



**DMP**

**DOSSIER  
MÉDICAL  
PERSONNEL**

**PLUS ON EN SAIT  
MIEUX ON SE PORTE**



## **PROGRAMME « DÉPLOIEMENT DU DMP EN RÉGION » RETOUR D'EXPÉRIENCE**

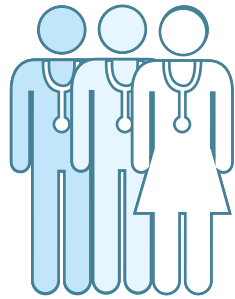


MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ



AGENCE DES SYSTÈMES  
D'INFORMATION  
PARTAGÉS DE SANTÉ

Mars 2013



# SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>4</b>
<b>I SYNTHÈSE STRATÉGIQUE</b>	<b>5</b>
<b>II SÉMINAIRE DE RETOUR D'EXPÉRIENCE DU 29 NOVEMBRE 2012 : COMPTE-RENDU DES ATELIERS</b>	<b>11</b>
<b>1. Contexte et objectifs</b>	11
<b>2. Méthodologie</b>	11
2.1 Approche qualitative	11
2.2 Constitution des groupes	11
<b>3. Synthèse des ateliers</b>	11
3.1 Restitution de l'atelier 1: Médecins et autres Professionnels de santé	12
3.2 Restitution de l'atelier 2: Etablissements de santé	18
3.3 Restitution de l'atelier 3: Maîtrises d'ouvrage régionales et représentant ARS	23
3.4 Restitution de l'atelier 4: Maîtrises d'ouvrage régionales et représentant ARS	31
<b>III ENQUÊTE SUR LE DMP AUPRÈS DE MÉDECINS UTILISATEURS : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS</b>	<b>40</b>

# REMERCIEMENTS

Dans le cadre du suivi du programme « Déploiement du DMP en région », l'ASIP Santé a organisé un retour d'expérience afin d'analyser les freins et leviers du déploiement du DMP sur la base de l'expérience vécue par les acteurs de terrain. Le présent rapport expose l'analyse qui peut en être faite et restitue les éléments qualitatifs et quantitatifs à la source de cette analyse.

Nous adressons nos remerciements aux acteurs de terrain des 14 régions impliquées dans le déploiement du DMP : médecins et professionnels de santé, responsables en établissements de santé, équipes régionales de déploiement ayant participé au séminaire organisé par l'ASIP Santé le 29 novembre 2012 :

**Docteur Dominique BALSAC**, Médecin référent DMP, Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de Vannes, Bretagne  
**Madame Anne BARDET**, Chef de projet DMP, GCS EPSILIM, Limousin  
**Monsieur Pierre BAREL**, Chef de projet DMP, GCS e-santé Bretagne  
**Madame Pascale BEAURAIN**, Référente DMP et chargée d'accueil au Centre Hospitalier d'Abbeville, Picardie  
**Monsieur Julien BLAISE**, Chef de projet DMP, GCS e-santé Bourgogne  
**Monsieur Emmanuel BLOT**, Chef de projet, GCS Télésanté Centre  
**Monsieur Vincent BONNANS**, Directeur de projet DMP, GCS EMOSIST, Franche-Comté  
**Monsieur Jean-Jacques BONNICHON**, Chef de projet DMP, Centre Hospitalier de Moulins-Yseure, Auvergne  
**Monsieur Bruno BOUTTEAU**, Chargé de mission systèmes d'information, ARS d'Alsace  
**Docteur Hubert CONRAD**, Médecin généraliste, Alsace  
**Monsieur Jean-Christophe DRAPIER**, Chef de projet DMP, GCS e-santé Picardie  
**Madame Marie-Annick DREANO**, Secrétaire générale de la clinique Brétéché de Nantes, Pays-de-la-Loire  
**Monsieur Laurent DUGUE**, Chef de projet, GCS Télésanté Midi-Pyrénées  
**Madame Marie DUMOND**, Responsable des admissions et de la facturation au Centre Hospitalier d'Amiens, Picardie  
**Madame Marie-Christine DUPOUY**, Cadre supérieur de santé, AP-HP, Ile-de-France  
**Madame Dorothee FRENEL**, Directrice, GCS Télésanté Haute-Normandie  
**Monsieur Olivier GEOFFROY**, Directeur technique et logistique de la clinique Pasteur de Toulouse, Midi-Pyrénées  
**Madame Laëtitia GERAUD**, Chef de projet DMP, GCS Télésanté Centre  
**Madame Fanny GIDON**, Chef de projet DMP, GCS SIMPA, Auvergne  
**Monsieur Gregory IDRAME**, Référent DMP au Centre Hospitalier d'Auxerre, Bourgogne  
**Monsieur Alain KLEIMBERG**, Coordinateur régional DMP, GCS e-santé Alsace  
**Madame Isabelle LEROUX**, Chef de projet, GCS D-SISIF, Ile-de-France  
**Monsieur Didier LESECHE**, Directeur de projet DMP, GCS Télésanté Centre  
**Monsieur Henri LETOUCHE**, Directeur de projet, GCS e-santé Pays-de-la-Loire  
**Docteur Jean-Michel LEMETTRE**, Médecin généraliste, URPS-ML, GCS e-santé Centre  
**Docteur Philippe LE TOUMELIN**, Médecin, Responsable du pôle Dossier Médical à l'AP-HP, Ile-de-France  
**Monsieur Samuel LITTIERRE**, Directeur du GCS SISCA, Champagne-Ardenne  
**Madame Nadine MANON**, Responsable accompagnement des établissements, GCS Télésanté Aquitaine  
**Monsieur Pierre MARTINEZ**, Chef de projet, ARDOC, Ile-de-France  
**Monsieur Emmanuel MICLO**, Conseiller DMP, GCS e-santé Alsace  
**Monsieur Dominique PIERRE**, Chargé de mission SI, ARS Centre  
**Madame Catriona RABOUTET**, Directrice du pôle territoires, GCS Télésanté Aquitaine  
**Madame Julie RAFFY**, Responsable accompagnement des professionnels de santé libéraux, GCS Télésanté Aquitaine  
**Madame Caroline RECEVEUR**, Directrice de projet DMP, GCS Télésanté Aquitaine  
**Docteur Annie REDOULES**, Médecin généraliste, Aquitaine  
**Docteur Jean-François ROCH**, Médecin généraliste, GCS EMOSIST, Franche-Comté  
**Madame Noëlle SAINT-UPERY**, Directrice du GCS Télésanté Aquitaine  
**Monsieur Nicolas SCHINKEL**, Infirmier libéral, URPS-Infirmiers, Franche-Comté  
**Madame Anne STACKLER**, Directrice de projet DMP, GCS e-santé Alsace  
**Docteur Jean-Jacques VEILLARD**, Médecin généraliste, URPS-ML, Directeur médical du GCS SIMPA, Auvergne  
**Madame Virginie VETTORAZZO**, Référent DMP, Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de Vannes, Bretagne  
**Madame Karine WEIL**, Responsable accompagnement des professionnels de santé libéraux, GCS Télésanté Haute-Normandie

Nous remercions également les équipes de maîtrise d'ouvrage régionales et les professionnels de santé libéraux d'Alsace, d'Aquitaine, de Franche-Comté et de Picardie qui ont contribué à la réalisation sur le terrain de l'enquête quantitative menée auprès de 100 médecins libéraux utilisateurs du DMP.

**D**eux ans après le lancement opérationnel du DMP sur l'ensemble du territoire et au moment d'une nouvelle interrogation sur les orientations à donner à son déploiement, l'ASIP Santé, en charge de son pilotage, a réuni les acteurs de terrain afin de produire un retour d'expérience sur les freins et leviers au déploiement du DMP, permettant de contribuer ainsi aux réflexions sur le « DMP 2<sup>ème</sup> génération ».

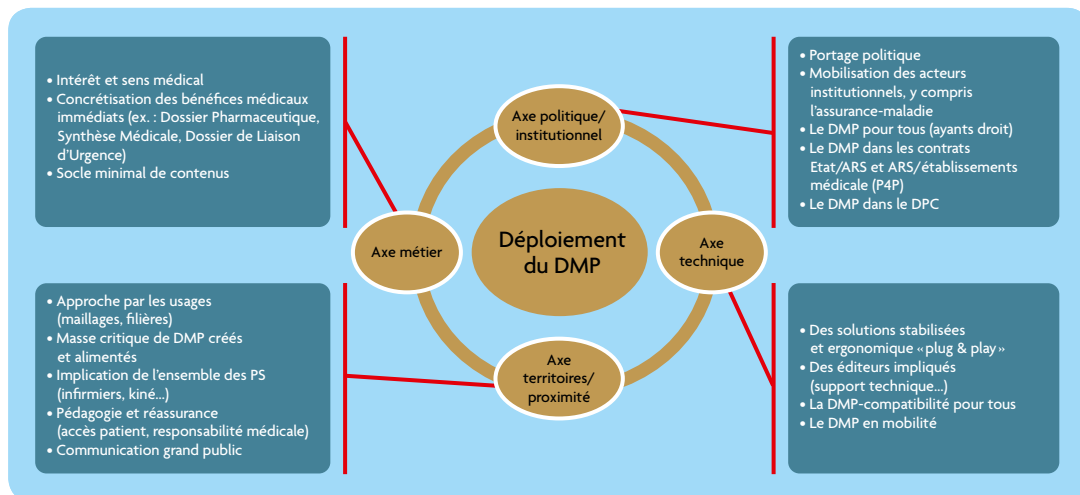
Ces enseignements qualitatifs ont été recueillis et analysés par la société d'étude MediQual Research au cours d'un séminaire d'une journée, organisé le 29 novembre 2012 et réunissant 42 personnes appartenant aux 14 régions dans lesquelles se déroule un projet de déploiement du DMP financé par l'ASIP Santé. Des groupes homogènes (professionnels de santé libéraux, établissements de santé, équipes de déploiement) ont été constitués de manière à faciliter la production de ces retours d'expérience.

A l'issue de ce séminaire de collecte d'information qualitative, un questionnaire a été soumis à une centaine de médecins libéraux faibles utilisateurs du DMP afin de compléter ce retour d'expérience et valider ou objectiver certaines hypothèses sur les difficultés d'usages. Les résultats chiffrés du questionnaire sont disponibles en annexe de ce rapport.

## Le déploiement du DMP, une approche nécessairement systémique

Si, dans son principe, le DMP ne fait plus débat, les retours des acteurs de terrain sur les difficultés rencontrées dans son déploiement du DMP confortent l'analyse selon laquelle l'approche ne peut être que systémique : la réussite du déploiement passe par l'activation concomitante d'une série de leviers regroupés selon 4 axes : politique et institutionnel ; technique ; proximité/territoires ; métier. L'activation de l'un ou l'autre de ces leviers est nécessaire mais non suffisante à assurer le démarrage réussi d'un tel projet ; c'est bien le recours cohérent et coordonné, dans un temps long, à l'ensemble de ces actions qui permettra l'installation de ces nouveaux usages. Par ailleurs c'est également au décours d'un déploiement appuyé sur ces leviers que pourra être amorcée l'évaluation du service rendu par le DMP aux professionnels de santé et du bénéfice pour le parcours des patients.

### Déploiement du DMP : freins et leviers recensés par les acteurs de terrain



## **Axe politique et institutionnel : le DMP au service de la politique publique de santé**

Pour tous les acteurs de terrain, le DMP ne réussira que s'il est porté politiquement et qu'il est résolument inscrit comme un outil au service de la politique de santé en particulier au service de la bonne coordination des parcours de soins.

Après la succession de plusieurs périodes d'incertitude, les acteurs de terrain soulignent que le déploiement du DMP doit s'accompagner d'une vision, d'une volonté et d'une ambition clairement affichées, faute de quoi les professionnels et les établissements de santé ne se sentent pas « tenus de faire » les efforts nécessaires à la réussite de cette transformation.

Ils appellent unanimement de leurs vœux un alignement de l'ensemble des acteurs institutionnels, Etat et Assurance-Maladie, de sorte que le DMP entre dans ce champ d'actions « exigées » par les pouvoirs publics, au service de la politique de santé. Pour la plupart de ces acteurs, le temps de l'expérimentation est passé; vient maintenant celui du développement d'un projet ambitieux et moderne. Ceci passe notamment par :

- une volonté et une vision claires et de long terme, portées au plus haut niveau
- l'intégration du DMP dans la politique de conventionnement avec les professionnels de santé libéraux
- la possibilité de créer des DMP pour tous, y compris les ayants droit du régime général (enfants et conjoints sans activité)
- l'intégration systématique du DMP dans les contrats entre l'Etat et les agences régionales de santé (ARS) et entre les ARS et les établissements de santé

## **Axe technique : vers du « plug & play »**

En 2012, alors que se développent rapidement les technologies de l'information dans le secteur de la santé, le DMP doit s'intégrer naturellement et simplement dans les logiciels habituels des professionnels de santé, en ville et à l'hôpital. C'est une condition de son « utilisabilité » et de sa réussite. Le nombre et la diversité des logiciels DMP-compatibles, leur déploiement sur les postes de travail, la stabilité et la qualité ergonomique de cette intégration constituent des enjeux majeurs pour un déploiement réussi.

L'entrée dans le processus d'homologation à la DMP-compatibilité des éditeurs de solutions logicielles dès la fin 2010 a été saluée comme une réussite du démarrage du déploiement du DMP. Le dispositif fonctionne et de nombreux éditeurs ont intégré les fonctionnalités DMP dans leurs solutions (près de 115 solutions homologuées à fin février 2013) ou ont planifié cette intégration (plus de 100 autres éditeurs recensés pour cette démarche).

Le déploiement de la DMP-compatibilité dans les établissements de santé, dès lors qu'il relève d'un projet d'établissement validé par la direction et la commission médicale d'établissement, ne pose pas de difficulté majeure. Elle prend du temps, comme tout projet de ce type (4 mois en moyenne pour la création; 6 à 8 mois pour l'alimentation par quelques services).

La perception des professionnels de santé libéraux de ce déploiement des versions DMP-compatibles des logiciels est plus mitigée: dépendante de la mise à jour des versions par le médecin; manque de temps de ce dernier pour « se pencher » sur le sujet; complexité du poste de travail; solutions instables une fois déployées; support utilisateurs insuffisant; concurrence des décisions à caractère réglementaire créant des conflits de calendrier de déploiement pour les éditeurs (mise en place du P4P). L'installation du DMP agit comme un révélateur de la dette technique du secteur, mettant en relief la faiblesse du modèle économique de cette industrie qui ne permet pas d'investir suffisamment dès lors que le retour sur ces investissements prendra plusieurs années. De plus, le manque perçu de soutien institutionnel du projet et la relative incertitude qui pèse sur son avenir n'incitent pas les éditeurs à continuer d'investir dans cette intégration et dans la valorisation de ce service, tant que l'avenir n'est pas éclairci et que la demande des « clients » n'est pas plus forte.

L'intégration du DMP dans les indicateurs du P4P serait de nature à faciliter la levée d'une partie de ces difficultés. La décision de rendre opposable la DMP-compatibilité des logiciels et même d'aller vers leur certification afin d'en garantir les qualités techniques et ergonomiques serait un autre levier.

Les acteurs de terrain souhaitent que de nouveaux éditeurs viennent à la DMP-compatibilité, en particulier pour les professions paramédicales demandeuses de DMP (infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes). C'est le principe du « DMP pour tous », utilisateurs et bénéficiaires. Mais ce principe n'a de sens que s'il « s'impose » à tous.

Enfin, des solutions d'usage du DMP en mobilité doivent être développées, pour répondre au besoin d'un certain nombre de praticiens et continuer d'inscrire le DMP dans le champ d'un secteur d'activité qui sait tirer parti de l'innovation.

### **Axe proximité/territoires : l'approche par les usages**

La prise en main et l'adoption du DMP par les professionnels de santé relèvent d'une transformation culturelle importante et l'accompagnement de ce changement à travers l'information, la pédagogie, la réassurance etc. est d'autant plus efficace qu'il est réalisé en proximité. Il faut favoriser l'adoption synchrone du DMP par communauté d'utilisateurs et donc par territoire pour permettre le développement des usages.

Des premiers maillages se font sur le terrain entre acteurs d'une filière ou d'un bassin de santé. Les acteurs de terrain valident la pertinence de cette approche, qui doit selon eux être renforcée : partir du parcours de soins et des besoins de coordination des professionnels permet de mettre en avant le DMP comme une réponse à ce besoin ; « dès lors qu'il y a un besoin, il y a un usage », et les besoins de coordination sont nombreux : en ville, aux urgences, dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), chez les médecins mais aussi pour les paramédicaux, entre le sanitaire et le médico-social, etc.

Les acteurs de terrain soulignent que la « masse critique » de DMP créés et alimentés et de professionnels utilisant ces DMP n'est pas encore atteinte, de sorte qu'à ce stade, l'intérêt perçu par les médecins n'est pas suffisant pour justifier leur engagement dans le dispositif. C'est pour cela que l'accompagnement et le maintien de la dynamique de création sont indispensables. La poursuite du déploiement dans les territoires doit permettre d'atteindre cette « masse critique », nécessaire au démarrage de l'usage. D'ailleurs, la rapide intégration du Dossier Pharmaceutique (DP) dans le DMP, comme le prévoit la loi, est évoquée par les acteurs de terrain comme une action qui serait de nature à créer de l'intérêt pour le DMP.

Enfin, les pionniers du déploiement du DMP plaident massivement pour le lancement d'actions de communication grand public pour faire connaître le DMP, stimuler la demande de création de DMP et alléger la charge d'information du patient portée aujourd'hui exclusivement par les professionnels et les établissements proposant le DMP. Ainsi, cette absence de communication

grand public accentue inutilement le caractère chronophage du DMP, l'une des critiques principales qui lui est faite aujourd'hui.

### **Axe métier : intérêt et sens médical**

Pour les professionnels de santé, l'intérêt du DMP ne réside pas dans l'outil technique en soi mais bien dans le service rendu, dans sa capacité à apporter au professionnel de santé une information pertinente à l'instant de la prise de décision diagnostique ou thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge coordonnée. Le DMP, pour convaincre, doit mettre l'intérêt médical au cœur du projet.

Pour cela, il convient de concrétiser les bénéfices médicaux les plus immédiats : intégration dans le DMP d'un volet de synthèse médicale, proposé aujourd'hui dans de nombreux logiciels de médecins libéraux ; dépôt du dossier de liaison d'urgence (DLU) pour les résidents en EHPAD.

Au-delà, il convient de concrétiser l'intégration du dossier communicant en cancérologie (DCC) comme un service du DMP ; de concrétiser l'intégration du médicament par l'interfaçage du DP et du DMP, inscrit dans la loi ; d'intégrer la biologie structurée etc.

Plus largement, les acteurs terrain plaident pour la définition et la diffusion de guides de bonnes pratiques pour l'alimentation des DMP, de sorte à orienter chaque contributeur au DMP sur les documents utiles et pertinents pour une prise en charge coordonnée.

### **Le déploiement du DMP dans l'idéal**

Après avoir partagé sur les freins qu'ils rencontrent et leurs attentes pour réussir le déploiement, les participants ont été invités, au travers d'exercices projectifs, à travailler sur le déploiement du DMP « dans un monde idéal » et à explorer des pistes d'action pour la suite des opérations de déploiement. En s'appuyant sur leur expérience récente et leur connaissance approfondie du secteur de la santé, ils mettent en avant (sans hiérarchie particulière) les points suivants.

Dans un monde idéal...

