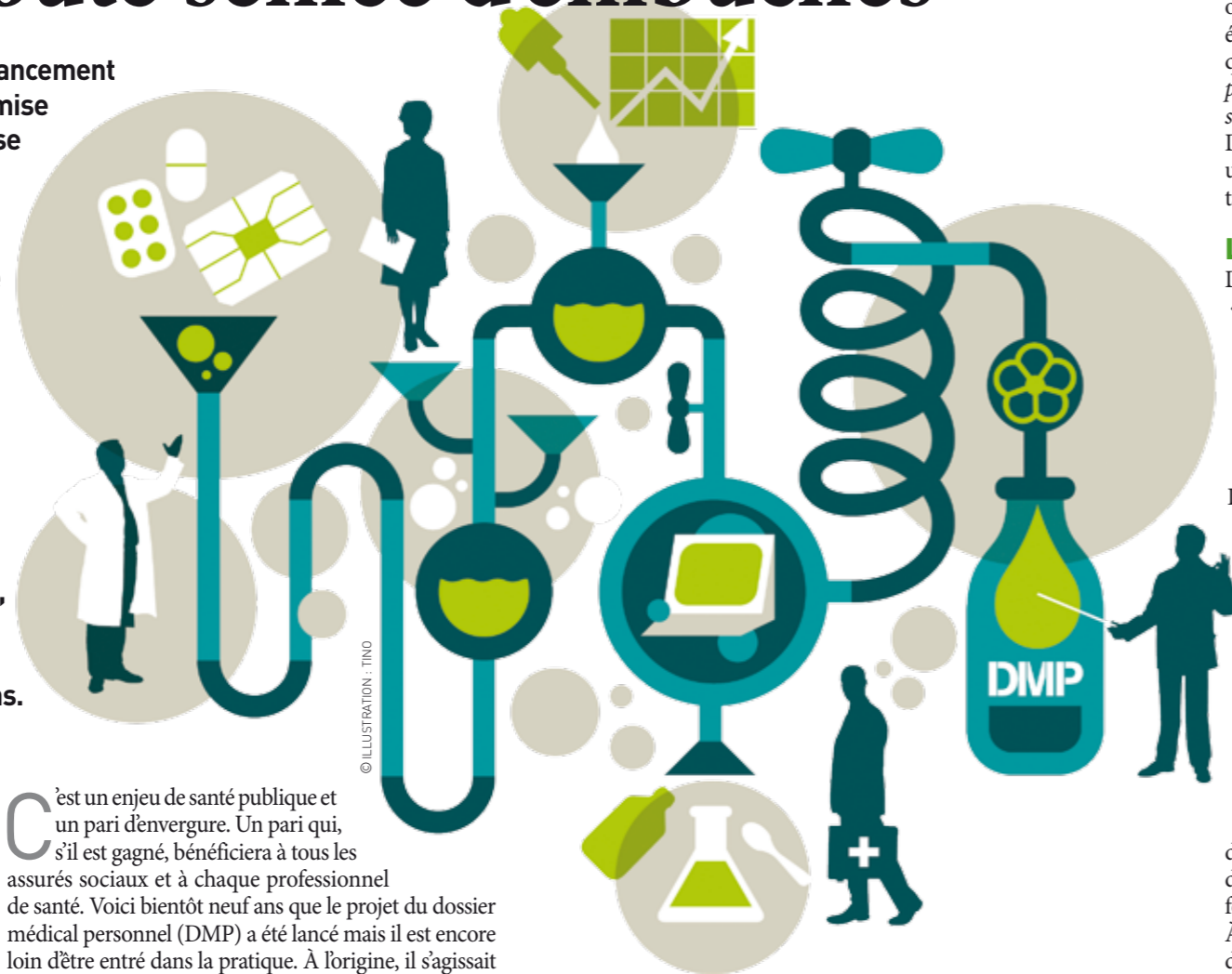


DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

Une route semée d'embûches

Quinze ans après le lancement de la carte Vitale, la mise en pratique laborieuse du dossier médical personnel (DMP), disponible depuis 2011, soulève encore bien des questions. Objectif prometteur pourtant : offrir à chaque Français un espace numérique sécurisé contenant des informations professionnelles sur son état de santé, afin d'améliorer la qualité et la coordination des soins.



