

# DOSSIER MEDICAL PERSONNEL

*De l'urgence de renouer avec une dynamique partagée  
par l'ensemble des acteurs*

## NOTE AUX GESTIONNAIRES POLITIQUES (ACTUELS ET A VENIR)



**Les Entreprises des Systèmes  
d'Information Sanitaire et Sociaux**

120 , avenue Charles de Gaulle  
92200 NEUILLY sur Seine  
[www.le6.org](http://www.le6.org)  
Contact : Yannick Motel 06 30 40 20 36



**Syndicat National des Industries des  
Technologies Médicales**

39 - 41, rue Louis-Blanc  
92400 COURBEVOIE  
[www.snitem.fr](http://www.snitem.fr)  
Contact : Jean-Bernard Schroeder 01 47 17 68 30

## LES COSIGNATAIRES



Créé à la fin de l'année 2004, LESISS, regroupe les principales **entreprises dédiées au secteur des systèmes d'information de santé et rassemble des**

**PME expérimentées, des éditeurs de logiciels médicaux, et de grandes entreprises industrielles.** Cette fédération est née du constat de l'interpénétration croissante de la médecine de ville et de la sphère hospitalière, qui oeuvraient jusqu'alors de manière cloisonnée et dont la segmentation des organisations était le reflet de problématiques et de pratiques séparées. Par l'expertise de ses membres, LESISS apporte et accompagne les évolutions indispensables à l'adaptation du système de santé français. Les technologies de l'information utilisées à bon escient contribuent en effet efficacement à l'indispensable coordination des soins, à l'amélioration des pratiques médicales et à la réduction de risque de perte de chance pour les assurés, ainsi qu'à une meilleure affectation des ressources de la collectivité.



Créé en 1987, le SNITEM regroupe la majeure partie de l'**industrie des technologies et dispositifs médicaux.** Première association patronale en France représentant les entreprises de ce secteur d'activité, il est l'interlocuteur privilégié et référent des Pouvoirs Publics et siège

dans de nombreuses instances et commissions décisionnaires et/ou consultatives française et européennes. Le SNITEM fédère plus de **200 entreprises.** Il propose notamment à ces acteurs industriels de s'impliquer dans des groupes ayant un lien direct avec leurs secteurs d'activités : pôles et groupes sectoriels, groupes de décision, commissions transversales. Il publie enfin régulièrement des avis et recommandations pour alimenter l'expertise des décideurs du marché.

## PROLEGOMENES

**E**n lançant en grandes pompes le 11 mai 2004 le Dossier Médical Personnel (DMP), Philippe Douste-Blazy ne se doutait probablement pas des difficultés qui attendaient ce projet. Présenté à l'époque, d'abord et avant tout, comme un service centré autour des bénéficiaires pour l'utilisateur du système de santé, le DMP devait également être propice à l'amélioration des pratiques et de la qualité des soins, et subsidiairement profilé pour permettre d'optimiser rapidement les dépenses de santé.

Gravé dans le marbre de la loi républicaine à l'issue d'un débat parlementaire d'une exceptionnelle richesse, qui illustre l'importance portée par les élus sur ce sujet essentiel,

*Les industriels en général, et ceux de LESISS et du SNITEM en particulier, saluent la détermination et l'enthousiasme de la nouvelle équipe*

ce grand projet national aura donc connu en deux ans –et connaîtra sans doute encore– de nombreux rebondissements. De plus, en confirmant le 5 mai dernier un nouvel ancrage du DMP autour des données de l'assurance maladie, les porteurs politiques du projet endossent le risque de le voir rapidement emprunter la trajectoire du dispendieux carnet médical papier, rejeté par les praticiens dans l'indifférence des assurés.

Témoin de ces atermoiements, la maîtrise d'ouvrage constituée en un « *GIP de préfiguration du DMP* » aura connu depuis sa création un chassé-croisé des responsables, révélateur de l'ampleur des tensions. En moins d'un an, ce Groupement d'une douzaine de collaborateurs aura ainsi été marqué par le limogeage d'un Président, d'un Directeur général, d'un

Directeur du déploiement ainsi que de quelques subalternes. Et la liste n'est sans doute pas close.

Dans ce contexte, le changement annoncé le 5 mai 2006 consiste, pour sa nouvelle direction et dans les faits à passer, de manière abrupte et sans concertation, par profits et pertes la dynamique qui s'était engagée (à la demande de l'Etat) depuis près de dix-huit mois, basée sur une démarche pragmatique d'opérations de préfiguration. Les professionnels de santé hospitaliers et libéraux comme les associations de patients, aux côtés des industriels privés se sont investis dans ces expérimentations qui consistaient à préfigurer le service futur en préalable à sa généralisation.

Les porteurs de cette nouvelle stratégie fondent ce changement sur l'urgence du calendrier politique : dès mars 2007, tout assuré en formulant la demande est supposé pouvoir accéder à son DMP. En outre, son usage est censé être simple, autant pour les assurés que pour les professionnels de santé. Enfin, constatant l'absence de marge de manoeuvre budgétaire de l'Etat, les intéressés préviennent que le projet devra être mené avec des moyens limités, dans des conditions que nombre d'observateurs qualifient déjà de saupoudrage régional d'argent public.

De nombreux pays ont planifié des projets de même nature et de même périmètre, assortis de budgets à la hauteur des enjeux (l'unité étant généralement le milliard d'euros ou de dollars, voir le point 2.1 des annexes), déployés sur de nombreuses années et dotés d'une maîtrise d'oeuvre externalisée. Aux antipodes de ces pré-requis, le DMP français promet en théorie d'être simple, d'un déploiement rapide, bon marché et internalisé par l'Etat.

Les industriels en général, et ceux de LESISS et du SNITEM en particulier, saluent bien sûr la détermination et l'enthousiasme de la nouvelle équipe. Toutefois, la légitimité que leur confèrent de grands projets complexes auxquels ils ont été à maintes reprises associés, dans la sphère sanitaire ou dans d'autres domaines, les amène à moduler cet enthousiasme.

Ils rappellent en particulier que si l'Etat a un rôle de gestionnaire avisé des deniers publics et, singulièrement dans le domaine de la santé, un devoir régalien de contrôle de l'emploi des données de ses administrés, les faits attestent qu'il n'est pas le mieux placé pour assurer les conditions d'une gestion moderne de très grands projets de nature industrielle comme le DMP. A l'évidence, cette analyse est de longue date partagée dans de nombreux pays, notamment parmi nos partenaires du concert européen.

De nombreux exemples illustrent cette évidence, et le Comité National d'Ethique Médicale rappelle, dans une prise de position sur les systèmes d'information de santé publiée en avril 2006, un exemple démonstratif des risques liés à la réalisation par l'Etat de projets d'ampleur : le programme de réservation *Socrate* de la SNCF. Initialement mené par la technostucture de l'entreprise nationale le projet s'était soldé, à l'issue d'un désastre technique et financier, par un appel au marché pour sortir de l'ornière et assurer une mise en œuvre de ce service, pleinement opérationnel après que cette sage décision eût été prise. C'est en effet une grande entreprise de service informatique privée qui a finalement développé ce service.

Les organisations LESISS et SNITEM espèrent vivement que l'histoire ne se répétera pas, mais estiment que la nouvelle épure du projet conduit droit à de douloureux déboires, avec une aggravation concomitante du retard déjà très préoccupant de la France en matière de systèmes d'informations médicalisés modernes, et donc en matière de qualité des soins. Au-delà de ce constat et en vertu de leur expertise reconnue, il leur est apparu essentiel de formuler, à titre conservatoire pour les responsables politiques actuels et à venir, les recommandations qui permettront d'éviter un nouvel échec, en appelant à un recentrage urgent des objectifs autour du principal acteur concerné : l'utilisateur du système de santé.

*La nouvelle épure du projet conduit à de douloureux déboires, avec une aggravation concomitante du retard déjà très préoccupant de la France en matière de système moderne d'informations médicalisé*

A cet égard il est assez probable que l'opinion publique fera bientôt entendre sa voix pour demander aux gestionnaires politiques qu'ils arbitrent les décisions sans prendre comme variable d'ajustement systématique le coût, et en privilégiant plutôt la logique de retour sur investissement. En le faisant sans préjugés et en s'appuyant sur les acteurs du secteur concurrentiel ils feront du DMP, et au-delà, du déploiement de l'ensemble des outils de travail collaboratif des acteurs de santé, une pleine réussite. Dans le cas contraire, impréparation et sous-évaluation des ressources affectées auraient des conséquences dramatiques pour notre pays. La présente note d'orientation, qui dresse un état des lieux et rappelle les enjeux, propose de surcroît des pistes de solutions réalistes. Elle constitue la contribution des industries spécialisées en vue d'apporter aux gestionnaires une meilleure vision sur les tenants et les aboutissants des enjeux, recommandant vivement une véritable concertation avec l'ensemble des acteurs du DMP, en n'oubliant pas les enseignements de l'expérience: c'est la diversité et le droit de regard qui constituent la meilleure garantie pour le citoyen.

# TABLE DES MATIERES

## SYNTHESE DU DOCUMENT

*Un équilibre entre le rôle de régulateur et la position de concurrent*

*Des horizons à court et moyen termes.*

*Assurer la clarification des coûts de mise en œuvre et d'exploitation*

## POUR UNE DYNAMIQUE PARTAGEE AVEC TOUS

### **1 - Un scénario équilibré entre public et privé**

- 1.1 Dominante privée
- 1.2 Dominante publique
- 1.3 Scénario mixte public / privé

### **2 - Sérier les obstacles en distinguant deux horizons de gestion**

- 2.1 Horizon court terme
- 2.2 Horizon moyen terme

### **3 - Des objectifs atteints dans un équilibre entre privé et public**

- 3.1 Service Universel « DMP – volet central »

### **4 - Actions parallèles de préparation et de clarification de la cible**

### **5 - Difficultés et risques**

## CONCLUSION

## ANNEXES

### **1 - Analyse du marché de pré-généralisation**

### **2 - Analyse des coûts du DMP**

- 2.1 Quelques éléments chiffrés de projets étrangers
- 2.2 Déterminants de l'approche économique
- 2.3 Structure du coût d'un DMP

## LA NOTE EN QUELQUES POINTS

- ⇒ Dans le concert des nations développées, la France, dont la médicalisation des systèmes d'information de santé accuse déjà un retard préoccupant, ne peut prendre le risque de dévoyer les objectifs du Dossier médical personnel (DMP), fixés par la loi et *articulés autour des bénéfices pour les patients*
- ⇒ Les industriels spécialisés prennent donc acte avec perplexité de l'arrivée d'une nouvelle maîtrise d'ouvrage du projet, animée d'une forte détermination mais porteuse d'un *projet centralisateur dont l'intérêt des professionnels de santé et des usagers ne constitue à l'évidence plus l'épicentre*
- ⇒ Ce changement de stratégie, abrupt et annoncé sans concertation, met gravement en danger les efforts déployés depuis près de 18 mois, *à la demande de l'Etat*, par ces acteurs aux côtés des industriels spécialisés en vue d'assurer une montée en charge progressive et concertée du DMP
- ⇒ Ainsi que les professionnels de santé l'ont déjà rappelé à maintes reprises en référence au dispendieux échec du carnet médical papier, le succès du DMP – qui ne constitue que l'un des outils de travail collaboratifs nécessaires à l'évolution de notre système de santé – passe par leur pleine implication dans le dispositif, ce que la nouvelle stratégie est loin de garantir
- ⇒ Comme de nombreux experts politiques et de la société civile l'ont analysé, *les objectifs poursuivis par cette nouvelle stratégie relèvent plus d'une volonté d'affichage à très court terme* que de la recherche des bases d'un véritable partage d'information généralisé de santé au service de nos citoyens
- ⇒ Outre que la nouvelle stratégie d'internalisation ne satisfait pas les usagers et les professionnels de santé écartés de son élaboration et sauf à faire du DMP une coquille vide, *son calendrier est irréaliste et les coûts annoncés largement sous-évalués*
- ⇒ Prenant néanmoins acte de la volonté de mise en œuvre d'un portail santé porté par l'Etat, les opérateurs privés sont prêts à démontrer que ce projet public très controversé, *pour peu qu'il soit adossé à un dispositif complémentaire articulé autour d'une préfiguration avec des opérateurs privés*, peut conduire au succès
- ⇒ Ils proposent de mener ces deux projets en parallèle, de commencer à en tirer les enseignements au premier semestre 2007 en mesurant leurs performances loyalement comparées, puis d'ajuster le scénario de déploiement d'un DMP au service des assurés et des professionnels de santé qui, comme dans les autres pays, prendra plusieurs années
- ⇒ Dans le même temps et sans attendre le scénario de généralisation, il leur apparaît indispensable de lancer une réflexion sur le *financement de ces nouveaux outils à hauteur des enjeux, avec des montages financiers innovants*

