

# Interopérabilité des composants contributifs au DMP

- Condition *sine qua non* d'un déploiement réussi -

---



**Groupement Interprofessionnel de  
Promotion des Systèmes d'Information  
Médico-Sociale**

34, boulevard Haussmann  
75009 PARIS

[www.gipsim.com](http://www.gipsim.com)

Contact : Yannick Motel 06 30 40 20 36

# SNIIS

**Syndicat National  
des Industries d'Information  
de Santé**

B.P 240  
92053 PARIS LA DEFENSE Cedex

[www.sniis.fr](http://www.sniis.fr)

Contact : Daniel Muller – 06 07 79 45 20

## AVANT-PROPOS

Dans un document collégalement rédigé<sup>1</sup> par les experts du GIPSIM et du SNIIS<sup>2</sup>, d'abord envoyé aux responsables de l'exécutif puis publié en septembre dernier, les contributeurs évoquaient les risques liés au déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) et les parades à y apporter.

Au nombre des obstacles à surmonter, *l'interopérabilité des équipements contributifs à la constitution puis à l'enrichissement du DMP* constitue l'une des conditions sine qua non d'une montée en charge réussie.

La présente recommandation ne constitue pas un recueil d'avis techniques. Elle vise avant tout à synthétiser, dans les grandes lignes, l'expertise des contributeurs sur ce sujet essentiel, et à permettre aux décideurs politiques et institutionnels de réaliser un choix éclairé au bénéfice de l'intérêt collectif.

Cet avis sera prochainement suivi d'une analyse des dispositifs nécessaires à la sécurité et à la confidentialité des données de santé.

---

<sup>1</sup> *Le Dossier Médical Personnel, outil de la réussite d'une nouvelle gouvernance - Note au gouvernement* ; juillet 2004. Document disponible <http://www.annuaire-secu.com/pdf/note-gouvernement0704.pdf>

<sup>2</sup> Ces deux organismes, qui regroupent près de 80% des prestataires expérimentés impliqués dans le domaine des systèmes d'information de santé, viennent de mettre leurs expertises et ressources en commun en qualité de cofondateurs d'une fédération professionnelle spécialisée

# SYNTHESE

1. Les professionnels de santé, notamment les prescripteurs de la sphère libérale, seront au cœur du succès ou de l'échec du projet national de Dossier Médical Personnel
2. Dans ce contexte, il serait hautement hasardeux de parier sur un dispositif déployé en marge des équipements dont sont déjà majoritairement dotés professionnels et établissements de santé
3. Seul un dispositif d'enrichissement automatisé du DMP lié à une évolution transparente de leur équipement excluant toute saisie redondante de leurs données, peut conduire les prescripteurs à une appropriation du dispositif
4. A cet égard les obstacles ne sont pas techniques ou fonctionnels, mais puisent leur source dans l'absence, jusqu'à présent, de stratégie clairement définie
5. Afin d'atteindre le but fixé - renforcer la coordination, la qualité et la continuité des soins - toutes les sources d'enrichissement de l'information déjà disponibles (entre autres établissements hospitaliers et assurance maladie) devront être mises à contribution. L'interopérabilité des composants constitutifs du DMP relève dans cette optique d'une absolue nécessité
6. Il est inutile – voire contre-productif – d'attendre une exhaustivité des standards en cours de validation ; une adaptation rapide des équipements à l'existant déjà validé, suivie d'une montée en puissance dans la prise en compte des standards internationaux constitue la seule option pragmatique
7. Le succès de la mise en œuvre du DMP résultera d'une démarche collective ; pour ce qui les concerne, et sous réserve de disposer de la visibilité nécessaire, les promoteurs de solutions spécialisées sont prêts à assumer leurs pleines responsabilités
8. L'Etat a un rôle primordial à jouer - que jusqu'à présent il n'a jamais réellement tenu - en vue d'impulser, voire d'imposer une dynamique de partage de données fondée sur une standardisation des échanges

## 1 – CONTEXTE

Il convient avant tout de rappeler les trois principaux pré-requis pour qu'une interopérabilité de systèmes hétérogènes puisse exister :

- les flux associés à ces échanges et les processus métiers en vigueur doivent être mis en adéquation, ce qui suppose une réflexion évolution et une évolution potentielles des modèles organisationnels,
- une évolution concomitante du comportement des intervenants doit être menée qui, s'agissant de ceux de la sphère sanitaire, ne sont pas encore rompus à l'exercice collégial et à son partage d'informations corollaire,
- une fois la prise de conscience de cette nécessité réalisée, il convient d'élaborer un langage - une sémantique - communs.