C'est un enjeu de santé publique et un pari d'envergure. Un pari qui, s'il est gagné, bénéficiera à tous les assurés sociaux et à chaque professionnel de santé. Voici bientôt neuf ans que le projet du dossier médical personnel (DMP) a été lancé mais il est encore loin d'être entré dans la pratique. À l'origine, il s'agissait d'une formidable idée. Ce nouveau service public, gratuit pour le patient, allait rassembler toutes les informations médicales relatives à une personne – prescriptions, synthèses médicales, comptes rendus d'hospitalisation, résultats d'analyses, antécédents, allergie... – dans un dossier

électronique unique. Avec un but : qu'il soit accessible à tous les médecins, cliniciens, pharmaciens, biologistes, infirmiers, etc., via un réseau informatisé sécurisé. « Si l'on considère le dossier médical personnel comme la porte d'une armoire où serait rangées dans des tiroirs, suivant des systèmes de classification précis et normalisés, les différentes contributions des professionnels de santé impliqués, il représente un outil médical au service rendu important et de surcroît consultable, voire en partie gérable par le patient, commente Laurent Letrilliart (☛), médecin généraliste et universitaire à Lyon. Mais il s'agit réellement d'un enjeu de santé publique dont la complexité – peut-être la plus importante qui soit dans le domaine – a été sous-estimée. » Les projets de DMP mis en place en France au début des années 2000 et dans d'autres pays, tels le Royaume-Uni à la même période ou les États-Unis plus récemment,

ont tous connu des soubresauts et nécessité d'importants investissements. « Avec pour résultat : des solutions proposées embryonnaires et suscitant l'incrédulité du corps médical », poursuit le généraliste. Conséquence : alors que 3 millions de DMP auraient déjà dû être ouverts, on atteint actuellement à peine les 300 000, pour un coût évalué à 210 millions d'euros, selon la Cour des comptes qui vient d'ailleurs de souligner « que l'efficacité du dispositif n'a pu être mesurée faute notamment d'un volume suffisant de documents saisis ». Les raisons de ce retard ? D'une part, les réticences des médecins et, d'autre part, une sous-estimation par les politiques de santé des obstacles de conception dus à l'ampleur du projet.

Le médecin et l'informatique

D'abord, comme le fait remarquer Laurent Letrilliart, « les médecins appartiennent à l'une des professions la moins informatisée qui soit – seuls les trois quarts des généralistes le sont – et le numérique ne fait pas partie de leur culture. Hormis ceux de la jeune génération, ils sont peu motivés. » Leur cœur d'activité reste la clinique, l'examen du patient, sa guérison. Il y a donc de leur part un vrai problème d'acceptabilité du DMP. Ils ont le sentiment d'avoir à fournir du travail en plus, pour un bénéfice non perçu. « Par ailleurs, comme le précise Pierre-Louis Druais, président du Collège de la médecine générale, le médecin assimile trop souvent le secteur informatique à un système de contrôle et de temps de travail non reconnu. Il n'adhère donc pas à cette logique, d'autant plus que les outils qui lui sont proposés, dont le DMP, ne sont pas adaptés. » Lors des consultations, ceux qui sont informatisés se servent d'un logiciel « métier », bien souvent installé par un prestataire associé à un éditeur de programmes spécialisés en santé. Il en existe des centaines, soit autant d'interfaces et de pratiques différentes de saisie, de classement des données... En d'autres termes, même si le cadre existe, les médecins font comme « ils le sentent » avec leur ordinateur. À ce frein culturel et sociétal, s'ajoute un autre obstacle de taille, ergonomique celui-ci. « N'oublions pas que ce système d'information a pour vocation d'être accessible, intelligible aux différents professionnels susceptibles de le consulter et le renseigner. Il a pour but d'offrir un partage des données et des problèmes médicaux d'un patient. Son utilisation doit être aisée : en un clic le médecin doit pouvoir y intégrer ses éléments sans double saisie par rapport à sa propre activité informatique », détaille Jean Charlet (☛), chercheur en ingénierie des connaissances en santé au Centre de recherches des Cordeliers à Paris.

