



DMP : il faut écouter les médecins !

**Point de vue
du président
des unions régionales
des médecins libéraux
sur le dossier médical
personnel, les attentes
et les mesures
nécessaires
pour faciliter
son utilisation
dans le cadre
de la pratique
médicale.**

Philippe Boutin
Médecin, président de la
Conférence nationale des présidents
d'URML, président de l'URML
de Poitou-Charentes

Une des grandes mesures de la réforme pour l'assurance maladie est de favoriser une coordination des soins effective en créant le dossier médical personnel qui, complétant le dispositif du médecin traitant et le parcours de soins, permettra à chaque personne, dans toute la France, pour n'importe quelle situation et à tout moment, de bénéficier d'une qualité des soins optimale. Proches du terrain, les URML et leur représentation nationale, la Conférence nationale des présidents (CNP), participeront au déploiement du DMP en région.

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a mis en place un nouveau système reposant sur trois piliers : le parcours de soins coordonné, le médecin traitant et le dossier médical personnel.

Le parcours de soins permet une meilleure coordination entre les généralistes et les spécialistes. C'est un réseau de soins coordonnés avec plusieurs entrées possibles, laissant au patient la possibilité d'accéder directement et librement aux spécialistes dans certaines circonstances définies médicalement.

Il s'appuie sur le médecin traitant, un médecin généraliste dans 99,5 % des cas, à qui revient le rôle de coordonner les soins et d'assurer la prise en charge globale du patient.

Le parcours de soins doit permettre de valoriser les rôles de chacun : le généraliste dans sa fonction de médecin traitant, et le spécialiste dans ses missions de correspondant pour le suivi médical et de consultant pour délivrer un avis d'expert. En regroupant les informations médicales utiles à la coordination, le DMP doit faciliter les échanges entre ces acteurs et donc améliorer la coordination des soins.

Cet outil va permettre de porter à la connaissance des médecins intervenants les informations médicales générées par d'autres qui ont vocation à être partagées, ainsi que les résultats d'examen biologiques, les comptes rendus d'actes diagnostiques, thérapeutiques ou chirurgicaux, ainsi que les données radiologiques ou d'imagerie. Le DMP devrait ainsi réduire la iatrogénie et les interactions médicamenteuses en évitant les prescriptions redondantes, ce qui améliorera la prise en charge des patients.

Au-delà, il participe aussi à l'exercice de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé en évitant la répétition de certains examens et de certaines prescriptions.

Du point de vue des médecins, le DMP doit clairement concourir à faciliter leur exercice en leur procurant facilement et simplement les informations médicales dont ils ont besoin pour poser leur diagnostic ou échanger avec leurs confrères. Il ne doit en aucun cas devenir une contrainte technique qui empiéterait sur le temps médical, remettrait en cause le « colloque singulier » ou se substituerait au dialogue avec leurs patients.

Cet outil peut être formidable, et il l'est sur le papier ; il peut aussi être une redoutable « usine à gaz ».

Ne pas rééditer les erreurs du passé

La concertation sur l'avant-projet de décret relatif au DMP a permis aux médecins, à leurs syndicats et aux unions régionales des médecins libéraux d'émettre plusieurs remarques et de formuler des propositions pour que le DMP soit cet outil utile et pratique, et non un nouveau joyau de l'informatique, techno-

logiquement séduisant mais inexploitable au quotidien. Chacun se souvient encore de feu le carnet de santé, imposé par la technocratie sans prendre en compte les réalités de la pratique médicale...

La première question qui fait débat est celle du masquage d'éléments médicaux par le patient lui-même, *a posteriori* d'une consultation à l'insu du médecin et de l'ensemble des autres médecins amenés à recevoir ce patient. Ce « masquage du masquage », ou « masquage solitaire », remettrait en cause tout l'intérêt du dispositif.

Un tel procédé serait dangereux pour le malade. Les informations masquées peuvent être indispensables à la prise en charge optimale du patient. De plus, le « masquage du masquage » entacherait l'indispensable climat de confiance entre le patient et le médecin.

Dès lors, s'il n'est pas possible de se fier au contenu du dossier, quel en serait l'intérêt ?