La problématique technique n'est donc que le prolongement de ces étapes liminaires.

Les promoteurs de solution spécialisés tiennent à souligner par ce bref rappel qu'ils ne sauraient, dans le contexte de réforme du système de santé, être tenus comptables d'impasses ou de retards liés à la résolution de ces pré-requis.

Ceci posé, le projet de Dossier Médical Personnel (DMP) est au carrefour de deux lois de la République : *Droits du patient* (2002-303 du 4 mars 2002) et *Réforme du système de santé* (2004-810 du 13 août 2004). Il est judicieux de rappeler que, même si dans les faits cette évidence a quelques difficultés à s'imposer auprès du corps médical, les données de santé sont la propriété du patient, la prise de conscience de ce principe constituant en soi une révolution pour les mondes sanitaire et social.

Synthétiquement, le DMP agrègera les informations en provenance de trois grandes familles d'applications :

- les données de santé issues des logiciels de gestion de cabinets libéraux (LGC), ) des laboratoires et des auxiliaires de santé libéraux ;
- les données de santé en provenance des systèmes d'information hospitaliers ;
- Les données de santé en provenance de l'Assurance Maladie.

En l'état actuel de la réglementation aucune exportation des données, du DMP vers ces logiciels et systèmes, n'est en revanche prévue.

### Rappel des objectifs du DMP

Même si les modalités devront en être précisées par décret, l'article 3 de la loi du 13 août 2004 prévoit un DMP parfaitement sécurisé, constitué de l'historique exhaustif du patient et centralisé en un point unique d'accès. Cette disposition vise à favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé des citoyens français.

A ce sujet il est opportun de rappeler que ce point d'accès centralisé ne sous-tend pas nécessairement que le patrimoine sanitaire de l'assuré sera stocké en un *endroit unique*. De même ce dossier, constitué de nombreuses données (images, signaux physiologiques, documents) sera expurgé des notes médicales personnelles des praticiens libéraux ou hospitaliers.

Le partage d'information sera en outre d'autant mieux accepté qu'il se fera dans un contexte d'harmonisation et de structuration des échanges, de nature à simplifier le rôle des divers intervenants. Cette harmonisation nécessite impérativement l'adaptation des logiciels et systèmes respectant les standards et les normes en vigueur – ou en cours de validation - en matière d'architecture, d'interface et de modélisation de données.

Dans ce contexte et conformément à la loi du 4 mars 2002, l'accès du patient aux données le concernant, seul ou sous le contrôle d'un praticien habilité devra se faire conformément à la réglementation, dans le respect du niveau de sécurité adapté (confidentialité, signature et traçabilité complète des accès). Plusieurs décrets, en cours de validation, en préciseront les modalités.

Certains observateurs, tentés de céder à la facilité, semblent parier sur l'inutilité d'une approche harmonisée. La puissance publique, garante du succès d'un DMP au cœur de la réforme, devra veiller à mesurer les conséquences d'un tel pari.

## Le profil psychosociologique des intervenants

Indépendamment des informations issues de la gestion de production dans les établissements, les systèmes de gestion de données de santé en provenance des systèmes hospitaliers sont incontestablement moins développés<sup>3</sup> que ceux des acteurs de la sphère libérale. Or, les événements générateurs d'informations à caractère médical y sont, par construction, plus nombreux et riches que dans le domaine de la médecine de ville. Une intégration des hôpitaux dans le champs initial du DMP permettra à l'évidence de renforcer son intérêt. Elle permettra *de facto* d'impulser une forte dynamique de développement du volet médical dans les systèmes de gestion hospitaliers. Comme cela a déjà été signalé, cette dynamique sera d'autant plus forte qu'une réforme structurelle des acteurs du marché aura été menée, par une redéfinition urgente du rôle des structures d'informatique hospitalière publiques<sup>4</sup>.