## SYNTHESE DU DOCUMENT

L'objet de la présente note est de proposer une solution de déploiement du Dossier Médical Personnel, conforme à l'esprit de la loi du 13 août 2004 et complémentaire au scénario présenté le 5 mai 2006 par la nouvelle maîtrise d'ouvrage du projet, sans rompre avec la dynamique de continuité des textes, des communications et des expérimentations menées à ce jour. Cette contribution, qui s'appuie sur le bon sens pour clarifier le rôle des divers acteurs, est articulée autour de 4 axes :

- répartition avisée des rôles entre les secteurs public et privé
- valeur ajoutée pour les usagers du système de santé et les professionnels de santé
- compatibilité avec les procédures publiques de passation de marchés et respect du bon exercice de la concurrence
- scénario économique réaliste répondant aux attentes des professionnels de santé et des patients

### Un équilibre entre le rôle de régulateur et la position de concurrent

Les textes et les démarches engagées jusqu'à une date récente ont permis de responsabiliser fortement les opérateurs privés (hébergeurs de données de santé) impliqués dans le déploiement et la gestion du DMP : responsabilité de bout en bout sur les logiciels, la collecte des informations à la source, leur restitution, la garantie de non utilisation à des fins non autorisées, le support des utilisateurs (hotline), les processus administratifs d'ouverture du dossier et de gestion des droits d'accès. Ce modèle présente notamment l'avantage d'un engagement clair.

Dans ce contexte, un Service Universel public complémentaire peut être envisagé, fournissant un ensemble de services (accès, identification, dossier élémentaire, informations de remboursement, campagnes de prévention, ...) et assurant un « branchement » vers les opérateurs de DMP librement choisis par les patients pour sa consultation ou son alimentation.

Il est toutefois évident que c'est l'équilibre entre un bouquet de services publics et l'appel aux opérateurs privés qui permettra d'atteindre les objectifs déclinés dans la loi, dont l'épicentre est l'usager du système de santé. A cet égard, seule une combinaison de règles strictes publiques d'équité, de partage d'information et de sécurité en synergie avec l'implication d'opérateurs privés est garante d'une transformation progressive des systèmes d'information, et corollairement des pratiques du secteur de la santé.

Il est donc impératif, sauf à accepter de voir le DMP partir vers un échec assuré, que les annonces formulées par la nouvelle maîtrise d'ouvrage politique soient modulées pour inscrire le projet dans ce cercle vertueux.

Cette modulation est d'autant plus indispensable que la loi de mars 2002 définit la notion d'hébergement de données médicales par un jeu de droits et obligations pour l'usager, qui peut alors confier son dossier à un hébergeur de données médicales, sous réserve d'avoir le choix de celui-ci. Ce libre choix conféré par la loi suppose que cet hébergeur de données médicales ait, non seulement compétence à garantir un service continu, mais également – et surtout – à assurer une prise de responsabilités envers l'usager contractant. L'hébergeur de données médicales doit donc, dans les faits, être en mesure d'assurer un service de bout en bout incluant toutes les responsabilités y afférentes, notamment juridiques, vis-à-vis du patient. Or, l'orientation récemment prise par le GIP DMP d'imposer un "Service Universel" conduit à un unique opérateur public, les hébergeurs devenant alors de simples sous-traitants de cet opérateur unique, réduits à une fonction d'exécution totalement dépourvue d'initiatives et de responsabilités. Dans ces conditions, il y a une contradiction entre la loi, qui confère une possibilité de choix à l'usager, et la nouvelle stratégie qui impose un opérateur unique et contraire aux attentes maintes fois exprimées, entre autres, par les associations de patients

## Des horizons à court et moyen termes.

A *court terme*, il est indispensable pendant les 14 mois à venir (de mai 2006 à juillet 2007) :

- **d'organiser la mise en œuvre du Service Universel (plate-forme nationale)**, qui nécessitera, sous réserve qu'aucun obstacle ne survienne aux plans technique, juridique ou administratif, au mieux 9 à 12 mois pour être disponible à compter de la décision de mise en œuvre. L'objectif sera en effet de construire *ex nihilo* une plate-forme centrale mise à disposition de l'ensemble des assurés grâce à un portail Internet opérationnel au printemps 2007
- **de prolonger la phase d'expérimentation pilote** jusqu'à Octobre 2006, afin de compenser les retards de mise en œuvre liés aux aspects administratifs et à la période estivale d'inactivité, afin de tirer réellement les enseignements sur le périmètre applicatif et technique des solutions cibles
- **d'assurer une étape de pré-généralisation, articulée autour d'un appel d'offre adapté** : il faudra engager cette phase pour le DMP sur 4 à 6 zones géographiques pouvant ou non recouvrir de manière exhaustive le territoire national, et concernant 1 à 2 millions de dossiers par zone. Cette phase durera 12 mois, renouvelable sur deux semestres et sera caractérisée par un monopole géographique de 3 à 6 opérateurs privés sélectionnés à l'issue d'un appel d'offre enclenché dès ce printemps, pour une notification à l'automne 2006

Ce nouvel appel d'offre s'appuiera, en concertation avec la maîtrise d'ouvrage, sur les propositions des opérateurs retenus incluant l'adhésion des zones géographiques concernées. Il se distinguera clairement de la phase d'expérimentation pilote par un objet sensiblement différent : tester la conduite du changement à grande échelle, organiser un véritable déploiement industriel, prendre en compte les usages et les services à valeur ajoutée, prévoir son intégration au Service Universel et au portail national. Par ailleurs, cette remise en concurrence permettra à certains acteurs de la phase d'expérimentation de sortir du jeu, à de nouveaux entrants de s'y positionner, et aux zones d'expérimentation d'affiner leur stratégie à la lumière des résultats publiés.

A *moyen terme*, ce modèle laissera la place à un Service Universel (portail national et accès à des bases de données centralisées regroupant divers type de données 'centrales', comme celles de l'Assurance Maladie Obligatoire. Conformément à la volonté de l'Etat affichée depuis plus de deux ans, ce service s'accompagnera d'une concurrence nationale autour de 4 à 6 opérateurs privés, qui favorisera l'émulation et la créativité autour de nouveaux services validés et contrôlés par la Puissance Publique (information médicale, télémédecine, logiciels de gestion de cabinet en mode ASP, maintien au domicile du patient, dossiers de pathologies, protocoles et référentiels de bonnes pratiques etc...). Les opérateurs privés pourront en outre, à tout moment, se voir retirer leur agrément en cas de non respect des engagements pris.

Pour préparer cette étape, une concertation autour des objectifs collectifs avec les professionnels et les usagers du système de santé sera indispensable, en vue de sérier les attentes et de repositionner le DMP parmi les autres outils de travail collaboratif nécessaires à l'évolution du système de santé français. Cette étape consistera en l'élaboration d'un schéma directeur du système d'information partagé de la santé. Sa rédaction prendra plusieurs mois, sa mise en œuvre s'échelonnant sur plusieurs années s'agissant de la migration des actuels systèmes d'information hétérogènes vers un système nativement communicant.

En matière d'interopérabilité et contrairement aux allégations parfois formulées, des standards internationaux sont aujourd'hui disponibles et ne demandent qu'à être utilisés. L'Etat devra de ce point de vue assurer pleinement son rôle pour veiller, dans son schéma directeur, que ces standards s'imposent à tous (DMP, mais également systèmes d'information pour la médecine de ville, les hôpitaux, les réseaux...), y compris à la plate-forme de Service Universel.

En résumé, le partage entre les activités assurées par le portail national (Service Universel) et celles réalisées par les opérateurs privés ne peut pas être actuellement fixé de façon définitive. C'est en effet la montée en puissance respective de la plate-forme nationale d'une part, et des services rendus par les opérateurs privés d'autre part qui permettra de mieux cerner le rôle et les responsabilités de

chacun des acteurs. Cette montée en charge devra impérativement intégrer, faute d'un rejet massif, les résultats issus d'une véritable concertation avec l'ensemble des acteurs.

### Assurer la clarification des coûts de mise en œuvre et d'exploitation

Au final, il est déraisonnable et contre-productif d'opposer secteurs privé et public, car ils évoluent dans des logiques différentes. A la lumière des faits, le surcoût supposé des entreprises privées relève de la légende car essentiellement lié à un esprit de transparence, ces dernières faisant l'effort de calculer leurs coûts dans une logique globale, en intégrant un haut niveau de qualité de service correspondant aux enjeux des projets qu'elles accompagnent. Les solutions publiques affichent parfois des coûts *en apparence* moins élevés, la Puissance Publique n'évaluant généralement pas tous les postes de dépenses et faisant - parfois avec justesse - régulièrement l'impasse sur certains travaux, ou en réduisant le niveau de qualité attendu. Au final, l'allocation de ressources publiques (centres d'appels, centres de calcul et d'hébergement, machines ...), même si elles sont cachées au plan comptable, alimenteront pourtant mécaniquement les déficits publics.

Concernant les aspects économiques, il apparaît donc que :

- les coûts de déploiement initial et de gestion récurrente du DMP sont composés de postes déjà partagés de manière transparente par les différents acteurs avec les responsables du DMP
- ces postes de coûts sont factuels et reposent sur des hypothèses dont la validité pourra être suivie dans le temps afin de moduler au fil de l'eau le prix des DMP (ex. : volume de trafic dans les centres d'appels)
- tous les acteurs s'accordent sur le fait que ces coûts régulés par la Personne Publique évolueront dans le temps, sans qu'il soit toutefois possible de détailler à l'avance dans quelle proportion

La comparaison des coûts et leur mutualisation doivent naturellement être recherchées (par exemple en profitant de courriers de l'assurance maladie pour transmettre les mots de passe aux patients lors de l'ouverture de leur dossier).

Toutefois, sur une base de coût de gestion de l'ordre de 8 euros par dossier et par an (soit 13 € en incluant l'initialisation du dossier) pour une activité de l'ordre de 10 millions de patients, une réduction substantielle est illusoire sauf à réduire - comme cela semble être le cas avec l'annonce par la maîtrise d'ouvrage de la nouvelle stratégie - la qualité attendue ou le périmètre des services rendus aux patients et aux professionnels de santé.

Ainsi, limiter pour un – long – temps le DMP au partage de bases de l'Assurance Maladie Obligatoire ne répondrait pas à la loi et manquerait l'objectif visant à délivrer un service médical propre à améliorer qualité et efficacité du système de soins (pas de protocoles, pas d'aide à la continuité des soins, pas d'évitement de la redondance en l'absence de contenu médical, pas de réelle diminution des interactions médicamenteuses, ...).

