

*Ministère de l'Économie,  
des Finances et  
de l'Emploi*

*Ministère du Budget  
des Comptes publics et  
de la Fonction publique*

*Ministère de la Santé,  
de la Jeunesse et  
des Sports*

INSPECTION GÉNÉRALE des FINANCES  
INSPECTION GÉNÉRALE des AFFAIRES SOCIALES  
CONSEIL GÉNÉRAL des TECHNOLOGIES de l'INFORMATION

2007-M-068-01  
2007-157  
I-3.4-2007

## MISSION INTERMINISTÉRIELLE de REVUE de PROJET sur le DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (DMP)

-----

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a institué le dossier médical personnel en lui conférant un rôle stratégique dans l'organisation de l'offre de soins et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Les ministres signataires de lettre en date du 4 juillet 2004 (cf. annexe 1), ont souhaité « qu'une mission conjointe IGAS-IGF-CGTI soit mise en place afin de réaliser un point détaillé sur l'état d'avancement et le pilotage de ce projet ainsi que sur sa capacité à répondre aux objectifs initiaux ».

Conformément à sa lettre de mission (cf. annexe 1), la mission interministérielle s'est d'abord attachée à analyser les raisons techniques et organisationnelles du retard du projet par rapport au calendrier initial.

Constatant l'inadéquation entre les moyens [♦], les options stratégiques successives du GIP et les objectifs qui lui ont été et lui sont encore assignés, la mission a examiné :

- la réponse susceptible d'être apportée par le projet actuel en regard des attentes des professionnels de santé (médecins libéraux, établissements de santé) et des patients ;
- les choix stratégiques effectués, tant en termes d'architecture, d'options de déploiement et d'articulation avec les projets régionaux, que des perspectives d'intégration fonctionnelle et technique du DMP avec les outils informatiques utilisés par les professionnels de santé et avec les autres projets de systèmes d'information de santé (DP, DCC,...).

Au terme de son analyse (partie I), **la mission porte un diagnostic réservé sur la capacité du projet actuel à atteindre les objectifs attendus**, critique les analyses économiques [1] qui ont soutenu le projet et souligne les risques techniques, financiers et juridiques que la voie engagée fait courir à l'État et la Collectivité.

Après avoir replacé les enjeux du projet dans le cadre plus général de l'organisation du système de soins en France, **la mission s'est alors efforcée d'élaborer un ensemble de recommandations de nature à sauvegarder les acquis, restaurer la confiance des acteurs et relancer le projet** sur des bases saines (partie II).

Le présent rapport présente les analyses, conclusions et recommandations de la mission, **partagées sans réserve** par ses cinq membres.



Fait à Paris, le 8 novembre 2007, par

les inspecteurs généraux  
des Finances

l'ingénieur général  
des Télécommunications

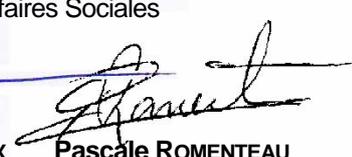
les inspecteurs généraux  
des Affaires Sociales

  
Yann BOARETTO

Philippe DUMAS

  
François CHOLLEY

  
Michel GAGNEUX

  
Pascale ROMENTEAU

[♦] Dans le souci de ne pas dupliquer les investigations et les analyses, la mission s'est coordonnée avec la Cour des Comptes qui menait parallèlement sa première mission d'audit du groupement. En conséquence le présent rapport n'aborde pas la gestion du GIP et n'examine qu'assez rapidement les aspects administratifs et budgétaires, renvoyant sur ce point au rapport de la Cour.