Dans ce contexte, c'est donc vers les intervenants du secteur libéral que se tournent principalement les attentes. Le professionnel de ce secteur, acteur central du dispositif et principal producteur de données de santé est doté d'une compétence, sanctionnée par un diplôme d'Etat, généralement admise par le droit coutumier et dans les faits ; il exerce son activité selon quelques règles communément acceptées :

- il ne ressent pas le besoin de communiquer ses informations auprès de ses pairs, sauf lorsqu'il appartient à une communauté hospitalière ou à un réseau de santé,
- il est de longue date dans un schéma d'activité impliquant une relation personnelle, voire exclusive avec son patient (le « colloque singulier » des prescripteurs),
- il conçoit donc le plus souvent sa charge comme un exercice isolé,
- il a une perception de « propriété » sur les informations relatives au patient, lequel tend à devenir un « client » au gré des évolutions de notre système de santé,
- il est fortement imprégné par les notions d'éthique, de déontologie et de secrets professionnel et médical,
- il est plus préoccupé, au gré des évolutions réglementaires et sociétales, par les risques de contentieux juridiques avec les patients liés à son activité et par leurs conséquences,

<sup>3</sup> Les diverses études menées pour en évaluer l'importance portent sur un constat édifiant : moins de 5% des établissements hospitaliers sont dotés d'un véritable système d'informations à caractère médical et infirmier, seuls 12% ont déployé la prescription connectée et 50% disposent d'un serveur de résultat

<sup>4</sup> Voir en particulier le volet « Une stratégie en adéquation avec les enjeux et les acteurs – Dans la sphère hospitalière » (*Note au Gouvernement citée supra*)

- il partage avec son patient – de manière le plus souvent inconsciente pour ce dernier – la conviction qu’il détient le savoir et peut décider seul et à bon droit des stratégies thérapeutiques,
- il a une culture fréquemment « négative » de l’erreur (peur de la sanction, du contentieux),
- dans un contexte de gestion exclusive de son activité médicale, il refuse de consacrer du temps à tout autre activité (toutes les études confirment que le gain de temps reste un facteur clé de réussite de toute tentative de dématérialisation du dossier médical).

### Etat du parc des équipements informatiques

Dans la majorité des cas, le professionnel de santé :

- est doté de longue date – sauf en établissement – d’un micro-ordinateur,
- utilise un outil métier spécialisé, « Logiciel de Gestion de Cabinet » (LGC), en particulier pour des fonctions de suivi de ses patients,
- est connecté à Internet (en partie grâce à ou à cause du, système Sesam-Vitale), bien qu’en faisant un usage plus limité que d’autres acteurs économiques,
- n’utilise pas systématiquement de connexions haut débit, sans que cette situation soit toujours en rapport avec la couverture du territoire en dispositifs appropriés.

Même si d’autres acteurs viennent enrichir l’utilisation du DMP, il est toutefois aujourd’hui clairement admis que les médecins en exercice libéral seront au cœur du succès - ou de l’échec - de ce projet national<sup>5</sup>. A ce sujet il est tout aussi clairement exclu que sa mise en œuvre s’accompagne d’une modification sensible de leurs us et équipements. A cet égard deux contraintes inacceptables, si elles devaient être sous-estimées, se révéleront rapidement rédhibitoires :

- une obligation de double saisie des données, à la fois dans leur système et pour le DMP,
- un changement imposé d’outil sur lequel les intéressés ont capitalisé, tant sur le plan financier que s’agissant de l’acquisition des usages.

En effet, le professionnel de santé fait le plus souvent de son équipement informatique un emploi essentiellement *individuel*, y compris pour tout ce qui ne relève pas explicitement de sa spécialité (comme, par exemple, la gestion d’un cabinet de groupe, qui présente pourtant toutes les caractéristiques d’une PME).

Dans ce contexte, ces acteurs devront donc pouvoir continuer à saisir l’information dans leur outil de suivi des patients, qui exportera ensuite les données utiles vers le DMP de manière transparente et automatique. L’envoi de ces informations de santé pourra être contrôlé par un paramétrage prédéfini par le praticien, notamment concernant la fréquence de connexion.