Il est donc urgent de procéder à une analyse détaillée, partagée entre les opérateurs privés et le GIP-DMP telle qu'elle est esquissée en annexe 2 de la présente note, des composantes de coûts et des niveaux de qualité associés, en gardant à l'esprit qu'ils évolueront certainement en fonction des résultats de la phase de pré-généralisation proposée dans ce document, menée pour les deux prochaines années.

Il sera également indispensable d'engager rapidement une réflexion parallèle pour trouver les mécanismes de financement innovants adaptés aux énormes investissements à consentir pour financer un véritable partage d'information généralisé de santé, dont le DMP n'est que l'une des composantes. Ces réflexions permettront, une fois abouties, de pallier l'absence durable de marges budgétaires de la Puissance Publique, et de mettre en adéquation les besoins de financements et les objectifs de santé publique conforme à la loi et aux attentes légitimes des professionnels de santé et des patients. Ces réflexions, auxquelles LESISS et le SNITEM apportent leur expertise aux côtés d'autres acteurs proactifs, sont d'ores et déjà en cours.

# POUR UNE DYNAMIQUE PARTAGEE AVEC TOUS

## 1 - Un scénario équilibré entre public et privé

Depuis le vote de la loi 13 août 2004 relative au Dossier Médical Personnel, plusieurs étapes importantes ont été franchies pour préparer sa mise en œuvre : clarification du contenu et du fonctionnement du Dossier Médical Personnel, mise en place d'une structure responsable de la maîtrise d'ouvrage du projet (GIP de préfiguration DMP, devenu GIP DMP), mobilisation des acteurs concernés (usagers du système de santé, professionnels de santé, industriels privés), annonce de lancement d'expérimentations en vraie grandeur.

Si la situation a sensiblement progressé, de fortes interrogations demeurent toutefois, concernant en particulier le retour sur investissement de l'opération, le coût à terme du DMP pour la collectivité, et les modalités de fonctionnement en multi hébergeurs de données de santé.

L'objet de cette note, collégalement rédigée par les membres de LESISS et du SNITEM, est de proposer un scénario de déploiement qui réponde aux préoccupations légitimes des Pouvoirs Publics sur ces différents aspects, en capitalisant sur la dynamique engagée depuis plusieurs années entre la puissance publique et les opérateurs privés.

Le gouvernement peut s'engager à ce stade dans trois scénarios envisageables :

### 1.1 Dominante privée

Ce schéma guide en toile de fond les travaux des Pouvoirs Publics depuis 3 ans. Il consiste à mettre en place progressivement des opérateurs privés qui ont la responsabilité, conformément à la loi, d'exploiter et de distribuer le DMP. Ce projet ambitieux présente l'avantage de responsabiliser et de tirer le meilleur parti du savoir-faire et de la capacité d'investissement des industriels, mais il suppose un niveau de maturité fort des Pouvoirs Publics en termes de pilotage et d'interopérabilité. Il pose par ailleurs une question financière en faisant apparaître de façon très transparente (impact de l'externalisation) le coût global du DMP

### 1.2 Dominante publique

Dans ce scénario un portail central public deviendrait la référence unique et un système partagé pour tous les citoyens. Ce scénario, séduisant *en apparence* présente de surcroît l'avantage de garantir en théorie une interopérabilité intrinsèque et plus largement, l'équité et l'homogénéité de l'accès par le citoyen et les professionnels de santé. Il tend à réduire significativement le rôle des partenaires privés en les cantonnant au rôle de prestataires de services, soit pour aider à construire et être sous-traitants de la plate-forme centrale, soit pour assister les acteurs locaux dans le déploiement du système (centre d'appels, travaux de connexion, assistance à la conduite du changement local...). En revanche, ce scénario se déroulerait dans une logique de bilan financier cantonné dans une certaine opacité<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Outre les coûts visibles liés au budget de fonctionnement du GIP DMP (dont la douzaine de collaborateurs doit en théorie atteindre 75), il est intéressant de souligner que le nouveau raisonnement financier postule que la baisse de dépenses liées au DMP « public » s'appuiera sur une notion de « coûts marginaux », liés à l'emploi de ressources disponibles pour tout ou partie déjà budgétairement affectées (téléintervenant de l'assurance maladie, équipes informatiques et matériels publics et parapublics disponibles). Or, il est clair que ces coûts, qui dans les faits seront *cachés*, ne sauraient le rester longtemps en raison de la dynamique insufflée par la réforme des lois de finances en cours (LOLF) qui les mettra tôt ou tard en évidence. Cet éclairage se fera, soit volontairement à la lumière du bilan lié à un audit comparatif, soit encore par la diligence des corps de contrôle de l'Etat (Cour des Comptes, IGAS, IGF) et/ou des missions d'évaluation et de contrôle parlementaires des deux chambres (MECSS, qui vient de publier un premier rapport accablant pour l'Etat). Naturellement, cette transparence deviendra d'autant plus inéluctable que les instances européennes, déjà préoccupée par l'orthodoxie budgétaire des pays de l'Union, demanderont tôt ou tard des comptes aux membres dont les déficits publics dérivent de manière préoccupante

A l'évidence, ces deux modèles ne sont pas exempts de difficultés. Si le modèle privé apparaît difficilement généralisable en l'état (les questions précédemment mentionnées sont loin d'être résolues), le modèle public représente un changement de cap brutal et non concerté qui, outre qu'il mettrait les opérateurs privés en difficulté (perte des investissements unilatéralement imposée par les Pouvoirs Publics), provoquerait inéluctablement une perte de temps (correspondant à la montée en puissance des structures publiques concernées). Elle réduirait par ailleurs considérablement l'apport des fournisseurs privés dans l'industrialisation et la qualité du service, et conduirait inéluctablement à un appauvrissement fonctionnel du DMP, et subséquemment à son probable rejet par les usagers et les professionnels de santé.

De surcroît, le modèle public susciterait une incompréhension à l'heure où le gouvernement, sur l'impulsion de la Commission européenne cherche, (dans les domaines clairement identifiés où ils peuvent naturellement se développer : Défense, Justice, Santé), à promouvoir dans un contexte budgétaire régulièrement tendu des dispositifs de financements négociés dans des cadres contractuels innovants.

En outre, ce modèle public pose des questions aux acteurs de terrain impliqués dans la phase de préfiguration, sur son utilité à l'aube d'un changement drastique de modèle et de règles du jeu.

Enfin – et surtout - la recevabilité d'un modèle centralisé et national par les acteurs libéraux ou les patients (et notamment les associations les représentant) reste à valider sur le plan politique<sup>2</sup>. A cet égard, les vives réserves émises, en écho à l'annonce du récent changement, par des professionnels de santé comme par des associations d'usagers ne devraient pas être mésestimées. Dans le cas contraire, le spectre du carnet de santé papier, gouffre financier mémorable régulièrement évoqué, aura tôt fait de se profiler.

### 1.3 Scénario mixte public/privé

A l'évidence, le gouvernement a donc intérêt à envisager au plus vite la mise en place d'un scénario mixte combinant approche publique et approche faisant appel à des opérateurs privés. Ce scénario consistera, au-delà de juillet 2007 à :

- **fournir un portail d'accès et un socle de service public** comprenant les services suivants :
  - Portail public santé,
  - Services d'identification et de sécurisation des médecins et des patients (constitution d'un identifiant unique obligatoire),
  - Service universel DMP (possibilité pour un citoyen ou pour un professionnel de santé de se connecter à cette plate-forme centrale pour se « brancher », afin de lui permettre de réaliser toutes les opérations qui le concerne, vers la plate-forme d'hébergement du DMP qu'il aura librement choisie : ouverture, mise à jour, consultation...),
  - Dossier élémentaire fondé sur des informations déjà disponibles et centralisées par l'Assurance Maladie Obligatoire (sous réserve de validation de cette utilisation par la CNIL et les acteurs concernés<sup>3</sup>).
- **Abriter sous ce portail public, des opérateurs privés** fournissant le service de contenu du DMP ainsi que des services différenciés (après approbation par les Pouvoirs Publics) tels que :
  - Collecte, restitution et hébergement des données et informations produites par les acteurs de santé de terrain (professionnels de santé libéraux, cabinets de radiologie, laboratoires de biologie, établissements publics et privés) en complément indispensable des seules informations centralisées de l'Assurance Maladie ; conformément à la réglementation et à l'esprit du DMP, seules les informations jugées par les professionnels de santé comme

<sup>2</sup> De ce point de vue, l'annonce du changement récent de stratégie a suscité de très vives réactions, par voie de communiqués, entre autres de ces acteurs et de leurs représentants

<sup>3</sup> A cet égard, rien n'indique que l'hébergeur de données permettant d'assurer le « Service Universel Centralisé » pourra être exonéré de se conformer aux procédures d'agrément prévues dans le décret 2006-4 publié au J.O le 4 janvier

- « utiles à la suite de la prise en charge » (soit utiles à la prise en charge collective d'une pathologie aiguë ou chronique, soit utiles au titre de l'historisation des épisodes de santé du patient au long de sa vie) seront versées dans le DMP ;
- Services de connexion des réseaux locaux, hôpitaux sur la base d'un cahier des charges et d'une revue/audit de la qualité des systèmes sources,
  - Centre d'appel relatif à la consultation de ces données opérationnelles de santé,
  - Responsabilité de l'hébergeur sur l'intégrité, la disponibilité ainsi que de la conservation et leur usage des données et documents qui lui sont confiés par les professionnels de santé en accord avec le patient
  - Gestion pour le compte du patient des autorisations d'accès à ces informations,
  - Services complémentaires à valeur ajoutée (ayant fait l'objet d'une validation par les Pouvoirs Publics avant mise en service), à titre purement illustratif : restitution de données épidémiologiques à destination de l'Institut des Données de Santé<sup>4</sup>, services de télémédecine<sup>5</sup>, de maintien ou d'hospitalisation à domicile, logiciels de Gestion de Cabinet en mode ASP, information médicales à destination des patients et inscription dans des parcours de préventions, aide au patient pour la localisation d'un professionnel de santé ou d'un établissement à proximité, actualisation des connaissances médicales validantes dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, etc...

En résumé les patients pourront, dans l'esprit de la loi 2002-303 du 4 mars 2002, choisir librement leur hébergeur de données personnelles parmi les différents opérateurs privés disponibles et agréés ; le prix du DMP sera normalisé et imposé par les Pouvoirs Publics, la concurrence entre opérateurs favorisant la créativité en matière de services différenciés à valeur ajoutée.

**Note importante :** L'interopérabilité, indispensable à la communication entre les différents acteurs de la sphère sanitaire, ne pourra être assurée sans une politique plus volontariste de l'Etat, qui devra imposer dans le cahier des charges de la généralisation, entre autres<sup>6</sup> du DMP et en concertation avec les industriels, les standards internationaux du marché. Ces standards, pour l'essentiel déjà définis, (HL7 / CDA Release 2, IHE / XDS ...) devront naturellement s'imposer à la plateforme centrale de Service Universel.<sup>7</sup>

Les standards permettent d'ores et déjà aux opérateurs privés d'alimenter leurs DMP avec des données médicales (lettre de sortie, compte rendu opératoire, résultat de laboratoire, bilan de radiologie, images pertinentes...) à partir d'un logiciel de production de données de santé. De même, ils permettent de transmettre un dossier patient complet d'un opérateur à un autre dans le cas où le patient désire changer d'hébergeur.

