

- Le DMP au point mort -

Pour la relance d'un projet d'intérêt national

RECOMMANDATIONS A L'USAGE DES DECIDEURS
DE L'EXECUTIF, DES PROFESSIONNELS DE SANTE
ET DES ASSOCIATIONS DE PATIENTS

- 27 Septembre 2007 -



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

120 , avenue Charles de Gaulle
92200 NEUILLY sur Seine
www.le6.org / ymotel@le6.org
Contact : Yannick Motel 33 (0)6 30 40 20 36



**Syndicat National des Industries des Technologies
Médicales**

39 - 41, rue Louis-Blanc
92400 COURBEVOIE
www.snitem.fr / jean-bernard.schroeder@snitem.fr
Contact : Jean-Bernard Schroeder 33 (0)1 47 17 68 30

LES COSIGNATAIRES

Unis depuis juillet 2007 par un partenariat stratégique, LESISS et le SNITEM regroupent près de 80% des industries spécialisées du marché des systèmes d'information de santé. Les deux organisations sont par ailleurs à l'initiative du projet **GETICS**¹, lancé en septembre 2007 et qui vise à susciter la constitution d'une filière industrielle cohérente réunissant les organisations d'industriels proactives.



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 accompagnement les évolutions indispensables à l'adaptation de notre système de santé et d'aide à l'autonomie. 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.

¹ Groupement des **E**ntreprises en **T**echnologies d'**I**nformation et de **C**ommunication dans les domaines de la **S**anté et de l'autonomie

TABLE DES MATIERES

PROLEGOMENES

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

RAPPEL : UN OBJECTIF INITIALEMENT SANS AMBIGUITE

DES PRE REQUIS NON SATISFAITS POUR RELEVER UN DEFI NATIONAL

HISTORIQUE D'UN PROJET MALMENE

- Une absence croissante de visibilité
- Des expérimentations délibérément malmenées
- Des appels à projet modérément en ligne avec les objectifs du DMP
- Un « Historique des Remboursement » maladroitement présenté

UN SCENARIO DE RELANCE REALISTE

- Une architecture souple et modulaire pour pallier la rigidité étatique
- L'absence de numéro d'identification santé national n'est pas un obstacle
- Un socle de spécifications fonctionnelles qui s'impose à tous
- Une cinématique de rupture positive
- Des contrats d'objectifs pour assurer une généralisation progressive

AU FINAL, UN DMP AU POINT MORT RELANCE AU BENEFICE DE L'INTERET COLLECTIF

PROLEGOMENES

Dans une récente déclaration², Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports soulignait l'importance du Dossier Médical Personnel pour nos concitoyens en estimant qu'il « *est impossible de mener une politique de santé dans ce pays, que ce soit en ville ou à l'hôpital, sans DMP* ».

Reconnaissant avec courage et lucidité que ce dossier est « *au point mort* », la ministre a

« *Le DMP est au point mort ... je vais le relancer rapidement* ».

Répondre à ce défi présuppose de restaurer la confiance des acteurs dans un projet à la dérive.

clairement exprimé ce dont l'ensemble des observateurs avaient objectivement pris pleinement conscience depuis plus d'un an. Dès le mois de mai 2006, les deux organisations d'industriels spécialisées - LESISS et SNITEM³ - avaient en effet rédigé une [note commune](#) prédisant que le DMP dans son actuelle configuration allait inéluctablement conduire à une impasse. A en juger à la nature des auditions menées par divers corps de contrôle de l'Etat, et aux travaux exploratoires menés par le Parlement au sujet de la gestion du DMP, le bilan ne porte pas à l'euphorie et pourrait très vite conduire à une reconfiguration drastique du projet. « *Relancer rapidement* » le

chantier, comme l'exécutif l'appelle de ses vœux, présuppose de remobiliser toutes les énergies : professionnels de santé libéraux ou en établissements, patients, industriels spécialisés et leurs représentants.

Premier objectif : restaurer la confiance de ces acteurs dans un projet à la dérive. Il conviendra ensuite d'instaurer, dans une *véritable* concertation, un pilotage d'ensemble des TIC santé - dont le DMP n'est que l'une des composantes, certes importante, puis préciser des objectifs et des calendriers réalistes, enfin affecter les moyens à la hauteur des enjeux.