Le principe retenu sera le même concernant les établissements de santé (ES) hospitaliers ou privés, qui continueront à utiliser leurs systèmes de gestion du dossier patient comme à l’habitude ; à la sortie effective du patient, le système enverra toutefois les informations utiles à la mise à jour du DMP.

En résumé, le principe fondateur d’une appropriation du DMP par les professionnels et établissements consiste en un envoi contrôlé mais transparent des données de santé, depuis leurs systèmes producteurs d’informations respectifs vers le DMP, sans contrainte de double saisie ; ce pré-requis sous-tend une logique d’évolution rapide vers une interopérabilité des systèmes utilisés.

<sup>5</sup> Le désastreux exemple du « dossier de santé » papier en est l’une des illustrations récentes

## 2 - L'INTEROPERABILITE, AU CŒUR DES ENJEUX

Si le terme *interopérabilité* recouvre de multiples facettes, il désigne avant tout la capacité qu'ont des systèmes hétérogènes à échanger leurs données, de sorte que celles émises par l'un puissent être reconnues et interprétées par les autres, utilisées et traitées autant de fois que nécessaire de manière automatique.

Au-delà de l'alimentation en informations prévue par les équipements qui seront déployés, la « matière première du DMP » existe déjà. Elle se trouve essentiellement dans les bases de données des professionnels libéraux ou des établissements publics et privés, ainsi que dans celles de l'assurance maladie obligatoire (ces dernières constituant sans doute le gisement le plus riche et le plus exhaustif).

Ce n'est donc pas la matière qui manque, mais les moyens d'y accéder de manière organisée, rationnelle et sécurisée. En un mot, de manière industrielle, mais encadrée par le législateur.

Dans le contexte sanitaire et quel que soit le fournisseur, les logiciels et systèmes destinés aux professionnels, aux établissements de santé et aux dispositifs de gestion du DMP devront donc impérativement intégrer une approche pragmatique commune en matière d'interopérabilité des applications. Cette évidence implique l'implémentation de règles, standards et normes communément définis, maintenus et soutenus par l'ensemble des promoteurs de solutions.

Cette apparente contrainte, qui sera fortement structurante pour assurer la pérennité des acteurs du marché et le service rendu à leurs usagers, sera d'autant plus facilement à portée que la puissance publique l'accompagnera, voire l'imposera.

## 3 - DIVERSES FACETTES DE L'INTEROPERABILITE

La communication entre applications hétérogènes implique une communauté de compréhension à différents niveaux, succinctement rappelés ci-après.

### Gestion des identités

Acteurs de santé et promoteurs de solutions appellent de leurs vœux l'identifiant national prévu à l'article 5 de la loi du 13 août 2004, dont les modalités seront définies par un décret. Qu'il soit constitué sur la base des actuelles recommandations du GMSIH<sup>6</sup> ou qu'il revête une forme nouvelle, cet identifiant devra probablement s'inscrire dans deux scénarii principaux :

- le logiciel ou système « producteur de données de santé » rend obligatoire cet identifiant avant toute transmission d'une information vers le DMP, ainsi que pour la confirmation de sa réception,
- le logiciel ou système « producteur de données de santé » ignore cet identifiant – pour cause d'obsolescence ou de manque d'évolution – et le DMP devra alors disposer d'un mécanisme de rapprochement entre l'identité transmise par le logiciel ou système « producteur de données de santé » et l'identifiant unique du patient.

---

<sup>6</sup> Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers

Quelle que soit la cinématique implémentée, il sera important de préciser clairement qui (hébergeur ou professionnel émetteur) devra répondre des responsabilités en cas d'anomalie.

## Flux d'information

Bien que les grandes catégories d'informations transmises doivent être clairement définies, il est judicieux de prévoir un double mode de transmission des données : au « fil de l'eau » ou par paquet. Par exemple (et sans que cet exemple soit limitatif), le logiciel du professionnel de santé enverra vers le DMP des informations telles que : prescriptions, observations, diagnostics ; parallèlement le système d'information de l'établissement de santé transmettra résultats de laboratoires, diagnostics, lettre de sortie.

Dans le cadre de la mise en œuvre du DMP, cette taxonomie de l'information qui, sans instaurer un préalable doit constituer une cible à atteindre au plus vite, doit être clairement définie et éventuellement associée à un phasage de la mise en œuvre.

