


[Plan du site](#)

12 / 05 / 2008

TOP 10 : articles les plus lus :

25 février 2005 :

[LiveBox et réseau mixte \(Ethernet et Wifi\)](#)

119494 visites

3 avril 2005 :

[LiveBox : Enlever la couche "sécurité" du réseau sans fil](#)

33442 visites

1er juin 2005 :

[Comment sécuriser le Wifi médical ?](#)

24831 visites

16 juillet 2004 :

[Prise RJ45 et câble réseau](#)

23305 visites

21 avril 2005 :

[LiveBox : Jouer à Warcraft 3 : the frozen throne](#)

23013 visites

19 février 2005 :

[Banc d'essai des lecteurs Sesam-Vitale de bureau 3.0](#)

20868 visites

5 décembre 2007 :

[Après le pifomètre, le GIP DMP publie enfin](#)

[Technique](#)
[Sesam-Vitale](#)
[Logiciels médicaux](#)
[Fulmédico](#)
[e-santé](#)
[e-outils](#)
[DMP](#)
[Accueil >> DMP >> Mélodie en sous-sol pour le DMP](#)

Deuxièmes rencontres parlementaires consacrées au dossier médical personnel du 23 mai 2006

Mélodie en sous-sol pour le DMP

mardi 23 mai 2006.

Le ciel était bien bas, hier, dans l'un des sous sols de l'Assemblée Nationale, pour les rencontres parlementaires consacrées au dossier médical personnel (DMP) instauré par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie.

Voici le message que j'adresse à mes confrères ophtalmologistes sur notre liste de discussion car, contrairement à vous, bien peu sont informés.

Plusieurs députés étaient présents dont :

- ▶ Jean-Marie Le Guen (PS), président de cette journée,
- ▶ Jean Dionis du Séjour (UDF),
- ▶ Pierre-Louis Fagniez (UMP),
- ▶ Claude Evin (PS) entre autres ainsi qu'au moins un sénateur.

Tous les grands acteurs du DMP étaient là aussi :

- ▶ Dominique Coudreau, président du GIP-DMP (organisme qui met en œuvre le DMP) ;
- ▶ Alain Coulomb, directeur de la Haute autorité de Santé (HAS),
- ▶ Jeanne Bossi, chef de la division des affaires publiques et sociales de la CNIL,
- ▶ Jean Castex, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé, etc.

Le clou du spectacle est venu de Xavier Bertrand. Le ministre de la santé a fait un discours parfait, ultra démagogique disant que tout allait bien. Il a rappelé que le DMP devait être un plus pour les patients mais aussi pour les professionnels de santé. Il doit principalement servir à éviter les problèmes de iatrogénicité et de redondance des examens. L'objectif, pour commencer les essais dans plusieurs régions de France sera tenu et ceci va participer au progrès que représente ce dmp pour la communication des différents mondes de la santé entre eux. La généralisation du DMP à toute la France se fera en 2007 grâce à l'apparition de Sesam Vitale 2 qui arrivera à la fin de l'année. Je vous épargne la suite mais tout est fait pour que tout le monde soit content...

Tout autre discours de la plupart des intervenants.

Christian Saout, président de AIDES, en tant que représentant d'une association de patients, s'en est pris violemment aux médecins : nous sommes imbus de nous-même, nous sommes particulièrement avides et pas du tout ouverts au dialogue.

Le représentant de l'UFC-Que choisir s'est contenté de dire que les médecins étaient contre les économies de santé, et donc contre le DMP, car elles représentaient un manque à gagner pour la profession.

Mélodie en sous-sol pour le DMP

Actualité

■ [André Loth chef de la MISS](#)

■ [DMP et élections présidentielles](#)

■ [DMP : Le médecin nu devant le patient masqué](#)

■ [La malédiction du Dossier Médical Personnel](#)

■ [Des réponses de Jacques Sauret sur le DMP](#)

■ [Un amuse-gueule, le didacticiel DMP](#)

■ [Remarques de Jean-Pierre Lierville sur les propos tenus par Jacques SAURET.](#)

■ [Où va le DMP ?](#)

Discussions sur le DMP

■ [Les patients parlent du DMP](#)

■ [Dossier Médical Personnel et décision partagée ?](#)

■ [L'opposabilité du DMP, une véritable épée de Damoclès sur les médecins](#)

[son premier baromètre.](#)

15123 visites

16 août 2004 :

[Amortissement d'un ordinateur ou d'un logiciel](#)

14844 visites

5 avril 2005 :

[LiveBox : Configurer le firewall de Windows XP SP2 pour les dossiers partagés](#)

14691 visites

24 avril 2005 :