Les textes prévoient que le patient est propriétaire de son dossier, et d'ailleurs c'est seulement avec l'accord de ce dernier que le médecin peut inscrire des informations. Il ne s'agit donc pas de revenir sur ce principe, ni de revenir sur la possibilité pour le patient de faire retirer des informations de son dossier. Aussi — c'est une proposition de solution — ne pourrait-on pas imaginer que le patient souhaitant retirer des informations de son dossier puisse le faire, non pas lui-même, mais en faisant effectuer la modification par son médecin traitant, après en avoir discuté avec lui ?

Cette formule permettrait d'éclairer le patient sur l'importance, ou non, des informations qu'il souhaite retirer et des risques potentiels qu'il encourt. Elle maintiendrait la relation de confiance entre le médecin et son patient.

Le dossier devra cependant conserver la trace des modifications survenues, afin que les autres médecins puissent en avoir connaissance.

Le ministre de la Santé devrait trancher cette question après avoir pris connaissance des conclusions du rapport du député Pierre-Louis Fagniez.

D'autre part, le fait que diverses spécialités thérapeutiques placées dans certaines zones du dossier ne puissent être accessibles qu'aux médecins exerçant dans ces spécialités limite l'accès à l'information aux autres spécialités, ce qui est médicalement injustifié. C'est, là encore, un point à revoir.

Le projet de décret indique, aussi, que

« le professionnel de santé reporte sans délai les informations pertinentes favorisant la coordination, la qualité et la continuité des soins ainsi que la prévention ». Cette disposition est inacceptable car elle instaure une notion de délai totalement subjective, qui n'a pas à être imposée aux professionnels de santé.

Enfin, et c'est important, les représentants des médecins libéraux demandent, pour l'ensemble du dossier, une égalité stricte de traitement entre le secteur public et le secteur privé : les mêmes contraintes doivent être imposées et les mêmes moyens fournis.

Nous avons obtenu quelques réponses à nos demandes dans le cadre du projet de loi de financement pour la Sécurité sociale pour 2007. Un amendement a rendu le DMP accessible aux médecins régulateurs hospitaliers et libéraux, en cas d'urgence et en l'absence de recueil du consentement du patient : c'est la procédure dite « bris de glace ». Un autre a permis de mettre le délai de conservation du dossier après le décès du patient en conformité avec les lois en vigueur sur la responsabilité médicale.

Tenir compte des résultats objectifs de l'expérimentation

Sur le plan technique, nous l'avons répété à maintes reprises, le logiciel du DMP devra être compatible avec les logiciels médicaux courants utilisés dans les cabinets médicaux afin d'éviter une double saisie pour le médecin. Le GIP-DMP en a pris l'engagement. C'est indispensable pour garantir le succès de cet outil auquel les médecins n'adhéreront que s'il facilite leur exercice et ne le complique pas en ajoutant une tâche technico-administrative supplémentaire. Ce serait particulièrement malvenu à l'heure où de réels efforts sont entrepris, notamment par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), dans le cadre de la simplification administrative !

Les enseignements des expérimentations qui se sont déroulées jusqu'en juillet dernier dans plusieurs régions vont nous permettre d'ajuster encore les modalités de mise en œuvre de cet outil. Elles ont permis de pointer un certain nombre de problèmes qui sont en passe d'être réglés, comme celui de la sécurité des données stockées chez l'hébergeur.

Elles ont aussi mis en évidence que l'appropriation de l'outil et la création d'un DMP empiètent sur le temps médical et qu'il faudra se poser la question de la mise en place d'une rémunération forfaitaire. Il appartiendra aux syndicats signataires de la Convention de régler ce sujet et d'en fixer le montant.

Reste que les fonds destinés à l'information des cabinets par l'Uncam (le Fonds d'action conventionnelle, créé récemment) doivent être rapidement mis à la disposition des médecins pour qu'ils puissent s'équiper, remettre à niveau leur parc informatique ou se former à l'utilisation d'Internet.

Les URML souhaitent que leurs demandes puissent être prises en considération pour faire du DMP l'outil attendu, et poursuivent leur lobbying actif auprès du ministère de la Santé et du GIP-DMP. Elles participeront ensuite, à l'échelon régional, à la généralisation du DMP prévue en novembre. 