



HAL
open science

Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne

Alae El Matouat

► **To cite this version:**

Alae El Matouat. Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02140314

HAL Id: dumas-02140314

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02140314>

Submitted on 27 May 2019

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Alae EL MATOUAT

Né le 17/01/1986 à Fés (Maroc)

**Utilisation du dossier
médical partagé par
les médecins
généralistes installés
en région Bretagne.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 26/04/2018**

devant le jury composé de :

Frédéric MOURIAUX

PU-PH Chef de service d'ophtalmologie. CHU
Rennes / Président de jury

Didier MYHIE

Professeur associé de médecine générale.
Université Rennes 1 / assesseur

Fouzia MOUSSOUNI-MARZOLF

MCU en bioinformatique, université de Rennes /
assesseure

Olivier DAMERON

MCU, Université de Rennes / assesseur

Carole RICHARD

Médecin. SDIS 22 / directrice de thèse

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques (Professeur associé)	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultanat	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoît	Oto-rhino-laryngologie

GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre + consultanat	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Emérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian Professeur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand (Professeur associé)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie

ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis (Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGELH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale

Nom Prénom	Sous-section CNU
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoît	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie

Nom Prénom	Sous-section CNU
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lome)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

REMERCIEMENTS

Professeur Frédéric MOURIAUX, chef de service d'ophtalmologie du CHU de Rennes, je vous remercie de m'avoir gratifié de votre présidence de mon jury de thèse et de vos conseils pour la rédaction de mon travail.

Didier MYHIE, Professeur associé, coordinateur du DES de médecine générale, je vous remercie du temps que vous consacrez à siéger à mon jury de thèse.

Docteur Fouzia MOUSSOUNI-MARZOLF, Maître de conférences universitaire, et Docteur Olivier DAMERON, maître de conférences universitaire, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, et d'avoir acceptés de siéger à mon jury de thèse.

Docteur Carole RICHARD, directrice de thèse, médecin au SDIS22, je vous remercie du soutien que vous m'avez fourni et de m'avoir accompagné au long de ce travail.

A mon amie, mon amour, Géraldine pour son soutien indéfectible tout au long de cette année, ainsi que pour ses précieux conseils et son aide à la relecture de mon travail.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES	12
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	14
Historique.....	14
Le Dossier Médical Partagé actuel.....	18
État des connaissances sur l’usage du DMP par les médecins.....	19
Questions.....	20
MÉTHODE	21
Sélection des variables étudiées	21
Population étudiée	21
Objectif principal.....	21
Objectif secondaire.....	22
RÉSULTATS	23
Sélection de la population	23
Objectif primaire : caractéristiques de la population	25
Objectif primaire : analyse bivariable	26
Lieu d’exercice, mode d’exercice, âge et sexe.....	26
Informatique, formation et information.....	29
Potentiels freins à l’utilisation du DMP	33
Potentiels avantages du DMP.....	36
Objectif primaire : analyse multivariée	39
Objectif secondaire : caractéristiques de la population.....	40
Objectif secondaire : analyse bivariable.....	41
DISCUSSION	42
CONCLUSION	45
DECLARATION DE CONFLIT D’INTERÊT	45
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXE 1 : Questionnaire.....	48
ANNEXE 2 : Description de la population.....	52
ANNEXE 3	53
ANNEXE 4	53
ANNEXE 5	54
ANNEXE 6	54
ANNEXE 7	55
ANNEXE 8	56

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de sélection de la population.....	24
Graphique 1: Utilisation du DMP selon l'âge, le sexe, le lieu et le mode d'exercice	Erreur ! Signet non défini.
Graphique 2 : Utilisation du DMP selon le logiciel, la maîtrise de l'informatique, l'information et la formation	Erreur ! Signet non défini.
Graphique 3 : Utilisation du DMP selon de potentiels freins.....	Erreur ! Signet non défini.
Graphique 4 : Utilisation du DMP selon de potentiels avantages	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 1 : Odds-ratios ajustés.....	39
Tableau 2 : Description de la population étudiée.	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 3 : Âge, sexe, mode et lieu d'exercice	53
Tableau 4 : Compétences, formation et information	53
Tableau 5 : Freins potentiels à l'utilisation du DMP	54
Tableau 6 : Avantages potentiels à l'utilisation du DMP	54
Tableau 7 : Description de la population du sous-groupe ayant utilisé le DMP au moins une fois	55
Tableau 8 : Résultats des tests exacts de Fisher	56