Le « Groupe CDA » d'HL7 France<sup>8</sup> a même établi, de manière consensuelle avec les principaux éditeurs de logiciels de gestion de cabinet médical, un modèle unique d'échanges (Volet Médical Commun) s'appuyant sur le standard international 'CDA Release 2'. Ces travaux ont été remis au GIP DMP le 13 novembre 2005 par l'association HL7 France.

Ces travaux ont été menés aux plans national et international par les industriels exerçant dans notre pays dans le cadre de l'association HL7 France pour la définition des messages, et dans

<sup>4</sup> Prévu, par la loi du 13 août 2004, à l'article L. 161-36-5 du Code de la sécurité sociale ; cet Institut fait aujourd'hui l'objet d'un examen des modalités de mise en œuvre

<sup>5</sup> Prévue aux articles 31 à 34 de la loi du 13 août 2004, et dans les 'SROS III' (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de troisième génération, lancés par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins rattachée au ministère de la santé)

<sup>6</sup> Il sera également indispensable, pour combler rapidement le retard pris par la France, que la Puissance Publique use de son pouvoir régalién en imposant ces standards dans tous les appels d'offres concernant la mise en place des outils de travail collaboratifs (médicalisation des Systèmes d'information hospitaliers, HAD, télésanté)

<sup>7</sup> Les membres de LESISS et du SNITEM, ainsi que les industriels conscients de son importance soutiennent naturellement cette dynamique d'interopérabilité (voir à ce sujet la "Note sur l'interopérabilité des composants du DMP" publiée en octobre 2004 - [www.lesiss.org/publications](http://www.lesiss.org/publications)) ; ils assurent naturellement les services concernés de l'Etat de leur soutien plein et entier à une approche concertée visant à l'aider à promouvoir – voire mieux, à imposer - ces standards

<sup>8</sup> Hprim – HL7 France est le représentant national de l'association de standardisation internationale HL7, qui dispose de 24 « filiales » dans le monde

l'organisation IHE Europe pour la spécification de mise en œuvre et les tests opérationnels. Preuve du dynamisme français en matière d'interopérabilité, il convient par ailleurs de noter, lors du Connectathon IHE de Barcelone<sup>9</sup>, la participation de membres de quatre des six consortia retenus pour la phase de préfiguration du DMP français, ainsi que celle des principaux éditeurs de logiciels spécialisés.

A l'évidence, l'allégation visant à nier la dynamique d'interopérabilité des industriels soucieux de se conformer aux standards internationaux est notoirement infondée. De plus il appartient à l'Etat, maître d'ouvrage du partage généralisé de santé dans notre pays, de veiller à ce que les standards internationaux désormais opérationnels s'imposent à tous les prestataires et industriels dans les appels d'offres, *y compris aux prestataires publics.*

Le partage des rôles précis entre ce qui doit être réalisé par la plate-forme de Service Universel et ce qui sera confié à des opérateurs privés (prestataires de services intégrés) reste à définir. Toutefois, quel que soit le partage finalement retenu, c'est bien l'équilibre entre un bouquet de services publics et l'appel aux opérateurs privés qui permettra d'atteindre l'objectif recherché : la généralisation d'une infrastructure d'outils de travail collaboratif au service du patient et des professionnels de santé, dont le DMP sera l'une des composantes importantes.

En effet, comme les autres pays dans le monde, c'est bien la combinaison de strictes règles publiques d'équité, de partage d'information et de sécurité associées avec l'implication des opérateurs privés qui permettra d'opérer une transformation progressive des systèmes d'information du secteur de la santé, et corollairement de ses pratiques.

## 2 - Sérier les obstacles en distinguant deux horizons de gestion

En raison de l'extrême complexité du dossier, les Pouvoirs Publics auront avantage à privilégier cette méthodologie. En effet, elle seule permettra de clarifier des questions essentielles : coût du DMP pour la collectivité, retour sur investissements consentis, logiques de déploiement multi hébergeurs.

La suspension des travaux en cours depuis 18 mois conduirait inévitablement à émettre des prévisions basées sur de simples supputations, alors que le déploiement du DMP à une échelle réelle et sur une durée significative (bien supérieures à 5000 dossiers sur 6 mois) apportera des garanties sur la pertinence des mesures à prendre sur les volets opérationnel, technique et financier du projet.

Il est donc utile de distinguer deux horizons de gestion :

2.1 Un horizon court terme, correspondant aux quatorze prochains mois (à compter de mai 2006) jusqu'à la date de pleine application retenue par la Maîtrise d'ouvrage du projet

En effet s'il est difficile de définir dès aujourd'hui dans le détail le mode de fonctionnement définitif du DMP multi hébergeurs, il est indispensable de mettre rapidement en œuvre des actions :

- répondre aux impératifs de la Maîtrise d'ouvrage en affichant des résultats tangibles conformes à ses attentes, si possible dès juillet 2007 :
  - mise à disposition d'une composante de dossier médical « central » pour chaque citoyen, intégrant les données de la CNAM
  - possibilité d'ouvrir, dans les mois qui suivront, un DMP auprès d'opérateurs privés agréés et sélectionnés, qui s'imbriqueront en complément du volet central afin de recueillir les informations médicales de terrain : lettres de sorties hospitalières, résultats d'examens biologiques, images pertinentes et comptes rendus de radiologie, observations cliniques de la médecine libérale,

<sup>9</sup> Voir à ce sujet ([www.lesiss.org/publications/documentation/2006connectathon](http://www.lesiss.org/publications/documentation/2006connectathon)) le vidéo-reportage réalisé lors de la session de Barcelone en mai 2006

- faire la démonstration effective, sur une population significative, de l'intérêt et de la valeur ajoutée apportée par l'usage du dossier médical :
  - en mettant en place sur une population géographiquement ciblée un DMP « terrain » remontant les informations médicales pour une collaboration renforcée entre professionnels de santé autour des informations du patient, un réel échange entre professionnels et patients sur les informations de type prévention ou observance, enrichi par un apport de fonctionnalités à valeur ajoutée médicale de type détection d'interactions, contre indications, intolérances ou redondances...)
  - en évaluant en première approche les impacts réels du DMP (en termes de coûts et de besoins en support opérationnel), et donc son retour sur investissement,
- élaborer un modèle de fonctionnement du DMP cible clarifiant le rôle des différents acteurs (publics et privés) et l'équilibre économique global du programme, en évitant de cristalliser dès aujourd'hui des choix structurants et en tirant le meilleur parti des travaux déjà lancés.

## 2.2 Un horizon moyen terme (quelques années) visant à :

- la possibilité pour tout citoyen d'ouvrir un DMP « terrain » permettant de collecter ses informations santé produites par les différents professionnels hospitaliers et libéraux
- la généralisation effective du DMP pour l'ensemble des sources de données (raccordement des établissements et professionnels de ville supposant une mise à niveau de leurs systèmes d'information, incluant formation et conduite du changement), permettant l'alimentation à terme systématique du DMP dans son contenu « riche » par l'ensemble des intervenants de terrain.

Cette approche est essentielle, car elle permet de sérier les problèmes en progressant concrètement dans la résolution des obstacles liés au DMP tout en continuant d'approfondir des sujets clés. Pratiquée de longue date par le secteur privé dans les grands projets complexes, cette démarche rompt avec les pratiques encore souvent usitées par le secteur public, bien que l'Etat impulse une dynamique positive pour des raisons évidentes :

- il n'est pas toujours possible de tout définir à l'avance,
- c'est en avançant que les équipes de projet clarifient peu à peu la vision précise des fonctionnements cibles,
- dans le cas du DMP la vitesse de mise en œuvre est un paramètre important du succès, qui permettra de pallier le risque de désintérêt des professionnels et usagers du système de santé.

### **Remarques sur le calendrier de déploiement du DMP**

L'observation des projets de partage d'information de santé au-delà de nos frontières permet d'avoir une idée des délais nécessaires. Deux exemples peuvent être pris, assez conformes dans leur périmètre au projet français : ainsi, les programmes anglais et nord-américain (au passage abondés à hauteur de plusieurs *milliards* d'euros – voire pour projet US à hauteur de plusieurs *dizaines de milliards* de dollars) se déploieront sur une dizaine d'année.

La Maîtrise d'ouvrage du DMP français annonce de son côté que le dit projet sera opérationnel dès juillet 2007, avec une montée en charge sur 3 ans. Les industriels de la Fédération LESISS estiment qu'il faudra entre 5 à 8 ans avant d'avoir une montée en régime définitive des outils contributifs au travail collaboratif des intervenants de la sphère sanitaire<sup>10</sup>.

Sans mésestimer le savoir-faire national et la détermination de la maîtrise d'ouvrage, il est de la responsabilité des industriels privés, rompus aux grands projets, d'estimer que le calendrier annoncé est au mieux très ambitieux à l'aune des moyens disponibles, voire dangereusement irréaliste.

<sup>10</sup> Il n'est pas certain que les responsables politiques du projet aient bien pris la mesure des contraintes incompressibles du calendrier. Le rapporteur spécial de la Commission des finances du Sénat, lors d'une audience publique le 11 mai 2005, a demandé au ministre de la santé : « la France pourra-t-elle réaliser en si peu de temps [à peine plus d'un an] ce que l'Angleterre a fait en douze ans avec une enveloppe budgétaire dix fois supérieure ? ». La réponse a été claire : « Oui ! »

### **3 - Des objectifs atteints dans un équilibre entre privé et public**

Des actions à court terme doivent être rapidement engagées pour renforcer la dynamique initiée depuis 18 mois en préservant l'équilibre public/privé du programme, en vue d'atteindre les objectifs fixés par la loi en conformité avec les aspirations clairement exprimées des professionnels et des usagers du système de santé. Trois types d'actions qui doivent être envisagées :

#### **3.1 Service Universel « DMP – volet central » à disposition de tous les citoyens en juillet 2007**

L'objectif sera de construire une plate-forme centrale mise à disposition de l'ensemble des français qui le souhaiteront à travers un portail web ouvert au printemps 2007. Ce projet permettra d'atteindre deux objectifs au périmètre limité mais disponibles à court terme :

- répondre formellement aux objectifs de la loi en proposant un dispositif permettant à tout un citoyen qui le souhaite de disposer d'un DMP comprenant le volet central des informations (identification du patient et données déjà centralisée par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire)
- assurer le « branchement » vers des opérateurs privés de données de santé librement choisis par les assurés collectant les informations médicales de terrain (lettres de sorties hospitalières, résultats d'examen biologiques, images pertinentes et comptes rendus de radiologie, observations cliniques de la médecine libérale) et fournissant le « contenu riche » du DMP.

L'existence de ce système central garantira de manière faciale l'atteinte de ces objectifs mais la réalité opérationnelle de ces dossiers sera limitée : seules quelques grandes bases nationales (comme celles de la CNAM, si elle l'accepte, et si la CNIL donne son accord) seront utilisées pour constituer le volet central du DMP.

Il conviendra toutefois d'assortir rapidement ce volet central minimum de :

- la possibilité d'ouvrir un « DMP volet terrain » auprès d'opérateurs privés, permettant de collecter les informations produites par les acteurs de santé (soit via une saisie directe sur Internet soit, surtout, via la transmission d'informations depuis les systèmes d'information de santé utilisés en respectant les standards internationaux du secteur santé ou des standards nationaux largement déployés et utilisés en France, idéalement imposés par l'Etat)
- l'enrichissement effectif de « DMP volets terrain » par le raccordement de sources (établissements et professionnels de santé libéraux ayant fait l'objet d'un raccordement technique de leur système et d'une formation au système et à son usage pratique)

#### **3.2 Allongement des pilotes de conception de quelques semaines (à travers le marché actuel)**

Le marché pilote actuel (focalisé sur le fonctionnement technique et applicatif de la plate-forme) pourra être poursuivi dans les limites des contraintes du Code des marchés. Cette prolongation permettra d'aller au terme de l'expérimentation dans son actuelle conception et dont une majorité d'observateurs s'accordent à estimer que sa durée est notoirement insuffisante (prise en compte des retards actuels - entre autres concernant les agréments, imputés aux divergences entre la CNIL et le Comité d'agrément - et des mois d'été peu propices à une quelconque expérimentation).

