



Le dossier médical personnel

Le dossier médical personnel, créé par la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004, devrait être opérationnel prochainement. Il est propriété du patient, et accessible via un portail Internet. Il contient les informations nécessaires à la prise en charge du patient. Certaines données d'autres dossiers métiers informatisés (dossier pharmacien, dossier des réseaux de soins...) pourront l'alimenter.

Dossier médical personnel : la mémoire santé

**Groupement
d'intérêt public-
Dossier médical
personnel**

Célé de voûte du parcours de soins, le dossier médical personnel, DMP, a été lancé par la loi du 13 août 2004. C'est un service public conçu pour mettre à la disposition de chacun des bénéficiaires de l'assurance maladie, et sous son contrôle, un dossier médical. Ce dossier médical électronique sécurisé est accessible par Internet. Il contient en permanence les informations médicales pertinentes nécessaires à la prise en charge du patient. Il a pour vocation première d'améliorer la qualité des soins en facilitant la coordination et les échanges d'informations entre les professionnels de santé.

Le patient contrôle son DMP à toutes les étapes du processus. Il prend l'initiative de demander l'ouverture d'un dossier à son nom. Il est identifié par un numéro INS (Identifiant national de santé) personnel et différent de son numéro de Sécurité sociale. Il délivre les autorisations d'accès aux professionnels de santé. Il accède — directement, sans devoir solliciter, comme aujourd'hui, le concours d'un praticien — à l'historique des modifications intervenues dans son dossier. De plus, grâce à un mécanisme de traçabilité, il peut savoir à tout instant qui a accédé à son DMP, quand, et pour

ou faire quoi. S'il le souhaite, le patient peut masquer certaines informations le concernant, à l'occasion du dialogue avec les professionnels de santé, à tout ou partie des professionnels appelés à lui prodiguer des soins. Le choix du masquage par le patient ne donne lieu à aucun signalement sur le DMP. Le patient gardera néanmoins la possibilité de masquer seul certaines données.

Des bénéfices pour tous les acteurs

Le DMP permettra au patient de bénéficier d'un suivi coordonné et d'une sécurité diagnostique et thérapeutique renforcée. Le DMP permettra également d'impliquer le patient dans la gestion de son parcours de soins et lui apportera une réelle simplification de sa prise en charge, dans le respect du secret médical et de sa vie privée. C'est le patient qui gère les droits d'accès des professionnels de santé à son DMP.

Demain, le DMP permettra aux professionnels de santé d'avoir accès aux informations utiles provenant d'autres professionnels de santé et d'avoir accès à une véritable « photographie » de la santé du patient mise à jour en temps réel. Grâce à l'information par-

tagée, le DMP facilitera une meilleure prise en charge des soins. Techniquement, les logiciels de gestion de données de santé seront compatibles avec le DMP. Les professionnels de santé n'auront donc pas à faire de double saisie.

En améliorant l'information des différents praticiens qui traitent un même patient, en favorisant une meilleure connaissance et un meilleur suivi de celui-ci le DMP permettra une réduction des dépenses de santé. À titre d'exemple, on estime que 15 % des actes sont redondants et génèrent un coût d'environ 1,5 milliard d'euros par an. De même, 128 000 hospitalisations sont liées chaque année à des interactions médicamenteuses (iatrogénie).

Le DMP : une infrastructure d'échange, un service

Le projet DMP est un très grand projet public de santé. Il a pour vocation de fournir un dossier électronique sécurisé à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie, soit plus de soixante millions de personnes, et de relier entre eux plusieurs centaines de milliers de professionnels de santé en exercice individuel ou à l'hôpital. Pour comprendre les enjeux, il faut bien distinguer trois sous-ensembles dont la réalisation est nécessaire à l'aboutissement du projet.

- Le premier concerne les outils informatiques. Il se compose en premier lieu du système DMP proprement dit. Celui-ci est formé d'un portail par lequel transiteront tous les mouvements relatifs au dossier (gestion des accès et des autorisations) et d'un certain nombre d'hébergeurs de données de santé, parmi lesquels un hébergeur de référence. L'appel d'offres qui permettra de sélectionner l'hébergeur de référence du DMP a été lancé le 30 mars. La généralisation du DMP sur le terrain est prévue pour le premier trimestre 2008.

Le second volet des outils informatiques recouvre un ensemble d'outils et de fonctions placés sous le terme général d'interopérabilité. Ils doivent rendre possibles la circulation sécurisée des données médicales entre tous les patients et les systèmes d'information des professionnels de santé. C'est un chantier de longue haleine, pour lequel le DMP agit comme un catalyseur.

- Le deuxième sous-ensemble est celui du « service DMP ». Il recouvre les conditions dans lesquelles les professionnels de santé vont utiliser le DMP, outil informatique, dans leur exercice professionnel, pour se coordonner entre eux. Dans ce chapitre, le projet fait appel à la formation initiale et continue, et repose sur des évolutions culturelles lentes, par nature. Pour accompagner ce changement et le déploiement du DMP auprès des professionnels de santé et des patients, un appel à projets a été lancé durant l'été 2006. Il permet de soutenir des projets régionaux pour préparer l'arrivée du DMP. Un tour de France du DMP débutera en juin 2007. 22 « villes étapes » permettront d'aller à la rencontre des acteurs du DMP, professionnels de santé, patients, acteurs institutionnels, pour permettre d'échanger sur le DMP et en comprendre l'utilité à travers des cas et des questions pratiques.

Il faut ici rappeler que, depuis sa création, le DMP bénéficie d'une attente tant de la part des patients que des professionnels de santé. C'est ce que révèlent les différents sondages menés fin 2006 : 81 % des Français et 71 % des professionnels de santé se déclarent ainsi favorables à la mise en place du DMP.

- Le troisième est celui de l'environnement juridique. Dès lors que le DMP est un grand projet public de santé conduit du niveau ministériel, il doit se mouvoir dans un environnement juridique entièrement formalisé. Des textes législatifs et réglementaires pris sous la

Le GIP-DMP


Le groupement d'intérêt public (GIP) du dossier médical personnel a été créé en avril 2005. Il est composé de membres de l'État, de la Cnamts et de la Caisse des dépôts et consignations.