[Windows XP : Le partage ne marche toujours pas ?](#)

14001 visites

Le patient, au sein du DMP qui devrait lui appartenir même si ce point reste assez flou, va avoir le **droit de masquer ce que bon lui semblera. Il n'y a plus à discuter là-dessus, la décision est prise.** Il y a un droit à l'oubli et à la rectification des données informatiques. Les représentants institutionnels des médecins ont donné leur accord. Ce sujet a d'ailleurs eu le don d'énervé le député Jean-Marie Le Guen, lui même ancien médecin (!), qui semble estimer que les antécédents d'un malade ne servent à rien, que vouloir tout savoir d'un patient, c'est vouloir exercer un contrôle sur lui. La médecine est faite de doutes et cela doit rester ainsi. Actuellement, à l'interrogatoire, le malade peut cacher ce qu'il veut au médecin, ce serait une régression qu'il en soit autrement avec le DMP.

Alors même que l'on nous dit que le DMP doit servir à améliorer la qualité des soins, à éviter les événements indésirables graves et que l'on condamne les médecins pour défaut de leur devoir d'information, on laisse au patient la liberté d'induire en erreur le praticien qui le prend en charge. Plus amusant, le patient devrait pouvoir donner des droits différents (masquer plus ou moins) aux différents professionnels de santé : il pourra en montrer plus à l'opticien qu'à son ophtalmologiste si je caricature !

Impossible de résumer l'ensemble de la journée, ici, mais de très nombreux thèmes ont été abordés. La formation des médecins au DMP, l'informatisation et l'ADSL obligatoires dans tous les cabinets, la nécessité de rémunérer ou non les aides médecins pour le temps passé, etc. etc.

Le seul représentant des médecins à la tribune, le docteur Jean Brouchet, président de la section exercice professionnel du conseil national de l'Ordre, a été consternant. Il n'a aucunement pris la défense des médecins, il nous a même dévalorisés. Le seul message qu'il a fait passer : les médecins sont impatients d'avoir le DMP quelqu'en soit le prix.

Tout ce que je viens de vous expliquer ne doit pas vous avoir surpris car, pour tout cet aréopage, les organisations institutionnelles qui nous représentent (syndicats verticaux, conseil de l'Ordre, etc.), nous informent régulièrement sur le sujet. Ils nous demandent même notre avis avant d'engager la profession toute entière. Je devais être absent ce jour là :-)

Le DMP va voir le jour, c'est une évidence. Il va être imposé aux médecins, c'est une autre évidence. Est-il créé dans l'intérêt du patient ? Ce n'est pas évident en l'état actuel . Dans l'intérêt du médecin ? Pas actuellement !

Les essais doivent commencer en juin (oui, oui) alors même que des points de détail ne sont pas réglés : opposabilité du dossier et tous les aspects juridiques annexes par exemple.

Sur le site du dmp (www.d-m-p.org), il est indiqué que l'étude juridique brillamment réalisée par Maître Anahoury pour le compte du GIP n'engage qu'elle :-)

- Vous trouverez ci-après l'étude juridique de Maître Anahoury sur la responsabilité médicale commandée par le GIP-DMP. Cette étude n'engage que Maître Anahoury. Cliquez [ici](#)

Autres éléments croustillants :

- Dominique Coudreau qui fait un lapsus en parlant du GIP comme d'un Groupement d'Intérêt "*Personnel*" ;
- Christian Saout qui fait remarquer que la valse des directeurs du GIP ne donne pas confiance ;
- Olivier Hesse (RSS Compugroup), le représentant du consortium incluant Microsoft qui déplore de ne pas être à la tribune, ayant refusé de payer les 30 000 € exigés pour ce faire...

Cerise sur le gâteau : qui va assurer la hot-line du DMP ?

Des agents des CPAM !

« *Ne quittez pas, nous allons prendre votre appel. Ne quittez pas...* »

A quelques jours du début des essais grandeur nature du dossier médical personnel dans plusieurs régions de France, voyons, plus en détail, ce que les rencontres parlementaires sur le dossier médical personnel, en ce 23 mai 2006 à l'Assemblée Nationale, nous réservaient.

