



Les questions autour du dossier médical personnel

Plusieurs questions se posent autour du DMP : la protection des données personnelles, le droit au masquage des informations et la sécurité du système. Pour les médecins, des retombées sur leur responsabilité sont à envisager. Enfin, l'évaluation des dossiers médicaux électroniques est difficile car les systèmes sont complexes. L'efficacité et les résultats économiques dépendent du contexte, d'un pilotage et d'une mise en œuvre bien menés.

Accès aux informations de santé et DMP

Jeanne Bossi
Chef de la Division
des affaires
publiques et sociales,
Cnil

Le législateur a créé en 2004 un nouveau dossier médical partagé, le dossier médical personnel. Inscrit à l'article L. 161-36-1 du Code de la Sécurité sociale, il est mis en place dans un souci affirmé de meilleure coordination des soins et d'amélioration de la qualité et de la continuité des soins. Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie devra disposer de son propre dossier médical (DMP), hébergé par un organisme agréé présentant les conditions nécessaires pour garantir la confidentialité des données. Le DMP sera constitué notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins.

Ces premières caractéristiques ne le distinguent pas *a priori* des autres dispositifs déjà mis en place, par exemple dans le cadre des réseaux de soins. C'est un dossier médical partagé institué pour une meilleure prise en charge médicale de la personne.

Il sera accessible directement au patient, conformément aux dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique et selon les modalités de l'article 40 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Mais, alors que jusqu'à présent le droit d'accès aux données de santé s'exerçait à l'égard de données par ailleurs détenues par les seuls professionnels de santé

dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, le dossier médical personnel se présente aujourd'hui comme celui du patient, accessible aux seuls professionnels de santé autorisés par le patient à y accéder et à y inscrire certaines données.

La reconnaissance par la loi de modalités particulières d'exercice du droit d'accès, comme le droit de masquage de certaines données, la possibilité de désigner de façon nominative chacun des professionnels de santé à qui le patient souhaite ouvrir des droits en lecture ou en écriture, la possible mise en place de dispositifs techniques permettant au patient d'accéder lui-même directement de son poste informatique à son dossier médical illustre la singularité du DMP par rapport à d'autres projets de dossiers médicaux partagés.

Certes, le rappel de ces premiers éléments reste aujourd'hui encore très théorique, les récentes expérimentations du DMP n'ayant pas permis — loin s'en faut — de mesurer les conséquences de leur application. Mais la prochaine généralisation du DMP dans un contexte qui s'accompagnera nécessairement de changements importants des mentalités et d'exigences en matière de sécurité permettra certainement de le mesurer.

Il appartient dès lors à la Commission nationale de l'informatique et des libertés, autorité chargée de veiller

au respect de la protection des données personnelles, de s'assurer des conditions de sécurité dans lesquelles le DMP sera mis en place — un contexte de sécurité garantie étant seul de nature à permettre un exercice effectif des droits des patients prévus par la loi.

La maîtrise du DMP par le patient

La volonté du législateur de créer un nouveau dossier médical personnel doté de caractéristiques qui lui sont propres, associée à celle exprimée dans la loi du 4 mars 2002 sur les droits du malade de consacrer le droit d'accès direct aux données médicales, assure ainsi en principe la maîtrise par le patient du contenu et des accès à son dossier médical personnel.

Le contrôle du contenu et le choix des accès

L'ouverture du DMP s'effectuera par voie électronique. Les bénéficiaires de l'assurance maladie pourront ouvrir leur DMP auprès de l'administrateur d'un portail géré par la Caisse des dépôts et consignations, qui leur présentera une liste des hébergeurs de données de santé agréés parmi lesquels les intéressés choisiront l'hébergeur avec lequel ils concluront un contrat¹.

Le dossier médical personnel sera composé de données relatives à l'identification du titulaire du DMP, de données concourant à la coordination, la qualité et la continuité des soins et de la prévention — les données, définies au regard de ce critère de pertinence, sont regroupées en quatre volets (les données médicales générales, les données de soins, les données de prévention et les images radiographiques ou autres imageries médicales) —, ainsi que d'un espace personnel d'expression du titulaire dans lequel il pourra faire figurer les informations qu'il estime utile de porter à la connaissance des professionnels de santé².

Tel est aujourd'hui défini le contenu du dossier médical personnel dont la généralisation est prévue en 2007.

Le titulaire accédera en consultation à toutes les informations de son DMP conformément aux dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique. Il aura également accès aux traces relatives aux actions effectuées sur son DMP, qui lui indiqueront l'identité des personnes ayant accédé au DMP, l'heure, la date de leurs interventions, les documents consultés, modifiés (le texte vise les documents « reportés ») ou supprimés.

La seule partie où le titulaire pourra inscrire des informations est son espace personnel d'expression.

Il reviendra au patient de désigner nominativement

les professionnels de santé qui pourront consulter et alimenter son DMP, et de déterminer les droits qui leur sont reconnus. Chaque professionnel de santé autorisé par le patient à accéder au dossier médical y reportera les éléments concourant à la coordination des soins et s'inscrivant dans les formats ainsi définis³.

Le projet de décret prévoit également que, pour créer son DMP, y accéder et le gérer, le titulaire du DMP utilisera la carte Vitale 2 ou un dispositif d'identification et d'authentification offrant des garanties de sécurité équivalentes, agréé par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Il conviendra sur ce point que l'agrément soit également délivré après avis de la Cnil. Il devra en tout état de cause être conforme au référentiel national de sécurité prévu par l'ordonnance du 8 décembre 2005 sur l'administration électronique et agréé par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

Le droit de masquage

Le droit reconnu au titulaire du DMP de masquer des informations de son DMP, prévu dans le cadre des expérimentations du DMP et par les dispositions de l'avant-projet de décret sur le DMP, peut apparaître comme une application du droit reconnu par l'article 40 de la loi informatique et libertés à toute personne physique dont des données à caractère personnel font l'objet d'un traitement de les rectifier, les compléter ou les supprimer lorsqu'elles s'avèrent inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées.

De façon générale, la Cnil a considéré, jusqu'à présent, que la requête d'un patient qui demanderait à son médecin l'effacement de données qui ne seraient ni inexactes, ni incomplètes, ni équivoques ou périmées, ne peut être satisfaite, sauf si le patient invoque des motifs légitimes. En effet, conformément aux dispositions de l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, « toute personne a le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que les données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement ».

