



# Le dossier médical personnel

## Une commande politique complexe

par Olivier Roux

*Pour améliorer la santé de la personne, l'existence d'un dossier médical et la manière de l'utiliser sont des éléments essentiels. Où en sommes-nous en France concernant le DMP (Dossier Médical Personnel) ?*

Nulle mémoire étant infaillible, les médecins consignent des informations qui concernent leurs patients depuis bien longtemps. Ce dossier médical au départ « artisanal », leur permettait de garder la trace des événements, examens et résultats, de leur appréhension et des risques iatrogènes. Le praticien pouvait ainsi reconstituer la logique du raisonnement médical, tout en se dotant d'un moyen pour évaluer ses décisions.

Le dossier médical servait aussi à préparer les communications entre praticiens dans le cadre de la prise en charge du patient ou à la demande du patient, voire de ses ayants droits.

Il était aussi utile en cas d'une mise en cause de la responsabilité du praticien. En 2002, la loi Kouchner le rend obligatoire, le médecin devant produire une trace de ses actions en cas de litige. Soumis au secret médical, ce dossier ne devait pas quitter le cabinet médical, à l'exception des échanges au sein de l'équipe soignante.

### L'arrivée des obligations légales

En 1975 le Code de la déontologie rend le dossier médical obligatoire sur le plan déontologique.

La définition légale arrive d'abord pour le secteur hospitalier, en 1993<sup>1</sup>. Le contenu de ce dossier, très complet, est défini et standardisé pour tous les établissements, publics, comme privés.

Trois ans plus tard, en 1996, l'ANDEM<sup>2</sup>, la haute autorité de santé de l'époque, préconise son introduction dans la pratique libérale, le définissant comme « *L'ensemble de documents qui retracent l'histoire des pathologies ou l'ensemble des épisodes ayant affecté la santé du patient* ».

En 1998, la Haute autorité de santé définit son contenu, plus simple que celui du dossier hospitalier. La loi Kouchner (2002) instaure

**[Le dossier médical devient une obligation légale en 1993 pour les hôpitaux et en 2002 pour les médecins libéraux.]**

une obligation légale dans le secteur libéral.

La majorité des cabinets médicaux étant informatisée, la plupart de ces dossiers sont informatiques.

<sup>1</sup> Code de la santé publique, décret 30/03/93, Article 710 2,1

<sup>2</sup> Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

#### Les contenus des dossiers médicaux sont bien définis

Dossier médical à l'hôpital	Dossier médical du praticien libéral
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une fiche d'identification du patient</li> <li>• Le(s) motif(s) d'hospitalisation</li> <li>• Les conclusions de l'examen clinique initial et de ceux qui ont suivi</li> <li>• Les comptes-rendus des examens paracliniques et complémentaires</li> <li>• La fiche de consultation pré-anesthésique</li> <li>• Le(s) compte(s)-rendus(s) opératoires</li> <li>• Les prescriptions thérapeutiques</li> <li>• Le dossier des soins infirmiers</li> <li>• Le compte-rendu hospitalier avec le diagnostic de sortie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'identification du patient</li> <li>• Une fiche administrative</li> <li>• Une fiche d'antécédents personnels, familiaux, allergiques et d'intolérance médicamenteuse, des facteurs de risque et d'actes de prévention</li> <li>• Une fiche de consultation avec : nom du médecin, date, résumé de la consultation en trois temps (données du problème, synthèse et conclusions des examens, décisions)</li> </ul>

## 2004 : La naissance du DMP

### – Dossier Médical Partagé

En 2004, la réforme de l'Assurance maladie mise en place par le ministre de la santé Philippe Douste-Blazy, introduit dans ce paysage une nouveauté : le dossier médical partagé – DMP. Ses objectifs sont multiples :

- favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins,
- améliorer la communication des informations de santé sous le contrôle du patient, le propriétaire du dossier,
- diminuer les risques iatrogènes et les prescriptions redondantes, donc des coûts inutiles,
- constituer un support d'information fédérateur autour du patient.

Fruit du volontarisme politique, le DMP doit donc concilier l'amélioration de la qualité des soins et une meilleure maîtrise de leurs coûts par l'Assurance maladie.