Et pour que l'information stockée dans le DMP soit accessible, comprise et pertinente, le tout très rapidement, le modèle informatique utilisé doit être d'une performance exceptionnelle. Il doit être capable de communiquer avec les logiciels « métiers » des généralistes, des spécialistes et des différents systèmes d'information hospitaliers existants... Par exemple, à l'heure actuelle, dans les hôpitaux, les dossiers

Professeur Pierre-Louis Druais, président du Collège de la médecine générale

« Depuis 20 ans, nous menons une réflexion sur le recueil de données informatisées en médecine générale. Nous travaillons pour que les systèmes d'informations communiquent entre eux et qu'ils soient standardisés. Ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui ! Ils pourraient devenir des outils de recherche en santé publique si, d'un simple clic, les données des généralistes étaient incrémentées dans des bases de données. Nous demandons aux développeurs et opérateurs en charge de ce dossier de définir avec les professionnels de santé un module commun à tous les logiciels, utilisable en routine par les généralistes. Depuis trop longtemps, on est dans le « bricolage » !

informatisés de patients qui sont établis en routine ne sont pas forcément transférables d'un établissement à l'autre, car les différents systèmes sont incapables de dialoguer entre eux.

Nécessité d'une langue commune

Il est donc indispensable de standardiser les logiciels et d'adopter une terminologie normalisée, la même pour tous les intervenants qui ne parlent pas forcément le même « langage » (cliniciens, pharmaciens, biologistes, infirmiers...). À ce prix seulement, chacun pourra enrichir et travailler sur le DMP avec efficacité afin d'améliorer le parcours de soins et de santé du patient. Chacun pourra apporter son analyse, éviter les actes redondants et les risques iatrogènes (☛) dus à des interactions médicamenteuses dangereuses et mal contrôlées jusque-là par manque de traçabilité de l'ensemble des prescriptions. D'où l'idée ambitieuse de créer un système ►►

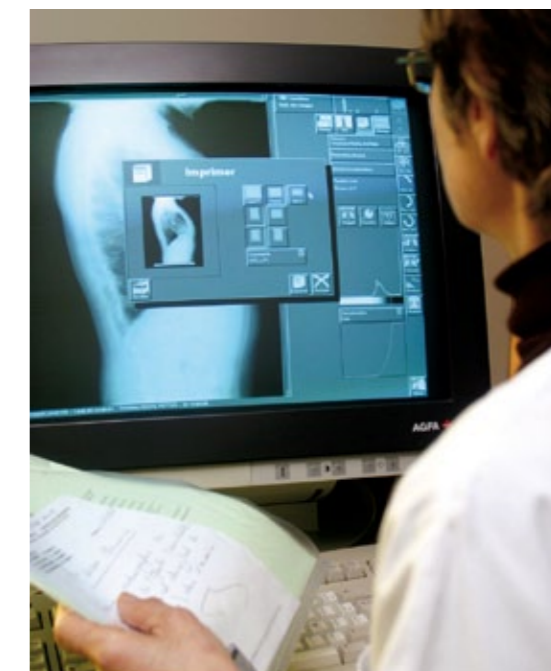
Risques iatrogènes

Effets néfastes sur la santé d'un patient, occasionnés par un acte ou un traitement médical.