Si l'exercice du droit d'opposition reconnu par l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 doit être apprécié au regard du caractère obligatoire de la tenue du dossier médical personnel, que le législateur a souhaité inscrire dans la loi en conditionnant le niveau de remboursement des soins à son ouverture, la reconnaissance d'un droit de masquage des informations du DMP peut être de nature à équilibrer la relation entre le patient et le professionnel de santé.

L'exercice du droit de masquage permettra également de traduire une certaine réalité de la relation médecin-patient dans laquelle le patient ne se dévoile pas immédiatement. L'argument selon lequel la reconnaissance d'un droit de masquage serait de nature à

3. Le titulaire gèrera les droits d'accès des professionnels de santé, prérogative qu'il peut, de même que l'ouverture du DMP, confier à un mandataire. Les conditions de ce mandat seront précisées et le mandataire n'aura pas accès au contenu du DMP du mandant.

1. Afin d'éviter que l'ouverture du DMP se fasse au détriment des personnes non équipées en informatique, le projet de décret donne également la possibilité d'ouvrir un DMP auprès de guichets de services publics qui auront reçu une habilitation à cet effet.

2. On y trouvera également la mention indiquant qu'il a pris connaissance des dispositions de la réglementation sur les dons d'organes, les coordonnées des personnes à prévenir en cas de nécessité si le titulaire a consenti à cette mention et les « directives anticipées » qu'une personne peut rédiger pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté quant à la limitation ou à l'arrêt des traitements médicaux en fin de vie.



Le dossier médical personnel

nuire à l'efficacité des soins apparaît alors sans objet, dans la mesure où la relation médecin-patient s'est toujours accompagnée de « non-dits » et qu'une information « cachée » à un moment donnée pourra être révélée à un autre moment de la relation ou par l'intermédiaire de la nature des soins prodigués.

Dans la mesure également où la liberté de la personne quant à l'ouverture de son DMP est relative (puisque un lien sera établi avec le niveau de remboursement de soins), le droit de masquage apparaît comme une garantie pour le patient. Il sera aussi de nature à rassurer le patient et à contrebalancer les inquiétudes manifestées quant à la confidentialité du dispositif. Il constitue, à cet égard, une condition de l'acceptabilité du DMP par les patients. Toutefois, le masquage organisé pour l'heure est un masquage générique et non par spécialité médicale ou *intuitu personae*.

Mais l'exercice du droit de masquage doit nécessairement s'accompagner d'une information complète et claire du patient sur les conséquences du masquage. D'une part à l'égard de son professionnel de santé, d'autre part à l'égard de son niveau de remboursement.

Dans la mesure également où le DMP pourra être accessible directement par le patient en dehors de toute relation médicale, le droit de masquage apparaît également comme une garantie de confidentialité à l'égard des tiers. Le patient choisira les données qu'il souhaite communiquer.

Le « masquage du masquage »

Le masquage du masquage, c'est la traduction du « droit à l'oubli », c'est-à-dire la possibilité de ne pas conserver des données au-delà de la durée nécessaire ou de souhaiter que ces données soient définitivement supprimées. (Par exemple, une interruption volontaire de grossesse ou une consultation chez un infectiologue.)

Le masquage peut également apparaître dans certains cas comme la conséquence logique du droit de masquage. En effet, lorsque le niveau de classement de l'information est si fin que signaler le masquage revient à faire connaître l'information (par exemple, signaler qu'une information est masquée dans un dossier de sérologie revient à délivrer l'information), il constitue une garantie supplémentaire pour le patient. Dès lors, plus l'architecture du DMP sera précise, plus transparente sera l'information masquée.

Il est vrai que la reconnaissance du droit de masquer les informations elles-mêmes masquées pourra être de nature, au moins dans les premiers temps, à faire douter de l'efficacité du dispositif pour la coordination des soins.

La sécurité du DMP, condition de l'exercice des droits du patient

L'identification du patient : la position de la Cnil

La loi du 13 août 2004 prévoyait dans son article 5 qu'« un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les conditions dans lesquelles un identifiant peut être utilisé

pour l'ouverture et pour la tenue du dossier médical personnel tel que défini à l'article L. 161-36-1 du Code de la Sécurité sociale, dans l'intérêt de la personne concernée et à des fins exclusives de coordination des soins ».

Le nouvel article L. 1111-8-1 du Code de la santé publique, issu de la loi du 30 janvier 2007 sur les professions de santé, prévoit la création d'un identifiant de santé des personnes prises en charge par un professionnel de santé ou un établissement de santé ou dans le cadre d'un réseau de santé, notamment pour l'ouverture et la tenue du DMP. Un décret pris après avis de la Cnil doit déterminer cet identifiant ainsi que ses modalités d'utilisation.

La Commission nationale de l'informatique et des libertés, interrogée par le ministère de la Santé sur l'utilisation du numéro de Sécurité sociale comme identifiant du dossier médical personnel, a récemment précisé sa position⁴.

La question posée à la Cnil est importante à plusieurs égards. En premier lieu, parce que le numéro de Sécurité sociale a toujours occupé dans la loi du 6 janvier 1978, y compris depuis sa modification en 2004, une place symbolique particulière. Ensuite parce que, sur ce fondement, la commission a construit tout au long des années une doctrine particulière cherchant à limiter l'usage de cet identifiant unique à la sphère sociale et n'acceptant qu'à titre exceptionnel qu'il soit utilisé dans d'autres secteurs dans sa fonction de certification de l'identité. Enfin, parce que la position que prend la Cnil, quelle qu'elle soit, comporte des conséquences importantes pour le fonctionnement et l'architecture des systèmes d'information de santé.

Le NIR, numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP), communément appelé numéro de Sécurité sociale, est un numéro particulier car il est signifiant, unique et pérenne et *a priori* fiable puisqu'il est certifié par l'Insee à partir des données d'état civil transmises par les mairies.

La commission n'ignore pas que des informations relatives à la santé (informations nécessaires à la prise en charge des assurés et à une meilleure connaissance des dépenses de santé) figurent dans les fichiers de l'assurance maladie et, chez les professionnels et établissements de santé, dans les fichiers de gestion administrative des patients identifiés alors par leur numéro de sécurité sociale⁵.

