



HAL
open science

Les enjeux de l'information médicale du patient : du Dossier Médical Personnel (DMP) à Mon Espace Santé (MES)

Yvon Merlière

► **To cite this version:**

Yvon Merlière. Les enjeux de l'information médicale du patient : du Dossier Médical Personnel (DMP) à Mon Espace Santé (MES). Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2022, 34. <hal-03974849>

HAL Id: hal-03974849

<https://hal.science/hal-03974849v1>

Submitted on 6 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Yvon Merlière

Statisticien économiste, Ancien directeur adjoint à la Caisse nationale de l'assurance maladie chargé de la mise en œuvre du DMP, Ancien directeur du projet SNIIR-AM, Ancien Directeur Général du CREDOC, Ancien responsable du contrôle de gestion, Direction des finances, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Les enjeux de l'information médicale du patient : du Dossier Médical Personnel (DMP) à Mon Espace Santé (MES)

Résumé

L'introduction d'un dossier médical numérique du patient, appelé Dossier Médical Personnel puis Partagé (DMP), s'est imposée dès le début des années 2000 afin d'informer le patient et mieux le responsabiliser dans la prise en charge de ses traitements. Mais le lancement et les relances du DMP n'ont jamais abouti à sa généralisation malgré plus de vingt années de tentatives et d'amélioration des cadres techniques et de sécurité et d'évolution de ses objectifs d'abord centrés sur le patient puis axés sur le double partage patient-professionnels de santé et entre les professionnels de santé. Le lancement, en février 2022, de Mon Espace de Santé (MES) s'appuie sur un retour du patient au centre du dispositif et la mise en œuvre d'outils numériques de grande qualité mais inopérants pour les patients touchés par la fracture numérique. Par ailleurs, ce dispositif, qui s'appuie sur le DMP sans le dire en communication nationale, ne mobilise pas les professionnels de santé dans le traitement des données médicales à des fins de recherche de santé publique et de régulation médico-économique. Les mois qui viennent permettront de voir si cette non-implication des professionnels de santé sera un frein ou non à la diffusion de MES.

The introduction of a digital medical record of the patient, called Personal Medical Record then Shared (SMR), was imposed in the early 2000s in order to inform the patient and better empower him in the management of his treatments. But the launch and relaunch of the SMR have never led to its generalization despite more than 20 years of attempts and improvement of technical and safety frameworks and evolution of its objectives first focused on the patient and then focused on the double sharing patient-health professionals and between health professionals. The launch, in February 2022, of My Health Space (MHS) is based on a return of the patient to the center of the device and the implementation of high-quality but ineffective digital tools for patients affected by the digital divide. Moreover, this system, which is based on the SMR without saying so in national communication, does not mobilize health professionals in the processing of medical data for the purposes of public health research and medico-economic regulation. The coming months will make it possible to see whether this non-involvement of health professionals will be a brake or not on the dissemination of MHS.

Alors que l'on célèbre les vingt ans de la loi dite « Kouchner »¹ sur le droit à l'information au malade, complétée par la loi du 13 août 2004² sur le lancement du Dossier Médical Personnel (DMP), les derniers développements de la e-santé en France, avec le lancement en février 2022 de « Mon Espace Santé » (MES), montre qu'il est difficile d'atteindre les objectifs de généralisation d'un dossier médical numérique du patient...initialement prévu en 2007. En effet, alors que les objectifs ont été clairement définis par le Parlement, avec le vote de cinq lois sur une période de quatorze ans, sur la base de rapports nombreux rédigés sur ce sujet et d'une large concertation avec l'ensemble des partenaires, représentants des professionnels de santé, des associations de patients, des fédérations d'établissements de santé publics et privés,

1 - Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé.

2 - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.

l'Assurance maladie et les différents ministères chargés de la Santé, tous les Français.es ne disposent pas, à ce jour, d'un dossier médical numérique malgré le lancement du DMP en 2004 puis de deux relances en 2009 et en 2016. Le lancement récent de « Mon Espace Santé » va-t-il enfin répondre à cette ambition ?

L'objet de cet article est de :

- Rappeler les objectifs recherchés dans la diffusion d'un dossier médical numérique du patient ;
- Analyser les freins à la montée en charge d'un tel processus et le maintien d'un certain rejet malgré la valeur des objectifs recherchés et les améliorations apportées par les différents responsables des traitements (le GIP DMP à partir de 2004, puis l'ASIP Santé à partir de 2009, puis la Cnam à partir de 2016 et enfin la Délégation ministérielle au Numérique en Santé en collaboration avec la Cnam à partir de 2019) ;
- Identifier les stratégies mises en œuvre par les différents responsables des traitements pour contourner les obstacles ;
- Donner des perspectives possibles pour aboutir à la diffusion et à l'usage d'un dossier médical numérique du patient.

I. Les objectifs recherchés : de l'information du patient à la gestion par le patient

Le développement de l'informatique et des modalités d'accès numérique a constitué un atout majeur dans la diffusion d'une offre d'information dans le domaine de la santé à la fois pour les professionnels et établissements de santé avec la diffusion du réseau SESAM/Vitale, des logiciels métiers de gestion des dossiers patients tant en ville qu'à l'hôpital, et pour les patients. A cet effet, la mise en perspective de l'apport d'un dossier médical numérisé du patient pour son information et le rendre plus responsable et acteur dans la gestion de ses traitements et de son parcours médical, a été déterminante pour initier les progrès de la e-santé en France. Cependant, le développement de la médecine en réseau et la judiciarisation de la santé ont axé les finalités du DMP sur son usage par les professionnels et établissements de santé avec un partage facilité des données de santé. Cependant, les difficultés rencontrées pour réussir le déploiement national d'un tel outil a amené les responsables de la santé à recentrer l'édification et l'usage du successeur du DMP dénommé « Mon Espace Santé » sur le patient lui-même à l'aide d'une panoplie d'outils multiples.

a. L'information du patient

Les objectifs donnés au DMP ont évolué au cours de ces vingt dernières années. Partant de la Conférence Nationale de Santé de mars 2001, qui propose l'accès du malade à son dossier dit « notarié » pour le responsabiliser et lui permettre d'obtenir son consentement sur les investigations et soins proposés et de faire un choix éclairé tout en diminuant les contentieux avec les professionnels de santé (Proposition 8 du Rapport³). Ce rapport précise les finalités attendues d'un tel dispositif : prévention, qualité des soins et recherche dans le contexte de la diffusion des technologies de l'information et d'Internet avec l'accès aux services télématiques de santé et le fonctionnement en réseau des professionnels de santé, mais aussi l'apparition des recours en responsabilité après les affaires du sang contaminé et de l'hormone de croissance, survenues dans la même période.