Le GIP a pour objectif de préparer les dispositions juridiques, organisationnelles, financières et logistiques du dossier médical personnel, et d'en assurer la réalisation. Le GIP-DMP assure la maîtrise d'ouvrage du DMP. Il a la charge de concevoir, faire réaliser, et mettre en place le DMP. Pour cela, il assume notamment les missions suivantes.

- Relations avec les représentants des professions de santé et les associations de patients au sujet du dossier médical personnel ; information des professionnels de santé et du public sur le dossier médical personnel.
- Définition des données de santé à caractère personnel, relatives à la prévention, au diagnostic ou aux

soins, qui pourront figurer dans le dossier médical personnel, et permettant en particulier le suivi des actes et prestations de soins, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-8 du Code de santé publique.

- Définition des conditions d'hébergement et d'accès au dossier médical personnel, qu'il s'agisse de consulter ou de modifier le dossier médical personnel, et des conditions de transmission des différentes catégories de données de santé qui figureront dans le dossier médical personnel, en préparation du décret d'application de l'article L. 161-36-4 du Code de la Sécurité sociale et du décret en Conseil d'État prévu par l'article L. 1111-9 du Code de la santé publique.

- Pilotage et mise en œuvre de la généralisation du dossier médical personnel. 



Le dossier médical personnel

surveillance active de la Cnil marquent chacune des étapes. Un projet de décret relatif au DMP est ainsi soumis depuis le 14 mars à la consultation officielle des Ordres de la profession de santé et des caisses d'assurance maladie. Ce décret définit les conditions juridiques de l'utilisation du DMP et il sera ensuite envoyé pour avis à la Cnil et au Conseil d'État (cf. encadré « Textes juridiques de référence » p. 23).

Le DMP, mode d'emploi

Qu'est-ce qu'il contient ?

Le DMP a vocation à contenir tous les éléments du parcours de santé du patient utiles à la coordination des soins. Le DMP est organisé en trois grands chapitres.

- Des données générales d'identification du titulaire du DMP : état civil, nom du médecin traitant...
- Des données personnelles de santé concourant à la coordination, à la qualité et à la continuité des soins :
 - ◆ des données médicales générales : les antécédents médicaux et chirurgicaux, les synthèses, les allergies et intolérances reconnues, les vaccinations...
 - ◆ des données de soins : les résultats d'examens biologiques, les pathologies en cours, les comptes rendus d'actes diagnostiques et thérapeutiques, les traitements prescrits ou administrés...
 - ◆ des données de prévention : les facteurs de risques individuels, le calendrier des vaccinations,
 - ◆ des données images : les comptes rendus et éventuellement les images (radio, scanner, IRM, échographies...).
- Un espace d'expression du titulaire comportant les informations qu'il souhaite porter à la connaissance des professionnels de santé...

Qui aura le droit d'accéder au DMP ?

Le DMP est le dossier du patient. C'est lui qui autorise nominativement les médecins et autres professionnels de santé de son choix à accéder au DMP et qui en gère les droits d'accès. Les professionnels de santé auront accès à différentes informations selon leur profession. Le DMP ne sera pas accessible aux médecins du travail ni aux médecins des assurances ou des mutuelles. Les hébergeurs n'auront pas non plus accès au DMP.

Quand et comment consulter le DMP ?

Le DMP pourra être consulté à tout moment.

- Chez le patient : une procédure sécurisée permettra d'accéder au DMP.
 - ◆ le patient s'identifiera grâce à son identifiant national de santé,
 - ◆ puis, il devra s'authentifier par un code secret à quatre chiffres qu'il aura choisi et par un mot de passe à usage unique. Celui-ci sera envoyé sur son téléphone mobile par SMS, ou dans sa boîte de messagerie chaque fois qu'il souhaitera consulter son DMP.

- Lors d'une visite chez le professionnel de santé : pour accéder au DMP du patient, le médecin devra s'identifier grâce à sa carte de professionnel de santé (CPS) et identifier le patient grâce à son identifiant national de santé.

Comment ouvrir un DMP ?

Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie pourra ouvrir son DMP sur Internet via un portail d'accès dédié au DMP. Ce portail d'accès DMP sera un véritable service d'accueil dématérialisé. Pour les personnes ne disposant pas d'un accès Internet, la procédure pourra se faire chez un parent, auprès de bornes dédiées ou de guichets publics (hôpital, etc.).

Le DMP sera-t-il suffisamment sécurisé ?

L'usage de la CPS (carte de professionnel de santé) chez les professionnels de santé, d'une part, d'un mot de passe à usage unique, d'autre part, confèrent un niveau de sécurité élevé, au moins équivalent à celui utilisé pour les télé-bancaires. Grâce à un contrôle des accès par le portail DMP, seuls le patient et les professionnels de santé autorisés auront accès au DMP. En outre, les données sont chiffrées pendant le transfert et lors du stockage. Tous les accès au DMP seront archivés. Chaque information reportée dans le DMP est datée, signée, et son auteur identifié.

Où et comment sera stocké le DMP ?

Le DMP sera stocké par un hébergeur de données de santé qui aura reçu l'agrément de l'État. Il devra être conforme à des référentiels publics de sécurité. Cet hébergeur n'aura pas accès au contenu du DMP.

Qui aura le droit d'alimenter le DMP ?

En ce qui concerne les données de santé : les médecins et les professionnels de santé que le titulaire aura autorisés.

Que se passe-t-il si une personne consulte le DMP sans l'autorisation du titulaire ?

Conformément à l'article L. 161-36-3 du Code de la Sécurité sociale et à l'article 226-13 du Code pénal, tout accès au dossier médical personnel en dehors des conditions prévues par la loi, même avec l'accord de la personne concernée, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Pourra-t-on masquer des informations ?

Suite au rapport du député Pierre-Louis Fagniez, il a été décidé que le masquage des informations sera possible à l'occasion du dialogue avec le professionnel de santé. Le patient gardera néanmoins la possibilité de masquer seul des données.

Le DMP sur le terrain

Le projet DMP a déjà franchi plusieurs étapes majeures. De juin à décembre 2006, le DMP a fait l'objet d'une

Le DMP et les autres dossiers médicaux

Le DMP concerne la coordination des soins entre tous les professionnels de santé, de ville ou d'établissement de soins, médecins traitants ou spécialistes et professionnels de santé non médecins.

Il a vocation à être complémentaire des dossiers médicaux informatisés qui existent déjà. Il facilitera les échanges d'informations entre les professionnels de santé et entre ces dossiers, sous le contrôle du patient.


