



# Le dossier communicant de cancérologie

**Alain Livartowski**  
Médecin, DIM  
Institut Curie,  
directeur du projet  
DCC Ile-de-France

Le dossier communicant de cancérologie (DCC) est un des éléments du Plan cancer. La mesure 34 propose la mise en place d'un DCC sous la responsabilité des réseaux régionaux du cancer. Cette mesure entre dans le cadre de la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Les principaux objectifs du DCC sont :

- de servir de support à la coordination des soins,
- de permettre des échanges sécurisés entre les établissements, la médecine de ville et les organisations de soins à domicile,
- de constituer une ressource pour l'évaluation collective des pratiques et de la qualité des soins.

Le DCC constitue un outil de travail collaboratif destiné prioritairement aux professionnels de santé. Un cahier des charges a été publié par l'Institut national du cancer et est disponible sur le site de l'Inca ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

Dans le même temps, le projet de dossier médical personnel (DMP) a vu le jour et se mettra progressivement en place. La question que se posent de nombreux médecins est la suivante : « À quoi sert-il de mettre en place un DCC si tous les patients ont un DMP ? Ne suffirait-il pas de prévoir, dans le DMP, une partie liée à la pathologie cancéreuse sans réaliser un autre dossier ? »

### La problématique des différents dossiers

L'initiative la plus marquante est celle du dossier médical personnel (DMP), mais on placera en parallèle le projet de l'assurance maladie qui consiste à mettre à disposition des médecins l'historique des remboursements. Les établissements de santé, dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge du patient, ont de nombreux projets d'informatisation du dossier destiné aux professionnels de santé qui travaillent chez eux et de nombreux professionnels de santé libéraux, en cabinet, qu'il soient généralistes ou spécialistes, disposent d'un dossier informatisé.

Il convient de bien définir les objectifs des uns et des autres, et d'étudier de multiples problèmes comme l'interopérabilité, la complémentarité, la facilité d'accès à l'information pour les professionnels de santé.

### Les objectifs du DMP et du DCC sont différents

Pour le DMP, il s'agit de prendre en charge l'ensemble des patients, donc l'ensemble des pathologies, et il s'agit avant tout d'un dossier personnel qui appartient au patient et dont il peut faire l'usage qu'il souhaite. Les droits d'accès sont contrôlés directement par le patient et l'accès direct du patient à son dossier par Internet est acquis.

En ce qui concerne le DCC, l'objectif essentiel est la mise en œuvre d'une coordination des soins entre

professionnels. Les droits d'accès sont définis par le réseau, avec l'accord du patient, et le dossier est avant tout destiné aux médecins spécialistes de la cancérologie, même s'il peut être ouvert aux différents correspondants non spécialisés dans le cancer. La mesure 34 indique que « le dossier communicant doit être accessible aux médecins libéraux du réseau et bien entendu au patient », mais pas forcément par un accès direct par Internet.

### La complémentarité et la convergence entre DCC et DMP

En termes de contenu, pour la prise en charge du cancer, il est utile de disposer de l'ensemble des résultats biologiques des examens réalisés pour le patient et de l'ensemble des comptes rendus de radiologie. Par ailleurs, il serait important que soient accessibles les comptes rendus de spécialistes et bien sûr, point fondamental, tous les comptes rendus d'hospitalisation. Si cela est réalisé dans le cadre du projet DMP, il est inutile de disposer des mêmes informations dans le DCC.

Le DCC a des spécificités par rapport au DMP en termes de contenu, et on peut citer :

- Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), réunions entre médecins qui aboutissent à la réalisation d'un compte rendu, qui n'est pas, *a priori*, destiné à être remis au patient. Par contre, à la suite de cette RCP, dans le cadre d'une consultation, il est nécessaire de fournir au patient un programme personnalisé de soins (PPS), discuté oralement et remis par écrit. Ce PPS sera à l'évidence dans le DCC, mais il ne serait pas illogique qu'il figure également dans le DMP, alors que le compte rendu de RCP pourrait rester dans le DCC.

- La possibilité de pouvoir repérer, facilement, dans un système d'information, des épisodes de soins qui sont liés au cancer par rapport à ceux qui ne le seraient pas.

- Un des points fondamentaux du DCC est la mise à disposition des comptes rendus d'anatomo-pathologie. Beaucoup d'acteurs se sont émus que ces comptes rendus soient mis à disposition automatique du DMP et soient donc accessibles directement au patient avant que les professionnels de santé aient pu en prendre connaissance et surtout qu'ils aient pu expliquer les conséquences d'un diagnostic de cancer. Il s'agit de documents sensibles qui pourraient être « masqués » au patient par le professionnel en l'attente de la consultation d'annonce, de façon temporaire.