Ces principes ont été codifiés par deux lois successives, celle relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » et celle du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Cette dernière codifie précisément le Dossier Médical Personnel précédemment décrit par le rapport Fieschi⁴ : « L'information du patient et le partage des informations médicales entre les professionnels de santé ».

La loi de mars 2002 codifie le droit à l'information du malade sur son état de santé pour lui permettre de prendre toute responsabilité pour l'acceptation ou non de ses traitements. Le droit du malade à son information médicale se rapporte à la connaissance des conséquences des traitements, leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles et les

3 - Conférence Nationale de santé, Rapport mars 2001, Professeur Marc Brodin, Strasbourg, 27-29 mars 2001.

4 - « Les données du patient partagées : la culture du partage et la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins », Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Professeur Marius Fieschi, Janvier 2003.

conséquences attendues en cas de refus, afin de donner au malade la plénitude de ses droits en santé, assurer l'égal accès aux soins nécessités par son état de santé et la continuité et la meilleure sécurité sanitaire.

b. Le partage des données médicales entre professionnels de santé pour une meilleure efficacité du système de santé avec les finalités de coordination et de qualité des soins : l'accent mis sur le professionnel de santé en plus du patient, le DMP

i. Le lancement du DMP

Le rapport Fieschi, puis la loi d'août 2004, concrétisent ce droit par l'accès du patient à un dossier médical numérique du patient, appelé « Dossier Médical Personnel » par la loi, disponible sur un hébergeur de données de santé et accessible via Internet pour des finalités qui vont au-delà de la simple information pour la continuité et sécurité des soins. En effet, les orientations opérationnelles, définies par le rapport Fieschi, élargissent les objectifs de constitution d'un dossier médical du patient à l'amélioration de la qualité des soins et à une meilleure coordination médicale afin de répondre au développement de l'exercice de la médecine en réseau. Cela fait référence au partage de l'information médicale d'un patient entre les professionnels de santé composant son équipe de soins et pas seulement entre le patient et les professionnels de santé qui le prennent en charge. La loi d'août 2004 reprend les finalités de coordination, qualité et continuité des soins. Mais le contexte dans lequel se déroule le débat parlementaire confère aux notions de coordination et de qualité des soins une dimension d'efficacité du système de santé par le rôle central donné au médecin traitant pour la mise en place et la gestion du DMP (article 7 de la loi) dans le pilotage du parcours de soins coordonnés ou dans le cadre d'un réseau de soins : la finalité du DMP, à travers la coordination et la qualité des soins, étant de garantir le bon respect des protocoles de soins et, donc, de réduire les dépenses de l'Assurance maladie. A ce titre, le DMP est voué à participer au respect des mesures de maîtrise médicalisée avec des économies évaluées, lors de l'examen de la loi, à 3,5 milliards d'euros à l'horizon 2007.

ii. La première relance du DMP : Un recentrage sur les finalités de coordination, sécurité et qualité des soins : la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009

L'esprit de la loi de juillet 2009 est de faciliter l'accession des soins par une meilleure coordination des parcours de soins en particulier entre la ville et l'hôpital. Afin de mieux contourner la référence aux économies de l'Assurance maladie, la loi HPST intègre la codification du DMP dans le code de la santé publique au lieu du code de la Sécurité sociale⁵ ce qui recentre les finalités du DMP sur la sécurité du patient et la qualité des soins.

iii. La seconde relance du DMP : l'accent mis sur l'accès des Professionnels de santé à l'information médicale du patient, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016

La loi de janvier 2016 inscrit le DMP dans son axe 2 : « *Innover pour mieux soigner en proximité* » en identifiant les deux conditions duales pour y répondre : l'information de la personne afin qu'elle puisse prendre les meilleures décisions pour elle-même et le partage et l'accès de cette information aux professionnels de santé pour lui apporter les meilleurs soins.

A cette occasion, si le sigle « DMP » est inchangé, sa traduction évolue en « Dossier Médical Partagé » pour signifier que son alimentation et son usage bénéficient à la fois au patient et aux professionnels de santé qui le prennent en charge. Ce n'est pas à sens unique et c'est pour mieux mobiliser l'adhésion des professionnels de santé dans la gestion du DMP : son développement et sa diffusion reposent sur leur participation active.

Afin de souligner cet apport, la loi de 2016 ajoute la finalité « Prévention » au DMP en plus de « coordination, de qualité et de continuité des soins », déjà inscrites dans la loi d'août 2004, afin d'élargir l'usage du DMP par le professionnel de santé pour la qualité des soins de ses patients.

5 - L'article 50 de la loi HPST transpose les articles L 161-36-1 à L 161-36-4 du code de la Sécurité sociale aux articles L 1111-14 à L 1111-27 du code de la Santé publique.

c. Le retour sur le patient : l'Espace Numérique de Santé, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé⁶

L'article 45 de la loi de juillet 2019 remet le patient au cœur du dispositif d'information de santé en mettant à sa disposition un « *espace numérique de santé* ⁷ » (ENS) lui permettant de gérer ses données de santé et participer à la construction de son parcours de santé. L'ensemble de la rédaction de l'article 45 de cette loi fait référence aux droits du patients s'agissant des modalités de gestion de son ENS y compris sa décision d'en ouvrir les accès, temporaire ou permanent, à un professionnel de santé ou établissement de santé mais l'esprit de la loi relativise le rôle des professionnels de santé contrairement aux lois précédentes relatives au DMP.

Certes, les objectifs de l'ENS restent ceux déjà affichés pour le DMP dans la loi de janvier 2016 : favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins mais l'ENS est conçu comme un outil au service du patient pour lui permettre d'accéder à ses données de santé sous différentes formes dont son DMP, ses constantes de santé, les comptes rendus transmis par les professionnels et établissements de santé par messagerie sécurisée et des services et outils numériques référencés ; le contenu de l'ENS est précisé par le décret pris en Conseil d'État⁸ du 4 août 2021.

Ainsi, on revient à l'esprit de la loi de mars 2002 sur le droit d'information du patient mais en lui donnant une plus grande responsabilité. Ainsi, la loi de juillet 2019 confie au patient la pleine responsabilité de la gestion de ses outils de connaissance de sa santé. Il dispose, désormais, des moyens pour :

- Classer dans son dossier médical les documents transmis par son équipe de soins ;
- Saisir, dans un espace de MES, appelé « profil médical », une synthèse de l'historique de son état de santé et le communiquer aux professionnels de santé composant son équipe de soins ;
- Choisir des services ou des applications numériques de son choix parmi la liste référencée dans MES pour mieux suivre sa ou ses pathologies ;
- Gérer son agenda médical.