Page blanche

## SOMMAIRE

## SOMMAIRE

Page n°

## PREMIÈRE PARTIE : DIAGNOSTIC

<b>I.– Un projet aussi ambitieux que complexe</b>	<b>1</b>
1.1.– <i>Les objectifs initiaux du dossier médical personnel (DMP)</i>	1
1.2.– <i>Le contenu du DMP</i>	1
1.3.– <i>L'articulation avec les dossiers et les outils informatiques des professionnels de santé</i>	1
1.4.– <i>Les fonctions d'hébergement</i>	2
1.5.– <i>Les garanties concernant la confidentialité des données</i>	2
<b>II.– Précipitation et irréalisme ont, dès l'origine, caractérisé le lancement du projet</b>	<b>6</b>
2.1.– <i>Une série d'objectifs à l'évidence hors d'atteinte</i>	2
2.1.1.– <b>L'irréalisme du calendrier initial</b>	3
2.1.2.– <b>L'irréalisme des moyens du GIP</b>	3
2.1.3.– <b>La sous-estimation des facteurs sociologique</b>	4
2.1.4.– <b>L'irréalisme du dimensionnement budgétaire</b>	5
2.1.5.– <b>L'irréalisme du modèle économique</b>	6
2.2.– <i>Un projet soumis à un constant climat d'urgence</i>	8
2.2.1.– <b>D'un dossier médical partagé à usage des professionnels de santé au dossier médical personnel : un glissement conceptuel non maîtrisé</b>	8
2.2.2.– <b>Un choix technique parmi d'autres possibles, qui n'ont pas été étudiés</b>	9
2.2.3.– <b>Un projet placé sous la gestion directe des cabinets ministériels</b>	10
2.2.4.– <b>Un projet lancé dans la précipitation</b>	11
2.2.5.– <b>Un décollage perturbé par l'instabilité managériale du GIP DMP</b>	12
2.2.6.– <b>Une phase d'expérimentation inaboutie</b>	12
2.2.7.– <b>Un brutal changement de cap fin 2006</b>	13
2.2.8.– <b>Un appel d'offres lancé dans le souci d'aller vite et de créer l'irréversibilité</b>	15
2.3.– <i>Une résolution au fil de l'eau de problèmes juridiques fondamentaux</i>	17
<b>III.– Le projet DMP pâtit aujourd'hui d'une perte de crédibilité et de lisibilité</b>	<b>19</b>
3.1.– <i>Chez la plupart des acteurs, la perte de confiance est en proportion des attentes initiales</i>	19
3.1.1.– <b>Une adhésion générale au principe</b>	19
3.1.2.– <b>La déception des industriels</b>	19
3.1.3.– <b>Des médecins circonspects</b>	19
3.1.4.– <b>Des représentants des patients expectatifs</b>	20
3.1.5.– <b>Des animateurs de réseaux de soins préoccupés par leurs propres objectifs</b>	21

## SOMMAIRE

	Page n°
<i>3.2.- Une gouvernance des systèmes d'information en mal de cohérence</i>	21
3.2.1.- Le morcellement des systèmes d'information et l'absence de pilotage global	21
3.2.2.- La CNAMTS entre participation au GIP et stratégie de compétition	22
3.2.3.- Historique des remboursements, DMP, Dossier pharmaceutique : trois projets à vocation proche, engagés de façon concomitante	22
3.2.4.- Des directions d'administration centrale lointaines et dubitatives	24
3.2.5.- Un GIP à la fois isolé et condamné à élargir son champ d'action	24
<b>IV.-La stratégie actuelle présente d'importantes zones de risques et d'incertitudes</b>	<b>25</b>
<i>4.1.- Une approche évolutive du contenu et de l'usage du DMP</i>	25
4.1.1.- Une conception de départ stéréotypée	25
4.1.2.- Une démarche d'appel à projets qui porte un risque centrifuge	26
4.1.3.- Une définition du contenu en grande partie dictée par les contraintes de déploiement	27
4.1.4.- Le DMP comme « serveur de résultats »	28
4.1.5.- La double face du DMP	29
<i>4.2.- Des hypothèques juridiques fortes, qui ne sont pas levées</i>	30
4.2.1.- Des mesures de régularisation législatives restent aujourd'hui nécessaires	30
4.2.2.- L'absence de base juridique stable concernant l'identifiant de santé rend incertains les délais de développement de spécifications techniques essentielles	31
4.2.3.- Un risque juridique multiforme sur le marché de l'hébergeur de référence	31
<i>4.3.- La viabilité du modèle de la fonction d'hébergement ne paraît pas assurée à ce jour</i>	32
4.3.1.- Le modèle est de nature à donner à l'hébergeur de référence une position dominante et, par suite, de receler un potentiel de controverses	32
4.3.2.- Un modèle économique incertain pour les hébergeurs agréés	35
4.3.3.- Un modèle de concurrence susceptible en définitive d'entraîner des dérives et des contestations de tous ordres	37
<i>4.4.- La mise en place des préalables à l'utilisation du DMP est encore soumise à de nombreuses incertitudes</i>	38
4.4.1.- Les incertitudes du scénario de montée en charge du DMP	38
4.4.2.- Les perspectives d'adaptation du poste de travail des professionnels de santé restent floues	39
4.4.3.- La stratégie d'accompagnement des médecins présente des zones d'ombre	41
4.4.4.- L'incertitude règne sur la capacité des hôpitaux à s'insérer rapidement dans le dispositif du DMP	42
4.4.5.- Un calendrier de montée en charge d'ores et déjà obsolète	44
<i>4.5.- Le travail de prévision sur le coût du projet reste très incomplet</i>	45
4.5.1.- L'estimation repose sur un scénario d'ores et déjà irréalisable	46
4.5.2.- Plusieurs postes de dépense nécessitent d'être affinés	46