- Le projet est soutenu politiquement.
- Tous les acteurs institutionnels sont impliqués dans la réussite du projet, y compris l'assurance-maladie.

- Tous les citoyens ont un identifiant national de santé (INS), ce qui signifie la présence des NIR des ayants droits dans les Carte Vitale.
- Le DMP est créé de façon systématique par défaut, dès la naissance, avec la possibilité de refuser (« opt-out »).
- Les patients sont parfaitement informés sur le DMP.
- Tous les logiciels sont DMP-compatibles et ils fonctionnent.
- L'accès au DMP est simple et rapide, y compris en mobilité.
- Les établissements et les professionnels de santé sont tenus d'alimenter les DMP avec un minimum de contenu.
- Un socle minimal de contenus à déposer dans le DMP par type d'acteur est défini de façon concertée.
- Le DMP est intelligent : il priorise les informations en fonction de ce qui est recherché, il sait rédiger des synthèses à partir des informations mises à disposition par les professionnels, il produit des alertes « personnalisées », etc.
- Tous les services d'urgence peuvent consulter le DMP.
- L'implication des médecins dans le dispositif est reconnue et valorisée (P4P).
- Le DMP est intégré aux cycles de formation des professionnels.
- Les paramédicaux sont associés au dispositif, le lien est fait également avec le médico-social.
- Il y a un calendrier clair et partagé du déploiement, avec des dates butoirs (ex : tous les patients en ALD ont un DMP à telle échéance, avec un volet de synthèse médicale renseigné).

Cet exercice qualitatif a permis de mettre en relief les difficultés auxquelles est confronté le déploiement du DMP sur le terrain. Moins qu'une question de principe, d'acceptation ou de choix d'architecture se pose, à ce stade, le problème de la volonté et de la constance de l'action publique. Le temps et l'énergie nécessaires pour accompagner ce type de transformation sont relativement incompatibles avec l'attente légitime de résultats rapides. Le DMP n'est pas un service autonome et indépendant de l'environnement dans lequel il s'inscrit. Il en est intimement dépendant et en révèle certaines difficultés ou contraintes.

### **Les premiers utilisateurs partagent leurs expériences**

Il n'en demeure pas moins que pour les acteurs de terrain et les professionnels de santé qui se sont lancés dans son usage, le DMP constitue une véritable opportunité de faire bénéficier le secteur de la santé de l'innovation technologique. C'est ce qu'indiquent les résultats du questionnaire administré à une centaine de médecins libéraux utilisateurs du DMP : pour ceux-ci, certes le DMP, pour le moment, prend encore trop de temps (76 %), et n'apporte pas encore suffisamment de valeur (48 %), mais 86 % disent que lorsqu'il sera généralisé le DMP facilitera leur pratique médicale et 77 % pensent que ce service améliore la coordination avec les autres acteurs de la prise en charge.

Enfin pour 69 % de ces médecins libéraux, le DMP est une évolution souhaitable (42 %) ou inéluctable (27 %) et ils seraient incités à l'utiliser plus activement si cela marchait mieux techniquement (66 %), s'ils y trouvaient des informations utiles à la prise en charge (56 %) et si leur implication dans la démarche de déploiement était reconnue et valorisée (53 %).



## 1 - Contexte et objectifs

Dans le cadre du suivi du programme « Déploiement du DMP en région », l'ASIP Santé a organisé le 29 novembre 2012 un séminaire réunissant les structures et acteurs régionaux en charge du déploiement du DMP dans les 14 régions du programme.

Ce séminaire, organisé pour la deuxième année consécutive (le précédent séminaire avait réuni en septembre 2011 les acteurs projet des 4 régions Amorceage alors impliquées dans le déploiement), avait pour objectifs :

- de faire un bilan en forme d'échanges et de confrontation d'expériences sur le déploiement du DMP : approches mises en œuvre, bonnes pratiques, difficultés rencontrées
- d'explorer des pistes d'action pour la suite des opérations de déploiement, en tenant compte du contexte d'attente d'arbitrages du Ministère de la Santé sur l'évolution du déploiement du DMP
- de favoriser les échanges et le partage d'expérience entre acteurs et structures

L'ASIP Santé s'est fait assister de la société MediQual Research pour mettre en place une méthodologie participative visant à impulser une dynamique active dans le déroulement du séminaire, animer la journée de séminaire, sous forme d'ateliers, et fournir une synthèse des enseignements de chaque atelier.

## 2 - Méthodologie

### 2.1 Approche qualitative

L'approche retenue a été celle d'ateliers animés selon des techniques qualitatives, faisant appel à des exercices de créativité (exercices associatifs, projectifs, jeux de rôles...), en alternance avec des séances plénières. L'intérêt de ces techniques d'animation est de libérer la parole spontanée et laisser émerger la créativité et les idées nouvelles, en s'affranchissant des contraintes quotidiennes, pour amener les participants à mieux se projeter.

Le thème général fixé pour les ateliers était « le déploiement idéal du DMP ». Une première phase de bilan du déploiement et de partage des retours d'expérience des derniers mois a été réalisée afin de pouvoir laisser chacun exprimer et objectiver les difficultés rencontrées sur le terrain. Puis les exercices sur le thème du déploiement idéal ont ensuite permis de s'éloigner de

ces difficultés et de favoriser la créativité et la réflexion sur le champ des possibles et les pistes à explorer pour le futur.

Le déroulé du séminaire s'est organisé autour des séquences suivantes :

#### Matin

- Introduction générale par le directeur de l'ASIP Santé
- Présentation des objectifs et de l'organisation du séminaire par MediQual Research
- Travail en ateliers animés par MediQual Research

#### Après-midi

- Plénière de restitution de principaux éléments des ateliers du matin
- Travail en ateliers, réactions aux enseignements, optimisations, bilan

Afin de faciliter le travail d'animation, les animateurs de MediQual Research ont été préalablement sensibilisés au sujet du DMP et de son déploiement par les équipes de l'ASIP Santé (pôle Territoires).

### 2.2 Constitution des groupes

Les personnes conviées au séminaire étaient au nombre de 42, de divers profils, tous acteurs du déploiement dans les territoires : professionnels de santé (médecins libéraux, mixtes ou hospitaliers, paramédicaux); DSI, cadres de santé et personnels administratifs en établissements; représentants des ARS et membres des équipes des maîtrises d'ouvrage régionales (MOA-R). Ont également assisté aux groupes en tant qu'observateurs des collaborateurs des pôles Territoires, Relations Usagers et Communication de l'ASIP Santé. Soit au total 62 personnes, participants, observateurs et membres de l'équipe MediQual Research.

Quatre groupes/ateliers homogènes ont été constitués :

- un groupe à dominante « professionnels de santé libéraux »
- un groupe à dominante « établissements de santé »
- 2 groupes d'équipes de déploiement en région, maîtrises d'ouvrage régionales (MOA-R) et représentants des ARS

## 3 - Synthèse des ateliers

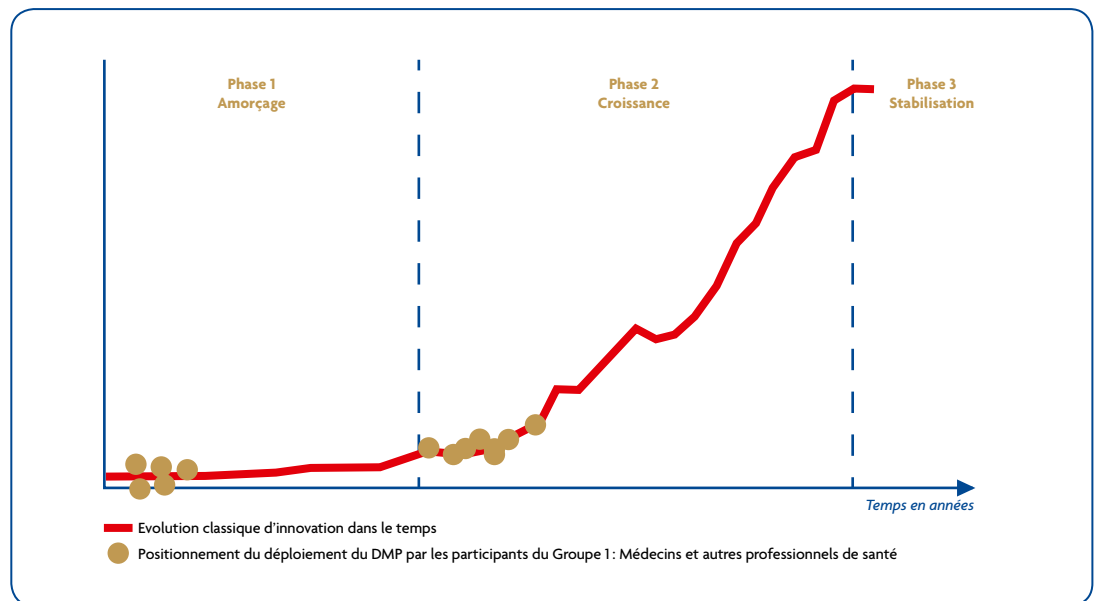
Le présent rapport présente les enseignements détaillés recueillis dans chacun des 4 ateliers. Pour en faciliter la lecture les résultats sont présentés selon un plan identique.

### 3.1 Restitution de l'atelier 1: Médecins et autres Professionnels de santé

#### 3.1.1 Perceptions spontanées

En exercice introductif, on demande aux participants de l'atelier de positionner le déploiement du DMP à

#### Positionnement spontané de l'étape actuelle du déploiement du DMP sur une courbe « standard » d'innovation: médecins et professionnels de santé



Les participants de ce groupe ont une perception contrastée du stade de déploiement actuel du DMP.

Les uns, se situent au tout début du processus, en phase d'amorçage.

*« On en est à 10 % à peine du début, et même en dessous. »*

Et ce pour diverses raisons.

- Une décision de déploiement perçue comme étant en suspens.

*« Ça dépendra des décisions prises, politiques et autres orientations, je me suis mis là, car je ne sais rien, je n'en ai aucune idée, et il reste une incertitude. »*

*« Quelles seront les décisions des décideurs à l'extérieur ? »*

- Des ayants droit auxquels le dispositif n'est pas encore accessible.

date, tel qu'ils le perçoivent, sur une courbe « standard » d'innovation. Lors de cette exercice, le modèle de la courbe a été fait sur le déploiement d'innovation de la micro-informatique. Cet exercice a pour objectif de favoriser les points de vues spontanés et d'organiser le recueil de l'expression des difficultés rencontrées.

*« On ne peut ouvrir un DMP qu'à des patients ayant un n° INS. »*

- Un déploiement du DMP qui repose sur l'utilisation de l'informatique par les professionnels de santé, avec des problèmes d'intégration de la DMP-compatibilité.

*« On est limité par la technologie, le DMP utilise des outils existants: est-ce qu'on va savoir bien utiliser les outils ou pas ? »*

- L'absence de solution à ce stade pour l'utilisation du DMP en situation de mobilité, qui apparaît gênante pour certains professionnels.

Les autres situent le déploiement du DMP à la phase de croissance de la courbe du déploiement:

*« Je me suis positionné là car je suis d'un optimisme forcené, j'ai l'impression qu'on est déjà demain, l'orange, ce n'est ni le rouge ni le vert mais on passe vers quelque chose, vers le vert. »*

« *Je sens les frémissements sur le terrain, les médecins ont besoin de sentir que la vague est lancée.* »

« *Souvent les médecins ont une vision archaïque du DMP, c'est pour ça qu'on a besoin d'une volonté politique affichée, et c'est maintenant!* »

« *J'hésitais, car on a démarré depuis peu de temps et en même temps je sens une vraie différence dans l'accueil, même si beaucoup de professionnels sont encore contre sans savoir pourquoi, mais ils sont prêts à dire "OK, que faut-il que je fasse". Donc, j'espère qu'on est à un tournant.* »

« *On est proche d'atteindre la masse critique des 20 %, et, à ce moment, il ne faut pas mollir, ni démolir! Il faut que cette masse critique explose.* »

**Ce premier exercice met en lumière une différence de perception entre ceux qui estiment que le déploiement du DMP n'est pas encore en phase d'amorçage et les fervents défenseurs du service qui anticipent une généralisation imminente.**

### 3.1.2 Les difficultés rencontrées

Le second exercice a pour objectif de permettre aux participants d'exprimer très librement les difficultés rencontrées au cours du déploiement. Celles-ci sont restituées selon les 4 axes d'analyse du déploiement qui, au vu des réactions, demeurent pertinents: axe politique/institutionnel, axe technique, axe conduite du changement et axe métier.

#### Les difficultés d'ordre politique et institutionnel

• Bien que le principe ne soit plus vraiment questionné, l'absence d'un soutien politique clair à la mise en place du DMP est identifiée comme un frein majeur par les participants.

« *Le DMP pourrait aller dans le bon sens, sauf que la communication politique n'est pas à la hauteur, il faudrait imposer le DMP en tant qu'outil de coordination du parcours de soins.* »

« *Les médecins ne savent pas ce qu'est le DMP, ou en ont une idée très ancienne. Donc en l'absence de volonté politique affichée, on rame.* »

• Cette absence d'impulsion politique est préjudiciable à la mobilisation des acteurs, médecins en particulier, qui restent en retrait.

« *On est confronté au non investissement du médecin dans la création du DMP, comment faire pour les convaincre sans impulsion "d'en haut"?* »

De fait, à ce jour, l'adhésion au DMP repose plus sur une conviction personnelle, que sur un mouvement de mise en place d'une politique publique, seuls les plus convaincus voient l'intérêt du projet.

• Par ailleurs, le flou autour de l'inscription du DMP dans la convention médicale / P4P ne favorise pas la mobilisation.

« *L'histoire du P4P, parce qu'il y a la convention et la Sécu va alimenter les médecins pour qu'ils utilisent ces logiciels de façon correcte, mais il y a une communication catastrophique qui dit que le DMP n'est pas dans la convention. Il y a un flou réglementaire.* »

« *Le médecin devrait avoir un meilleur retour sur investissement au niveau du P4P.* »

• Enfin, l'impossibilité actuelle de créer des DMP pour les ayants droit du régime général est vécue comme un frein supplémentaire important.

« *On ne peut pas créer de DMP quand c'est un ayant droit. C'est la Sécu qui bloque, l'INS qui n'est pas distribuée à l'ensemble des ayants-droit. Le DMP ne donne pas la chance à tout le monde d'exister.* »

#### Les difficultés d'ordre « technique »

• Pour les médecins et autres professionnels de santé participants, les problèmes liés au déploiement de la DMP-compatibilité via l'intégration dans les logiciels habituels sont perçus comme très pénalisants :

- soit parce que le logiciel utilisé par le professionnel intéressé n'est pas encore DMP-compatible

« *La question qu'ils posent, c'est "Quand est-ce que je pourrais accéder au DMP?" parce qu'en mode Web, ce n'est pas la majorité qui l'acceptent.* »

« *J'ai été obligé de changer de matériel pour faire tourner le logiciel.* »

- soit parce que le fonctionnement des logiciels DMP-compatibles est perçu comme encore instable ou défaillant

« *Je suis venu en tant que médecin généraliste, utilisateur du DMP, et en tant que croyant fervent de cet outil, or cet outil ne marche pas! Qu'attend-on de nous aujourd'hui, d'être des bêta-testeurs?* »

« *Sur mon logiciel métier la fonction DMP ne fonctionne pas toujours; or il faut être courageux pour aller sur le web quand on travaille, avec une salle d'attente pleine.* »

« *On a des problèmes techniques sur le logiciel, j'ai passé des heures pour trouver des solutions.* »

- Certains participants demandent plus de « pression » sur les éditeurs.

*« Le DMP fait gagner un temps monstrueux sauf qu'il ne marche pas, car il n'y a pas de bonne pression pour l'amélioration des logiciels. Le DMP est sensé marcher et on n'y arrive pas, il y a des bugs techniques. »*

*« La Sécu agréé certains logiciels pour des médecins traitants pour faire des synthèses, et bien il faut dire "votre logiciel ne fonctionne pas pour le DMP, donc pas d'agrément pour votre logiciel". »*

*« Quand un logiciel est tamponné ASIP, il faut qu'il marche parfaitement. »*

- Au-delà de la DMP-compatibilité, les défauts d'ergonomie du système posent également problème. Des développements pour améliorer la simplicité et la rapidité d'alimentation et de consultation du DMP sont attendus de la part des éditeurs et de l'ASIP Santé pour l'accès web.

*« Les deux clics ne sont pas encore acquis, il faut arriver aux deux clics, on n'y est pas encore, et c'est un frein majeur. »*

*« Les éditeurs vont devoir faire des développements extrêmement simples, sinon la courbe risque de rester horizontale pendant de nombreuses années. »*

*« Il faut que le DMP ait une ergonomie simple, pouvoir faire un clic sur une synthèse, et, pareil pour les infirmiers qui veulent communiquer avec les médecins, ils doivent pouvoir le faire d'un clic pour des photos, le scan: ça c'est de l'ergonomie, et tout va dépendre de ça. »*

Un infirmier en accès Web: *« Pour une "Vaccination antigrippale", on scanne son bon, on ouvre la boîte DMP, on cherche sur l'ordi l'image scannée, on perd un temps fou, mais on y croit. »*

- En conséquence, au vu des difficultés perçues et de la faible valeur à ce stade de ce qu'ils trouvent dans les DMP, les médecins ne voient pas pourquoi ils doivent payer pour la mise à jour de leurs logiciels.

*« Un copain m'a dit: "J'ai reçu un mot sur la DMP-compatibilité, mais si ça me coûte 500 ou 1000 euros, non!". Les médecins n'ont pas l'habitude de payer leur matériel et ils se disent "Je ne vais pas payer pour expérimenter le DMP". »*

- Enfin, l'impossibilité à ce stade de se connecter au DMP en situation professionnelle de mobilité est perçue comme un frein par certains.

*« Il faut de la mobilité, si je suis chez un patient avec ma tablette, je ne peux pas créer un DMP. »*

*« Tout ce qui a été développé et mis en place à ce jour est réservé aux PC et aux Mac classiques, or aujourd'hui c'est les solutions mobiles qui nous intéressent. »*

### Les difficultés liées à l'accompagnement du changement

- Les participants se disent confrontés à un certain attentisme de la part de leurs confrères médecins, qu'ils expliquent en partie par la peur du changement, et surtout par un souci de ne pas être le premier à « essayer les plâtres ». Chacun attend que ses confrères adoptent et expérimentent les solutions avant de se lancer.

*« Il semblerait que l'inconnu fasse peur, et qu'on en ait de fausses représentations du DMP. C'est un vrai changement, on a peur, on ne sait pas si on veut y aller. Parce que le professionnel de santé, qui ne sait pas qu'on peut faire telle ou telle chose d'un seul clic, s'imagine d'abord que ça va être chronophage. Beaucoup de professionnels ont du mal à passer ce cap-là. »*

*« C'est surmontable, car la plupart d'entre eux ont compris qu'il se passait quelque chose, une innovation par laquelle ils auront à passer... mais plus tard, quand tout sera stabilisé. »*

- Par contraste avec les médecins, les professions paramédicales, infirmiers libéraux, masseur-kinésithérapeutes, voient dans le DMP une véritable opportunité et manifestent le souhait d'être davantage impliquées dans le déploiement.