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DMP : Dossier Médical Partagé ou Dossier Médical Personnel

GIP-DMP : Groupement d'Intérêt Public Dossier Médical Personnel

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INTRODUCTION

Historique

L'État français a lancé depuis 2003 un projet de dossier médical informatisé national. Celui-ci permettrait le partage des informations concernant un patient entre les différents professionnels intervenant dans sa prise en charge. Ce dossier permettrait de diminuer les coûts par la limitation de la redondance d'examens complémentaires (1) et améliorerait la qualité des soins pour les patients.

Dans un rapport de 2003 (2), demandé par le ministre de la santé M. Jean François Mattei, M. Fieschi pose les principes fondamentaux du futur DMP (Dossier Médical Partagé). Il définit ce nouveau dossier comme un outil de « communication des informations de santé au vu et au su du patient concerné et sous son contrôle, pour ce qui concerne la confidentialité. Le dispositif informatique mis en œuvre pour la communication mémoriser les données du patient échangées pour permettre leur partage. » Il explique dans ce rapport la nécessité d'accroître l'échange des informations de santé concernant les patients afin d'assurer une meilleure qualité des soins. Cela est rendu nécessaire du fait de la fragmentation de la médecine par l'augmentation du nombre de spécialités et de la prise en charge multidisciplinaire du patient. Il introduit également l'importance pour le patient d'être acteur de sa santé et d'avoir accès à ses propres informations de santé. Ces exigences doivent se faire par la numérisation des données au travers d'un dossier commun. Ce rapport stipule également le fait que l'ensemble des outils technologiques pour la mise en place d'un tel dossier existent déjà en 2002. L'inefficacité de l'État en matière d'accompagnement au développement d'outils informatiques adaptés est pointée du doigt. Elle est expliquée par une multitude d'agences aux objectifs différents. Ces agences, non pérennes au cours du temps, sont pour certaines dissoutes sans que d'autres ne leur succèdent dans leurs missions. Ceci aboutit au développement de systèmes de gestion de données peu interopérables, aux objectifs centrés sur la gestion et l'économie et non sur le patient. Un prérequis législatif important à la mise en place d'un dossier patient informatisé est obtenu par la loi du 4 mars 2002 qui autorise l'hébergement de données de santé à caractère personnel (3). Les hébergeurs en question doivent préalablement obtenir un agrément de l'administration. Cependant le décret d'application n'est publié que le 5 janvier 2006. (4)

Le Dossier Médical Personnel est lancé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et créé par les articles L161-36 du code de santé publique. La loi prévoit des sanctions financières pour les patients refusant la création d'un DMP. En avril 2005 est créé le Groupement d'Intérêt Public Dossier Médical Partagé (GIP-DMP) dont le rôle est la mise en œuvre le DMP et son déploiement. Le GIP-DMP lance une expérimentation en juin 2006 sur 17 sites. Le rapport publié en mars 2007 (5), concernant cette expérimentation, ne permet de tirer aucune conclusion quant aux améliorations à mettre en œuvre, ni aux difficultés prévisibles en cas de généralisation des systèmes testés, du fait de la sélection d'une population de médecins à haut niveau de compétences informatiques.

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) critique en 2007 l'expérimentation DMP du fait de nombreux problèmes : la procédure « bris de glace » (consultation du DMP en urgence, sans l'accord explicite du patient) était parfois impossible, les données étaient insuffisamment chiffrées, les usagers manquaient d'information à l'ouverture de leur DMP et il y avait des problèmes de sécurité à l'authentification (6).