La présente note, volontairement synthétique, se focalise dans l'urgence sur le DMP à la veille de la remise d'un rapport très attendu de la Commission d'audit CGTI / IGAS / IGF. Ce document formule des recommandations qui, si elles sont suivies, contribueront fortement à impulser l'indispensable dynamique de rupture positive de sa gestion pour relancer ce dossier essentiel pour notre pays.

² Dans le quotidien *Le Monde* du 22 juin 2007

³ Cofondateurs de l'initiative *GETICS*

SYNTHESE

- ⇒ Le Dossier Médical Personnel, prévu par la loi et plébiscité dans les sondages, constitue un projet dont la France ne peut faire l'économie. L'Etat est donc en devoir de piloter le projet au plan national ;

- Constats -

- ⇒ Initialement lancé avec des objectifs clairs et conformes à la loi, ce dossier a subi une incompréhensible et brutale reconfiguration dont la maîtrise d'ouvrage n'a pas su négocier les conséquences ;
- ⇒ En conséquence les industriels spécialisés, dans leur majorité, affichent une perte de confiance dans l'actuelle gestion de ce projet aujourd'hui « au point mort », et s'en tiennent désormais à une distance prudente ;
- ⇒ En dépit des lourdes pertes occasionnées par une phase d'expérimentations délibérément malmenées, ils sont toutefois prêts à investir de nouveau, pour autant que les recommandations formulées dans la présente note soient prises en considération ;

- Recommandations -

- ⇒ Le **fin du morcellement des responsabilités** nécessaires au rétablissement urgent d'un espace de confiance, et la **véritable concertation** avec *l'ensemble* des acteurs concernés sont, entre autres, les pré-requis indispensables à une réappropriation du projet par les industriels spécialisés ;
- ⇒ En parallèle, **un terme doit être mis au saupoudrage d'argent public** dans des appels à projets sans réelle articulation avec le projet national ; en outre les télé-services de l'assurance maladie, parce qu'ils visent une toute autre finalité, doivent rapidement cesser d'être présentés comme une alternative aux objectifs visés par le DMP ;
- ⇒ Un **scénario de rupture positive décliné dans une architecture souple et modulaire** peut rapidement se substituer à une approche étatico-centralisatrice rejetée sans ambiguïté et avec vigueur par les principaux acteurs ;
- ⇒ **Les industriels n'ont pas besoin de subventions publiques**, mais de conditions favorables à la création d'un marché pérenne. Dans cet esprit ils sont prêts à s'engager sur des contrats d'objectifs clairs, conformes aux pratiques observées dans d'autres grands projets nationaux ou internationaux ;
- ⇒ **La rupture positive préconisée par les recommandations de ce document facilitera une « relance rapide » du DMP, son retour dans l'esprit de la Loi**, et conduira **dans l'actuelle législature** à un partage des résultats obtenus entre les acteurs impliqués, au bénéfice de l'intérêt collectif.

RAPPEL : UN OBJECTIF INITIALEMENT SANS AMBIGUITE

Conformément à la loi 2002-303 du 4 mars 2002 et à l'article 3 de la loi 2004-810, l'objectif du DMP est de fournir à tout citoyen âgé de seize ans ou plus un dossier médical personnel⁴ afin d'assurer une continuité des soins articulée autour d'une meilleure coordination des acteurs de sa santé.

Bien que le retour sur investissement d'un tel projet soit difficile à démontrer (situations internationales différenciées, composante comportementale difficile à prédire etc...), il est incontestable que le DMP va permettre une amélioration de la qualité (diminution des actes redondants ou inutiles, des erreurs, amélioration de l'observance).

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de mesurer que près d'une quarantaine de pays développés dans le monde se sont impliqués, certains depuis plusieurs années et avec succès, dans la mise en œuvre d'outils similaires. Ce constat constitue une preuve intrinsèque de la pertinence de ces outils.

DES PRE REQUIS NON SATISFAITS POUR RELEVER UN DEFI NATIONAL

Alimenter de manière satisfaisante le DMP présuppose de disposer sous forme numérique des informations de santé produites par les professionnels de la santé, quelles que soient leurs conditions d'exercice (libéral, en établissement de santé privés ou publics).