Le DMP arrive dans un paysage où coexistent déjà plusieurs dossiers médicaux. La déontologie comme la loi imposent aux professionnels la tenue de dossiers. Ils doivent consigner, sous la forme de leur choix, la totalité des informations relatives aux soins prodigués.

● En médecine de ville, le Code de déontologie médicale institue le dossier professionnel du médecin (art. 45 du Code de déontologie

médicale) : « *Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi (DMP), le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle; cette fiche est confidentielle et comporte des éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge, ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.* »

● À l'hôpital, le dossier médical des patients accueillis en établissement de santé public et privé a été institutionnalisé par la loi du 31 juillet 1991 (réforme hospitalière). Les articles R. 1112-1 à 9


du Code de la santé publique prévoient qu'un dossier est constitué pour chaque patient hospitalisé. Il rassemble des informations administratives et des informations médicales.

● Dans les réseaux de santé, le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 fixe des critères de qualité, des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation aux réseaux de santé souhaitant bénéficier de la dotation de développement des réseaux (DRDR), ou de subventions des collectivités territoriales ou de l'État. Il précise notamment l'organisation du système d'information et son articulation avec les systèmes d'information existants. Une charte doit être signée prévoyant notamment « les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs ». 

première expérimentation en conditions réelles d'utilisation. 38 200 DMP ont été ouverts dans 13 régions sur 17 sites pilotes. 2 500 professionnels de santé et 100 établissements de soins se sont mobilisés pour ce test. De cette première phase d'expérimentations, les chiffres montrent que, pour 44 % des professionnels de santé sondés, le DMP a une réelle valeur ajoutée et que 68 % d'entre eux ont confiance dans la sécurité et la confidentialité de ses données. 60 % se déclarent prêts à recommander son utilisation. Les patients se déclarent à 84 % satisfaits du DMP et 80 % sont prêts à en recommander l'utilisation à leur famille, leurs amis ou proches. 92 % estiment qu'ils ont confiance dans sa sécurité et sa confidentialité, 85 % n'ont pas de crainte pour le respect du secret médical. Les expérimentations ont démontré que le DMP est un projet réalisable. Elles ont aussi permis de faire des choix pour la généralisation de son utilisation. Pour les patients, la procédure d'accès et d'ouverture aux données doit se faire par Internet. Les professionnels de santé ont, quant à eux, souhaité que les logiciels qu'ils utilisent soient totalement compatibles avec le DMP pour éviter toute double saisie.

Afin de capitaliser sur les expérimentations réalisées en 2006 et d'initier une dynamique de terrain favorable au déploiement du DMP, le GIP-DMP a lancé, dès le

mois d'août 2006, une procédure d'appel à projets. Ces projets permettront de fédérer les énergies autour du DMP. Pour les acteurs nationaux et régionaux, il s'agira de s'adapter au cadre général du DMP. Les projets permettront d'impliquer les professionnels de santé et les établissements de soins pour créer un flux de DMP au moment de la généralisation avec le soutien des instances régionales (ARH, Urcam, URML, Ordres...). Une première sélection des projets a été menée par le GIP-DMP, la Cnamts, le ministère de la Santé et la Caisse des dépôts et consignations sur des critères précis : flux de DMP créés et alimentés, nombre de professionnels de santé et nombre d'établissements de santé impliqués. Elle a permis de retenir quatre projets nationaux et dix-huit projets régionaux.

L'année 2007 va être consacrée à la poursuite de ces actions de terrain, ainsi qu'à la mise en convergence avec le DMP de projets ou de réalisations proches, tels que le dossier pharmaceutique, le dossier communiquant de cancerologie ou les plates-formes régionales. 



Groupement d'intérêt public- Dossier médical personnel

Le DMP : un dossier très sécurisé

Le dossier médical personnel s'inscrit dans un cadre juridique rigoureux qui exige notamment le strict respect de la confidentialité des données de santé. Elle est garantie, à toutes les étapes de la vie du DMP, par des procédures hautement sécurisées.

Le DMP appartient au patient. Le professionnel de santé ne pourra y accéder qu'avec son autorisation. Les professionnels de santé sont les seuls à pouvoir entrer des données médicales dans son dossier. C'est le patient qui crée son DMP et qui en gère les accès via le portail Internet DMP. Il peut, après discussion avec le professionnel de santé, masquer certaines données.

La création du DMP

Le patient procède tout d'abord à l'ouverture de son dossier, puis active son compte Internet s'il souhaite consulter son DMP depuis Internet par la suite. Ces deux étapes se déroulent sur un espace sécurisé du portail DMP. Elles bénéficient toutes deux d'un double rempart :

- l'identification du patient repose sur son identifiant national de santé. Personnel, celui-ci garantit la sécurité médicale : pas de confusion possible entre deux patients. Suite à la décision rendue par la Cnil le 20 février dernier, cet identifiant national de santé ne pourra pas être le NIR (numéro de Sécurité sociale), mais sera un nouveau numéro, anonyme, construit à partir du NIR (cf. ci-après).
- l'authentification se fait grâce aux codes reçus par courrier de son organisme d'assurance maladie. Le premier de ces codes servira pour l'ouverture du DMP, le second pour l'activation de l'accès Internet.

Un identifiant santé spécifique

La Cnil a rendu le 20 février dernier son avis sur l'identifiant national de santé. Elle a indiqué clairement qu'elle n'était pas favorable à ce que le numéro de Sécurité sociale (NIR) soit utilisé comme identifiant direct des dossiers médicaux, et notamment du dossier médical personnel (DMP). Elle estime en revanche qu'il convient de bénéficier des qualités d'unicité et de fiabilité du NIR. Elle recommande donc que le nouvel identifiant national de santé, créé par la loi du 30 janvier 2007, soit généré à partir du NIR certifié. La carte Vitale 2, en cours de déploiement, inclura ce nouvel identifiant de santé.

Les accès au DMP

Pour accéder à son dossier depuis un compte Internet, le patient s'identifie via son identifiant national de santé.

Puis il s'authentifie grâce à un code secret choisi par lui à l'ouverture de son compte et un mot de passe à

usage unique, valable seulement quelques minutes et généré par le portail. Le patient peut le recevoir sur son téléphone portable ou sur son courriel. Le niveau de sécurité est au moins équivalent à celui des services bancaires en ligne.