Les exigences de sa feuille de route sont très nombreuses. Il faut en assurer la confidentialité. Sa constitution doit se faire dans le cadre des obligations déontologiques, plus fortes que le « simple » secret médical, car elles interdisent au médecin de diffuser des données dont le

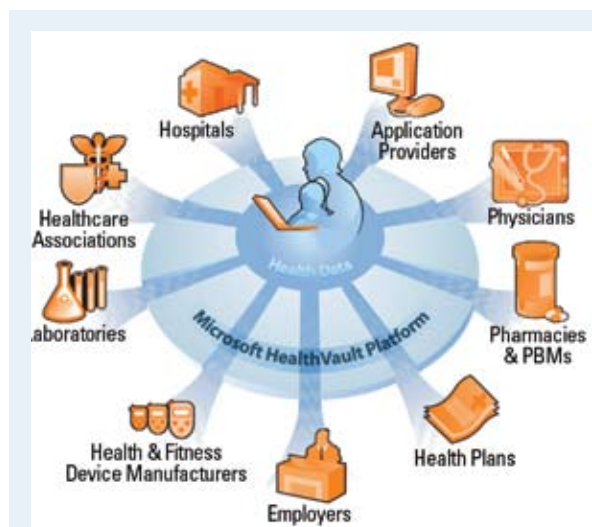
patient ne souhaite pas la divulgation. Enfin, son accès doit être très protégé, notamment parce qu'il est dès le début interdit aux médecins du travail et des compagnies d'assurance, aux mutuelles et aux services de police.

La réflexion est en route. En avril 2005 la mise en place du DMP est confiée à un Groupement d'intérêt public (GIP). Les directives sont floues, mais les expérimentations commencent dans plusieurs régions.

### « P » comme partagé ou comme personnalisé ?

L'introduction du DMP intervient au moment où le paysage médical français est en train de changer. Sous l'impulsion de la loi Kouchner de 2002, le « paternalisme médical » qui existait depuis le code de la déontologie médicale de 1940 et qui laissait le médecin prendre les décisions, en vertu de ses connaissances, cède la place à une vision plus moderne. L'individu devient responsable des décisions médicales qui le concernent.

A la lumière de cette réforme, le P du DMP se transforme du « partagé » en « personnel », la dimension du partage restant toutefois d'actualité.



### Les géants informatiques et le dossier médical

#### Microsoft HealthVault

Avec HealthVault, disponible gratuitement sur Internet, Microsoft propose un logiciel pour « gérer la santé de toute la famille et prendre des décisions informées ». Capable d'interagir avec de nombreux programmes et appareils de mesure dédiés aux paramètres de santé et jusqu'aux dépenses énergétiques, ce logiciel ambitionne de devenir la clé de voûte de l'édifice santé/bien être, comme son nom le dit. Sa gratuité est possible grâce à un riche réseau de partenariats en tout genre, avec les producteurs de ces logiciels et instruments, associations, hôpitaux...

< HealthVault de Microsoft : réseau de services autour de la santé au sens large ([http://www.microsoft.com/presspass/events/healthvault/images/HealthVault\\_Industry\\_Home\\_Screenshot.jpg](http://www.microsoft.com/presspass/events/healthvault/images/HealthVault_Industry_Home_Screenshot.jpg))

#### Google Health

« Prenez en charge vos informations de santé ». Avec ce slogan, Google a lancé aux Etats-Unis un service gratuit qui se propose d'archiver, de gérer en ligne et de partager des données médicales personnelles. Ce carnet de santé virtuel, créé et géré par le patient, permet l'accès à ces informations aux services médicaux, notamment en cas d'urgence. Dans une logique toute googlienne il s'accompagne d'autres services : découvrir plus sur des pathologies, importer des informations sur des prescriptions, vérifier des interactions médicamenteuses, trouver des médecins, voire obtenir d'autres avis médicaux...

Le carnet de santé Google Health aide à apprendre plus > sur des pathologies (<http://www.google.com/intl/fr/health/tour/index.html>)



## Le DMP pour le patient

Le DMP est la propriété du patient. Avant tout, le DMP ne peut être imposé. Si le patient en possède un, la consultation des données et leur partage sont subordonnés à son autorisation. Il est libre d'en refuser l'accès et ne court aucune sanction en cas d'un tel refus, quel que soit l'organisme, voire l'autorité, qui le lui demande. Ainsi, même un mineur peut limiter l'accès au DMP à ses parents ou aux titulaires de l'autorité parentale.

