

Saisir les opportunités de lancement d'un grand chantier national

Cette note de synthèse résulte d'une table ronde sur le Dossier Médical Personnel, organisée le 26 mai 2010 par l'Alliance Université Entreprise de Grenoble (AUEG). Cette rencontre fait suite à l'année de travail du groupe « santé » de l'association. La qualité des interventions et la richesse des échanges nous ont incité à formaliser une partie des propos tenus. Supports et retranscriptions d'interventions sont en ligne sur www.aueg.org

L'objet de cette note est d'alerter les élus, décideurs du monde de la santé et de l'entreprise des opportunités actuelles en matière de financement de projets.

Cette synthèse n'est pas un travail exhaustif sur le Dossier Médical Personnel. Elle n'aborde pas les interrogations éthiques, juridiques et sociétales que la mise en œuvre du DMP pourrait soulever, et reste discrète sur les aspects technologiques.

Ce travail présente les notions et informations indispensables à la compréhension des enjeux liés au DMP. Il a pour but d'attirer l'attention du lecteur sur la pertinence de faire des rencontres, d'envisager des partenariats, voire de monter des projets pour être en phase avec les offres de financements liés à la politique nationale.

Les adresses et les contacts d'acteurs régionaux et nationaux sont mentionnés, et une bibliographie est fournie pour ceux qui souhaiteraient aller plus loin.

Bonne lecture !

Le Bureau de L'AUEG

Sommaire

DMP, pour Dossier Médical Personnel	page 2
Que faut-il entendre par « données de santé » ?	page 2
Pour quelles raisons faut-il mettre en œuvre le DMP ?	page 2
Contexte technologique/ Le DMP est une application d'e-santé	page 3
Contexte politique/ Principales étapes relatives au DMP	page 4
- Plan Hôpital 2012	page 5
- Agence des systèmes d'information partagés de Santé, ASIP Santé	page 5
- Agence Régionale de Santé, ARS	page 6
- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, ANAP	page 7
Qu'est-ce que l'interopérabilité ?	page 7
Le dossier pharmaceutique/ Premier dossier national de coordination des soins	page 8
Mise en œuvre du DMP/	
J-M Picard, conseiller médical auprès de la direction générale de l'Agence nationale des systèmes d'informations partagés de santé	page 9
La conclusion de J-M Picard	page 12
Bibliographie	page 12
Annexe : « <i>Système d'information de Santé en Rhône-Alpes</i> » par Philippe Castets	

DMP, pour Dossier Médical Personnel

Dossier électronique dédié à un patient, auquel il appartient, le DMP permet l'échange, le partage et le stockage de données de santé :

- Entre les professionnels de santé ;
- Entre les professionnels de santé et ce patient.

L'objectif est d'améliorer la sécurité, la coordination et la continuité des soins prodigués lors des prises en charge.

Que faut-il entendre par « données de santé » ?

Extrait de l'Art. 1111-7 du Code de la santé publique :

... « l'ensemble des informations concernant (l) a santé (du patient) détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées 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 de surveillance, correspondances entre professionnels de santé (...). »

Pour quelles raisons faut-il mettre en œuvre le DMP ?

Plusieurs facteurs sont à considérer :

- ➔ En intégrant les dernières avancées scientifiques et techniques –imagerie médicale, bio et nano technologies, etc.-, la médecine a fait de sérieux bonds en avant. Les médecins sont de plus en plus spécialisés... et le coût des interventions élevé.
- ➔ Le développement des maladies chroniques¹ est corrélé aux modes de vie², à l'allongement de la durée de l'existence et au vieillissement de la population. Le système de soins a initialement été conçu pour gérer des pathologies aiguës³. La nécessaire transition à effectuer dans les modes de prise en charge n'est pas évidente.
- ➔ La qualité et la relative souplesse du système de protection sociale floute le coût réel des médicaments et des soins pour la population. Les citoyens, mieux éduqués, n'hésitent pas à adopter une attitude consumériste : sollicitation et comparaison de divers avis médicaux, multiplication des examens d'appui aux diagnostics. Chez certains émergent même une philosophie de l'indemnisation, où l'on cherche à obtenir réparation auprès de l'Etat ou du corps médical des risques de la vie ou des aléas thérapeutiques.
- ➔ La relation patient/soignant en est complètement transformée. Le patient se donne les moyens d'être informé et demande à échanger sur les choix thérapeutiques qui le concernent. La législation s'est mise au diapason, avec, notamment, l'établissement

¹ Qui dure longtemps et se développe lentement

² Sédentarité, alimentation, environnement...