Le professionnel de santé se connectera au portail Internet DMP via son logiciel professionnel de santé « DMP compatible ». Il saisira l'identifiant national de santé de son patient, puis s'identifiera avec sa carte de professionnel de santé (CPS). Si le professionnel de santé travaille en établissement, l'identification se fera directement via le système informatique de l'établissement grâce au certificat CDE.


Si le patient a donné les droits d'accès à la création de son DMP, après vérification des autorisations d'accès, il pourra ouvrir le DMP et, éventuellement, l'alimenter, en accord avec son patient. Si le patient n'a pas donné les droits d'accès au professionnel de santé, il peut donner son autorisation au professionnel de santé au cours de la consultation. Le professionnel de santé peut alors accéder au DMP.

Il est à noter que chaque consultation ou dépôt d'informations sur le dossier laisse une trace informatique, visible par le patient.

Les échanges et le stockage des données

Les informations envoyées pour enrichir le DMP sont chiffrées lors de leur transfert sur Internet. Il s'agit d'une solution de chiffrement standard de l'Internet, utilisée entre autres par toutes les banques, le protocole SSL. Cela garantit l'intégrité des données conservées dans le DMP et la confidentialité des données du DMP lorsque celles-ci transitent sur Internet. L'hébergeur qui stocke les DMP a reçu pour cela un agrément de l'État, attestant qu'il est conforme à des référentiels publics, notamment en matière de sécurité (protection contre les accès illégitimes). Il n'a pas accès au contenu des dossiers.

Sécurité des données : quelles bonnes pratiques ?

La sécurité de l'hébergement des données et celle du portail sont sous la responsabilité et le contrôle du groupement d'intérêt public chargé du DMP. Deux éléments de la chaîne de confidentialité se situent en dehors de son périmètre : l'ordinateur du patient et celui du professionnel de santé. Les pouvoirs publics engageront des opérations de sensibilisation et de formation aux bonnes pratiques vers les professionnels de santé dans les mois à venir. 

Textes juridiques de référence

Législation relative aux informations concernant la santé des personnes et aux dossiers contenant ces informations

- La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dispose notamment :
 - ◆ de l'accès direct des patients aux informations concernant leur santé (L. 1111-7 du Code de la santé publique);
 - ◆ de l'uniformisation de la prescription des actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à dix ans à compter de la consolidation du dommage (L. 1142-28 CSP);
 - ◆ de la publication par l'HAS (Haute Autorité de santé) de recommandations de bonnes pratiques concernant l'accès aux informations sur la santé d'une personne, notamment l'accompagnement de cet accès (art. L. 1111-9 CSP);
 - ◆ de l'hébergement de données de santé à caractère personnel sous conditions d'agrément des hébergeurs (L. 1111-8 modifié par la loi 2004-801 du 6 août 2004, la loi 2004-810 du 13 août 2004, la loi 2007-127 du 30 janvier 2007).
- Le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale en son article 45 dispose de l'obligation pour le médecin de tenir une fiche d'observation personnelle pour chaque patient (R. 4127-45 CSP).
- Le décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel prévoit les conditions d'obtention de l'agrément d'un hébergeur, ainsi que les conditions de l'hébergement des données de santé à caractère personnel (R. 1111-9 CSP et suivants).
- Le décret n° 2006-143 du 9 février 2006 est relatif aux modalités d'accès des médecins aux données relatives aux prestations servies aux bénéficiaires de l'assurance maladie (R. 162-1-10 et suivants du Code de la Sécurité sociale).
- L'arrêté du 7 février 2006 fixe la composition du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel (JO n° 39 du 15 février 2006 page 2342).
- La délibération n° 2005-296 du 22 novembre 2005 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés porte adoption d'une norme simplifiée relative aux traitements automatisés de données à caractère personnel mis en œuvre par les membres des professions médicales et paramédicales exerçant à titre libéral à des fins de gestion de leur cabinet (JO n° 7 du 8 janvier 2006 texte n° 19).

Textes à paraître

- Le décret relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique (pris pour application de l'art. L. 1110-4 CSP).
- Le décret relatif à l'identifiant de santé (pris pour application de l'art. L. 1111-8-1 CSP).

Législation relative au dossier médical personnel

- La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie dispose :
 - ◆ de la création du DMP « afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé », DMP dont dispose chaque bénéficiaire de l'assurance maladie et qui comporte « notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Le DMP comporte également un volet spécialement destiné à la prévention » (L. 161-36-1 CSS);
 - ◆ de l'hébergement du DMP « auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé » (L. 161-36-1 CSS). « L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé... et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du DMP de la personne prise en charge par le médecin » (L. 161-36-1 CSS);
 - ◆ « Le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie [...] est subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter » (L. 161-36-2 CSS).
- La loi 2007-127 du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions, en son article 25, modifie le cadre législatif pour permettre une mise en œuvre opérationnelle du DMP. Ces dispositions concernent en particulier la prise en charge des patients en cas d'urgence, prévoient une base légale pour la tarification des hébergeurs de données de santé à caractère personnel, la convergence entre le DMP et le carnet de santé de l'enfant, la convergence entre le DMP et le dossier pharmaceutique, et enfin l'adoption d'un identifiant de santé (en créant l'art. L. 1111-8-1 CSP).

Textes à paraître

- Le décret relatif au dossier médical personnel et au dossier pharmaceutique (pris en application de l'art. L. 161-36-4 CSS et L. 161-36-4-2 CSS).



**Groupement
d'intérêt public-
Dossier médical
personnel**

L'étude du modèle économique du dossier médical personnel

Le projet DMP en France s'inscrit dans une double préoccupation de reconnaissance des droits du patient à l'information sur sa santé (loi du 4 août 2002) et de recherche d'efficacité du système de santé (loi du 13 août 2004), en améliorant la coordination des soins, la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge du patient.

Pour être en mesure de piloter au mieux un projet touchant l'ensemble de la population française, le GIP-DMP a souhaité valider la rationalité économique du DMP et identifier, en regard des bénéfices attendus et des investissements à consacrer, les conditions de succès du projet. Le GIP-DMP a confié à Bearing Point l'étude du modèle économique du DMP, un élément d'orientation de la conduite du projet.