[Commençons par la matinée.](#)

[La séance a été ouverte par le député socialiste Jean-Marie Le Guen](#), médecin, vice-président de l'Office parlementaire

■ [DMP : Dossier Médical ... Personnel](#)

■ [e-DMP : Echangistes et partageux](#)

■ [Un DMP pour tous, mais selon ses moyens.](#)

■ [Le DMP ou l'histoire d'un objet dynamique et d'un tube inerte de vaseline officinale](#)

Revue de presse

■ [Rapport IGA, IGT et CGTI sur l'avancement du DMP](#)

■ [DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ : UN SCANDALE À LA FRANCAISE](#)

■ [« Qui ne peut pas payer 4 euros par mois ? »](#)

■ [Dossier médical personnel : les raisons d'un échec](#)

■ [DMP : Tout n'est pas réglé](#)

■ [La loi sur le droit au logement opposable violerait le secret médical](#)

■ [Le dossier médical personnel à nouveau dans l'impasse](#)

■ [LES RATÉS DE L'EXPÉRIMENTATION DMP](#)

Textes réglementaires et législatifs

■ [PLFSS 2008 et DMP](#)

■ [Le Décret confidentialité est paru au Journal Officiel](#)

d'évaluation des politiques de santé. Ses premières remarques ont été qu'il était souhaitable de tout mettre à plat et de dire les choses clairement concernant le dossier médical personnel (DMP). Il a insisté sur les points qui soulevaient encore, à l'heure de l'ouverture de ces rencontres parlementaires, des interrogations. Trois éléments ont retenu son attention :

- ▶ le respect de la confidentialité des données sur laquelle semblent peser des doutes ;
- ▶ la faisabilité du projet (volonté de la part des différents acteurs, interopérabilité des systèmes, niveau d'informatisation des professionnels de santé que ce soit à l'hôpital ou dans les cabinets privés) ;
- ▶ opposabilité et responsabilités liées aux données médicales inscrites dans le DMP.

Pour le député Le Guen, les efforts des uns et des autres doivent aboutir à la confiance. Pour conclure, il a encouragé les orateurs à ne pas cacher les choses et à mettre en évidence les difficultés entourant le DMP.

Le deuxième intervenant était le président du groupement d'intérêt public coordonnant la mise en œuvre du DMP (GIP-DMP) : Dominique Coudreau.

Selon lui, la situation informatique des professionnels de santé en France ainsi que des institutions est « *très bonne* ». Il s'agit d'une aubaine pour le très grand projet que représente le DMP pour notre pays. Trois grandes raisons à cette aussi bonne situation : les grandes applications informatiques déjà mises en œuvre ; les applications métier existantes et enfin l'informatique présente au sein des réseaux de soins.

Concernant les grandes applications informatiques, Dominique Coudreau a cité Sesam-Vitale car, d'après lui, tout le monde y est connecté et 80% des médecins généralistes l'utilisent. Concernant les établissements de santé, il a cité le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui permet d'avoir une photographie détaillée de l'activité des établissements de santé publics et privés.

Pour ce qui est des applications métier, l'exemple des professionnels de l'imagerie (« les imageurs ») a retenu son attention. Une norme internationale a été créée et les données sont informatisées. Les biologistes ont été cités en exemple, ainsi que les officines qui sont toutes informatisées. Tout cela va permettre d'alimenter facilement et rapidement le DMP.

Enfin a été évoquée l'informatisation des réseaux de soins comme un avantage pour le passage au DMP même si, d'après lui, un bilan décevant vient d'être fait par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Dominique Coudreau a continué son intervention en insistant sur le rôle de maîtrise d'ouvrage qu'a le GIP-DMP dans la mise en œuvre du DMP. Il a fait sourire la salle lorsqu'un lapsus est venu émailler ses propos : il a parlé du groupement d'intérêt

« *personnel* » au lieu de public.

Le GIP-DMP a relevé le défi malgré une crise de croissance de son équipe. Le budget était de 15 millions d'euros en 2005, seuls 10 millions ont été dépensés. Le rôle du comité d'orientation (COR), composé de 60 personnes, a été souligné. Tous les représentants institutionnels des professionnels de santé y sont représentés. Des représentants des associations de patients (qui demandent à être plus nombreux) y sont présents. Des représentants des institutions dans le domaine de la santé, ainsi que des représentants des établissements de santé y ont aussi leur place. Des réunions plénières se tiennent tous les deux mois et des groupes de travail permanents sont sur la brèche.

Le président du GIP-DMP s'est félicité que tout le travail effectué ait pu aboutir à faire avancer les choses, tout particulièrement le contenu du dossier d'expérimentation. Une partie de la solution est trouvée. « *Le DMP n'est pas le dossier médical universel* » : il doit, selon les termes de la loi, servir à la coordination et à la continuité des soins. Un résultat quant au contenu du DMP expérimental a été obtenu grâce aux organisations institutionnelles représentatives des professionnels de santé ainsi qu'aux sociétés savantes, cela est un grand succès.