Cette taxonomie s'appuiera sur un référentiel d'informations permettant de définir les données de façon univoque lors de la transmission. Cette approche optimisera le travail des promoteurs de solutions qui auront ainsi un type d'interface de transmission unique à développer.

## Protocole de transmission

Différents modes de transmission de l'information peuvent être envisagés, le plus souvent issus des technologies de l'Internet ; toutefois, l'émetteur n'attendant pas nécessairement une réponse en temps réel du récipiendaire, il semble raisonnable d'opter, au moins dans un premier temps, pour un système asynchrone.

L'envoi par messagerie certifiée<sup>7</sup> pourra donc, au moins dans une phase de montée en charge, répondre pleinement aux besoins, d'autant qu'il existe des travaux de normalisation en cours sur le sujet.

En outre, le DMP devra intégrer un dispositif d'alerte paramétrable par chaque destinataire visant à l'informer de tout nouvel événement par le moyen de son choix<sup>8</sup> (e-mail, messagerie instantanée, notification au LGC, Sms, etc...). Un portail de référencement pourra en outre utilement compléter ces dispositifs, autorisant l'indexation des informations transmises au DMP indépendamment de leur lieu d'hébergement.

## Format de l'information

Quantité d'instances européennes et mondiales collaborent sur le sujet. La France n'est pas absente du débat, et bénéficie d'un organisme de normalisation (AFNOR) et de sa cellule spécialisée, la CNIS (Commission de Normalisation en Informatique de Santé). Notre pays dispose par ailleurs de

---

<sup>7</sup> Il conviendra à cet égard d'exclure tout dispositif non conforme aux exigences de confidentialité des données de santé telles qu'évoquées dans les articles 2 et 34 de la loi 2004-810, qui seront précisés par décret, et de vérifier leur totale conformité avec les référentiels disponibles ; le GIP/CPS, centré sur son rôle d'autorité de certification en étroite concertation avec les promoteurs de solution, devra jouer un rôle central dans le dispositif

<sup>8</sup> Il faudra en définir avec pertinence les règles d'implémentation afin d'éviter que le professionnel ou le bénéficiaire du système de santé soient submergés de messages. Les rédacteurs du présent avis ont un éventail de solutions à proposer sur ce sujet

deux structures en charge de la standardisation dans le domaine sanitaire : Edisanté, et l'association Hprim qui, depuis la rentrée 2004, est en charge de l'adaptation aux impératifs nationaux de la norme internationale HL7.

Sous la pression des principaux promoteurs de solutions, ces diverses instances œuvrent désormais dans une logique de concertation, les acteurs du marché y étant très actifs. Un consensus autour des standards retenus, en phase de finalisation, constituera un puissant levier pour faciliter les échanges entre applications.

### Sémantique

Certaines des informations manipulées s'appuient sur des nomenclatures existantes (Classification Commune des Actes Médicaux, Classification Internationale des Maladies, Dictionnaire des Résultats de consultations ...) qui permettent aux applications de « parler le même langage ». Ce n'est malheureusement pas le cas pour tous les domaines ; ainsi les données de laboratoires s'appuient sur des nomenclatures différentes selon le produit utilisé, voire l'utilisateur ; l'intervention de sociétés savantes, à la mise en œuvre délicate, est alors nécessaire en vue d'aboutir à un niveau adéquat d'interopérabilité.

L'uniformisation ou la mise en correspondance des terminologies est un enjeu important de la mise en place du DMP. Pour atteindre une efficacité optimale, les versions existantes ou en cours de finalisation émises par les différentes sociétés savantes devront être maintenues par une agence nationale.

Outre la sémantique de l'information, la structuration des données destinées à enrichir le DMP a aussi son importance. C'est le cas des prescriptions médicales, en particulier s'agissant des produits de santé ; cette structuration est en effet indispensable, car seule sa mise en œuvre permettra de répondre, entre autres, aux attentes concernant le contrôle et les alertes des interactions médicamenteuses. Cette structuration, au sujet de laquelle le GT10 d'Edisanté mène une réflexion désormais très avancée, devra être mise en place en conformité avec les référentiels proposés par la Haute Autorité de Santé.