De nombreux réseaux se sont déjà informatisés et disposent parfois d'un dossier communicant considéré comme l'outil des professionnels. Le pilotage, comme

le veut le Plan cancer, est régional et il est certain qu'il existera dans d'autres pathologies chroniques (comme les soins palliatifs ou le diabète) des dossiers communicants au niveau régional, toujours dans le cadre des réseaux.

On peut donc considérer le DCC comme un dossier destiné avant tout aux professionnels de santé, alors que le DMP est avant tout destiné aux patients. Par contre, il existe des analogies entre le DCC et les dossiers d'établissements sauf que, dans ce cas, il s'agit d'un établissement virtuel : le réseau régional de cancérologie.

### L'interopérabilité entre les dossiers et la gestion de la sécurité

Un problème essentiel consiste à assurer l'interopérabilité entre ces différents dossiers. Un important travail a été fait au niveau du DMP concernant notamment l'enveloppe et les étiquettes normalisées (probablement selon la norme HL7 V3 CDA), alors que les documents devraient être disponibles dans des formats non normalisés à condition de respecter certains formats PDF, RTF ou XML.

Dans le cadre du DMP, il est prévu de mettre en place un identifiant national de santé, et il sera possible d'utiliser cet identifiant dans le DCC comme un trait de l'identité au même titre que le nom, le prénom, la date de naissance ou le sexe. Pour assurer au mieux cette interopérabilité, il serait utile que les projets DMP et DCC utilisent la même infrastructure, les mêmes connecteurs, les mêmes enveloppes, les mêmes étiquettes et le même identifiant. On constate qu'on pourrait réaliser une économie de moyens importante si les adaptations des systèmes d'information locaux faits pour le DMP étaient utilisables pour le DCC.

En termes de sécurité, il est prévu un accès et une authentification sécurisée pour le DMP. Pour les professionnels de santé, l'utilisation de la carte CPS ou, dans le cadre des établissements, de certificats d'établissements, est recommandé. Il ne faudrait pas que, dans le cadre du DCC pour une maladie sensible comme le cancer, les authentifications soient moins fortes et reposent uniquement sur l'utilisation d'un identifiant et d'un mot de passe.

### Les services attachés au DCC

Dans le cahier des charges de l'Inca différents services sont prévus dans le cadre du projet DCC pour améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer. On peut imaginer notamment les services suivants :

- L'inscription dans le cadre du réseau et la gestion du consentement explicite nécessaire dans le cadre de la prise en charge dans un réseau de cancérologie.
- Les réunions de concertation pluridisciplinaires qui nécessitent une organisation, un planning, l'inscription d'un patient, la réalisation d'un compte rendu et la mise à disposition de ces informations pour les différents intervenants.

- Un point particulier consiste à rendre disponible, consultable par l'ensemble des praticiens et par le patient lui-même, le programme personnalisé de soins, pour assurer au mieux la prise en charge partagée. Il existe quelques expériences d'informatisation des programmes personnalisés de soins. Le DCC pourrait offrir un support pour cet objectif.

- La possibilité de réaliser automatiquement une demande d'ALD à destination des différentes caisses d'assurance maladie.

- D'autres proposent la mise en place d'alertes, notamment pour la réalisation systématique d'examens complémentaires dans le cadre de la surveillance ou dans le cadre de la planification des traitements.

- La mise à disposition de référentiels qui seraient au mieux contextuels à l'état du patient et qui seraient probablement disponibles sur les différents sites régionaux, même si la réalisation se fait au niveau de l'Inca ou au niveau de sociétés savantes.

Le DCC constitue le lien le plus efficace et le plus utile entre les professionnels qui partagent la prise en charge d'un patient dans le cadre d'un réseau de soins. Pour assurer au mieux l'accès aux innovations, la pratique de la cancérologie devra s'inscrire obligatoirement dans le cadre des réseaux, et les réseaux régionaux de cancérologie devraient être opérationnels dans chaque région au plus tard fin 2007. Leur rôle sera d'assurer la coordination de l'ensemble des acteurs et d'organiser le dossier communicant de cancérologie. Pourtant, il convient que celui-ci s'articule correctement avec les autres projets, notamment le DMP et les dossiers d'établissements. Cette condition est indispensable pour la réussite de ces projets qui pourraient permettre au système de santé français de rattraper son retard en matière d'informatisation. 

Le plan cancer : <http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/plancancerbase.pdf>

Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Cahier des charges du DCC - avril 2006 : [http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/cctpavril2006\\_190906.pdf](http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/cctpavril2006_190906.pdf)