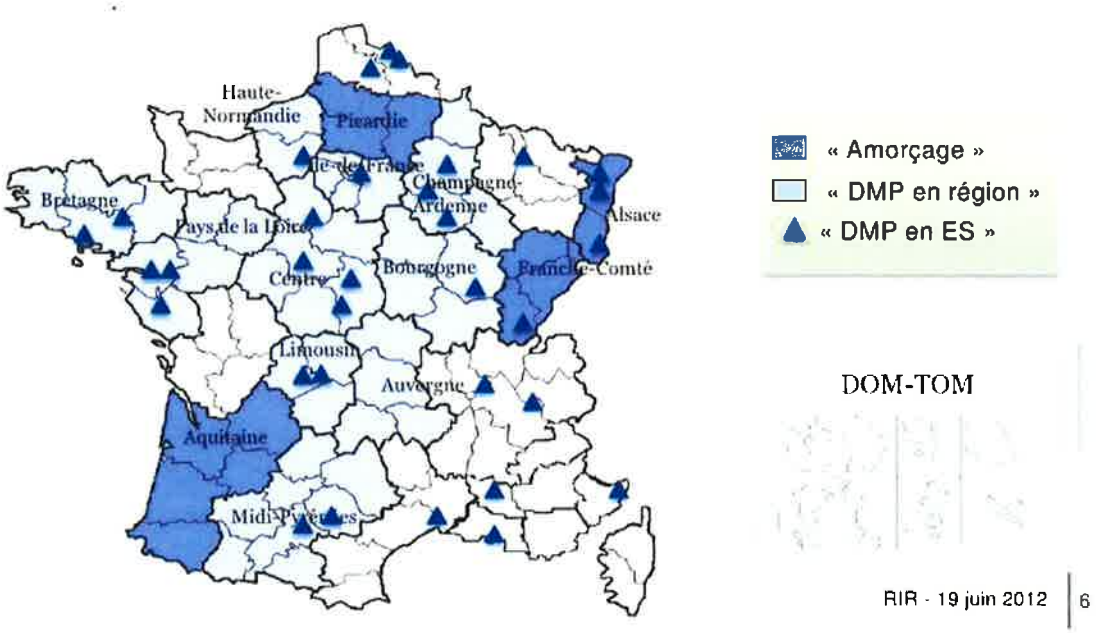
L'ASIP santé, agence d'état en charge de la e-santé en France, édite un cadre d'interopérabilité afin de « rendre la communication » entre systèmes d'information ville – hôpital et DMP « compréhensible et indépendante ». La structuration des données médicales intégrées au DMP est importante pour faciliter le partage de l'information entre systèmes d'information. Ce dossier doit aller au delà du dossier papier « archive et empilage de documents » mais doit être plus simple, concis. L'intégration d'une synthèse médicale peut apporter une vision simple et rapide des éléments importants pour la prise en charge du patient (antécédents, traitement en cours allergies et problèmes en cours).

2 LE PARTAGE D'UN VOLET DE SYNTHESE MEDICALE SUR LE DMP : ANALYSE D'UNE EXPERIMENTATION REALISEE DE JUIN 2012 A JUIN 2013 DANS LE BASSIN DE SANTE D'AMBOISE

2.1 L'appel à projet de déploiement du DMP en région lancé par l'ASIP Santé

La phase d'amorçage de déploiement du DMP en Alsace, Aquitaine, Franche Compté et Picardie a permis de stabiliser le système, de développer la DMP Compatibilité des éditeurs de logiciels médicaux et de créer près de 20 000 DMP. En juillet 2011, l'ASIP Santé lance un appel à projet de déploiement du DMP vers les ARS de chaque région afin d'accompagner le développement des usages dans chacune d'entre elle. Ce plan vise à développer la coordination « ville-hôpital ». Il comprend une phase de communication grand public et des réunions de sensibilisation des professionnels de santé avant de débuter le déploiement sur des bassins de santé (choisis selon la motivation des acteurs et la capacité à intégrer rapidement le DMP) et l'étendre à un périmètre élargi. Chaque candidat met en place un « comité de pilotage » auquel est associé l'ARS et l'ASIP santé. Un rapport mensuel de suivi est adressé à l'ASIP santé témoignant de l'avancement du projet. Le niveau de financement de l'ASIP peut atteindre 50 à 80%.

Au total 14 projets ont été retenus en décembre 2011, lancés en janvier 2012 et 14 autres projets lancés en mai 2012.



Extrait de la présentation de l'ASIP santé aux rencontres inter régionales du 19 juin 2012

En région Centre sont retenus le département de l'Indre comme zone de déploiement et le bassin de santé d'Amboise comme expérimentation de mise en partage du Volet de synthèse médicale sur le DMP. Un deuxième appel à projet de déploiement du DMP en établissement de santé a été lancé. En région Centre, sont retenus le centre hospitalier Jacques Cœur de Bourges, le centre hospitalier de la Tour Blanches à Issoudun, la Polyclinique de Blois et le centre hospitalier de Chartres.

Le projet concerne le partage du Volet de synthèse médicale sur le DMP mais également un travail avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) et une collaboration avec les équipes de régulation de SAMU 37. Le travail avec les EHPAD est réalisé autour du dépôt du dossier de liaison d'urgence.

Suite à la circulaire canicule de 2008, ce document comporte les mêmes éléments constitutifs qu'un VSM, auxquels sont ajoutées la personne de confiance et les directives anticipées. La collaboration avec les équipes de régulation du SAMU 37 a pour but de permettre l'accès du volet de synthèse médicale aux médecins régulateurs et apporter des informations nécessaires pour la prise de décision.

2.2 L'appel à projet DMP Amboise – Question de recherche

Le porteur du projet est l'Agence Régionale de Santé de la région Centre en partenariat avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux centre (URPS ML) représenté par le Dr Peigné responsable de la commission « systèmes d'information » et le Dr Lemettre, médecin généraliste à Amboise installé depuis 1989 et utilisant un logiciel métier structuré communicant depuis 2005, testeur du DMPro de 2009 à 2011.

L'objet de l'expérimentation se concentre sur l'échange entre professionnels de santé de documents sous différents formats et d'un volet de synthèse médicale à jour par l'intermédiaire de plusieurs outils que sont la messagerie sécurisée et le DMP.

Question de recherche : L'expérimentation réalisée sur le bassin de santé d'Amboise permet-elle d'envisager la mise en partage d'un volet de synthèse médicale structuré sur le DMP par les médecins généralistes ?

2.2.1 Objectif de l'étude

L'objectif de l'expérimentation est de développer les usages de l'outil DMP dans la pratique médicale. Les expérimentations menées jusqu'à maintenant mettent en avant le nombre de DMP créés (autour de 480 000 à ce jour) en accentuant le fait que les objectifs sont atteints ou non.

Dans la majorité des cas, ces DMP contiennent un ou deux documents déposés en général par un centre hospitalier. Ils ne sont donc pas consultés par les médecins puisque ces derniers recevront ces documents par courrier ou mieux par messagerie sécurisée, ils ne sont pas davantage consultés par les

centres hospitaliers en question puisque ce sont eux qui ont déposés les documents. L'utilité pourrait être dans un service d'urgence ou dans une autre structure équipée d'infrastructure adéquate permettant l'accès au DMP. Ce qui, de façon surprenante, n'est pas le cas. En 2011, aucun service d'urgence du pays ne pouvait lire le DMP d'un patient.
D'autre part, pouvoir lire un document est une bonne chose mais en cas de polypathologie, de maladie chronique, les documents peuvent se multiplier et chercher une information parmi 30 voir 50 documents relève du parcours du combattant. Un urgentiste ou un régulateur de SAMU abandonnerait avant d'avoir pu lire la moitié des documents du DMP..

Un document de synthèse prend alors son importance dans le DMP. Le médecin généraliste peut être en capacité de déposer ce volet de synthèse dans le DMP, à partir de son logiciel médical, pour chaque dossier patient correctement rempli et à jour.

2.2.2 *Critère principal de l'étude*

Le nombre de DMP créés n'est pas le critère principal de cette étude. Il est vrai qu'un nombre important de DMP créés serait un argument fort pour montrer que l'utilisation de cet outil est compatible avec la pratique médicale au quotidien. Pourtant, il est plus pertinent de mettre en avant le nombre de DMP créés avec volet de synthèse médicale et plus précisément leur pourcentage par rapport au nombre total de DMP créés.

2.2.3 *Critères secondaires de l'étude*

Une formation a été proposée aux médecins généralistes expérimentateurs, les sensibilisant à la structuration des données médicales et leur offrant une approche pratique de la création d'un volet de synthèse médicale structuré niveau 3 déposable sur le DMP. Cette formation a-t-elle permis aux médecins d'engager un travail de structuration des données médicales ? Les médecins formés ont-ils créé plus de DMP avec VSM que les médecins non formés ?

Le nombre de DMP créés n'est qu'un critère secondaire. Il rend compte comme précisé au chapitre précédent de l'intégration de cet outil dans la pratique médicale.

2.2.4 *Zone géographique*

Le bassin de santé d'Amboise est centré autour du CH Robert Debré, équipé d' un service d'unité de proximité d'accueil des urgences (UPATOU) avec SMUR.

Le canton d'Amboise comprend les communes suivantes :
Amboise, Cangey, Chargé, Limeray, Lussault-sur-Loire, Montreuil-en-Touraine, Mosnes, Nazelles-Négron, Neuillé-le-Lierre, Noizay, Pocé-sur-Cisse, Saint-Ouen-les-Vignes, Saint-Règle, Souvigny-de-Touraine.

Liste à laquelle se rajoute les communes hors canton mais travaillant avec l'hôpital d'Amboise : Montlouis Bléré, La-Croix-en-Touraine, Chisseaux, Vernou, Vouvray, Saint-Martin-Le-Beau, Athée-Sur-Cher, Azay-Sur- Cher.

Voire carte en Annexe.

2.2.5 *Population*

Médecins généralistes incluables dans l'expérimentation : 50

Canton d'Amboise 23

Amboise : 13 (dont 1 médecin non comptabilisé car ayant pris sa retraite au moment de l'expérimentation)

Limeray : 1

Pocé-Sur-Cisse : 9

Hors canton mais travaillant avec le CH Robert Debré d'Amboise : 26

Montlouis Sur Loire : 8

Bléré : 5

La Croix En Touraine : 3

Chisseaux : 1

Vernou : 3

Vouvray : 6

Azay Sur Cher : 1

La population ciblée pour cette étude se limite aux médecins généralistes car ce sont eux qui peuvent déposer les volets de synthèse médicale des patients sur le DMP. Certains spécialistes ont participé à l'expérimentation (non inclus car ils déposaient principalement des documents sur le DMP) :

1 angiologue
2 cardiologues
1 gastro-entérologue
2 gynécologues
2 dermatologues
2 pédiatres
2 radiologues
1 rhumatologue
1 oto-rhino-laryngologiste
1 endocrinologue
1 allergologue
2 ophtalmologistes

Les établissements de santé participent également au projet. D'une part, le Centre Hospitalier Amboise-Château Renault pour l'équipement et le développement de la DMP compatibilité au sein de son service d'urgences et des autres services médicaux et chirurgicaux (consultations, hospitalisation de médecine, orthopédie, ORL, chirurgie viscérale, gynécologie, SSR). D'autre part, les EHPAD dont l'objectif est le dépôt des Dossiers de Liaison d'Urgence (Volet de synthèse médicale associé au projet de vie) sur le DMP afin de favoriser la coordination avec les régulateurs de SAMU lors des urgences en l'absence de personnel médical ou paramédical dans les locaux. Les services de régulations de Tours ont été également sollicités.

2.2.6 *Les critères d'exclusion dans l'étude*

13 médecins ont refusé de participer à l'expérimentation.
Un médecin a été exclu de l'étude car il n'était pas informatisé.

2.2.7 *Les critères d'inclusion*

Les conditions d'inclusion à l'expérimentation étaient les suivantes :

- Etre docteur en médecine et inscrit à l'ordre des médecins
- Avoir une activité libérale déclarée
- Etre établi sur le bassin de santé d'Amboise ou hors canton mais travaillant avec le centre hospitalier Robert Debré d'Amboise
- Utiliser un logiciel de gestion du cabinet (LGC) DMP compatible ou rendu DMP compatible.

2.2.8 *La convention signée par les médecins expérimentateurs avec les autorités d'organisation du déploiement de DMP*

Dans le cadre de l'expérimentation, une convention a été signée par les médecins généralistes avec les organismes partenaires du déploiement du DMP avec VSM et ses usages :

* L'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP Santé), agence d'Etat rattachée au ministère en charge de la santé.

* L'Agence Régionale de Santé du Centre a été créée le 1er avril 2010. Sa mission est de mettre en place la politique de santé au sein de la région, de la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social. Le déploiement du DMP est inscrit dans le Plan Régional de Santé (PRS) et dans la stratégie régionale des systèmes d'information de santé. Elle a confié la maitrise d'ouvrage au Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Télésanté Centre.