Désormais, le patient est pleinement acteur de sa santé. Mais, dans ces nouveaux textes, aucune référence n'est faite sur les fonctions d'alimentation et de partage des données médicales qui incombent aux professionnels et établissements de santé, c'est implicite à travers la référence au DMP et à l'envoi des comptes rendus médicaux au patient par messagerie sécurisée mais ce n'est plus mis en avant comme pour le lancement et les relances du DMP. En réalité, les concepteurs de MES ont souhaité remettre le patient au centre du système d'information de santé pour mieux inciter les professionnels de santé à transmettre les documents médicaux directement à leur patient via la messagerie sécurisée de santé : c'est plus naturel que transmettre les mêmes documents médicaux sur une plateforme numérique quelle qu'elle soit. Mais c'est également exercer leur pression sur les professionnels et établissements de santé pour les inciter à l'usage du dossier médical numérique du patient face aux difficultés rencontrées depuis près de vingt ans pour généraliser ce type d'outil de connaissance et de partage des données de santé du patient⁹. D'ailleurs, le dossier de presse¹⁰, rédigé pour le lancement de MES, met en valeur cet outil pour permettre au patient d' « être acteur du suivi et de la préservation de sa santé ».

Néanmoins, le législateur est revenu sur l'existence du dossier médical partagé par la loi du 7 décembre 2020¹¹ dans son article 80 en précisant que l'ouverture automatique de l'ENS impliquait celle du DMP¹² et que tout DMP déjà ouvert à la date d'ouverture de l'ENS est automatiquement intégré à l'ENS, remettant la DMP au centre de l'ENS ; il en constitue ainsi le socle. Par ailleurs, cet article précise bien les attendus de chaque professionnel de santé : l'alimentation du DMP et l'envoi des informations médicales par messagerie sécurisée au médecin traitant et au médecin prescripteur¹³ sans oublier l'envoi par ce même canal au patient dans son ENS désormais appelé « Mon Espace de Santé » (MES).

6 - Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS).

7 - Renommé en « Mon Espace Santé ».

8 - Décret n° 2021-1048 du 4 août 2021 relatif à la mise en place de l'espace numérique de santé.

9 - « Le Dossier médical partagé : le début d'une grande histoire... », Yvon MERLIERE, Librinova, décembre 2021.

10 - Dossier de presse « mon espace santé, Décollage imminent pour découvrir un nouvel espace », Ministère des solidarités et de la santé, Assurance maladie, Mutualité sociale agricole, le 3 février 2002.

11 - Loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

12 - Article L1111-14 du code de la santé publique.

13 - Article L1111-15 du code de la santé publique.

Mais le rôle des professionnels et des établissements de santé est atténué même si le partage des données entre les professionnels de santé est maintenu via le dossier médical partagé qui reste une composante de MES. Cependant ce n'est pas précisé dans le dossier de presse. Il faudra donc mesurer, dans les mois qui suivent, l'adhésion des professionnels et des établissements de santé à MES.

Des objectifs aux usages :

Si le développement de ces outils répond aux objectifs décrits, leur déploiement s'est appuyé sur des usages pragmatiques qui font le quotidien du professionnel de santé et que l'on peut résumer ainsi : permettre au professionnel de santé, dans son cabinet en ville ou dans un établissement de santé, qui prend en charge un patient qu'il ne connaît pas, soit en urgence voire par le SAMU, ou sur son lieu de loisir ou de vacances sur tout le territoire, ou un patient qu'il connaît mais sans disposer de toute son information médicale, de connaître son histoire médicale et notamment ses pathologies, traitements dont les médicaments qu'il consomme. MES, et le DMP qui l'intègre, sont des outils de connaissance médicale qui facilitent la prise en charge du patient par un professionnel de santé qui ne dispose pas de son histoire médicale. Ce ne sont pas des outils de coordination médicale, car ils ne décrivent pas les parcours de soins complexes détaillés sur des pathologies ciblées, mais ils participent à cette coordination par le recensement de comptes rendus et des synthèses.

II. Les stratégies mises en œuvre pour déployer un outil numérique de partage des données médicales

Les principales stratégies mises en œuvre pour permettre la diffusion généralisée du DMP puis de MES sont les suivantes :

- Protection des données médicales transmises et stockées et de leur confidentialité, en s'appuyant sur les principes définis par les avis de la Commission Informatique et des Libertés, pris dans le cadre des lois sur l'informatique et les libertés¹⁴ et le référentiel de sécurité des données de santé et leur accès publié en mai 2007¹⁵, s'agissant des modalités pour protéger le respect de la personne et la confidentialité des données médicales, et de la loi de mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé puis de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé s'agissant des solutions techniques d'hébergement et d'échange des données médicales ;
- Développement de solutions techniques adaptées à l'écosystème, de l'hébergeur de données aux éditeurs de logiciels métiers, pour faciliter le chaînage de données médicales en provenance de nombreuses sources d'information et l'accès aux outils développés ;
- Mis en place d'incitatifs à l'usage des outils développés comme une meilleure ergonomie et des procédures d'intéressement financier.

a. Les cadre de sécurité et de protection des données pour assurer la confiance des dispositifs mis en œuvre à leurs utilisateurs (patients et professionnels de santé)

Les outils DMP et MES reposent sur les mêmes principes et modalités suivants avec une variante quant à la création de MES avec une gestion laissée à la main du patient :

- Chacun est libre de faire comme il le souhaite : il n'y a aucun caractère obligatoire à ouvrir son DMP ou son espace numérique de santé et cela n'entraîne aucune conséquence sur le niveau de prise en charge des soins du patient par l'Assurance maladie ;
- Le consentement du patient est requis à chaque étape de la gestion de son espace numérique de santé :
 - A l'ouverture, néanmoins celle-ci, pour le DMP, ne pouvait se faire sans le consentement ex-ante du patient (principe de l'opt in) tandis que pour MES elle est faite automatiquement pour tout bénéficiaire d'un régime

14 - Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ; loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

15 - Décret n°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des données médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique.

d'Assurance maladie (principe de l'opt out) mais l'activation de MES (son alimentation et son usage) étant subordonnée à l'accord explicite du patient dans un délai de six mois après sa création ou acquise après ce délai en l'absence de réponse du patient ;

- Au premier accès d'un professionnel de santé à son DMP ou MES, le patient pouvant retirer ensuite ce droit d'accès à tout moment ;