Le patient peut aussi intervenir sur son DMP : alimenter un espace privé du dossier, masquer et même supprimer certaines informations. Il peut utiliser son DMP pour demander un deuxième avis, comme en cas de contentieux.

## Le DMP et le professionnel de santé

Côté professionnels, les contours du DMP se précisent par la pratique. En 2006 certaines contraintes sont déjà identifiées.

La masse des dossiers médicaux présente dans des hôpitaux et cabinets est énorme, et prend des formes très variables, impossibles à remplacer par une formule unique, standardisée. Le DMP ne peut donc pas se substituer aux dossiers préexistants, mais doit être surplombant, capable de se « nourrir » de cette cargaison d'informations différentes.

Pour éviter des erreurs, mais aussi pour des raisons de faisabilité, il ne peut y avoir de double saisie des données. Le DMP doit donc pouvoir utiliser les données déjà renseignées dans les dossiers du praticien ou de l'établissement.

Pour garantir le contrôle du DMP par le patient, il faut le protéger. Il ne peut donc être accédé et rempli qu'en présence du patient, lors de la consultation, moyennant une Carte de professionnel de santé.

Il faut prévoir l'accès au médecin conseil de l'Assurance maladie et le protéger de tout autre organisme, dont les mutuelles, les assurances et la médecine du travail.

Enfin, techniquement, il doit pouvoir être consulté sur Internet par une liaison rapide, de type ADSL.

## Le complexe partage du dossier

Avec un dossier médical informatisé dans les mains du patient, naissent des risques de dysfonctionnement et d'abus jusque là inexistantes. Il y a notamment la pression que les bailleurs, les assurances ou la médecine du travail pourraient exercer afin de s'en procurer l'accès. Comment protéger le patient ?

Il y a aussi le risque de piratage, dont un précédent concernant 10 000 dossiers a été rapporté aux Etats-Unis<sup>3</sup>.

Des questions éthiques majeures sont aussi soulevées. Comment gérer la communication des informations nouvelles, tel le résultat d'un examen complémentaire, ou les échanges au sein d'une équipe pluridisciplinaire, si le dossier ainsi ré-alimenté peut être vu par le patient avant que son médecin n'ait pu lui communiquer ces nouvelles et les lui expliquer ? Plus ces informations sont graves, l'annonce d'une rechute, d'une maladie létale ou de l'aggravation d'une situation de santé chronique, plus les dangers de leur divulgation sans ménagement sont grands pour le patient. Cette dimension préoccupe notamment beaucoup l'Ordre des médecins.

Enfin, le droit donné au patient de masquer ou supprimer certaines informations soulève aussi des questions importantes. N'y a-t-il pas risque d'altération de la qualité des soins ? De nuire à la nécessaire relation de confiance entre le médecin et son patient ? Comment engager la responsabilité civile et morale du praticien sur des données tronquées ?

## 2006 : difficultés, critiques, blocage

Sans réelle surprise, la mise en place du DMP s'avère difficile. Un blocage intervient très rapidement. A partir de 2006, le dispositif reçoit un flot de critiques, tant sur son contenu que sur son déploiement, émanant des organismes différents : Inspection générale des finances, des affaires sociales et du conseil général des technologies et de l'information, la CNIL, le Comité national d'éthique, le Conseil national de l'ordre des médecins...

Tous ces organismes relèvent des aspects communs qui pointent une commande politique irréalisable. Alors que l'on sait que d'autres pays ont travaillé dix ans sur des systèmes analogues, sans les réussir totalement, la France se fixe cinq ans pour déployer son DMP ! Ce calendrier tout à fait irréaliste entraîne une gestion du projet « constamment précipitée » qui agace.

*[L'adhésion des patients et des institutions au DMP repose sur deux mots clés : volontariat et garantie de la confidentialité.]*

*[« Le DMP dans sa conception actuelle ne peut être adopté pour chaque citoyen à l'échelle nationale dans la mesure où il ne répond pas aux objectifs poursuivis, alors que son coût de mise en œuvre est très élevé ».  
Comité national d'éthique,  
29 mai 2008]*

<sup>3</sup> Source Quotidien du médecin 20.5.2009.