Le recours à l'identifiant fiable (car associé à des

4. Conclusions du groupe de travail sur l'identifiant de santé du 20 février 2007.

5. Ces données permettent de connaître, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, les consultations et les actes médicaux effectués, ainsi que les médicaments prescrits. Cette évolution, initiée en son temps par l'instauration du codage des actes, des prescriptions et des pathologies, s'accroît encore avec la mise en place de la nouvelle tarification des actes médicaux, qui associe à une catégorie tarifaire un acte codé selon une classification détaillée des actes médicaux, et par la création par le législateur du « webmédic » permettant d'établir un lien automatique entre les données de remboursement et certaines données de santé.

éléments d'état civil certifiés) et disponible qu'est le NIR peut apparaître comme la solution permettant de résoudre les problèmes qui résulteraient de la création d'un identifiant spécifique pour une population de plus de 60 millions de personnes.

Toutefois, partant de la constatation que les données de santé ne sont pas des données personnelles comme les autres et qu'elles appellent une protection renforcée, la Cnil estime que le NIR, compte tenu de son usage répandu, du fait qu'il est signifiant et facile à reconstituer et des risques précédemment évoqués, ne constitue pas, aujourd'hui, un numéro adapté pour identifier le dossier médical de chacun.

En effet, le recours à un tel identifiant devrait bénéficier de mesures de protection toutes particulières qui, aux dires mêmes des professionnels concernés, ne sont actuellement assurées ni dans les établissements de santé, ni chez les professionnels de santé, ni dans les réseaux de soins.

La commission estime donc que la méthode la plus à même d'apporter les garanties souhaitables serait la création d'un identifiant de santé spécifique, généré à partir du NIR, certifié selon les procédures déjà éprouvées actuellement utilisées pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, mais transcodé selon des techniques reconnues d'anonymisation. Ce numéro, non signifiant, constituerait l'identifiant de santé utilisable dans l'ensemble du système de soins⁶.

L'authentification du patient et du professionnel de santé et la question plus générale de la sécurité

La Cnil a autorisé, le 30 mai 2006⁷, les applications informatiques mises en œuvre au sein des établissements de soins et par les professionnels de santé participant à l'expérimentation du dossier médical personnel dans treize régions et dix-sept sites pilotes retenus par le groupement d'intérêt public du dossier médical personnel.

Les constatations effectuées lors des contrôles conduisent la Cnil à rappeler aujourd'hui au GIP-DMP, aux hébergeurs et aux établissements de soins les points suivants qui constituent à ses yeux des conditions indispensables au déploiement sécurisé du dossier médical personnel :

- La nécessité d'une authentification forte de toute personne ayant accès au DMP, qu'elle soit professionnel de santé ou patient. L'utilisation de la carte de profes-

sionnel de santé, ou d'un certificat logiciel équivalent pour les premiers, et le recours à un système de certificat logiciel individuel pour les seconds sont indispensables et doivent être accompagnés de la mise en place des moyens nécessaires.

- La nécessité du recours à un chiffrement complet des données contenues dans le DMP. À cet égard, le chiffrement doit porter non seulement sur les données médicales, mais aussi sur les données administratives dès lors qu'un lien technique existe entre les deux. La sécurisation de toute connexion à distance doit également être rendue effective.

Les conditions de l'authentification du patient à son dossier médical personnel sont actuellement en cours de définition et feront l'objet, de la part de la Cnil, d'une expertise particulière.


L'information claire et préalable sur les utilisations du DMP

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'information délivrée au patient sur ses droits doit être claire et complète quant aux finalités et fonctionnalités du DMP.

Dans le cadre des expérimentations réalisées, la Cnil a pu constater que le choix opéré par les hébergeurs et les établissements de soins de faire compléter les formulaires d'adhésion, non par le patient lui-même, mais par un tiers — un professionnel de santé ou une personne *ad hoc* appartenant à leurs propres personnels —, afin notamment de faciliter les inscriptions, a pu conduire à délivrer aux patients concernés une information de faible qualité.

Ainsi, les patients n'ont pas tous été parfaitement informés que l'accès aux données médicales contenues dans leur DMP nécessitait une connexion Internet. De plus, il leur a été parfois indiqué que l'accès à ces données était possible par l'intermédiaire du centre d'appel de l'hébergeur, alors que ce dernier n'a pour fonction que d'assister techniquement les patients ou de leur permettre de modifier les données administratives les concernant, leur mot de passe ou la composition de leur cercle de confiance.

Enfin, si la difficulté de désigner nominativement des professionnels de santé exerçant dans un établissement de soins peut conduire une personne à inclure dans son cercle de confiance la notion d'« équipe de soins », cela ne doit pas la conduire à autoriser l'ensemble du personnel d'un établissement de santé à accéder à son DMP, comme cela a pu être relevé lors de certaines missions de contrôle.

Alors que se développent plusieurs projets de dossiers de santé sur Internet qui, pour certains, sont appelés à enrichir le dossier médical personnel et qui obéissent à des régimes juridiques distincts (dossier pharmaceutique, dossier de cancérologie, dossiers de réseaux de soins), il est important que l'information destinée au patient soit suffisamment claire et explicite pour lui permettre de participer activement à ces dispositifs et d'exercer pleinement ses droits. 

6. Le choix de l'identifiant de santé, quel qu'il soit, ne permettra toutefois pas de faire l'économie des procédures de vérification de l'identité du patient et de normalisation qui sont nécessaires en particulier dans les établissements de soins, tant lors de l'admission que tout au long du parcours de soins, afin d'éviter tout risque de confusion dont les conséquences pourraient être particulièrement graves pour les personnes. Il est indispensable de mettre en place, dans l'ensemble des structures de soins, des procédures spécifiques d'« identité-vigilance » permettant de s'assurer que le dossier médical se rapporte bien à la personne concernée, en particulier au vu des autres éléments d'identité produits par la personne et des actes médicaux réalisés.

7. Délibération n° 2006-151 du 30 mai 2006.



L'évaluation des dossiers médicaux électroniques : quelles dimensions, quels résultats ?

Hervé Nabarette

Chef du service qualité de l'information médicale, Haute Autorité de santé, Saint-Denis

Myriam Le Goff

Maître de conférences en économie, ENST-Bretagne, Brest

Philippe Michel

Médecin, directeur de la Direction évaluation des stratégies de santé, Haute Autorité de santé, Saint-Denis

Nous remercions Aurélien Dancoisne et Julie Mokhbi pour leur aide à la recherche bibliographique.

Parmi les très nombreuses activités cliniques qui reposent sur l'utilisation ou la communication d'informations, certaines peuvent être optimisées par les technologies de l'information et de communication.