- Les accès pour l'alimentation et la consultation de ses données médicales sont soumis à une authentification forte¹⁶ ;
- Une matrice d'habilitations¹⁷ limite l'accès aux données médicales du patient pour les professionnels de santé qui ne participent pas à l'équipe de soins de proximité du patient¹⁸ ;
- Toute action effectuée sur les données médicales du patient sont tracées et le patient peut accéder, à tout moment, à un journal des accès ;
- Le patient peut masquer les informations médicales de son choix à tout professionnel de santé, sauf à son médecin traitant, dans son DMP et dans MES, le masquage des données est lui aussi masqué, traduction du droit à l'oubli et en conformité au respect de l'autonomie individuelle¹⁹;
- Les choix organisationnels et techniques prennent en compte des options qui garantissent la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des données de santé numérisées, on distinguera :
 - La désignation d'un responsable des traitements, garant de la qualité des traitements ;
 - L'identification et l'authentification des professionnels de santé habilités en cohérence avec les référentiels et l'usage de la carte CPS ;
 - L'hébergement des données par un hébergeur de données qui a été certifié²⁰ : les données sont stockées chiffrées dans des bulles étanches composées de plusieurs couches protégées par des pare-feux dédiés pour se protéger des piratages informatiques ;
 - Le choix de sociétés françaises pour héberger les données du DMP et de MES, avec des entrepôts situés en France, conformément aux expressions des représentants des associations de patients ;
 - Le principe des protocoles de transport et de communication chiffrés de bout en bout depuis l'ordinateur ou le smartphone de l'utilisateur jusqu'à l'entrepôt sécurisé ;
 - L'audit annuel par des sociétés spécialisées des entrepôts, certifiés HDS ;
 - La certification des logiciels métiers utilisés par les professionnels de santé et les établissements de santé afin de vérifier que tout logiciel métier respecte bien les cadres fonctionnels et de sécurité recommandés avant d'accéder au DMP ou MES.

b. Le cadre fonctionnel pour permettre et faciliter l'échange de données de santé entre les différents producteurs

Ce cadre fonctionnel a, certes, mis du temps pour être opérationnel, le premier référentiel d'interopérabilité des systèmes d'information de santé²¹ (CI-SIS) n'a été publié qu'en octobre 2009, soit 5 ans après la publication de la loi d'août 2004 sur la création du DMP, mais il a l'avantage d'exister et d'être mis à jour régulièrement par l'Agence du Numérique en Santé et bénéficie à tout système d'information de santé qui repose sur un échange de données médicales et donc au DMP comme à MES.

16 - Authentification à deux facteurs : identifiant, mot de passe et code à usage unique pour l'accès du patient ; carte CPS et code PIN ou équivalent pour l'accès du professionnel de santé.

17 - « Matrice d'habilitations des professionnels de santé-DMP », <https://www.dmp.fr>.

18 - L'équipe de soins de proximité du patient est composée des médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmières et masseurs-kinésithérapeutes.

19 - Comité National d'Ethique, avis n°104 du mars 2008.

20 - Décret 2018-137 du 26 février 2018, auparavant les hébergeurs de données de santé devaient recevoir un agrément conformément au décret du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel, certification dite « HDS ».

21 - CI-SIS, ASIP Santé, 2 octobre 2009.

Le CI-SIS est « le garant de l'échange et du partage d'informations entre deux systèmes n'ayant pas la même finalité... il couvre l'interopérabilité technique²² et l'interopérabilité sémantique²³ »²⁴. Dans ce cadre, les échanges de données entre les différentes sources d'information facilitent le travail d'interfaçage entre les outils métiers et le DMP ou MES. Le sujet qui reste en débat concerne l'ergonomie des logiciels métiers à l'usage des professionnels de santé de ville et dans les établissements de santé (Cf infra).

c. Un identifiant du patient unique et commun à l'ensemble des systèmes d'information de santé en France, l'Identifiant National de Santé (INS)

Le choix du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires ou médico-sociales²⁵, certes pris tardivement en 2018 seulement, est un apport fondamental pour chaîner, à risque minimal de doublons ou de collisions, les informations médicales en provenance de plusieurs sources.

d. Les incitations à l'usage du DMP et de MES

Les incitations à l'usage des outils numériques de santé des patients comportent à la fois des aides à la consultation des outils, s'agissant de leur ergonomie, par le patient comme par le professionnel de santé et des intéressements pour le professionnel ou l'établissement de santé pour faciliter l'alimentation des outils numériques et utiliser les dernières versions qui intègrent les dernières évolutions de l'ergonomie de leur logiciel métier. Ces deux options ont été mises en œuvre tant pour le DMP que pour MES.

- Les aides à la consultation des outils :

- Le perfectionnement des outils d'accès :

Afin de faciliter les usages du DMP comme de MES, les modalités d'accès ont évolué, en particulier pour le DMP, d'un accès dédié via Internet à l'aide d'un terminal informatique, y compris pour les professionnels de santé, à un accès par le smartphone de l'utilisateur et par le logiciel métier du professionnel de santé qui intègre l'accès au DMP et à MES.

- L'alimentation de l'outil en données médicales : alimentation automatique ou à l'initiative du patient :

L'usage d'un outil de santé numérique du patient est freiné s'il n'est pas alimenté. Cela a été une cause du non-déploiement des premières versions du DMP jusqu'à sa deuxième relance par la loi de janvier 2016 qui a institué l'alimentation automatique des DMP par les données de remboursement de l'Assurance maladie dont la liste des médicaments délivrés au patient, permettant ainsi au professionnel de santé, qui prend en charge un patient qu'il ne connaît pas, d'avoir un premier niveau d'information sans être obligé de questionner le médecin traitant du patient.

En plus de ces éléments, les textes d'application ont donné un rôle central au patient dans l'alimentation des outils numérique de santé et ce rôle s'est accentué avec MES. En effet, le patient a la possibilité de saisir lui-même des informations personnelles comme ses directives anticipées, l'identité de sa personne de confiance, de la personne à prévenir en cas d'urgence, de l'aidant s'il y a lieu mais aussi d'ajouter tout document médical qu'il juge utile (ordonnance, comptes rendus,...) et, avec MES, la saisie de son profil médical c'est-à-dire ses pathologies, ses allergies, ses traitements,... à défaut d'avoir le Volet de synthèse médical transmis par son médecin traitant.