* Le GCS TéléSanté Centre a été créé en avril 2009 par les principaux établissements de santé publics et privés de la région ainsi que l'Union Régionale des Médecins Libéraux. L'objectif de ce regroupement est de proposer un panel de services mutualisés permettant aux membres d'améliorer leurs systèmes d'information, de favoriser la coordination des soins et la bonne prise en charge du patient. Le GCS pilote

les actions et projets de systèmes d'information à la demande de ses adhérents mais aussi de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou dans le cadre d'appels à projet lancés par le Ministère de la Santé. Concernant le déploiement du DMP, le GCS assure le portage administratif et financier du projet.

* URPS Médecins Libéraux est en lien avec le GCS Télésanté Centre pour soutenir l'expérimentation menée à Amboise.

Des concertations ont également été menées entre l'ASIP santé et les éditeurs de logiciels médicaux afin d'orienter les recherches nécessaires au déploiement du DMP et du VSM. Cependant, les financements prévus ayant été jugés insuffisants par les Editeurs pour mener à bien les développement nécessaires à la gestion d'un VSM structuré niveau 3, l'expérimentation n'a pu se faire que sur des formats non structurés (formats PDF).

✓ ***Les obligations*** :

Les médecins expérimentateurs sont soumis à des obligations de confidentialité relative à la teneur des échanges et au contenu des documents de travail en lien avec cette expérimentation, ils s'y engagent jusqu'à son terme, il ne peut pas y avoir de conflit d'intérêt, ils sont tenus au secret professionnel.

✓ ***Les réalisations*** :

L'expérimentateur doit mettre à jour son logiciel médical afin de bénéficier des développements réalisés par les éditeurs permettant l'élaboration d'un volet de synthèse médicale.

Il doit créer des DMP pour ses patients, les alimenter avec un VSM.

Un questionnaire (non utilisé lors de mon étude) d'évaluation est rempli pour chaque action réalisée sur le DMP (création, alimentation, lecture). Il est à retourner au GCS Télésanté Centre.

Le GCS se doit de mettre en œuvre la DMP compatibilité (moyen technique) chez les médecins libéraux comme dans les EHPAD. Il oriente les médecins vers le support téléphonique du DMP et assure une assistance téléphonique.

✓ ***Indemnisation des praticiens*** :

Une indemnisation forfaitaire représentant la perte de revenu du médecin expérimentateur est versée :

- 300 euros fin juin 2012 à condition que le médecin ait déposé au minimum 10 VSM dans le DMP préalablement ouvert par lui.

- 300 euros versé dans les trois mois suivant l'installation et l'usage effectif, constaté au système DMP, de la version du logiciel intégrant le volet de synthèse médicale pour au moins trente patients.

2.2.9 *Durée de l'expérimentation*

L'expérimentation prend effet à compter de sa signature par les parties (à partir de juin 2012) jusqu'au 30 juin 2013.

2.2.10 *La journée de formation proposée aux médecins expérimentateurs*

En novembre-décembre 2011, une journée de formation (non obligatoire) comptant dans la formation médicale continue a été proposée aux médecins expérimentateurs. Chaque session réunit un groupe de 12 à 14 médecins. Trois réunions de formation ont été réalisées sur fond d'assurance formation de la profession médicale et une formation sur 2 jours sur fonds OGDPC (organisme gestionnaire des formations médicales continues).

Cette journée, animée par le Dr Lemettre et le Dr Peigné était divisée en deux temps :

Une première partie présentait l'outil DMP d'un point de vue général (bref historique, choix du bassin de santé d'Amboise en tant que site pilote) ainsi que le volet de synthèse médicale et ses différents chapitres constitutifs. La structuration des données de santé est plus longuement développée, notamment avec la présentation des différents standards de référence que les professionnels peuvent retrouver dans leur logiciel médical et leur pertinence d'utilisation respective.
Enfin, les usages du DMP et surtout le partage du volet de synthèse médicale permettant de favoriser les échanges d'information entre professionnels de santé libéraux, hospitaliers (élaborant un lien ville-hôpital), services de radiologies, urgences, SAMU, laboratoires d'analyse médicale, pharmaciens et paramédicaux. En parallèle, le développement de la messagerie sécurisée permet d'établir une correspondance entre médecins généralistes ou spécialistes et même paramédicaux.

Le deuxième temps de la formation est dédié à l'élaboration en pratique d'un volet de synthèse médicale et le partage sur le DMP. Un parc informatique composé de 12 ordinateurs sous Windows et 2 Macintosh a été conçu grâce à la collaboration de l'URPS Centre. Sur chaque ordinateur portable, les principaux logiciels métiers DMP compatibles ont été installés (après accord des éditeurs de logiciels respectifs) ; à savoir : Axisanté, Crossway, Médi+4000, Hellodoc, Médiclick sous windows, Médiclick sous macintosh.
Les médecins travaillaient sur la base école du DMP mise à disposition par l'ASIP santé et utilisaient des cartes CPS et des cartes vitales test (patient virtuel avec un numéro de sécurité sociale et INS ne correspondant à aucun assuré social). L'objectif pour chaque médecin est dans un premier temps d'ouvrir un DMP au patient dont il a la carte vitale et de déposer un document (fourni par l'animateur en début de session sur clé USB). Ils élaborent ensuite un dossier fictif sur leur logiciel médical en entrant des antécédents de manière structurés, en utilisant de préférence des standards nationaux ou internationaux

(CIM 10 ou CISP ou DRC). Ils ajoutent des traitements associés puis élaborent en quelques clics le volet de synthèse médicale du patient qu'ils déposent (sous format PDF) sur la base école du DMP.

Les médecins peuvent ainsi échanger les cartes vitales afin d'accéder aux documents déposés et les lire.

La base école dans la version retenue pour ces formations est réinitialisée tous les jours.

Quelques formations se sont déroulées hors département (La rochelle par exemple).

2.2.11 *La mise à jour technique préalable*

Au début de l'expérimentation, un accompagnement technique des médecins généralistes a dû être réalisé avec l'aide du GCS télésanté Centre. La plateforme du www.dmp.gouv offre un module qui vérifie tous les composants de l'ordinateur testé et installe si besoin les logiciels nécessaires pour l'accès au DMP.

Le travail le plus important a été réalisé à l'hôpital d'Amboise afin d'équiper les postes informatiques des différents services (hospitalisation, consultation, urgences) avec des lecteurs de carte CPS et de Carte vitale. Le logiciel informatique de l'hôpital n'étant pas DMP compatible, des essais ont été fait avec l'utilisation du DMP par accès WEB. Pour des raisons de sécurité, une déconnection automatique intervient au bout de quelques dizaines de minutes d'inactivité, rendant l'utilisation en pratique courante dans un service d'urgences peu pratique.

C'est pourtant par accès Internet que les médecins accèdent au VSM de certains patients en consultation (pneumologie). Le problème organisationnel est encore en discussion aux urgences (édition systématique du VSM par l'infirmière d'accueil et d'orientation ? poste dédié au DMP ?).

2.2.12 *La messagerie sécurisée*

Le DMP est le dossier médical du patient, il contient les documents importants pour sa prise en charge (documents hospitaliers, spécialistes, biologie, compte rendu d'examen ou d'imagerie médicale). Il est à distinguer de la messagerie sécurisée de santé qui permet aux professionnels de santé d'échanger des informations sur les patients et également de leur faire parvenir leur compte rendu de consultation (voir d'hospitalisation).

2.2.13 *La campagne d'information sur le bassin de santé*

Aux mois de février-mars 2012, certains médecins déploraient l'absence de demande spontanée d'ouverture de DMP de la part des patients. Dans la plupart des cas, ces derniers ignoraient ce qu'était le DMP. Cela demandait donc du temps, parfois un créneau de consultation pour l'explication de ce dossier et de son fonctionnement.

Une campagne d'information a été imaginée afin de solliciter la curiosité des patients. Après accord de l'ASIP santé, de l'ARS et du GCS, des affiches format A3 ont été imprimées, distribuées et exposées dans toutes les pharmacies des communes concernées par l'expérimentation. Des prospectus, similaires aux affiches, ont également été mis à disposition du public dans les pharmacies et dans les salles d'attentes des médecins généralistes.

L'impact de cette campagne de communication a été réel mais temporaire (quelques semaines), en l'absence de communication nationale en relais.

Le champ de distributions était peut être également trop restreint (extension aux laboratoires, spécialistes, mairies...).

2.2.14 Le questionnaire aux médecins expérimentateurs

Afin de faire le bilan de cette expérimentation quelques mois après son terme, j'ai élaboré un questionnaire en deux parties.

La première partie concerne le logiciel médical et sa place dans la pratique courante du praticien. On peut imaginer qu'un médecin qui n'utilise que très peu son logiciel médical aura des difficultés à élaborer un volet de synthèse structuré et le déposer sur le DMP.

Les médecins utilisent-ils leur logiciel pour télétransmettre ? Pour saisir des données administratives du patient, les observations au quotidien ? Pour saisir les antécédents du patient, éditer les ordonnances, éditer les courriers, gérer les rappels ? Utilisent-ils une messagerie sécurisée pour intégrer les examens biologiques, les comptes rendus d'hospitalisation et courriers de spécialistes ? Pour les documents qui sont envoyés uniquement par courriers, sont ils scannés puis intégrés au dossier ?

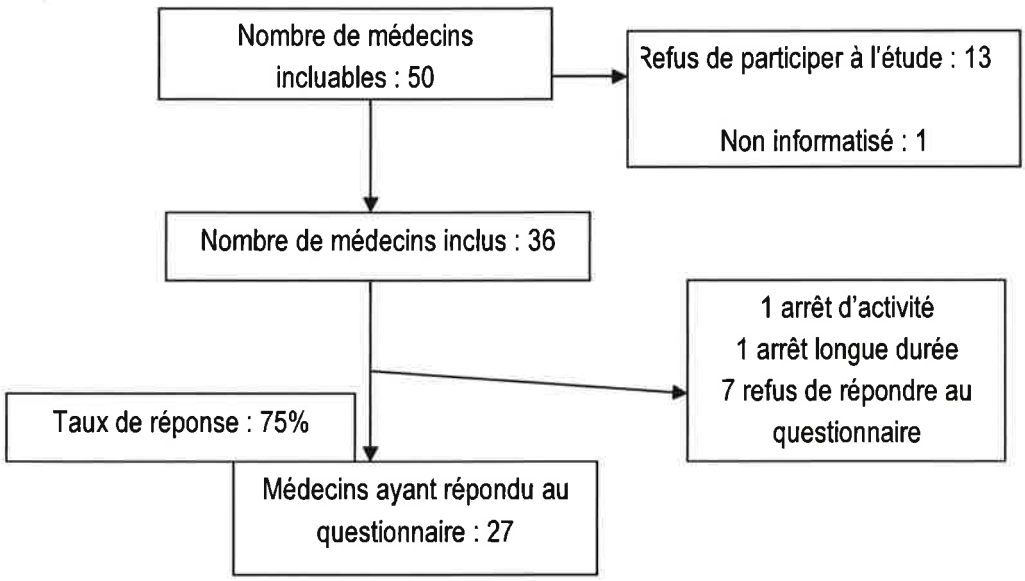
La deuxième partie concerne le fait qu'ils aient participé ou non à la formation organisée à Amboise fin 2011. Structuraient-ils déjà leurs dossiers médicaux et si oui avec quel dictionnaire ? Avaient-ils déjà ouvert un DMP avant la formation ? Après la formation ont-ils engagé un travail de structuration des données, envers une population ciblée et avec quel dictionnaire ? Si non, pour quelle raison ? Ont-ils ouvert des DMP à des patients, sur une population ciblée et si non pourquoi ? Ont-ils déposé un VSM et à quelle proportion ? Le but est aussi de préciser le nombre de DMP créés et le nombre de DMP avec VSM. Pour ceux qui n'ont pas participé à la formation, le questionnaire est similaire. Le fait de participer à l'expérimentation a-t-elle permis d'engager un travail de structuration ?

Pour les réponses, j'ai tenté de m'entretenir personnellement avec les médecins. Cela a été plus simple avec les médecins exerçant seuls ou dans certains cabinets, où seul un ou deux médecins participaient à l'expérimentation. Auprès de neuf des 36 médecins généralistes, un rendez vous de consultation a été nécessaire pour recueillir leurs réponses et souligner leurs remarques.

Pour quatre autres médecins qui étaient souvent absents ou excentrés, j'ai eu un entretien téléphonique. Pour 6 cabinets de groupe, la prise de rendez vous avec chacun des généralistes n'a pas été simple. J'ai donc déposé les questionnaires au secrétariat pour les récupérer quelques semaines plus tard. Cependant, un certain nombre d'entre eux n'ont pas répondu malgré mon insistance.
Les réponses sont donc totalement déclaratives.