*« Les infirmiers ont besoin du DMP pour communiquer avec la médecine de ville et l'hôpital. Les infirmiers sont demandeurs pour trouver des informations. »*

*« Pour un patient qui a une plaie de trachéotomie et pour lequel c'est marqué: bon pour pansement, nous, infirmiers, à domicile on ne sait pas ce qu'on fait, on nous dit: tu vas nettoyer, mais on ne sait pas ce qu'il y a derrière, le DMP nous donnerait toutes les informations nécessaires. »*

*« On est trop "médecins-centré" dans le déploiement aujourd'hui, il faut arrêter de parler du DMP pour les médecins, alors que ce sont ceux qui l'utilisent le moins, il faut aller là où il y a un besoin et un intérêt. »*

- Enfin, les participants regrettent l'absence de communication grand public sur le DMP car ils perçoivent les patients comme un levier évident du déploiement du DMP, susceptibles de porter la création.

« Les patients ont un vrai intérêt à avoir un DMP, c'est leur dossier, ils y trouvent toutes les informations relatives à leur santé. »

« Quand le patient arrive chez le médecin et lui dit : "J'ai entendu parler du DMP, qu'est-ce que vous en pensez ?" c'est sûr que ça va pousser les médecins à s'y mettre. »

#### Les difficultés liées à la transformation du métier

- L'un des freins à l'appropriation du DMP par les professionnels de santé est lié, selon les participants, au fait que le déploiement a démarré sur le terrain avec la mise à disposition d'une infrastructure, mais sans contenu. Les leviers d'intérêt de l'intégration du DMP à la pratique restent à découvrir.

« On a développé un outil avec des tuyaux pour des choses à faire circuler dedans, mais il faut maintenant que nous professionnels de santé nous réfléchissions à ce qui va circuler dedans : les médecins, les spécialistes, les infirmiers, l'hôpital, tout le monde a des besoins. On s'aperçoit que le DMP peut répondre à ces besoins, si on va sur l'usage. »

- D'autre part, en phase d'amorçage, les bénéfices d'un partage en réseau du DMP du patient ne sont pas appréhendables dans la pratique. Ce qui est une source de démotivation de l'intérêt pour l'outil.

« L'usage est très lent, car le DMP ne vient pas à l'esprit de tous, on essaie quelques petites données. »

« Pour être utile, il faut de l'usage, les médecins ne s'empareront du DMP que s'il y a de l'usage, mais ils ne veulent pas s'en emparer avant. »

« La première étape sur le DMP, c'est de concrétiser les choses les plus simples, tous les logiciels de gestion de cabinet produisent maintenant une synthèse médicale. Ce qu'il nous faut c'est la pousser en 2 clics dans le DMP. »

« On pourrait commencer en mettant les informations du DP dans le DMP. »

« Quand on part des usages, on peut avoir des actions adéquates : les DMP doivent par exemple contenir le DLU des résidents en EHPAD, les EHPAD veulent le faire, les médecins coordinateurs aussi et il y a un vrai intérêt des équipes Samu aussi, dans notre région, ils travaillent sur la compatibilité, car l'usage leur paraît intéressant. »

**L'exercice de bilan de la période écoulée a permis à chaque participant d'exprimer librement les difficultés**

**rencontrées. Ces éléments contiennent des clefs de compréhension des enjeux et attentes des professionnels de santé vis-à-vis du déploiement du DMP.**

#### 3.1.3 Projection vers le déploiement idéal du DMP

Après l'exercice introductif et d'expression des difficultés, cette phase permet d'envisager avec les participants le déploiement du DMP en s'affranchissant des contraintes actuelles du projet. Cela permet un travail plus créatif et la recherche de solutions.

##### Le déploiement du DMP dans un monde idéal

Pour ces professionnels de santé, utilisateurs du DMP, l'univers du DMP, dans un monde idéal, se caractérise par la mobilité et l'explosion de l'e-santé.

« Mobilité : quand je vais chez mon patient, avec ma tablette, je peux tout faire, je travaille en wifi, j'ai mon tensiomètre et mon manomètre, j'appuie sur les touches, ça va directement dans le DMP, c'est visible aussi bien pour le généraliste que pour le Samu. Si le médecin est en consultation, il a toutes les informations, d'un coup d'œil sur un visu, et on aura son retour immédiat : il va envoyer une ambulance, ou si ce n'est pas très grave la patiente peut rester à la maison, c'est de la régulation. »

Dans ce monde idéal, le déploiement du DMP est décrit comme une action globale et simultanée qui a été imposée à tous.

- Tout le monde a un identifiant national de santé, INS (et donc la possibilité d'avoir un DMP).

« Tout le monde a un INS. »

- Le DMP est créé de manière systématique et automatique, par défaut.

« Dans le monde idéal, le DMP est créé à la base, il n'y a plus de problèmes de création. »

« Dans un monde idéal, on ouvre le DMP à la naissance du patient. »

« Il est créé par défaut, c'est-à-dire que le patient est d'emblée consentant, mais il conserve le droit de résilier, comme ce qui se fait pour le don d'organes. »

- Le DMP est intégré aux relations patients-professionnels de santé, le dispositif est assimilé.

« Dans le monde idéal, l'outil n'est pas un outil selon le bon vouloir du patient ou du généraliste, c'est un outil indispensable, on ne peut pas le contourner. »

- Le DMP facilite la relation PS patient.  
*« Dans le monde idéal le médecin est proactif, il a mis sa synthèse médicale et les patients sont emballés quand ils savent ce que c'est. »*
  - Les patients connaissent tous le DMP.  
*« Ils connaissent le DMP et puis ils le demandent. »*
  - Le DMP est intégré dans la pratique des professionnels de santé, les DMP sont alimentés et consultés par habitude.  
*« Utile, le DMP n'est pas une coquille vide. Un DMP est un patient. »*  
*« Les différents services sont demandeurs. »*  
*« Dans le monde idéal, tous les services d'urgence peuvent consulter le DMP. »*
  - Tous les logiciels sont DMP-compatibles.  
*« Les éditeurs font en sorte que les différents logiciels soient compatibles. »*  
*« On prescrit dans le logiciel santé, et, si ce n'est pas compatible: le DMP refuse. »*  
*« Que l'ensemble des logiciels de pros de santé soient interopérables. Il y a une brique centrale qui articule tout ça. Chez nous, c'est pour 2084! »*
- Dans ce monde idéal, le déploiement du DMP a eu un impact sur l'écosystème des institutions de santé. Les échanges sont rationalisés et le travail des médecins en est facilité.
- « On a abattu les cloisons, il y a une boucle ASIP, HAS, Sécu. Le DMP est aussi le support administratif du patient, on va le chercher d'un seul coup, on n'a plus à remplir x fois le dossier administratif du patient. »*
- Dans ce monde idéal, le DMP a concrétisé le bénéfice médical attendu.
- Le DMP intègre un volet de synthèse médicale.  
*« Il faut concrétiser les choses les plus simples. Le DMP est difficilement exploitable, entre peu de documents ou trop et on s'y perd. Je suis un fervent défenseur de la synthèse. Il faut faire simple, sinon les établissements, ça ne les intéresse pas; le Samu veut une synthèse, si l'allergie au curare se trouve dans le 12<sup>ème</sup> document au lieu de le trouver tout de suite sur la première page de synthèse, le dossier est inutile, c'est trop tard! »*  
*« Les médecins veulent de la synthèse. »*  
*« Le volet de synthèse est la première porte d'entrée, et, on peut cliquer sur le lien pour dérouler le dossier spécialisé: le compte rendu de la coronaro, c'est un lien, etc. »*

- Le DMP intègre également l'ensemble des contenus utiles à une prise en charge qualitative du patient:
    - Fonctions d'alertes personnalisées: tension du patient, cancer du sein dans la famille, allergies...
    - Résultats d'examen
    - Comptes rendus médicaux et bilans de sortie d'une phase de soin
    - Traitements en cours via le DP
  - Le DMP est un outil « institutionnalisé » de coordination des parcours de soins.  
*« Le DMP reçoit des documents partagés par tous. A partir de là, en termes de dynamique et de parcours de soins, on pourrait imaginer un parcours de soins dans lequel le patient s'inscrit, et pour lequel chaque professionnel de santé au moment où il va déposer son document participe à la trace de ce parcours de soins: le patient est venu en consultation et on a la perspective sur ce qui a été avant et sur ce qui est à venir. »*  
*« Un parcours de santé, comme les Canadiens le font très bien avec le diabète. On le prend en charge, mais il faut le suivre le parcours de santé. C'est cadré. Le généraliste dont la consultation est remboursée par le système n'a pas le choix de faire fonctionner le système sans ces outils. »*
  - Le DMP fait également le lien avec le médico-social. Il contient notamment les documents suivants:
    - Dossier de liaison d'urgence (DLU)
    - Volet descriptif de la situation sociale du patient (DMS)
    - Plan santé personnalisé et rééducation santé
- Dans ce monde idéal, le DMP est utile à la fois aux citoyens et à la fois aux professionnels de santé.
- Pour les citoyens, il constitue:
    - Un support d'information de leur parcours de santé, particulièrement utile pour la prise en charge des poly-pathologies
- « Les patients pour lesquels le DMP va être le plus utile, ce sont les poly pathologiques, ils sont suivis. »*
- Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la garantie d'une prise en charge adaptée  
*« On a tous en tête des cas aberrants, comme la centenaire qui fait des kms en ambulance pour mourir sur un brancard, du seul fait que personne ne savait ses besoins. Avec le DLU dans le DMP, la question sera résolue, on évitera de faire ce genre d'erreur. »*

- Pour les professionnels de santé, le DMP apporte :
  - Qualité et rapidité de la prise en charge
  - Mise à disposition et organisation rationnelle des informations médicales
  - Rationalisation des prescriptions
  - Amélioration de la sécurité

A noter enfin que dans ce monde idéal, les médecins et professionnels de santé participants sont soucieux que l'alimentation des DMP avec des informations de nature médicale soit réservée aux professionnels :

*« Que le patient puisse ajouter des éléments dans son DMP, pourquoi pas, mais pas de nature médicale. »*

*« Dans un monde idéal, tous les professionnels de santé sont dans la dynamique du DMP, le patient n'a donc pas besoin d'inscrire lui-même ses antécédents. »*

#### **Le cahier des charges d'un déploiement réussi**

En résumé, les participants récapitulent une première fois les idées clefs pour réussir, selon eux, le déploiement des usages du DMP :

- Le DMP est créé pour tous de façon systématique, dès la naissance.
- Les freins techniques à son utilisation sont levés : le DMP est simple et rapide d'utilisation pour tous les professionnels de santé.
- Des actions de pédagogie sont menées dans la durée pour rassurer les professionnels de santé sur l'accès au DMP par le patient.

*« Le DMP est plus utile à l'ensemble des professionnels de santé qu'au patient lui-même pour sa propre personne. Je me dis que le DMP c'est pour les professionnels de santé, pour le bien-être du patient. »*

*« Si le patient se l'approprie, c'est parfois contreproductif pour les professionnels de santé. »*

- Une large communication est mise en place auprès des professionnels et du grand public pour favoriser l'appropriation du DMP par tous.
- L'effort de ceux qui se sont engagés dans le dispositif DMP est reconnu et valorisé.

*« Un médecin aujourd'hui qui fait de la coordination des soins est moins bien payé qu'un médecin qui fait de l'abattage. »*

*« Les établissements qui s'engagent dans le déploiement du DMP aujourd'hui ne sont pas du tout valorisés par rapport à ceux qui ne s'investissent pas. »*

*« Le médecin devrait avoir un meilleur retour sur investissement au niveau du P4P. »*

- Pour quelques participants, et à défaut d'autres leviers efficaces, l'utilisation du DMP devrait être rendue obligatoire pour les professionnels de santé. Tous les participants de l'atelier ne partagent pas ce point de vue.

*« Le DMP est l'outil de base du généraliste pour assurer son service, on lui demande de l'utiliser, les Canadiens font de la re-certification "si vous n'êtes pas assez bon reformez-vous". »*

*« Les professionnels de santé doivent se saisir du sujet et voir comment utiliser cet outil utilement, à défaut d'une telle impulsion, ça ne se déploiera que si c'est obligatoire. »*

*« J'entends souvent les confrères libéraux s'étonner quand je leur dis que le DMP n'est pas obligatoire. »*

Concrètement, les participants de l'atelier « médecins et autres professionnels de santé » recensent les modalités suivantes pour le déploiement du DMP.

- Affirmer une volonté politique et communiquer massivement en amont sur la mise en place du DMP en annonçant la date butoir de mise en service du dispositif (sur le modèle du changement de la numérotation téléphonique).

*« S'inspirer de la façon dont il y a quelques années a été annoncé le changement de numérotation téléphonique de France Télécom : un an à l'avance "attention ça va changer". La bascule s'est très bien faite, parce qu'il y a eu une préparation à l'évènement, médiatique et populaire, publique et citoyenne. L'idée serait de dire "vous allez avoir un Dossier Médical Personnel et dans un an ça va arriver pour tous. Nous l'aurons tous, et, on a un an pour préparer le projet de santé, et s'équiper". »*

*« On annonce une date butoir au public, aux citoyens, aux patients, aux professionnels de santé libéraux, aux hôpitaux, et, on s'y met. On communique, on rôde la technique et on accompagne, tout en même temps. »*

- Fédérer tous les acteurs du projet et définir clairement les rôles et missions de chaque acteur du déploiement.

*« Coordonner les différents acteurs, institutions, et identifier un coordinateur. »*

*« Il faut distinguer qui porte le projet, qui déploie le projet, faire attention à ce que les acteurs qui portent le projet soient bien identifiés, pour que les professionnels sachent vers qui se tourner. »*

- Clarifier le rôle des ARS: elles doivent être les « gardiennes » de la cohérence du déploiement dans les territoires.

*« Le drame du DMP, c'est que ce n'est pas pareil suivant les régions. »*

*« Il y a une confusion sur la notion du DMP: dans ma région, on est associé à l'espace Pro de Ameli. »*

- Imposer aux éditeurs de se mettre en ordre de marche, pour que tous les problèmes soient résolus avant cette date butoir.

*« Il faut mettre le paquet sur les éditeurs et la DMP-compatibilité des logiciels, car le pire ce serait qu'un patient vienne en disant "je connais mes droit" et de ne pas avoir un logiciel DMP-compatible qui fonctionne. »*

*« Il faut que les industriels sachent qu'on va vers une utilisation publique échelonnée sur un an et que les éditeurs de logiciels prennent en compte qu'il y a des exigences d'usages. »*

*« Il faut que l'information aux éditeurs sur le DMP descende jusqu'à ceux qui sont sur le terrain: le technicien, le revendeur. »*

- Impliquer la CNAMTS pour que tous les ayants droit puissent avoir un INS et donc un DMP.

*« Il faut demander à la Sécu qu'elle s'implique, que le numéro de Sécu des ayants droit soit dans la carte Vitale. »*

- Impliquer la HAS pour que le DMP soit intégré dans les guides de bonne pratique.

*« Il faut qu'on dise que les parcours de soins doivent être coordonnés via le DMP, c'est la HAS qui doit intégrer ça dans les guides de bonne pratique qu'elle produit. »*

- Se concerter avec les différents institutionnels de santé pour fusionner dans le DMP tous les dossiers de partage aujourd'hui éparpillés: DP, DCC, DMS...

- Intégrer le DMP dans les différents outils de la politique de prévention santé: campagnes de dépistage, calendrier vaccinal...

*« A chaque grande campagne de dépistage, il faut que soit proposé la création du DMP et son alimentation avec le résultat du dépistage! »*

- Repérer tous les promoteurs de projets de coordination de santé et leur proposer le DMP.

*« Il faut informer tous les promoteurs de projets*

*médicaux pluridisciplinaires, les réseaux, les MSP... tous ces projets où les professionnels de santé ont besoin de communiquer entre eux et qui ne savent pas que le DMP peut faire cette coordination. »*

- Former les professionnels de santé au DMP: intégrer le DMP dans la formation initiale et proposer des modules dans le cadre de la formation continue.

*« Formation initiale et formation continue, partout, aussi dans les écoles d'infirmières, de kiné... »*

*« Communiquer, former, utiliser les événements professionnels de formation, les réunions syndicales ou autres occasions collectives pour communiquer lors d'événements, exploiter les FMC, les congrès, les formations professionnelles. »*

- Former et informer les acteurs en charge de l'accompagnement des professionnels de santé sur le terrain.

*« Il faut former les gens qui seront en contact avec les médecins. »*

*« Il faut savoir expliquer les choses de façon très concrète. Par exemple récemment, le patron de médecine interne était très intéressé et m'a dit : "Je suis très intéressé par le DMP, j'ai un lecteur, je l'ai branché, j'ai mis ma carte CPS, et j'ai cherché mais je me demandais où j'allais, qu'est-ce que je devais faire, où poser la carte Vitale. Et, comment ma secrétaire va mettre le compte-rendu de la consultation, car ce n'est pas moi qui vais le faire". On est devant des questions comme celle-là. »*

*« Attention à bien gérer le projet, avec des messages identiques partout, et à former tous les personnels qui ont à intervenir sur le projet. »*

*« Il faut faire attention à la sémantique, la notion de "médecin traitant dans le DMP", c'est très malheureux. Si on compare avec les CPAM, l'avantage c'est qu'elles envoient des délégués dans tous les cabinets de médecins, et ils délivrent tous les mêmes messages. »*

Ces acteurs du déploiement doivent notamment être en capacité de valider in situ tous les prérequis techniques à l'utilisation du DMP (compatibilité du logiciel professionnel, accès possible au DMP pour tous les professionnels de l'établissement ou du cabinet etc.) avant d'inclure le professionnel dans le dispositif de déploiement.

*« Il faut que ceux qui sont en contact avec les professionnels de santé aient un minimum de formation informatique pour s'assurer que le poste est compatible ou non, ou qu'ils puissent faire appel à un*



*technicien. C'est après seulement, qu'on commence à parler du DMP. »*

*« Tous les prérequis techniques doivent être validés par les professionnels de terrain. Ils doivent identifier les acteurs et mettre en place les moyens: les cartes, les lecteurs... »*

*« Faire une analyse du poste. Et bien définir qui fait quoi, ce qui incombe aux éditeurs de logiciel, aux techniciens, à ceux qui sont sur le terrain pour la restauration, la mise à jour etc. »*

- Mettre en place des « pôles d'information DMP » dans les lieux publics, avec possibilité de créer sur place son DMP. Une solution qui garantit que la création du DMP est une action volontaire du patient après information et qui décharge les médecins.