- L'intégration du DMP et de MES dans les outils métiers du professionnel de santé et les efforts faits sur l'ergonomie de ces outils :

Afin de faciliter l'accès des professionnels et des établissements de santé au DMP, les éditeurs de logiciels ont développé, à partir de la première relance de 2009, son intégration dans les outils métiers permettant ainsi aux utilisateurs d'accéder au DMP sans changer d'écran et sans se « reloguer » à l'application DMP. Néanmoins, les usages ont amené les professionnels de santé à proposer des évolutions de l'ergonomie de leur outil métier, sachant que les solutions mises en

22 - L'interopérabilité technique définit les normes et standards de codification, d'échanges et de sécurité des données.

23 - L'interopérabilité sémantique définit les contenus métiers (variables, nomenclatures, modèles de documents).

24 - « Doctrine technique du numérique en santé », ANS, Septembre 2019.

25 - Article 21 de l'Ordonnance n°2018-1125 du 12 décembre 2018, codifié par l'article L.1111-8-1 du code de la santé publique.

œuvre différaient d'un outil à l'autre. C'est pourquoi, la deuxième relance a conduit la Cnam à rassembler les demandes et proposer aux éditeurs des aménagements ergonomiques. Les industriels ont alors proposé des nouvelles versions de leur outil métier qui visaient l'accès au DMP en « un clic » et le remplissage facilité du Volet de Synthèse Médicale ; ces versions ont été diffusées à partir de l'année 2018. De même, pour les établissements de santé, la première relance du DMP leur a permis d'alimenter le DMP de façon simplifiée : à l'aide d'un certificat serveur de l'établissement plutôt qu'avec une carte CPS, permettant ainsi l'alimentation du DMP à partir de traitements automatiques du système d'information de l'établissement et non à partir du terminal informatique du professionnel de santé dans son service. De même, la deuxième relance du DMP a permis de développer et d'expérimenter une procédure simplifiée de consultation des DMP sans l'utilisation de la carte CPS par les professionnels de santé dans les établissements de santé²⁶.

Le lancement de MES permet d'améliorer encore plus l'ergonomie des logiciels métiers par l'investissement ciblé dans le Ségur de la santé à travers son volet numérique²⁷. S'agissant des logiciels métiers²⁸, les mesures annoncées visent à mieux utiliser la Messagerie sécurisée de santé pour l'envoi des documents médicaux aux patients, mieux alimenter le DMP, à mieux se connecter y compris avec la e-CPS, à intégrer l'Identité Numérique de Santé (INS) du patient.

- Les intéressements au déploiement et à l'usage du DMP et de MES :

Les mesures d'intéressement ont été progressivement mises en œuvre sous la forme de versements financiers aux professionnels de santé libéraux et de versements budgétaires aux établissements de santé et établissements médicaux-sociaux. Ces versements ont été mis en place, d'abord par la Cnam dans la sphère de la médecine de ville à partir de 2016, après que la loi de janvier 2016 lui ait confié la gestion du DMP, puis aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, également à l'initiative de la Cnam et enfin pour les établissements de santé par le ministère des Solidarités et de la Santé à compter de l'année 2019. Ces procédures d'intéressement se sont généralisées avec la mise en place de MES à compter de février 2022. Les mesures d'intéressement ont d'abord visé l'installation des outils facilitant l'usage du DMP pour s'orienter progressivement vers un intéressement à l'usage proprement dit du DMP et de MES.

- Les mesures d'intéressement à l'installation des outils permettant l'usage du DMP

Les incitations financières ont pris la forme suivante :

- Le versement d'un forfait structure aux professionnels de santé libéraux conditionné par l'équipement effectif d'un logiciel métier compatible DMP dans la dernière version intégrant les évolutions de l'ergonomie définies en concertation avec les éditeurs et cela dans le cadre de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)²⁹ ;
- Le versement d'un forfait d'un montant d'1€ aux pharmaciens d'officine, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes à la création de chaque DMP³⁰ ;
- Le versement d'une contribution par la Cnam aux laboratoires de biologie médicale libéraux³¹ et aux établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes pour l'équipement d'une version de logiciel compatible DMP ;
- L'attribution de budgets ciblés aux établissements de santé au titre du programme HOP'EN, sous réserve de l'alimentation du DMP en lettre de liaison ou lettre de sortie, et à ceux qui expérimentent la consultation du DMP sans l'utilisation de la carte CPS ;

26 - Note d'information DGOS/PF5/CNAM/2020/2 du 6 janvier 2020 relative à l'appel à projets auprès des établissements de santé pour l'expérimentation de méthodes alternatives à la carte de professionnel de santé (CPS) pour la consultation du dossier médical partagé (DMP).

27 - « Le Ségur du numérique en santé », Ministère des solidarités et de la santé, Agence du numérique en santé.

28 - Logiciels des cabinets de ville, des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des cabinets de radiologie, des officines et des laboratoires de biologie médicale.

29 - Convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, article 20, 25 août 2016 et Avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes conclu le 6 novembre 2017 ; avenant 6 à la convention nationale des infirmiers du 29 mars 2019 ; avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes du 30 août 2017 ; avenant 16 à la convention nationale des sage-femmes du 29 mai 2018 ; article 32 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux du 20 août 2018.

30 - Avenant 11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine signé le 14 décembre 2017.

31 - Avenant 10 à la convention nationale des laboratoires privés d'analyses médicales du 7 juin 2019.

- La mise en place d'un mécanisme de financement « à l'usage significatif » des services numériques dans le cadre du programme e-parcours³².

- Les mesures d'intéressement pour accompagner l'usage de MES

L'élan mis par « Ma santé 2022 » dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), pour favoriser l'essor du numérique en santé, et les mesures de financement prises dans le cadre du Ségur de la Santé amplifient les mesures d'intéressement déjà mises en place pour encourager l'usage du DMP. Les modalités de versement de certains intéressements sont révisées avec l'introduction de l'État dans le financement direct des éditeurs alors que, jusqu'à maintenant, ces derniers étaient financés indirectement par leurs clients, les professionnels de santé, à travers des financements ciblés versés par l'Assurance maladie. Enfin, la procédure de référencement des logiciels métiers est transférée de la Cnam à une agence, l'Agence Numérique en Santé.

Ces nouvelles orientations ont été définies par l'avenant 9³³ (article 4) à la convention médicale de 2016. Concrètement, cela se traduit par :

- L'élaboration de dossiers de spécifications de référencement labellisation (DSL) à destination des éditeurs afin de simplifier l'usage et l'ergonomie de leurs logiciels, garantir la sécurité, la confidentialité et la traçabilité des données transmises, garantir l'accès à MES et être compatibles et interopérables entre eux ;
- La mise en place d'une procédure de référencement par l'Agence du Numérique en Santé afin de valider la conformité des solutions logicielles aux dossiers de spécifications de référencement ;
- Au financement versé par l'État directement aux éditeurs de logiciels.