Il est à noter que cette prolongation suppose un avenant signé avec les opérateurs privés sélectionnés pour la préfiguration à hauteur d'un montant limité à 15% environ du montant du contrat initial. Un tel montant ne saura toutefois raisonnablement permettre de prolonger l'expérimentation plus de deux mois, la portant ainsi à fin octobre 2006.

Assortie d'une dotation appropriée, cette prolongation permettra de faire la jonction avec le marché de pré-généralisation, à l'issue des résultats du démonstrateur pilote qui doivent permettre d'alimenter la conception de la plate-forme centrale (Service Universel).

#### **3.3 Lancement d'un marché de pré-généralisation organisé par région**

L'objectif de cette phase, conforme au nouveau cap affiché par la Maîtrise d'ouvrage, sera de :

- évaluer la charge de raccordement et de déploiement technique du DMP dans une région,
- définir les organisations et les moyens de déploiement les plus appropriés et préparer leur mise en place (formation de formateurs locaux, mis en place de comités de pilotage,...),
- définir les moyens techniques industriels du raccordement,
- faire la démonstration en vraie grandeur de l'usage du DMP de façon à appuyer la promotion nationale de cet outil tant auprès des citoyens et de leurs associations que des professionnels de santé,
- évaluer le retour sur investissement, et donc le modèle économique du DMP<sup>11</sup>,

Cette phase sera mise en œuvre à travers le lancement d'un nouveau marché dont l'objet serait le déploiement de plusieurs centaines milliers de DMP confiés à des opérateurs privés positionnés sur des zones géographiques limitées :

- Lancement du marché en mai, sélection de 3 à 6 opérateurs en octobre,
- Le donneur d'ordre prendra les dispositions nécessaires afin d'éviter tout contentieux procédural (mise à disposition des documents de la phase de démonstrateur à l'ensemble des candidats, ouverture à tout nouvel entrant qui le souhaite, demande d'agrément hébergeur à faire par chaque candidat, ...)
- Les opérateurs candidats se présenteront en association avec des acteurs de terrain (institutionnels : ARH, URML, URCAM... et/ou producteurs de soins opérationnels : réseaux, médecins et PS, établissements... et/ou patients : associations, collectifs...) pour porter un projet commun de collaboration et raccordement.
- Les opérateurs devront prévoir leur raccordement au portail central/service universel cible pendant la durée du marché et le transfert/copie des données à l'issue du marché s'ils ne sont pas retenus pour la généralisation,
- La durée de la phase pilote de généralisation sera fixée à 1 an + 2 tranches conditionnelles de 6 mois chacune, portant la durée totale maximale du marché à 2 ans

L'avantage de cette phase sera de permettre d'instaurer des usages terrain du Dossier Médical initialisé par le Service Universel Central.

Le Service Universel reposera sur des données centrales (provenant essentiellement de la CNAM) et se trouvera complété par le DMP territorial des opérateurs de préfiguration qui assurera :

- la remontée, le stockage et la mise à disposition d'information de terrain (résumés de sortie, résultats de biologie, notes cliniques, images pertinentes et comptes rendus de radiologie)
- l'utilisation par les opérationnels producteurs de soins des informations du Service Universel et des informations du DMP territorial.

Cette phase permettra de valoriser ces deux types d'informations utiles et de créer des habitudes d'usages quotidiens. Cette phase de pré-généralisation évitera la question de la mise en concurrence des opérateurs privés entre eux en créant des monopoles territoriaux provisoires (Les territoires ayant soutenu la candidature de l'hébergeur de leur choix).

#### **4 - Actions parallèles de préparation et de clarification de la cible**

En parallèle des travaux court terme décrits ci-dessus, trois actions concrètes devront être lancées pour préparer le fonctionnement cible :

<sup>11</sup> A cet égard la Maîtrise d'ouvrage indique qu'un appel d'offres a été lancé visant à préciser le modèle économique du projet. Comme précédemment rappelé, cette intéressante initiative ne permettra malheureusement de définir, par le manque d'enseignements liés en l'absence de déploiement d'un projet de l'ampleur de celui du DMP, que des recommandations basées sur des supputations abstraites. A contrario, une phase de préfiguration menée à son terme permettra de tirer de réels enseignements en vue d'élaborer des scénarios financiers crédibles

#### 4.1 concertation sur la cible globale DMP/Santé

L'objectif est de lancer une concertation générale avec les professionnels de santé pour :

- clarifier leurs attentes vis-à-vis des systèmes de santé au sens large et non seulement vis-à-vis du DMP qui « cristallisera » et accélèrera sans doute les attentes en terme de modernisation des systèmes d'information cliniques,
- repositionner le DMP dans l'ensemble des systèmes d'information de la santé (logiciels de médecine de ville, systèmes d'information hospitaliers, CNAM...) en cernant de façon plus précise l'organisation à terme de la gestion du dossier médical, élément fondateur des systèmes de santé du futur. Cette analyse permettra notamment de définir une cible dans laquelle le DMP sera ou non distribué à l'intérieur des différents systèmes de gestion de la santé.

Ce travail (schéma directeur participatif des systèmes d'information de la santé) prendra inévitablement plusieurs mois (en termes de conception) et plusieurs années (en termes de migration des systèmes d'information vers la cible). Cette étape peut paraître longue mais permettra toutefois d'éviter des choix hasardeux qui, d'une part, risqueraient de dévoyer les objectifs, d'autre part se révéleraient ruineux pour les finances publiques. Elle devra être mise en œuvre sans délai, tout retard se répercutant inéluctablement sur le calendrier général du projet.

#### 4.2 Clarification du partage des rôles entre portail national et opérateurs privés

Le partage des activités réalisées par le portail national (Service Universel) et les opérateurs privés peut difficilement être fixé de façon définitive dès aujourd'hui (dans un sens ou dans l'autre).

Au contraire, c'est la montée en puissance respective de la plate-forme nationale et des services rendus par les opérateurs qui permettra de mieux cerner le rôle et les responsabilités des uns et des autres.

L'analyse économique constitue bien entendu un paramètre important (comparaison du coût du service rendu par un opérateur à celui du service rendu par les structures publiques). Il n'est bien sûr pas le seul. La qualité de service, la cohérence du positionnement de chacun des acteurs (possibilité de rendre un service de bout en bout par opposition à la fourniture d'un fragment de service), la disponibilité de ressources locales ou nationales fournissant des services proches susceptibles d'être utilisées, la capacité de l'organisation à générer de nouveaux services à valeur ajoutée porteurs de modernisation... sont autant d'éléments à prendre en compte dans une réflexion qui doit s'ancrer dans le réel de la mise en œuvre des projets sur le terrain.

#### 4.3 Clarification des coûts de mise en œuvre et d'exploitation

Sur le plan économique le périmètre de la responsabilité et du service délivré ainsi que le coût associé doivent faire l'objet d'un échange transparent.

Les acteurs privés sont évidemment ouverts à l'optimisation du coût du DMP grâce à la mutualisation de moyens (par exemple, écrire aux patients en utilisant les courriers de remboursement de la CNAM) ou au déplacement d'enveloppes (utiliser le centre d'appels de la CNAM<sup>12</sup> au lieu de gérer le coût associé dans l'enveloppe du DMP) ; ils sont convaincus de leur compétitivité dans le cadre de règles du jeu clairement définies et régulièrement auditées par des organismes indépendants.

Les opérateurs privés sont à même de fournir, en complément du Service Universel, un service compétitif et innovant dans le cadre du périmètre fixé par les Pouvoirs Publics et s'appuyant sur un niveau de qualité élevé. L'annexe 2 de cette note présente à cet égard un scénario de détail des coûts de mise en œuvre et de gestion des dossiers.

<sup>12</sup> A cet égard, il sera intéressant de vérifier si à périmètres identiques (qualité de service requise, disponibilité, volumétrie ..), les prestations d'un service public ou parapublic conduisent réellement à réaliser des économies, ce qu'un audit indépendant permettra, le cas échéant, de vérifier

Certains de ces coûts peuvent naturellement être défalqués des opérateurs privés, s'ils sont pris en charge par les Pouvoirs Publics. Ainsi, si ces derniers prévoient d'assurer le centre d'appel, l'ouverture et notamment l'acheminement des mots de passe ou autres éléments de confidentialité par courriers recommandés au patient, l'horodatage par la mise en place de leur propre horloge sans utiliser de service d'horodatage du marché etc... : ce sont autant de postes de coûts qui ne sont plus à supporter par les opérateurs privés.

Le dialogue économique entre les Pouvoirs Publics visant à fixer le périmètre du service attendu des opérateurs de DMP permettra de concilier au mieux :

- une responsabilité de bout en bout permettant aux industriels de s'engager en assurant les travaux d'intégration des différentes composantes du service<sup>13</sup>,
- la mutualisation maximale et l'utilisation de ressources publiques disponibles sur les postes pertinents.

#### 4.4 Un mode de fonctionnement pérenne DMP ouvrant la concurrence nationale

A l'issue de la phase de pré-généralisation, le schéma cible consistera à remettre en cause les affectations territoriales des opérateurs privés :

- la concurrence deviendra nationale (avec un jeu concurrentiel encadré par les Pouvoirs Publics selon des modalités à définir, notamment en terme de moyens de promotion autorisés),
- le patient pourra opter pour l'opérateur de son choix sur des critères de qualité du service de base ou encore de service différencié, faisant bien sûr l'objet d'une approbation par les Pouvoirs Publics préalablement à leur ouverture),
- les opérateurs privés de la phase pilote de généralisation seront remis en concurrence, de nouveaux entrants pourront se positionner et les candidats dont le taux de déploiement et/ou de service n'auront pas été satisfaisants pourront voir leur agrément remis en question.

La manière de mettre en œuvre ce schéma reste à définir de façon détaillée, en concertation avec les professionnels et les associations d'usagers de santé<sup>14</sup>, tant sur le plan des marchés (procédure garantissant l'équité) que sur celui du planning (généralisation progressive ou immédiate). De même les modalités pratiques d'organisation de la concurrence nationale entre opérateurs privés seront à définir (actions promotionnelles autorisées, fréquence de changement d'hébergeur autorisée et financement des coûts de portage, durée de l'agrément concédé à un hébergeur et modalités de pilotage de son niveau de service...).

C'est aussi dans cette étude que pourront être approfondis les modes de fonctionnement transverses (interopérabilité entre hébergeurs basée sur les standards internationaux que l'Etat imposera). Il y a donc là aussi un travail important à fournir qui peut prendre plusieurs mois et qui s'inspirera pour une grande part des résultats constatés pendant la phase pilote de généralisation.