*« Créer des lieux d'information sur le DMP, dans les mairies, les établissements de santé. Le patient vient s'informer, et soit il le crée directement, soit il fait une préparation du dossier DMP qu'il fait enregistrer chez le médecin, un clic ou deux et c'est fait. »*

**La qualité de la participation à cet exercice est un signe de l'intérêt des participants pour le sujet et leur volonté de faire avancer le débat. Le sujet de la création systématique du DMP par défaut, celui de son caractère obligatoire pour les professionnels de santé, ainsi que les éléments relatifs à la définition et la diffusion d'un macro-calendrier séquencé du déploiement émergent de façon spontanée.**

### 3.1.4 En synthèse

Finalement, pour les participants de l'atelier 1, les points prioritaires à travailler pour réussir le déploiement du DMP sont :

#### Axe politique / réglementaire / institutionnel

- Apporter au projet le soutien politique nécessaire.
- Impliquer les acteurs de niveau national :
  - Assurance-Maladie: implication des CPAM dans la création des DMP
  - HAS: intégration du DMP dans les guides de bonne pratique
- Adopter une démarche plus systématique :
  - Création systématique des DMP « par défaut » avec possibilité de refus
  - DMP pour tous, y compris les ayants droit du régime général

- Systématisation de l'alimentation des DMP avec un minimum de documents
- Un volet médical de synthèse intégré dans les DMP dès leur création
- Concevoir et afficher la stratégie de déploiement :
  - Valider le fonctionnement des logiciels avant de démarrer le déploiement
  - Fixer des objectifs aux créateurs et utilisateurs de DMP
  - Prévoir un plan de communication interne et externe
  - Faire une communication avec un compte à rebours (x mois avant le passage généralisé)
  - Prendre exemple sur le passage à la numérotation à 10 chiffres
  - Fixer des échéances et des objectifs

#### Axe technique

- Résoudre les problèmes techniques :
  - Généraliser la DMP-compatibilité des logiciels
  - Apporter une solution logicielle gratuite pour les PS
  - Déployer des logiciels fonctionnant et ergonomiques
  - Rendre obligatoire et systématique l'alimentation du DMP en 2 clics
  - Travailler sur des mises à jour automatiques des postes des médecins
  - Attribuer des CPS à tous les acteurs en même temps
  - Sécuriser et stabiliser l'outil informatique
  - Examiner et consigner les configurations matérielles des PS
  - Permettre aux logiciels des paramédicaux d'accéder aux DMP
  - S'assurer que l'alimentation et la consultation sont possibles avant de lancer les créations de DMP

#### Axe conduite du changement

- Fédérer les acteurs :
  - Impliquer les ARS
  - Organiser des rencontres régionales entre institutions: ASIP, ARS, GCS, CPAM, Ordres, CHU, URPS, EHPAD...
  - Créer des partenariats avec les CPAM
  - Utiliser et s'appuyer sur les réseaux existants susceptibles de diffuser et de promouvoir le DMP auprès des patients

- Evoquer le DMP partout où l'on fait de la coordination
- Communiquer:
  - Communiquer par filière de soin
  - Faire des campagnes de sensibilisation des professionnels
  - Lancer une communication grand public (pour que le patient soit demandeur il faut qu'il soit informé)
- Former et accompagner les « déployeurs » et les utilisateurs:
  - Former les gens de terrain
  - Créer un mode d'emploi « Le web DMP pour les nuls »
  - Former et informer les acteurs de ville et hospitaliers sur les prérequis nécessaires à la création des DMP
  - Inclure le DMP dans la FMC
- Permettre l'usage du DMP en mobilité.
- Motiver les acteurs:
  - Assurer un retour aux créateurs de DMP
  - « Incentiver » les médecins dans le cadre du P4P
  - Mettre en place des formations indemnisées
  - Récompenser l'acteur créateur de DMP, celui qui le déploie et l'alimente
  - Reconnaître les efforts des médecins qui sont au cœur du DMP
  - Valoriser l'usage par les professionnels de santé

## 3.2 Restitution de l'atelier 2: Etablissements de santé

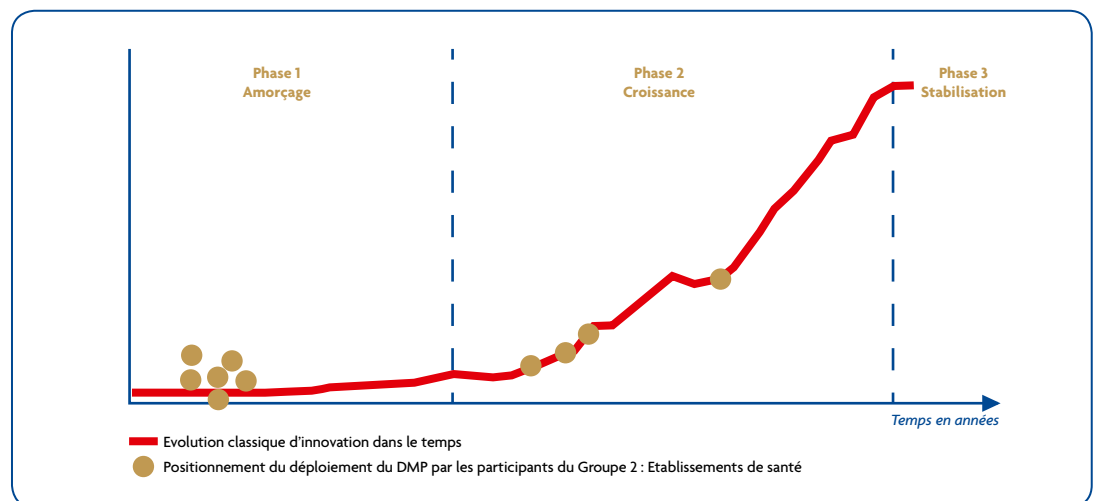
### 3.2.1 Perceptions spontanées

En exercice introductif, on demande aux participants de l'atelier de positionner le déploiement du DMP à date, tel qu'ils le perçoivent, sur une courbe « standard » d'innovation. Lors de cette exercice, le modèle de la courbe a été fait sur le déploiement d'innovation de la micro-informatique. Cet exercice a pour objectif de favoriser les points de vues spontanées et d'organiser le recueil de l'expression des difficultés rencontrées.

### Axe métier

- Faciliter l'usage:
  - Permettre aux PSL remplaçants d'avoir accès aux DMP des patients du titulaire
  - Créer des CPS déléguées
  - Doter les services d'urgence d'un accès au DMP et des moyens de l'alimenter
  - Démultiplier les points, occasions et lieux de création
  - Structurer l'ensemble des documents autour d'un VMS
  - Partir des usages pour justifier la création du DMP

### Positionnement spontané de l'étape actuelle du déploiement du DMP sur une courbe « standard » d'innovation: établissements de santé



La plupart des participants situent le déploiement du DMP au démarrage de la courbe, c'est à dire dans sa phase d'amorçage, arguant des prérequis techniques qui rendent encore peu fluide l'utilisation effective de l'outil au sein des établissements à ce stade.

Les référents DMP des établissements sont les premiers à faire état de cette situation, car tirillés entre les objectifs de volume de création de DMP auxquels ils sont tenus et les difficultés en phase d'amorçage à faire vivre d'emblée ces DMP, c'est-à-dire à les faire alimenter par les professionnels de santé des établissements puis consulter.

Quelques participants positionnent le stade de déploiement du DMP au début de la phase de croissance du déploiement. Ce sont plutôt des médecins ou des cadres de santé, une façon pour eux de montrer que les choses avancent malgré un processus nécessairement lent.

### 3.2.2 Les difficultés rencontrées

En fonction de la position de chacun, en particulier de ses liens plus ou moins étroits avec les professionnels de santé, de sa visibilité des fonctionnements et contraintes des autres personnels concernés par le déploiement, sont évoquées immédiatement les difficultés suivantes :

#### Les difficultés d'ordre « technique »

Dans les établissements, les difficultés techniques peuvent se situer à la fois au moment de la création dans le logiciel de gestion administrative du malade ou au moment de l'alimentation via le système de production de soin (SIH).

- Les premiers freins techniques évoqués sont liés à la DMP-compatibilité mais aussi de manière beaucoup plus large à tout ce qui concerne l'informatisation du monde de la santé. Le DMP agit comme un révélateur de l'état de l'informatique de santé.

*« Les difficultés techniques liées à la micro-informatique, l'équipement des médecins, le lecteur, la carte... ; les chargés de clientèle créent les DMP, après il ne faut pas qu'ils aient des soucis de connexion, il ne faut pas que le DMP fasse bugger l'outil de facturation par exemple. »*

- Les difficultés techniques pour alimenter les DMP en établissement sont également sources de frustration pour les participants.

#### Les difficultés liées à la conduite du changement

- Mais le problème de l'alimentation des DMP en ES n'est pas exclusivement technique, il est également

culturel, il est lié aux pratiques existantes. Ainsi même pour les établissements disposant d'un dossier patient informatisé, ce dernier n'est pas toujours utilisé pour y déposer du contenu médical car les médecins font leurs comptes rendus mais n'ont pas le réflexe de les déposer dans le DPI.

*« La plupart des établissements ont un dossier patient informatisé et le premier objectif est que le compte-rendu d'hospitalisation aille alimenter le DMP, c'est très difficile à alimenter même si l'établissement a le contenu car souvent ce contenu n'est pas entré dans le DPI... »*

*« On n'oblige pas les établissements à mettre du contenu informatisé ; pour l'alimentation du DMP, très peu d'établissements ont du contenu médical informatisé à proposer ; comme il n'y a pas de caractère obligatoire, on est sur du bénévolat, les données qualifiées ne sont pas exhaustives. »*

- La motivation des professionnels de santé est également pointée comme un frein. Elle peut être liée aux problèmes techniques, les PS ne veulent pas perdre de temps, ils ne voient pas forcément la valeur ajoutée à ce stade. Dans un contexte d'emploi du temps chargé, le DMP et son alimentation sont laissés de côté.

*« Chez nous il y a un impact du technique sur la motivation. »*

*« Ils ne veulent pas perdre de temps, ils ne voient pas la valeur ajoutée. »*

*« Je ne vois pas trop de difficultés techniques du côté des professionnels de santé libéraux.*

*C'est plus la motivation, parce que ce sont des libéraux et s'ils ne veulent pas, ils ne veulent pas, contrairement aux médecins salariés... »*

- Les participants s'accordent assez largement sur une autre condition nécessaire du déploiement et aujourd'hui défailante selon tous : l'information transmise à la fois aux personnels de santé et aux patients.

- Chez les professionnels persiste une espèce de fantasme de complexité autour du DMP.

*« Beaucoup s'en font une montagne, parce que pas suffisamment informés, formés, tout est prétexte. »*

- Les messages essentiels qui justifient et valorisent la démarche DMP du professionnel de santé ne sont pas encore suffisamment passés (l'amélioration de la prise en charge, la rationalisation des parcours de santé, le gain de temps au final...).

« Parce qu'il n'y a pas eu de communication nationale spécifique aux professionnels de santé. »

« Il faut que chacun y voit un intérêt. »

- Les participants pointent également le défaut d'information des patients, qui est source de découragement en particulier pour les agents d'accueil qui proposent au quotidien le DMP aux patients: ces derniers sont très diversement informés sur le sujet et c'est une source d'incompréhension pour les agents d'accueil.

« C'est quand même le dossier du patient et c'est lui qui décide de créer ou non son DMP; sans son accord, on pourra avoir le plus bel outil et la plus belle motivation du personnel, il n'y aura pas de DMP. Les citoyens ne sont pas au courant que cet outil est pour eux, qu'il leur évite de prendre leur cartable avec toutes les radios, etc. »

- Si ce besoin d'information est exprimé par tous, certains soulèvent néanmoins le besoin d'une cohérence globale de la démarche: si on communique en direction des patients, il faut que le DMP tienne ses promesses derrière, en particulier en termes de contenu, donc que les professionnels jouent le jeu, que l'informatique le permette etc.

« Si le DMP est vide, le patient n'est pas content. »

- Plusieurs participants constatent cependant une légère avancée sur le plan de l'information des patients depuis début 2012.

« Depuis un an, ça a été médiatisé par les territoires. »

- Enfin, l'absence d'incitation financière est également un frein à la mise en place du DMP: pour un établissement, il n'y a pas de recette en lien avec le DMP.

« C'est intéressant s'il y a un retour sur investissement; or c'est un peu l'arlésienne depuis 10 ans... »

**Au-delà de ce diagnostic rapide des principales difficultés rencontrées lors de la mise en place du projet DMP dans les établissements, les participants paraissent souvent centrés sur leurs difficultés internes avec le sentiment que les échanges avec les autres partenaires de la dynamique DMP doivent être intensifiés (avec les maîtrises d'ouvrage régionales notamment).**

### 3.2.3 Projection vers le déploiement idéal du DMP

Après l'exercice introductif et d'expression des difficultés, cette phase permet d'envisager avec les participants le déploiement du DMP en s'affranchissant des contraintes actuelles du projet. Cela permet un travail plus créatif et la recherche de solutions.

### Le déploiement du DMP dans un monde idéal

Les participants de l'atelier Etablissements de santé décrivent le déploiement du DMP dans un monde moderne et très humain, dans lequel l'information entre professionnels de santé, entre la ville et l'hôpital circule de façon fluide (« les professionnels de santé sont dans le même moule »), avec des patients rassurés car ils sont pris en charge partout avec continuité et cohérence (« les gens se sentent en sécurité, totalement pris en charge », « ils peuvent se soigner partout »). La technologie est très présente dans ce monde. Elle est au service de l'humain et simplifie le quotidien (« on a une seule carte et voilà »).

Dans ce monde idéal:

- Le DMP résulte d'une volonté politique clairement affichée.

« Il y a une volonté qui est là parce qu'il y a des engagements politiques, nationaux qui entraînent un schéma de base sur lequel on s'appuie, le fait que ce soit créé à la naissance, que ce soit un vrai service de santé publique. »

« Dans ce cas, il n'y a plus de question sur comment ça marche. »

- Dans ce monde idéal, on imagine que l'Assurance Maladie est sensible au bénéfice économique inhérent à la démarche DMP qui contribue à rationaliser les parcours de soins. Il semble dès lors assez évident d'en faire un vrai partenaire. Par ailleurs l'argument du potentiel économique du DMP doit, selon les participants, pouvoir également être utilisé vis-à-vis des professionnels de santé et du grand public. Le DMP s'inscrirait alors dans le cadre d'une démarche citoyenne.

« Derrière ça, il y a peut-être la réduction des coûts, il y a sûrement des économies à faire, un axe important; c'est la gestion des coûts de la santé, éviter que le patient ne se disperse, la prise de conscience par le patient a eu lieu, maintenant on est dans quelque chose de citoyen. »

- Le DMP est systématiquement créé à la naissance, pour tous, y compris les ayants droit du régime général, les enfants, mais il n'est pas forcément obligatoire (chacun peut ou non l'utiliser).

« C'est comme une carte d'identité; le dossier est créé à la naissance. »

« Pour être soigné, j'ai besoin d'avoir un DMP et pour soigner il faut utiliser le DMP. »

- Le DMP est systématiquement alimenté avec les éléments pertinents. Un socle commun et minimal de

contenu a été défini de façon concertée au niveau national entre les différents acteurs (représentants des PS et des patients) puis chacun peut enrichir ce socle minimal.

*« Je suis assez d'accord pour systématiser certains documents. »*

*« Ce sont les éléments indispensables, par rapport à une allergie, ou les éléments issus d'une prise en charge précédente. Le DMP c'est un stockage, nos DMP ont peu de documents mais si c'est plein de documents, ce sera inutilisable... »*

- Le DMP comprend de façon distincte une partie alimentée par les professionnels de santé et une autre alimentée par les patients. Les informations renseignées par les patients peuvent avoir jusqu'à « valeur légale ».

*« Le patient peut mettre aussi ses dernières volontés, sa personne de confiance, des informations qu'on a du mal à retrouver. »*

#### **Le cahier des charges d'un déploiement réussi**

Après avoir dessiné les contours du déploiement du service et ses prérequis, les participants décrivent les grands axes et modalités d'action qui ont été mis en place pour la réussite du déploiement du DMP.

- Le DMP est un projet de santé publique, il y a donc une impulsion officielle venue « d'en haut », c'est-à-dire du « Ministère de la Santé » : les décideurs doivent fixer un cap et se donner les moyens sur le terrain de motiver, suivre et piloter.

- Cette impulsion politique se décline à tous les échelons, le rôle des ARS est essentiel pour relayer cette impulsion auprès de l'ensemble des acteurs, établissements de santé en particulier.

*« Les ARS sont sur la même ligne que le Ministère de la santé, elles sont responsables de l'organisation au niveau régional... Les ARS vont sensibiliser les directeurs d'établissements, ils ont de l'influence, c'est une façon de montrer l'implication des décideurs dans le projet. »*

*« Dans les blocs opératoires, si vous n'avez pas votre traitement de l'air on vous ferme le bloc opératoire... Il faut qu'il se passe quelque chose de concret sur le DMP, tout en mettant des objectifs modestes. »*

*« Inscrire le DMP au CPOM des établissements, dans chaque région, avec une incitation financière et des sanctions. »*

- Les prérequis techniques sont mis en œuvre :
  - Tous les ES doivent être en capacité d'alimenter le

DMP, 2 ou 3 documents doivent obligatoirement y être portés

*« Je commencerais par le côté prérequis technique des établissements, qu'ils soient tous capables techniquement de rendre un dossier de sortie, aujourd'hui ils ne le sont pas. »*

- Les outils doivent tous être DMP-compatibles, « pas uniquement sur le papier ». Pour cela, il faut que le Ministère donne des consignes claires aux éditeurs, il faut obliger les éditeurs à être DMP-compatibles

*« Que le ministère ait son mot à dire, il y a encore plein d'éditeurs qui ne sont pas compatibles avec FIDES (facturation), que le Ministère dise d'ici un an ce doit être DMP-compatible. »*

*« Sur les prérequis techniques, il y aussi tous les PC de l'établissement qui doivent être mis à jour et les lecteurs de cartes... »*

*« L'informatisation des annuaires de professionnels... »*

- Des postes et des lecteurs doivent être installés partout où nécessaire, notamment pour la consultation des DMP

- L'ensemble des acteurs concernés est associé au déploiement. Chacun dispose de sa feuille de route. Les rôles et missions sont clarifiés.

*« Le pouvoir politique, le gouvernement, les collèges de médecins, praticiens, tous les utilisateurs, les labos..., tous les acteurs de la santé publique. »*

*« Les ARS, les GCS, les chargés de maîtrise d'ouvrage, que tout le monde se parle, entre ce qui est décidé en hauts lieux et sur le terrain souvent il y a un monde, entre ceux qui créent les documents et ceux qui les utilisent. »*

La définition des rôles des différents acteurs projet sur le terrain est essentielle : notamment la répartition des rôles entre ARS et GCS, les GCS ayant pour mission de faciliter la mise en œuvre des orientations fixées au niveau national, comme c'est le cas aujourd'hui. En effet, les participants ont le sentiment que les actions menées aujourd'hui par les différents GCS ne sont pas toujours homogènes.

Les rôles et responsabilités des acteurs projet en établissement doivent également être précisés : on ne doit pas se limiter aux directeurs d'établissements et CME, les participants soulignent la nécessaire intégration de toutes les personnes impliquées sur le terrain : les entrées (agents d'accueil), les secrétaires, les DSI...

*« Pour moi ce ne sont pas les directeurs d'établissements qui sont sur le terrain, j'aurais mis un référent informatique et un référent opérationnel. »*

- Un travail d'information, de communication et de pédagogie est mis en place: on explique ce qu'est le DMP, ses objectifs, ses avantages, pour inviter les professionnels de santé à l'utiliser. On le fait auprès de l'ensemble des acteurs.

*« C'est important de bien comprendre le DMP et son utilité, pour en être convaincu. »*

Sur le plan métier, la communication doit également porter sur un objectif de contenu minimal du DMP à moyen terme, quelques documents pertinents constituant la base amorçant le mécanisme des usages.