A cet égard, si 80% des médecins libéraux sont dotés d'un logiciel de gestion de cabinet, une forte majorité d'entre eux n'utilisent toutefois leur outil que dans un registre administratif : facturation de leurs prestations, comptabilité.

Cette tendance est identique, voire pire encore dans les établissements de santé. Si en effet l'informatisation des besoins administratifs est réalisée pour la totalité d'entre eux, moins d'un sur cinq sont doté d'un système de gestion de production de soins⁵. En d'autres termes, plus de 80% de ces établissements disposent d'un système d'information hospitalier sans aucun contenu médical.

Dans ce contexte délétère, le « projet DMP », utilisé comme catalyseur d'une informatisation médicale cohérente impliquant tous les acteurs de la sphère sanitaire (établissements et professionnels libéraux), constitue donc un enjeu essentiel dont la France peut difficilement faire l'économie.

HISTORIQUE D'UN PROJET MALMENE

Une absence croissante de visibilité

Le projet a été initialement lancé dans une logique conforme aux deux lois encadrant sa mise en œuvre : liberté de choix du patient eu égard à son hébergeur de données de santé, exercée auprès d'une offre concurrentielle portée par l'industrie privée, sous le contrôle régalién de l'Etat.

Des initiatives privées, financées ou non sur fonds publiques, s'étaient inscrites dans l'esprit de ces deux lois en participant à la mise en œuvre de Réseaux de Soins et de Dossier Régionaux Partagés. Certaines sont incontestablement des succès en terme d'amélioration de la qualité de prise en charge médicale.

Ce scénario, conforme au souhait du législateur et faisant classiquement appel à l'initiative privée pour un projet d'une telle ampleur, a subi en mars 2006 un changement de stratégie à 180°, aussi brutal qu'inexplicable. Un service universel articulé autour d'un hébergeur de référence unique était alors

⁴ Il est intéressant de noter que la terminologie à laquelle renvoyait l'acronyme DMP était initialement « dossier médical partagé » ; il semble qu'à l'issue d'une audition en juin 2004 par la Commission spéciale en charge de préparer le projet de loi un glissement sémantique a eu lieu, le terme *personnel* prenant alors le pas. Cette initiative devait susciter une forte réserve du corps médical, dont il n'est pas certain qu'elle soit totalement levée.

⁵ Ce constat accablant a été confirmé en mars 2007 par une étude du GMSIH

annoncé, dont la finalité allait être très rapidement perçue comme limitée à l'instauration d'un étalon économique.

De plus, ce nouveau scénario était d'autant plus incompréhensible qu'il interdisait au lauréat de ce service universel – par construction le meilleur – d'être candidat à l'agrément d'hébergeur alternatif et de proposer un service à valeur ajoutée dans le cadre d'une offre concurrentielle. Cette sanction implicite du meilleur prestataire ne manque donc pas d'originalité !

Enfin, le nouveau modèle morcelle les responsabilités d'un service initialement conçu « de bout en bout » : recrutement des patients et professionnels de santé ; raccordement de ceux-ci au DMP dans une logique de déploiement planifié sur tout le territoire ; gestion de la relation entre patients et professionnels de santé grâce, entre autres, aux centres d'appels dédiés ; ouverture du dossier avec une option « papier » permettant de pallier la fracture numérique ; enfin, conservation et restitution des informations liées à un engagement contractuel vis-à-vis des patients et professionnels en matière de confidentialité, d'intégrité, de traçabilité et de disponibilité des données.

A ce modèle qui engage les prestataires sur l'ensemble des maillons de la chaîne de responsabilité, l'hébergeur étatique oppose une rupture de cette chaîne en cantonnant l'hébergeur de référence dans un simple rôle d'infrastructure centrale de stockage de l'information.

Ce morcellement des responsabilités ne peut que conduire à une impossibilité d'assurer un engagement de service et de montée en puissance. En outre, il se combine avec une garantie d'opacité financière.