Autre point abordé par Dominique Coudreau, l'association aux industriels. Certes il n'y a pas de cahier des charges mais un appel d'offres de cinq cents pages concernant les hébergeurs de données qui a gagné son pari puisque treize consortiums ont répondu. Parmi ces réponses, six futurs hébergeurs ont été retenus. Les tests associant hébergeurs et DMP expérimental vont bientôt commencer et vont permettre de valider les démonstrateurs puis de réaliser une sélection. Cette expérimentation se fera sur trente mille dossiers, avec l'aide de mille cinq cents professionnels de santé et établissements de soins, sur dix-sept sites soit treize régions.

Ces essais vont pouvoir avoir lieu dans un environnement législatif encore incomplet, avec une parution tardive des décrets et des problèmes liés à l'identifiant national auxquels des solutions partielles ont été trouvées. La puissance publique devait reprendre à sa charge la résolution de ses problèmes. Une commission est chargée de réaliser une coordination quant à l'interopérabilité des systèmes.

L'environnement financier reste lui aussi à définir pour le futur DMP. Une enquête de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) vient d'apporter des solutions. Afin d'avoir une idée sur le retour sur investissement, une société sera sélectionnée pour réaliser une étude sur le sujet.

Enfin, le président du GIP-DMP a insisté sur le fait que toutes les expériences en matière d'informatisation devaient converger vers le DMP. Le budget est revu à la hausse et des moyens ont été dégagés pour que les plateformes existantes puissent rejoindre le DMP. Il faut aussi trouver des volontaires pour amener au DMP les dossiers parallèles en train de voir le jour (le dossier communiquant cancer, par exemple).

■ [Projet de Décret relatif au dossier médical personnel](#)

■ [Article L. 1111-8 du Code de la Santé Publique](#)

■ [DMP : Article 25](#)

■ [Décret relatif à la confidentialité des informations](#)

[médicales conservées](#)

[sur support](#)

[informatique ou](#)

[transmises par voie](#)

[électronique](#)

■ [Décret n° 2006-6](#)

[du 4 janvier 2006](#)

[relatif à l'hébergement](#)

[de données de santé](#)

[à caractère personnel](#)

■ [Un "groupement d'intérêt public" gérant dorénavant la CPS.](#)

Expérimentations

■ [DMP : Coût de](#)

[l'expérimentation](#)

■ [Bilan forum](#)

[expérimentateurs](#)

Communiqués

■ [Sénat : X. Bertrand](#)

[et J3 ne sont pas sur](#)

[la même longueur](#)

[d'onde pour le DMP](#)

■ [MG-France craint](#)

[que le DMP soit un](#)

[nouveau boulet](#)

[comme Sesam-Vitale](#)

■ [Communiqués de](#)

[presse du GIP DMP](#)

■ [Le dossier médical](#)

[partagé est-il mort né ?](#)

■ [Communiqué sur](#)

[le Dossier Médical](#)

[Personnel](#)

■ [Le DMP sans](#)

[carburant ?](#)

■ [COMMUNIQUE](#)

[COMMUN GIPSIM ET](#)

Pour conclure son exposé, Dominique Coudreau a jugé qu'il fallait renforcer l'épine dorsale publique du DMP sans pour autant construire un service unique. La responsabilité de la réalisation d'un portail d'accueil a été confiée à la caisse de dépôts et consignations. Un hébergeur de référence sera sélectionné, les autres hébergeurs devenant partenaires. L'assistance téléphonique du DMP sera confiée à la CNAM. Face à ce projet fédérateur des systèmes informatiques dans le but d'une amélioration de la qualité des soins, le président du GIP-DMP s'est félicité de l'expérimentation en cours de préparation avec des gens heureux de participer.

Le troisième intervenant était le député Jean Dionis du Séjour (UDF) qui a fait une communication particulièrement intéressante et pragmatique.

La première chose dont il faut se méfier, selon lui, c'est de créer « *une usine à gaz* » ainsi de tout ce qui pourrait être globalisateur. Pour Jean Dionis, bon nombre de questions reste en suspend : qui est propriétaire des données médicales en terme de systèmes d'information ? Qui peut créer, modifier, supprimer les informations au sein du DMP ?

A l'ouverture des débats parlementaires sur le DMP, en 2004, la réponse à ces questions était claire : le patient. Mais, à ses yeux, tout n'est pas aussi évident et le débat n'a pas été tranché au fil du temps.

Concernant l'identifiant unique, il a noté les réserves de la CNIL quant aux premières solutions proposées. La solution trouvée pour cet identifiant unique ne doit pas conforter dans leur idée ceux qui pensent que le DMP a été créé uniquement dans le but de faire des économies.

Jean Dionis a souligné que contrairement à d'autres points, dès le début des débats parlementaires, un consensus s'était dégagé pour interdire tout accès marchand au DMP.