☛ Laurent Letrilliart : Maître de conférences au département de Médecine générale de l'université de Lyon 1

☛ Jean Charlet : unité 872 Inserm/ Université Paris-Descartes – Université Pierre-et-Marie-Curie, équipe Ingénierie des connaissances en santé

☛ European Commission. Benchmarking ICT use among general practitioners in Europe. Final report. Bonn, avril 2008



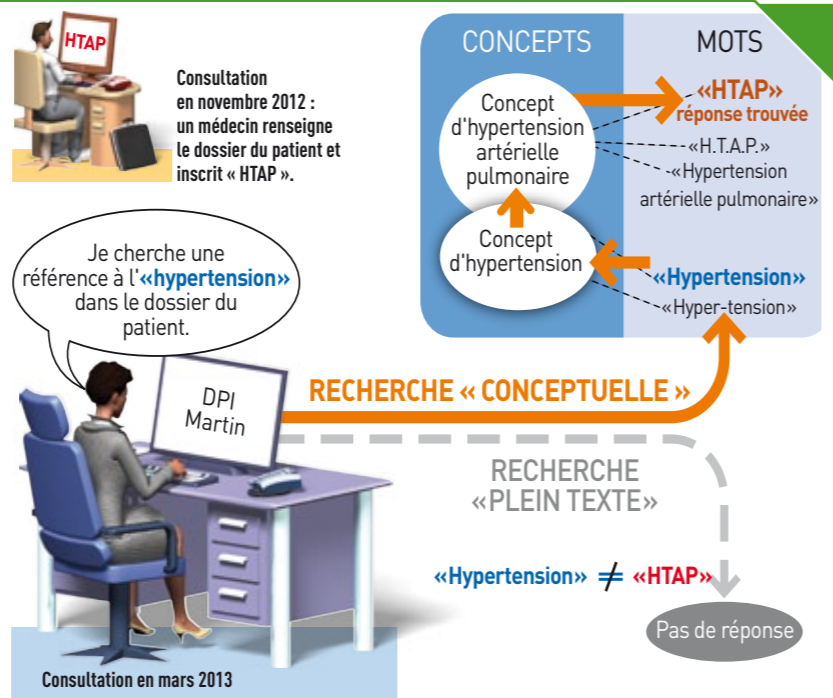
Dans le DMP actuel, outre l'identification du patient, on trouve 8 rubriques : synthèse des données médicales générales, traitement et soins, comptes rendus (hospitalisation...), imagerie médicale, analyses de laboratoire, prévention (rappels vaccins...), certificats (aptitude au sport...) et espace personnel (infos fournies par le patient). Pour beaucoup de médecins, il y manque les rubriques « antécédents », « problèmes de santé en cours » et « facteurs de risque ».

Le patient est « propriétaire » de son DMP. Avec sa carte Vitale, le/les médecins peuvent le consulter et l'enrichir.



À la recherche de l'e-ergonomie médicale

Aujourd'hui, les documents qui composent le DMP sont peu nombreux. Mais le jour où il y en aura des centaines de nature différente, comment va s'effectuer la recherche d'informations au cœur de cet e-dossier ? L'équipe de Jean Charlet travaille justement à cette indexation des dossiers patients informatisés (DPI). Le projet Lerudi, pour Lecture rapide en urgence du dossier informatisé, piloté par l'ASIP Santé (♀) et auquel a participé le laboratoire de recherche de Jean Charlet, avait pour objectif de mettre en place pour le secteur des urgences un système performant de navigation dans un DPI. Objectif : que le médecin « urgentiste » puisse, en deux minutes, « fouiller » le contenu et obtenir une information pertinente de qualité. Grâce au développement d'un système informatique très élaboré où environ 12000 concepts – à l'instar de celui d'hypertension dans le schéma ci-contre – ont dû être organisés, enrichis de relations sémantiques et traduits dans un langage propre à l'ordinateur, le pari est réussi. Ce système de recherche conceptuelle, plus sophistiqué que ceux basés sur la recherche « plein texte » - utilisée par exemple par les moteurs de recherche Internet - en est pour le moment au stade du prototype.