³ A apparition brusque et à évolution rapide

du droit des malades en 2002⁴. La montée en puissance des associations d'usagers de la santé révèle également l'ampleur du mouvement.

Parmi les conséquences :

- ➔ Il est difficile pour un praticien d'avoir une visibilité globale du parcours récent de son patient, avec tous les risques iatrogènes⁵ que cela entraîne pour ce dernier ;
- ➔ Les dépenses publiques de santé explosent et le système de soins est au bord de l'apoplexie.

L'objectif du DMP est de répondre au besoin de recueillir et de centraliser les informations relatives au parcours médical du patient, ceci dans son propre intérêt. Il s'agit de « *favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins*⁶ ».

Contexte technologique/ Le DMP est une application d'e-santé

Qu'est-ce que la télésanté, ou l'e-santé ? Grâce aux réseaux de télécommunications – téléphone, lignes spécialisées, satellites-, les professionnels de santé peuvent échanger des informations, effectuer des consultations et interpréter des images à distance. Plus précisément, la dématérialisation et le transfert de données de santé via internet, possibles grâce au développement des Technologies de l'information et de la communication (TIC), constituent ce que l'on appelle un **système d'information de santé**⁷. L'utilisation de la Carte Vitale est, par exemple, possible grâce au fonctionnement d'un système d'information de santé.

La télésanté comprend différentes notions. L'une d'elles est la télé médecine. Selon l'Ordre des médecins⁸ : « *la télé médecine est une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et/ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale.* »

Quatre actes principaux sont à distinguer :

- La téléconsultation, en présence du patient ;
- La télé-expertise, lorsque plusieurs médecins consultent un dossier médical en l'absence du patient ;
- La télésurveillance, quand des indicateurs de maladie chronique sont recueillis à domicile et transmis pour interprétation à un médecin ;
- La téléassistance, qui peut être un acte médical ou un acte de soins.

Un autre exemple d'application de télésanté est le Dossier Médical Personnel⁹. L'e-santé¹⁰ est appelée à se développer dans le système de santé français.

⁴ Loi Kouchner du 4 mars 2002

⁵ Provoqué par le médecin ou le traitement médical

⁶ Art. L. 1111-14 du Code de la santé publique

⁷ « *Les technologies de radio-identification (RFID) : enjeux industriels et questions sociétales* », 2005, La documentation française.

⁸ « *Livre blanc sur la télé médecine* », Conseil national de l'Ordre des médecins, janvier 2009.

⁹ « *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins* », Marius Fieschi, 2003.

¹⁰ « *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être – Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France* ». Pierre Lasborde, 2009. La documentation française.

Les acteurs à contacter

- L'ASIP Santé, Agence des systèmes d'information partagés de Santé.
www.esante.gouv.fr
- Le CATEL, Club des acteurs de la télémédecine, organise notamment une journée annuelle de télésanté en visioconférence multi-sites en France et en francophonie.
www.portailtelesante.org
- ASTRH@ est l'association de télémédecine de la région Rhône-Alpes.
Président : Michel Amiel, tél. 06 33 25 06 69
www.astrha.org

Les événements à suivre

- Salon HIT, Health Information Technologies, Technologies de l'Information et Santé
www.health-it.fr
- Salon Hôpital Expo-Intermedica, salon leader des technologies et services de santé
www.hopitalexpo.com