L'exposé de ce député a été clair et plein de lucidité. Il est rassurant de savoir qu'au moins un des élus de la République se pose de telles questions et a le courage de reconnaître que tout n'est pas réglé.

Le discours de l'orateur suivant, Alain Coulomb, directeur de la haute autorité de santé (HAS), a lui aussi été rassurant pour les médecins car pondéré et argumenté :

Que peut-on attendre du DMP en matière de retour sur investissement dans le domaine de la qualité des soins ? Tout d'abord il faut éviter un DMP qui ne servirait à rien. Le coût de la « *non-qualité* » est de 13 à 15% du chiffre d'affaires du système de santé. Les événements indésirables graves liés aux soins représentent 4% des hospitalisations en France (40% liées aux médicaments et 40% à la chirurgie). La moitié de ces hospitalisations seraient évitables. Le DMP doit servir à cela.

En matière de soins, il existe trois types de dysfonctionnement, selon le directeur de l'HAS.

► Le premier serait la sous-utilisation du dossier médical. Oublier son rôle en matière de dépistage, de suivi des informations et de prévention serait une erreur. Utiliser une fonction de « *reminder* » (rappel automatique) ferait du DMP un plus, s'en priver serait une autre erreur. A la limite de la sous-utilisation, Alain Coulomb a rappelé que le problème des actes non marqués dans le dossier n'avait pas encore trouvé de solution. Faut-il considérer que l'acte qui ne figure pas au dossier n'a pas été fait ? Une démarche de synthèse lui semble aussi obligatoire. Le bon sens voudrait qu'elle soit faite par un médecin, sûrement le médecin traitant mais rien n'est défini.

► Le deuxième type de dysfonctionnement dans les soins est la sur utilisation du système. En matière de redondance des examens, il existe peu d'études pourtant le sentiment général est que le DMP pourrait apporter un bénéfice en la matière.

► Le troisième dysfonctionnement concerne les défauts de réalisation (examen fait de façon incorrecte, résultat égaré...). Ces défauts sont à l'origine de 7 à 8% du chiffre d'affaires du système de santé . Le DMP doit être réalisé sous une forme permettant de diminuer ces chiffres. Il doit aussi permettre d'éviter aux différents acteurs des soins, une méconnaissance des événements indésirables graves.

Le DMP doit conduire à une amélioration de la qualité grâce à un gain de temps, à une diminution du nombre d'actes (pas de redondance) et donc aussi à une diminution des risques liés à ces examens. La simple lecture d'un DMP bien fait serait déjà un bénéfice.

Dernier point, pour que le DMP soit un succès, il faut que des conditions efficaces d'usage soient réunies et, en particulier, une absence de double saisie. Pour Alain Coulomb, les solutions doivent être évaluées le plus possible au préalable.

Le directeur de l'HAS nous a paru, comme le député Jean Dionis du Séjour, être l'un des seuls à être assez sage pour ne pas confondre vitesse et précipitation.

Vint ensuite le tour de Nicolas Conso, chef du service développement des services numériques de la Caisse des Dépôts et Consignations, [1] pour parler de confiance et DMP :

Une relation de confiance est basée sur trois éléments : « *Puis-je avoir confiance en l'autre ? Est-il intègre ? Fera-t'il preuve de bienveillance à mon égard ?* ». La relation de confiance est l'une des bases de la pratique médicale, or la dématérialisation remet tout cela en cause. Il existe donc des freins à la confiance que chacun d'entre nous peut prêter au DMP, d'autant que les données de santé sont des données sensibles. Pour les professionnels de santé, il faut aussi accepter que le stockage de ces données ne se

[SNIIS](#)

**Du même rédacteur...
Bertrand Hue**

■ [Mélodie en sous-sol pour le DMP](#)

Dans la même rubrique...

■ [GéoPortail, Pages jaunes ou Google Earth ?](#)

■ [Discussion de l'article 21](#)

■ [DMP : Certains hébergeurs se sont moqués des recommandations de la CNIL !](#)

■ [Le médecin conseil aura-il accès au DMP ?](#)

■ [Mission IGF, IGAS et CGTI sur le DMP : Enjeux et recommandations](#)

■ [Le carnet de santé obligatoire est mort. Vive le DMP obligatoire !](#)

■ [Mission IGF, IGAS et CGTI sur le DMP : Conclusions \(provisoires\)](#)

■ [Actualité DMP 2006](#)

fasse plus uniquement dans les lieux de soins.

En faisant un parallèle avec le commerce électronique et avec l'administration électronique, Nicolas Conso nous a assurés qu'il existait une solution pour lever les freins.