Un médecin recherche dans les documents d'un dossier patient informatisé (DPI) des antécédents d'hypertension. Dans ce dossier, un autre médecin a écrit antérieurement «HTAP» (une des

abréviations d'hypertension artérielle pulmonaire). Avec un moteur de recherche «plein texte», rien ne sera trouvé en entrant le mot «hypertension». En revanche, avec une

recherche «conceptuelle» (arborescence sémantique), la requête permet de trouver un document qui contient le terme « HTAP » et peut le remonter pour lecture sur l'interface du système.

© INFOGRAPHIE : PHILIPPE MOUCHE

ASIP Santé

Agence des systèmes d'information partagés de santé qui a mis en place le DMP.

►► d'information « universel ». Une novlangue, en quelque sorte, qui intégrerait l'ensemble des idiomes (voir schéma). Travail colossal, fruit de recherches en ingénierie cognitive et informatique de la santé.

Un DMP encore « confidentiel »

Aujourd'hui en pratique, ce sont 215 établissements de santé, situés surtout dans les régions pilotes (Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie), qui sont pourvus d'outils informatiques avec applications DMP. Les données sont évidemment stockées sur des serveurs sécurisés. Quant aux généralistes, même si aujourd'hui 80 % du marché des logiciels de médecine de ville sont « DMP-compatibles », il est impossible de savoir combien d'entre eux en sont équipés. Ceux qui le sont peuvent accéder au dossier, avec la double lecture de leur carte professionnelle, couplée à la carte Vitale du patient. Car le DMP - confidentiel bien sûr - est propriété du patient qui peut suivre, via un accès Internet sécurisé, son propre dossier. Et rien de plus facile pour une personne de s'en constituer un. Il suffit de se rendre chez un médecin possédant un programme incluant ce volet. « En quelques minutes, le dossier peut être créé », selon l'ASIP Santé. Mais la route semble encore longue avant que le DMP



© DROITS RÉSERVÉS ASIP SANTÉ

● Ce sont surtout les hôpitaux qui ouvrent des DMP.

puisse être généralisé. Les terminologies utilisées en médecine sont tellement variées que pour un même symptôme les entrées sont multiples. « L'idée de tout encoder relève du fantasme informatique. C'est au médecin de définir la part des données à prendre en compte », estime Laurent Letrilliart. À l'informaticien de trouver, avec lui, la meilleure façon d'organiser et d'articuler l'information. Entre les deux sphères, un vrai débat est ouvert, où, semble-t-il, le « mieux est l'ennemi du bien ». ■ Nathalie Christophe

Arthrose À l'écoute des patients

Douleurs et raideurs, c'est le lot quotidien des millions de Français touchés par l'arthrose de la hanche et du genou. Les traitements actuels, à base d'antalgiques, apportent un soulagement, mais souvent insuffisant. Une étude menée sur 2400 patients par Serge Perrot (♂) de l'unité Physiopathologie et pharmacologie clinique de la douleur, prouve l'intérêt d'utiliser des échelles de mesure de la douleur renseignées par le patient lui-même. Cette auto-évaluation permet de fixer des objectifs plus réalistes que ceux obtenus en essais cliniques. Ainsi, dans la vie quotidienne, le patient va définir son propre seuil d'acceptabilité à la douleur, différent au repos et à l'effort, traduisant la sensation « d'être bien ». Quant

à l'amélioration pertinente de sa douleur après un traitement (« être mieux »), elle aussi a été déterminée. Dans le même souci de rendre plus efficace l'alliance thérapeutique entre les patients et leurs médecins, les travaux dirigés par Serge Poiraudau (♂), au sein de l'Institut fédératif de recherche sur le handicap, ont abouti à la mise au point d'un questionnaire inédit. Testé sur plus de 500 patients souffrant d'arthrose du genou, le document final comporte 11 questions pour les patients, autour de quatre axes : activités quotidiennes, loisirs/sports, peur de la maladie et crainte du corps médical. Utilisé en routine ou en recherche clinique, ce questionnaire

permettrait d'explorer et d'analyser les inquiétudes et croyances qui peuvent avoir un impact sur la maladie et sur l'observance des traitements. Le médecin aurait ainsi la possibilité d'adapter ses messages d'éducation thérapeutique et ses traitements. N. C.