Qu'est-ce que le dossier médical électronique (DME) ?

Parmi celles-ci, selon Coiera, le dossier médical électronique¹ est un point d'accès aux informations sur le patient pris en charge (résultats, observations...), un lieu d'archivage lorsque les épisodes de soins sont finis, un moyen de communication entre professionnels, et un espace de travail pour enregistrer et partager des hypothèses [1].

Les fonctions du DME sont diverses, et donc aussi les acceptions du terme qui peut inclure, suivant les systèmes et les études : la prescription de tests et d'exams, l'archivage de l'imagerie, les échanges de messages, le codage de données de gestion, la gestion du travail collaboratif, l'accès à une information de référence, des alertes, des outils d'aide à la décision, le monitoring de données, etc.

Pourquoi évaluer les DME ?

L'informatisation est nécessaire, elle constitue une évidence pour bénéficiaire, individuellement et collectivement, de l'adoption d'outils intégrant divers progrès : connaissances, modes de communication, etc. Mais l'évaluation des DME est utile, car elle vise à connaître les systèmes les plus efficaces et les meilleures conditions de mise en œuvre. Elle doit ainsi prendre en compte non seulement le dossier au travers de ses différentes composantes, mais aussi l'environnement dans lequel il est mis en œuvre, l'organisation des soins et les utilisateurs.

Quel type d'évaluation ?

À ce titre, l'évaluation est plus complexe que, par exemple, celle du médicament. Elle est fondée sur un cadre conceptuel qui prend en compte tous les éléments composant cette intervention [2]. Une intervention complexe est définie comme formée de multiples éléments qui interagissent à la fois indépendamment

1. Dans la littérature, les expressions utilisées sont le « dossier électronique du patient », le « dossier informatisé » (en langue anglaise : « electronic medical record », « computer based patient record », « electronic patient record »).

et de façon interdépendante. Sa mise en œuvre ne peut être contrôlée de la même manière que celle du médicament, dont l'administration à des patients bien identifiés dans le cadre d'une répartition définie aléatoirement entre plusieurs groupes comparables est la règle usuelle. Pour évaluer le DME, surtout ses effets, l'essai randomisé représente un mode d'évaluation idéal, mais souvent difficile à mettre en œuvre : des schémas d'étude moins robustes sont alors nécessaires. Dans ce cadre, les résultats observés font souvent l'objet de questionnement pour savoir s'ils sont dus au DME lui-même, à d'autres facteurs sans lien avec le DME, ou à l'insuffisance de la méthode d'évaluation.

À l'instar de toute évaluation d'intervention, deux situations sont distinguées :

- l'évaluation *a priori*, avant la mise en œuvre de l'intervention. Elle vise à estimer les besoins, le rôle du dossier, les coûts et bénéfices possibles, les réorganisations et ressources nécessaires au succès de la mise en œuvre. Elle doit permettre également de comparer l'intérêt de plusieurs solutions afin de choisir le DME qui sera le plus efficace. Elle prend souvent la forme d'une organisation de tests et d'un retour des utilisateurs dans une perspective de « prototypage itératif »².

- l'évaluation *a posteriori*, après mise en place du DME. Elle est indispensable pour étudier l'atteinte des objectifs, apprécier l'utilisation en pratique, et pour tenir compte de la constante évolutivité des technologies et du contexte, qui remet périodiquement en question les solutions choisies. Dans ce cadre, des méthodes ont été proposées pour faire évoluer rationnellement et régulièrement les systèmes : reposant par exemple sur l'identification des objectifs des parties prenantes, elles requièrent l'utilisation répétée de mesures, mises en regard de valeurs cibles, pour décider et orienter de nouvelles versions de systèmes [3].

2. Cette évaluation doit permettre de s'assurer de l'intérêt de la technologie. Fondamentalement, il existe deux façons d'appliquer une technologie pour résoudre un problème : une approche guidée par la technologie qui se demande « quels problèmes peuvent être résolus en utilisant cette technologie ? », et une approche guidée par les problèmes qui se demande « quelle est la meilleure façon de résoudre ce problème ? ». Dans la seconde approche, toutes les solutions sont explorées : changement dans le processus de soins, introduction d'une nouvelle technologie... Pour construire des systèmes utiles, seule cette deuxième approche est valable : l'informatique médicale doit d'abord s'attacher à comprendre la nature des problèmes d'information et de communication qui se posent en santé.

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 56.

Dans cet article, nous faisons le point sur la littérature traitant de l'évaluation des DME, en privilégiant l'évaluation *a posteriori* :

- dimensions et méthodes d'évaluation,
- résultats de l'évaluation,
- évaluations menées en France³.

La recherche documentaire s'est déroulée en deux étapes : une consultation de bases de données bibliographiques et une recherche manuelle sur les sites d'intérêt dans le domaine des technologies de l'information. Les articles prioritairement retenus sont les revues, et des études jugées significatives ou illustratives pour les compléter.

Quelles dimensions et méthodes d'évaluation ?

Réflexion sur les dimensions d'évaluation : réflexion théorique et aide à la politique publique

La littérature offre quelques exemples de réflexion théorique sur les dimensions d'évaluation. Par exemple, Despont-Gros *et al.* [7] développent un modèle synthétique et proposent cinq niveaux d'observation : les caractéristiques individuelles des utilisateurs, les caractéristiques du système, le contexte d'utilisation, l'utilisation du système et l'impact.

Un schéma général institutionnel a été développé au sein du NHS. Le plan d'évaluation du projet de DME national veut offrir une vision globale, en posant quatre types de questions :

- Le DME induit-il les changements stratégiques attendus ? Derrière un tel terme, on peut mettre des objectifs d'efficience, mais aussi le développement d'une information utile pour le pilotage du système, pour des activités de contrôle, de vigilance, de connaissance épidémiologique.

- Quel est l'impact du DME sur les processus de travail des utilisateurs : quelle est l'utilisation du système ? Le DME améliore-t-il la communication entre professionnels ?

- Y a-t-il une amélioration des résultats patients, une réduction des événements indésirables ? Quelle est la satisfaction de l'utilisateur ?

- Quelle est la sécurité du système ?

Dans le contexte américain, Sittig *et al.* [8] définissent des mesures destinées à évaluer le développement du projet national de système d'information de santé. Ils distinguent différents types d'entités (cabinet médical, établissement, région...), et détaillent l'intérêt de mesurer pour chacun de ces niveaux : la disponibilité du système, son utilisation, ses effets.