Un autre exemple concerne les résultats de laboratoires. Dans l'optique de permettre leur traitement (comparaisons, visualisation graphiques), il est indispensable de normaliser les échanges et surtout le paramétrage (définition) des données envoyées au DMP.

### Les travaux et initiatives en cours

Il existe déjà heureusement un large éventail de standards et d'approches normatives, sur lesquels il est fondamental d'appuyer les travaux en cours en vue d'assurer une montée en puissance irréversible du DMP. Ces travaux, réalisés dans un passé récent par des structures de standardisation sans réelle approche coopérative, s'inscrivent désormais dans une logique de confluence des expertises. Les impulsions données par les promoteurs de solutions (entre autres du GIPSIM et du SNIIS) ne sont pas étrangères à cette approche résolument pragmatique.

Ainsi, l'initiative IHE (*Integrating the Healthcare Enterprise*), tend depuis quelques années à formaliser concrètement les flux d'information au sein des systèmes hospitaliers. Cette démarche très concrète qui concerne désormais les établissements et les professionnels libéraux, s'appuie sur des standards internationaux existants et définit des scénarii (profils) dans lesquels sont identifiés des acteurs qui communiquent par transactions. Cette interopérabilité démontre sa réelle pertinence

au sein des établissements hospitaliers, maîtres d'ouvrage d'interface entre différents éditeurs, entre autres sur deux volets :

- elle garantit à la maîtrise d'ouvrage que les rôles sont clairement définis, et que les éditeurs ne se renvoient pas la responsabilité d'éventuelles anomalies,
- par la reproductibilité (« standardisation ») des interfaces, elle diminue le coût de réalisation pour les éditeurs, permettant de surcroît de minimiser les risques d'erreurs.

Une architecture de cette nature, articulée autour du profil international IHE/XDS associée au dispositif élaboré par le GT11 de l'association Edisanté (échanges "centré patient" et enrichissement sécurisé du dossier), pourrait constituer un compromis acceptable pour une majorité de promoteurs de logiciels et de systèmes spécialisés. Bien qu'à ce jour aucun promoteur de solution ne soit encore en mesure de la proposer, elle sera aisément intégrable au sein des applicatifs métier, compatible en terme de protocole avec les référentiels définis par le GIP-CPS et l'association HPRIM/HL7 France.

Les industriels sont néanmoins conscients que ce socle technique n'assure qu'une interopérabilité partielle car il ne définit pas la politique d'identification des professionnels de santé et des patients, la politique de confidentialité ainsi que les nomenclatures et les terminologies. Ces définitions sont nécessaires à la mobilité des citoyens entre les différents domaines d'activité de santé, mais également à la garantie de la confidentialité des informations les concernant. Une recommandation de l'Etat en matière de modèle de référence des informations échangées serait de ce point de vue la bienvenue pour assurer la convergence à termes avec les travaux internationaux en cours (HL7 et EHRCOM) et la définition d'un standard international de format d'enveloppe (CDA R2). Les industriels (même si certains grands acteurs l'ont déjà fait) ne peuvent se permettre d'investir dans une voie sans issue.

En attendant, le format d'enveloppe, défini par le groupe GT11 de l'association Edisanté pourra constituer un tremplin pour cette cible, définie en concertation entre les différentes instances de standardisation concernées<sup>9</sup> ; la confluence (notamment en matière de sécurité) se fera alors sans à coups.

Enfin, la gestion des droits d'accès aux informations de santé constitue un chantier de grande ampleur qui devra faire l'objet d'une étude approfondie dans un esprit de concertation avec les décideurs institutionnels, les usagers et les promoteurs de solution, ces derniers ayant déjà un acquis significatif sur ce sujet sensible.

Au final, la dynamique positive engagée ne demande qu'à être confirmée, dans un contexte de structuration des acteurs du marché et de convergence progressive des organisations de standardisation, pour peu qu'une stratégie bien définie soit relayée sans ambiguïté par les pouvoirs publics en concertation avec les promoteurs de solutions.

Un accompagnement financier significatif devra être alloué au projet en vue d'aider professionnels et établissements à mettre en adéquation leurs logiciels et systèmes avec les standards retenus. A cet égard, il faudra toutefois attendre la publication d'un cahier des charges décrivant le périmètre fonctionnel clairement arrêté avant de formuler une estimation des coûts induits.