Autre problème majeur, la priorité semble être donnée aux dimensions techniques, informatique et hébergement, au détriment de la réflexion sur le contenu et l'usage qui doivent être fixés... par décret.

Son modèle économique est aussi attaqué, considéré comme construit sur des bases incertaines, sans tenir compte des expériences étrangères. Alors que le Canada et la Grande Bretagne ont travaillé dix ans sur leurs DMP pour un coût de 250 € par habitant, la France – qui le veut en cinq ans – le dote d'un budget de... 19 € par habitant ! De plus, des économies en terme d'Assurance maladie sont jugées incertaines.

Il est dit que : « *La phase d'expérimentation n'a pas permis de tirer les enseignements opérationnels attendus.* »

## Vers une solution pragmatique

Mi-2007 Roselyne Bachelot-Narquin, devenue le Ministre de la santé et des sports, trouve le DMP bloqué. Elle tente le sauvetage et revoit l'ordre de route en favorisant une démarche pragmatique.

Le dossier, à la fois personnel et partagé, sera proposé aux personnes volontaires d'un certain profil (voir l'encadré). Pour aider sa constitution, un système national d'identification, sans lien avec le numéro de la Sécurité sociale, sera mis en place. Il faut commencer par des projets pilotes régionaux, dont celui de Rhône-Alpes. Après une évaluation au bout de 3 à 5 ans, leur déploiement est envisagé à l'horizon de 2012. Si les résultats sont satisfaisants, une extension à l'échelle nationale sera envisagée, toujours uniquement pour des volontaires.

## 2009 : L'état des lieux

En 2009, le DMP est donc dans cette deuxième phase d'expérimentation. En Rhône-Alpes, l'approche informatique adoptée par le projet SIS-RA (Systèmes d'information en santé Rhône-Alpes), faisant partie des projets pilotes nationaux, a bien pris en compte le besoin d'imaginer une interface et non pas un logiciel (voir l'article de l'AUEG de Philippe Castets). Des moyens efficaces et fiables pour répertori-

### Le DMP expérimental : pour qui ?

*Suite aux propositions du Comité national d'éthique, du Conseil national de l'ordre des médecins et de la CNIL, il a été convenu que dans le cadre des projets, le DMP pourrait être proposé à des personnes volontaires :*

- à partir de 16 ans ;
- atteintes de maladies dont l'état nécessite l'intervention de nombreux professionnels et au long cours ;
- ayant compris l'intérêt pour elles de disposer d'un dossier informatisé optimisant leur prise en charge du fait de l'exhaustivité des données ;
- possédant la clé d'accès et n'autorisant l'accès à leur dossier qu'aux professionnels tenus au secret et à leur entourage proche (famille ou personne de confiance telle que définie par la loi Kouchner).

er et échanger les informations sont en cours d'élaboration. En parallèle, les dimensions médicales, éthiques et relationnelles sont en cours de réflexion. Un dialogue entre les praticiens, comme avec des associations de patients, dans lequel l'Ordre des médecins s'implique activement, est en marche afin de trouver un consensus sur l'organisation de ce dispositif, intéressant, bien que complexe ●

**Olivier Roux,**  
Président du Conseil  
de l'Ordre des Médecins  
de l'Isère.



Olivier Roux, médecin ORL libéral, ancien chef de Clinique à la Faculté, ancien assistant des Hôpitaux de Grenoble, administrateur de la Société Française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Isère, ancien PDG de la Clinique des Cèdres (Echirolles).

Pour en savoir plus :

- <http://www.asipsante.fr/>
- <http://www.sante-ra.fr/>
- la biblio sur le DMP par Laure Bornarel : <http://www.aueg.org/>
- Loi Kouchner de 2002 : <http://admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html>

## LES PUBLICATIONS DE L'AUEG

ALLIANCE UNIVERSITÉ ENTREPRISE DE GRENOBLE

[www.aueg.org](http://www.aueg.org)

7C CHEMIN DES PRÉS – INOVALLÉE – 38240 MEYLAN

Tél. : 33 (0)4 76 18 28 65 – Fax : 33 (0)4 76 18 28 45

E-mail : [aueg@wanadoo.fr](mailto:aueg@wanadoo.fr)

Rédacteur de la publication : Aleksandra Bogdanovic-Guillon

Création graphique : Alice Giraud – Directeur de la publication : Jean Bornarel