Effet sur les pratiques et les résultats de soins

De nombreuses études abordent ce niveau d'évaluation : effet du DME sur le suivi des recommandations, sur

les erreurs médicamenteuses, etc. Les méthodes d'évaluation utilisées sont plus ou moins proches des standards d'évaluation du médicament.

La revue de Chaudhry *et al.* [9], portant sur 257 études, décrit les critères d'évaluation les plus fréquemment utilisés. Elle montre qu'un quart des études sont le fait de quatre institutions académiques qui développent des évaluations sur le mode « avant/après », avec « groupe contrôle ». Les autres études se limitent le plus souvent à du avant/après ou à des séries temporelles. La plupart des études portent sur des systèmes développés par les organisations ; seulement 9 d'entre elles envisagent des systèmes commercialisés. De façon générale, les limites suivantes sont notées : peu de données sur les produits du marché, recherches quantitatives limitées et réalisées par un nombre réduit d'institutions, systèmes hétérogènes et souvent décrits de façon incomplète, données financières et de contexte limitées.

Effet sur l'efficience, rapport coûts/bénéfices

L'efficience est surtout abordée sous l'angle de la moindre consommation de services médicaux, et de l'économie de temps... Concernant cette deuxième dimension, une revue de Poissant *et al.* [10] porte sur 23 études, et cherche l'impact du DME sur le temps passé par les médecins et les infirmières à documenter le dossier. Les auteurs ont essayé d'aller le plus loin possible dans la caractérisation des DME : lieu (lit du patient, centralisé), mode de saisie (structurée, texte libre, clavier, pression écran), fonctionnalités (demandes, notes cliniques...). Mais d'autres caractéristiques ne sont pas bien ou systématiquement décrites dans les articles. La mesure du temps passé peut être très fine, comme dans Pizziferri *et al.* [11], qui distinguent, dans une étude avant/après en médecine ambulatoire, différents processus, différents moyens utilisés (téléphone, dossier électronique, dossier papier), différents moments (pendant les séances/en dehors).

Les études coûts/bénéfices mobilisent un certain nombre d'items [12,13], qu'elles cherchent à monétariser.

Les coûts envisagent les aspects matériels, logiciels, de mise en œuvre, de formation et support, de perte temporaire de productivité. Les sources sont soit des données réelles, soit des déclarations venant des vendeurs.

Les bénéfices envisagent les hausses de revenus (liés par exemple à une meilleure facturation), les coûts évités (par exemple, coût de gestion du dossier papier, traitements moins coûteux, diminution de la redondance), et des bénéfices moins tangibles, issus par exemple de la réduction des événements indésirables.

Les études qui se placent dans une perspective de « retour sur investissement » sont moins nombreuses. Comparativement à d'autres secteurs, il n'est pas toujours possible d'observer des chiffres d'affaires, les résultats positifs sont souvent enregistrés au niveau d'acteurs différents de ceux qui ont investi, et il est dif-

3. Nous n'évoquons pas les évaluations visant à comparer un DME à un référentiel : évaluation de logiciels selon une grille dans une visée de sélection [4], ou évaluation dans un but de certification d'outil [5], ou de certification de système d'information [6].



Le dossier médical personnel

ficile de convertir monétairement certains résultats. De telles études sont encore plus rares pour l'hôpital.

Utilisabilité, utilisation

Selon la norme ISO 9241-11, un système est utilisable lorsqu'il permet à l'utilisateur de réaliser sa tâche avec efficacité, efficience et satisfaction dans un contexte d'utilisation spécifique. La rapidité d'utilisation du système est un facteur évidemment très important. Diverses méthodologies peuvent être utilisées : focus groupes, études terrain observant l'articulation des tâches, les besoins de communication, l'interaction homme-machine... [14].

Certaines études s'attachent à décrire des « systèmes sociotechniques », considérant l'intégration du DME dans l'organisation globale, au-delà des tâches spécifiques pour lesquelles il a été développé. Elles cherchent à mieux évaluer l'utilisation et l'utilité finale de l'outil, en prenant en compte le travail des personnes qui l'utilisent, et toutes les actions de communication entre ces personnes, dans les situations réelles d'exercice [1]. Elles modélisent par exemple une « concurrence » entre types d'interaction, le professionnel pouvant chercher une information dans une base de données ou téléphoner à un confrère. Elles intègrent la limitation des ressources en temps et le « fardeau cognitif » qui pèsent sur les professionnels, à la différence des tests en laboratoire.

Au-delà, il est possible d'étudier l'impact du DME sur la responsabilité des acteurs, la répartition des pouvoirs, etc.

Quels résultats des évaluations ?

Effet sur les pratiques et résultats de soins

Une revue de Delpierre *et al.* [15] envisage les mesures réalisées sur des processus et des résultats de santé dans 26 études. Toutes les études qui ont mesuré cet item montrent un impact positif du DME sur les soins préventifs (amélioration de l'observance du calendrier de vaccination, des examens de dépistage...). Certaines études montrent un impact positif sur la pratique médicale et le suivi des *guidelines*. Peu d'études montrent des gains de santé, ce qui se comprend au regard de la complexité du lien entre processus et résultats, de la diversité des outils et des types d'implémentation évalués dans les études.

Shekelle *et al.* [12] ont réalisé une revue de 6 études de DME intégrant la prescription de tests. Ces outils fournissent des recommandations liées à des écrans de prescription d'examens. Ils permettent une baisse des tests habituellement sur-utilisés, et une hausse des tests habituellement sous-utilisés.

La revue Chaudhry *et al.* [9] portant sur 257 études met à jour trois bénéfices majeurs du DME (souvent couplés à des systèmes d'aide à la décision) : meilleur suivi des recommandations, meilleure surveillance et monitoring, baisse des erreurs médicamenteuses. Comme

pour Delpierre *et al.* [15], le domaine le plus fort de l'amélioration est la prévention. Dans ces résultats, les auteurs notent le poids important des résultats obtenus par les institutions de référence, qui ont développé leurs propres systèmes de longue date. Dans quelle mesure est-il possible de généraliser les résultats des leaders et des champions de la recherche académique ? Les autres organisations achètent des outils sur le marché, et sont soumises à des contraintes budgétaires et logistiques plus fortes. Pour les outils commercialisés, les auteurs notent des résultats souvent positifs sur la baisse des erreurs, mais le meilleur suivi des recommandations est moins avéré.