*« Je dirais une obligation de résultats sur du contenu, année par année avec des priorités de contenu, avec un déploiement modeste, par exemple: la 1<sup>ère</sup> année mettre à disposition les volets de synthèses médicales, la 2<sup>ème</sup> année tous les examens de laboratoires, la 3<sup>ème</sup>, les comptes rendus et puis ensuite faire une campagne tonitruante pour montrer que ça marche, obliger les établissements à fournir du contenu, qu'ils soient tous équipés... »*

**La vision du déploiement idéal du DMP est relativement homogène au sein du groupe; la logique proposée est sensiblement la même pour tous, le bon sens du projet l'emporte. Les participants insistent particulièrement sur l'importance du soutien politique, à la hauteur des ambitions poursuivies, de la résolution volontariste des prérequis techniques, du respect d'une certaine chronologie (« éviter de mettre la charrue avant les bœufs ») et d'une répartition claire des rôles et des missions (Ministère, ASIP Santé, ARS, GCS).**

### 3.2.4 En synthèse

Pour les participants de l'atelier 2, les points prioritaires à travailler pour réussir le déploiement du DMP sont :

#### Axe politique / institutionnel / règlementaire

Une décision politique et institutionnelle de nature à remobiliser, et inscrire le DMP dans une nouvelle dimension grâce à sa création systématique à la naissance et pour tous. Les acteurs clés de cette impulsion sont le Ministère de la Santé, l'Assurance Maladie et les ARS.

- Un discours qui explique, qui motive et engage les acteurs sur le terrain: professionnels de santé, établissements de soins, laboratoires, mais également les autres intervenants essentiels du dispositif que sont les éditeurs de logiciels.
- Un cap donné avec des recommandations concrètes dont l'application sera suivie et contrôlée: le respect

effectif du cahier des charges pour les éditeurs de logiciels, la montée en puissance de l'équipement informatique/informatisation des données au sein des établissements, le socle minimal de contenu pour les établissements et les libéraux.

*« Objectiver les résultats! »*

#### Axe technique

- L'intégration réussie de l'informatique de manière générale (PC, lecteurs de cartes, informatisation des documents clés...).
- La DMP-comptabilité sur les postes de travail.

Des moyens financiers qui rendent ces équipements possibles.

#### Axe conduite du changement

Les participants de l'atelier 2, pour la plupart issus du monde hospitalier, insistent en synthèse sur l'idée de dynamique transversale et de maillage dans le déploiement, en réaffirmant la nécessité d'associer tous les acteurs dans la démarche pour en optimiser l'efficacité :

- Fédération autour du DMP de l'ensemble des acteurs partie prenante au niveau régional: les établissements, les libéraux, les usagers, au travers de rencontres, conférences etc.
- Concertation préalable pour une décision consensuelle sur un socle commun de contenu à porter dans le DMP.
- Coordination permanente entre l'ensemble des acteurs grâce aux MOA-R: on déploie ensemble, avec des rencontres régulières (tous les 15 jours au démarrage, tous les mois ensuite...).

Ils soulignent enfin la nécessité d'une communication nationale grand public et d'actions plus ciblées de pédagogie auprès des professionnels de santé.

#### Axe métier

- Pouvoir s'appuyer sur des « guidelines » en matière de création et alimentation du DMP: les participants soulignent la nécessité d'une position « officielle » sur des cibles de patients à adresser prioritairement et un objectif de contenu minimal du DMP. Une telle position est de nature à faciliter la mise en place du projet au sein des établissements. Sans elle, la légitimité des équipes projets à « exiger » le développement des usages est naturellement plus difficile à obtenir.
- D'autres idées susceptibles de favoriser les usages sont également évoquées comme de bonnes sources d'usage du DMP:

- La création et l'alimentation par les centres de dépistage des CPAM
- Le recours au DMP comme support des démarches de santé publique: par exemple un système d'alerte dans le cadre de campagnes nationales, ou encore les rappels de vaccination par exemple

**La spécificité des perceptions et attentes des établissements de santé réside dans la nécessité de mise en place d'une organisation du projet DMP dans chaque établissement. Au-delà de l'accompagnement de la maîtrise d'ouvrage régionale, pour pouvoir être efficace, cela nécessite un portage au plus haut niveau, relayé par la double volonté des directions administrative et médicale de l'hôpital, par la mise en place d'une équipe projet sur la base d'un cahier des charges précis (technique, organisationnel, médical) et par l'établissement d'une échéance temporelle réaliste.**

### 3.3 Restitution de l'atelier 3: Maîtrises d'ouvrage régionales et représentant ARS

#### 3.3.1 Perceptions spontanées

En exercice introductif, on demande aux participants de l'atelier de positionner le déploiement du DMP à

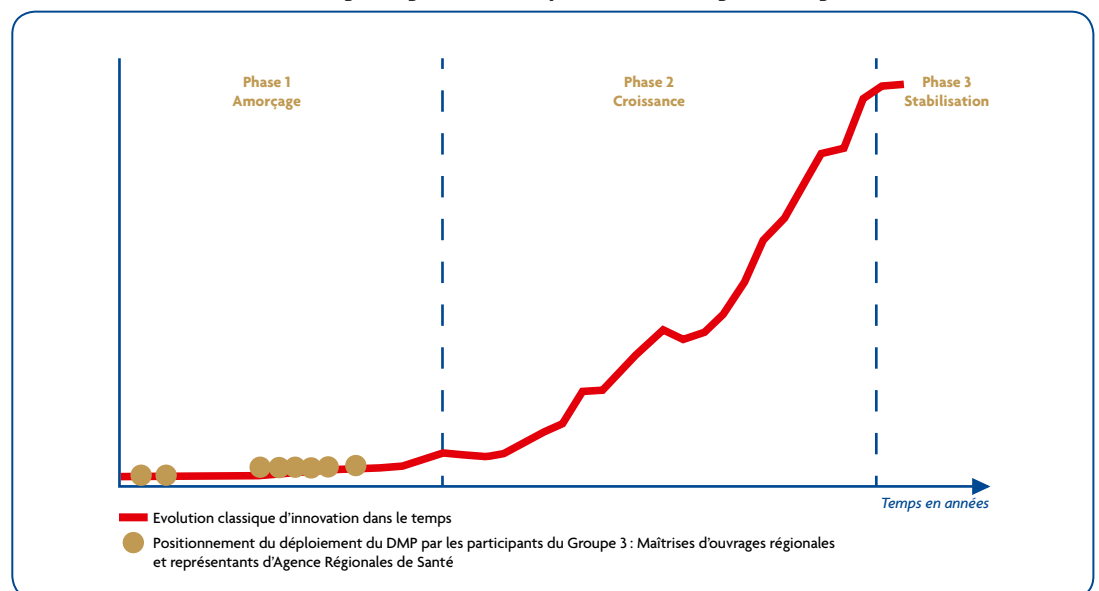
date, tel qu'ils le perçoivent, sur une courbe « standard » d'innovation. Lors de cet exercice, le modèle de la courbe a été fait sur le déploiement d'innovation de la micro-informatique. Cet exercice a pour objectif de favoriser les points de vues spontanés et d'organiser le recueil de l'expression des difficultés rencontrées.

**Positionnement spontané de l'étape actuelle du déploiement du DMP sur une courbe de l'innovation**

La plupart des participants situent le stade actuel du déploiement du DMP dans la période d'amorçage, en amont de la phase de croissance. Les participants des régions pilotes sont ceux qui positionnent le déploiement le plus en avant de la courbe. Ayant vécu les premiers pas de l'outil, ils valorisent ainsi le travail déjà accompli et leur investissement et distinguent le déploiement du service et le déploiement des usages par les professionnels de santé et les patients.

*« Tout dépend si on parle du déploiement du DMP ou du déploiement de l'outil. Parce qu'il y a eu une grande progression au début pour le déploiement de l'outil en lui-même. C'est énorme ce qu'on a pu franchir, dans notre région, on en est à la sixième génération.*

**Positionnement spontané de l'étape actuelle du déploiement du DMP sur une courbe « standard » d'innovation: maîtrises d'ouvrages régionales et représentants d'Agences régionales de santé**



*Un espace d'échange existe aujourd'hui, alors qu'avoir quelque chose de professionnel et de généraliste, pour les patients et les professionnels était un challenge. »*

Disposer d'un outil fonctionnel est jugé, par tous, comme une condition nécessaire pour engager le déploiement des usages. De fait, les participants situent les usages à la phase de démarrage (régions pilotes), voire d'amorçage. L'objectif à atteindre est la « démocratisation » de l'usage du service par les professionnels de santé et les patients. Le stade actuel se situe bien en amont.

*« L'outil existe, il y a un fondamental, le DMP ne peut être remis en cause, son déploiement est sur le démarrage, sur le b.a.-ba, car l'ensemble des composantes n'ont pas été identifiées, c'est le début. »*

Les participants ont conscience d'être à une étape charnière, étape fondamentale de la réussite du projet. A ce stade, les équipes projet régionales ont un réel besoin de soutien massif, elles expriment un sentiment d'isolement.

*« Les quatre premières régions ont attrapé les plus geeks des médecins, là on est dans un fossé, soit on arrive à attraper le plus grand nombre, soit on n'y arrive pas. On est à un carrefour, on est à démocratiser l'outil. »*

*« Le produit doit rencontrer son public, il faut déployer des axes forts pour avoir un déploiement de masse. »*

Finalement, la comparaison avec la courbe de croissance de la micro-informatique est perçue comme simplificatrice. Elle induit un parallèle entre le volume des ventes de micro-ordinateurs et le volume des créations de DMP qui pourrait être favorisée par l'émergence d'une demande de création de la part des patients (grand public). Or, la spécificité de la réussite du déploiement du DMP réside dans le fait que le DMP doit être alimenté et consulté par les professionnels de santé et les patients. Si le DMP n'est pas alimenté, il ne vit pas. En ce sens, le développement du nombre de créations de DMP est un indicateur qui ne rend pas compte de ses usages réels.

La courbe d'évolution de la micro-informatique rend compte d'une augmentation exponentielle des ventes de micro-ordinateurs qui s'explique par l'accroissement de la demande d'équipement du grand public, favorisée par une stratégie marketing ciblée grand public :

- Une baisse du coût des micro-ordinateurs
- Une forte communication à destination du grand public
- Une offre d'outils et de services qui s'est étoffée bien au-delà de la bureautique. Soit un levier d'intérêt par l'usage qui a contribué à faire de l'outil un compagnon de la vie quotidienne

- Une ergonomie toujours plus conviviale et un outil d'utilisation de plus en plus simple. Qualités qui contribuent au succès actuel des tablettes numériques au détriment des ventes de micro-ordinateurs

Pour les participants, il apparaîtrait contre-productif d'envisager une telle stratégie qui s'appuierait sur une communication grand public pour favoriser l'émergence de la demande à ce stade du démarrage du déploiement du DMP, compte tenu des freins restant à lever du côté des professionnels de santé.

*« Pas sûr qu'aujourd'hui une communication soit productive, il faut les professionnels, et, si l'offre n'est pas en adéquation avec la demande, ça se mord un peu la queue. »*

*« Dans un endroit en sur-offre, le patient peut être influent, en sous-offre, le vecteur est différent. »*

*« Quand une campagne publique sera faite, les patients le demanderont, il y aura une vraie vague du consommateur, du patient, qui va avoir une courbe d'adoption très rapide, alors que les professionnels ont une courbe plus lente. »*

**Les équipes projet s'accordent pour situer le déploiement du DMP à sa phase d'amorçage. D'emblée, ils considèrent que les priorités devraient porter sur la levée des difficultés techniques et la réflexion sur le contenu et les modalités concrètes d'usage du DMP par les professionnels de santé et les patients.**

### 3.3.2 Les difficultés rencontrées

Par expérience du terrain, les participants connaissent les freins majeurs au déploiement du DMP auprès des professionnels de santé :

#### Les difficultés d'ordre institutionnel et politique

Les participants expriment des difficultés de pilotage liées au manque de visibilité stratégique et d'engagement clair et cohérent de tous les acteurs, à tous les niveaux. Ils notent ainsi :

- L'absence d'engagement sur le projet à un niveau supérieur de l'Etat et un pilotage politique du dossier insuffisant.

*« Il faut régler ce problème, il faut qu'il y ait quelque chose de fédéré, une politique commune, et un porteur du projet au niveau politique. »*

- Une forme d'attentisme des acteurs, tant au niveau national que sur le terrain.

*« L'absence d'appropriation politique, ce n'est pas que national, c'est aussi régional. »*



« On parle d'acteurs, mais, en fait, on est dans un dispositif où il n'y a que des spectateurs. Tout le monde est pour le dispositif et attend que ça fonctionne, mais c'est une réussite qui doit être collective. »

« Tout le monde regarde et se dit: "J'y vais ou pas? Et si ça ne sert à rien...". Il faut "marier" les gens pour que ce soit utile, parce que tout seul ce n'est pas utile. »

- Une résistance de l'Assurance Maladie à se mobiliser autour du projet et à solutionner le problème des « ayants droit » du régime général, exclus du dispositif DMP.

« Le manque de relation avec l'assurance maladie, 30 % des patients sont exclus du dispositif, tous les ayants-droits, tous les enfants. »

« Il faut que l'Assurance Maladie s'engage. »

« Il y a bien un processus global de construction, mais l'Assurance Maladie n'est pas intégrée. »

- Des niveaux d'implications variables selon les ARS, preuve de l'absence d'une directive nationale de soutien au projet.

« Les ARS ont la possibilité de faire ou pas aujourd'hui, c'est un vrai problème. »

« Dans notre région on a eu des problèmes avec le soutien de l'ARS. »

- L'absence de mention explicite du DMP dans la convention médicale.

« La création d'un DMP n'est pas intégré au P4P. »

- L'absence de visibilité sur les financements: à la connaissance des participants, il n'y a pas eu d'état des lieux de l'équipement informatique des professionnels, ni de fonds dédiés pour permettre une mise à niveau des établissements et des professionnels en termes d'équipement informatique (préalable nécessaire au déploiement du DMP).

« Tout le monde n'est pas informatisé au même niveau, certains ont mis de l'argent dans la gestion des blocs, mais pas dans la bureautique, on peut assimiler ça à des briques nationales mal aménagées. »

« Les financements publics, ils ont eu lieu, mais sans orientation. »

Ce défaut de lisibilité de la stratégie politique pénalise l'avancée du travail des équipes projet régionales, ces dernières expriment une certaine détresse qui se traduit par le ressenti d'une « navigation à vue ».

« La difficulté à déterminer le sens, la nature de ce qu'on à faire. »

Du coup, l'environnement médiatique polémique autour du projet en échos à ces difficultés ne fait que renforcer les freins au déploiement.

« Le frein aussi c'est la Cour des Comptes et toutes les polémiques médiatiques qui reviennent tous les 6 mois. »

#### Les difficultés d'ordre « technique »

- Les problèmes liés à la DMP-compatibilité du parc des logiciels sont perçus comme une entrave importante au déploiement.

« Le DMP n'est pas utilisé, parce qu'il n'est pas compatible avec leurs logiciels, et, qu'il fait bugger les ordis. »

« Certains médecins en ont marre de patauger avec des logiciels qui ne fonctionnent pas. »

« Il faudrait que tous les éditeurs soient DMP-compatibles. »

- Le niveau d'équipement et de maturité d'usage de l'informatique dans la pratique des professionnels de santé est jugé très disparate.

• L'outil est perçu comme encore peu convivial, pas assez simple d'utilisation par les professionnels de santé. C'est un frein à l'appropriation dans la pratique et au déploiement auprès des populations néophytes.

« Les utilisateurs sont obsédés et paranoïaques sur la facilité d'utilisation. Il faut que l'outil soit facilement utilisable et ergonomique, parce que les gens n'ont pas les compétences techniques. Et, quand on sait qu'avec le DMP, il faut parfois 10 clics pour pouvoir faire quelque chose... »

« Il faut pouvoir se connecter au DMP facilement, aussi facilement qu'avec une application de Smartphone. L'informatique doit aller vers la simplicité. »

- L'accès est perçu comme peu fluide, les contraintes d'accès par la carte CPS en limitent l'usage.

« La gestion des CPS, des certificats, c'est une usine à gaz. »

« On est obligé d'emprunter la carte des autres. »

- Pour les participants, les éditeurs ne sont pas seuls responsables. La multiplication et le télescopage des directives adressées par les différentes autorités de santé constituent également une difficulté.

« Pour dédouaner les éditeurs, c'est qu'il y a un champ de forces qui s'exerce sur eux, il y a des messages techniques non convergents entre l'Assurance Maladie et le Ministère. »

### Les difficultés liées à la conduite du changement

La motivation des acteurs à adopter ce nouveau service et en développer les usages constitue une difficulté qu'il faut lever. Les participants pointent les difficultés liées à l'atteinte d'une « masse critique » de créations tout en faisant en sorte que ces DMP soient utilisés et les usages médicaux développés. Les participants expriment la nécessité à ce stade de prendre le temps de définir des leviers d'intérêt à l'usage du DMP avec chacun des professionnels de santé. Ceci dans un double objectif, définir des usages pertinents au plan médical et en faire des arguments qui aideront à motiver les professionnels de santé à intégrer l'outil dans leurs pratiques, à alimenter le DMP, et, pouvoir en tirer profit en retour.

*« On a un produit finalisé, c'est le DMP, le produit existe, c'est du concret. Aujourd'hui, la question est "Qu'est-ce que le DMP va m'apporter de plus?", c'est là qu'il faut être convaincant pour le faire accepter et le mettre en œuvre. Il y a tout un travail préparatoire qui est important, c'est ce qui est en train de se faire, on en est au début du décollage. »*

*« C'est vraiment l'accroche, c'est de trouver des usages qui correspondent à chacun des professionnels. »*

*« Il faut mettre l'accent sur les usages, il ne suffit pas d'être dans les éléments techniques, il faut aussi un partage, ce n'est pas le tout d'avoir la bêche si il n'y a pas de jardin! »*

Aussi, sont-ils confrontés à des difficultés diverses pour répondre à ce double objectif de volume de création et de pertinence des usages.

- Attaquer le déploiement en se focalisant sur la cible des professions médicales (Hôpitaux, Médecins libéraux) permet de développer les créations de DMP.

- Mais, pour développer l'alimentation, il faudrait se donner le temps de capitaliser en amont sur l'usage du DMP. La réussite du déploiement dépendrait, du point de vue des participants, de l'implication dans le dispositif de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la chaîne de prise en charge des patients.

*« On a une approche qui est trop "médioco centrée", on s'est focalisé sur les médecins, en oubliant les autres, ceux qui avaient un vrai intérêt à consulter le DMP comme par exemple, les infirmiers, parce qu'un infirmier quand il a un document est heureux! On a focalisé tous nos efforts sur un seul type d'acteur. »*

*« Il faut travailler en essayant de trouver la nature des informations pertinentes pour chacune des filières. Le questionnement à avoir c'est: " Quel contenu? Que dois-je mettre? Qu'est-ce que j'aimerais y trouver? Qu'est-ce que je peux y trouver? Qui autour de moi fait du DMP? ". On doit faire le travail de liaison entre le Samu et l'EHPAD, le médecin et le kiné, bien comprendre les attentes des uns et des autres. »*

- La difficulté est aussi de réussir à mobiliser sur un même projet des professionnels de santé de culture différente, ayant des attentes différentes vis à vis du DMP. Notamment, les participants expriment la difficulté à faire face à la résistance de certains médecins libéraux à intégrer la dynamique de déploiement.

*« Le vrai frein, c'est la culture différente des pratiques, en termes d'usage du DMP. »*

*« Certains médecins refusent le DMP, parce qu'ils ne sentent plus libres. »*

- D'ailleurs, l'accueil du projet par les professionnels de santé libéraux est aussi pénalisé par la charge du déploiement qu'ils ressentent.

- Le coût engendré pour l'intégration du DMP.

*« L'aspect financement aussi est un frein, c'est: « Combien ça va me coûter? Combien vous allez me donner? »*

- L'information des patients qui est selon eux à leur charge.