## 5 - Difficultés et risques

Face au coût affiché – mais conforme aux réalités - du DMP, au manque de clarté des modes de fonctionnement cible et à l'absence de visibilité sur les services à valeur ajoutée que pourraient rendre

<sup>13</sup> Dans le nouveau scénario imaginé, les industriels sont relégués à un rôle de sous-traitants dans un patchwork complexe dont seule la maîtrise d'ouvrage est sensée disposer d'une vision d'ensemble. S'il ne pose pas de difficultés de principe aux entreprises concernées, ce scénario leur paraît toutefois extrêmement risqué

<sup>14</sup> A ce sujet il faudra sans doute préciser et renforcer la mission du COR (Comité d'Orientation) du GIP DMP. *Préciser*, car le fonctionnement de ce Comité nécessite que soit préalablement publiée la liste de ses membres. *Renforcer*, car son fonctionnement est largement perçu, par la plupart de ses membres, comme relevant d'une chambre d'enregistrement sans réel pouvoir d'orientation. Ce renforcement ne devra pas se faire, comme l'option semble avoir été proposée, par une augmentation du nombre de membres (pour passer à 70) ; en effet le nombre actuel (50) est déjà garant d'une absence de toute prise réelle de décision concertée, et mieux vaudrait au contraire alléger ce Comité. En revanche, la participation à cette instance d'élus du Peuple (au moins un parlementaire spécialisé de chaque chambre), constituera à l'évidence un gage de meilleure crédibilité

les opérateurs privés, la tentation pourrait être forte de remettre profondément et durablement en cause les orientations prises initialement.

Il est essentiel que dans les choix qui seront faits les risques suivants soient bien identifiés :

### **5.1 Risque de délai opérationnel sur la mise en œuvre du portail central et du Service Universel**

Si l'utilité d'une plate-forme nationale peut être admise, tant en termes de portail que de valorisation de certaines bases d'information nationales existantes, il est important de bien mesurer l'ampleur des travaux à mener, et corollairement les délais à prévoir pour une telle opération.

Si la mise en œuvre du DMP peut apparaître simple, dans la réalité elle est loin de l'être: Les clauses de fonctionnement qui encadrent l'usage du DMP (en termes d'accès, de sécurité, de responsabilités juridiques...), les volumétries considérées et les performances requises rendent ce projet très exigeant sur le plan technique. A cette problématique s'ajoute celle de l'alimentation du DMP, qui suppose que les bases de données sources fournissent les éléments nécessaires (ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui) et qu'elles soient connectées à la base de données centrale.

Il est clair que la combinaison des délais de constitution des équipes côté administration, la mise en place de procédures d'achat public sur certaines composantes de la plate-forme et la construction technique de la plate-forme prendra, à supposer qu'aucun obstacle ne survienne, entre neuf et douze mois minimum à partir de la date de lancement d'une telle décision. Il faut également rappeler qu'à l'image des plates-formes gérées par la DGI (télé déclarations de TVA et de revenus), ces projets initialement simples se sont avérés à l'usage, et compte tenu des volumétries, très complexes et consommateurs de moyens sur les plans interne et externe<sup>15</sup>.

Ceci ne signifie pas que cette approche doit être abandonnée, bien au contraire. Elle paraît intéressante et viendra efficacement compléter le dispositif initialement prévu. Pour autant il serait illusoire, voire dangereux d'attendre de ce changement de cap un résultat tangible significatif, dans les quatorze mois à venir, autre qu'un élément de communication politique.

### **5.2 Risque de désintégration dans une approche séduisante d'appels à projets**

Compte tenu de l'effort considérable et du délai nécessaires à la standardisation et la connexion des professionnels de santé à la plate-forme nationale en vue d'en permettre l'alimentation, il pourrait être tentant de recourir à un appel à projets dans lesquels les professionnels de santé s'engageraient à normaliser et raccorder leurs systèmes au moyen d'un budget qui leur serait alloué<sup>16</sup> (en se faisant aider par les opérateurs privés s'ils le souhaitent).

Cette approche est séduisante car elle permet, *en apparence*, de satisfaire 3 objectifs :

- Satisfaire les professionnels de santé désireux de composer leur propre système et soucieux de ne pas se voir imposer une offre qui ne leur correspond pas,
- Rendre au moins co-responsables du raccordement les professionnels de santé en évitant de positionner le service central comme bouc émissaire naturel des dysfonctionnements à venir,
- Limiter le coût du raccordement en allouant des budgets faibles qui, compte tenu de l'inexpérience des informaticiens locaux des plates-formes santé, seront perçus comme élevés.

<sup>15</sup> Ce dont pourra difficilement disconvenir le nouveau Directeur du GIP DMP, qui en qualité de précédent Directeur du GIP MDS puis de l'ADAE, n'ignore naturellement pas ces contraintes. A cet égard il pourra sans nul doute apporter sa solide expertise concernant la prudence à afficher dans les délais liés aux grands projets nationaux, d'autant plus s'ils s'exercent dans un contexte budgétaire tendu

<sup>16</sup> Le gouvernement belge a mis en place une formule originale d'accompagnement financier pérenne, conditionné à l'acquisition et la maintenance par les professionnels de santé d'un logiciel médical agréé, dont l'une des exigences concerne l'interopérabilité. Les intéressés se sont pleinement approprié le dispositif en raison de la garantie de fonctionnement communicant et de l'aide financière pérenne qu'ils obtiennent en contrepartie de leur choix guidé. L'exigence de qualité issue de cette initiative a en outre contribué à structurer un marché sur lequel se développent désormais quelques entreprises performantes. Pour mémoire, le marché français des logiciels médicaux se répartit encore auprès de plus de 150 fournisseurs

Cet intérêt pour l'approche « appel à projets », qui n'est pas nouvelle, est compréhensible mais elle présente de graves inconvénients :

- Tout d'abord un risque fort et durable de non qualité. A l'évidence, les professionnels de santé ne sont pas armés pour mettre en place des projets du type DMP. L'informatique n'est pas leur métier et les compétences locales ne sont pas suffisamment présentes pour, sinon produire, au moins faire appel à des professionnels. Le risque n'est donc pas mince de voir se multiplier, comme c'est d'ailleurs déjà le cas, des plates-formes de piètre qualité qui poseront rapidement des problèmes de pérennité et d'évolutivité auxquels les structures locales ne pourront faire face.
- Par ailleurs, l'émiettement des coûts dans une multitude de plates-formes locales s'accompagnera inévitablement de dérives sévères. A l'heure où les structures publiques comme privées tendent à revenir à des architectures informatiques très centralisées mettant à disposition des applications centrales sur des postes de travail légers, l'atomisation des moyens laisse perplexe. Il serait donc dommage, pour la collectivité, que le secteur de la santé évolue dans une direction opposée aux tendances lourdes de l'informatique moderne.
- Enfin si un faible pourcentage de professionnels sont familiers des développements ou de la maintenance informatiques et capables d'afficher une certaine autonomie, la majorité d'entre eux souhaitent pouvoir s'appuyer sur de vrais professionnels du domaine capables de leur apporter des services comparables à ceux qu'ils peuvent trouver dans d'autres secteurs.

Au total la logique de l'appel à projets nous paraît devoir être étudiée avec une grande précaution (l'utilisation des subventions publiques a d'ailleurs été épinglée à plusieurs reprises – et le sera sans doute encore - par les instances de contrôle de l'Etat). Il est donc souhaitable qu'elle soit cadrée de façon rigoureuse.

Tout d'abord, l'objet même de l'appel à projets devra être suffisamment ciblé et détaillé pour que l'objectif affiché de création de conditions d'interopérabilité à l'échelle nationale soit effectivement atteint. Les acteurs de terrain bénéficiant d'une bonne visibilité sur la nature des attentes et d'un cahier des charges prescriptif seront plus à même de missionner des opérateurs privés en ayant l'assurance que leurs travaux seront en cohérence avec ceux réalisés dans le cadre des autres projets de raccordement. Le cahier des charges de l'appel à projets devra ainsi préciser en particulier :

- la qualité des flux d'information attendus (type de document, normes / technique de communication entre application / protocoles d'échanges à respecter, niveau de structuration et thésaurus de référence, caractère unilatéral ou bilatéral des flux),
- les processus / fonctions requises dans le cadre des échanges (contrôle des formats, présence des informations, vérification des valeurs codifiées, signature des envois, routage des informations, monitoring du transfert, résultat des traitements, ...),
- les architectures techniques préconisées (différents modes de raccordement prévus par le GMSIH, messagerie sécurisée / web services applicatifs),
- les procédés et niveaux de sécurité souhaités<sup>17</sup>,
- les engagements demandés à l'opérateur (disponibilité, intégrité des données, ...),
- les modalités de validation / recette des raccordements (notamment dans l'attente du DMP de la généralisation).

L'appel à projets devra également intéresser fortement les acteurs de terrain à se fédérer pour éviter une désagrégation des structures collégiales de pilotage qui ont vu le jour dans les différents sites d'expérimentation. Ces structures portent aujourd'hui des projets consensuels, mâtinés des attentes des différents acteurs, évitant le développement de solutions concurrentes au service de stratégies individuelles non alignées avec l'intérêt collectif. L'appel à projets devra également préciser le mode opératoire de la gouvernance des projets à l'image du cadrage proposé par le GIP DMP dans le cadre

<sup>17</sup>La loi du 13 août reprend l'article L-1110-4 déjà évoqué dans celle du 4 mars 2002, qui prévoit la publication d'un décret sur la confidentialité des données de santé. Il est regrettable que ce décret, essentiel à la solidité de la chaîne de confiance puisque précisant les orientations retenues par la Puissance Publique et dont le texte est désormais prêt, n'ait aucun calendrier de publication

des expérimentations. La présence d'institutionnels au sein de ces structures (ARH, URCAM, URML, ...) donnera plus d'emprise à la maîtrise d'ouvrage pour la conduite des opérations dans les délais impartis.

S'agissant ensuite du recours aux opérateurs privés pour assurer la maîtrise d'œuvre des projets de raccordement, il conviendra que l'appel à projets en fixe les modalités de recrutement et précise, notamment, les critères d'éligibilité<sup>18</sup> de leur candidature. La fixation de critères inspirés des travaux menés dans le cadre des expérimentations permettra de capitaliser tant sur la crédibilité des opérateurs industriels expérimentés que sur les réseaux de collaboration inter entreprises (éditeurs, prestataires de service d'intégration, ...) désormais opérationnels.

A l'inverse, laisser une trop grande latitude aux acteurs de terrain pour la sélection de leurs prestataires induira inéluctablement une fragilisation des filières industrielles émergentes (souhaitées de longue date par la Puissance Publique dans le secteur de la santé), chaque entité pouvant espérer de la diversité des points de vues et niveaux de compétence, une redistribution plus favorable des cartes. Concrètement, un processus national d'appel à candidature ou d'agrément préalable d'opérateurs industriels permettra d'éviter la dispersion des efforts de conviction, les interférences de discours entre acteurs de divers niveaux de compétences, voire le clientélisme. Les acteurs de terrain seront alors invités à choisir un opérateur / filière industrielle, dans une liste pré-établie, garante d'une homogénéité de compétences et de comportements propice au développement d'un climat serein de montée en charge du DMP.

Enfin, l'évaluation des projets devrait s'intéresser à leur structure de coûts et à l'engagement des promoteurs à allouer les moyens conformément aux prévisions en respectant, notamment, la ventilation des ressources entre maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage. L'appréciation initiale de la crédibilité et de l'équilibre du projet en sera d'autant mieux garante d'une bonne fin.

### **5.3 Risques liés au raccordement local**

Le raccordement local des professionnels aux DMP régionaux ou locaux n'en reste pas moins une difficulté réelle. Le nombre d'acteurs impliqués, leur diversité, leur distribution géographique, leur émiettement, constituent un véritable obstacle au déploiement du DMP qui pourrait se traduire par un délai considérable dans sa mise en œuvre (syndrome Sesam-Vitale).