## SOMMAIRE

Page n°

## DEUXIÈME PARTIE : RAPPEL des ENJEUX et RECOMMANDATIONS

<b>I.– Enjeux du projet et questions préalables à sa poursuite</b>	<b>49</b>
1.1.– <i>Une nécessaire clarification préalable</i>	49
1.2.– <i>Les trois enjeux du DMP au regard de la politique de santé</i>	49
1.2.1.- Le DMP instrument de la qualité et de la coordination des soins ?	50
1.2.2.- Le DMP vecteur de transformation des pratiques médicales ?	50
1.2.3.- Le DMP catalyseur d'une informatique médicale cohérente ?	51
1.3.– <i>Des choix immédiats lourds de conséquences</i>	51
<b>II.– Les recommandations de la mission : sauvegarder les acquis, retrouver la confiance des acteurs et relancer le projet</b>	<b>54</b>
2.1.– <i>La poursuite de l'appel d'offres en cours ne peut être recommandée en l'état du dossier</i>	54
2.1.1.– Sauvegarder les acquis	55
2.1.2.– Restaurer la confiance	56
2.2.– <i>Relancer le projet</i>	57
2.2.1.- Une démarche de gestion de projet adaptée à la taille et à la complexité du projet DMP	57
2.2.2.– Un nouvel appel d'offres d'ingénierie et de prototypage	59
2.2.3.- Parallèlement, résoudre les problèmes majeurs encore en suspens	60
2.2.4.– Organiser la fonction d'hébergement sur la base d'un dispositif simple et lisible	61
2.2.5.– Définir un budget de programme	61
2.3.– <i>Instaurer une véritable gouvernance des systèmes d'information dans le domaine de la santé</i>	62
2.3.1.– Créer un Conseil national des systèmes d'information de santé (CNSIS)	62
2.3.2.– Rationaliser le dispositif des opérateurs de maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information de santé	63
<b>III.– CONCLUSION</b>	<b>64</b>
<b>RÉCAPITULATIF des PROPOSITIONS</b>	<b>66</b>



Page blanche

## RÉSUMÉ du RAPPORT

**MISSION INTERMINISTÉRIELLE  
de REVUE de PROJET sur  
le DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (DMP)**

-----  
**RÉSUMÉ du RAPPORT**  
-----

Créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui prévoyait sa généralisation à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie pour le 1<sup>er</sup> juillet 2007, le dossier médical personnel (DMP), n'est toujours pas opérationnel et ne pourra l'être avant plusieurs années.

La conduite du projet, confiée à un groupement d'intérêt public installé en avril 2005 (le GIP DMP), a été depuis l'origine enserrée dans un ensemble de contraintes qui n'ont jamais permis de répondre aux exigences méthodologiques d'un projet d'une telle ambition et d'une telle complexité.

1.- D'emblée, le projet DMP s'est vu attribuer une série d'objectifs à l'évidence hors d'atteinte, mais constamment mis en avant par les décideurs successifs. Cela concerne tout à la fois :

- le calendrier des opérations, qui imposait de réaliser en trois ans un projet que tous les autres pays ont prévu de développer sur une décennie au moins ;
- le coût du projet, longtemps et grandement sous-estimé, ce qui a notamment conduit à ne jamais accorder au GIP DMP les moyens humains, techniques et budgétaires qui lui étaient nécessaires ;
- le modèle économique du DMP, auquel diverses annonces ou « études » ont attribué à tort un potentiel d'économies importantes pour l'assurance maladie.