Contexte politique/ Principales étapes relatives au DMP

- 1975** Le médecin est déontologiquement obligé de tenir un dossier médical pour chaque patient¹¹.
- 1993** Le contenu de ce dossier médical est clairement défini pour les établissements de santé publics et privés¹².
- 2002** Le droit du patient à disposer de la totalité de son dossier médical est instauré, y compris dans le secteur libéral¹³.
- 2003** Rapport Fieschi, « *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins* ».
- 2004** Le DMP est rendu obligatoire pour chaque patient, en vue d'une amélioration de la qualité des soins et d'une meilleure maîtrise de leurs coûts¹⁴. Le lancement du dispositif est prévu pour 2007.
- 2005** Un Groupement d'Intérêt Public composé de l'Etat, de la Caisse des dépôts et consignations et de l'assurance-maladie pilote sa mise en place. Il est désigné par le GIP DMP.
- 2006** Les expérimentations commencent dans plusieurs régions, dont Rhône-Alpes.
- 2007** Un appel à projet est lancé, puis interrompu. Une mission intra-gouvernementale en examine les raisons : l'environnement n'est pas prêt à une bonne mise en œuvre du DMP. Les systèmes d'information en place ne communiquent pas entre eux, l'organisation des soins est cloisonnée, le développement des systèmes d'information de production de soins à l'hôpital est insuffisant, l'offre industrielle est hétérogène et la gouvernance trop dispersée.
- 2007** Le Plan Hôpital 2012 contribue à réformer l'offre hospitalière.

¹¹ Art. 38 à 44 du Code de déontologie médicale

¹² Art. 710 2,1 du Code de la santé publique

¹³ Loi du 4 mars 2002

¹⁴ Loi du 13 août 2004

Hôpital 2012

Lancé en 2007, ce plan de financement national a pour vocation de contribuer à la restructuration des établissements hospitaliers publics et privés. Les projets sélectionnés privilégient la rénovation de bâtiments, les recompositions hospitalières, les regroupements de plateaux techniques, les partenariats entre public et privé et l'informatisation des processus de soins.

La politique annoncée est de concentrer dans les grands établissements les services nécessitant une haute technologie (chirurgie, maternité...). Les hôpitaux de proximité sont appelés, eux, à se convertir en services d'urgence, de soins courants et de soins de suite. Le dispositif vise à rationaliser les coûts, renforcer la sécurité lors des opérations et permettre l'accès à des lits de moyen séjour, notamment pour la population âgée. Une attention particulière est donnée aux projets réduisant la fracture numérique sur le plan sanitaire et médico-social (15% du budget).

Une enveloppe totale de 5 milliards d'euros est prévue pour la période 2007-2012. En 2010, quelques 239 millions d'euros ont déjà été alloués en région Rhône-Alpes.

<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/sante/liste>

<http://www.hospimedia.fr>

2008 Rapport de relance de Michel Gagneux, commandé par le ministère de la santé, « *Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé.* »

2009 Douze propositions de Michel Gagneux, « *Refonder la gouvernance de la politique d'informatisation du système de santé* ».

2009 Création de l'ASIP Santé, **Agence des systèmes d'information partagés en santé**. Relance des expériences régionales et réorientation des autres projets en cohérence avec le programme de relance.

L'ASIP Santé

Créée le 16 juillet 2009, cette agence d'état fait suite au GIP DMP. Son existence résulte de la volonté du gouvernement de renforcer la maîtrise d'ouvrage publique des Systèmes d'information de santé (SIS).

Les missions et le champ d'action de l'ASIP Santé ont été élargis par rapport au GIP DMP, de manière à pouvoir produire la série de prérequis indispensables à la mise en place du dossier médical personnel :

- Réalisation et déploiement du DMP ; maîtrise d'ouvrage de l'hébergement du DMP ;
- Définition, promotion et homologation de référentiels d'interopérabilité, de sécurité et d'usage des systèmes d'information de santé et de la télésanté – *l'ASIP émet l'avis préalable auquel sont soumis les référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre de la santé* – ;
- Maîtrise d'ouvrage et gestion des annuaires et référentiels nationaux regroupant les identités et informations associées relatives aux professionnels, établissements de santé et établissements du secteur médico-social – *l'ASIP assure les fonctions d'autorité administrative et d'autorité de certification du répertoire partagé des professionnels de santé « RPPS »* – ;