*« La communication à faire auprès des patients qui ne connaissent pas le DMP. »*

- La notion de « responsabilité médicale » dans l'usage du DMP qui n'apparaît pas assez clairement définie pour certains.

*« Sur les professionnels de santé libéraux, il y a un flou sur la responsabilité médicale et on a des questions là-dessus. »*

- Le DMP est perçu comme un service innovant, voire révolutionnaire. La projection dans l'usage entraîne la nécessité d'un changement des habitudes de fonctionnement des professionnels de santé, et un bouleversement culturel dans les relations entre les professionnels de santé et les patients.

*« Il y a un outil, mais comment envisager de le prendre en main, de se l'approprier et d'envisager la prise en charge du patient avec? »*

*« C'est une nouvelle transparence, tout sera visible par les professionnels et par les patients, ça "historise",*

*c'est une mémoire. Il y a une vraie vague du consommateur, le patient doit être pilote de sa santé, c'est une démarche sociétale, le DMP peut devenir l'outil en charge de sa santé. »*

Le fait que le DMP soit sous contrôle du patient « est un frein à l'accueil du dispositif par certains professionnels ».

- L'introduction d'un outil informatique, dans un paysage où le niveau d'équipement informatique des professionnels de santé est hétérogène et la maturité d'usage très inégale, est un travail de longue haleine. Cela nécessite du temps pour que les professionnels de santé puissent intégrer culturellement le DMP, se l'approprier dans leur pratique. L'ambition organisationnelle du projet et la révolution des mentalités et des pratiques que cela entraîne, compliquent la tâche des équipes de terrain.

*« Le DMP ne ressemble à rien de l'existant, c'est un ovni, ça a l'air simple, mais ça ne l'est pas tant, c'est difficile à s'approprier pour les professionnels de santé. »*

*« Le DMP n'est pas une messagerie d'échange entre professionnels. Le DMP, c'est un peu la philosophie d'un Facebook mais avec sécurité, on va partager sous le contrôle de l'usager. »*

*« Le DMP, c'est un projet organisationnel, c'est comment un établissement de santé ou un professionnel de santé s'organise pour communiquer avec le patient. »*

*« Certains professionnels sont encore au papier ! »*

- Le contexte actuel de démarrage du déploiement, ne permet pas aux professionnels de bénéficier immédiatement des atouts de l'alimentation du DMP par les autres professionnels, ce qui freine l'intérêt à faire.

*« C'est la notion de « masse critique » aussi, on est seul en face du DMP. Il n'y pas encore suffisamment d'usages pour que les professionnels y trouvent un vrai intérêt. »*

- En outre, certains personnels d'établissement non professionnels de santé (assistants sociaux, psychologues...) se perçoivent exclus du projet DMP.

*« Les assistantes sociales, les psychologues ne sont pas dans le champ DMP, c'est un frein. »*

*« Il faut mettre en usage ce qui se fait déjà. L'assistante sociale dans un hôpital, elle a accès au dossier, il faut juste adapter tout ça. »*

- L'introduction du DMP nécessite de faire évoluer les habitudes de fonctionnement avant d'en trouver les bénéfices. Par exemple, le fonctionnement et l'organisation des établissements est tel que le temps de production de l'information entre en contradiction avec les bénéfices attendus avec le DMP.

*« Avec le DMP, il y a accélération du processus de partage de l'information, mais le délai de production reste inchangé, et, ça c'est une réelle difficulté. Par exemple, on sait qu'une infirmière attend le compte rendu d'hospitalisation du patient sous 24h, mais quand on interroge l'organisation de l'établissement, on apprend qu'il est envoyé au secrétariat et que ça peut demander 10 jours, on gagne juste le temps de La Poste. »*

- Dans les établissements la multiplicité des projets en cours rend le déploiement du DMP non prioritaire.

*« La concurrence et la superposition de projets dans les établissements, certains ont 100 projets en retard ou en avance, il faut mettre le DMP à un niveau de priorité. »*

*« Dans les EHPAD le directeur est un homme à tout faire, il n'y a pas les RH disponibles. »*

#### Les difficultés liées à la transformation du métier

- A ce stade, le DMP est confronté à la bonne compréhension des bénéfices pratiques pour les professionnels en situation concrète de prise en charge des patients.

*« Le DMP, il doit être utile et pertinent, mais c'est encore trop éloigné dans la mise en œuvre. »*

*« Les vaccins, les allergies, les traitements ce sont des choses importantes qui ne sont pas mises en place par le DMP. Il faut créer des "alertes", le DMP doit être utile pour que ça marche. Par exemple intégrer rapidement les traitements avec le DMP. »*

**Sous la forme d'un diagnostic rapide du déploiement à date, cet exercice a permis de poser un socle d'éléments de contexte, et a fédéré le groupe. Ces éléments éclairent la compréhension des attentes des équipes projets régionales.**

### 3.3.3 Projection vers le déploiement idéal du DMP

Après l'exercice introductif et d'expression des difficultés, cette phase permet d'envisager avec les participants le déploiement du DMP en s'affranchissant des contraintes actuelles du projet. Cela permet un travail plus créatif et la recherche de solutions.

#### Le déploiement du DMP dans un monde idéal

Dans un monde idéal, les participants de l'atelier 3 envisagent le DMP comme un outil ultra moderne contribuant à l'organisation de la prise en charge des patients et qui offre de nombreux bénéfices à chacun des acteurs professionnels de la chaîne de soins. Le DMP

représente un bond technologique: simplicité d'accès et optimisation des services offerts.

Dans ce monde idéal, le déploiement du DMP tel que décrit par les participants est le fruit d'une action globale et simultanée qui a été imposée à tous et l'avancement technologique permet de s'affranchir des problèmes techniques qui sont aujourd'hui au cœur des difficultés.

La question des usages est dépassée, le DMP est entré dans les mœurs pour les professionnels de santé comme pour les patients, il a été adopté comme l'outil central de la prise en charge de la santé des citoyens. Dans ce monde idéal:

- Le DMP est créé par défaut à la naissance, pour chacun des citoyens. Sa création est systématique, mais le DMP n'est pas obligatoire, il y a la possibilité de le supprimer après.
- Le DMP est déployé partout, sur l'ensemble du territoire. Du point de vue technique, il n'y a « pas de zones blanches », de zones non couvertes, non accessibles au déploiement de la e-santé.
- Tous les professionnels concernés par la prise en charge des patients ont accès au DMP. Les professionnels paramédicaux ne sont pas exclus du dispositif.
- Le DMP est intégré aux cycles de formations des professionnels.
- Le DMP est l'unique interface de « santé » pour les patients comme pour les professionnels.
- Chaque citoyen peut piloter sa santé. C'est un réel gain en efficacité dans la gestion de sa santé.

*« Le DMP est le point d'entrée unique pour le patient, parce qu'aujourd'hui, on a Ameli, le DP (dossier pharmaceutique), le DMP, mais aussi, les mutuelles, les labos qui font des portails d'infos, ça devient un capharnaüm incompréhensible. Le DMP doit concentrer tout ça. »*

- Le citoyen peut également y mentionner ses volontés en termes de « dons d'organes », par exemple, ou, y faire une demande de place en EHPAD.
- Le DMP est enrichi de nouvelles fonctionnalités utiles au patient. Son service n'est pas limité à la consultation de son dossier médical:

*« C'est un "personal coaching" en matière de santé. »*

- Prévention: intégration des politiques de santé publique, et, système d'alertes que l'on peut facilement désactiver pour par exemple: vaccins, campagnes de dépistage,...

- Suivi: Intégration du « Plan Personnalisé Santé » au DMP

- Outils d'éducation et/ou rééducation à la santé  
*« Sur des pathologies on pourrait avoir directement accès au programme de rééducation avec des serious games, de la diététique, du sport... »*

- L'accès au DMP est simple et rapide, l'affichage des informations utiles quasi immédiat.

*« Quand le patient arrive dans l'établissement, son DMP s'affiche directement sur l'écran hologramme, les examens sont programmés directement dans les différents services. »*

- Des moyens techniques ont été déployés pour permettre l'accès au DMP par les services de secours dans les situations d'urgence.

*« Il y a une puce de géo-localisation du DMP de la personne. »*

*« Un code barre est intégré aux voitures, et en cas de crash, les services d'urgence ont toutes les informations sur le patient avant de le désincarcérer. »*

- Le DMP est intelligent :

- capable de prioriser les informations en fonction de la recherche
- capable de mouliner l'information, rédiger des synthèses à partir des informations mises à disposition par les professionnels de santé, et, remplir des formulaires types
- produit des alertes personnalisées
- produit des programmes d'éducation - rééducation à la santé personnalisés
- permet une gestion optimisée des lits disponibles dans les établissements, et, des rendez-vous avec les professionnels de santé (accès au ROR et prise de rendez-vous gérée depuis le DMP)
- est connecté à toutes les bases de données utiles pour optimiser la prise en charge des patients. Le professionnel de santé a accès, au travers du DMP, à des bases nationales de protocoles thérapeutiques certifiés. Il peut y sélectionner un protocole adapté aux patients et le partager avec les autres professionnels en charge du patient.

*« Il y a un très bon développement technique derrière Tout est fait automatiquement par le DMP, le robot DMP, l'ordinateur DMP. »*

*« C'est un peu comme un Wikipedia Médecins, dont*

*les informations sont certifiées. Les sociétés savantes mettent à jour les protocoles et l'information est disponible instantanément aux professionnels. Le protocole est ensuite partagé avec les autres professionnels. L'infirmière va voir le protocole et va savoir ce qu'elle peut faire dans ce cadre. »*

- L'usage du DMP en mobilité est généralisé.

*« Le DMP est déployé en mobilité à 100 %. »*

*« Le patient se connecte par biométrie avec son empreinte digitale sur son smartphone. »*

- Le DMP est un outil complet d'organisation et de coordination de l'offre de soins et des politiques de prévention. Il est connecté au ROR, il intègre le DLU, le PPS, etc. Il permet aux professionnels d'orienter efficacement le patient vers les partenaires de soins, et, aux professionnels cibles d'anticiper la prise en charge du patient en se connectant à son DMP.

*« Le DMP est le portail de tout »*

*« Tout le monde a un accès au DMP, ça permet d'anticiper les mouvements, de prendre en charge en amont. »*

*« Le DMP prépare aussi l'après, c'est-à-dire : la kiné, l'infirmière... Avec le DMP, les services ont accès au ROR, et, ils savent quels sont les professionnels qui vont prendre en charge les patients. Ils prennent les rendez-vous. »*

*« Ce monde est normalisé et tout le monde parle la même langue. »*

- Exemple Urgentistes: la consultation du DMP en mobilité, la réservation au travers du DMP d'un accueil d'urgence, et, la coordination des soins de suite aux travers du DMP, permettent une prise en charge optimisée du patient.

*« Les services de secours ont accès à toutes les informations sur le patient, et, le patient peut être immédiatement orienté vers les lits disponibles dans les hôpitaux. »*

*« Le service d'urgence de l'hôpital accède au DMP avant que le patient n'arrive. On n'a plus besoin d'attendre 10 mn pour avoir les résultats de la prise de sang, le patient est aussitôt pris en charge. »*

- Exemple EHPAD: le DMP est l'outil qui garantit la qualité de la trajectoire de soins des résidents, tant au moment de l'accueil du résident, qu'au cours de son séjour dans l'établissement, notamment au travers de l'intégration du DLU dans le DMP.

*« Le DLU est injecté dans le DMP. Ça fait gagner du temps à tout le monde. »*

- Les campagnes de prévention de l'INPES ou les recommandations de l'HAS intègrent le DMP.

- Grâce au DMP les citoyens sont en « en meilleure santé ».

*« La santé est entre les mains du patients, et il y a la prévention-éducation ».*

- L'usage du DMP par les professionnels de santé est banalisé, il est intégré à la pratique et procure de réels bénéfices.

*« C'est la routine. »*

*« Les médecins sont super zen car il y a de la prévention, un tri et ils sont moins surchargés. Les professionnels de santé ont plus de temps pour le patient, car il y a moins de temps perdu. »*

- Le DMP est également un logiciel intelligent qui permet de soulager les professionnels d'une partie de la charge des tâches administratives.

- Exemple Médecin: à partir du Volet Médical de Synthèse, le logiciel DMP peut remplir tous les formulaires utiles en moulinant les informations (Dossier d'admission en EHPAD, Certificat Médical pour le sport...).

*« Le médecin rédige le volet médical de synthèse, et, ça alimente automatiquement d'autres documents, comme les feuillets du dossier d'admission en EHPAD, ou, tous les Certificats Médicaux. C'est le monde du "O" papier. »*

### **Le cahier des charges d'un déploiement réussi**

Après avoir dessiné les contours du déploiement du service et ses prérequis, les participants décrivent les grands axes et actions qui ont été mis en place pour la réussite du déploiement du DMP:

- Le choix politique de déploiement du DMP a été affirmé haut et fort.

*« Le déploiement du DMP a été décrété "urgence nationale". »*

*« C'est pyramidal, il faut créer une gouvernance nationale tout en haut. »*

- Tous les acteurs se sont impliqués dans la réussite du projet, y compris l'assurance maladie.

- La feuille de route du déploiement a été préfacée par le Président de la République.

*« Il faut un porteur au niveau politique. »*

*« Il faut un sponsor politique, soit un Ministre, soit le Président. »*

- La feuille de route du déploiement a été signée par

l'ASIP Santé et cosignée par les acteurs majeurs (assurance maladie, ordres, syndicats professionnels...).

- La démarche de déploiement est le fruit d'une « élaboration participative » dans laquelle chacun s'engage.

*« On y trouve tous les co-acteurs, c'est un document élaboré de façon participative et collaborative, c'est un projet citoyen. C'est un engagement et une contractualisation entre l'ensemble des acteurs, c'est une relation de partenariat, chacun apporte quelque chose. »*

*« Chacun a un cahier des charges qui est rédigé, chacun a des objectifs à tenir, et il y a des évaluations sur l'atteinte de ces objectifs. »*

- Les « engagements sont contractualisés ».

*« Tous les acteurs ont un objectif commun et s'engagent. C'est "droits et devoirs". »*

- Le déploiement est structuré.

*« Des étapes hiérarchisées. »*

- L'implication des professionnels se fait par les usages.

*« Il faut mettre un contenu minimum quand les professionnels se connectent au DMP. Ce minimum est obligatoire sinon ils ne font pas partie du jeu. C'est ce contenu qui est évalué et qui fait l'objet d'un financement, pas la simple création. »*

- Des adaptations sont possibles en fonction des contextes ou particularités régionaux.

*« Le guide permet de s'adapter en fonction des particularités locales. C'est adaptable mais avec une trajectoire bien identifiée, chacun se doit de passer étape par étape. »*

*« Pour planifier, il faut faire l'analyse par bassin de santé: analyse du profil de la population (pathologies, habitudes, usages des professionnels de santé...) et analyse de la population des professionnels. »*

- C'est non figé, évolutif.

*« C'est dynamique ça évolue au fur et à mesure ». »*

- Le facteur temps est pris en compte.

*« Il faut donner du temps au temps, les banques ont mis 30 ans à être inter opérationnelles. »*

**L'énergie des participants dans cet exercice de projection est à la hauteur de l'implication des équipes projets régionales dans la réussite de leur objectif de déploiement du DMP, mais aussi de leur besoin de se projeter au-delà du stade actuel et des difficultés rencontrées au quotidien sur le terrain.**

**Les modalités de déploiement imaginées montrent l'importance d'une stratégie de déploiement d'ensemble concertée, cohérente et soutenue pour épauler le travail des équipes de terrain. Elles soulèvent également la question du cadrage du contenu des documents contenus dans le DMP.**

### 3.3.4 En synthèse

Pour les participants de l'atelier 3, les points prioritaires à travailler pour réussir le déploiement du DMP sont :

#### Axe politique / institutionnel / réglementaire

- Fixer le cap du déploiement et s'en donner les moyens.
- Fédérer les représentants des professionnels et des patients (ordres, associations représentatives...), et les impliquer dans les objectifs de déploiement.
- Inscrire le DMP dans les CPOM des établissements.
- Avoir des messagers pour relayer la stratégie de déploiement auprès de chacun des acteurs.
- Inciter à la création des DMP par les patients
  - Créer systématiquement le DMP par défaut (« opt out »)
  - Installer des bornes de création en libre-service dans les CPAM et dans les établissements de santé
  - Faire une campagne de communication grand public sur le DMP
- L'Assurance Maladie doit s'engager à régler le problème des « ayants droit » du régime général.
- Vis-à-vis des éditeurs: rendre obligatoire la DMP-compatibilité de tous les logiciels dans un délai fixé.

#### Axe technique

- Optimiser au maximum la DMP-compatibilité:
  - Eviter la ressaisie des informations, favoriser l'importation des données à partir des logiciels professionnels
- Améliorer l'ergonomie du DMP. Rapidité et simplicité de la création et de l'alimentation du DMP:
  - Automatiser l'importation des informations utiles
- Simplifier l'accès au DMP et favoriser la consultation:
  - Développer les outils de consultation en situation de mobilité
  - Réfléchir à un mode d'authentification autre que la carte CPS qui impose un lecteur de carte. Ex: biométrie
  - Priorisation automatique de l'information contenue dans le DMP
  - Moteur de recherche simple

**Axe conduite du changement**

- Identifier les usages en impliquant les professionnels dans la réflexion.
- Réfléchir par filière de prise en charge à partir de cas patients.
- Faire adopter le DMP par l'ensemble des professionnels qui prennent en charge le patient.
- Donner de l'intérêt à l'alimentation du DMP, et, cultiver les usages :
  - Exemple : possibilité d'exporter les données du DMP pour alimenter automatiquement des formulaires du type Certificat Médical, Dossier de demande d'hébergement en EHPAD...
  - Exemple : alertes de rappel de vaccination
  - Exemple : intégration des politiques de Prévention

**Axe métier**

- Fixer et communiquer un calendrier aux professionnels avec une date butoir par étape, en fixant des objectifs réalistes et en imposant dans une première étape la création d'un DMP pour certaines typologies de patients cibles, par exemple.
    - Exemple patients en ALD : le Volet Médical de Synthèse doit être réalisé pour tous les patients d'ici la fin de l'année
    - Exemple résidents en EHPAD : création obligatoire pour tous les résidents
  - Favoriser l'alimentation du DMP.
  - Mettre en place le Volet Médical de Synthèse :
    - Lister les informations minimales et obligatoires à déposer dans le DMP pour chacun des métiers, à l'issue d'une prise en charge, d'un examen ou de la consultation
    - Etablir un « contenu minimum d'alimentation du DMP » qui soit intégré aux pratiques
  - Favoriser la consultation du DMP :
    - Exemple : Urgences, SAMU
  - Formation des professionnels à l'utilisation au DMP.
- Enfin, le déploiement engagé sur le terrain a déjà apporté des enseignements.
- Le choix d'amorçage du déploiement dans des « régions pilotes » a permis de capitaliser des enseignements utiles par l'expérience des réalités de terrain.

*« On a des bassins d'expérimentation dans nos régions, on fait des conférences téléphoniques*

*inter-régionales pour les difficultés rencontrées, il faut se servir de cette expérience terrain pour éviter de partir d'une page blanche. »*

- L'approche terrain déclinée en « bassin de santé » va dans le bon sens du développement de l'alimentation et de la consultation.