Des expérimentations délibérément malmenées

L'objectif initial de ces expérimentations, qui devaient débuter en décembre 2005, visait à recueillir les enseignements du terrain au sujet de la mise en œuvre des architectures techniques, des conditions de déploiement dans les établissements et chez les professionnels libéraux, des réactions et attentes des patients, des méthodes d'accompagnement nécessaires afin d'assurer l'indispensable conduite du changement.

Engagées dans la première phase de gouvernance du projet, les expérimentations n'ont pu réellement débuter sur le terrain qu'après l'annonce d'une reconfiguration brutale et sans concertation du projet en mars 2006, articulée autour d'un service universel assorti d'un hébergeur de référence.

Les conséquences étaient dès lors prévisibles : à la démobilisation des patients et professionnels concernés s'est ajoutée une faiblesse de la maîtrise d'ouvrage, incapable de suivre et d'évaluer les expérimentations sur la base d'un protocole d'évaluation scientifiques.

Dans ces conditions de gestion de projet bâclée, l'Etat ne pouvait naturellement disposer d'aucun élément en sortie de ces expérimentations de nature à mesurer les effets du DMP sur des critères comme, entre autres, la lutte contre les épisodes iatrogènes ou la redondance des actes.

En revanche, en dépit des conditions très défavorables la faisabilité du projet a pu être démontrée, de même que l'adhésion suscitée auprès des professionnels et des établissements impliqués. Un dialogue s'est en outre instauré dans les bassins expérimentaux entre les différents acteurs : professionnels libéraux ou hospitaliers, associations de patients et industriels. A l'évidence, ce dialogue très constructif postule pour l'importance d'un déploiement piloté et coordonné sur le territoire, dans une optique de généralisation à l'échelle nationale.

Ainsi, la date de début de ces expérimentations initialement prévues au début de l'année 2006 pour une période de six mois sera reportée, au terme d'une succession d'erreurs administratives, au 1^{er} juillet 2006. Le période estivale étant peu propice pour lancer un projet de cette envergure, c'est au final en octobre qu'elles débuteront réellement, avec un soutien mesuré de la maîtrise d'ouvrage qui en avait très vite annoncé le terme pour le 31 décembre 2006.

En dépit du délai ultra court (à peine plus de deux mois) de réelle expérimentation et contre toute attente, un nombre significatif de dossiers a pu être constitué, illustrant la dynamique créée par les

acteurs de terrain. En revanche la nature des dossiers créés (essentiellement pour des patients atteints de pathologies lourdes) pouvait difficilement donner lieu à une évaluation des apports du DMP pour la totalité de la population, d'autant que la maîtrise d'ouvrage n'avait pas prévu de protocole d'évaluation structuré.

L'interruption brutale de ces expérimentations s'est naturellement traduite sur le terrain par une incompréhension, une amertume et une démobilisation des acteurs impliqués : patients, professionnels de santé, industriels.

Des appels à projet modérément en ligne avec les objectifs du DMP

Après les atermoiements liés à l'arrêt des expérimentations dans les conditions précédemment décrites, une série d'appels à projets ont été annoncés, puis lancés sans réelle ligne stratégique. Conséquence prévisible : nombre de ces projets, qui relèvent du saupoudrage de fonds publics, ont des objectifs dont l'adéquation avec le projet décrit dans les deux lois qui l'encadrent ne relève pas de l'évidence⁶.

Même si la pertinence et le résultat probable de ces opérations posent question, leur responsabilité ne saurait toutefois être totalement imputée aux porteurs de projets, privés d'une réelle vision d'ensemble en raison du manque de définition d'objectifs, de calendrier et d'échéances.

Un « Historique des Remboursement » maladroitement présenté

Le projet « Historique des remboursements » apporte, dans le paysage dévasté du DMP, une confusion supplémentaire et préjudiciable au projet.

Il est totalement inapproprié de comparer les deux projets : d'un côté un téléservice géré par les Organismes d'assurance maladie (pour l'heure, seul le Régime Général l'alimente), de l'autre des données de santé produites par les professionnels de santé, par nature très différentes. Maintenir l'ambiguïté sur l'éventuelle alternative que pourrait constituer ce projet de l'assurance maladie conduit à une grave erreur d'analyse⁷, dont les conséquences pour notre système de santé seront incalculables.

