

CR réunion DMPATH

vendredi 29 mai 2009 10h-13h GIPCPS 8bis rue de Chateaudun Paris

Présents

SMPF : Dr Guiu, Pr Capron, Dr Sattonnet

FCRISAP : Dr Sattonnet, Dr Fontanière, Dr Camparo

GIPCPS : M Wehrung

CNOM : Dr Lucas, Dr Guyonnard

ASIP : Dr Robin

EpiConcept : Mr Jeannerod, Mme Khnafo

Tour de table de présentation

Dr Guiu : contexte actuel de l'anatomopathologie en France. Place de la spécialité dans d'offre de soins, démographie, rapport coût/efficacité, contraintes, restructurations. L'informatisation des ACP est très ancienne (Pr Capron)

Dr Sattonnet : projet DMPATH : voir présentation ppt. Ci-

Rappels sémantiques et structurels

Le projet DMPATH du SMPF/FCRISAP

Le calendrier

Les moyens

La position du CNOM

Le cahier des charges technique

Questions / Débat

Quelques rappels sémantiques

Définitions

CRNS: CR non structuré, non standardisé

CRS: CR structuré

CR_S: CR structuré et standardisé

Continuum CRNS ④ CRS ④ CR_S

Actuellement le CR_S sein est opérationnel sur le serveur (prescription et compte rendu ACP)

Le DMPPath est totalement compatible avec le CR_S mais ne concerne actuellement que les CRNS (Word, TXT, PDF...)

Etat des lieux de la communication des CR d'ACP

Toute structure d'ACP est informatisée

Via un SGL (5 principaux prestataires)

Et/ou via un SI d'établissement de soins

Les CR ACP sont mis à dispositions des cliniciens

Toujours sous forme « papier » posté ou déposé

Souvent sous forme numérique (Apicrypt, H'médecin, Easycrypt...)

Parfois sur un serveur de résultats propre à chaque structure

Les SGL sont tous compatibles avec le format d'extraction CRISAP (identifiant patient, structure, prescripteur, code ADICAP)

Le projet SMPF/FCRISAP

Le SMPF souhaite doter la profession d'un outil fédératif destiné à:

- ④ Simplifier et uniformiser l'accès aux CR pour les prescripteurs et destinataires
- ④ Permettre un accès rapide aux antécédents patients pour les ACP et mettre à disposition des outils uniformisés
- ④ Valoriser le potentiel épidémiologique des ACP

La FCRISAP est chargée par le SMPF de la mise en place du projet

Simplifier et uniformiser l'accès aux CR pour les prescripteurs et destinataires

Une copie de chaque compte rendu (CR) émis par une structure ACP est adressée au serveur national (sécurisation CPS)

Le (ou les) destinataire(s) du compte rendu est informé de la mise à disposition du CR. Il y accède par un lien direct sécurisé (CPS) et peut l'archiver dans son propre système informatique

Un praticien peut à tout moment accéder à l'ensemble des CR de patients pour lesquels il a été enregistré comme prescripteur ou destinataire (CPS)

Avec son médecin, identifié par sa CPS, un patient peut accéder à l'ensemble des CR le concernant en s'identifiant avec sa carte vitale

Permettre un accès rapide aux antécédents patients pour les ACP et mettre des outils uniformisés à leur disposition

Le pathologiste peut accéder en ligne à l'ensemble des comptes rendus qu'il a émis (sauvegarde déportée)

Sur le serveur, le pathologiste peut consulter les antécédents du patient dont il a la charge diagnostique pour obtenir un complément d'information et éviter la redondance d'explorations spécifiques

L'ACP pourra utiliser la fonctionnalité CR_S sur le serveur (sein...).

Tout médecin pourra se connecter sur le serveur pour y effectuer des demandes d'examen (« e-prescription ») et communiquer au pathologiste les données cliniques, para-cliniques...

Valoriser les potentialités épidémiologiques de l' ACP

Chaque CR comporte les identifiants patient, prescripteur, destinataires et 1 ou N code(s) ADICAP

Le code ADICAP détermine le type de prélèvement et de technique, l'organe, et la lésion

Les procédures d'exploitation statistique de la base de donnée sont celles édictées par la FCRISAP

Sur avis du comité d'éthique le serveur peut extraire des données anonymisées à fins d'études épidémiologiques

Compatible avec les normes HL7 / CDA R2, DMPath pourra se connecter à une plate forme type DCC / CNOM / DMP...

Shéma des flux

La sécurisation GIP CPS Garantit

④ l'invulnérabilité de l'espace de confiance ④ l'intégrité et qualité de l'information ④ l'authentification forte, signature électronique, chiffrement

Les étapes

Présentation du projet à la profession: fin 2008

Présentation du projet au CNOM et au GIP CPS début 2009

Validation des spécifications techniques avec les SGL

Accord des SGL (Réunion CNOM avril 2009)

④ principe d'une « labellisation DMPath » des SGL

Mise à disposition d'une plate-forme de test :

- pour les webservice
- pour le connecteur Apicrypt

Test d'intégration avec chaque SGL : en cours

Tests de l'outil par le panel d'ACP volontaires (25): rentrée 2009

Les moyens

Phase pilote: financement par CRISAP PACA (>100.000€) par dotation du Conseil Général des Alpes Maritimes (Appel à projet innovation médicale 2007)

Phase opérationnelle: prévoit un autofinancement par la profession

La position du CNOM Le Dr Lucas

rappelle que le CNOM soutient la démarche DMPATH qui peut être une ressource liée au « socle CNOM », ceci d'autant que les données ACP sont des données « sensibles ».

rappelle que l'adhésion au DMP n'est plus obligatoire (refus possible du patient).

souligne la nécessité d'accès au compte rendu ACP par le patient en présence d'un médecin

insiste sur la nécessité pour le DMPATH d'être conforme aux usages

Mr Jeannerod/Mme Khnafo (Epiconcept) : éléments techniques et organisationnels : essentiellement décrits au cours de la discussion (questions :réponses). Importance de la normalisation des échanges en conformité avec les normes en vigueur (...et adaptabilité aux normes à venir).

démonstration pratique 30 à 45' (non effectuée par manque de temps)

Questions – réponses, échanges avec le Dr Robin et Mme Wehrung

Dr Robin

Souligne la nécessité d'une « urbanisation » des systèmes d'information de santé (une urbanisation par spécialité étant peu souhaitable (sauf pour certaines informations dont l'anapath peut faire partie). Par exemple, le projet dossier « cardio » ne peut constituer un dossier à lui seul.