3 RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION

3.1 La population de médecins généralistes étudiée



Cette étude quantitative rétrospective a été menée sur 36 médecins généralistes installés dans le canton d'Amboise ou travaillant avec le centre hospitalier Robert Debré d'Amboise.

Les principales raisons de refus de participer à l'étude étaient le manque de recul sur l'avenir du DMP. En effet à cette période, l'avenir du DMP était encore en suspend par manque de vision politique, de diffusion, d'évaluation réelle du coût et du manque d'efficacité (9 sur 13 médecins). D'autre part, des médecins en fin de carrière ne souhaitaient pas s'impliquer dans un nouveau projet (4 sur 13).

Etude de la population :

Par sexe : 12 femmes – 24 hommes

Par activité : *9 cabinets de groupe (voir tableau ci-dessous) et 7 médecins exerçants seuls*

Commune	***Nombre de médecin dans le cabinet***	***Nombre de médecin expérimentateur***
Amboise	2	1
Amboise	3	1
Athée Sur Cher	3	3
Bléré	5	5
La Croix en Touraine	4	4
Montlouis Sur Loire	4	1
Pocé Sur Cisse	10	7
Saint Georges Sur Cher	2	1
Saint Martin Le Beau	3	3
Vouvray	4	2
Vouvray	2	1

Logiciels médicaux des expérimentateurs (par ordre alphabétique)

Axisanté 4 : ce logiciel est édité par CompuGroup Médical Solution (près de 20 000 clients). Il est homologué DMP compatible par l'ASIP santé depuis le 18 février 2011.

Les antécédents médicaux, chirurgicaux et problèmes en cours sont intégrés via une base de données faite à partir de la CIM 10 mais aucun codage n'apparaît en complément de la donnée.

6 médecins expérimentateurs utilisent axisanté 4 :

Nombre de médecin	***Commune***	***Sexe***	***Cabinet de groupe***	***Exercice seul***
1	Montlouis Sur Loire	F		X
1	Montlouis Sur Loire	F		X
3	Bléré	2 H et 1F	X	
1	Vouvray	H	X	

Crossway : Logiciel de la société CEGEDIM Logiciels médicaux France. Il est homologué DMP compatible par l'ASIP santé depuis le 11 mars 2011. Il possède une base de structuration des données médicales grâce à plusieurs standards disponibles (CIM 10, CISP, AMM, Personnel).

8 médecins expérimentateurs utilisent Crossway :

Nombre de médecin	***Commune***	***Sexe***	***Cabinet de groupe***	***Exercice seul***
1	Reugny	H		X
1	Amboise	F	X	
1	Amboise	H		X
1	Amboise	F		X
3	Saint Martin Le Beau	3H	X	
1	Montlouis Sur Loire	H	X	

Hellodoc : Logiciel de la société Imagine edition (plus de 27 000 utilisateurs de l'ensemble de ses produits). Il est homologué DMP compatible par l'ASIP santé depuis le 11 mars 2011. Les antécédents et données médicales peuvent être structurés via la CIM 10, CISP ou dictionnaire personnel.

9 médecins expérimentateurs utilisent Hellodoc :

Nombre de médecin	***Commune***	***Sexe***	***Cabinet de groupe***	***Exerçant seul***
1	Saint Georges Sur Cher	H	X	
1	Amboise	F	X	
7	Pocé Sur Cisse	4H 3F	X	

Médeclick Mac et PC : Logiciel de la société CEGEDIM Logiciels médicaux France. Il est compatible sur plateforme Windows® ou Apple®. Il est homologué DMP compatible par l'ASIP santé depuis le 13 mai 2011. Les antécédents et données médicales peuvent être ajoutés en texte libre ou par standards (CIM 10, AMM, CISP).

4 médecins expérimentateurs utilisent Médiclick (3 Apple® et 1 Windows®) :

Nombre de médecin	***Windows®ou Apple®***	***Commune***	***Sexe***	***Cabinet de groupe***	***Exerçant seul***
1	Apple®	Vernou Sur Brenne	H		X
2	Apple®	Vouvray	2H	X	
1	Windows®	Amboise	H		X

Médi plus 4000 : Logiciel de la société RM ingénierie. Il est homologué DMP compatible depuis le 13 mai 2011. Les données de santé peuvent être ajoutées en texte libre grâce à des standards (CIM 10).

2 médecins expérimentateurs utilisent Médi+4000 :

Nombre de médecin	***Commune***	***Sexe***	***Cabinet de groupe***	***Exerçant seul***
2	Bléré	2H	X	

Medistory : Logiciel de la société Prokov. Il n'a pas d'homologation DMP compatibilité de l'ASIP santé. Pourtant, un travail de DMP compatibilité a été réalisé avec les médecins sous Macintosh® notamment avec le logiciel Efficience (expliqué ci-dessous) mais n'a pas fonctionné. Un accès par le WEB DMP leur a été proposé mais s'est révélé peu stable.
La saisie des données médicales peut être faite en texte libre ou par l'utilisation de dictionnaires (DRC, LOINC, CIM 10).

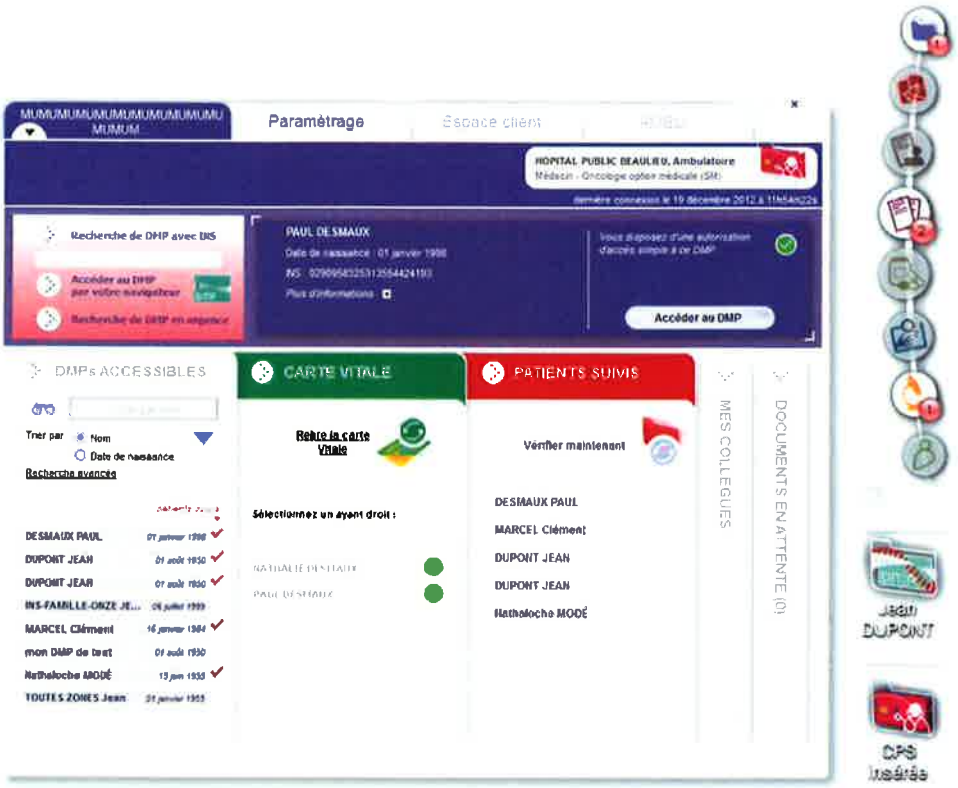
7 médecins expérimentateurs utilisent médistory :

Nombre de médecin	***Commune***	***Sexe***	***Cabinet de groupe***	***Exerçant seul***
4	La Croix en Touraine	2F 2H	X	
3	Athée Sur Cher	2H 1F	X	

NB : L'alternative Efficience :

Une solution alternative a été apportée par l'utilisation simultanée d'un logiciel établissant un véritable lien du logiciel médical métier vers le DMP. Il se nomme Efficience et a été conçu par une jeune société Icanopée créée en 2009 et homologuée DMP compatible par l'ASIP santé en avril 2012.

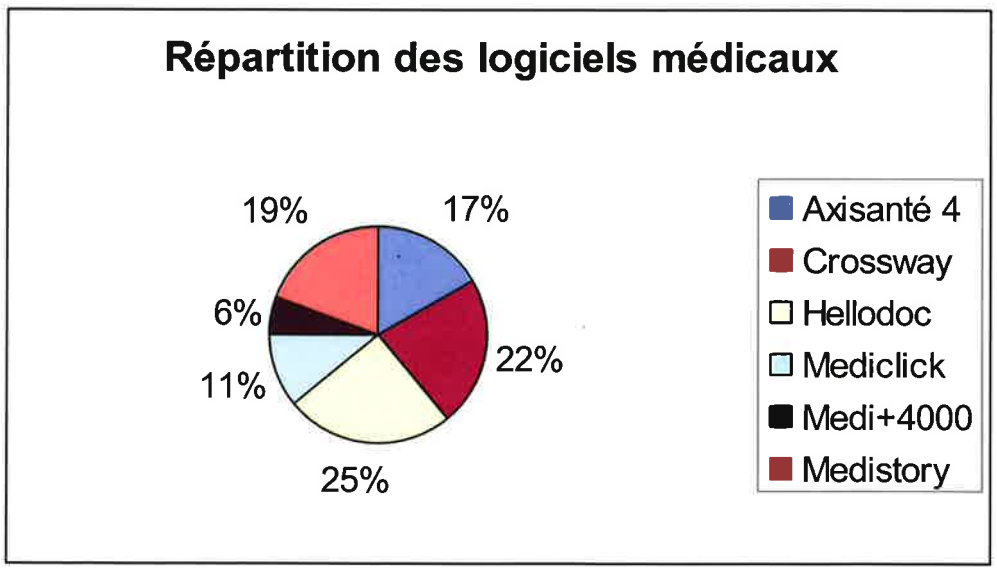
A son ouverture, il reprend tous les chapitres du DMP et peut être réduit en petites icônes sur le bord de l'ordinateur pour plus d'ergonomie entre le logiciel métier et Efficience. Ce logiciel permet donc de manière plus rapide de déposer un volet de synthèse médical via le web DMP sans passer par le logiciel médical ni avoir à ouvrir les différentes pages du site internet dmp.gouv.



L'ouverture du logiciel

La réduction en icones

Il peut être une alternative à l'accès DMP des patients en service d'urgence. Le problème reste son monopole dans cette spécificité, les autorités de santé comme l'ASIP ou le GCS télésanté centre accompagnant les professionnels de santé ne peuvant faire la promotion d'un industriel.



Répartition des logiciels médicaux parmi les médecins expérimentateurs du bassin de santé d'Amboise.

3.2 Utilisation du logiciel médical en pratique

Saisie des données administratives du patient	100%
Observations	96%
Saisie des antécédents	100%
Editer les ordonnances	92,5%
Editer les courriers	77,7%
Gérer les rappels	88,9%
Télétransmettre	100%
Intégrer la biologie	100%
Intégrer les CRH ou spécialistes	100%
Messagerie sécurisée	100%

Les médecins expérimentateurs ayant répondu au questionnaire utilisent leur logiciel médical de manière bien intégrée à leur pratique.

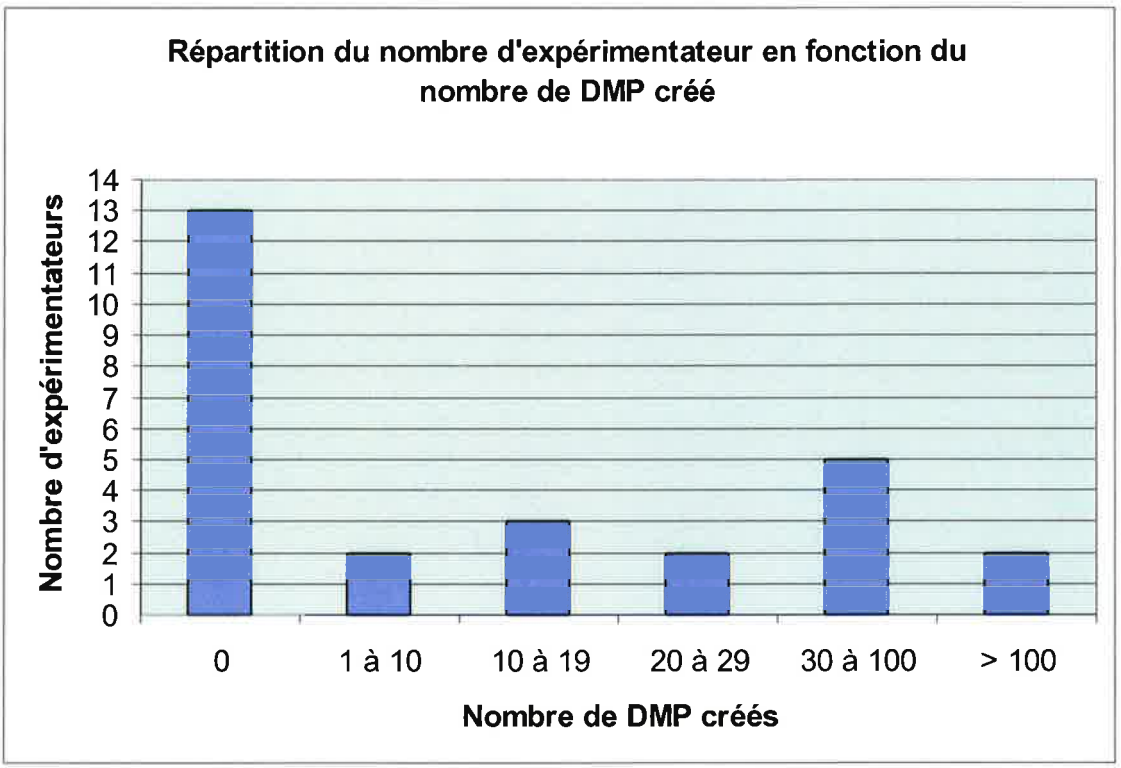
Un seul médecin ne l'utilise que partiellement (support pour les antécédents, biologie et intégration de documents).