Il est donc très important de circonscrire les risques liés à cette diversité en favorisant une industrialisation du processus. C'est aussi dans ce domaine que les opérateurs privés peuvent apporter une réelle valeur ajoutée en effectuant un travail de conduite du changement et de concentrateur technique auquel ils sont déjà pleinement rompus dans d'autres secteurs d'activité. Enfin une initiative nationale accompagnée de communications politiques avisées et d'incitations permettra d'aider les opérateurs locaux à accélérer le processus de déploiement.

Il n'y a sans doute pas de solution unique à ce problème. C'est plutôt la combinaison de différents rôles qui permettra d'atteindre les objectifs requis.

Il est important de préciser que le même type de raisonnement s'applique aux autres volets du partage généralisé d'information de santé, comme – entre autres – celui de la télémédecine, également prévue dans la loi du 13 août 2004.

### **5.4 Risques d'interprétation dans l'analyse du coût du DMP**

Les évaluations avancées par les opérateurs privés sont sans doute à l'origine des questionnements en cours sur la faisabilité du DMP dans la configuration actuelle. S'il est sain que les pouvoirs

---

<sup>18</sup> Cet élément est important car il apportera une solution à une difficulté que rencontre le Comité d'agrément : une demande surnuméraire de dossiers de candidatures (plus de 40 début mai) que sa configuration et les divergences avec la CNIL rendent très difficile à absorber. A ce sujet le décret 2006-6 précise que tout candidat à l'hébergement de santé doit obtenir un agrément ; il ne précise toutefois pas les pré requis auxquels il doit souscrire, et il sera sans doute judicieux de placer le niveau d'exigences (par exemple en matière de surface ou de garanties financières du postulant) à une hauteur suffisante pour éviter l'engorgement induit par des candidatures vouées à un rejet

politiques s'interrogent sur les impacts financiers des décisions qu'ils prennent, cette prise de conscience doit être relativisée pour plusieurs raisons :

- D'abord, parce que les opérateurs se sont lancés dans des évaluations du coût unitaire du DMP sur un projet dont les paramètres sont loin d'être stabilisés. Il y a une incongruité à afficher des chiffres aussi importants (surtout multipliés par soixante millions d'habitants) sur un dossier dont le niveau de maturité reste limité (il n'y pas encore mille dossiers dans toute la France).
- Ensuite parce qu'il est vrai que la logique privée fait ressortir un coût externe global là où la logique administrative (en attendant la rigueur budgétaire et comptable imposée par la LOLF) à traditionnellement du mal à cerner le coût complet de ses propres structures.
- Enfin parce que ces évaluations fondent des hypothèses qui doivent être revisitées et surtout doivent être confrontées à la réalité du terrain. Ainsi les travaux de raccordement et de conduite du changement ont été intégrés alors qu'un schéma tout aussi pertinent pourrait considérer qu'ils sont à la charge de structures locales.
- Au total, il est peu judicieux d'opposer un secteur privé qui afficherait des coûts élevés (parce qu'il a fait l'effort de les calculer dans une logique de coût complet) à une solution publique apparemment moins coûteuse parce qu'elle n'évalue pas tous les coûts ou qu'elle fait (parfois avec raison) l'impasse sur certains travaux.

Si l'analyse économique est naturellement un élément très important, il serait dommage – voire dangereux - de condamner certaines approches à ce stade du projet. L'analyse économique doit être au contraire poursuivie et approfondie. A titre d'exemple, le travail mené sur les ENT (environnement numérique de travail) a démontré que l'effet d'échelle plafonne au-delà du niveau régional (en d'autres termes une plate-forme ENT nationale n'est pas moins coûteuse que  $n$  plates-formes régionales). Dans cet esprit la juxtaposition d'une plate-forme nationale publique et de plates-formes régionales privées ne doit pas être nécessairement considérée comme plus coûteuse qu'une solution nationale.

Au risque de paraître insister, l'analyse économique du projet n'en est qu'aux balbutiements et les prochains mois (grâce aux pilotes de pré-généralisation) permettront de mieux cerner les coûts et surtout les dispositifs susceptibles de les optimiser.

## CONCLUSION

Les nouvelles équipes de direction de la maîtrise d'ouvrage du DMP ont eu un apport indéniable dans la maturation d'un scénario de montée en puissance du dossier médical personnel, et certaines initiatives (tel que le portail national et le Service Universel) pourront enrichissent la réflexion.

Toutefois, l'adéquation entre la vision politique clairement annoncée - le caractère primordial du DMP et sa mise à disposition en 2007 – et les objectifs opérationnels attendus passe nécessairement par le scénario développé dans cette note d'orientation, seul garant d'un développement à long terme d'un tel outil.

Pour peu qu'elle s'inscrive dans une dynamique de concertation entre l'ensemble des acteurs, une synthèse harmonieuse est possible entre ces différents apports, en augmentant sensiblement les chances de succès du programme. La présente note s'inscrit précisément dans cette recherche de solution concertée au bénéfice de l'intérêt collectif.

---

## ANNEXES

## 1 - Analyse du marché de pré-généralisation

Le tableau ci-après présente les principaux éléments différenciant de manière exhaustive la convention d'expérimentation en cours, et le marché de pré-généralisation qui pourra être judicieusement mis en œuvre pour gérer la période intermédiaire de mise en place du DMP

Ce nouveau marché, ouvert aux consortiums actuellement impliqués dans les expérimentations, qui pourront éventuellement se réorganiser le sera également à tout nouveau candidat qui le souhaite.

L'objectif de ce marché est de :

- évaluer la charge de raccordement et de déploiement technique du DMP dans une région,
- définir les organisations et les moyens de déploiement les plus appropriés et préparer leur mise en place (formation de formateurs locaux, mis en place de comités de pilotage,...)
- définir les moyens techniques industriels du raccordement,
- faire la démonstration en vraie grandeur de l'usage du DMP de façon à appuyer la promotion nationale de cet outil tant auprès des citoyens que des professionnels de santé,
- évaluer le retour sur investissement et donc le modèle économique du DMP,

Thème	Convention d'expérimentation	Marché de pré-généralisation
Durée	5 mois non renouvelable, inscrits dans la phase de cadrage de spécification du DMP	1 an à 2 ans, inscrits dans la dynamique de généralisation du DMP et du Service Universel
Objet	<p>« Conception et réalisation d'un démonstrateur de DMP Déploiement sur un ou plusieurs sites pilotes »</p> <p>« Mise à disposition du GIP-DMP des retours d'expérimentation »</p> <p>« Permettre l'élaboration d'un cahier des charges – référentiel commun à tous les futurs opérateurs »</p>	<p>Mise en œuvre de solutions cibles appuyées sur un déploiement local :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prenant en compte la définition d'un système cible décrit par le GIP-DMP</li> <li>- notamment au regard des résultats de l'expérimentation et de la mise en œuvre du Service Universel</li> <li>- comportant un axe essentiel de définition et de mise en œuvre d'actions de déploiement et d'accompagnement du changement, avec évaluation quantifiée des besoins</li> </ul>
Portée	<p>Validation d'un démonstrateur (dont les spécifications pourront être mises en cause au regard des résultats de l'expérimentation)</p> <p>Expérimentation de 30 000 dossiers tests – non pérennes, sur des sites/acteurs limités</p>	<p>Mise en œuvre d'une solution cible, prenant en compte les nouvelles spécifications (Service Universel, sécurité, ...) et comprenant les enjeux de déploiement à large échelle.</p> <p>Entre 3 et 5 Millions de dossiers opérationnels et pérennes sur des bases régionales pouvant couvrir l'ensemble des territoires .../...</p>

(Suite du tableau)

Thème	Convention d'expérimentation	Marché de pré-généralisation
Pérennité	Les démonstrateurs mis en œuvre	Le CCTP précise les modalités

	sont proposés par les consortiums, mais non nécessairement pérennes	fonctionnels et techniques cibles à respecter; Les solutions sont pérennes
Environnement organisationnel	Non défini, dans cette phase de démonstrateur	Prise en compte du Service Universel et des nouveaux modes d'organisation définis par le GIP-DMP
Eléments du CCTP mis à disposition des candidats	- Description générale des objectifs de la phase d'expérimentation - Les démonstrateurs sont proposés par les candidats	- Résultats du marché pilote d'expérimentation - Description d'une cible organisationnelle, technique et fonctionnelle attendue par le GIP-DMP
Agrément du comité hébergeur	Agrément limité à la phase de mise en œuvre du démonstrateur	Agrément à demander, pour la phase de pré-généralisation, par tous les candidats
Scénarios économiques et de déploiement	Non prévu et non réalisable en raison du nombre de dossiers très limité (5000)	A intégrer dans les objectifs du marché et pertinent en raison de la cible de pré-généralisation  Mise en œuvre effective d'une démarche de déploiement cible et de mesure des freins/facteurs clés de succès Quantification réelle des actions à mener

## 2 - Analyse des coûts du DMP

### 2.1 Quelques éléments chiffrés de projets étrangers

S'il est naturellement difficile de prédire ce que sera le coût exact du DMP français (dont la définition et le périmètre doivent encore être précisés), il est en revanche d'ores et déjà possible de déduire qu'ils sera, quoiqu'il arrive, sensiblement à hauteur de programmes similaires en cours ou prévus chez nos partenaires du concert mondial.

De nombreux projets dans le domaine des systèmes d'information de santé ont été en effet initiés, dont la couverture fonctionnelle est variable mais dont l'éventail de coûts affiche des montants non négligeables :

- bit4Health (Allemagne) - 1,4 M€ sur 4 ans pour l'ensemble de la population
- Québec – 537 m\$ sur 4 ans, 7 millions d'habitants
- Diraya (Espagne, Province d'Andalousie) 60m€ sur 2 ans pour 7 millions d'habitants

(m€ = Million d'euros ; M€ = Milliard d'euro)

En outre, de nombreux autres projets nationaux sont en cours, dont le tableau ci-après donne une vision très synthétique :

Pays	Population (Millions)	Programme	Budget	Coût/hab.
Australie	20	EMR Infrastructure	80 m€ / 7 ans 1,2 M€	4-7 € / an 60 €
Canada	31	EMR Infrastructure	5,6 M€ 700 m€	32 € 18 €
Etats-Unis	295	EMR et Infrastructure	160 M€ / 10 ans	542€ / 10 ans
Kaiser (HMO)	8,4	EMR	2,4 M€	286 €
Royaume-Uni	60	NPfIT	24-45 M€ / 10 ans	400 – 750 € / 10 ans
Suède	8,9	Informatisation	800 m€ / an	89 € / an
<i>France</i>	<i>60</i>	<i>DMP</i>	<i>600 m€ / an</i>	<i>10 € / an</i>

Source : Denise Silber / Basil Stratégies in Sève – Hiver 2005 (Editions de santé)

A la lumière de ce tableau il semble donc que le projet français, dont certaines sources abaissent le coût *per capita* du DMP alentour de 1 (un) euro<sup>19</sup>, est largement sous dimensionné en comparaison des initiatives internationales.

Quoiqu'il en soit, en écho aux investissements à consentir pour financer un projet de l'envergure du DMP – et au-delà, des outils de travail collaboratif dans le domaine de la santé - une autre question se pose concernant le *retour* sur investissement (ROI). De nombreux travaux ont été diligentés sur le sujet, et deux tableaux apportent un éclairage saisissant sur les gisements d'économies – tant sur les volets financier qu'humain – qu'il est raisonnable d'attendre.

<sup>19</sup> Ce chiffre curieusement bas, évoqué à plusieurs reprises dans la presse en avril et mai 2006 a été repris par le sénateur Jean-Jacques Jégou, Rapporteur spécial de la Commission des finances lors de l'audition du ministre de la santé le 11 mai 2006 ; il n'a pas été démenti

Issu d'un rapport de l'institut Rand, *think tank* américain, paru en septembre 2005, le tableau ci-après postule des résultats attendus en matière d'économies, tant dans le secteur hospitalier que de la médecine de ville.