À court et moyen termes, les gains directs suffisent à assurer la rentabilité du projet

En premier lieu, le DMP est un projet rentable. C'est ce qui ressort de l'étude menée par Bearing Point. Il faut noter qu'il s'agit d'une initiative peu fréquente, dans les projets médico-sociaux. Il ressort de cette étude que le DMP devrait représenter un investissement de

l'ordre de 1,2 milliard d'euros sur cinq ans. En retour, en supposant que 80 % des bénéficiaires de l'assurance maladie auront ouvert un DMP quatre ans après le démarrage du projet, le DMP pourrait dégager des gains de productivité à hauteur de 1 milliard d'euros par an.

Une bonne partie des gains de productivité est imputable à la diminution des accidents iatrogènes que le DMP va contribuer à rendre possible. Rappelons qu'aujourd'hui les erreurs de prescription sont responsables en France de 128 000 hospitalisations par an et causent entre 12 000 et 15 000 décès. L'autre source d'économies va résulter de la diminution des redondances d'examen de biologie ou de radiologie.

Il faut noter que la quantification des « gains » potentiels attendus a été élaborée de manière prudente, par transposition des résultats d'études étrangères sur les données françaises.

Tous les scénarios de généralisation définis avec des contextes plus ou moins favorables pour le déploiement de l'outil aboutissent à conclure à la rentabilité du DMP, avec des résultats tout à fait satisfaisants sur le plan strictement financier.


Des enjeux indirects au moins du même ordre que les gains directs

Au-delà des objectifs que la loi lui assigne, le DMP peut avoir un rôle incitateur, fédérateur et structurant dans trois domaines au moins dans l'organisation de notre système de santé : l'amélioration de la prise en charge des patients et la diffusion des bonnes pratiques de soins, la communication, les échanges et le traitement de l'information entre professionnels de la santé, le support aux politiques de santé publique : éducation à la santé et prévention. Compte tenu de ce rôle incitateur, structurant et normatif du DMP pour un ensemble de projets connexes destinés à l'amélioration de la prise en charge du patient et de la meilleure coordination des professionnels de santé, les enjeux indirects liés à la mise en place du DMP sont du même ordre que les gains potentiels directs.


Le DMP : un projet raisonnable et cohérent

Le modèle national du DMP est en cohérence avec les projets menés par d'autres pays. Les éléments de *benchmark* recueillis montrent que de nombreux projets DMP sont aujourd'hui lancés dans le monde, tous fortement liés au contexte local. En France, le DMP vient ajouter une dimension structurante à un système de santé disposant déjà d'un niveau d'infor-


Une démarche originale

Pour caractériser la montée en puissance du DMP — à savoir le rythme d'ouvertures de dossiers et l'évolution du taux d'utilisation — BearingPoint a intégré au modèle économique des variables relatives au comportement des acteurs : patients et professionnels de santé. Des freins tels que la résistance au changement ou le désintérêt pour le projet viennent moduler l'évolution d'événements comme l'ouverture du dossier pour un patient ou la décision d'utiliser le DMP (tant en consultation qu'en alimentation) pour un professionnel de santé. Ces éléments conjugués à l'impact des leviers sur le nombre et l'utilisation du DMP constituent l'originalité de la démarche. Lors d'une simulation, le retour sur investissement ainsi que son évolution dans le temps est déterminé dynamiquement en réponse aux valeurs des différents paramètres du scénario. 

L'outil de simulation

Le premier défi du modèle économique consistait à expliquer comment la montée en puissance du DMP devait permettre la réalisation des potentiels de gains identifiés. Le second défi consistait à définir un ensemble de relations entre le nombre et l'utilisation du DMP d'une part, et les actions susceptibles de favoriser la généralisation d'autre part. Bearing Point a développé un outil de simulation qui traduit ces mécanismes complexes en état de synthèse. Chaque scénario est illustré à la fois par des données financières relatives aux retours sur investissements et par des informations volumétriques relatives au nombre de dossiers créés ainsi qu'au taux d'utilisation. Un nombre considérable de paramètres est susceptible de constituer un scénario et chaque simulation est le résultat de plus de 20 000 calculs. Rappelons que cette démarche en amont est exceptionnelle dans le monde de la santé publique en France ; cette modélisation *ex ante* repose sur des hypothèses définies avec des représentants des différents acteurs de la santé. 

maîtrise du budget requiert un dispositif particulier et concerté de gouvernance du programme. Il doit permettre la convergence technique et calendaire de nombreux autres projets (dossier pharmaceutique, historique des remboursements, projets relatifs aux analyses biologiques et radiologiques...).

L'étude du modèle économique a mis en évidence les principaux leviers susceptibles d'assurer le succès du DMP. Ainsi, la conduite du projet pourra être aménagée en fonction de la réaction des acteurs médecins, hôpitaux, patients. De même, la montée en charge du projet est accompagnée d'indicateurs qui permettront aux gestionnaires des finances publiques (assemblées parlementaires, services ministériels, organisations professionnelles, associations de patients...) d'en suivre la réalisation. 

maturation et de pratique des nouvelles technologies par le monde de la santé : carte Sésam-Vitale et carte de professionnel de santé (CPS), échanges informatisés avec la Sécurité sociale, expériences d'informatisation de réseaux conduites depuis dix ans avec le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)... À l'étranger, le projet s'inscrit souvent dans une logique de réforme globale du système de santé.

Dès lors, il n'est pas surprenant d'envisager en France un projet plus court, au périmètre maîtrisé et moins coûteux, même si les ambitions en termes de potentiel de gains sont similaires aux initiatives étrangères (Australie, Allemagne...).

Ce modèle permet également d'identifier les orientations à privilégier pour assurer la réussite du projet.

L'analyse de la valeur du projet (réalisée selon la méthodologie Mareva¹ adaptée au DMP) confirme que l'atteinte des retours sur investissements et bénéfices qualitatifs évoqués est liée à la mise en œuvre d'actions favorisant l'adhésion des professionnels de santé et des usagers. Au-delà des actions de communication et de formation, il s'agit d'inciter et de faciliter l'accès au DMP à l'ensemble de la population française. La

1. La méthodologie Mareva (méthode d'analyse et de remontée de la valeur) consiste à comparer les coûts et la valeur des services à déployer.