## Un succès collectif

A l'évidence, le succès de l'harmonisation et la structuration des données de santé résultera concomitamment d'un effort collectif et du respect de la répartition avisée du rôle de chaque acteur :

---

<sup>9</sup> Cette concertation, encouragée par le GIPSIM et le SNIIS, est déjà à l'œuvre entre les associations HPRIM- HL7 France et Edisanté

- les professionnels de santé et leurs représentations habilitées (sociétés savantes, experts près les instances de standardisation) pour les aspects fonctionnels,
- les institutions publiques et parapubliques, maîtres d'ouvrage dans leur rôle d'interface entre les demandes de la puissance publique, les besoins des usagers, et les contraintes des promoteurs de solutions spécialisées,
- les prestataires et industriels, par la capacité de leurs représentants à fédérer les efforts de tous les acteurs responsables autour d'une dynamique au service de l'intérêt général.

Cette synergie entre les différents intervenants ne pourra toutefois conduire au succès sans une implication forte de l'Etat, qui dans son rôle régalien devra impérativement imposer et assurer la direction claire et stable qui a fait jusqu'à présent défaut.

## 3 – CONCLUSION

En dépit de côtés parfois réducteurs, l'utilisation de normes et standards visant à assurer l'interopérabilité de systèmes hétérogènes est néanmoins indispensable dès lors que des protocoles de communication évolutifs et sécurisés doivent être mis en œuvre.

C'est en particulier le cas pour le DMP, pour la réussite duquel l'état des dits normes et standards actuellement implémentés par les acteurs du marché permettent de donner sans délai un commencement de réalité à ce projet national sans nuire aux perspectives de montée en puissance coordonnée à terme. Les rédacteurs de la présente note recommandent donc vivement :

- même s'il est au départ incomplètement défini, un déploiement progressif mais sans délai du DMP avec les éléments existants; dans un premier temps les établissements hospitaliers et l'Assurance maladie peuvent contribuer avec une grande richesse à l'alimentation du DMP pour l'ensemble de nos concitoyens, lui impulsant dès l'origine une valeur médicale avérée ;
- en parallèle une amplification, soutenue par l'Etat, des travaux de normalisation et de recherche de consensus dans le domaine de la sémantique médicale.

L'ensemble des acteurs peut compter, pour les sujets qui les concernent, sur le volontarisme des promoteurs de solutions du marché conscients de leurs responsabilités.

Les industriels concernés, notamment celles qui sont réunies au sein du GIPSIM et du SNIIS, expriment désormais clairement leur intention, aux côtés des professionnels de santé, des institutions et des responsables de la puissance publique, de renforcer leur implication en vue d'aboutir dans les meilleurs délais à une pleine réussite de ce défi.

(( ))

## Entreprises

ABCIAL - Groupe SQLI  
Acces Vital Technologies  
AGFA  
ALMERYS (Groupe France Telecom)  
ALTERNATIVE Systèmes  
AXICARE  
CALYSTENE  
CEGETEL-RSS  
DIS  
EDS Answare  
EGLANTINE Informatique  
EPSILOG  
ETIAM  
FSI  
GEMPLUS  
Groupe GRED (MICROCONCEPT – R2I – WAID)  
HIPPOCAD  
INTELLEC  
INTELLITECT France  
ISIPHARM  
LOGICMAX  
MC KESSON HBOC  
MEDASYS  
MEDIANE  
MEDITRANS  
MICRO 6  
NAUTILUS  
OUVREZ LA BOÎTE  
PCI/RPH  
PLANET HC - SNR  
PROKOV EDITIONS  
SAFICARD  
SEPHIRA  
SETEC  
SIEMENS  
SIGMA  
SNAL  
SNEPA (Apicrypt)  
SYMPHONIE ON LINE  
TELEVITALE  
UNIMEDECINE  
VIDAL  
VOLUNTIS  
XIRING  
XPERT Médecine

## Personnes qualifiées

Guillaume d'AZEMAR de FABREGUES  
Christophe CIANCHI-RUMEAU  
Dominique DEBRAY  
Yannick MOTEL  
Philippe PERENNEC  
Jean-François PENCIOLELLI  
Nicolas VATIMBELLA