Ainsi, la mise en place de MES revient à confier à l'État, via le ministère des Solidarités et de la Santé, l'essentiel des modalités de gestion de ce type d'outil.

III. Discussion

a. Le retour sur les objectifs

Initialement envisagé pour répondre à l'information du patient afin d'équilibrer la relation patient/médecins, les travaux de création et les deux relances du DMP ont élargi cet objectif au partage de l'information médicale entre le patient et son équipe de soins et entre les professionnels de santé composant son équipe de soins pour revenir, avec le lancement de « Mon Espace Santé », à une gestion centrée sur le patient. Cette réorientation est la conséquence des difficultés rencontrées, au cours de ces vingt dernières années, pour généraliser le DMP³⁴ malgré les différents incitatifs fonctionnels et financiers mis en place notamment lors de la deuxième relance du DMP. L'usage du DMP reste contraint par son alimentation en données médicales par les professionnels et établissements de santé ou d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Or, à la fin de l'année 2020 et malgré les incitatifs mis en œuvre, seuls 1/3 des généralistes et des établissements de santé et 1/5 des EHPAD³⁵ alimentaient le DMP et, en plus, pas pour tous leurs patients. Certes, l'Assurance maladie alimentait automatiquement tous les DMP ouverts en données de remboursement, dont les médicaments délivrés remboursés, mais cela n'a pas permis d'engendrer une dynamique d'usage du DMP à la hauteur des ambitions des concepteurs du DMP.

C'est pourquoi l'orientation a été prise de recentrer le déploiement d'un dossier numérique de santé du patient sur ce seul acteur avec l'aide du numérique en santé. L'idée étant que le patient sera le bon vecteur pour assurer l'usage de MES car il y disposera plus facilement de ses informations médicales par la transmission facilitée du professionnel et l'établissement de santé avec des nouveaux outils du numérique, notamment la messagerie sécurisée santé et la

32 - Un financement national de 150MF est prévu sur la période 2018-2022 et prolongé jusqu'au 31/12/2023 : Instruction n° DGOS/PF5/2019/129 du 24 mai 2019 relative à la mise en œuvre du programme e-parcours actualisée par la Note d'information n° DGOS/PF5/CNAM/2021/216 du 10 décembre 2021.

33 - Avenant 9 à la convention médicale signé le 31 juillet 2021 paru au Journal officiel du 25 septembre 2021.

34 - Même si la relance de 2016 s'est traduite par une forte augmentation du nombre de DMP créés, passant de 550 000 DMP ouverts à la fin de l'année 2015, après 10 ans d'existence, à près de 10 millions de DMP ouverts au début de l'année 2021.

35 - « Le Dossier Médical Partagé : le début d'une grande histoire... », Yvon MERLIERE, Librinova, décembre 2021.

création d'une adresse sécurisée de santé pour chaque patient. Le patient a alors tout le loisir de gérer les documents reçus dans son Mon Espace Santé et en particulier d'actualiser son « Profil médical » et de mettre ces documents à la bonne place dans son DMP. En effet, le DMP reste un constituant majeur de MES³⁶ car c'est par son intermédiaire que les professionnels de santé peuvent connaître le dossier médical de leur patient sans sa présence ou en sa présence mais sans capacité de communiquer avec le médecin qui le prendrait en charge dans des conditions d'urgence notamment. Cette fonctionnalité n'a pas fait l'objet d'une communication dite « grand public » mais elle figure au point 5 des CGU de MES et fait l'objet de l'article 98 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020.

En réalité le retour vers le patient mis au centre du numérique en santé est la conséquence directe de la stratégie « Ma santé 2022 » lancée en septembre 2018 avec l'accent mis, en particulier, sur le recours au numérique pour mieux soigner et la nécessité d'« apporter de nouveaux services aux usagers pour qu'ils disposent de leurs données personnelles pour être acteurs de leur santé ».³⁷

Cette orientation a été concrétisée par la publication du rapport « Accélérer le virage numérique »³⁸ avec la description de l'« Espace Numérique de Santé » et de son contenu, renommé « Mon Espace de Santé » par la suite. La stratégie consiste à confier au patient l'usage de son outil médical numérique car il en est le meilleur utilisateur pour ses besoins de connaissance mais en lui donnant un maximum d'outils numériques simplifiés qui répondent à ses besoins de gestion de sa santé comme son dossier médical mais aussi un agenda, des outils thématiques de suivi de ses pathologies.

Néanmoins, les orientations contenues dans MES sont, par ailleurs, la réponse faite aux nombreuses startups qui se sont créées dans le domaine du numérique en santé comme toutes les applications à l'usage du patient pour le suivi de ses pathologies marquant. MES permet la constitution de son « magasin numérique » composé des applications numériques de santé et des objets connectés référencés par l'Agence Numérique de Santé, magasin dans lequel le patient pourra choisir l'application de son choix.

Néanmoins, il faut s'interroger sur la limitation de l'usage d'un outil aussi riche à une finalité de connaissance pour le seul patient. Les développements de tels outils aux États-Unis se sont traduits par la participation active des professionnels de santé dans l'évaluation des protocoles de soins utilisés et de leurs évolutions pour assurer la meilleure qualité des soins aux meilleurs coûts. C'est ce qu'illustre, en particulier, les expériences menées sur la High Value Health Care collaborative (HVHC)^{39,40}, dans certains réseaux de soins intégrés aux États-Unis comme Kaiser Permanente et Intermountain Healthcare. Ces développements s'appuient sur cette stratégie afin d'intégrer les professionnels de santé dans la gestion du dossier médical numérique du patient selon les principes du « quadruple aim »⁴¹ qui consiste à :

- améliorer l'état de santé de la population ;
- dispenser les soins de qualité par la bonne équipe de professionnels de santé au bon moment en prenant en compte les attentes des patients ;
- un moindre coût ;
- la reconnaissance de l'importance des professionnels de santé dans la transformation de la santé.

Le raisonnement mis en avant, pour justifier ces pratiques, est le suivant : l'amélioration de la qualité des soins réduit leurs coûts en évitant les gaspillages. Les données médicales rassemblées sont exploitées en réalisant du « benchmarking » afin d'identifier tous les accidents médicaux survenus sur leurs adhérents et d'en déduire des conduites à suivre⁴². Ainsi Kaiser Permanente a affiché une baisse des coûts médicaux de 20 à 30 % après six années de fonctionnement de son

36 - « Lorsque l'Usager dispose déjà, lors de l'activation du service « Mon espace santé », d'un Dossier Médical Partagé déjà ouvert préalablement, ce dernier sera automatiquement rattaché au service « Mon espace santé ». Si l'usager accepte la création de « Mon espace santé », mais qu'il ne disposait pas d'un Dossier Médical Partagé alors un Dossier Médical Partagé est créé automatiquement avec la création du service « Mon espace santé ». Mentions légales et CGU de monespacesante.fr.