Le dossier pharmaceutique, un outil professionnel de sécurisation de la dispensation

Isabelle Adenot

Président de la section A de l'Ordre national des pharmaciens

Les pharmaciens ont une responsabilité : l'exclusivité de la dispensation des médicaments, biens de santé et non biens de consommation courante gouvernés par les seules règles de droit commun. Les médicaments tiennent une place importante dans notre système de santé. Ils participent largement aux progrès thérapeutiques mais, tout en soignant, ils peuvent aussi être porteurs d'effets secondaires. Tous les efforts doivent être portés sur les moyens de développer leur bon usage, d'autant plus que l'accroissement de la durée moyenne de la vie augmente la fréquence des polythérapies.

Cet enjeu concerne bien sûr d'abord les patients, mais il est également économique. Les mauvais usages génèrent des accidents iatrogéniques responsables de nombreuses hospitalisations aux conséquences humaines et financières importantes. Finalement, il s'agit de concilier l'intérêt du malade et l'intérêt général, qui exige une égale accessibilité aux soins et à la solidarité sociale.

À l'heure où l'on s'interroge sur la viabilité de notre système de santé, sur l'iatrogénie médicamenteuse et la surconsommation de médicaments, quel peut être l'apport des pharmaciens d'officine, habitués à utiliser les technologies de l'information et de la communication et à échanger des données ?

Les pharmaciens sont harmonieusement répartis sur l'ensemble du territoire, facilement accessibles sans rendez-vous, proches au quotidien du public qui les considère très fréquemment comme étant une « sentinelle » de premier recours pour sa santé. Ils bénéficient d'un capital confiance régulièrement confirmé. Leur acte pharmaceutique est en pleine évolution : en plus d'exécuter chaque ordonnance, l'efficacité thérapeutique commande de vérifier que le patient tire le meilleur bénéfice de l'ensemble de ses traitements, qu'il y adhère et les suit avec une bonne observance. Ce service personnalisé doit s'accompagner d'actions de prévention et d'éducation à la santé. Il se développe dans tous les pays : il correspond au « soin pharmaceutique ».

Dans ce contexte, pour répondre au besoin d'optimiser les soins, la profession a proposé de créer, en articulation avec le dossier médical personnel (DMP), un outil professionnel, le dossier pharmaceutique (DP). Son concept est simple : il collecte, pour chaque patient, l'ensemble de ses traitements médicamenteux (prescrits ou conseillés par les pharmaciens d'officine), sur une période de quatre mois, et il les centralise au niveau

national chez un hébergeur de données (aujourd'hui sélectionné), pour permettre à toute officine dans laquelle se rend le patient de les consulter et de les compléter.

Objectifs du DP

Le DP, outil professionnel du pharmacien officinal, a trois objectifs essentiels :

Sécuriser la dispensation, en permettant au pharmacien de repérer des risques ou des redondances aujourd'hui non décelables lorsque le patient s'approvisionne dans plusieurs pharmacies, d'assurer un meilleur suivi des traitements et un meilleur conseil. À terme, il permettra aussi de mieux gérer les retraits de lots de médicaments et de participer à leur traçabilité jusqu'au patient.

Favoriser la coordination avec les autres professionnels de santé, en alimentant quotidiennement le « volet » médicament du DMP, afin que ces professionnels, s'ils y sont habilités par la réglementation, puissent en prendre connaissance en consultant le DMP du patient.

Fédérer la profession dans un réseau unique, celui de la Croix Verte : réseau vigilant à une relation patient-médicament sécurisée et qui s'engage pour la performance du système de santé ; réseau à qui les autorités de santé pourront communiquer, y compris jours fériés et nuits, une alerte sanitaire grave. Il leur suffira de déposer l'information chez l'hébergeur national des DP, qui la répercutera instantanément à toutes les officines.

Toutes ces applications font du DP un grand chantier à plusieurs volets : juridique, technique, financier, de stratégie de déploiement et de communication.

Conduite du projet

Le projet DP, proposé à la profession tout entière, est mené par son Ordre national, responsable de veiller à l'éthique des pharmaciens, à leur déontologie et à leur compétence. Plus particulièrement, l'Ordre doit « contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels » (art. L. 4231-1 du Code de la santé publique). Il doit également concilier « les intérêts normaux de la profession et les intérêts supérieurs de la santé publique » (art. L. 4231-2 du même Code).

La loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé vient d'officialiser le dossier pharmaceutique et de confier sa mise en œuvre au Conseil national de l'Ordre.

Conscient de ses responsabilités, l'Ordre examine avec soin toutes les questions juridiques, sociales et

éthiques soulevées par l'utilisation professionnelle des réseaux numériques et se portera garant de la seule finalité thérapeutique du DP.

Il a développé pour cela, en concertation avec tous les acteurs concernés, une organisation particulière. Une équipe dédiée se coordonne aux habituels organes de décision internes à l'institution. Pour suivre ses travaux, un comité a été constitué, composé d'organisations professionnelles (syndicats représentatifs de la profession, Ordres des professionnels de santé prescripteurs, représentant des facultés de pharmacie, étudiants...) et des partenaires publics (ministère de la Santé, Haute Autorité de santé, Afssaps, Cnam, Cnil, GIP-DMP...).

Pour que le dispositif soit adapté à la pratique professionnelle quotidienne et non l'inverse, des comités de pilotage et des groupes de validation incluent nombre de pharmaciens, y compris localement.

Le DP s'appuiera sur les atouts des officines : une informatisation à plus de 99 % par des sociétés (SSII) éditrices de logiciels métier en nombre limité, un équipement généralisé de lecteurs de cartes (Sésame-Vitale et carte CPS d'identification professionnelle), une codification numérique de tous les médicaments, permettant d'en saisir automatiquement les références dans le dossier pharmaceutique.

Néanmoins, pour réussir le déploiement du DP, nous devons apporter les meilleures solutions techniques et accompagner le changement. L'Ordre reste en effet conscient que, si toutes les officines sont informatisées, toutes n'ont pas l'équipement adapté (accès à l'ADSL, par exemple) pour utiliser pleinement le DP en temps réel : la profession avancera donc dans ce projet au rythme de chacun. Ceux déjà équipés en profiteront d'emblée, les autres y viendront peu à peu.

Il reste que l'appropriation sera d'autant plus réussie que le DP sera utile. Dans cette perspective, les pharmaciens non équipés d'une connexion rapide sur chaque poste de travail pourront d'ores et déjà abonder le DP de leurs historiques, en temps légèrement décalé.