2.- L'irréalisme de ces objectifs a en permanence placé les acteurs sous la pression des échéances politiques et sous le contrôle direct des cabinets ministériels.

Il en est résulté une gestion de projet constamment précipitée, souvent improvisée, parfois inconséquente. Les effets ont été nombreux et importants :

- conçu à l'origine comme un dossier médical électronique partagé, centré sur le patient mais à l'usage principal des professionnels de santé, le dossier est devenu en 2004 un dossier médical personnel, mis à disposition de l'assuré social et contrôlé par lui, sans que les conséquences techniques, juridiques et pratiques de ce choix aient été mesurées ou anticipées ;
- la priorité a été donnée d'emblée à la dimension technique et à l'hébergement du DMP, avant que la réflexion sur son contenu et son usage ait été réellement menée ;
- le GIP, auquel les moyens ont continué d'être mesurés, a souffert en outre d'une instabilité managériale et stratégique : trois directeurs se sont succédé sous l'influence des choix ministériels au cours de la première année d'existence du groupement, et un changement de cap est intervenu brutalement au milieu de 2006 sur le choix de l'architecture du projet et le modèle d'hébergement ;
- la phase d'expérimentation, clôturée à la fin de 2006 à peine quelques mois après avoir été lancée, n'a pas permis de tirer les enseignements opérationnels attendus ;
- des problèmes juridiques, dont la résolution aurait dû constituer un préalable, ont été – et continuent à être – traités au fil de l'eau, ce qui a constamment fait peser sur le projet un certain nombre d'hypothèques sérieuses : ainsi les décrets relatifs au contenu du DMP et à l'identifiant national de santé ne sont toujours pas publiés ;
- l'appel d'offres destiné à désigner l'hébergeur de référence a été lancé de façon précipitée, sans que toutes les conséquences aient été cernées (cf. infra).

## RÉSUMÉ du RAPPORT

**3.- La stratégie actuelle comporte d'importantes zones de risques et d'incertitudes, qui nuisent à la crédibilité et à la lisibilité du projet.**

A cet égard, deux dangers principaux méritent d'être soulignés.

**▪ La viabilité du modèle de l'hébergement n'est pas assurée et apparaît, en l'état actuel du dossier, source potentielle de contestations et de dérives.**

Ce modèle est fondé sur une répartition asymétrique de la fonction d'hébergement entre un hébergeur de référence et des hébergeurs agréés :

- l'hébergeur de référence, qui aura l'avantage d'avoir élaboré les spécifications qui s'imposeront aux autres hébergeurs, et bénéficiera d'une garantie de rémunération correspondant à cinq millions de dossiers en contrepartie de son rôle de garant de la continuité du service, pourra assurer l'hébergement de dossiers et concurrencer ainsi les hébergeurs agréés, sans toutefois être autorisé à faire la promotion de son service d'hébergement auprès des usagers ;
- les hébergeurs agréés, rémunérés par la collectivité sur la base d'un tarif public unique (établi à partir du prix proposé par l'hébergeur de référence), seront en concurrence pour s'attacher la clientèle des patients, et pourront proposer à ces derniers d'autres services à valeur ajoutée, sans lien direct avec le contenu du DMP, auquel ils n'auront pas accès.

Pour que ce schéma puisse fonctionner, et ne pas donner un avantage concurrentiel trop marqué à l'hébergeur de référence, deux conditions sont nécessaires, dont il est difficile d'envisager qu'elles soient réunies à court terme : un scénario documenté de montée en charge, permettant aux industriels d'estimer la rentabilité potentielle de l'opération ; une phase de généralisation du DMP réalisée dans un délai suffisamment court pour donner à tout hébergeur l'espoir d'obtenir un volume significatif d'activité. Nul ne peut prédire aujourd'hui, comme le reconnaît le GIP, si ce schéma évoluera vers un monopole de fait de l'hébergeur de référence ou, au contraire, vers un repli de ce dernier sur ses fonctions de continuité de service. Dès lors, dans une période où le marché de l'hébergement des données de santé est loin d'être mature, trois séries de risques sont à considérer :