37 - « Ma santé 2022 : un engagement collectif », Ministère des solidarités et de la santé.

38 - « Accélérer le virage numérique », Rapport final, Stratégie de transformation du système de santé, Dominique Pon, Annelore Coury, 18 septembre 2018.

39 - « Évolution du système de santé et d'Assurance maladie : prendre en compte l'amélioration continue de la qualité des soins de santé et le management scientifique de ses processus », Dr Pierre-Henri Bréchat, Journal de Droit et de la Santé et de l'Assurance Maladie/ n°4-2014e.

40 - « Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie », Dr Pierre-Henri Bréchat, Presses de l'EHESS, mars 2016.

41 - « The quadruple Aim : care, health, cost and meaning in work » Rishi Sikka, Julianne M Morath, Lucian Leape, BMJ Quality Safety, juin 2015.

42 - Murray N. Ross, Ph.D. Vice President, Kaiser Foundation Health Plan Director, Kaiser Permanente Institute for Health Policy, présentation à la Cnam, mai 2015.

système d'information médical.

A cet effet, les professionnels de santé sont sollicités en permanence pour analyser les données recensées dans le dossier médical numérique du patient, proposer des améliorations aux traitements et suivis des patients : ce qui devient une référence résulte des avis des professionnels de santé confortés par des analyses cliniques et statistiques approfondies.

L'absence de l'implication des professionnels de santé dans la gestion de MES, dans un but de recherche médico-économique, reste une lacune en France et est une source de leur non-implication dans la diffusion d'un tel outil marqué par la potentialité des richesses qu'il contient.

b. Une rationalisation du développement du numérique en santé

Et pourtant, la stratégie contenue dans la mouvance « Ma santé 2022 » a contribué à rationaliser le développement du numérique en santé en France. En effet, le numérique en santé y a fait l'objet d'un développement erratique à partir des années 2000 avec la création d'une multiplicité d'outils numériques développés sur le territoire peu coordonnés mais sans respect du cadre national d'interopérabilité et donc sans communications possibles entre eux, avec de multiples redondances entre les régions comme des serveurs d'identités, des référentiels d'offre de soins voire des dossiers patients informatisés propres à chacune d'elles en particulier avec la mise en place des Territoires de soins numériques (TSN)⁴³ dans certaines régions sans lien avec le DMP et en maintenant un usage du DMP peu développé. En particulier, des oppositions se sont élevées entre la diffusion des TSN et du DMP sans voir les dynamiques qui pouvaient être créées entre ces deux outils comme cela a été pensé entre le TSN Terr-eSanté⁴⁴ et le DMP : Terr-eSanté a pour objet de construire des outils de coordination de soins pour des pathologies ciblées, comme le diabète, l'insuffisance cardiaque, ... avec la constitution de synthèses médicales transmises au DMP afin de permettre à tout professionnel de santé, qui prend en charge le patient pour la première fois ou selon un rythme irrégulier, de pouvoir prendre connaissance des éléments essentiels de son dossier médical et en particulier dans les pathologies ciblées par le TSN. Cependant, une telle harmonisation se fait au coup par coup et demande beaucoup d'énergie.

La mise en œuvre de la stratégie « Ma santé 2022 », déclinée dans le rapport Pon-Coury, a contribué à la rationalisation du développement des outils du numérique en santé en recentrant la puissance publique sur le développement et le déploiement effectif d'outils de premier niveau standardisés qui constituent le socle du système d'information de santé comme l'identifiant national de santé, le référentiel des professionnels de santé et des établissements de santé et médico-sociaux, le cadre d'interopérabilité, le DMP, la Messagerie sécurisée de santé, les référentiels de protocoles de soins, socle sur lequel les autres acteurs de l'écosystème vont dorénavant s'appuyer pour développer des services à valeur ajoutée pour l'usager et les professionnels de santé sans avoir à redévelopper les éléments socles existants au niveau national comme l'équivalent d'un identifiant de santé ou une messagerie sécurisée de santé voire un DMP à un niveau régional ou infra régional et en permettant leur communication partagée. C'est donc dans cet esprit qu'a été conçu et développé Mon Espace Santé.

En réalité, l'accent est mis continuellement sur la technique avec la construction de briques successives et cela s'est accentué avec la mise en œuvre de MES : cadre d'interopérabilité, hébergement sécurisé et centralisé des données médicales, logiciels métiers intégrés en ville comme à l'hôpital avec une amélioration permanente de leur ergonomie, modalités techniques pour parfaire la sécurité et la confidentialité des données médicales, mise à disposition d'une application dédiée patient sur le smartphone, messagerie sécurisée, opt out, Mais toutes ces améliorations techniques, complétées par les différentes mesures d'incitations financières décrites ci-dessus, n'ont pas débouché sur la généralisation d'un dossier médical numérique du patient en France. Certes, le déploiement de MES vient juste de commencer. Laissons-lui le temps de créer sa dynamique et voyons où il en sera en 2027 soit cinq ans après son lancement. Certes, le nombre de MES ouverts devrait augmenter du fait de la mise en place du principe de l'opt out mais qu'en sera-t-il de son usage ? On peut s'interroger sur le succès attendu dès lors que les usages métiers du docteur et des autres professionnels de santé ne sont pas mis en avant.

43 - « Territoire de soins numériques », <https://solidarités-sante.gouv.fr>.

44 - Plateforme d'échange, de partage et de services proposée par l'Agence régionale de santé Ile-de-France.

En outre, il reste deux leviers qui, eux aussi, ont été mis en avant par les différents rapports⁴⁵ rédigés sur le DMP et n'ont pas ou peu été sollicités :

- L'introduction de l'usage du DMP et de MES dans la formation médicale, qu'elle soit primaire ou continue car les professionnels de santé utiliseront mieux en routine les outils qu'ils auront maîtrisés en formation ;
- L'accompagnement, dans leur cabinet ou établissement, des professionnels de santé pour leur montrer, dans le détail, l'usage pratique du DMP ou de MES en présence du patient, cet accompagnement étant assuré par les délégués de l'Assurance maladie et les conseillers informatiques services de l'Assurance maladie, comme cela avait été initié lors de la deuxième relance du DMP, mais aussi avec la participation des éditeurs dans la formation à leurs logiciels métiers comme cela avait commencé à être initié en janvier 2020 mais aussitôt arrêté avec les périodes de confinement.