Tous les médecins possèdent une messagerie sécurisée qu'ils utilisent pour l'intégration des résultats de biologie et les comptes rendus d'hospitalisation ou de consultation spécialisée.

Pour les courriers ne parvenant pas par messagerie sécurisée, 95% (25 médecins sur 27) scannent ces documents et les intègrent ensuite à leurs dossiers. Deux autres médecins saisissent manuellement des résumés ou les conclusions de ces comptes rendus.

3.3 La phase création de DMP avec volet de synthèse médicale

De juin 2012 à Juin 2013, les 27 médecins expérimentateurs ayant répondu au questionnaire ont créé **1031 DMP** au total.



13 médecins n'ont pas créé de DMP **(48%) :**

- 6 utilisent Hellodoc : ils appartiennent au même cabinet médical qui durant l'expérimentation connaissait des difficultés informatiques.
- 4 utilisent médistory : 3 appartiennent à un même cabinet de groupe qui a connu des difficultés informatiques lors de la tentative de DMP compatibilité.
- 2 utilisent axisanté : 2 médecins exerçant seul qui ne se sont pas impliquées dans le projet.
- 1 utilise crossway : médecin récemment informatisé qui doit apprivoiser l'informatique et son propre logiciel médical.

Nombre de DMP contenant un VSM : 783 soit **75,9% des DMP créés.**

2 médecins ayant créé des DMP n'ont pas déposés de VSM. Ils ont un logiciel Hellodoc DMP compatible mais lors du dépôt du volet de synthèse l'ordinateur connaît un problème de blocage.

3.4 Apport de la formation

3.4.1 *La structuration des données constitutives du VSM*

17 médecins sur 27, soit 62,9%, ont participé à la formation proposée en novembre et décembre 2011.

Sur le groupe des 17 participants :

- 13 (76%) structuraient déjà tout ou partie (utilisation de dictionnaire personnel ou saisie manuelle concomitante) des éléments constituants le volet de synthèse dans leurs dossiers médicaux avant de participer à la formation.
- 12 (70,5%) ont engagé ou ont renforcé leur travail de structuration de leurs dossiers médicaux après la formation.
- 5 (29,4%) n'ont donc pas modifié leur pratique :
  - 3 ont continué le travail de structuration qu'ils faisaient déjà,
  - 2 n'ont pas engagé de travail de structuration pour cause technique.

Sur le groupe des 10 médecins n'ayant pas participé à la formation :

- 9 (90%) structuraient déjà les éléments constitutifs du volet de synthèse
- 3 (30%) ont engagé un travail de structuration des éléments constitutifs du volet de synthèse dans le cadre de l'expérimentation.
- 7 (70%) n'ont donc pas modifié leur pratique (ils ont rencontré des problèmes de DMP-compatibilité et n'ont donc pas voulu réaliser de travail supplémentaire de structuration).

Ces résultats ne sont pas interprétables étant donné le biais lié aux problèmes techniques. Le message a tout de même été compris par les médecins mais, la structuration des données n'étant pas une pratique courante, les éditeurs ne font pas d'efforts particuliers pour améliorer l'ergonomie de cette fonction dans leurs solutions.

3.4.2 *Utilisation de référentiels pour la structuration*

Durant la formation, l'utilisation de référentiels nationaux et internationaux a été abordée pour structurer les données. Les médecins utilisent parfois des dictionnaires personnels qu'ils peuvent créer en fonction de leur pratique. Il leur a été expliqué l'inconvénient de leur utilisation dans l'élaboration d'un volet de synthèse et l'utilisation d'un dossier médical communiquant. Les référentiels nationaux (DRC) ou internationaux (CIM 10) sont codés donc exploitables par d'autres systèmes d'informations.

Avant l'expérimentation, 18 médecins sur 27 utilisaient uniquement ou en partie des dictionnaires personnels : 8 dans le groupe n'ayant pas participé à la formation, 10 dans le groupe ayant participé à la formation.
Un seul médecin ayant participé à la formation a volontairement modifié sa pratique et a délaissé son dictionnaire personnel pour utiliser la CIM 10.

Aucun médecin n'a changé de référentiel de structuration dans le groupe n'ayant pas participé à la formation.
Ici encore, un biais lié aux problèmes techniques des logiciels durant la phase d'expérimentation empêche de tirer des conclusions concernant l'utilité de la formation dans le choix de référentiel de structuration.

3.4.3 *Population ciblée pour le dépôt des volets de synthèse médicale*

Une chose est évidente : structurer les antécédents, allergies et problèmes en cours sur un dossier médical, ouvrir le DMP d'un patient et y déposer un volet de synthèse demande un temps d'adaptation et un changement dans les pratiques des médecins généralistes. Tout le fichier d'un médecin traitant ne peut être retraité en un temps court. Il a donc été demandé aux médecins s'ils avaient privilégié une certaine catégorie de patients pour le dépôt de leur volet de synthèse médicale.

Concernant la structuration des dossiers médicaux (antécédents, allergie, problèmes en cours) 16 médecins ont répondu à la question sur la catégorie de patients privilégiés :

- 9 Médecins ne privilégient les dossiers d'aucune catégorie de patient et structurent tours les dossiers médicaux au sein de leur logiciel,
- 4 médecins privilégient les patients polypathologiques ou atteints de pathologies lourdes,
- 5 médecins ont privilégiés les patients en affection longue durée,
- 1 médecin a abordé également les personnes retraitées qui vivent dans 2 régions,
- 1 médecin a également inclus quelques dossiers peu complexes afin de pouvoir se familiariser avec les outils de structuration,
- 9 n'ont pas répondu à la question.

Une majorité des médecins structuraient déjà leurs dossiers médicaux avant l'expérimentation. Pour ceux qui ont dû débuter ou modifier leurs habitudes de structuration, ils ont pour la plupart privilégié les patients ayant des fragilités : les personnes atteintes de plusieurs pathologies ou celles suivies par plusieurs spécialistes et à risque d'être hospitalisées en cas de décompensation ou déséquilibre d'une de leurs pathologies.

L'un des expérimentateurs a aussi mis l'accent sur les personnes âgées qui passent une partie de l'année chez eux et la deuxième partie dans leur résidence secondaire ou auprès de leur famille. Ils sont suivis par un autre médecin et la solution d'un dossier communicant est un bon moyen pour assurer un suivi de ces patients mobiles.

Il a été ensuite demandé aux expérimentateurs pour quelle catégorie de patients ils ont ouvert un DMP et déposé un volet de synthèse médicale :

- 3 choisissent en priorité les patients de plus de 75 ans,
- 5 privilégient les patients polypathologiques ou atteints de pathologies lourdes,
- 7 médecins ont privilégiés les patients en affection longue durée,

- 1 médecin a également privilégié les patients ayant des allergies importantes,
- 1 médecin a abordé également les personnes retraitées qui vivent dans 2 régions,
- 1 médecin n'a pas privilégié une certaine catégorie de patient et a ouvert des DMP pour déposer les volets de synthèse à la majorité de ses patients.

4 DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS

4.1 Conclusions de l'étude

Les médecins expérimentateurs ont adhéré au projet et le taux de DMP exploitables, c'est-à-dire contenant un volet de synthèse médicale, est de 75,9%. Lors des entretiens ils ont souligné le peu d'intérêt d'ouvrir un DMP vide pour la prise en charge du patient et que le partage d'un volet de synthèse pouvait être un atout pour toute décision thérapeutique urgente ou spécialisée.

Sur un an et parmi 27 médecins généralistes, seuls 1031 DMP ont été créés. L'utilisation de cet outil en pratique médicale, même lors d'une expérimentation orientée, est encore limitée.

Il est difficile de conclure si la formation a apporté une aide pour les médecins à la structuration des données constitutives du volet de synthèse médicale (antécédents, problèmes en cours, traitement, allergies).

Le principal biais reste le problème technique de blocage du système lors du dépôt du VSM pour les médecins ayant le logiciel hellodoc et les problèmes d'accès au web DMP, avec ou sans la solution Efficience chez les utilisateurs Médistory. Cela a amputé la population de médecins participant à l'étude de presque un tiers, ce qui est conséquent. Ces problèmes traduisent une réalité qui peut expliquer la difficile adoption de l'outil DMP au sein de la pratique médicale.

Quelques médecins ont aussi soulevé la difficulté de structurer les données. Deux difficultés sont mises en avant. Tout d'abord les problèmes d'utilisation des référentiels en eux-mêmes qui ne sont pas systématiquement en adéquation avec le diagnostic posé par le praticien. En conséquence, le fait de rentrer un antécédent peut demander du temps pour trouver le terme qui se rapproche le plus de l'antécédent souhaité. La seconde est le problème d'ergonomie des logiciels médicaux pour rentrer une donnée. Ils possèdent parfois leur propre dictionnaire mais il est difficile de savoir s'il est transcodé avec un référentiel national ou international.

Cependant, les médecins qui n'ont pas pu déposer de VSM sur le DMP restent intéressés par le projet et précisent qu'ils l'auraient fait s'ils en avaient eu les moyens techniques.

Avant le début de l'expérimentation, 13 médecins ont refusé de faire partie des expérimentateurs. Mis à part un médecin non informatisé, les principales raisons évoquées sont le manque de recul vis-à-vis du DMP. A cette période, l'outil vient d'être relancé et son avenir est encore flou, d'autant plus qu'il n'a pas bonne presse (investissements importants mais peu d'usage). Malgré l'explication de l'intérêt de développer les usages du DMP par le partage d'un Volet de Synthèse Médicale, ils n'étaient pas prêts à modifier leur pratique pour la structuration des données constitutives du VSM, développer la DMP

compatibilité, activer si besoin leur messagerie sécurisée et pouvoir déposer le VSM sur le DMP des patients.

4.2 Le retour d'expérience des médecins

Lors des entretiens et après le relevé des questionnaires, les expérimentateurs ont émis quelques remarques et exprimé ce qui leur a posé problème.

4.2.1 Le manque de temps

Cette remarque revient le plus souvent dans les témoignages et cela concerne plusieurs aspects de l'expérimentation.

* *L'ouverture d'un DMP*

Ouvrir un DMP à un patient demande un travail préalable pour lui expliquer ce qu'est le DMP, l'intérêt de l'ouvrir et les usages attendus. Il est également nécessaire de décrire la procédure d'accès à son dossier médical personnel, c'est-à-dire l'utilisation de l'identifiant, le mot de passe temporaire et le code d'accès qui sera envoyé sur le téléphone portable ou par internet. Ces explications sont chronophages et demandent jusqu'à une consultation entière selon le degré de compréhension du patient et son rapport à l'informatique. Cela limite donc le nombre d'ouverture de DMP par jour et l'intégration de cet outil en pratique courante à l'heure actuelle.

* *La structuration des données constitutives du volet de synthèse médicale*

Comme il a été évoqué précédemment, la structuration des antécédents ou problèmes en cours demande du temps. Les médecins privilégiant les patients polypathologiques, la structuration des antécédents peut leur prendre de 15 à 30 minutes environ selon la complexité du dossier.

Faire une revue de tous ses dossiers en utilisant des référentiels au lieu du pratique dictionnaire personnel ou de la saisie manuelle des données représente un travail supplémentaire dans la journée déjà remplie du médecin.

Cependant, certains praticiens ont intégré cette pratique dès le début de leur installation ou depuis leur changement de logiciel médical. La principale difficulté reste l'intégration des référentiels dans la tenue des dossiers.