- celui de voir l'ensemble du dispositif fragilisé par des contestations émanant de candidats malheureux ou d'industriels s'estimant victimes d'une inégalité de traitement (l'histoire du projet montre qu'il ne s'agit pas d'un risque théorique) ;
- celui de donner lieu à des pratiques contestables : reconstitution par un hébergeur du profil de ses clients par le traçage de leurs accès au DMP ; stratégies de captation de clientèle entre hébergeurs, voire entre professionnels de santé, ou, à l'inverse, d'actions commerciales ou d'influence en direction des acteurs censés pouvoir orienter le choix du patient, parmi lesquels les médecins et les pharmaciens seront les plus exposés ;
- enfin, celui d'un gaspillage de fonds publics : par la rémunération de l'hébergeur de référence pour des dossiers qu'il ne gèrerait pas, faute de DMP ouverts en nombre suffisant chez lui ; ou par le financement redondant du développement du même applicatif, à l'hébergeur de référence puis aux hébergeurs agréés.

**▪ Le processus de montée en charge est obéré par de nombreuses incertitudes**

Dès le départ, le projet de DMP a été engagé dans un processus de mise en œuvre technique avant que le concept et les finalités n'en aient été suffisamment pensés. Aujourd'hui encore, les efforts restent davantage tournés vers les problèmes d'architecture informatique et d'hébergement, que vers ceux, pourtant essentiels et prioritaires, du contenu du DMP et de son usage par les patients et, surtout, par les professionnels de santé.

## RÉSUMÉ du RAPPORT

Aucun plan global de déploiement n'a encore été vraiment défini. Des questions sérieuses sont dès lors en suspens, qui représentent autant d'hypothèques pour la montée en charge du DMP. Successivement :

- les conditions d'utilisation de l'identifiant national de santé, et de façon plus générale les procédures d'identification et d'authentification envisagées, n'ont toujours pas été soumis à l'examen de la CNIL, qui est particulièrement attentive à ce dossier ;
- les modalités pratiques (délais, prix, ergonomie) selon lesquelles les éditeurs de logiciels mettront à la disposition des professionnels de santé des versions de leurs produits conformes aux spécifications du DMP, restent à ce jour mal déterminées ;
- les problèmes de l'intégration du DMP dans le poste de travail et dans la pratique quotidienne des professionnels de santé ne sont pas encore véritablement traités ;
- les modalités concrètes d'accompagnement des professionnels de santé n'ont été que partiellement définies et peu discutées avec les intéressés, et la question sensible des éventuelles incitations financières n'est pas abordée ;
- la question du rôle du médecin traitant dans les processus d'ouverture, d'alimentation et de mise à jour du DMP est laissée dans l'ombre ;
- les modalités et les délais dans lesquels les hôpitaux seront effectivement en mesure d'adapter leurs systèmes d'information au DMP restent indéterminés à ce stade ;
- enfin, le calendrier de montée en charge affiché par le GIP DMP (50 millions de DMP ouverts en 2010) est d'ores et déjà hors de portée.

#### 4.- L'appel d'offres pour désigner l'hébergeur de référence a été lancé de façon précipitée et le cahier des charges comporte des impasses

Cet appel d'offres, pour lequel une décision doit être prise avant le 2 décembre 2007, a été lancé sans que la viabilité du modèle économique de la fonction d'hébergement ait été vérifiée, et sans qu'un plan de déploiement documenté ait été élaboré.

Le cahier des charges lui-même révèle le souci d'aller vite, et comporte un certain nombre d'impasses techniques ; sa construction est problématique : l'attribution au même prestataire des fonctions d'hébergeur de sauvegarde et de développeur du logiciel est de nature à enfermer l'État dans un faisceau de contraintes ; la part trop large faite aux développements complémentaires à définir ultérieurement est susceptible de faire courir à la Collectivité des risques financiers.

En dernière analyse, la stratégie de mise en œuvre du DMP s'est constamment caractérisée par une démarche heuristique, guidée par la volonté de bâtir d'abord une infrastructure visible, de nature à concrétiser l'avancement du projet au regard des échéances annoncées.