- Certification, production, gestion et déploiement de la Carte Professionnelle de Santé « CPS » et des certificats électroniques utilisés par les établissements de santé, permettant aux professionnels de santé de faire reconnaître, dans les conditions de sécurité et de confidentialité requises, leur identité et leurs qualifications par les systèmes d'information et d'échanges électroniques qu'ils utilisent ;
- Accompagnement et encadrement des initiatives publiques et privées concourant à son objet ; attribution de financements¹⁵ visant à favoriser :
 - o la réalisation, le déploiement et l'usage du DMP,
 - o la convergence, l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information de santé,
 - o la participation à ces systèmes des professionnels de santé, des établissements, réseaux, services de santé, établissements et services médico-sociaux,
 - o la mise en place de capacités de maîtrises d'ouvrage dans les régions,
 - o le développement de la télémédecine et de la télésanté.
- Participation à la préparation et à l'application des accords ou projets internationaux dans le domaine des systèmes de partage et d'échange de l'information de santé, à la demande du ministre ou des ministres compétents.

www.esante.gouv.fr

2009 La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST). Cette loi définit la télémédecine, inscrit le DMP dans le Code de la santé publique et créé les ARS. Elle crée également l'ANAP.

2010 A l'occasion du Salon HIT en mai 2010, l'ASIP et l'ANAP ont signé une convention de partenariat.

L'Agence Régionale de Santé

L'ARS¹⁶ regroupe les anciennes Agence régionale de l'Hospitalisation (ARH), la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Elle remplace l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et la branche santé de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). Enfin, elle reprend également la mission du Groupement régional de santé publique (GRSP). Chargée de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé dans le respect des objectifs nationaux, l'ARS vise à répondre avec efficacité aux besoins de la population du territoire¹⁷.

Ayant un statut d'établissement public, elle est dirigée par un Directeur Général nommé en Conseil des ministres. En Rhône-Alpes, il s'agit de Denis Morin. L'ARS est dotée d'un conseil de surveillance, organe d'orientation et de suivi, et s'appuie chaque année sur une Conférence régionale de santé, instance de démocratie sanitaire.

ARS Rhône-Alpes

Chargé de mission système d'information : Pierre.leroux@ars.sante.gouv.fr

Tél. 04 27 86 56 20 – 06 12 07 27 07

¹⁵ Dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé

¹⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST)

¹⁷ « La création des agences régionales de santé », Philippe Ritter, 2008, La Documentation Française

L'ANAP

Depuis 2009, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) rassemble :

- La Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) ;
- La Mission nationale d'expertises et d'audits hospitaliers (MEAH) ;
- Le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH).

L'une des missions de l'ANAP¹⁸ consiste à accompagner les porteurs de projets développant des systèmes d'information « production de soins », dans le cadre du plan Hôpital 2012. Ces systèmes d'information ont pour but d'offrir un espace d'échanges sécurisé aux professionnels de santé, et, à terme, de venir alimenter le DMP.

Au-delà du simple accompagnement, l'ANAP veille à maintenir une dynamique d'amélioration continue sur le territoire. En lien avec les porteurs de projets, les ARS et l'ASIP Santé, elle organise deux à trois fois par an des journées nationales et des « revues régionales de projets », lieux de partages de pratiques, témoignages et retours d'expériences.

Les 262 projets de la première tranche du plan Hôpital 2012 sont concernés par ce dispositif. Au total, 400 structures bénéficient de l'accompagnement Hôpital 2012.

Contact : marie-noelle.billebot@anap.fr

tél. 01 57 27 11 46

www.anap.fr

Qu'est-ce que l'interopérabilité ?