Grâce au commerce en ligne, les français ont pris confiance en la sécurité de la technique et la fiabilité d'un tel système. L'usage récurrent qu'ils en font est un gage de confiance. La maîtrise du système et la réversibilité des choix les ont conquis et les utilisateurs ont été rassurés par le positionnement de grandes marques du commerce leur permettant de retrouver leurs repères.

Les français auraient une plus grande confiance encore dans l'administration électronique. Les sites administratifs rencontrant un vrai succès.

Le représentant de la caisse des dépôts pense donc qu'il faut s'appuyer sur tout ceci pour développer le DMP. Il faut mettre le patient et le professionnel de santé au centre du dispositif. Il faut s'appuyer sur les lieux d'échanges existants et sur les réseaux de soins. Il faut parier sur la simplicité, la liberté de choix et la réversibilité. Il est nécessaire de communiquer sur les garanties juridiques offertes aux uns et aux autres et sur le haut niveau de sécurité qui sera atteint. C'est enfin en développant l'usage que la confiance se renforcera.

On peut regretter, à l'écoute de ce discours, que la conception d'Internet n'est pas été confiée d'emblée à la caisse des dépôts. Les banques ne dépenseraient pas des millions d'euros à sécuriser les échanges ; le phishing n'existerait pas ; de grandes administrations ne verraient pas leurs systèmes piratés ; le rapport avec les fournisseurs d'accès serait un vrai bonheur et le mp3 ne serait pas une menace aux yeux de certains... Mais faut-il encore croire au pays des merveilles ?

La sixième intervention a été l'œuvre d'Anne Bolot-Gittler, directeur administration civile à la division services de Thales. [2]

Cette communication portait sur le portail unique d'accès au DMP qui va être sous traité à cette société. Le but est de faciliter l'interface entre les intervenants et le DMP. Le portail devra être ergonomique comme l'est le portail fiscal créé par ce groupe. Il convient d'éviter une surcharge pour le patient comme pour le médecin et tout ceci doit pouvoir s'intégrer dans les systèmes existants dans le privé comme dans le public. Anne Bolot-Gittler a insisté sur la sécurité, qu'elle soit organisationnelle, physique, logique ou applicative.

Puis Sylvie Ouziel, présidente d'InVita, filiale d'Accenture, prit la parole.

Nous en étions déjà à la généralisation du DMP ! Les expérimentations n'ont pas encore débuté que la généralisation est en route. Qu'on se rassure, il s'agit d'un travail préparatoire basé sur les expériences qui vont être menées et sur celles qui existent déjà au sein de réseaux de soins. Il a permis de mettre en évidence plusieurs points fondamentaux quant à l'acceptabilité du DMP et donc à sa mise en œuvre à grande échelle.

D'abord le DMP doit avoir un contenu médical utile et ne doit pas augmenter la charge de travail du professionnel. Pour cela il faut utiliser les flux existants (résultats biologiques, données liés aux médicaments, courriers informatisés, comptes-rendus d'hospitalisation...), tout cela étant d'ailleurs important pour le parcours de soins avec pour client privilégié le médecin traitant. La traçabilité de l'information est indispensable dans ce partage des flux. Pour cela il faut une normalisation des données, elle est à venir.

La qualité du service offert au professionnel de santé doit être forte et il doit y avoir une responsabilisation des différents acteurs de la chaîne du DMP. S'il y a perte ou altération des données ou si le temps d'accès à la plateforme est trop long, ni le patient, ni le médecin ne vont chercher quel maillon est à l'origine du dysfonctionnement. Ils vont condamner le système dans son ensemble. Le « *maillon faible* » fera se rompre la chaîne. Tout doit être bien coordonné ; l'horodatage et le suivi doivent être parfaits. Les modalités d'accès doivent aussi être pensées pour compenser la fracture numérique. _Le DMP étant un outil de partage la confidentialité est un facteur majeur dans sa réussite. Une gestion fine des accès au dossier est indispensable. Un accès à la totalité du dossier par n'importe quel professionnel de santé n'est pas envisageable et ne pourra être imposé au patient. Ce dernier ne dit pas tout à tous les professionnels de santé qui sont amenés à le prendre en charge. Cela va même plus loin puisque le patient fait souvent un changement de sphère médicale en fonction de sa pathologie ou du type de soins, en raison des liens qui le lient avec sa sphère médicale habituelle (potentielles implications sociales d'un traitement du cancer, par exemple). Quelles que soient les solutions retenues, elles devront être construites sur une dynamique de terrain.

Le huitième orateur de cette matinée était Jean-Yves Robin, président fondateur de la société Uni-médecine.