Soulignons aussi que, en fonction des modalités concrètes de mise en œuvre du DME, les systèmes peuvent entraîner des erreurs. Ainsi, Koppel *et al.* [16], à propos d'un système de prescription médicamenteuse, ont mis au jour divers problèmes comme la difficulté à visualiser la totalité du traitement et des données sur le patient, des phénomènes de nouvelle prescription sans arrêt de la prescription en cours, aboutissant à un trop grand nombre de médicaments administrés, etc.

Effet sur l'efficience, rapport coûts/bénéfices

En terme d'efficience, le bénéfice majeur est la moindre consommation de soins. Garrido *et al.* [17] ont étudié l'impact du dossier en ambulatoire, de façon globale, sans se limiter à une de ses fonctionnalités. L'évaluation a porté sur deux régions des États-Unis, auprès d'assurés de Kaiser Permanente, soit des centaines de milliers de personnes. Ont été observés : une baisse du nombre de consultations, toutes choses égales par ailleurs ; une augmentation du nombre de discussions téléphoniques patient-médecin, avec dossier comme support ; un avis positif des médecins, pour qui le dossier permet d'identifier et de résoudre les problèmes du patient en une consultation ou avec un nombre moindre de consultations qu'auparavant ; pas de changements sur l'état de santé.

Les données sur le temps passé sont moins conclusives. La revue de Poissant *et al.* [10] (23 études), qui étudie l'impact du DME sur le temps passé à documenter le dossier pour les médecins et les infirmières, note une décroissance du temps pour les infirmières, mais une augmentation pour les médecins. Les auteurs remarquent que l'écriture dans le dossier n'est pas du même type pour les médecins et les infirmières. Pour ces dernières, l'information est plus standardisée. Par ailleurs, pour les médecins, les activités consistant à lire et analyser l'information sont plus liées aux activités de saisie que chez les infirmières : les études passées en revue ont probablement mesuré du temps de saisie et du temps de lecture chez les médecins. Si l'objectif de diminuer les temps de saisie n'est pas toujours atteint, surtout pour les médecins, il n'en demeure pas moins que l'accès à l'information peut être amélioré, comme la communication entre professionnels... D'où l'intérêt de considérer l'ensemble des processus.

À cet égard, dans l'étude de Keshavjee *et al.* [18], en médecine ambulatoire, le temps d'écriture dans le dossier a augmenté avec le DME. Mais le temps total des médecins n'augmente pas. Ces derniers pensent avoir gagné du temps pour d'autres aspects de la prise en charge (gestion des résultats de biologie, par exemple). Dans l'étude de Pizziferri *et al.* [11] déjà citée, les plus grands bénéfices ressentis portent sur un « accès à l'information amélioré », la « communication de l'information dans le cabinet et à l'extérieur ». Il n'y a pas d'augmentation de la durée des séances. Dans une étude sur l'informatisation d'un service d'urgences [19], les infirmières rapportent qu'elles peuvent finir leur travail beaucoup plus rapidement qu'avant, mais les médecins ne rapportent pas cela.

Concernant les études coûts/bénéfices, Shekelle *et al.* [12] notent que les études qu'ils ont passé en revue, très différentes, prévoient des économies nettes après trois à treize ans de mise en œuvre. Les faiblesses de ces études sont nombreuses. Les prédictions sont fondées sur des hypothèses, avec peu de données empiriques et un niveau de preuve faible. Les hypothèses reposent souvent sur un périmètre fonctionnel large du DME. Les organisations considérées sont de grande taille, ce qui peut pousser à extrapoler indûment l'impact de l'automatisation des processus informationnels et des économies d'échelle... Cette revue de littérature n'a pas identifié d'études coûts/bénéfices pour de petites organisations. Les coûts de mise en œuvre sont souvent sous-estimés, car les coûts d'accompagnement sont rarement pris en compte dans les analyses. Or le coût de la technologie est toujours plus faible que le coût d'accompagnement.

Pour la médecine de ville, il existe peu de données sur les coûts initiaux, sur l'évolution de la productivité des médecins, les ressources nécessaires pour la formation (temps et compétences), et la reconfiguration des processus. Selon Shekelle *et al.* [12], cette dernière est rendue difficile par la complexité et la fragmentation du système de soins : la plupart des structures de soins en médecins de ville sont de taille réduite, et manquent d'infrastructures techniques et de ressources, et il est difficile de savoir si cet environnement permet une mise en œuvre à grande échelle.

Utilisabilité, utilisation

Dans la revue de Delpierre *et al.* [15], toutes les études qui étudient cet item montrent une satisfaction des professionnels et des patients. Une enquête d'utilisation et de satisfaction auprès de patients d'un HMO bénéficiant d'un dossier médical partagé montre que les fonctions les plus utilisées et les plus appréciées sont celles directement liées à la prise en charge : visualisation des résultats d'examen, prolongement de prescription en ligne, et aussi communication électronique avec le médecin [20].

Les études d'utilisation qui se placent dans une optique globale « socio-technique » révèlent dans certains

contextes des usages non prévus du DME : Coiera [1] cite les actions de copier-coller d'un dossier (sécurisé) vers un message électronique (non sécurisé); autre exemple, la qualité de la saisie n'est pas seulement conditionnée par l'ergonomie des interfaces, mais dépend aussi des modes de collaboration entre professionnels pour produire et saisir les données.

Certaines études font appel à la « psychologie cognitive ». Ainsi, Patel *et al.* [21] se demandent comment le dossier peut modifier le travail intellectuel et le raisonnement médical du praticien. Leur étude montre des effets du DME qui peuvent même perdurer après son utilisation. En effet, les modes de collecte de données et les stratégies de raisonnement ne sont pas les mêmes avec le dossier électronique. Dans le dossier papier, l'information clinique suit une structure « narrative ». Dans le dossier électronique, elle suit une organisation « discrète », par items : le professionnel recueille plus d'informations sur le diagnostic primaire, sur l'histoire médicale ; mais il semble y avoir une contrepartie, avec un « écrasement » du temps et un moins grand respect de la chronologie.

Quelles évaluations en France ?

Les DME se sont progressivement développés ces dernières années, en médecine ambulatoire et à l'hôpital. Vu la volonté de coopération des professionnels autour du patient dans les réseaux de santé, ces derniers cherchent à s'en approprier l'usage [22]. Certaines spécialités sont plus à même de développer un DME, notamment la cancérologie, étant donné l'importance des protocoles de prise en charge et de la pluridisciplinarité.