La phase pilote du déploiement a démarré en avril 2007, par le recrutement des officines volontaires situées dans les six départements choisis essentiellement pour leur proximité avec les sièges de SSII : Doubs, Meurthe-et-Moselle, Nièvre, Pas-de-Calais, Seine-Maritime, Rhône. Après le fonctionnement réel, les options retenues seront ajustées durant l'été pour ensuite poursuivre la généralisation, prévue à l'automne 2007.

Concrètement, les logiciels d'aide à la dispensation des officines intégreront complètement les applications du DP. Tous les éditeurs de logiciels ont reçu dès juillet 2006 le cahier des charges. De son côté, l'hébergeur national du DP, quel que soit le nombre de connexions (on peut les évaluer à terme à plus de 2 millions par jour), rendra accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 les données hébergées en moins de 3 secondes dans 95 % des cas, de manière fiable et intègre : car il ne faudrait pas que se créent des files

d'attente dans les pharmacies, même si plusieurs DP doivent y être consultés simultanément ! Cela conduirait à une perte d'intérêt du système et à l'abandon de son exploitation optimale.

Le consentement éclairé et exprès du patient (ou de son représentant légal) devra naturellement être recueilli pour créer son dossier pharmaceutique. Ce consentement permettra alors à toute pharmacie de consulter et d'alimenter ce DP, *en présence de l'intéressé*, et sauf si celui-ci s'y oppose à l'occasion d'une dispensation déterminée.

Concrètement, le pharmacien, identifié par sa carte de professionnel de santé (CPS), accèdera au DP du patient (lui-même identifié par sa carte Vitale, *mais sans utiliser son numéro de Sécurité sociale*), afin de le consulter et de l'alimenter. Après cette opération, les données visualisées qui étaient issues d'autres officines ne resteront pas dans le système informatique du pharmacien : elles en seront automatiquement effacées. Elles ne subsisteront que chez l'hébergeur national, pour pouvoir à nouveau être consultées à la prochaine visite du patient. L'hébergeur ne les conservera lui-même que pendant quatre mois. Cette durée suffira, en effet, pour permettre au pharmacien d'identifier les risques de redondance ou d'interaction de traitements.


En revanche, les données seront d'emblée communiquées au dossier médical personnel du patient, où les autres professionnels de santé qui prennent en charge la personne pourront les consulter s'ils y sont habilités.

C'est ainsi que le DP contribuera à sécuriser la dispensation des médicaments, à promouvoir la coordination entre professionnels de santé et la qualité des soins.

Ce projet est ambitieux, puisqu'il nécessite de mobiliser les 23 000 officines, en attendant que les pharmacies hospitalières le rejoignent, mais il ne relève nullement de l'utopie. Derrière son président, Jean Parrot, l'Ordre des pharmaciens le conduit avec détermination, en veillant soigneusement à toutes ses obligations :

- à l'égard des patients : respect de leurs droits et de leur liberté, fiabilité, confidentialité de l'hébergement et de l'accès aux données ;

- à l'égard des pharmaciens : facilité d'utilisation, performance et coût très étudié – ce coût étant financé pour l'essentiel par la profession elle-même.

Le DP accompagnera la future évolution de l'acte pharmaceutique, qui sera demain centré sur la personne autant que sur le médicament. Sa réussite permettra aux pharmaciens de conserver la confiance que les patients leur accordent et de pérenniser de manière innovante la mission de santé publique qui leur est dévolue. 



Le dossier communicant de cancérologie

Alain Livartowski
Médecin, DIM
Institut Curie,
directeur du projet
DCC Ile-de-France

Le dossier communicant de cancérologie (DCC) est un des éléments du Plan cancer. La mesure 34 propose la mise en place d'un DCC sous la responsabilité des réseaux régionaux du cancer. Cette mesure entre dans le cadre de la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Les principaux objectifs du DCC sont :

- de servir de support à la coordination des soins,
- de permettre des échanges sécurisés entre les établissements, la médecine de ville et les organisations de soins à domicile,
- de constituer une ressource pour l'évaluation collective des pratiques et de la qualité des soins.

Le DCC constitue un outil de travail collaboratif destiné prioritairement aux professionnels de santé. Un cahier des charges a été publié par l'Institut national du cancer et est disponible sur le site de l'Inca (www.e-cancer.fr).

Dans le même temps, le projet de dossier médical personnel (DMP) a vu le jour et se mettra progressivement en place. La question que se posent de nombreux médecins est la suivante : « À quoi sert-il de mettre en place un DCC si tous les patients ont un DMP ? Ne suffirait-il pas de prévoir, dans le DMP, une partie liée à la pathologie cancéreuse sans réaliser un autre dossier ? »

La problématique des différents dossiers

L'initiative la plus marquante est celle du dossier médical personnel (DMP), mais on placera en parallèle le projet de l'assurance maladie qui consiste à mettre à disposition des médecins l'historique des remboursements. Les établissements de santé, dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge du patient, ont de nombreux projets d'informatisation du dossier destiné aux professionnels de santé qui travaillent chez eux et de nombreux professionnels de santé libéraux, en cabinet, qu'il soient généralistes ou spécialistes, disposent d'un dossier informatisé.

Il convient de bien définir les objectifs des uns et des autres, et d'étudier de multiples problèmes comme l'interopérabilité, la complémentarité, la facilité d'accès à l'information pour les professionnels de santé.

Les objectifs du DMP et du DCC sont différents

Pour le DMP, il s'agit de prendre en charge l'ensemble des patients, donc l'ensemble des pathologies, et il s'agit avant tout d'un dossier personnel qui appartient au patient et dont il peut faire l'usage qu'il souhaite. Les droits d'accès sont contrôlés directement par le patient et l'accès direct du patient à son dossier par Internet est acquis.

En ce qui concerne le DCC, l'objectif essentiel est la mise en œuvre d'une coordination des soins entre

professionnels. Les droits d'accès sont définis par le réseau, avec l'accord du patient, et le dossier est avant tout destiné aux médecins spécialistes de la cancérologie, même s'il peut être ouvert aux différents correspondants non spécialisés dans le cancer. La mesure 34 indique que « le dossier communicant doit être accessible aux médecins libéraux du réseau et bien entendu au patient », mais pas forcément par un accès direct par Internet.