Pour une meilleure adhésion, l'ergonomie des logiciels médicaux en matière de structuration des données peut être développée par certains éditeurs de logiciels, mais aussi les professionnels doivent se

familiariser avec ces référentiels qui ont, pour certains, une connotation négative (trop complexe, pas en adéquation avec la pratique de la médecine générale).

Accentuer les formations dans le cadre de FMC, voir de la formation initiale des médecins, pourrait aider les professionnels à utiliser les outils de structuration.

4.2.2 *Les problèmes techniques*

C'est l'un des principaux problèmes. C'est là un véritable biais dans l'interprétation des résultats, surtout dans l'analyse de l'impact de la formation des médecins préalable à l'expérimentation.

Le meilleur exemple est le cabinet médical de huit médecins et d'une expérimentatrice exerçant seule tous utilisateurs du logiciel hellodoc ; ils ne pouvaient pas déposer de volet de synthèse médicale car cette action provoque un blocage du logiciel nécessitant un redémarrage du système. En conséquence, ils ont préféré ne rien faire plutôt que d'ouvrir des DMP qui seraient restés vides et donc sans intérêt.

Les expérimentateurs ayant medistory ont eux aussi rencontré des problèmes de dépôt du volet de synthèse, même par accès web. Les interfaces de type Efficience ne sont pas compatibles avec le logiciel métier. Les différents essais ont bloqué le système informatique au sein d'un cabinet mettant un terme à leur implication active dans le projet.

Comme cela a déjà été évoqué, cette période (2012-2013) était encore floue concernant l'avenir du DMP. Les éditeurs de logiciels étaient encore frileux pour investir (que ce soit en temps ou en argent) et pour réaliser des travaux de recherche et d'évolution de leurs produits craignant un échec à court ou moyen terme.

Le document édité par l'ASIP Santé précisant les spécifications du contenu et de l'interopérabilité du Volet de Synthèse Médicale n'a été publié qu'en octobre 2013 donc bien après la fin de l'expérimentation. Les éditeurs de logiciels ont ainsi maintenant une ligne directrice pour faire les développements nécessaires de leurs produits.

4.2.3 *Le manque de demande de la part des patients*

En un an, rares sont les patients qui ont demandé aux médecins des explications ou même l'ouverture de leur DMP. Le manque d'information du public ne facilite pas la tache des médecins qui doivent en conséquence expliquer l'outil DMP, reprendre les usages attendus avec le volet de synthèse et répondre aux questions s'ils le peuvent.

Depuis la mise en fonction nationale du DMP en 2011, il n'y a pas eu de campagne d'information à grande échelle. Les médias ne mettent en avant que le coût trop important et le financement du projet. Les documents concernant l'existence de ce dossier, son fonctionnement et ses modalités d'accès par

exemple sont rares au niveau national. Dans certaines régions expérimentatrices, la documentation est centralisée principalement dans certains hôpitaux. Bien que ces hôpitaux soient fréquentés la proportion de patients pouvant y porter un intérêt reste faible.

La campagne de communication réalisée dans le bassin de santé d'Amboise a consisté en une distribution d'affiches et affichettes dans les pharmacies et chez les médecins généralistes expérimentateurs. Par faute de temps, le périmètre de distribution a finalement été limité à l'association praticiens pharmaciens. Elle aurait pu être étendue au laboratoire d'analyse médicale, centre d'imagerie médicale, spécialistes ou même tout autre magasin acceptant de véhiculer l'information. Cela aurait demandé, pour chaque partenaire, d'expliquer le projet et les informations de bases à fournir aux personnes intéressées, ce temps nous ne l'avions pas à cette période.
La population principalement ciblée par les médecins expérimentateurs pour l'ouverture des DMP et le dépôts des VSM reste une population âgée qui soit n'est pas informatisée, soit a des difficultés à apprivoiser l'outil informatique. Après leur avoir décrit le projet, ils acceptent le dépôt du VSM sur leur DMP et se montrent même soulagés que les médecins rencontrés puissent avoir accès à des données fiables concernant leur état de santé. Peu familiers avec les termes médicaux, ils ne se sentent pas capable d'énumérer l'ensemble de leurs antécédents médicaux et chirurgicaux parfois complexes (problème de vocabulaire spécifique, problème de mémoire, causalité mal définie).
Les patients ne sont pas informés... tout comme les professionnels de santé. Par exemple, en faisant le tour des services d'urgences de certains centres hospitaliers de la région, les professionnels de santé rencontrés ignorent ce qu'est le DMP. Les médecins généralistes que j'ai eu l'occasion de remplacer n'ont, eux aussi, que de vagues notions et ne connaissent le DMP que par l'icône qui s'est ajouté à leur logiciel lors de sa dernière mise à jour. Les connaissances sur le DMP sont maigres, la pratique est donc inexistante. Toutefois, après avoir reçu des explications sur le projet de développer le partage d'un volet de synthèse, beaucoup se montrent intéressés.

L'information des patients à l'échelle nationale ne peut se faire sans avoir expliqué le fonctionnement de l'outil aux médecins libéraux et hospitaliers et ses usages à développer (le partage d'informations et de VSM).

4.2.4 L'aspect juridique

Deux médecins ont soulevé le problème de responsabilité qu'ils pouvaient avoir si le volet de synthèse déposé sur le DMP de leur patient n'était pas à jour.

Le projet de dépôt d'un VSM sur le DMP n'est qu'en phase d'expérimentation et seuls les médecins généralistes d'Amboise déposent ce document sur les dossiers médicaux personnels de leurs patients. Il n'y a pour le moment pas d'obligation légale de tenir à jour le Volet de Synthèse sur le DMP. La première phase est de démontrer que c'est possible (et c'est l'objet de cette phase d'expérimentation). Il faudrait par la suite que cela s'intègre aux habitudes de consultation des praticiens avant de pouvoir parler de responsabilité juridique.

4.3 Le parc informatique ville-hôpital est il de qualité suffisante pour supporter le partage (dépôt, lecture, importation) d'un Volet de Synthèse Médicale sur le DMP ?

4.3.1 Les logiciels de gestion de cabinets chez les médecins généralistes

L'offre informatique des médecins libéraux est très hétérogène et cela freine les capacités d'échanges entre logiciels. Un exemple est la difficulté de récupérer le dossier informatique d'un patient dont le médecin traitant cesse son activité. Il est parfois possible d'obtenir un document contenant la succession des consultations mêlé aux antécédents et aux traitements. Afin de remplir le dossier sur son logiciel, le praticien doit tout relire et en extraire les informations importantes.

Depuis la mise en route du DMP, vingt logiciels de gestion de cabinets ont obtenu l'agrément DMP compatibilité de l'ASIP Santé ; alors qu'en 2012, le référencement des éditeurs de logiciels et des intégrateurs du monde de la santé (RELIMS, enquête réalisée par la Direction Générale de l'Offre de Soins) décompte 135 logiciels pour les professionnels de santé libéraux.

Afin d'harmoniser le parc informatique des médecins libéraux, la Fédération des Editeurs d'Informatiques Médicale et paramédicale Ambulatoire (FEIMA), créée en 1988, regroupe les principaux éditeurs de logiciels médicaux en ambulatoire, soit près de 70% des professionnels de santé informatisés en France.

Elle regroupe les sociétés Cegedim Logiciels Médicaux (Crossway, Médiclick), CGM (axisanté), Prokov (medistory), Aatlantide, CBA (logiciel agathe pour les infirmiers), RM Ingenierie (Médi plus 4000 pour les profession médicales et para médicales), Owandy (logiciels spécifique pour les chirurgiens dentistes), Alliadis groupe (pharmaciens), Caduciel (Gestion d'officine), Isipharm (pharmaciens), Pharmagest (pharmaciens).
Les éditeurs membres de cette association s'engagent à ce que leurs logiciels suivent les obligations professionnelles, à ce que leurs logiciels évoluent selon les nouvelles technologies, assurent la maintenance de son logiciel. Surtout, la FEIMA est un lien entre les professionnels utilisateurs de logiciels médicaux, l'ASIP Santé et les hautes autorités pour participer aux projets concernant l'e-santé, l'interopérabilité des logiciels médicaux, le DMP.

4.3.2 Les systèmes d'information hospitaliers

En même temps que son plan de déploiement du « DMP en régions », l'ASIP lance un programme « DMP en Etablissements de soins » en sélectionnant 33 établissements de santé en France. Ces structures s'engagent à créer des DMP et à les alimenter (comptes rendus d'hospitalisation, résultats d'examens d'imagerie médicale). En région Centre, ce sont le centre hospitalier de Chartres, le centre hospitalier de la Tour Blanche à Issoudun, le centre hospitalier Jacques Cœur de Bourges et la Polyclinique de Blois qui ont été retenus. Un poste à l'accueil de l'hôpital est spécialement dédié à l'ouverture des DMP pour les patients le souhaitant.

Lors de cette expérimentation, un travail avec l'hôpital Robert Debré d'Amboise a été réalisé afin de développer l'un des intérêt du dépôt d'un volet de synthèse médicale sur le DMP : la capacité de lecture dans un service d'urgences ou dans un cabinet de consultation spécialisée.

Le logiciel médical de l'hôpital n'était pas DMP compatible. Un rapport de la direction générale de l'offre de soin de mai 2013 fait un bilan de l'état des lieux des systèmes d'informations hospitaliers. Concernant la DMP compatibilité, l'outil « n'est pas encore généralisé dans les établissements, c'est un axe de changement important dans les prochaines années ».

L'une des premières étapes a été de s'assurer que les médecins hospitaliers avaient leurs cartes CPS (qui ne leur servaient pas à l'hôpital car l'accès au logiciel métier ou aux dossiers ne se fait que par l'entrée d'un mot de passe personnel). C'est le GCS Télésanté Centre qui a initié la procédure de demande de carte CPS pour les praticiens hospitaliers.

La deuxième étape, en relation avec la personne en charge de l'informatique dans l'établissement, a été de doter les postes informatiques de lecteurs de carte CPS et Vitale. Les lecteurs bifente étant plus onéreux, deux lecteurs unifentes ont été installés sur chaque poste utile lors de l'expérimentation.

En l'absence de DMP compatibilité, il a d'abord été décidé d'accéder aux DMP des patients par accès Web mais le problème est une déconnection automatique pour des raisons de sécurité au bout d'un certain temps d'inactivité, ce qui ne peut être compatible avec le fonctionnement d'un service d'urgences.

L'adoption de ce système doit être discuté et adopté en CME. Enfin, le circuit de fonctionnement devait être défini (poste dédié au DMP ? l'infirmière d'orientation imprime-t-elle le Volet de synthèse pour le joindre au dossier d'entrée ou signale-t-elle juste l'existence d'un DMP sur le cahier des entrées des patients ? quelle carte CPS utilise-t-elle ?). En 2012, aucun service d'urgences n'était en capacité de lire des volets de synthèse sur le DMP. Certains spécialistes (pneumologue et ORL) ont bien intégré dans leur pratique la lecture de volets de synthèse des patients lors de leurs consultations et par accès web.

Une collaboration a aussi été faite avec le service de régulation du SAMU 37. A ce jour, un seul logiciel de régulation médicale est DMP compatible (depuis le premier janvier 2014) mais le déploiement de cette version DMP compatible ne semble pas avoir été encore réalisé. Pour l'expérimentation, un poste dédié en accès web DMP a été rendu opérationnel pour la lecture de potentiels volets de synthèse médicale , en cas de besoin pour les régulateurs. L'accès par les régulateurs au DMP des patients se fait par « bris de glace », sans l'accord instantané du patient. Cette autorisation se fait lors de l'ouverture du DMP. Une question est posée au patient pour savoir s'il autorise les régulateurs à avoir accès à son DMP, s'il ne peut donner son accord en cas d'urgence vitale.

Au niveau des systèmes d'information hospitalier, l'outil DMP n'est pas intégré à la pratique. La lecture des volets de synthèse déposée pas les généralistes ne peut s'effectuer si les moyens techniques ne sont pas mis en place : DMP compatibilité, mise à jour des postes informatiques, acceptation et formation

du personnel et des professionnels de santé, organisation de certains services pour intégrer le document « volet de synthèse médicale ».

4.3.3 *Le partage de l'information pour créer une coopération ville- hôpital*

Une présentation a été faite à Mme Elsa Ptakhine, conseillère de Mme la Ministre Marisol Touraine, le 22 Novembre 2012. L'objectif était de lui montrer l'intérêt et la pratique sur le terrain du partage d'un volet de synthèse médicale sur le DMP d'un patient. Une première étape a été de lui exposer la méthode de dépôt d'un VSM sur le DMP d'un patient (qui avait donné son accord préalable) chez un médecin généraliste.