Prenez un réseau de santé régional en diabétologie ; un dispensaire de quartier et un hôpital mère-enfant, tous basés dans la même agglomération. Chacun a développé son propre système d'information pour optimiser le suivi des patients et les échanges entre professionnels de santé. Il est probable que ces trois systèmes ne soient pas compatibles. Un enfant diabétique vient d'être hospitalisé d'urgence. Son généraliste, au dispensaire, ne peut pas transférer directement ses données de santé à l'hôpital mère-enfant où il est pris en charge, ni au réseau de santé qui va s'en occuper par la suite. L'enjeu est de faire en sorte que ces trois systèmes deviennent compatibles, de manière à améliorer la continuité et la qualité dans la prise en charge de cet enfant.

L'interopérabilité est la capacité de systèmes d'information hétérogènes à échanger et à mettre à disposition de l'utilisateur des informations directement exploitables. Elle vise à rendre la communication compréhensible et indépendante des canaux utilisés¹⁹. Elle est stratégique dans l'amélioration du système de santé, et indispensable dans la mise en œuvre du DMP.

Pour y parvenir, le respect de normes et de standards partagés est nécessaire. L'interopérabilité des systèmes d'information en santé est à assurer à différents niveaux : technique, informatique, sécurité et sémantique²⁰.

¹⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST)

¹⁹ « *La gouvernance de l'interopérabilité sémantique est au cœur des systèmes d'information en santé* », Marius Fieschi, 2009, La documentation Française.

²⁰ Choix de référentiels utilisés

Le dossier pharmaceutique/ Premier dossier national de coordination des soins

Voici un exemple d'interopérabilité réussi ! Mis en œuvre par les pharmaciens d'officine²¹, le Dossier Pharmaceutique (DP) a pour but de sécuriser la dispensation²² des médicaments au profit de la santé des patients.

Ce dossier électronique recense l'ensemble des médicaments délivrés au cours des 4 derniers mois pour un même patient. La liste des médicaments prescrits par un médecin ou un pharmacien, remboursables ou non, est ainsi accessible depuis toute officine reliée au dispositif.

Les objectifs du dossier pharmaceutique sont :

- De repérer les risques d'interactions médicamenteuses dangereux et les redondances de traitements, responsables de près de 150 000 hospitalisations par an en France ;
- De faciliter la traçabilité des médicaments, essentielle pour permettre le retrait rapide d'un produit (2 à 7 médicaments chaque année) ;
- De relayer rapidement les alertes sanitaires lancées par les pouvoirs publics.

Les risques iatrogènes

L'iatrogénèse médicamenteuse désigne les effets indésirables d'un médicament. Dus au produit lui-même, à son association avec un ou plusieurs autres médicaments, à une intolérance du patient ou à une erreur de prise... Ces effets peuvent être graves : réactions dermatologiques, vomissements, malaises, hémorragies, insuffisances rénales, etc.

Le médecin à l'origine de la prescription n'a pas toujours connaissance de tous les médicaments que prend le patient, ni des effets de leurs interactions. Les personnes âgées, qui consomment souvent plusieurs médicaments pour des pathologies différentes, sont les plus exposées aux risques iatrogènes. Cette question de santé publique est d'envergure.

Le consentement du patient se matérialise d'abord par la signature de l'attestation de création du dossier pharmaceutique délivrée par le pharmacien. Puis, pour chaque nouvelle opération, la Carte Vitale du patient et la Carte Professionnel de Santé du pharmacien sont nécessaires. Le dossier pharmaceutique comporte l'appellation des médicaments, le nombre de boîtes et leurs dates de délivrance. Les noms du prescripteur, du pharmacien, les prix de vente et l'adresse de l'officine ne sont pas mentionnés. Le patient est libre de refuser l'inscription de certains médicaments, de demander une copie de son dossier ou de le faire supprimer à tout moment. Les Caisses primaires d'assurance maladie et le médecin traitant n'ont pas accès au dossier pharmaceutique, à moins que le patient ne transmette de lui-même une copie. Il n'y a pas non plus d'interférence entre l'existence de ce dossier, les droits au remboursement et la procédure du tiers-payant. Les pharmaciens sont, de plus, soumis au secret professionnel²³.

²¹ Couramment appelés pharmaciens, à distinguer des pharmaciens hospitaliers. L'opérateur est concrètement le Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens, CNOP.

