



Dossier Médical Personnel : l'historique

Période 2005-2008

Pour la mise en place du Dossier Médical Personnel est institué un Groupement d'Intérêt Public (GIP) DMP. Le GIP-DMP rassemble l'Etat (le ministère de la santé et des sports), l'Assurance Maladie, ainsi que la Caisse des dépôts et consignations. Il est chargé d'assurer la maîtrise d'ouvrage du DMP.

Juillet 2005 : le lancement de l'appel d'offres pour la sélection des candidats hébergeurs du Dossier Médical Personnel.

De juin à décembre 2006 : premières expérimentations du DMP en conditions réelles d'utilisation.

38 200 DMP sont ouverts dans 13 régions sur 17 sites pilotes. 2 500 professionnels de santé et 100 établissements de soins se sont mobilisés pour ce test. Les chiffres de cette première phase d'expérimentation montrent que pour 44 % des professionnels de santé sondés le DMP a une réelle valeur ajoutée. Le DMP apparaît comme un projet réalisable. Les expérimentations ont aussi permis de faire des choix pour la généralisation de son utilisation. Pour les patients la procédure d'accès et d'ouverture aux données doit se faire par Internet. Les professionnels de santé ont souhaité que les logiciels qu'ils utilisent soient totalement compatibles avec le DMP pour ainsi éviter toute double saisie.

De 2007 à 2008 : 14 projets régionaux et 5 projets nationaux font l'objet d'une convention avec le GIP DMP. Cette première phase marquée par l'acculturation des professionnels de santé aux pratiques de l'échange et du partage de données de santé s'est déroulée avec des résultats souvent décevants. A l'issue de cette première phase, les objectifs ont été diversement atteints. Pendant cette période le projet DMP était au ralenti. La construction même du système était stoppée.

Bilan : le projet DMP n'a pas été abouti (son échéance fixée au 1 juillet 2007 n'a pas été respectée). Quelles en sont les causes ?

→ Les causes liées aux finalités du projet lui-même :

- L'imprécision a entouré la définition du DMP qui avait vocation à être à la fois personnel et partagé: tous les acteurs ne se sont pas entendus sur la définition du P (personnel, partagé, professionnel)
- L'absence d'une adhésion forte des futurs utilisateurs qu'il s'agisse des professionnels de santé ou bien des patients

→ Les causes liées à la gestion du projet DMP :

-

- La gouvernance du projet : le manque de cohésion de la structure de gouvernance du GIP DMP, l'instabilité de sa direction, une gestion en direct par les cabinets ministériels, la parcimonie des moyens alloués, l'absence d'une instance de maîtrise d'ouvrage stratégique apte à coordonner les multiples opérateurs, l'infrastructure et les référentiels n'ont pas été fournis pour mener ce projet

→ Les causes liées à l'environnement législatif et réglementaire :

- le manque de dispositions relatives aux conditions d'utilisation du DMP, à l'identifiant national de santé, etc....

A cette occasion plusieurs rapports sont établis afin d'analyser l'échec de ce projet et établir un nouveau programme permettant de relancer le DMP.

Le 23 juin 2008 : Roselyne Bachelot présente de nouvelles orientations stratégiques permettant de redéfinir le DMP, telles que :

- le DMP doit être à la fois personnel et partagé, répondre aux indispensables contraintes d'interopérabilité et de sécurité
- il doit être construit comme une offre de services à forte valeur ajoutée pour les patients comme pour les professionnels de santé
- les expériences réussies sur le terrain, dans les régions, doivent être mises à profit pour construire un socle et le développer. Le projet doit rassembler des acteurs recentrés (ASIP, GIP DMP...) sur leur savoir-faire et une gouvernance fiable et rigoureuse doit être assurée.
- ce nouveau plan élimine tous les éléments structurants du DMP, notamment tous les éléments d'infrastructure. Le contenu et l'infrastructure du DMP sont évolutifs et modulaires en fonction des résultats et des expérimentations.

2009 : Année de préparation des fondements stratégiques et opérationnels de la relance du DMP.

9 Avril 2009 : Le plan de relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé est défini. Il fait l'objet d'une concertation entre différents acteurs du projet.

Avril 2009 : la réforme de la gouvernance des systèmes d'information de santé → la mise en place de **l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé)**. Ses missions : la réalisation et le déploiement du dossier médical personnel (DMP), la maîtrise d'ouvrage de l'hébergement du DMP, la définition et l'homologation de référentiels, standards, produits ou services contribuant à l'interopérabilité, à la sécurité et à l'usage des systèmes d'information de santé, le déploiement de la CPS et de dispositifs assurant les fonctions d'identification, d'authentification, de signature et de chiffrement permettant aux professionnels de santé de faire reconnaître.

Juin 2009 : des expérimentations du DMP sont relancées en région afin de tester des services spécialisés à forte valeur médicale, tels que la mise à disposition d'une synthèse médicale de chaque patient, le suivi du diabète, le dossier communicant en cancérologie, la prescription électronique de médicaments, la mise à disposition des radiographies, le DMP de l'enfant...

2010-2013 : la réalisation du premier cycle du plan de 3 ans, appelé **DMP1**, permettant le déploiement des services initiaux de partage de documents entre les professionnels de santé, l'expérimentation des services spécialisés à valeur médicale supplémentaire, la mise en œuvre de nouveaux services destinés aux patients.