Ces deux leviers restent indispensables à un plein usage du dossier médical numérique du patient afin de mieux aider les professionnels de santé à en maîtriser le fonctionnement et leurs effets seront favorisés par un intéressement fort des professionnels de santé à l'atteinte de l'objectif de recherche en santé publique afin de mesurer la pertinence des protocoles de soins recommandés et de contribuer à leur amélioration permanente.

c. Le retour du rôle de l'État dans la gestion du dossier médical numérique du patient

La gestion du DMP a d'abord été confiée à deux organismes dépendant de l'État, le GIP DMP en 2004 et l'ASIP Santé en 2009, puis à la Cnam en 2016 pour revenir à une gestion partagée État/Cnam à compter de l'année 2020 pour la mise en œuvre de Mon Espace Santé. En effet le lancement de « Ma santé 2022 » et le rapport Pon-Coury vont amener à la création de la Délégation ministérielle au Numérique en Santé (DNS) au sein du ministère des Solidarités et de la Santé. La DNS a pour mission de définir la stratégie permettant le développement du numérique en santé et de piloter la mise en œuvre opérationnelle⁴⁶, ce qui laisse à la Cnam un simple rôle d'opérateur exécutant, l'élan étant donné par la DNS donc par l'État.

Cette reprise en main par l'État n'est pas sans conséquence sur l'effacement du rôle des professionnels de santé, notamment des professionnels de santé libéraux, dans la gestion d'un dossier médical numérique du patient. En effet, les modalités de fonctionnement de la médecine libérale sont définies en France dans le cadre de conventions négociées et signées par les syndicats de professionnels de santé libéraux et l'Assurance maladie représentée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) dont le conseil est composé de la Cnam et du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole. L'effacement de la Cnam dans la définition de la stratégie du numérique en santé et dans MES, qui en constitue un élément de mise en œuvre, explique cet effacement des professionnels de santé libéraux.

C'est particulièrement vrai dans les messages qui ont été diffusés au moment du lancement de MES où il n'est fait aucune allusion au maintien du DMP au sein de MES, à sa nécessaire alimentation par les professionnels de santé, les établissements de santé et les EHPAD alors que le partage des données entre ceux-ci ne peut se faire que via le DMP. La constitution de MES confie au patient le rôle de communication de son dossier médical au professionnel de santé qui le prendra en charge en ville, en établissement ou aux urgences.

Néanmoins, dans tous les cas, il faudra bien que les professionnels de santé, les établissements de santé et les EHPAD alimentent correctement MES soit directement au patient via la MSS, soit dans son DMP intégré à MES. Si les mesures prises dans le cadre de l'avenant 9 à la convention médicale des médecins vont dans ce sens, il faudra veiller à leurs mises en œuvre effectives. Ces orientations supposent la maîtrise par le patient du numérique en général et de MES de santé en particulier avec la maîtrise d'Internet. Or, 19 % des personnes de 15 ans ou plus, résidant en France (hors Mayotte) n'ont aucune capacité numérique, dont 71 % des 75 ans ou plus et 27 % ont des compétences numériques plus que basiques⁴⁷. La population relevant de la fracture numérique ne pourra pas maîtriser l'usage de « Mon espace santé » et surtout la très grande majorité de la population âgée de 75 ans ou plus, cette population étant particulièrement atteinte

45 - Rapport Fieschi, *op cit*, et Mission de relance du projet de Dossier médical personnel, « Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé », Recommandations à la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sport et de la Vie associative, Michel Gagneux, 23 avril 2008.

46 - Organisation de la délégation ministérielle au numérique en santé, <https://solidarités-santé.gouv.fr>.

47 - « L'économie et la société à l'ère du numérique », INSEE, Edition 2019.

de polyopathologies⁴⁸ et donc concernée par l'apport de MES dans son parcours de soins. C'est pourquoi, la communication et l'incitation des professionnels de santé à l'alimentation et à la consultation du DMP dans MES sont essentielles pour couvrir la population ayant peu ou n'ayant pas de capacité numérique.

Conclusion

Il reste à observer le déploiement de l'usage de « Mon Espace Santé » dont le patient est redevenu le centre du dispositif pour qu'il gère et mette à disposition son histoire médicale à son équipe de soins mais dont la dimension « partage » entre les professionnels de santé n'est plus mise en avant contrairement lors du lancement et des relances du DMP.

Néanmoins, l'engagement des professionnels de santé est un facteur essentiel à l'amélioration de la qualité des soins et à la régulation médico-économique de la santé. Il reste une composante à la réussite de l'usage de « Mon Espace santé » car ils doivent toujours transmettre les informations médicales soit directement au patient par messagerie sécurisée de santé, soit indirectement dans son DMP, notamment pour les patients n'ayant pas une maîtrise suffisante du numérique. Mais ils doivent aussi être acteurs du traitement des données médicales pour évaluer et faire évoluer les protocoles de soins qui assurent la meilleure qualité des soins aux meilleurs coûts comme le montre la démarche engagée dans certains réseaux de soins intégrés aux États-Unis. Leur engagement sera facilité par l'ajout, de la part du législateur, de l'objectif « recherche en santé publique » au dispositif mis en place avec, en plus, un accompagnement au plus près du terrain du professionnel de santé et la prise en compte de la gestion du dossier médical numérique du patient par la formation médicale tant primaire que continue.

L'engagement des professionnels de santé dans cette configuration pourrait aussi se caractériser par la création d'un conseil scientifique de Mon Espace Santé composé à la fois de professionnels de santé de ville et hospitaliers et dirigé par un « sage », par exemple un PU-PH récemment retraité. Ce conseil scientifique aurait pour mission de définir les orientations de la recherche en santé publique à mettre en œuvre par le traitement des données médicales recensées dans Mon Espace Santé, les ajouts de données recommandées et valider les protocoles de recherche. La mise en place d'un tel dispositif assurerait un surcroît de crédibilité et de confiance à Mon Espace Santé et inciterait les professionnels de santé à veiller à son bon usage.

Il reste donc encore des leviers disponibles pour réussir le déploiement de l'outil MES si celui-ci n'est pas au rendez-vous dans les prochains mois en l'état actuel de ses caractéristiques.

Yvon Merlière

48 - Haute Autorité de Santé : « Prendre en charge une personne âgée polyathologique en soins primaires », mars 2015.