²² Délivrance

²³ « *Le Dossier Pharmaceutique, un outil professionnel de santé publique* », J. Calop, 2010, les publications de l'AUEG.

Testée de prime abord dans 6 départements en 2007, l'utilisation du dossier pharmaceutique a été étendue au territoire national l'année suivante avec l'autorisation de la CNIL²⁴. Fin 2008, un décret « DP » est paru après avis favorable du Conseil d'Etat. A ce jour²⁵, 72% des officines sont reliées.

Dès que le DMP sera opérationnel, le dossier pharmaceutique viendra l'alimenter dans son volet « médicaments ».

Mise en œuvre du DMP / Dr Jean-Marie Picard, conseiller médical auprès de la direction générale de l'Agence nationale des systèmes d'informations partagés de santé

L'ASIP Santé est l'opérateur du Ministère de la Santé et des Sports en matière de systèmes d'information partagés de santé. Le Dr Picard précise ici les dernières dispositions législatives et présente l'échéancier relatif au lancement du DMP.

1. Evolution du cadre juridique

- ✓ Le DMP n'est pas appelé à remplacer le logiciel métier du professionnel de santé libéral ou hospitalier : l'objectif recherché est au contraire d'intégrer le DMP dans ledit logiciel.
- ✓ L'ASIP Santé regroupe les missions du GIP DMP, du GIP Carte Professionnel de Santé et la part interopérabilité du Groupement de modernisation des systèmes d'information hospitalier. Les Lois de Financement de la Sécurité Sociale 2009 et 2010 mentionnent son financement.
- ✓ La loi du 21 juil. 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) donne un cadre institutionnel aux systèmes d'information partagés de santé et définit leur financement par l'ASIP Santé :
 - L'agence est chargée de définir, de promouvoir et d'homologuer les référentiels d'interopérabilité et de sécurité des systèmes d'information de santé et de la télésanté.
 - Il y a une possibilité d'opposabilité de ces référentiels par arrêté ministériel après avis de l'ASIP Santé. Cela donne le temps et la visibilité nécessaires aux industriels pour s'investir dans la réalisation de cette interopérabilité.
 - L'agence délivre également les homologations des certificats logiciels utilisés par les établissements de santé.
 - Le droit du patient est renforcé : la loi supprime la sanction du moindre remboursement si le patient refuse d'avoir un DMP.
 - Créé dans le cadre de la loi du 13 août 2004, loi de réforme de l'Assurance-Maladie, le DMP et les systèmes d'information partagés de santé sont transposés dans la loi HPST, au Code de la santé publique.
 - La télémédecine est redéfinie comme une pratique médicale, faite à distance, utilisant les technologies de l'information et de la communication (TIC). Un décret, approuvé par le conseil d'état et la CNIL, est prévu pour les actes et leur mise en œuvre.

²⁴ Commission nationale informatique et liberté, www.cnil.fr

²⁵ Chiffres du 1^{er} sept. 2010. Suivre l'évolution sur www.ordre.pharmacien.fr

- L'arrêté du 8 sept. 2009 approuve la convention constitutive de l'ASIP Santé, avec, en son sein, l'existence d'un conseil d'éthique et de déontologie présidé par Jacques Lucas, vice-président du Conseil national de l'Ordre des Médecins et vice-présidé par Christian Saout, président du Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS).
- L'arrêté du 9 déc. 2009 intègre le GIP Carte professionnel de santé au sein de l'ASIP Santé et précise les financements des systèmes d'information partagés de santé.

2. Etat d'avancement du DMP

Prévu en déc. 2010, le lancement opérationnel du DMP est possible grâce à la mise en production d'infrastructures et de référentiels :

- Le système d'information national DMP 1 hébergera les données partagées de santé. Suite à un appel d'offre lancé en oct. 2009, le prestataire a été notifié le 10 mars 2010 : il s'agit des groupes Santéos, Atos Wordline et Extelia-La Poste. En juin 2010, le consortium²⁶ a transmis les spécifications fonctionnelles détaillées aux éditeurs de logiciels. Le DMP 1 sera prêt en déc. 2010.
- Un système d'information « portail de diffusion d'information » sera finalisé pour la même date.
- Un système d'information de pilotage sera terminé en fév. 2011.
- Le système support utilisateur sera, lui, prêt en nov. 2010.