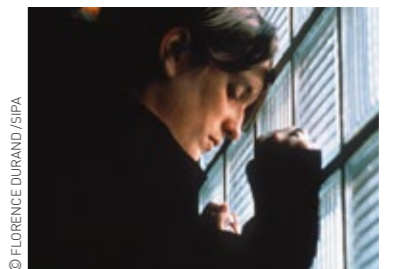
♂ Serge Perrot : unité 987 Inserm - Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines
♂ Serge Poiraudau : IFR 25 Handicap
■ S. Perrot, P. Bertin. Pain, février 2013 ; 154 (2) : 248-56
■ M. Benhamou et al. Plos One, 21 janvier 2013, 8 -1 (2013) : e53886



© T&U/BSIP

Dépression Les traitements à l'aune des inégalités sociales

● Dès 3 mois après l'intervention, une qualité de vie devenue comparable à celle de la population générale



© FLORENCE DURAND/SIPA

Vivre dans un contexte de précarité augmente les risques d'épisodes dépressifs. C'est un fait établi. Comme s'il fallait y

rajouter une peine, l'enquête menée par l'équipe de Pierre Verger (♂) du Sesstim, sur plus de 315 000 patients de Marseille, montre aujourd'hui que si l'on a de faibles revenus ou si l'on habite un quartier défavorisé, un épisode dépressif déclaré sera moins bien traité. Ainsi, la prescription d'antidépresseurs est moindre et la durée du traitement insuffisante. Les caractéristiques sociales individuelles et celles du voisinage jouent donc un rôle important dans la prise en charge de la dépression. Et ces barrières d'accès aux antidépresseurs ne sont pas d'ordre financier puisque la CMU-C (♀) permet aux personnes à faibles revenus d'être soignées sans avancer d'argent. La question des pratiques médicales se pose alors : comment sensibiliser et former les médecins à une prise en charge améliorée de la dépression pour leurs patients au statut social faible ? N. C.

CMU-C

Couverture maladie universelle complémentaire qui donne droit à la prise en charge gratuite des dépenses de santé.

♂ Pierre Verger : unité 912 Inserm/IRD - Aix-Marseille Université, Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale (Sesstim)

■ A. Bocquier et al. Annals of Epidemiology, mars 2013 ; 23 (3) : 99-105

Chirurgie de l'obésité Plus belle la vie

La technique chirurgicale de bypass vise à réduire et court-circuiter l'estomac en cas d'obésité sévère. L'étude dirigée par Jean-Michel Oppert (♂) montre que si elle est efficace pour diminuer le poids - 40 kg en moyenne - et l'incidence des pathologies associées, comme le diabète, elle améliore aussi la qualité de vie des patients.

Et ce, dès 3 mois après l'intervention, alors que la perte de poids se poursuit encore durant quelque temps. Mobilité augmentée et douleurs liées au surpoids estompées : le bénéfice semble surtout physique. N. C.

♂ Jean-Michel Oppert : unité 557 Inserm/Inra/CNAM - Université Paris 13 Paris Nord, Epidémiologie nutritionnelle, IHU Cardiométabolisme et nutrition (ICAN)/Inserm/Université Pierre-et-Marie-Curie/Hôpital Pitié-Salpêtrière (AP-HP)

■ C. Julia et al. Diabetes & Metabolism, 9 janvier 2013 (en ligne) doi : 10.1016/j.diabet.2012.10.008



© ZEPHYR/SPL/PHANIE