

DMP : la leçon américaine

Une enquête téléphonique sur un panel de 1 012 adultes en février 2005, révèle que la population est très divisée entre les personnes qui sont "pour" (48 %) et ceux qui s'opposent (47 %) au dossier médical personnel.

Environ 70 % sont préoccupés par le maintien de la confidentialité de leurs données personnelles.

D'autres études confirment que si le dossier médical personnel n'a que le soutien "modeste" du patient, le professionnel de santé ne s'appropriera pas l'outil.

Et que, pour réussir cette appropriation, il y a plusieurs prérequis : le dossier médical personnel doit s'intégrer directement dans le processus de soins ; une aide financière est nécessaire pour équiper les cabinets médicaux individuels ; le temps du professionnel doit être rémunéré.

Histoires françaises ? Eh bien, non.

Ce sont des données américaines toutes récentes.

Et pourtant, ce n'est pas par faute de moyens !

Le 21 juillet, 2004⁽¹⁾, le gouvernement fédéral américain a annoncé un plan sur 10 ans visant à transformer le système de soins américain, moyennant l'amélioration de l'informatisation ; le plan est centré sur le dossier médical personnel et le réseau qui permettra de relier les acteurs. L'alors ministre de la Santé Tommy Thompson a déclaré l'ouverture de la « *décennie de la technologie de l'information pour la santé* » et la fin de la bonne vieille chemise en papier.

Les objectifs du plan, dirigé par le Dr. David Brailer, coordinateur national des technologies de l'information aux États-Unis, sont au nombre de quatre :

- Améliorer les résultats cliniques, en permettant aux médecins une visibilité du dossier du patient.
- Rendre inter-opérable les systèmes, pour réduire la fragmentation des soins.
- Utiliser la technologie de l'information pour offrir des soins encore plus personnalisés et pour améliorer l'observance.
- Améliorer l'intelligence et la sécurité des systèmes de soins.

Le même mois, la Commission de certification des technologies de l'information médicale est formée par le rapprochement de trois organismes nationaux. L'objectif de la commission est d'aider



les médecins à choisir des logiciels adaptés à leurs besoins.

D'autre part, l'annonce est faite de la création de réseaux régionaux de l'informatisation aux États-Unis.

En août 2004, une enquête des professionnels de santé américains, lecteurs d'un journal médical, désigne le Dr. David Brailer, comme l'homme le plus puissant du système de santé américain. En janvier, 2005, le nouveau ministre de Santé américain est l'ancien gouverneur d'Utah, connu

pour son déploiement de moyens informatiques au service des citoyens de son État.

D'autre part, la Maison Blanche annonce une dotation de 50 millions de dollars pour financer les réalisations de David Brailer, ainsi que 100 millions pour 2006.

Une publication dans la revue d'économie de santé, *Health Affairs*, prévoit un gain potentiel annuel de 77,8 milliards⁽²⁾, dès lors que l'ensemble d'acteurs de santé (hôpitaux, cabinets, laboratoires de biologies, cabinets de radiologie, pharmacies, payeurs, administrations,...) seront correctement reliés.

Qu'apprend-t-on de ce regard outre-atlantique sur le DMP ?

Que c'est un outil incontournable de la modernisation du système de soins.

Que le travail de réassurance des patients et des professionnels de santé ne doit pas être sous-estimé.

Que même avec d'importants moyens financiers, la durée de la mise en œuvre sera longue et incompressible.

Que n'ayant pas droit à l'échec, nous devons énoncer des objectifs réalistes et mettre en place, en toute transparence, des indicateurs d'avancement du projet.

Denise Silber

Consultante santé et nouvelles technologies

Basil Stratégies

(1) Deux mois après l'annonce en France par le Ministre de la Santé, de l'objectif d'un dossier médical électronique national en 2007.

(2) À périmètre de soins constants (ne tenant pas compte des innovations intervenues entretemps !).