Utilisabilité, utilisation

Le laboratoire Evalab (CHRU de Lille) est spécialisé dans les évaluations d'utilisabilité. Il a, par exemple, étudié le projet du centre hospitalier de Denain d'informatisation du dossier patient, pour aider au choix de l'application et analyser la transition du dossier papier au dossier informatisé. Il a ainsi estimé le degré d'utilisabilité de différentes solutions par l'intermédiaire de questionnaires, afin de relever l'appréciation globale quant à la facilité et d'utilisation des outils. Il a aussi analysé la transition vers le dossier informatisé à partir de séances d'observation des situations de travail et d'entretiens semi-dirigés [23]. Cette étude a permis de formuler un certain nombre de recommandations sur l'accompagnement et le soutien des utilisateurs.

La question des usages des dossiers informatisés par les médecins généralistes a fait l'objet d'études basées sur des analyses statistiques [24-26]. L'enquête de Levasseur *et al.* [24], menée par voie postale et en ligne auprès d'un panel de 120 médecins volontaires, montre que le dossier informatisé est utilisé comme un dossier papier. La plupart des fonctions sont peu utilisées, surtout celles qui servent à transmettre des données médicales. Les médecins n'ont informatisé que



Le dossier médical personnel

les données des nouvelles consultations. La plupart des médecins sont demandeurs d'une formation complémentaire. Le dossier électronique est d'autant plus adopté que les médecins sont organisés en cabinet de groupe et suivent une logique de partage des informations.

Des évaluations de DME dans les réseaux de santé ont été menées, comme pour le réseau « Addictions et précarité en Champagne-Ardenne » [27]. Le dossier, qui offre un moyen de travail collectif et une mutualisation des connaissances, correspond à une deuxième étape de la vie d'un réseau, après « intégration sociale » des professionnels. Le partage des données se fait dans un objectif précis, celui de la prise en charge d'une conduite addictive. Si le partage des dossiers est une réalité qui va croissant, il apparaît que le degré d'utilisation du DME est très hétérogène, et révèle un petit groupe de soignants très impliqué. La méthodologie proposée confronte une analyse sociologique basée sur des entretiens qualitatifs et une analyse statistique centrée sur l'observation des tracés informatiques (*logs files*) : les professionnels rencontrés n'ont ni surestimé ni sous-estimé leurs usages du dossier patient partagé. L'instrument statistique de mesure permet de fixer une échelle de valeur aux usages, car ces derniers sont souvent évalués en termes de progression et non en valeurs réelles.

Les évaluations liées au DMP

Dans la phase d'expérimentation du DMP, l'évaluation porte sur les éléments organisationnels, fonctionnels et techniques. Par ailleurs, le cabinet de conseil Bearing Point a développé une analyse coûts/bénéfices anticipant le DMP généralisé.


À la demande du GIP DMP, la Haute Autorité de santé a animé un groupe de travail qui avait pour charge de proposer un protocole d'évaluation sur l'« évolution de la fréquence des événements indésirables (hors iatrogénie médicamenteuse), dont la redondance, concomitants à la mise en œuvre du DMP »⁴. Les contraintes ayant accompagné la rédaction de ce protocole expliquent qu'il devra être affiné lors du lancement de l'évaluation.

L'absence de maîtrise du processus de généralisation du DMP, habituel dans ce type de démarche, exclut la possibilité d'un plan expérimental d'évaluation et l'élaboration d'un plan d'échantillonnage. Les incertitudes actuelles sur le contenu du DMP et son utilisation future peuvent remettre en question l'utilisation de certains des événements indésirables retenus. Par ailleurs, la rareté de certains événements indésirables nécessite, pour montrer un impact significatif, d'avoir un échantillon de grande taille. C'est pourquoi le protocole propose l'utilisation des bases de remboursement de l'assurance maladie comme source principale de données. En effet, elles permettent la constitution d'un échantillon très grand et le suivi des critères d'évaluation sur une

période longue. Cette période longue devrait permettre la constitution de séries chronologiques, schéma d'étude améliorant la robustesse du lien de causalité par rapport aux schémas de type avant/après. La taille de l'échantillon permettrait de limiter en partie les erreurs de mesure liées à l'imprécision des informations (peu de données cliniques)⁵. Les événements indésirables mesurés seraient considérés comme des traceurs, dont l'évolution pourra être d'autant mieux rapportée à la mise en œuvre du DMP que la généralisation sera de grande ampleur sur une période courte.

Les événements indésirables identifiés par le groupe de travail concernent certaines redondances (exemple : redondances d'actes comme les sérologies virales, les examens d'imagerie), l'adéquation des actes (exemple : en se fondant sur les recommandations des guides ALD, le suivi du dosage de la créatininémie, de la kaliémie et de la natrémie doit être réalisé deux fois par an pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque à l'état stable), le fractionnement (exemple : réalisation d'une coronarographie de diagnostic un jour, et d'une angioplastie coronarienne le lendemain), la prévention (exemple : actes de vaccination).

Conclusion

Les méthodes d'évaluation du DME entrent dans le cadre de l'évaluation des interventions complexes, cadre maintenant bien décrit. Elles ont avec les autres interventions complexes de nombreux points communs : les deux temps de l'évaluation, la nécessité d'approches quantitatives et qualitatives, l'intérêt de recueillir des informations et d'expérimenter lors de l'évaluation *a priori*... Elles présentent certainement des spécificités liées à l'objet. Ainsi, pour que l'on puisse tirer des enseignements généraux et savoir si un système est répliquable, les méthodes utilisées doivent s'attacher à bien décrire le DME étudié, ainsi que ses conditions de mise en œuvre (contexte, pilotage...). Une dimension d'évaluation apparaît particulièrement importante : celle de l'utilisation et de l'utilisabilité, pour décrire finement les usages liés aux contraintes d'exercice et aux « systèmes socio-techniques ». La question du gain d'efficacité s'appréhende aussi de façon spécifique, car le DME et les technologies de l'information ajoutent souvent de nouveaux services à ceux qu'ils sont censés optimiser. Un d'entre eux réside dans la capacité des DME à produire de l'information tant utile à la « production de soins » qu'à l'analyse des pratiques, du fonctionnement du système et à son pilotage, propriété qui devrait orienter la conception et l'évaluation des DME. 