La coordination des soins a été le premier thème abordé par cet orateur. En ce domaine, il considère que le DMP a un potentiel fort mais que, sur ce point, son devenir est incertain. Seule une réforme de la mentalité médicale peut faire évoluer les choses. Il faut un abandon du secret du colloque singulier pour le partage de l'information, à son avis, « dans l'intérêt du patient ».

Concernant une éventuelle rémunération du médecin, il considère que le DMP est une modification de la nature de l'acte. Il ne faut pas rémunérer un surcoût pour le temps passé à alimenter le DMP mais revaloriser les actes médicaux de par leur nature différente.

Il ne faut pas oublier pour autant que le DMP est l'outil du patient. Dès à présent il faut tirer les enseignements du déploiement du DMP et ce alors même qu'il n'a pas commencé. Il est indispensable de poser un référentiel pour créer une interopérabilité entre les différents logiciels. Les systèmes propriétaires doivent être abandonnés. Ceci est d'autant plus important qu'il a généré de nombreux projets, comme le dossier communiquant du cancer, qui doivent converger. Tout cela nécessite une gestion complexe car tous les acteurs de la gouvernance (surtout au plan local) n'ont pas les mêmes intérêts. Ces intérêts peuvent être parfois opposés ce qui impose une coordination importante de l'entité DMP.

Concernant le discours de Christian Saout, président d'AIDES, invité de dernière minute au titre de représentant des associations de patients, nous renvoyons le lecteur vers sa retranscription en ligne sur leciss.org, comme l'a indiqué l'orateur, pour se faire sa propre opinion. Les éléments marquants de sa présentation ont porté sur le droit au masquage des informations contenues dans le DMP par le patient : « *droit à la corbeille mais pas à la poubelle* ». Il a insisté sur la nécessité de ne pas ouvrir le DMP aux assureurs en raison des discriminations qui pèsent déjà, selon lui, envers certains patients. Il a insisté sur le manque de confiance envers les instances mettant en œuvre le DMP suite à la « *valse* » des directeurs du GIP-DMP. Pour lui, la démarche participative perd de sa force, le comité d'orientation du GIP-DMP servant plus de chambre d'enregistrement que d'outil d'orientation. Il a regretté que le juridique ne soit pas en phase avec l'évolution du DMP en raison du retard dans la publication des textes ayant trait au DMP. Il a ensuite parlé de réduction de l'expérimentation en raison de l'avidité des médecins, de leur manque de dialogue et de compétences. Il s'est interrogé sur le coût réel qu'aura le DMP. Il a enfin demandé un grand débat national sur les données de santé et l'informatisation.

Bien plus intéressante a été la communication de Fernando Bertolotto, sociologue spécialisé en Santé publique :

Le DMP est, selon lui, un formidable outil de cohésion sociale en permettant le rapprochement de l'individuel et du collectif. C'est l'une des raisons qui font que « *le patient est devenu impatient* » d'avoir accès au DMP.

Pourtant la confiance en cet outil est sans cesse mise à mal en raison de l'expérience et de la méfiance des français vis à vis des institutions qui sont en charge de la santé. Loin de penser qu'il existe actuellement une absence de participation dans la santé de la population, il assure que l'activité et les dépenses au sein de ce secteur sont une preuve de la forte participation de tous.

Il semble exister une crise de la reconnaissance mutuelle concernant les parties impliquées dans le DMP. Les patients détournent le système, en multipliant les examens par exemple, car ils ne se sentent pas écoutés. Autre problème : « *Le patient va voir trois médecins car il est sûr d'avoir au moins deux diagnostics différents* ». Mais le patient a aussi le sentiment que les intérêts du système passe avant les siens.

La mise en place du dossier médical personnel est une expérience sociale à relever. Le DMP ne doit pas être qu'un outil de gestion mais il doit créer un lien social. Pour cela il devra acquérir la confiance de l'utilisateur mais aussi être développé pour permettre aux champs d'intérêts croisés des différents acteurs de se retrouver dans un intérêt commun. Pour que le DMP réussisse, il faut qu'il existe ou, du moins, que le patient ait l'impression qu'il existe une réciprocité, mécanisme essentiel de la liberté.

Les débats se sont poursuivis par une cession de questions.

Semble-t-il en raison de la campagne électorale des unions régionales des médecins libéraux, aucun médecin en exercice n'était présent à la tribune pour répondre aux nombreux dénigrement dont a été l'objet la profession, ni d'ailleurs pour défendre l'intérêt de connaître les antécédents médicaux personnels et familiaux d'un patient dans la qualité des soins. Concernant les nombreuses carences des différents intervenants dans la mise en œuvre du DMP, il fallait un bouc émissaire : c'est le médecin !