Milliards de \$	
<b>Consultations externes</b>	
Transcription	0,4
Recherche de dossier	0,4
Tests de laboratoire	0,5
Consommation médicaments	3,0
Radiologie	0,8
<b>Total (externe)</b>	<b>5,2</b>
<b>Hospitalisations</b>	
Temps infirmier	1,4
Tests de laboratoire	0,8
Consommation de médicaments	1,0
Durée du séjour	10
Archives	0,7
<b>Total (hospitalisation)</b>	<b>16,1</b>

Source : Denise Silber / Basil Stratégies in Sève – Hiver 2005 (Editions de santé)

Ce second tableau dresse un bilan prévisionnel de l'amélioration de la prévention liée à une meilleure identification des patients, dans laquelle se retrouve - règle classique de santé publique - la combinaison entre les résultats financiers et le nombre de morts évitées. Le rapport Rand précise, s'agissant de la gestion des pathologies chroniques, que les économies réalisables en optimisant les pratiques médicales grâce, entre autres, au système d'information, pourraient atteindre 40 milliards de dollars par an.

Indicateur	Vaccin anti-grippe	Vaccin Pneumo	Dépistage cancer du sein	Dépistage cancer cervical	Dépistage cancer colo-rectal
Cible	65 ans et +	65 ans et +	F 40 ans et +	F 18 – 64 ans	51 ans et +
Fréquence	1 /an	1 / vie	0,5 / an	0,33 – 1 / an	01 à 0,2 / an
Coût annuel	134 / 327 m£	90 m\$	1 – 3 m\$	152 – 456 m\$	1,7 – 7,2 M\$
Gains / an	32 / 72 m\$	500 – 1000 m\$	0 – 643 m\$	52 - 160 m\$	1,16 – 1,77 M\$
Morts évitées / an	5200 - 11700	15000 - 27000	2200 - 6600	533	17000 - 18000

Source : Denise Silber / Basil Stratégies in Sève – Hiver 2005 (Editions de santé)

Ces quelques éléments tendent à démontrer qu'il existe deux approches en terme de financement des outils de partage d'information généralisé de santé : une approche par les coûts, qu'il convient de minorer à l'extrême (ce semble être la nouvelle option prise par la maîtrise d'ouvrage du DMP) ; une approche par le ROI, dans laquelle le montant des investissements est la hauteur du retour attendu. Il semble que cette seconde option soit plutôt portée par nos partenaires mondiaux.

## 2.2 Déterminants de l'approche économique

Le DMP est un service de nature législative dont l'objectif initialement affiché est de bénéficier aux patients et aux professionnels de santé. A ce stade, les différents acteurs n'ont qu'une compréhension parcellaire de son objet et de la façon dont il va s'inscrire dans leur quotidien pour, progressivement, l'influencer.

La vitesse d'adoption du DMP par les acteurs étant par ailleurs aussi peu prévisible que son profil d'utilisation cible, rend nécessaire le choix d'une approche souple permettant une adaptation aux besoins à mesure qu'ils se déclareront.

Dans cet esprit, il convient de prévoir un dispositif permettant des re-dimensionnements faciles et rapides des solutions mises en œuvre en :

- variabilisant autant que possible la structure de coût pour limiter les effets de seuil et l'anticipation des investissements, en retenant des unités d'œuvre cohérentes avec l'unité de service produite,
- découplant les moyens mis en œuvre pour les divers domaines de services afin de leur donner la flexibilité requise pour une évolution différenciée en fonction de leurs sollicitations respectives par les usagers, tout en préservant la cohérence fonctionnelle de l'ensemble.

Un autre enjeu est d'accéder, au plus tôt, à un coût unitaire compétitif (au regard de ceux de services équivalents proposés dans d'autres secteurs) et révélateur du coût espéré en régime de croisière. Dans cet objectif, il est pertinent de s'adosser à des environnements opérationnels, mutualisables dans les conditions définies pour le DMP, permettant de limiter les coûts de mise en place, d'abaisser le seuil d'accès aux effets d'échelle et de bénéficier, dès le début de la montée en charge, d'une approche à coût marginal.

Par ailleurs, le lancement du service DMP auprès des patients ne se conçoit que s'il est simultanément ancré dans la réalité des acteurs de santé, professionnels libéraux et établissements qui en co-déterminent le fonctionnement. La prise en main technique et fonctionnelle du DMP par les acteurs de santé suppose un effort initial important, préalable à la vie des DMP, qui en déterminera sensiblement la demande par les patients.

Dans ces conditions, il nous semble intéressant, afin de pouvoir ajuster dynamiquement le modèle économique, d'éclater le coût de revient global d'un DMP en trois grands types de coûts, pouvant être découplés pour mieux refléter la réalité de la montée en charge.

Ces trois grands types de coûts sont :

- la contractualisation et l'initialisation d'un DMP
- la gestion annuelle du DMP
- le déploiement territorial

Le périmètre de la responsabilité et du service délivré ainsi que le coût associé doivent faire l'objet d'un échange transparent. A ce stade, et compte tenu des hypothèses énoncées ci-après, le coût estimé du DMP est d'environ 13 euros pour 10 millions de patients.

Compte tenu de la nécessité de disposer d'un retour d'expérience significatif pour dimensionner au plus juste chacun des postes, il sera sans doute pertinent de les ré-évaluer, après un an, dans le cadre d'une procédure contradictoire visant à déterminer un prix réaliste du service.

Les acteurs privés sont évidemment ouverts à l'optimisation du coût du DMP grâce à la mutualisation de moyens (par exemple, écrire aux patients en utilisant les courriers de remboursement de la CNAM) ou au déplacement d'enveloppes (utiliser le centre d'appels de la CNAM au lieu de gérer le coût associé dans l'enveloppe du DMP) et sont convaincus de leur compétitivité dans le cadre de règles du jeu clairement définies. Ils sont à même de fournir un service compétitif et innovant dans le cadre du périmètre fixé par les Pouvoirs Publics (i.e en complément du Service Universel).

Ainsi, si les Pouvoirs Publics prévoient d'assurer le centre d'appel, l'ouverture et notamment l'acheminement des mots de passe par courriers au patient, l'horodatage par la mise en place de leur propre horloge sans utiliser de service d'horodatage du marché etc... : ce sont autant de postes de coûts qui ne sont plus à supporter par les hébergeurs.

Le dialogue économique entre les Pouvoirs Publics afin de fixer le périmètre du service attendu des opérateurs de DMP permettra de concilier au mieux :

- une responsabilité de bout en bout permettant aux industriels de s'engager et de se responsabiliser en assurant les travaux d'intégration des différentes composantes du service,
- la mutualisation maximale et l'utilisation de ressources publiques disponibles sur les postes pertinents.

**2.3 Structure du coût d'un DMP (pour 10 millions de dossiers)**

	Coût par DMP et par an
<b>Contractualisation et initialisation d'un DMP</b>	<b>9,80</b>
Kit d'ouverture Assistance téléphonique Traitement de la demande Archivage du contrat Confirmation de l'ouverture et transmission de clés d'accès	
<b>Coût annuel par DMP</b>	<b>8,54</b>
Gestion annuelle d'un DMP Licence applicative Maintenance applicative Infrastructure technique Exploitation Horodatage par tiers de confiance Structure Assurance Conservation du contrat Permanence téléphonique PS  Permanence téléphonique patient	
Déploiement territorial (Sur une hypothèse annuelle de 120 établissements et 10,000 professionnels libéraux)  Accompagnement du changement des professionnels libéraux Raccordement technique des professionnels libéraux  Accompagnement au changement en établissements de santé Raccordement technique des établissements de santé	1,09
<b>Coût complet avec un amortissement sur deux ans des coûts de contractualisation</b>	<b>13,44</b>

Un zoom a été fait ci-après sur quelques postes de coûts présentés dans le tableau précédent en expliquant :

- les modalités de calcul
- les niveaux de qualités sous-jacents

Les composantes du coût de contractualisation et d'initialisation d'un DMP correspondent au descriptif suivant :

**Le kit d'ouverture** comprend l'ensemble des documents contractuels (Formulaires d'inscription, conditions générales, enveloppe retour prépayée) et d'information (brochure de présentation) du service DMP tels qu'ils ont été définis par le GIP DMP pour les expérimentations.

**L'assistance téléphonique** est assurée par un centre d'appels localisé en France métropolitaine, certifié AFNOR, garantissant un taux de décrochage en moins de 15 secondes, supérieur à 95% et présentant les compétences adaptées au support du service DMP. L'hypothèse du nombre d'appels est d'un appel par patient. La durée moyenne d'appel est estimée à 4 minutes.

**Le traitement de la demande de DMP** inclut la réception des courriers, leur numérisation pour leur mise à disposition en ligne sous 48h, ainsi que l'interprétation des informations figurant sur les formulaires d'inscription (reconnaissance de caractères et génération automatique de l'ordre numérique de création du dossier incluant le paramétrage des règles de fonctionnement du dossier, de ses droits d'accès et des réponses personnalisées aux questions défini protégeant l'accès au DMP).

**L'archivage du contrat** est effectué auprès de services professionnels certifiés.

**La confirmation de l'ouverture et la transmission des clés d'accès** au patient sont effectuées par deux courriers simples personnalisés. La remise des clés (identifiant et mot de passe) est ainsi effectuée de façon séparée, assurant un meilleur niveau de sécurité.

Les composantes du coût de la gestion annuelle du DMP se caractérisent pour leur part comme suit :

**Les coûts techniques** incluent, pour un site principal redondé (de pré-production et de production) assurant une haute disponibilité du service, et un site de secours identique assurant la continuité de service en cas de catastrophe :

- les coûts matériels, logiciels, applicatifs et réseau de l'infrastructure ;
- les coûts relatifs à l'hébergement sécurisé et à l'administration des composants.

L'architecture technique du socle logiciel et la charpente applicative de la solution DMP proposée ont été conçues de façon à :

- offrir une capacité testée à tenir en charge pour des millions de dossiers ;
- mettre en œuvre une chaîne de confiance de bout en bout, à même de démontrer le respect de l'intégrité des données confiées et le respect (tracé) de la confidentialité paramétrée par chaque patient ;
- intégrer une capacité de détection, de réaction et d'action dans le domaine de la sécurité logique ;
- d'une façon générale à permettre l'assurabilité du service DMP, selon les exigences des assureurs en responsabilité civile professionnelle ayant instruit le dossier.

**L'horodatage** est assuré par un tiers de confiance apposant un cachet électronique horodateur sur les empreintes de documents calculées et soumises au moment du dépôt du document dans le DMP et sur les actions applicatives significatives telles que les modifications de mandats. Une vingtaine de cachets sont prévus par DMP et par an. (Le nombre de contacts avec des professionnels de santé est de 7 par an et par patient; un patient donné est statistiquement hospitalisé tous les 6 ans).

**La permanence téléphonique** est assurée par un centre d'appels localisé en France métropolitaine, certifié AFNOR, garantissant un taux de décrochage en moins de 15 secondes, supérieur à 95% et présentant une palette de compétences adaptée au support du service DMP. Pour les patients, les hypothèses de sollicitation de la permanence téléphonique sont extrapolées des statistiques d'appel du service « Allo Sécu » de l'Assurance Maladie (majorées de 50%). La durée moyenne d'appel est estimée à 4 minutes.

Pour les professionnels de santé, les hypothèses retenues prévoient un appel par mois et par professionnel de santé, pour une durée moyenne d'appel de 5 minutes. Un professionnel de santé sur cinq sollicite le centre d'appels d'un hébergeur donné.