Une deuxième étape s'est déroulée aux urgences de l'hôpital d'Amboise où un urgentiste a pu lire ce volet de synthèse, en simulant un passage aux urgences de ce patient. Enfin, un appel a été passé à la régulation du SAMU 37 (qui était informé de l'exercice) en imaginant être face à un homme victime d'un malaise, par son nom et prénom, le régulateur a pu avoir accès au volet de synthèse du patient et envoyer par fax un ordre de sortie au SMUR d'Amboise dans les minutes qui ont suivi. La fiche reçue aux urgences comprenait les éléments du VSM signalant notamment une l'allergie au Clopidogrel. Cet élément était un avantage pour l'urgentiste qui partait prendre en charge un patient inconnu victime d'un malaise et susceptible d'avoir à recevoir cette molécule.

En pratique, le partage d'une synthèse médicale par un médecin généraliste et la lecture en centre hospitalier est possible dès aujourd'hui et peut apporter des éléments décisifs pour la prise en charge des patients. Malheureusement, les prés requis techniques et organisationnels ne sont à ce jour qu'exceptionnellement remplis.

En facilitant l'échange d'information entre les médecins libéraux et hospitaliers par la messagerie sécurisée et en partageant les informations médicales sur le DMP avec le VSM, il est possible d'éviter les pertes de temps de collecte d'information sur le patient (antécédents), de certifier l'obtention d'informations fiables, de diminuer le risque de perte d'information d'un service à l'autre, de limiter les interactions médicamenteuses entre le traitement habituel du patient et celui administré au cours de son séjour à l'hôpital.

4.4 Les médecins sont ils prêts à consacrer du temps à produire et à tenir à jour un Volet de Synthèse Médicale ? A quelles conditions ?

Les médecins expérimentateurs comprennent l'importance de la structuration des données du dossier médical afin d'élaborer un volet de synthèse médicale récupérable par un confrère (en cas de changement de médecin) ou par le centre hospitalier qui prend en charge le patient. Ils sont donc prêts à élaborer ce document et à le mettre à jour mais ce travail est chronophage et ne peut être envisagé que

si les établissements et les médecins libéraux se mettent en capacité de lire les DMP et que si le temps passé est valorisé.

Du temps pourrait être gagné ailleurs, imaginons par exemple un autre professionnel, une structure ou bureau dédié pour l'ouverture d'un DMP qui prendrait le temps nécessaire pour expliquer la méthode d'accès. Cette période d'explication pourrait même être réduite si le public était informé de l'existence et des fonctions attendues du DMP avec synthèse médicale.

De plus, avec le développement des messageries sécurisées, l'objectif à atteindre serait le zéro papier. Un compte rendu d'hospitalisation ou d'un examen d'imagerie pourrait être échangé par messagerie sécurisée avec le médecin traitant et en même temps mis en partage par dépôt sur le DMP du patient. En conséquence, le généraliste gagnerait un temps considérable pour lui même en ne scannant plus tous les jours les courriers pour les intégrer aux dossiers et accorderait ce temps à ses patients ou à des taches administratives.

L'une des conditions pour structurer le dossier et élaborer le volet de synthèse est l'ergonomie des logiciels médicaux. Si le VSM se crée et se dépose sur le DMP en plus de deux à trois clics, cela peut compromette l'adhésion des médecins qui ne doivent pas être ralentis lors de leurs consultations. En considérant qu'après la création du volet de synthèse, il doit être mis à jour à chaque modification du traitement ou survenue de nouvel antécédent, l'élaboration de ce document et son dépôt doit être intégré de manière fluide à la consultation.

4.5 La messagerie sécurisée seule permet elle cet usage ?

La messagerie sécurisée est avant tout un outil d'échange entre professionnels de santé. Elle permet de poser une question à des confrères, de recevoir des résultats d'examens, à véhiculer à un temps T un document d'un professionnel bien déterminé à un ou d'autres professionnels.

Lors de réunions, avec des Etablissements, il a parfois été envisagé d'envoyer les comptes rendus de consultation ou d'hospitalisation directement sur le DMP des patients, remplaçant ainsi l'utilisation de la messagerie sécurisée ou du courrier postal habituel ; charge ensuite à chaque médecin généraliste d'aller récupérer les documents sur le DMP de ses patients. Cette procédure ne semble pas envisageable en pratique, cela demanderait trop de temps et de manipulation d'ouverture, importation, fermeture de DMP patient, sachant qu'un médecin peut recevoir entre dix et vingt courriers par jour. Le médecin généraliste doit recevoir ses courriers dans sa boite de messagerie sécurisée pour ensuite, après lecture, les intégrer dans le dossier de ses patients.

4.6 ...Et les patients ?

De manière générale, sur la population de patient chez qui les DMP ont été ouvert pour le dépôt du volet de synthèse, peu d'entre eux ont eu une réelle réticence au projet et ont compris l'intérêt du partage de ce document pour pourvoir améliorer la prise en charge.

Les personnes plus âgées ont parfois tendance à vouloir demander l'aide d'un membre de la famille ou de quelqu'un ayant des connaissances en informatique. Cela leur est déconseillé ces informations concernent leur dossier médical et leur données de santés et doivent rester confidentielles.

Les réticences sont réelles concernant les problèmes de sécurité des informations. Il est alors important d'insister sur les modalités d'accès au DMP et sur la possibilité de gérer les personnes pouvant y accéder (identifiant, code temporaire puis code définitif, traçabilité des accès, possibilité d'être prévenu en cas d'ouverture de son DMP, etc.)

4.7 Vers un DMP deuxième génération

En Mars 2013, la ministre en charge de la santé Mme Marisol Touraine, lance les axes de sa stratégie pour le développement de la e-santé :

- accompagner les professionnels et les établissements de santé,
- renforcer la coordination et la coopération des professionnels dans le cadre du parcours de santé,
- améliorer les services d'information fournis aux usagers et aux citoyens.
-

Afin de coordonner les soins, un DMP deuxième génération serait « au centre du parcours de soin » intégrant le partage d'un volet de synthèse médicale. Elle le réoriente principalement autour des patients atteints de maladies chroniques et aux personnes âgées relevant des expérimentations « PAERPA » pour Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie.
Un cahier des charges est élaboré et 9 régions sont retenues pour expérimenter le projet dont le sud-est de l'Indre et Loire (le Lochois).

Le projet de loi santé 2015 relance officiellement le dossier médical personnel deuxième génération qui « re »devient dossier médical partagé. Il précise que le médecin généraliste dépose périodiquement une synthèse médicale défini par la HAS dans son article 25.

CONCLUSION

L'informatisation des outils de pratique médicale (gestion des dossiers médicaux, gestion des cabinets, dématérialisation des feuilles de soins et d'assurance maladie) et le développement de moyens de communications (messageries sécurisées, télémédecine) ont apporté des outils nouveaux d'échange et de partage de l'information médicale entre professionnels de santé.

Le dossier médical personnel, dans la loi depuis 2004, a pour objectif principal l'optimisation du parcours de soins des patients par une meilleure circulation de l'information entre les différents intervenants. Il est accessible par le patient qui peut y intégrer lui-même des documents et gérer les accès de certains professionnels de santé.

La mise en partage d'un Volet de Synthèse Médicale sur le DMP d'un patient réunissant les données essentielles de son dossier (les antécédents médicaux et chirurgicaux, les allergies, les problèmes en cours et les traitements) est considérée aujourd'hui comme un usage prioritaire du DMP.

L'expérimentation menée pendant un an sur le bassin de santé d'Amboise était très ambitieuse car elle visait à démontrer dès 2012 que la gestion sur le DMP d'un Volet de Synthèse Médicale structurée niveau 3 était de nature à avoir un impact positif en terme de santé publique.

La création de DMP avec volet de synthèse par les médecins expérimentateurs a essentiellement ciblé les personnes les plus fragiles, ayant par conséquent un historique médical important (ALD, personnes âgées, allergiques). Pourtant, la pratique reste encore limitée compte tenu des problèmes techniques des logiciels médicaux, de l'absence de portage national fort qui a incité les Editeurs de Logiciels de Cabinet et d'Etablissement à rester prudent et ne pas envisager les développements techniques coûteux nécessaires à la gestion d'un VSM niveau 3. Le Volet de synthèse médicale partagée par les expérimentateurs était en format PDF, avec une ergonomie d'usage inégale selon les Editeurs, certains ne développent même pas de version DMP compatible ou ne corrigent pas les bugs bloquants liés à cet usage.

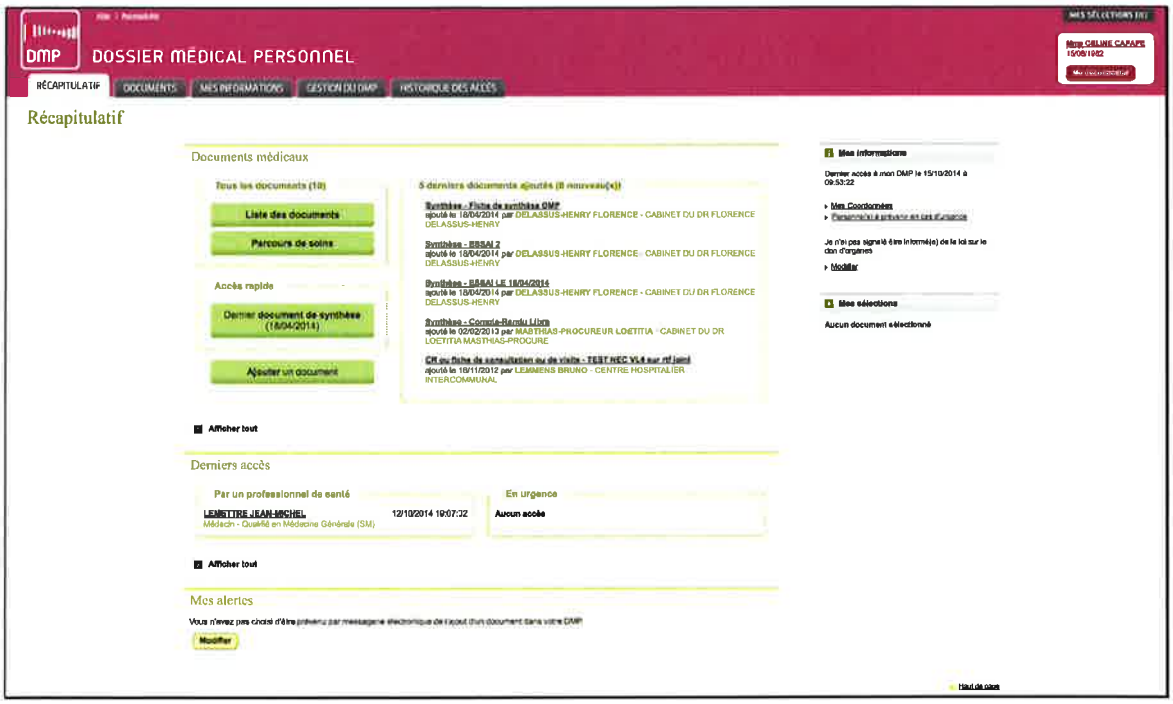
Cependant, et malgré les freins liés aux difficultés techniques, les médecins traitants restent favorables à la mise en partage du VSM sur le DMP de leurs patients sous certaines conditions. Ils ont intégré la pratique de la structuration des données médicales à partir de dictionnaires transcodés CIM 10.

Les principales conditions à prendre en compte pour la relance du DMP sont d'une part, un engagement fort de tous les Editeurs de Logiciels de Ville et d'Etablissement pour réaliser les développements techniques de DMP compatibilité et de capacité à gérer un VSM structuré de façon ergonomique. D'autre part, la valorisation du temps passé par les médecins traitants à structurer les données essentielles de leurs dossiers médicaux et à gérer, mettre à jour, les VSM sur les DMP de leurs patients.