Ceux qui mettent en place le DMP ne font pas confiance au médecin mais ils exigent de lui qu'il ait une confiance aveugle en eux. Il est étonnant que ce soit souvent les mêmes qui se glorifient d'avoir, en France, l'un des meilleurs, si ce n'est le meilleur système de santé au monde avec ces mêmes médecins comme acteurs principaux.

La matinée s'est terminée par l'exposé d'Adam Martony, directeur de projet chez Carelink, société dont l'un des buts est de créer une base nationale suédoise de données de médication.

Bertrand Hue

www.droit-medical.net

[1] **Nicolas Conso**, est ingénieur du corps des télécommunications et a débuté sa carrière au ministère de la défense où il s'est notamment occupé des relations européennes et internationales dans le domaine de la sécurité des systèmes d'informations. Il a rejoint la direction des nouvelles technologies de la Caisse des dépôts en janvier 2001, où il est responsable du développement dans le domaine des services numériques que peuvent proposer les collectivités locales à leurs citoyens. Sur le thème de l'administration électronique, il est à l'origine de la plate-forme Service-public local réalisée en partenariat avec la Documentation

française.

[2] **Anne Bolot-Gittler**, ENA, a débuté sa carrière à l'Inspection Générale des Affaires Sociales avant de rejoindre la Générale de Santé (filiale santé de la Générale des Eaux) et de prendre la direction, en 1999, de l'Etablissement Français du Sang, organisme né de la fusion - qu'elle pilote - d'une cinquantaine d'établissements et auquel est désormais confié le monopole de la transfusion sanguine en France. En 2002, elle est nommée directrice adjointe du cabinet du ministre de la Santé, Jean-François Mattei. En avril 2004, Thales IS lui confie le poste de « business developer » pour le secteur public. Depuis début octobre, elle dirige la Strategic Business Line (SBL) « Civil Administration » de la division Services.

2343 affichages

[Donner votre avis? Cliquez ici](#)

FORUM de l'article :

> **Mélodie en sous-sol pour le DMP- Commentaires (2006-07-01 11:22:32) - Dr R LONJON (ancien élu URML)**

Bonjour, **Merci à notre confrère** pour ce Compte Rendu très détaillé et qui n'est pas surprenant , pour quelqu'un (**comme moi ancien élu URML en charge de ce dossier**)

Ce **DMP va être IMPOSE aux Médecins** , car les politico-gestionnaires se disent que la teletransmission FSE , puis la CCAM sont bien passés, malgré les oppositions vives des médecins et des syndicats .

Au niveau des URML , un certain nombre d'entre nous , voulions anticiper cette évolution . Cela a été la raison d'être du **Projet LIBERALIS** à savoir la mise en oeuvre d'un **système d'échanges d'information sécurisé** , piloté et **contrôlé par la Profession**

LIBERALIS a été démoli , y compris par les médecins eux-mêmes, mais surtout par les technocrates du Ministère de la Santé et des Caisses , dont les rapports avec **l'opérateur choisi par Liberalis** étaient ce que l'on sait , à l'époque avec celui du Réseau Santé Social .

Bref en 2006 , les médecins via le DMP , se voient imposer un système d'Information , qu'ils seront obligés d'alimenter (*pour la bonne raison que c'est une obligation légale ou contractuelle de par la convention*) .

Comme je l'avais écrit dans les années 96 , nos confrères seront de bons OS-SS (**Opérateur de Saisie de la Sécurité Sociale**) .

Pour corser le tout , grace à ce DMP , il sera très facile , vu les masses d'informations transmises dans les ordinateurs des Caisses et autre HAS de surveiller (certains parlent de flicage !!) l'activité de n'importe quel Professionnel de Santé .

Nous voilà , dans le paradigme de l'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) ou certains jobards , tant au niveau des syndicats , URML ou Ordre , jouant les avant gardistes , font du zèle .

Vous avez dit Mélodie ... **ne serait ce pas le chant funébre de la Médecine libérale**

[Répondre à ce message](#)

> **Mélodie en sous-sol pour le DMP (2006-05-26 18:25:02) - DEVECHE Pierre médecin généraliste 49450 St Macaire**

Au fou ! Au fou ! Au fou ! Un conseil à Mr Bertrand s'il ne veut pas gâcher sa carrière dans un scandale financier autant que sanitaire : " Arrêtez tout ! Imposez à tous les acteurs de santé un mode de communication informatique simple et autant confidentiel que possible entre libéraux et hospitaliers et laissez chaque unité locale décider de l'utilité du tuyau et en conséquence de son contenu. "

Répondre à ce message

© 2004-2006 *MediaMed* pour FULMEDICO
Gab - design © 06/2003 - Template Spip sous licence GPL