4. La version 1 de ce protocole, en date du 23 juin 2006, a été écrite par Philippe Michel, Catherine Rumeau-Pichon et Hervé Nabarette.

5. Par ailleurs, pour les besoins d'une telle évaluation, il conviendrait de pouvoir identifier les patients qui ont un DMP dans les bases de l'assurance maladie.

Le DMP et la responsabilité médicale : quels changements pour les médecins ?

La phase expérimentale du DMP s'est arrêtée le 31 décembre 2006. La phase de généralisation qui devait lui faire suite souffre de quelques retards en l'attente de la parution des textes réglementaires nécessaires et de la définition de l'identifiant personnel du patient.

Cette attente peut être l'occasion de faire le point sur les problématiques que peut présenter le DMP pour les usagers comme pour les médecins, et sur ce qu'il va changer pour le médecin en termes de secret médical et de responsabilité.

En l'état actuel, et sans préjuger de la teneur définitive des textes réglementaires à paraître, nous avançons les réflexions qui suivent.

Le secret médical et le DMP

La loi du 4 mars 2002 a consacré un droit à l'accès direct du patient aux informations médicales le concernant. La loi du 13 août 2004, qui crée le dossier médical personnel, en tire les conséquences en faisant du dossier médical personnel le dossier du patient, et non plus le dossier du médecin.

Chaque « bénéficiaire de l'assurance maladie », selon la terminologie employée, pourra lui-même ouvrir son dossier médical en s'inscrivant sur un site Internet géré par la Caisse des dépôts et consignations. L'utilisation du mot « personnel » après « dossier médical » est symbolique de ce changement de culture.

Même si le DMP ne crée par lui-même aucun changement concernant le secret médical, il modifie l'accès aux données médicales : cet accès n'est plus géré par le médecin, mais par le patient. De même, les médecins ne sont plus les gardiens du dossier médical personnel comme ils étaient les gardiens de leurs propres dossiers. Des responsabilités, qui étaient celles des médecins, passent donc dorénavant aux hébergeurs et aux patients.

Le DMP entraîne également des modifications en ce qui concerne le secret partagé. Aujourd'hui, le partage du secret est parfaitement possible, mais il se fait sous la responsabilité d'un médecin. Dorénavant, le partage du secret n'est plus géré par un médecin, mais par le titulaire du DMP.

Un problème particulier est posé par le masquage des données.

La phase expérimentale a montré que ce masquage allait sans doute être peu utilisé par les patients.

Cependant, la possibilité pour le patient de masquer, même à son médecin, des données personnelles, apparaît indispensable du point de vue éthique. C'est la recon-

naissance d'un droit au secret et à l'oubli, qui appartient à chacun. Toutefois, le masquage des données, *par le patient*, peut être source d'erreur médicale, par défaut d'information. La responsabilité ne saurait en rejaillir sur le médecin. C'est le patient, et lui seul, qui peut prendre la responsabilité de masquer une donnée.

L'exercice par le patient de ce droit au masquage doit ouvrir un dialogue singulier avec le médecin, qui est nécessaire à l'exercice de la médecine et que le progrès technique ne doit pas abolir mais, au contraire, enrichir. Pour le médecin, le DMP n'est en effet qu'un moyen technique au service de la santé de son patient.

Le cas du « bris de glace » qui permettrait au médecin, lorsque son patient a besoin de soins vitaux et qu'il est dans l'incapacité de donner son consentement, d'accéder aux données du DMP n'est acceptable que si le patient l'a autorisé *a priori* et que si une vérification du besoin vital et de l'incapacité du patient à donner son consentement peut être faite *a posteriori*.

La responsabilité du médecin et le DMP

Une nouvelle responsabilité : la tenue du dossier

Les médecins sont obligés de tenir un dossier médical. Cette obligation a été formalisée pour la première fois par la loi du 8 janvier 1994 — depuis abrogée —, qui a institué le « dossier de suivi médical ».

Le DMP s'ajoutant aux dossiers existants, le médecin va avoir une nouvelle responsabilité : tenir à jour le DMP.

Avec le DMP, l'obligation de mettre à jour le dossier se généralise et l'absence de mise à jour devient patente. Le DMP aura pour effet indirect d'obliger le médecin à s'exprimer dans le dossier en des termes clairs et compréhensibles, à la fois pour ses confrères, mais aussi pour les patients. C'est là, sans doute, que se situera la principale révolution en termes de tenue de dossier.

La responsabilité médicale après le DMP

Le DMP ne modifie en rien le cadre juridique dans lequel s'inscrit la responsabilité civile du médecin. La loi du 4 mars 2002 a recentré la responsabilité des médecins sur la faute.

En principe, le DMP ne devrait donc pas modifier le régime de la responsabilité médicale.

Cependant, comme tout bouleversement technique, il aura une influence sur la mise en jeu de cette responsabilité.

Tout d'abord, avec le DMP, le patient est recentré au cœur de l'information médicale.

Jérôme Cayol

Avocat au barreau de Paris, membre du Conseil national des barreaux, membre de la Commission des contrats du Conseil national de l'Ordre des médecins

Jacques Lucas

Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins



Le dossier médical personnel

Souvent, c'est simplement pour comprendre ce qui lui est arrivé que le patient va saisir le juge des référés afin de solliciter la désignation d'un expert.

Avec le DMP, le patient sera mieux informé sur les diagnostics et sur les soins qui lui sont prodigués, et surtout, il sera informé dans des termes qui devront être clairs et compréhensibles pour lui.

La possibilité pour le patient d'accéder en permanence à son DMP obligera le médecin à mieux s'expliquer, à la fois sur les diagnostics et sur les traitements.

Cette meilleure information du patient pourrait réduire le contentieux, du moins celui qui a pour origine une incompréhension entre le médecin et le malade.

De plus, l'information plus précise et plus complète

dont pourra disposer chaque médecin devrait diminuer les risques d'erreurs et donc les contentieux.

D'un autre côté, l'existence du DMP va faciliter la preuve de la faute par le patient. Le patient a accès directement à un dossier objectif et infalsifiable qui pourra lui permettre de prouver plus facilement une faute éventuelle de son praticien. Les médecins devront être vigilants. En effet, ce qui autrefois apparaissait comme une simple erreur par méconnaissance pourra, avec le DMP, être considéré comme une faute puisque le médecin sera présumé avoir eu connaissance de tout ce qui figurait dans le dossier médical personnel, hormis les données qui lui auraient été masquées par le patient. 