*« Ce qui fonctionne bien c'est l'entité la plus petite, c'est le bassin de santé, c'est coupler les usages dans le bassin de santé, il faut identifier l'offre de soins et voir les usages possibles et prendre son bâton de pèlerin. »*

Néanmoins, les participants soulignent la nécessité d'un plan stratégique offensif, d'un pilotage politique plus affirmé et d'un rétro-planning annonçant les étapes du déploiement fixant des dates butoir.

- Ce rétro-planning, selon eux, doit être imposé à l'ensemble des acteurs du déploiement au niveau national.
- Des attentes d'amélioration sont également exprimées à l'adresse de l'ASIP, en termes de clarté et de transparence de la communication de la stratégie et du rétro-planning aux équipes régionales.

*« On a besoin de projets clarifiés. On est dans le flou et on en a l'habitude. »*

*« Dans les RIR on n'a que ce que fait l'ASIP, il manque les informations sur le niveau au-dessus. »*

**En conclusion, les participants s'accordent à dire que le processus de déploiement du DMP ne peut qu'être lent, parce que c'est un projet novateur dans l'univers de la santé. Son déploiement profitera à la mise en place de bien d'autres projets.**

**« Le DMP est le levier de déploiement de bien d'autres projets. On monte la mécanique, c'est le message. »**

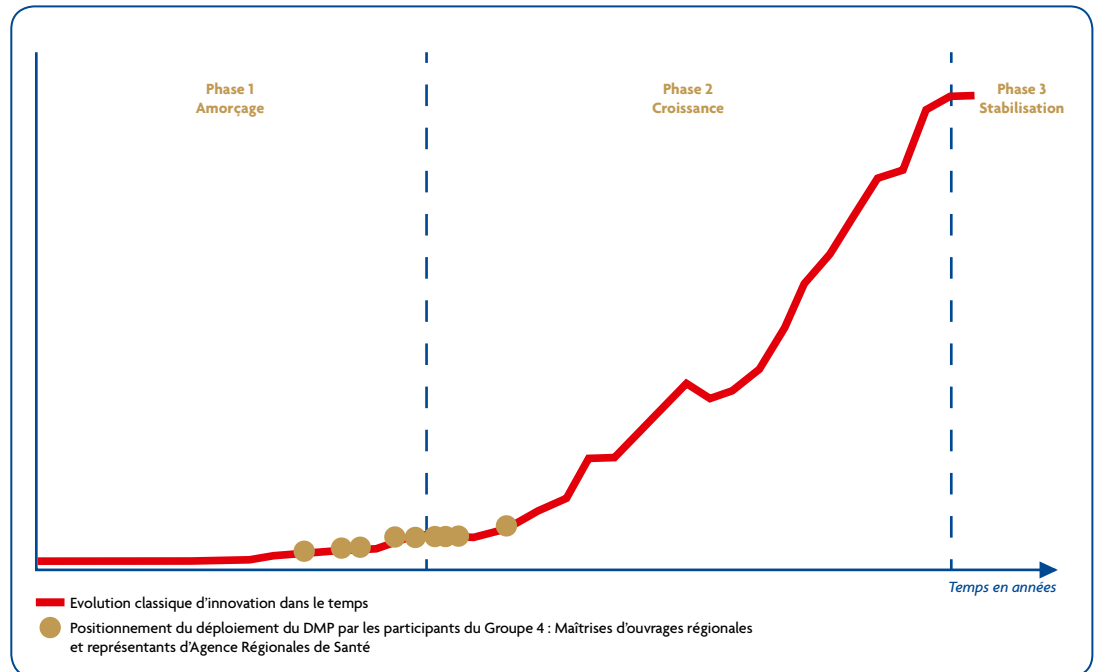
**« Il y a une vision d'urbanisation globale à avoir. On fait porter la facture au DMP, mais de nombreux projets vont être concernés »**

### 3.4. Restitution de l'atelier 4 : Maîtrises d'ouvrage régionales et représentant ARS

#### 3.4.1 Perceptions spontanées

En exercice introductif, on demande aux participants de l'atelier de positionner le déploiement du DMP à date, tel qu'ils le perçoivent, sur une courbe « standard » d'innovation. Lors de cet exercice, le modèle de la courbe a été fait sur le déploiement d'innovation de la micro-informatique. Cet exercice a pour objectif

### Positionnement spontané de l'étape actuelle du déploiement du DMP sur une courbe « standard » d'innovation: maîtrises d'ouvrages régionales et représentants d'Agences Régionales de Santé



de favoriser les points de vues spontanées et d'organiser le recueil de l'expression des difficultés rencontrées. Positionnement spontané de l'étape actuelle du déploiement du DMP sur une courbe de l'innovation.

Dans leur majorité, les participants de cet atelier situent la période actuelle entre la phase d'amorçage et de croissance.

Comme dans l'atelier 3, les participants des régions pilotes (Alsace, Aquitaine, Picardie, Franche Comté) qui ont vécu en premier le démarrage du service, placent le déploiement un peu plus près de la phase de décollage.

Tous font le parallèle entre l'évolution des volumes de ventes annuelles de PC et le volume de création des DMP et pensent que si ce graphique présentait une courbe d'usages, l'avancement serait encore moins grand sur la courbe de croissance.

*« Par rapport au volume, aujourd'hui une partie des DMP sont vides donc en termes d'usage, ce ne serait pas pareil, on est beaucoup moins avancé. »*

*« On est là où on avait prévu d'être. »*

*« On a fait les volumes. Maintenant il faut passer aux usages. »*

Pour les participants, le déploiement du DMP doit s'envisager à la fois en termes de volume de créations mais aussi de dynamique, c'est-à-dire de nombre professionnels de santé mobilisés. Ainsi, le positionnement sur la courbe est différent selon que l'on positionne le volume de créations de DMP ou la mobilisation des professionnels de santé.

*« En termes de DMP créés, vous avez la création mais aussi le nombre de professionnels qui rentrent dans cette dynamique... Je pensais que c'était en termes de dynamique. »*

*« Peut-être une lecture à pondérer par la cible finale, les patients. Le DMP, on l'envisage de quelle manière ? On vise un DMP pour tous ou un DMP pour les personnes ayant certaines pathologies ? »*

**D'emblée, la question se pose des différentes manières d'apprécier le déploiement du DMP. Les participants ont la perception d'être à une étape charnière: il ne s'agit pas seulement de créer des volumes de DMP mais aussi de mobiliser les professionnels de santé, afin que le DMP prenne de la valeur dans les usages, qu'il prenne tout son sens.**



### 3.4.2 Les difficultés rencontrées

#### Les difficultés d'ordre institutionnel et politique

Parmi les premiers freins relevés dans cet atelier, on note le sentiment d'un manque d'engagement et de soutien dont l'impact est ressenti à plusieurs niveaux :

- Au plus haut niveau : les acteurs du déploiement sur le terrain se sentent pénalisés par un manque de soutien institutionnel et en conséquence un manque de directives pour mener à bien leur mission.

*« Il y a un problème d'engagement politique au plus haut niveau, à commencer par le Ministère de la santé et l'Assurance Maladie. »*

*« Il n'y a pas de synergies entre le Ministère et l'Assurance Maladie. »*

*« Un manque d'engagement des ARS. »*

*« C'est à la fois un projet qui prendra du temps, on le sait, et qui est jugé sur une échelle de temps totalement inadaptée. La lecture politique est incompatible avec le temps projet. Pourtant en 18 mois on a poussé le système et eu des réussites. »*

- Au niveau de l'Assurance Maladie : le positionnement perçu de l'Assurance Maladie sur le projet et la persistance de patients non-éligibles au DMP (« ayants droit du régime général » temporairement exclus du dispositif DMP), notamment tous les enfants, est perçue comme un frein majeur.

*« Certains patients et notamment les enfants ne peuvent pas avoir de DMP car leur numéro de Sécurité n'est pas dans la carte vitale : l'Assurance Maladie n'aide pas à aller vers un DMP pour tous. »*

*« Il faut qu'ils complètent leur base pour que tous aient une carte Vitale. »*

*« On a le sentiment d'une approche parfois concurrente avec l'Assurance Maladie. Ça freine ce manque de synergie entre les 2. »*

- Au niveau des relais institutionnels comme les URPS : en l'absence de directives nationales claires et de soutien institutionnel, les niveaux d'implications sont très variables d'une région à l'autre. Or, selon les participants, les URPS ont un rôle essentiel à jouer. Ainsi, certains participants se sentent bloqués pour faire avancer leur projet DMP alors que pour d'autres, l'URPS est mobilisée et aide à lever les freins rencontrés. Ces positions créent de l'hétérogénéité dans l'avancement du déploiement du DMP alors que les MOA-R sont aussi volontaires et mobilisées.

*« On a une URPS médecins opposée au projet dans notre région. Ses arguments sont : quels moyens pour compenser le temps passé ? Quel est le coût informatique de la DMP-compatibilité ? Quelle est la valeur ajoutée ? Ce n'est pas obligatoire. »*

*« Dans notre région, l'URPS est mobilisée. Elle est même à l'origine du projet. »*

*« Chez nous, c'est une position intermédiaire. Dans la pratique, on nous demande que la région soit plus mature, se prépare, tant qu'il n'y a pas de contenu dans le DMP. »*

- Au niveau des différents acteurs du déploiement/utilisateurs : conséquence du manque d'engagement institutionnel, le manque d'engagement de certains médecins libéraux, centre hospitaliers, responsables des systèmes informatiques pénalise le bon déroulé des projets. Plusieurs raisons sont énoncées :

- Dans les établissements de santé, compte tenu de la multiplicité des projets en cours de réalisation, le déploiement du DMP n'est pas prioritaire en l'absence de plus forte visibilité sur les perspectives

*« Ce n'est pas une priorité pour certains établissements qui sont en certification et le DMP passe derrière. »*

- Il existe un pessimisme et un attentisme chez certains utilisateurs potentiels pour qui le DMP est un projet « plutôt en phase d'atterrissage que de décollage »
- Le récent audit de la Cour des Comptes a eu un impact négatif sur le DMP pour certains

*« Certains sont très négatifs et pensent que le projet va s'arrêter. »*

Cette impression générale de manque d'engagement voire de désengagement à différents niveaux impacte le travail des MOA-R qui se sentent insuffisamment soutenues de part et d'autres laissant ainsi apparaître un sentiment d'isolement.

*« Chaque acteur est important. Si un seul n'est pas engagé, ça brise l'élan. »*

*« Parfois on n'ose pas se tromper.*

*Du coup on ne fait pas. »*

#### Les difficultés d'ordre « technique »

Les difficultés « techniques » de mise en œuvre du DMP auxquelles sont confrontées les équipes de MOA-R sont perçues de façon d'autant plus aigües qu'elles se sentent impuissantes à pouvoir les résoudre. Les participants relèvent notamment les problèmes liés à la DMP-compatibilité, en lien avec les éditeurs.

« On a encore trop de problèmes techniques. »

« Techniquement on est encore en phase transitoire. Les éditeurs ne comprennent pas la philosophie du DMP. »

« Il y a un problème de maturité des offres. L'éditeur annonce les projets mais ne les livre pas... Encore des adaptations en cours. »

« Ce que je peux voir au niveau des éditeurs est un frein réel mais la maîtrise d'ouvrage ne peut rien faire pour lever ce frein. »

« Les éditeurs ont un rôle fondamental. On n'a pas de levier pour avancer en tant que MOA. Ça nous retarde. »

« Il faudrait avoir des simulateurs de leurs solutions et on porterait le discours sur le DMP. »

« Si le DMP est dans la convention médicale, ça aidera. Les libéraux achèteront les nouvelles versions. »

L'usage du DMP via le portail Web n'est pas non plus jugé optimal : selon certains participants, l'outil doit gagner en simplicité et en convivialité pour une meilleure appropriation et utilisation.

#### Les difficultés liées à la conduite du changement Dans les maîtrises d'ouvrage régionales (MOA-R)

- Stratégie globale et communication.

Les participants relèvent aujourd'hui des difficultés de compréhension de la stratégie de déploiement et de la politique de communication sur le DMP, perçues comme floues. Les MOA-R ressentent un besoin de clarification et d'harmonisation des approches des régions, un besoin de définition ou de redéfinition des rôles de chacun et un besoin de directives claires.

« Il faut harmoniser les pratiques. Qui fait quoi. Ne pas forcément tout réinventer. Partir sur le DMP de 2<sup>ème</sup> génération en redéfinissant les rôles de chacun. En maîtrise d'ouvrage, on se sent un peu seul. Il faudrait des fiches avec les rôles des médecins mais qui les fait ? Si on attend que les professionnels se réunissent seuls, ça ne sera jamais fait. Il faut un maître à bord. »

« Il faut définir les rôles de chacun. Ou on continue avec chaque région faisant sa propre approche. Définir le rôle de chacun doit être cadré nationalement. »

« Si on avait un qui fait quoi (MOA-R, éditeurs, etc.) on serait moins en décalage avec les situations de terrain. »

#### Dans les établissements de santé

• Evolution du métier d'admissionniste/chargé d'accueil. Dans de nombreux établissements, le projet DMP implique les équipes administratives, notamment les personnels d'accueil pour lesquels, au-delà de la charge supplémentaire, la création de DMP représente une évolution de leurs missions. Du coup, une certaine résistance passive de leur part peut se faire jour ; ils ne sont pas forcément enclins à accepter ce qu'ils perçoivent comme une charge de travail supplémentaire et se sentent parfois en limite de compétence pour communiquer sur le DMP, ce qui ne fait pas aujourd'hui partie de leur fiche de poste. Aussi s'impliquer dans le DMP signifie pour les personnels d'accueil de faire évoluer leur métier d'un métier administratif à un métier élargi à la promotion de ce nouveau service.

« C'est un autre métier, ils ne sont pas formés à ça, ils n'en ont pas toujours l'envie, ils ne sont pas préparés. »

« C'est un changement de métier et en face des patients on leur demande d'assurer une promotion d'un outil national. »

- Le manque de financement et de ressources pour informer et promouvoir le DMP.

A ce stade du projet et en l'absence de communication plus large, l'information des patients et la pédagogie sur le projet nécessitent de disposer dans les établissements de ressources spécifiques pour promouvoir le DMP. Le manque de financement et/ou de ressources entrave le développement du DMP dans ces établissements.

- L'appropriation du projet par les équipes managériales est indispensable.

Cette appropriation parfois difficile du sujet DMP par les équipes managériales entraîne des difficultés pour motiver et dynamiser le personnel en charge de promouvoir le DMP.

« Souvent dans les établissements, l'appropriation se fait par les équipes techniques plus que par les équipes managériales. Du coup ensuite ça pose problème pour mobiliser le personnel au DMP. »

- La lenteur ressentie/le temps nécessaire à l'intégration du DMP dans les systèmes d'information des établissements, constitue également une difficulté.

### Chez les médecins libéraux

- L'impact sur les pratiques.

Les participants évoquent des difficultés de déploiement liées à l'impact « socioculturel » sur les pratiques des professionnels de santé. La résistance au changement d'un certain nombre de médecins dont les pratiques actuelles ne sont pas encore en phase avec les grands principes du DMP constitue une des difficultés à lever pour le déploiement. Le deuil d'un dossier partagé professionnel au service des professionnels de santé plutôt qu'un DMP centré sur les droits des patients n'est pas toujours fait.

*« Certains sont seulement en train de faire le deuil du dossier partagé professionnel. »*

*« Pour les médecins libéraux, on est dans des processus d'acceptation, d'acculturation. C'est le deuil du dossier partagé pour le médecin libéral. Ils acceptent d'en parler maintenant, c'est mieux. »*

- Le jugement des pairs et la responsabilité.

Certains professionnels redoutent les effets de l'intégration toujours plus forte de l'informatique dans leur pratique quotidienne. Les craintes sont liées à l'exposition de leurs actes et de leurs prescriptions à la connaissance et au jugement de leurs confrères ou encore aux risques plus élevés de mise en cause de leur responsabilité.

- Le coût du temps supplémentaire.

Enfin, certains médecins refusent de supporter sans compensation le coût du temps consacré à ces tâches nouvelles.

### Les difficultés liées à la transformation du métier

*« Il faut faire évoluer les mentalités sur le partage. »*

- L'attente de concrétisation de la valeur ajoutée du DMP.

Le déploiement du DMP ne fait que commencer. Par conséquent les participants évoquent les difficultés pour les utilisateurs à se projeter dans l'utilisation courante et donc à percevoir la valeur ajoutée du DMP: quelle valeur ajoutée pour quel usage?

*« Aujourd'hui, même les plus convaincus disent 'tout ça pour quoi? Le mur sera bâti mais pourquoi? Pour quelle utilisation? Quelle plus-value avec le DMP par rapport à "sans DMP"? »*

*« Pour certains c'est un monde très virtuel pour l'instant. Il faut expliquer qu'il faut créer puis mettre du contenu pour créer de la valeur. Il faut donner des indications d'usage. »*

*« On est encore au niveau du concept car les volumes ne sont pas encore là. »*

- Guider les professionnels de santé sur les documents à mettre dans le DMP.

Il en ressort une attente d'avancer sur le contenu du DMP pour faire toucher du doigt les bénéfices concrets et croire les usages.

*« Il faut maintenant rentrer dans l'offre de services. Les professionnels demandent ce qu'ils doivent y mettre. La prochaine étape est de créer de la valeur encore plus qu'aujourd'hui. Il faut presque donner des indications d'usage aujourd'hui. »*

*« Il faut préciser quels contenus mettre dans le DMP. »*  
*« Beaucoup de médecins sont centrés sur leur dossier médical et ne voient pas l'intérêt de mettre en partage. Il faut faire évoluer les mentalités. Ils sont d'accord sur le principe. Spécialistes et généralistes. »*

**Cette partie a permis de comprendre les principales difficultés rencontrées par les équipes sur le terrain et les freins au déploiement du DMP. Ces difficultés aux différents niveaux, dans un contexte d'attente, impactent le moral des MOA-R et la compréhension des actions à mettre en place à court terme. Notamment le manque d'investissement et de soutien au plus haut niveau et les problèmes techniques liés à la DMP-compatibilité sur lesquels ils se sentent impuissants affectent leur capacité à maintenir la dynamique sur le terrain. Du coup les participants vont jusqu'à s'interroger sur leur rôle, leur implication et leur énergie à déployer ce projet d'envergure sans être suffisamment soutenus.**

### 3.4.3 Projection vers le déploiement idéal du DMP

Après l'exercice introductif et d'expression des difficultés, cette phase permet d'envisager avec les participants le déploiement du DMP en s'affranchissant des contraintes actuelles du projet. Cela permet un travail plus créatif et la recherche de solutions.

#### Le déploiement du DMP dans un monde idéal

Dans un monde idéal, les participants de l'atelier 4, d'emblée, mettent l'accent sur un projet citoyen, soutenu par tous et entré dans la vie quotidienne de chacun. Le DMP est un outil de santé publique. Ses valeurs sont celles du partage, de l'intérêt commun du patient, de l'égalité, de la qualité des soins, de l'amélioration de la prise en charge, de la sécurité et de la préservation des libertés individuelles.

Les participants mettent l'accent sur l'action collective : tous les acteurs ont des objectifs communs et agissent dans le même sens. Le DMP est devenu le dossier accompagnant le citoyen tout au long de sa vie.

*« On a tous le même objectif, un objectif commun, les établissements, les éditeurs, les patients, l'ARS, le Ministère, l'Assurance Maladie, les MOAR, l'ASIP, les URPS, les associations de patients... »*

Le DMP fait partie intégrante du paysage quotidien des citoyens ; il est entré dans les mœurs, grâce à plusieurs actions mises en place.

- Le DMP est créé dès la naissance, de manière systématique, pour tous.