Le partenariat avec l'industrie se porte bien

200 industriels, comprenant le prestataire notifié pour l'hébergement et des éditeurs de logiciels, ont été réunis le 9 avril, le 23 juin et le 22 sept. 2010. Une feuille de route a été fixée pour travailler sur l'identifiant national de santé, le dossier de demande d'agrément pour l'hébergement des données de santé à caractère personnel et le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information partagés de santé.

L'espace de confiance

L'espace de confiance désigne tout ce qui concerne l'identification, l'authentification et la signature. C'est également ce qui concerne l'intégrité d'un document ou d'un flux numérique, et notamment le chiffrement. Enfin, c'est surtout l'identifiant national de santé, INS C²⁷, décidé par la loi du 30 janv. 2007. Ses principes et son algorithme ont été définis en juil. 2009 ; sa version est disponible depuis le 4 nov. 2009 et ses process d'évaluation depuis juin 2010. L'identifiant national de santé est calculé à partir de certains traits d'identité de la Carte Vitale du patient, le prénom, le NIR²⁸ et la date de naissance. Cet INS pourra être ajouté aux données du dossier du patient.

Instruction des demandes d'agrément d'hébergeurs

Un protocole de demande d'agrément pour les hébergeurs existe depuis juin 2009. Une vingtaine d'industriels ont présenté une demande. L'hébergeur agréé pour conserver des données de santé est astreint au recueil préalable du consentement du patient.

Carte professionnel de santé

La Carte professionnel de santé n'est pas encore largement diffusée dans les établissements de santé. En l'attente, c'est un certificat électronique qui permet l'authentification des professionnels de santé, sous la responsabilité du directeur d'établissement. Un groupe de travail réunissant les Directeurs de systèmes d'information de CHU se rencontre les 11 mars, 18 mai, 16 juin, 7 juil. et 5 oct. 2010.

²⁶ Groupement d'entreprises constitué pour la réalisation d'une opération financière ou économique.

²⁷ C comme Calculé

²⁸ Numéro Identifiant au Répertoire, comme le numéro de sécurité sociale

Le cadre d'interopérabilité

Pour que les professionnels de santé impliqués dans la coordination des soins puissent communiquer, il est important que les industriels²⁹ mettent en œuvre les standards techniques, informatiques et de sécurité spécifiés dans le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé produit et publié par l'ASIP Santé.

Ce cadre d'interopérabilité spécifie les standards à utiliser dans les échanges et le partage des données de santé entre les systèmes d'information de santé. Encadrant la mise en œuvre de ces standards par des spécifications d'implémentation, il comporte trois groupes :

« Contenu » -> pour l'interopérabilité sémantique (terminologies médicales utilisées dans les documents médicaux échangés ou partagés) et l'interopérabilité syntactique (format ou structuration des documents médicaux échangés ou partagés).

« Services » -> de partage, d'échange, de gestion de dossiers.

« Transport » (synchrone ou asynchrone)

3. Le déploiement

Convergence et migration des dossiers régionaux

Cinq régions se sont fortement impliquées dans le développement de dossiers régionaux au cours des dernières années : Rhône-Alpes³⁰, la Franche-Comté, l'Aquitaine, la Picardie et l'Alsace. Leurs représentants, les éditeurs de logiciels et l'ASIP Santé s'attachent au travers d'un groupe de travail à faire migrer les dossiers régionaux existants vers le DMP. La mise en conformité porte, d'une part, sur l'identifiant national de santé et, d'autre part, sur le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information partagés de santé.

L'arrêté du 9 déc. 2009 fixe les modalités d'attribution par l'ASIP Santé des financements favorisant le développement des systèmes d'information partagés de santé.