Pour conclure, la mission s'est posée trois questions :

- Les risques et les incertitudes mis en évidence apparaissent-ils suffisamment maîtrisables, et à quelles conditions, pour mener à son terme la procédure d'appel d'offres en cours et désigner l'hébergeur de référence ?
- Dans l'hypothèse d'une remise en cause de l'appel d'offres, quelles sont les alternatives stratégiques et opérationnelles envisageables ?
- Toujours dans cette hypothèse, quelles mesures seraient de nature à éviter qu'un coup fatal ne soit porté au projet et à la dynamique de long terme dont il est le vecteur ?

En l'état actuel du dossier et au terme de sa réflexion, **la mission préconise de « ne pas donner suite » à la procédure d'appel d'offres en cours** en vue de la désignation d'un hébergeur de référence.

Pour autant, **la mission estime qu'une telle décision ne doit conduire ni à une nouvelle déstabilisation du GIP-DMP, ni à une remise en cause du projet, ni à une rupture de la dynamique dont le DMP est porteur** en matière de modernisation des systèmes d'information.

## RÉSUMÉ du RAPPORT

## 5.- Les recommandations de la mission

Dans cette perspective, la mission propose un ensemble de mesures permettant tout à la fois de sauvegarder les acquis, retrouver la confiance des acteurs et relancer le projet. Les principales recommandations, présentées dans leurs grandes lignes, sont les suivantes.

**1.- Déclarer sans suite la consultation en cours pour la désignation de l'hébergeur de référence****2.- Sauvegarder les acquis**

- En préservant les développements techniques déjà réalisés ou engagés
- En poursuivant les projets lancés dans le cadre de l'appel à projets
- En réaffirmant l'intérêt du projet et en consolidant la mobilisation des acteurs

**3.- Restaurer la confiance dans le projet**

- En garantissant la transparence de la conduite du projet
- En rationalisant les processus de décision et en clarifiant les règles de gouvernance du GIP DMP
- En établissant des règles du jeu transparentes et stables vis-à-vis de tous les acteurs et partenaires
- En mettant en place des processus de rendu compte à échéances régulières
- En communiquant à bon escient, sur des réalités tangibles
- En intensifiant le processus de co-élaboration avec les acteurs

**4.- Relancer la dynamique du projet**

- En adoptant une démarche de projet adapté à la taille et à la complexité du projet, notamment
  - ◆ en inscrivant le projet dans un calendrier non impératif, réaliste et glissant ;
  - ◆ en traitant les problèmes de contenu et d'usage avant le mode d'hébergement ;
  - ◆ en lançant un nouvel appel d'offres pour développer un prototype de la chaîne complète du DMP, destiné à tester sur une maquette le réalisme technique de la solution : les règles d'alimentation du DMP par les flux « confluents » (dossier pharmaceutique, résultats de biologie et de radiologie, dossier communiquant de cancérologie, systèmes de réseaux locaux de soins...); l'interfaçage avec les principaux logiciels « métiers », en médecine de ville comme en établissements de santé ; le fonctionnement du portail unique.
- En adoptant une démarche de déploiement progressive, par « phases d'extension » successives.
- En couplant ce développement à des expérimentations en vraie grandeur, conduites avec les acteurs de terrain, de façon à valider le contenu des dossiers, les interfaces, la cinématique des échanges, la sécurité et l'intérêt des adaptations d'usage.

**5.- Résoudre parallèlement les questions majeures, notamment juridiques, en suspens**

- En publiant les décrets nécessaires et en réglant les problèmes liés à la sécurisation des accès et des données (utilisation d'un identifiant national de santé et procédures d'authentification).
- En traitant les questions techniques et juridiques non encore traitées.
- En organisant la fonction d'hébergement sur la base d'un dispositif simple et lisible commençant par la mise en place d'un dispositif d'agrément des hébergeurs de données de santé.

**6.- Attribuer au DMP un budget de programme****7.- Refonder la gouvernance des systèmes d'information dans le domaine de la santé**

- En instituant un **Conseil national des systèmes d'information de santé**, chargé d'élaborer un schéma national des systèmes d'information de santé, de veiller à la coordination des opérateurs, de favoriser l'interopérabilité des systèmes et d'assurer la coordination des différents opérateurs.
- En créant les conditions d'une mise en commun des moyens et savoir-faire des différents organismes chargés du développement des systèmes d'information de santé.
- En engageant un processus de rationalisation du dispositif des opérateurs, trop émietté et trop cloisonné.