Sans préjudice de son intérêt pour les gestionnaires de l'assurance maladie, cet historique constitue pour le praticien, comme la presse s'en est largement fait l'écho, une source d'information dont l'intérêt est très relatif :

- Ce téléservice ne répertorie que les prestations et produits remboursés (les actes et médicaments non remboursés n'y figurent pas) ;
- Les produits et prestations délivrés à l'hôpital ne sont pas pris en compte ;
- Les données concernant ces éléments se limitent souvent à une codification ésothérique ;
- Les actes réalisés sont codifiés uniquement en terme de réalisation, aucun élément du diagnostic ou du résultat de l'acte n'y figurant ; ainsi, le praticien saura que le patient a subi une radiographie ou une analyse de sang, sans qu'il lui soit toutefois possible d'en consulter les résultats !)
- Les consultations et les actes de laboratoires ne sont pas codifiés de manière à permettre une interprétation sans ambiguïté par les praticiens ;
- A contrario, la lecture des actes, prestations ou produits remboursés peut dans certains cas conduire à une déduction de la pathologie dont est atteinte le bénéficiaire ; ce détail pourrait tôt ou tard susciter de très vives réactions en provenance des associations de patients.

Ces réserves ne doivent pas conduire à estimer que cet « Historique des Remboursements » est sans utilité – à tout le moins elle est réelle pour les gestionnaires de l'assurance maladie. Elles visent

⁶ Dans une [lettre ouverte au Premier ministre](#) en date du 23 décembre dernier, la Fédération LESISS alertait le Chef de l'exécutif sur les dérives du projet, et sur leurs conséquences prévisibles ; les résultats observés depuis par les services de contrôle de l'Etat sont en ligne avec les pronostics évoqués dans ce document

⁷ A en juger par certains récents articles, il semble que « l'Historique de remboursements » est précisément perçu par une partie de la presse comme une alternative, opérationnelle et bon marché, au DMP

seulement à rappeler que les objectifs de ce télé service sont très éloignés de ceux que la loi attribue au DMP⁸, dont ils ne sauraient en conséquence remettre en cause le bien-fondé.

UN SCENARIO DE RELANCE REALISTE

Si comme l'a indiqué la ministre le DMP est au point mort, il est heureusement possible – et indispensable du point de vue du citoyen – de le relancer sans délai. Le fil conducteur de cette relance est basé sur quatre sous-objectifs :

1. une appropriation par les acteurs et leurs représentants : patients, professionnels, industriels ;
2. un délai de mise en œuvre raisonnable combiné à un départ rapide afin de maintenir la dynamique, assorti d'une restauration de la confiance perdue de l'ensemble des acteurs ;
3. un coût optimisé pour la collectivité, garantissant subsidiairement un mieux disant pour l'Etat ;
4. la garantie d'un DMP efficient et conjointement enrichi par le patient et son médecin traitant.

Une architecture souple et modulaire pour pallier la rigidité étatique

A l'échec du schéma étatico-centralisateur porté par l'actuelle maîtrise d'ouvrage du DMP, l'architecture proposée est basée sur un schéma mixte « centralisé et réparti » décliné par les éléments suivants :

- un serveur d'authentification et d'identification unique opéré par l'Etat (Caisse des Dépôts et Consignations) : ce serveur assure les fonctions d'authentification du professionnel de santé et la gestion de l'identification du patient ;
- trois ou quatre consortiums industriels opérant dans des régions choisies selon des modalités décrites *infra*, assurant l'hébergement des données des patients;
- les établissements et centre de radiologie libéraux mettent en œuvre des PACS (*Picture Archiving and Communication Systems*) afin de mettre à disposition les images au travers DMP⁹. Les images les plus significatives peuvent alimenter le DMP, l'intégralité des images de l'examen restant disponibles dans les centres de radiologie.

L'absence de numéro d'identification santé national n'est pas un obstacle

Dans un contexte de vive polémique liée à une insuffisance de concertation de la part de la maîtrise d'ouvrage, la CNIL s'est récemment prononcée contre l'utilisation du NIR en tant qu'identifiant du patient pour ses données de santé.

La mise en œuvre d'un numéro de santé au plan national, désormais élevée au rang de nécessité, peut être réalisée en parallèle de la mise en œuvre du DMP, à charge pour les industriels de gérer temporairement leur propre numéro d'identification, bien sûr en conformité avec les recommandations de la CNIL.