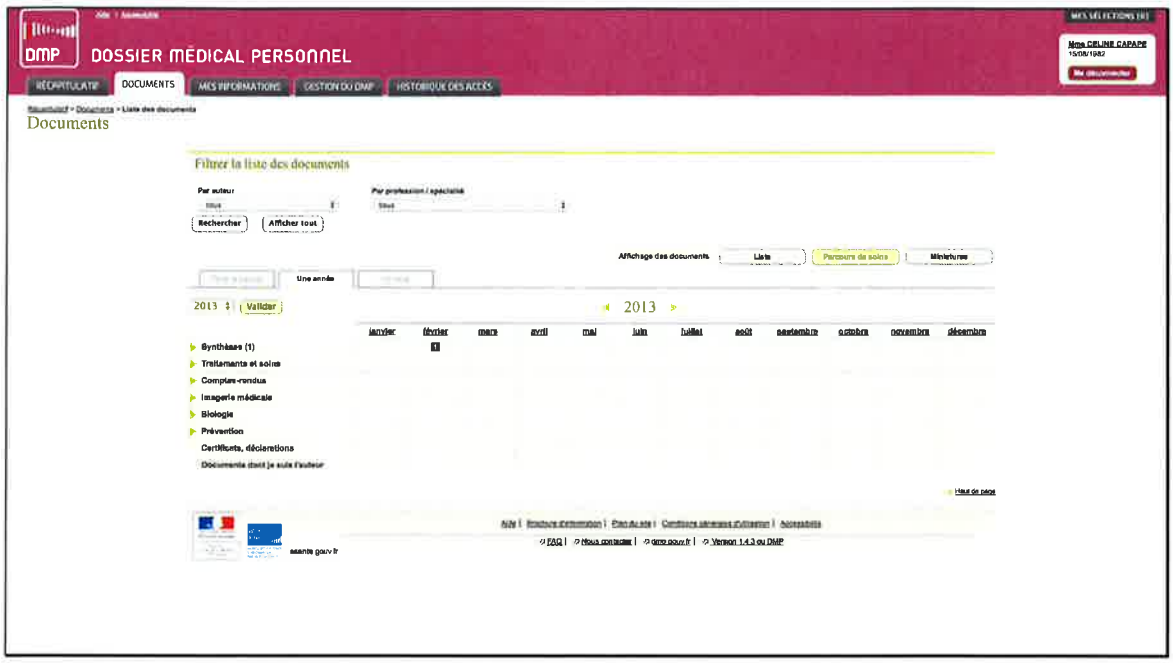
Depuis 2012, l'ASIP santé, en charge des systèmes d'information médicaux, a édité plusieurs documents concernant l'interopérabilité des systèmes d'information afin d'uniformiser les formats des documents échangés entre les différents logiciels médicaux des médecins libéraux. Un deuxième document concerne également les modalités techniques et les différentes parties composant le Volet de Synthèse Médicale pour orienter les éditeurs de logiciels dans leur développement et ainsi proposer un document identique pouvant être déposé sur le DMP, lisible et récupérable par tout logiciel médical. La ministre de la santé, Mme Marisol Touraine, oriente depuis 2013 les axes de développement de la e-santé relançant le dossier médical partagé (et non plus personnel) intégrant un volet de synthèse médicale.

Il sera certainement très intéressant d'évaluer à nouveau dans 1 ou 2 ans l'impact médico-économique et en terme de santé publique de la mise en partage du VSM sur le bassin de santé d'Amboise précurseur sur cet usage.

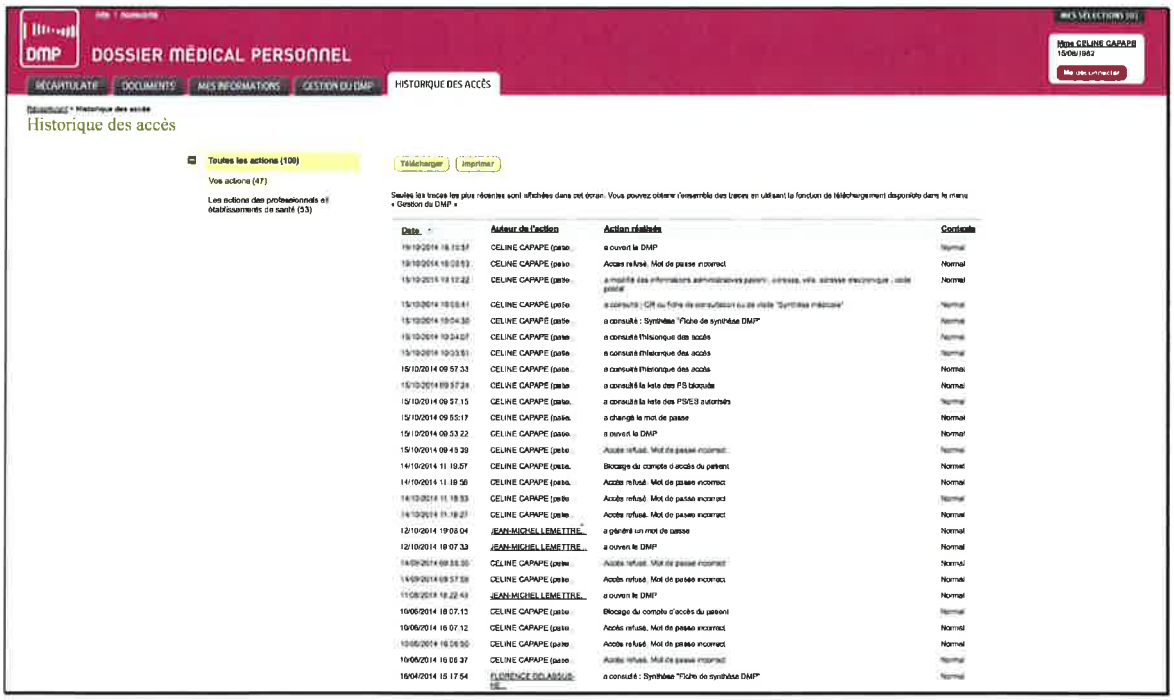
ANNEXE 1 – APERCU DU DMP



Page d'accueil du Dossier Médical Personnel.



Liste des documents déposés (en affichage parcours de soins).



Historique des actions réalisées sur le DMP.

ANNEXE 2 – ZONE D'EXPERIMENTATION

CHU Clocheville
Tours
CHU Bretonneau
CHU Trousseau
Clé Ronen Datta

ANNEXE 3 – AFFICHETTE TYPE DE LA CAMPAGNE D'INFORMATION

Le DMP sur le Territoire d'Amboise

DMP
DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

Ces médecins doivent connaître les **données essentielles** de votre dossier médical pour **vous apporter les meilleurs soins.**

Le dépôt d'une **Synthèse Médicale** sur votre **Dossier Médical Personnel (DMP)** est aujourd'hui possible.

- Amboise
- Athée-sur-Cher
- Azay-sur-Cher
- Bléré
- Blois (Urgences SAMU)
- Montlouis-sur-Loire
- Pocé-sur-Cisse
- Reugny
- Saint-Martin-le-Beau
- Saint-Georges-sur-Cher
- Tours (Urgences SAMU)
- Vernou-sur-Brenne
- Vouvray

PARLEZ-EN A VOTRE MEDECIN

Pour en savoir plus
DMP Info Service : 24h/24 - 7j/7
N° Azur 0 810 33 00 33
PRIX D'UN APPEL LOCAL

TéléSanté Centre
Groupement de Coopération Sanitaire

Partenaires :

asip
AGENCE DES SYSTÈMES D'INFORMATION PARTAGÉS DE SANTÉ

ars
Agence Régionale de Santé Centre

URPS MÉDECINS LIBÉRAUX

leciss
Région CENTRE

ANNEXE 4 – QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX MEDECINS EXPERIMENTATEURS

Structuration du dossier médical

Votre pratique :

Quel est votre logiciel médical et sa version lors de l'expérimentation ?

.....

Utilisez-vous votre logiciel médical pour :

La saisie des données administrative du patient	OUI	NON
La saisie des données administrative du patient	OUI	NON
Les observations au quotidien	OUI	NON
Saisir les antécédents du patient	OUI	NON
Editer les ordonnances	OUI	NON
Editer vos courriers	OUI	NON
Gérer des rappels (vaccination, dépistage...)	OUI	NON
Télétransmettre.....	OUI	NON
Intégrer la biologie	OUI	NON
Si OUI : Via messagerie sécurisée (apycript HPRIM2).....	OUI	NON
Via une autre messagerie sécurisée ?.....	OUI	NON
Si oui laquelle ?.....		
Scannée puis intégrée au dossier ?.....	OUI	NON
Intégrer les comptes rendus d'hospitalisation et courriers de spécialistes	OUI	NON
Si OUI : Via messagerie sécurisée (apycript HPRIM2).....	OUI	NON
Via une autre messagerie sécurisée ?.....	OUI	NON
Si oui laquelle ?.....		
Scannée puis intégrée au dossier ?.....	OUI	NON

Avez-vous participé à une formation à Amboise fin 2011 concernant la structuration du dossier médicale – DMP et Volet de synthèse ? OUI NON

Si vous avez participé à la formation concernant la structuration du dossier médical – DMP et Volet de synthèse médicale :

Avant la formation :

Structuriez- vous dans quelques ou tous vos dossiers patients les éléments suivants

Antécédents..... OUI NON

Problèmes en cours..... OUI NON

Allergies ..... OUI NON

Traitement de fond ..... OUI NON

Si oui, quel dictionnaire utilisiez-vous ? (Entourer la ou les réponses)

- CIM10
- CISP
- DRC
- AMM
- Personnel
- Autre

Aviez-vous déjà ouvert des DMP à des patients ?..... OUI NON

Après la formation :

Avez-vous engagé un travail de structuration des données constitutives du volet de synthèse médicale (Antécédent, problème en cours, allergies, traitement de fond) ?..... OUI NON

Si oui, sur une population ciblée ?..... OUI NON

Laquelle ?.....

Si oui, quel dictionnaire utilisiez-vous ? (Entourer la ou les réponses)

- CIM10
- CISP
- DRC
- AMM
- Personnel
- Autre

Si non, pourquoi ?

Mon logiciel ne propose pas de structuration ..... OUI NON

La structuration des données est trop complexe ..... OUI NON

Manque de temps ..... OUI NON

Pas d'usage ..... OUI NON

Autre.....

Ouvrez-vous des DMP à des patients ?..... OUI NON

Si oui, sur une population ciblée ? ..... OUI NON

Laquelle ?.....

Si non, pourquoi ?

Mon logiciel n'est pas DMP compatible ..... OUI NON

L'ouverture d'un DMP est trop complexe ..... OUI NON

Pas de rémunération ..... OUI NON

Manque de temps ..... OUI NON

Pas d'usage ..... OUI NON

Autre.....

Déposez-vous un volet de synthèse médicale sur les DMP créés ?..... OUI NON

Si oui, systématiquement ? ..... OUI NON

à quelle proportion environ ? .....

Immédiatement ? .....

Le plus tot possible ? .....

Combien de DMP avez-vous créé lors de l'expérimentation ?.....

Combien de DMP avez-vous alimenté par un Volet de synthèse lors de l'expérimentation ?.....

Si vous n'avez pas participé à la formation concernant la structuration du dossier médical – DMP et Volet de synthèse médicale :

Structuriez- vous dans quelques ou tous vos dossiers patients les éléments suivants

Antécédents ..... OUI NON

Problèmes en cours ..... OUI NON

Allergies ..... OUI NON

Traitement de fond ..... OUI NON

Si oui, quel dictionnaire utilisiez-vous ? (Entourer la ou les réponses)
- CIM10
- CISP
- DRC
- AMM
- Personnel
- Autre

Aviez-vous déjà ouvert des DMP à des patients ?..... OUI NON

Avez-vous engagé un travail de structuration des données constitutives du volet de synthèse médicale (Antécédent, problème en cours, allergies, traitement de fond) ?..... OUI NON

Si oui, sur une population ciblée ?..... OUI NON

Laquelle ?.....

Si oui, quel dictionnaire utilisiez-vous ? (Entourer la ou les réponses)
- CIM10
- CISP
- DRC
- AMM
- Personnel
- Autre

Si non, pourquoi ?

Mon logiciel ne propose pas de structuration ..... OUI NON

La structuration des données est trop complexe ..... OUI NON

Pas de rémunération ..... OUI NON

Manque de temps ..... OUI NON

Pas d'usage ..... OUI NON

Autre.....

Ouvrez-vous des DMP à des patients ?..... OUI NON

Si oui, sur une population ciblée ? ..... OUI NON

Laquelle ?.....

Si non, pourquoi ?

Mon logiciel n'est pas DMP compatible ..... OUI NON

L'ouverture d'un DMP est trop complexe ..... OUI NON

Pas de rémunération ..... OUI NON

Manque de temps ..... OUI NON

Pas d'usage ..... OUI NON

Autre.....

Déposez-vous un volet de synthèse médicale sur les DMP créés ?..... OUI NON

Si oui, systématiquement ? ..... OUI NON

à quelle proportion environ ? .....

Immédiatement ? .....

Le plus tot possible ? .....

Combien de DMP avez-vous créé lors de l'expérimentation ?.....
Combien de DMP avez-vous alimenté par un Volet de synthèse lors de l'expérimentation ?.....

Si vous ne rencontriez pas de problème (technique ou autre) engageriez vous, dans votre pratique, un travail de structuration des données pour élaborer un Volet de synthèse et le déposer sur le DMP de vos patients ?..... OUI NON

Estimez vous que l'élaboration d'un volet de synthèse et son dépôt sur le DMP est aujourd'hui compatible avec votre pratique? si non pourquoi ?

BIBLIOGRAPHIE

❖ Textes législatifs.

- Arrêté du 23 juin 1970, « *Fiche spéciale prévue à l'article 16 du décret n°69-623 du 13 juin 1969 relatif à l'organisation des services médicaux du travail.* Publié au Journal Officiel le 12 septembre 1970.

- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Publiée au Journal Officiel le 19 janvier 1994.

- Décret n° 95-234 du 1er mars 1995 relatif au dossier de suivi médical et au carnet médical institué par l'article 77 de la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Publié au Journal Officiel le 4 mars 1995.

- Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. Publié au Journal Officiel le 8 Septembre 1995.

- Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maitrise médicalisée des dépenses de soins. Publiée au Journal Officiel le 25 avril 1996.

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Publiée au Journal Officiel le 5 mars 2002.

- Décret n°2002-637 du 29 Avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique. Publiée au Journal Officiel le 30 Avril 2002.

- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Publiée au Journal Officiel le 17 août 2004.

- Décret n°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

- Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Publié au Journal Officiel le 25 septembre 2011.

- Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Publiée au Journal Officiel le 30 décembre 2011.

❖ **Rapports.** (par ordre chronologique)

- Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, « *Conclusions sur Sesam-Vitale* », Décembre 1996.

- Dr FAROUDJA Jean-Marie (rapporteur), Drs CARTON Monique, BERNARD-CATINAT Maurice, LUCAS Jacques & RAULT Jean-François. *« Questions sur l'informatisation des dossiers médicaux, le partage et l'hébergement des données ».* Rapport de la Commission Nationale Permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 18 juin 2005.

- JEGOU Jean-Jacques (sénateur). « *L'informatisation dans le secteur de la santé : prendre enfin la mesure des enjeux. Rapport d'information, fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur l'informatisation dans le secteur de la santé.* » Sénat, Session ordinaire n°62 de 2005-2006. Annexe au procès verbal de la séance du 3 novembre 2005.

- DOOR Jean-Pierre, député, « *Rapport d'information par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le dossier médical personnel* ». n°659. 29 janvier 2008.

- SIMON Pierre & ACKER Dominique. « *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins* ». Pour Ministère de la Santé et des Sports, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. novembre 2008.

- Pr FIESCHI Marius, *« La gouvernance de l'interopérabilité sémantique est au cœur du développement des systèmes d'information en santé ».* Rapport à la ministre de la santé et des sports. 9 juin 2009

- HUBERT Elisabeth, « *Mission de concertation sur la médecine de proximité* », novembre 2010.

- Société GEMALTO. « *Etude de cas. Bilan du programme SESAM-Vitale. Une contribution significative au développement durable en France* ». Aout 2011.

- Avis du Conseil d'éthique et de déontologie, sur les messageries contenant des données personnelles de santé. Délibération du 4 mai 2012.

- ECKERT Christian, Député, rapporteur général, « *Rapport fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances pour 2013, n°235 _ Annexe n°42 : Santé* », 10 octobre 2012.

- **DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)**, « *RELIMS, Référencement des éditeurs de logiciels et des intégrateurs du monde de la santé* », Rapport sur les données contenues dans RELIMS au 12 Décembre 2012.

- **DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)**, « *Atlas 2013 des SIH* », Etat des lieux des systèmes d'information hospitaliers. Mai 2013.

- **ASIP Santé,** « *Etats des lieux des messageries de santé sécurisées en région* », 2eme édition, février 2014.

❖ Documents de Référence.

- **ANAES, Service Médecine Libérale.** « *La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations* ». Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Service Médecine Libérale. Edité par Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, Service Diffusion Communication. Septembre 1996.

- **ASIP Santé**, « *DMP1 – Hébergement. Cahier des Clauses Techniques Particulières* », Appel d'Offre n°2009-004, 9 octobre 2009.

- **ASIP Santé**, « *Programme : Déploiement du DMP en région* », cahier des charges 2011/1, juillet 2011.

- **ASIP Santé**, *« Dossier de spécifications fonctionnelles et techniques des interfaces externes d'accès au système de Messageries Sécurisées de Santé (MSSanté)* ». 6 mai 2013.

- **ASIP Santé / HAS**. *« Synthèse médicale. Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale.* » octobre 2013.

- **Assurance Maladie**, « *Nomenclature générale des actes professionnels restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005* ». 1er juillet 2014.

- **CNIL,** Délibération 85-43 du 15 octobre 1985, *Délibération portant avis sur deux projets d'arrêtés présentés par le e-ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale concernant l'expérimentation à Blois de cartes à mémoire individuelles de santé auprès des femmes enceintes et des enfants de 0 à 2 ans.*

- **HAS,** « *Synthèse médicale : quel contenu ? Analyse bibliographique réalisée entre décembre 2011 et février 2012* ». mai 2012.

- **MACARY François, ASIP Santé**, « *Interopérabilité des SI de santé : standards internationaux, profils IHE, référentiels de l'ASIP Santé.* ». Présentation Hopitech 2011, Session Technique Biomédicale, 13 octobre 2011

- **Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre**. « *Dossiers médicaux. Conservation. Archivage* ». mai 2009

- **SILBER Denise**. « *L'exemple inattendu des Vets. Comment ressusciter un système public de santé* ». Institut Montaigne. Juin 2007.

- **Société Française de Médecine Générale**, « *Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale* ». Documents de Recherches en Médecine Générale, n°58, décembre 2001.

- **Société Française de Médecine Générale**, « *Dictionnaire des résultats de consultation* ». n°66-70, juin 2010.

❖ **Articles / Revues.**

- **ASIP Santé, «** *L'interopérabilité : la clé de voûte de la e-santé.* » Diffusion web. Le mag numéro 7, 12 avril 2013.

- **ASIP Santé, «** *Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS).*». Référentiels d'Interopérabilité. Diffusion web. Référentiels, 8 décembre 2013.

- **BOURDILLON François**. « *Le dossier du patient* » EMC (Elsevier SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 7-1021. 2005

- **BRAMI Jean**, « *Le dossier médical en Angleterre – Un chantier gigantesque* ». Webzine de la HAS - EPP infos n°22 . 29 février 2008.

- **CHRZANOWSKI Pierre**, « *Le NHS abandonne son projet de système d'information centralisé, mais conserve le dossier médical numérique* »- http://www.ambafrance-uk.org Publication Ministère des affaires étrangères et du développement durable – ambassade de France au Royaume-Uni. 15 novembre 2010

- **CNIL**, « *La santé numérique à l'heure des choix. Les dossiers DMP/DP/Web-médecin : concurrence ou convergence ?* ». Diffusion web. Santé, Fiches pratiques.

- **FALCOFF H.**, « *Dossier médical en médecine générale* », La Revue du Praticien Médecine Générale n° 404, 17 décembre 1997, p 71-8

- **I-MED** « *Il y a 20 ans, la carte Santal à Saint Nazaire ...* ». 17 avril 2008. (http://www.i-med.fr/spip.php?article185)

- **I-MED** « Le projet de e-dossier patient du NHS dans la tourmente ». 1er juin 2008 (http://www.i-med.fr/spip.php?article205)

- **LE BORGNE Catherine**, " Projet *de loi de santé : c'est reparti pour le dossier médical personnel* ». in Egora.fr/sante-societe/e-sante-dmp. 15 octobre 2014.

- **LEMETTRE Jean-Michel**, « *Un service à valeur ajoutée médicale du DMP en projet à Amboise : le Volet Médical de Synthèse* ». in 'www.esante.gouv.fr/paroles-aux-regions.' 14 février 2012.

- **LESECHE Didier**, « *Le déploiement du DMP en région centre avant l'été 2013* », Techniques Hospitalières n°741, septembre-octobre 2013, p37-42

- **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, « *International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2)* », diffusion web.

- **WorldVista**, « *VistA History* », diffusion web (www.worldvista.org)

❖ **Divers.**

- **ASIP Santé**, communiqué de presse, « *Une nouvelle étape dans la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP)* », Paris, 18 février 2010.

- **ASIP Santé**, communiqué de presse, « *100e logiciel 'DMP-compatible' homologué en 2 ans, l'interopérabilité est devenue une réalité pour l'inforlatique de santé* », Paris, 14 novembre 2012.

- *Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.* Signée le 26 juillet 2011.

- **Department of Veterans Affairs**, « *VA Receives 2006 Innovations in Government Award* », communiqué de presse, 10 juillet 2006

- « *Stratégie e-santé* », Intervention de **Marisol Touraine**, ministre des affaires sociales et de la santé. Jeudi 28 mars 2013.

- Intervention de **Marisol Touraine**, ministre des affaires sociales et de la santé, Salon Hôpital Expo 2014. Mardi 20 Mai 2014.

❖ **Sites internet**

DMP : http://www.dmp.gouv.fr
Asip Santé : http://esante.gouv.fr

SIGNATURES

RESUME

Avec le développement du parcours de soin, l'essor des nouvelles technologies, de la télémédecine et l'évolution des droits du patient, les professionnels de santé ont du intégrer dans leur pratique de nouveaux moyens de communication et de partage de l'information pour une circulation plus fluide mais sécurisée de données médicales. A coté d'un outil d'échange d'information en temps réel que constitue la Messagerie Sécurisée de Santé, le dossier médical personnel, propriété du patient, est accessible, avec son accord, par les professionnels de santé le prenant en charge.

Dans le cadre de la réponse à un appel à projet de l'ASIP Santé pour le déploiement du DMP en Région , un groupe de médecins du bassin de santé d'Amboise a réalisé de juin 2012 à juin 2013 une expérimentation sur la faisabilité de la mise en partage d'un Volet de Synthèse Médical sur le DMP.

Une étude quantitative rétrospective a été réalisée à partir de questionnaires distribués aux expérimentateurs. Une formation leur a été proposée fin 2011 pour les sensibiliser à la structuration des données du dossier médical de leurs patients.

Sur les 36 médecins inclus, 27 ont accepté de répondre au questionnaire. En un an 1031 DMP ont été créés dont 783 (75,9%) contenant un Volet de synthèse médicale. L'étude ne permet pas de conclure si la formation a permis aux médecins de modifier leur pratique de structuration et de dépôt du VMS sur le DMP principalement à cause de biais représenté par les problèmes techniques rencontrés par les expérimentateurs.

Le partage d'un Volet de Synthèse Médical structuré sur le DMP est envisageable dans la pratique des médecins généralistes mais à plusieurs conditions : intégration du DMP en pratique courante, formation des professionnels de santé à la structuration, valorisation du temps passé à la structuration par les médecins, ergonomie des logiciels médicaux pour la structuration et le dépôt de volet de synthèse sur le DMP.

UNIVERSITÉ FRANÇOIS - RABELAIS TOURS

FACULTÉ DE MÉDECINE TOURS

Académie d'Orléans – Tours

Mme CAPAPE Céline épouse GAROU

Thèse n°2013-2014

107 pages – 10 tableaux – 2 graphiques – 11 illustrations

Résumé :

Avec le développement du parcours de soin, l'essor des nouvelles technologies, de la télémédecine et l'évolution des droits du patient, les professionnels de santé ont du intégrer dans leur pratique de nouveaux moyens de communication et de partage de l'information pour une circulation plus fluide mais sécurisée de données médicales. A coté d'un outil d'échange d'information en temps réel que constitue la Messagerie Sécurisée de Santé, le dossier médical personnel, propriété du patient, est accessible, avec son accord, par les professionnels de santé le prenant en charge.

Dans le cadre de la réponse à un appel à projet de l'ASIP Santé pour le déploiement du DMP en Région , un groupe de médecins du bassin de santé d'Amboise a réalisé de juin 2012 à juin 2013 une expérimentation sur la faisabilité de la mise en partage d'un Volet de Synthèse Médical sur le DMP.

Une étude quantitative rétrospective a été réalisée à partir de questionnaires distribués aux expérimentateurs. Une formation leur a été proposée fin 2011 pour les sensibiliser à la structuration des données du dossier médical de leurs patients.

Sur les 36 médecins inclus, 27 ont accepté de répondre au questionnaire. En un an 1031 DMP ont été créés dont 783 (75,9%) contenant un Volet de synthèse médicale. L'étude ne permet pas de conclure si la formation a permis aux médecins de modifier leur pratique de structuration et de dépôt du VMS sur le DMP principalement à cause de biais représenté par les problèmes techniques rencontrés par les expérimentateurs.

Le partage d'un Volet de Synthèse Médical structuré sur le DMP est envisageable dans la pratique des médecins généralistes mais à plusieurs conditions : intégration du DMP en pratique courante, formation des professionnels de santé à la structuration, valorisation du temps passé à la structuration par les médecins, ergonomie des logiciels médicaux pour la structuration et le dépôt de volet de synthèse sur le DMP.

Mots clés :

- Dossier médical
- DMP
- Volet de Synthèse Médicale
- Structuration
- Expérimentation Amboise

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Beutter Patrice

Membres : Monsieur le Professeur Lebeau Jean-Pierre

Monsieur le Professeur Rusch Emmanuel

Madame le Docteur Legras Annick

Monsieur le Docteur Giacomino Alain

Date de la soutenance : Le 25 novembre 2014