La complémentarité et la convergence entre DCC et DMP

En termes de contenu, pour la prise en charge du cancer, il est utile de disposer de l'ensemble des résultats biologiques des examens réalisés pour le patient et de l'ensemble des comptes rendus de radiologie. Par ailleurs, il serait important que soient accessibles les comptes rendus de spécialistes et bien sûr, point fondamental, tous les comptes rendus d'hospitalisation. Si cela est réalisé dans le cadre du projet DMP, il est inutile de disposer des mêmes informations dans le DCC.

Le DCC a des spécificités par rapport au DMP en termes de contenu, et on peut citer :

- Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), réunions entre médecins qui aboutissent à la réalisation d'un compte rendu, qui n'est pas, *a priori*, destiné à être remis au patient. Par contre, à la suite de cette RCP, dans le cadre d'une consultation, il est nécessaire de fournir au patient un programme personnalisé de soins (PPS), discuté oralement et remis par écrit. Ce PPS sera à l'évidence dans le DCC, mais il ne serait pas illogique qu'il figure également dans le DMP, alors que le compte rendu de RCP pourrait rester dans le DCC.

- La possibilité de pouvoir repérer, facilement, dans un système d'information, des épisodes de soins qui sont liés au cancer par rapport à ceux qui ne le seraient pas.

- Un des points fondamentaux du DCC est la mise à disposition des comptes rendus d'anatomo-pathologie. Beaucoup d'acteurs se sont émus que ces comptes rendus soient mis à disposition automatique du DMP et soient donc accessibles directement au patient avant que les professionnels de santé aient pu en prendre connaissance et surtout qu'ils aient pu expliquer les conséquences d'un diagnostic de cancer. Il s'agit de documents sensibles qui pourraient être « masqués » au patient par le professionnel en l'attente de la consultation d'annonce, de façon temporaire.

De nombreux réseaux se sont déjà informatisés et disposent parfois d'un dossier communicant considéré comme l'outil des professionnels. Le pilotage, comme

le veut le Plan cancer, est régional et il est certain qu'il existera dans d'autres pathologies chroniques (comme les soins palliatifs ou le diabète) des dossiers communicants au niveau régional, toujours dans le cadre des réseaux.

On peut donc considérer le DCC comme un dossier destiné avant tout aux professionnels de santé, alors que le DMP est avant tout destiné aux patients. Par contre, il existe des analogies entre le DCC et les dossiers d'établissements sauf que, dans ce cas, il s'agit d'un établissement virtuel : le réseau régional de cancérologie.

L'interopérabilité entre les dossiers et la gestion de la sécurité

Un problème essentiel consiste à assurer l'interopérabilité entre ces différents dossiers. Un important travail a été fait au niveau du DMP concernant notamment l'enveloppe et les étiquettes normalisées (probablement selon la norme HL7 V3 CDA), alors que les documents devraient être disponibles dans des formats non normalisés à condition de respecter certains formats PDF, RTF ou XML.

Dans le cadre du DMP, il est prévu de mettre en place un identifiant national de santé, et il sera possible d'utiliser cet identifiant dans le DCC comme un trait de l'identité au même titre que le nom, le prénom, la date de naissance ou le sexe. Pour assurer au mieux cette interopérabilité, il serait utile que les projets DMP et DCC utilisent la même infrastructure, les mêmes connecteurs, les mêmes enveloppes, les mêmes étiquettes et le même identifiant. On constate qu'on pourrait réaliser une économie de moyens importante si les adaptations des systèmes d'information locaux faits pour le DMP étaient utilisables pour le DCC.

En termes de sécurité, il est prévu un accès et une authentification sécurisée pour le DMP. Pour les professionnels de santé, l'utilisation de la carte CPS ou, dans le cadre des établissements, de certificats d'établissements, est recommandé. Il ne faudrait pas que, dans le cadre du DCC pour une maladie sensible comme le cancer, les authentifications soient moins fortes et reposent uniquement sur l'utilisation d'un identifiant et d'un mot de passe.

Les services attachés au DCC

Dans le cahier des charges de l'Inca différents services sont prévus dans le cadre du projet DCC pour améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer. On peut imaginer notamment les services suivants :


- L'inscription dans le cadre du réseau et la gestion du consentement explicite nécessaire dans le cadre de la prise en charge dans un réseau de cancérologie.
- Les réunions de concertation pluridisciplinaires qui nécessitent une organisation, un planning, l'inscription d'un patient, la réalisation d'un compte rendu et la mise à disposition de ces informations pour les différents intervenants.

- Un point particulier consiste à rendre disponible, consultable par l'ensemble des praticiens et par le patient lui-même, le programme personnalisé de soins, pour assurer au mieux la prise en charge partagée. Il existe quelques expériences d'informatisation des programmes personnalisés de soins. Le DCC pourrait offrir un support pour cet objectif.

- La possibilité de réaliser automatiquement une demande d'ALD à destination des différentes caisses d'assurance maladie.

- D'autres proposent la mise en place d'alertes, notamment pour la réalisation systématique d'examens complémentaires dans le cadre de la surveillance ou dans le cadre de la planification des traitements.

- La mise à disposition de référentiels qui seraient au mieux contextuels à l'état du patient et qui seraient probablement disponibles sur les différents sites régionaux, même si la réalisation se fait au niveau de l'Inca ou au niveau de sociétés savantes.

Le DCC constitue le lien le plus efficace et le plus utile entre les professionnels qui partagent la prise en charge d'un patient dans le cadre d'un réseau de soins. Pour assurer au mieux l'accès aux innovations, la pratique de la cancérologie devra s'inscrire obligatoirement dans le cadre des réseaux, et les réseaux régionaux de cancérologie devraient être opérationnels dans chaque région au plus tard fin 2007. Leur rôle sera d'assurer la coordination de l'ensemble des acteurs et d'organiser le dossier communicant de cancérologie. Pourtant, il convient que celui-ci s'articule correctement avec les autres projets, notamment le DMP et les dossiers d'établissements. Cette condition est indispensable pour la réussite de ces projets qui pourraient permettre au système de santé français de rattraper son retard en matière d'informatisation. 

Le plan cancer : <http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/plancancerbase.pdf>

Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Cahier des charges du DCC - avril 2006 : http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/cctpavril2006_190906.pdf