Lorsque le numéro national d'identification santé sera validé et opérationnel, les industriels mettront leurs produits en conformité avec le nouvel identifiant en le substituant à l'identifiant temporaire utilisé.

La mise en place du nouvel identifiant de santé n'est donc pas un obstacle à la relance du DMP.

⁸ Pour mémoire, la loi du 13 août 2004 fait une distinction formelle entre ces deux projets ; le premier relève de l'article 3 et vise à « favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins » ; le second renvoie à l'article 21

⁹ Il convient de noter à cet égard que la profession des radiologues libéraux s'est engagée au travers d'un accord conventionnel avec la CNAM, dans une démarche d'équipement accélérée en PACS qui lui permettra de rendre disponibles les images radiologiques stockées par les centres d'imagerie médicale

Un socle de spécifications fonctionnelles qui s'impose à tous

Ce socle comporte deux volets :

i.) - Le premier volet concerne un **socle de spécifications fonctionnelles et d'interopérabilité** à destination des futurs **hébergeurs agréés**. Il décrit le cahier des charges fonctionnel du DMP composé de :

- Spécifications fonctionnelles du tronc commun ;
- Spécifications d'interopérabilité avec le portail national ;
- Spécifications d'interopérabilité avec les logiciels des établissements et des professionnels ;
- Spécifications d'interopérabilité assurant la mobilité du dossier du patient entre hébergeurs.

ii) - Le deuxième volet renvoie au **socle de spécifications d'interopérabilité** à destination des **éditeurs de logiciels** pour les établissements et les professionnels libéraux. Il décrit les spécifications permettant l'alimentation du DMP en données de santé et sa consultation avec le logiciel de gestion de cabinet ou le système d'information hospitalier. La montée en charge simultanée du DMP et de la médicalisation des Systèmes d'Information Hospitaliers et Libéraux sera la garantie de la cohérence de l'ensemble.

Remarque : La plupart de ces spécifications sont déjà rédigées et disponibles puisque nécessaires à l'appel d'offre hébergeur de référence aujourd'hui suspendu.

Une cinématique de rupture positive

Le scénario ci-après anticipe la probable annulation de la consultation « hébergeur de référence », aujourd'hui suspendue et qui pourrait très vite être formellement recommandée par les divers corps de contrôle de l'Etat et du Parlement qui audient la gestion du DMP. La confirmation par l'exécutif de cette annulation permettra alors d'envisager un scénario plus réaliste et mobilisateur :

Octobre 2007 : lancement d'un dialogue compétitif dont l'objet est de retenir trois ou quatre consortia « hébergeurs » selon les critères suivants :

- capacité technique à mettre à disposition un DMP conforme au cahier des charges unique ;
- fourniture sur leur territoire des outils et compétences nécessaires à l'accompagnement des projets, des établissements et des professionnels libéraux, des éditeurs de logiciels : entre autres déploiement, formation, accompagnement à la conduite du changement ;
- contractualisation d'une rémunération sous réserve d'une atteinte des objectifs *quantitatifs et qualitatifs* fixés, en concertation avec les acteurs concernés, par la maîtrise d'ouvrage¹⁰ ; cette responsabilisation des prestataires sera garante d'une stratégie avisée de déploiement sur le territoire assigné à chaque consortium ;
- accord sur un montant de rémunération maximum, par DMP et par an, négocié avec l'Etat.

Décembre 2007 : choix des hébergeurs et tirage au sort de leur(s) région(s) de relance. Installation d'une gouvernance locale du DMP composée du GIP DMP, de la Caisse des Dépôts et du titulaire du marché. Les conditions du succès de cette opération sont dans ce contexte bien identifiées :

- l'Etat s'engage vis-à-vis de ces consortiums sur une période minimale comprise entre 5 et 10 ans, sous réserve d'atteinte des objectifs intermédiaires ;
- une volonté forte d'affectation des fonds « Informatique » alloués dans le plan « Hôpital 2012 » à la médicalisation du système d'information hospitalier ; cette affectation se fait en concertation avec la gouvernance locale du DMP, sur la base de critères d'interopérabilité et de niveau de sécurité ;
- Une motivation des professionnels libéraux grâce à une « consultation DMP » ;
- Une ouverture de la concurrence à l'ensemble des territoires dès que les objectifs sont atteints par le titulaire du marché ;
- Les patients disposant d'un DMP actif bénéficient d'un allègement des remboursements.