Rappelle que l'ACP est une discipline particulière par l'absence de contact direct avec le patient (pb de consentement [la carte vitale ne signifie pas consentement éclairé] et d'identification patient), et la valeur diagnostique très signifiante des info produites. L'ensemble génère une brochette de problèmes et nécessite des solutions spécifiques.

Rappelle que certaines expériences (SISRA) ne présentent pas une architecture adaptée, et que les choix architecturaux doivent être dictés par les usages et la sécurisation des données

Insiste sur la régulation des systèmes de santé (sujet sociétal majeur)

Rappelle que le développement du DP dont le principe pourrait être comparé au DMPATH s'est fait sur le « vide » laissé par le DMP.

Dr Lucas

Signale que la procédure d'uniformisation du consentement (possibilité de consentement à posteriori) est en cours (groupe de travail 18 juin 2009. Rapport : rentrée 2009/2010)

Apprécie la fonctionnalité « téléprescription » prévue dans le DMPATH

Mme Wehrung

La problématique est donc celle d'une synchronisation des échéances.

Dr Robin

L'ASIP engage le DMPPath à synchroniser ses calendriers de développement pour intégrer les référentiels prévus

Souhaite que soient dissociés la finalité « parcours/coordination des soins » de celle « épidémiologie/exploitation des données »

Dr Sattonnet

La priorité est donnée à la finalité « parcours/coordination des soins » (maîtrise SMPF), la finalité « épidémiologie/exploitation des données » étant en filigrane, secondaire (maîtrise FCRISAP)

Dr Robin

Souhaite que soit précisée la gouvernance du projet, en particulier pour la gestion des données

Pose le pb du rapprochement des identités (identitovigilance) avec le risque de dispersion. En l'état, un objectif de coordination des soins basé sur des identités « rapprochées » ne répond pas aux référentiels de sécurité promus par les pouvoirs publics.

Précise que l'ASIP n'a pas vocation à valider les projets, chaque acteur pouvant, dans le cadre réglementaire, concevoir les systèmes qu'il juge pertinent mais qu'en l'état, l'ASIP ne financerait pas un tel projet avec la caution que ce financement confère.

Epiconcept

En l'absence du NIS, les procédures sont celle adoptées dans le cadre des travaux liés aux dépistages. L'évolution passera par le NIS dès qu'il sera disponible (dans les 2mois ?). Pour le DMPPath la saisie « à la source » est le meilleur gage de fiabilité (données épidémio), ceci d'autant que celui-ci disposera d'une fonctionnalité « téléprescription »

Pr Capron

L'ACP n'est pas une spécialité prescrite, il s'agit de demande d'examens (« request »), non de prescription

Dr Robin

L'ASIP s'est vue confier la préparation du référentiel pour le dispositif d'alerte épidémio

La responsabilité d'alimentation du DMP incombe au producteur de l'information

Le refus pour un professionnel de santé d'alimenter le futur DMP (si le patient a donné son accord) peut entraîner des pénalités de la part de la CNAM

Le DP (pharmacien) va alimenter le DMP du fait d'une loi spécifique à venir

Dr Sattonnet

L'adhésion des ACP au DMP pourrait se faire via DMPPath et prescripteur, non directement (ACP→DMPPath→prescripteur→DMP)

Dr Robin

L'ASIP peut aider les ACP pour la standardisation CDA...

Précise que le référentiel d'interopérabilité doit « sortir » très prochainement

ASIP et l'INCA va valider les éléments opposables dans les CR anapath

Signale qu'EpiConcept, en tant qu'industriel, a une obligation de conseil et d'assistance à SMPF et FCRISAP pour le DMPATH

Mme Wehrung

« le diable est dans les détails » : il faut laisser la maîtrise d'ouvrage spécialisée aux professionnels

Les contraintes légales et le respect des référentiels qui n'existent pas doivent être la cible sachant qu'il faut avancer pour éprouver le système.

Dr Robin

Propose d'assister SMPF et FCRISAP dans la réflexion qui a motivé l'émergence du projet DMPATH afin d'étudier la mise en œuvre d'un projet plus conforme aux choix d'urbanisation promus par l'ASIP. Proposition pour ce faire de désignation d'un correspondant à l'ASIP

Pr Capron

La structuration intégrale des données est indispensable à terme

Le CR anapath est un bloc insécable devant figurer in extenso dans un dossier médical, toute extraction partielle peut être source d'erreur ou de mauvaise interprétation

Dr Camparo

Pose le problème des dossiers dits « de synthèse », source de perte ou de modification d'information

Dr Lucas

Réaffirme le soutien du CNOM au projet DMPATH (le projet est concret, sa mise en œuvre rapide est possible, il possède un financement)

Rappelle la notion de « dossier socle » avec ressources liées dont peut faire partie le DMPATH

Pense complexe de vouloir faire tout figurer dans un dossier unique centralisé

Fin de la séance à 12h45