Il remplace le carnet de santé. Il est systématique : les parents créent le DMP de leurs enfants au même titre que la déclaration de naissance à la mairie.

*« Lui donner vie, rentrer le DMP dans les mœurs, comme la carte Vitale. »*

*« Le créer dès la naissance de chaque citoyen. »*

*« On peut créer le DMP de son enfant comme on lui ouvre un livret A. »*

*« Il est créé automatiquement même s'il n'est utilisé que plus tard. »*

*« C'est systématique. »*

- Les lieux de création se multiplient.

La création du DMP peut se faire dans plusieurs lieux et notamment à la mairie, pas uniquement dans des lieux liés à la santé.

*« Le DMP est le service public de demain et en prévision d'une future prise en charge, il est créé dans les mairies. On le fait sortir du bain dans lequel on l'a placé. Il est créé automatiquement à la mairie. C'est comme le NIR, on n'a plus qu'à l'activer. »*

*« On pourrait le créer pour nos enfants, la coquille, pas attendre les professionnels de santé. »*

*« On marginalise les rôles en le sortant de l'environnement médical. »*

- Le DMP est légitime, reconnu par le corps médical.

Le DMP est LE dossier légitime par le corps médical car c'est la source la plus sûre, c'est le socle national de partage d'informations médicales, c'est le référentiel.

*« Tous les documents nécessaires sont dedans, les documents pertinents et utiles. »*

*« Tous les professionnels de santé l'utilisent car c'est l'outil le plus sûr, permettant tous les échanges, c'est le référentiel. »*

- Tous les logiciels sont DMP-compatibles et intelligents.

*« Pas de problèmes de compatibilité. »*

Les participants insistent sur la valeur qui peut être portée par les logiciels DMP-compatibles : alertes, priorisation des informations médicales, orientation des patients, etc.

Construit de cette manière, le DMP est pensé pour aider le corps médical à une meilleure prise en charge des patients et de leur pathologie. Grâce au DMP, il en ressort plus de sérénité pour les patients car le corps médical est plus rapidement renseigné et peut donc plus rapidement intervenir.

*« Le patient gère son stress, pas la maladie et son dossier. »*

- Le DMP est particulièrement utile en cas d'urgence.

Dans ce monde idéal, lorsqu'un citoyen est pris en charge aux urgences, l'accès à son DMP est simple et rapide, l'affichage des informations utiles quasi immédiat.

Des moyens techniques ont été déployés pour permettre l'accès au DMP par les services de secours dans les situations d'urgence.

*« Par exemple aux urgences on peut paniquer. En tant que maman, je donne la carte Vitale de mon enfant et je m'occupe de mon enfant et les professionnels ont les moyens de le prendre en charge d'un point de vue médical. »*

*« Il y a un mode de lecture rapide, à partir de mots clefs. Au moins un poste d'accès à l'accueil. Les services d'urgence peuvent y accéder. Les éditeurs de logiciels d'urgence intègrent la consultation. C'est pour l'usage en urgences et on peut l'élargir. »*

- Les rôles et missions de chacun des acteurs sont clairement définis.

Si le DMP est si bien inséré dans la vie quotidienne et si efficace lorsque les professionnels doivent prendre en charge un patient, c'est grâce à la motivation et l'implication de tous les acteurs. Tous les acteurs œuvrent pour alimenter le DMP.

Le DMP est alimenté par les médecins et autres personnels de santé selon la pathologie du patient. Ils savent précisément ce qu'ils doivent déposer dans le DMP.

Le patient peut également déposer des documents.

*« Chaque acteur sait ce qu'il a rentré. Les rôles sont bien définis et c'est la base. »*

*« Le patient dépose des documents importants, il devrait avoir un logiciel compatible pour déposer de l'info structurée. »*

*« Les patients ont été sensibilisés aux données de santé en amont. On leur dit quoi faire. »*

*In fine*, dans ce monde idéal, le DMP offre de nombreux bénéfices d'usages à chacun des acteurs de la chaîne de soins, et, pour les citoyens, c'est un véritable outil de prise en charge de leur santé.

### **Le cahier des charges d'un déploiement réussi**

Après avoir dessiné les contours du déploiement idéal du service et ses prérequis, les participants décrivent les grands axes et actions qui ont été mises en place pour la réussite du déploiement du DMP :

- Le choix politique de déploiement du DMP a été affirmé haut et fort. Le DMP a été décrété « systématique par le ministre » et inscrit dans la loi.

*« Le DMP est obligatoire et systématique. »*

*« On a donné les moyens du déploiement. »*

- Tous les acteurs se sont impliqués dans la réussite du projet, y compris l'Assurance Maladie et les CPAM.

- Les éditeurs sont impliqués, ils viennent aux réunions organisées par l'ASIP.

- Un cadre, des moyens et des objectifs sont donnés à l'ASIP Santé. Ils sont déclinés par les MOA-R.

- Un cahier des charges des contenus prioritaires pour alimenter le DMP est établi pour faciliter les usages, afin que tous puissent avoir les mêmes directives en même temps.

*« Un cahier des charges des documents, avec une normalisation, et écrit, sur les types de documents, pour que tout soit clair pour tout le monde. »*

- Les médecins ont des outils ergonomiques, adaptés, intégrant la DMP-compatibilité de façon simple et fluide. L'outil DMP est simple, instantané, intégré. Il facilite les usages.

*« On a repris le modèle économique de l'Apple Store. Des millions d'applications, notre identification est déjà là et ils ont mon code bancaire... dans les usages pour les médecins libéraux ça doit être aussi simple que quand on achète en ligne. Il faut le rendre plus simple avec des étapes en moins. On peut facilement sélectionner le type de pièces. On est dans la facilité et l'instantané. Si pour acheter une application, je devais taper ma carte, je ne le ferais pas. On a vraiment amélioré l'intégration. »*

- Le déploiement est actif et les MOA-R continuent à œuvrer sur le terrain. Sur la base d'une feuille de route claire, elles expliquent, démontrent, font des retours terrain, améliorent les processus, la communication sur le DMP...

*« On est des super héros, des gens qui expliquons, qui démontrons. »*

*« Il y a des équipes à côté des utilisateurs pour écouter et faire des améliorations pour récupérer les données de terrain. Car sinon l'outil sera délaissé. Pour les satisfaits et les insatisfaits ou pour faire évoluer l'outil et les pratiques. »*

- Tous les acteurs présents sur le terrain (y compris les MOA-R) sont formés, connaissent le vocabulaire médical selon les spécialités (cancérologie, gériatrie...).

*« Chacun des accompagnateurs connaît bien le métier et un vocabulaire similaire au professionnel de santé par thématique: géronto, cancéro... »*

- Des arguments, des bénéfices et des éléments de langage sont à disposition pour aider à convaincre chaque professionnel selon son profil. Par exemple :

- Pour les médecins: le gain de temps grâce à l'intégration du DMP dans le logiciel; grâce à une meilleure connaissance du patient; grâce à une réduction de la « paperasse »

- La pratique du médecin sera plus sécurisée. Le DMP aide à la prise de décision: moins de risque de faire des erreurs médicales, moins de risque d'interactions médicamenteuses

- Le médecin sera moins isolé grâce à un meilleur partage des informations

- Les informations des patients seront toujours sauvegardées

- Le DMP permet de mieux faire face au nombre décroissant de médecins

- Pour les laboratoires d'examen (biologie, radiologie...), le DMP est un outil de performance. Les patients disposent des comptes rendus immédiatement

- Pour les centres de soin l'utilisation du DMP permet une meilleure image auprès de la médecine de ville: les délais de transmission des pièces sont raccourcis

- Des économies sont envisageables à terme, grâce à l'élimination progressive des coûts d'envoi des courriers

- Dans les EHPAD, la prise en charge des résidents est améliorée grâce aux DLU directement accessibles dans les DMP. Le SAMU pourra avoir accès directement au DLU

- Le DMP permettra, par exemple, de rassurer le personnel de nuit (qui n'a pas toujours les compétences pour transmettre les informations médicales aux équipes du SAMU)

- Pour les médecins, il faudra aussi trouver des arguments sur l'impact positif du DMP sur la responsabilité médicale

*« Je parle du risque juridique pas assumé aujourd'hui. »*

*« Le fantasme du procès doit tomber. On place le risque ailleurs ou on crée une assurance. Une responsabilité partagée. »*

*« Sans aller jusqu'au procès, ils ont peur du jugement de leurs confrères. »*

- Les patients sont sensibilisés par des actions de communication nationales, relayées au niveau régional. Cette communication patients est notamment relayée :

- via les professionnels de proximité : médecin traitant, pharmaciens, CPAM, mutuelles (courriers, journaux, décomptes de remboursement...), associations de patients, CRUCQ (maisons des patients des établissements de santé), les services de santé dans les entreprises, les manifestations comme le don du sang...

- via des médias de proximité : journaux des communes, services sociaux, pompiers (calendrier), associations de retraités, universités, écoles post-bac, etc.

- L'organisation de partenariats avec des grandes manifestations nationales comme le « Téléthon » par exemple.

**Cet exercice a permis de mettre à jour le besoin d'une stratégie d'ensemble plus claire et d'une feuille de route afin que tous les acteurs concernés puissent œuvrer en direction d'objectifs communs, recentrés autour de valeurs citoyennes. Il leur semble nécessaire désormais d'orienter la démarche et le discours sur les bénéfices du DMP, à la fois pour les professionnels de santé mais aussi pour les citoyens. L'intérêt général, la santé publique, une prise en charge plus efficace et plus qualitative des patients grâce au développement du DMP sont pour les participants des arguments en faveur du DMP.**

**Cet exercice met également en lumière, un certain isolement ressenti par les MOA-R, acteurs clés du déploiement. Le manque de soutien politico-institu-**

**tionnel, de directives claires, d'objectifs partagés, leur donne parfois l'impression de « se débrouiller » seuls. Cela provoque également des interrogations sur l'avenir du DMP alors même que tous sont de fervents défenseurs de ce projet jugé « révolutionnaire » par tout ce qu'il pourrait apporter au système de santé.**

### 3.4.4 En synthèse

Pour les participants de l'atelier 4, les points prioritaires à travailler pour réussir le déploiement du DMP sont :

#### Axe politique / institutionnel

- Disposer d'une feuille de route pour piloter le projet du déploiement, validée et soutenue par le Ministère de la santé.
- Inscrire le DMP dans les CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) des GCS et des établissements.
- Inscrire le DMP dans la convention médicale (performance => rémunération / incitation).
- Création systématique d'un DMP par défaut (dès la naissance => carnet de santé).
- Améliorer les synergies avec l'Assurance Maladie. Il convient de résoudre le problème des « ayants droit » du régime général, pour permettre à chacun de disposer d'un DMP.

#### Axe technique

- Un impératif : la DMP-compatibilité de tous les logiciels le plus rapidement possible.
- Travailler l'ergonomie, simplifier l'accès au DMP et favoriser la consultation.
- Assurer la rapidité et la simplicité de la création à l'alimentation du DMP.
- Continuer à rendre l'outil facile d'accès, ergonomique, intelligent pour que tous (néophytes et experts en informatique) puissent l'utiliser.
- Proposer moteur de recherche, priorisation de l'information dans le DMP pour faciliter la recherche de documents.
- Mobilité : permettre la consultation des documents sur de nouveaux supports mobiles (Accès via les tablettes, Smartphone).
- Simplifier les processus d'identification/authentification (sans lecteur de carte CPS).
- Donner la possibilité aux professions de santé d'avoir accès sur plusieurs postes de travail.

### Axe conduite du changement

- Concernant la stratégie de déploiement : mieux informer et mieux impliquer les MOA-R dans les choix qui gouvernent la stratégie de déploiement. Renforcer encore les synergies entre les MOA-R et l'ASIP Santé.
- Fédérer les instances représentatives des différents acteurs professionnels et des patients (ordres, associations représentatives...) et les impliquer dans les objectifs de déploiement.
- Former les MOA-R à l'analyse des usages (processus métier).
- Concernant la création des DMP : multiplier les lieux et autonomiser le processus.
- Rassurer et sensibiliser les professionnels de santé : communication spécifique.
- Trouver les arguments pour rassurer sur la responsabilité médicale.
- Mettre en avant l'intérêt pour la santé du patient d'alimenter le DMP et de contribuer à une meilleure coordination des soins.
- Créer une liste des usages « fréquents » : possibilité de déposer des ordonnances, rappels des vaccinations...
- Impliquer toutes les professions de santé (médecins mais aussi sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...).
- Former tous les professionnels à l'utilisation au DMP.
- Sensibiliser les patients :
  - Installer des points de création dans divers lieux de santé (médecins libéraux, pharmacies, CPAM, centres de soins) et proposer des bornes dans des lieux « citoyens » : mairies, associations etc.

- Lancer une campagne de communication nationale sur le DMP à destination des patients
- Concernant la consultation des DMP : simplifier les processus

### Axe métier

- Rassurer sur le masquage des documents par les patients.
- Concernant l'alimentation des DMP : donner de l'intérêt à faire et, cultiver les usages tout en simplifiant l'outil.
- Identifier les usages en impliquant les professionnels dans la réflexion.
- Faire définir et valider les documents « prioritaires » par les sociétés savantes. Lister les informations minimales à déposer dans le DMP pour chacun des métiers.
- Mettre en cohérence ce référentiel avec les pratiques terrains et communiquer dessus.

**Les participants de ce groupe de MOA-R apparaissent motivés et prêts à continuer à s'engager fortement sur ce projet qui leur tient à cœur. Pour cette raison, certains d'entre eux sont déroutés par l'ampleur des difficultés à surmonter en raison notamment de l'absence de soutien politique. Ils attendent des décideurs qu'implication et engagement soient communiqués de manière forte pour redonner du sens à leur action.**

### Objectifs et méthodologie

Afin d'objectiver les difficultés d'utilisation du DMP par les médecins libéraux, l'ASIP Santé en coopération avec les maîtrises d'ouvrage régionales des 4 régions pilotes (Alsace, Aquitaine, Franche Comté, Picardie), a réalisé une enquête quantitative auprès de 100 médecins libéraux ayant utilisé au moins 1 fois le DMP via un logiciel DMP compatible, mais n'ayant pas encore développé cet usage au-delà de quelques DMP.

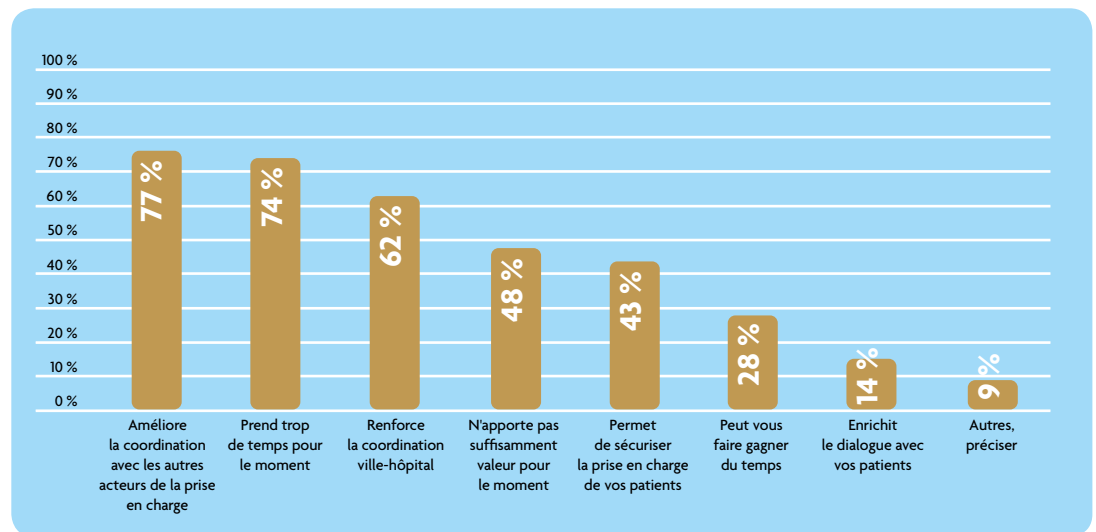
Un questionnaire d'une vingtaine de questions leur a été soumis lors de visites à leur cabinet de manière à pouvoir tester directement avec eux le fonctionnement technique du DMP sur leur poste de travail.

Parmi ces 100 médecins libéraux, on trouve 90 généralistes et 10 spécialistes; 51 cabinets individuels et 49 cabinets de groupe.

Cette enquête a été réalisée du 21 janvier au 18 février 2013.

### Question:

**Le DMP, pour vous, c'est un outil qui... [plusieurs réponses possibles]**



### Principaux enseignements

Malgré leurs faibles usages, pour 69 % de ces médecins, la mise en place du DMP est un mouvement de fond (42 % jugent que c'est une évolution souhaitable et 27 % une évolution inéluctable).

Les premières qualités perçues du DMP sont l'amélioration de la coordination avec les autres acteurs de la prise en charge (77 %), le renforcement de la coordination ville-hôpital (62 %), et dans une moindre mesure la sécurisation de la prise en charge (43 %). A l'inverse, les médecins interrogés trouvent que le DMP prend trop de temps pour le moment (76 %) et n'apporte pas suffisamment de valeur pour le moment (48 %).



Les médecins seraient prêts à l'utiliser davantage :

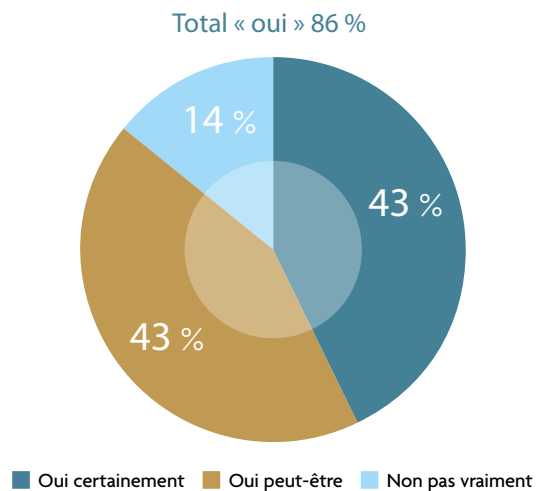
- Si cela marchait mieux techniquement (66 %)
- S'ils y trouvaient des informations utiles (56 %)
- Si leur implication sur le sujet était reconnue et valorisée (53 %)
- Dans une moindre mesure, s'ils pouvaient déléguer les tâches administratives (42 %), être formés sur le sujet (39 %), savoir ce qu'il faut mettre comme documents médicaux dans le DMP (37 %)

Au plan du fonctionnement technique, 36 % de ces médecins jugent que le DMP ne fonctionne pas bien sur leur ordinateur. Ces difficultés relèvent à la fois de dysfonctionnements du logiciel et de difficultés en lien avec la très grande complexité du poste de travail : fonctionnalité DMP non activée ou désactivée suite à une mise à jour ; problème d'accès lié à la Carte Vitale ; etc.

Malgré ces difficultés, 84 % des médecins interrogés se déclarent favorables au DMP et 86 % pensent que lorsque le DMP sera généralisé cela facilitera leur pratique médicale.

**Question :**

**Pensez-vous que lorsque le DMP sera généralisé, cela facilitera votre pratique médicale ?**





Pour en savoir plus  
DMP Info Service :  
24h/24 - 7j/7

 **N°Azur** 0 810 33 11 33

PRIX D'UN APPEL LOCAL

[dmp.gouv.fr](http://dmp.gouv.fr)



[esante.gouv.fr](http://esante.gouv.fr)