¹⁰ Ces objectifs seront fixés par la dite maîtrise d'ouvrage en fonction de critères objectifs : contexte de chaque région, du nombre de patients potentiels, du taux d'équipement en systèmes d'information, etc...

Des contrats d'objectifs pour assurer une généralisation progressive

Ces objectifs sont fixés par la procédure de dialogue compétitif et leur atteinte est évaluée par le GIP DMP selon des critères préétablis :

	Année 1	Année 2 ¹¹
Nombre de DMP ouverts par an	300.000	800.000
% de correspondant publics ¹²	5%	10%
% de correspondants libéraux	5%	10%

Le consortium qui atteint son objectif la première ou la deuxième année se voit accorder une autorisation de déployer son offre sur d'autres territoires que le sien, sous réserve de la non atteinte d'objectifs du concurrent dans la région concernée.

A contrario, le consortium qui n'atteint pas son objectif à l'issue de la première année peut être disqualifié, ou à l'inverse se voit accorder par l'Etat une nouvelle période probatoire en deuxième année. Les prestataires sont rémunérés au dossier ouvert et seulement dans ce cas ; ils bénéficient en outre d'un « bonus » pour l'atteinte de leurs objectifs de raccordements de sources d'alimentation et pour l'atteinte de leurs objectifs de taux de service.

L'intérêt de cette méthode est de dynamiser le projet du fait de la mise en concurrence d'industriels qui ne sont rémunérés qu'en cas de réussite du DMP (engagement contractuel de résultat) et permet de corréler l'esprit du « PPP¹³ » avec un calendrier acceptable.

AU FINAL, UN DMP AU POINT MORT RELANCE AU BENEFICE DE L'INTERET COLLECTIF

En dépit de l'image très dégradée véhiculée par la gestion hasardeuse du DMP lors des 18 mois écoulés, le projet peut à l'évidence être relancé avec succès pour autant que les suggestions susmentionnées soient examinées et validées dans les plus brefs délais.

Les effets positifs attendus dans une configuration apaisée sont nombreux et réalistes, parmi lesquels :

- L'engagement du Gouvernement à traduire les investissements consentis en amélioration de la qualité des prestations de santé - et à terme, très probablement, en diminution sensible des coûts, est respecté ;
- l'amélioration des prestations de santé servies au citoyen ne s'accompagne d'aucun surcoût, voire peut se traduire par une modulation de ses remboursements ;
- l'effet de levier concurrentiel entre consortiums est garant d'une accélération du déploiement, et permet d'aboutir à des résultats probants dans l'actuelle législature ;
- La motivation des prestataires à faire adhérer les patients en nombre contribuera à « créer la demande du patient », facilité par l'intérêt du citoyen, confirmé par les sondages successifs, pour le DMP
- Cette appropriation par le citoyen de son dossier de santé amorcera un cercle vertueux qui conduira à une adhésion des professionnels au projet

En conclusion, une relance rapide du DMP articulée autour des recommandations ci avant présuppose naturellement la confirmation de l'arrêt indispensable de l'appel d'offre « Hébergeur de référence » dans les meilleurs délais.

¹¹ Les objectifs annuels se cumulent ; il s'agit donc bien de 1.100.000 dossiers à l'issue de la deuxième année

¹² Il sera judicieux d'attribuer des poids par type de correspondants afin de déterminer des objectifs cohérents

¹³ *Partenariat Public Privé*, mode de contractualisation mis en œuvre par l'ordonnance O-2004-559 du 17 juin 2004. Le ministère de l'Economie dispose à cet égard d'une cellule spécialisée pour accompagner les projets déposés en vérifiant préalablement leur éligibilité (www.ppp.finances.gouv.fr). Ce contrat de partenariat, dans la dynamique de révision générale des politiques publiques (www.rgpp.modernisation.gouv.fr/) portée par le Président de la République, pourrait connaître une rapide montée en puissance