- Les financements attribués par l'ASIP Santé peuvent concerner des projets de portée nationale, régionale ou locale.
- Ils peuvent bénéficier à des maîtres d'ouvrage publics ou privés.
- Ils nécessitent l'établissement préalable d'une convention entre l'ASIP Santé et le maître d'ouvrage.

Plan Bureautique Santé

L'ASIP Santé lance un appel à projet en 2010 pour aller dans le sens de cette convergence des dossiers régionaux. La moitié des établissements de santé français ne produisent pas de comptes-rendus d'hospitalisation informatisés. Avant d'envisager de pouvoir, France entière, mettre en place et en œuvre le partage, il est important que l'ensemble des établissements aient au moins en production les comptes-rendus d'hospitalisation.

Plan Emergence

Il y a des régions où les maîtrises d'ouvrage sont faibles, voire inexistantes. Avec ce plan, l'ASIP Santé apporte le financement nécessaire à la constitution de ces maîtrises d'ouvrage, afin d'avoir une égalité d'accès aux soins et à ce type de dossier DMP dans la France entière.

²⁹ Hébergeurs de données de santé, intégrateurs, éditeurs de logiciels des professionnels de santé

³⁰ « *Système d'Information de Santé en Rhône-Alpes, SIS-RA* », P. Castets, Les publications de l'AUEG, mai 2010. Voir aussi www.sante-re.fr

Projet LERUDI

Prototypage d'outil de « Lecture rapide en Urgence du Dossier Informatisé du patient »

Les urgentistes des CHU de Rouen, d'Amiens et de Lille, avec le concours des responsables de SAMU-Urgence de France, sont complètement impliqués dans ce projet. Après avoir participé à l'élaboration de l'ontologie de la médecine d'urgence, ils participent à la mise au point de l'outil permettant la lecture automatisée du dossier informatisé du patient dans un délai aussi bref que possible (< 1 mn), afin d'être compatible avec la prise en charge téléphonique des appels d'urgence régulés par les SAMU-Centre 15.

La conclusion du Docteur J-M Picard

« L'ASIP Santé sera en mesure de créer les premiers DMP, fin 2010. Le DMP se déploiera, non par obligation légale, mais par la qualité des services qu'il proposera et la valeur ajoutée qu'il apportera aux professionnels de santé, en termes de coordination et de qualité des soins, au service des patients. »

Conception/rédaction : laure@surmesureconsulting.org
tel. 04 78 72 05 26, www.surmesureconsulting.org

Bibliographie

Sur www.aueg.org, diaporama des interventions de la table-ronde du 26 mai 2010 sur le DMP (P. Thorel, M. Giroud, P. Fortuit, O. Roux) et synthèse des interventions de :

- Corinne Daver, avocat spécialisée en droit de la santé, cabinet FIDAL ;
- Christian Saout, Président du CISS, Collectif inter-associatif sur la santé.

Voir aussi les publications de l'AUEG :

- *Le dossier pharmaceutique*, Jean Calop, mars 2010.
- *Les nouveaux visages d'internet*, David Excoffier, mars 2010.

Sur www.ladocumentationfrancaise.fr

Refonder la gouvernance de la politique d'informatisation du système de santé, M. Gagneux, 2009.

Les systèmes d'information pour la santé publique, Haut conseil de la santé publique, 2009.

La gouvernance de l'interopérabilité sémantique est au cœur du développement des systèmes d'information en santé, rapport de M. Fieschi, juin 2009.

Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé, M. Gagneux, 2008.

Ethique et recherche biomédicale, rapport 2008, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

Rapport d'information sur le DMP, n° 659, Assemblée nationale, janv. 2008

Plan de développement de l'économie numérique, Eric Besson, 2008.

Le dossier médical personnel, adsp, mars 2007.

Les technologies de radio-identification (RFID) : enjeux industriels et questions sociétales, F. Roure, 2005.

L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques, rapport C. Babusiaux, 2003.

Et aussi *Le dossier médical personnel : quels enjeux et quel avenir ?* Mémoire d'Alexandre Gramfort et Cécile Malinaud, 2006, Corps des Télécoms, www.unaf.fr