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (7) critique vivement, dans un rapport publié en novembre 2007 la politique contemporaine de mise en œuvre du DMP. Elle regrette notamment l'instabilité managériale de GIP-DMP pour lequel trois directeurs se sont succédé au cours de la première année en raison de choix politiques. L'IGAS pointe également le retard à la publication de décrets indispensables à la mise en œuvre du DMP et une stratégie de mise en œuvre qui priorise l'aspect technique architectural du DMP et non son contenu ou sa mise en œuvre pratique pour les patients et professionnels. Elle souligne également un manque de moyens du GIP-DMP ne lui permettant pas d'assurer sa mission, une pression calendaire avec des objectifs irréalistes et la persistance de problèmes juridiques. L'IGAS préconise de suspendre l'appel d'offre « hébergeur de données » en cours, de stabiliser la direction de la maîtrise d'ouvrage sur le plan managérial et financier et enfin de ne pas imposer de calendrier buttoir au GIP-DMP. Le rapport confirme cependant l'intérêt public de la mise en place du DMP et la nécessité d'en poursuivre l'élaboration. Le gouvernement, par un communiqué le 12 novembre 2007 (8), prend acte de ces difficultés, suspend le projet dans son état actuel et propose une relance ultérieure.

Madame la ministre Roselyne Bachelot-Narquin, demande un rapport de relance du DMP en 2008 (9). Les rapporteurs tiennent compte des précédents travaux effectués et demandent que le DMP soit dans un premier temps défini par son contenu et ses usages, auxquels les caractéristiques techniques devront s'adapter et non l'inverse. Ils affirment que le DMP n'a pas

vocation à remplacer les « dossiers métiers » tenus par les différents professionnels (médecins généralistes, spécialistes, hospitaliers...), adaptés à la spécificité de leur pratique, mais que chacun des professionnels devra saisir les informations qu'il juge pertinentes afin d'obtenir à terme une vision globale de l'état de santé du patient. Ils proposent la réalisation d'un DMP socle qui comprendrait des options d'utilisation de base et que l'outil puisse être évolutif afin de l'enrichir secondairement, aux besoins des usagers. Ce premier socle contiendrait les lettres de synthèses, les résultats d'examens d'imagerie et de biologie, les données du dossier pharmaceutique, le dossier communicant en oncologie, les comptes rendus hospitaliers et les résumés de sortie standardisés^a. Les rapporteurs insistent sur la structuration des données, dont l'intitulé sémantique serait le même pour l'ensemble des usagers et permettant une classification dans une base de données et des recherches thématiques. Les données d'emblée structurées sont les résultats de biologie et d'imagerie, le dossier pharmaceutique et les résumés de sortie standardisés. Les rapporteurs évoquent à plus long terme une structuration des comptes rendus hospitaliers afin que les praticiens identifient immédiatement par une simple recherche les comptes-rendus pertinents selon l'état de santé du patient et leur spécialité. Secondairement le DMP devrait pouvoir proposer des services et ne pas être qu'une simple archive. Ils imaginent notamment un système de messagerie sécurisé intégré, la possibilité de programmer des alertes pour la réalisation des vaccinations ou des examens de suivi d'une pathologie chronique, des outils spécifiques au patient permettant le suivi d'une pathologie (comme le suivi des chiffres glycémiques pour le diabétique), des outils de télémédecine et la mise à disposition de documents aidant à la prise en charge de sa pathologie (par exemple des règles hygiéno-diététiques, les objectifs thérapeutiques, des liens vers des sites d'information médicale sur les pathologies présentées par le patients, etc...). Ils demandent à terme la mise en place de prescriptions électroniques : le médecin prescrirait le traitement via le DMP, et le pharmacien y récupérerait la prescription afin de délivrer les traitements. Selon les rapporteurs, ce système sécuriserait la prescription, s'affranchissant des ordonnances papiers sources d'erreur (lisibilité, compréhension) et réduisant les fraudes. Sur le plan calendaire, ils proposent un déploiement progressif des différentes fonctionnalités et n'envisagent pas un DMP généralisé avant une dizaine d'années. Ils recommandent un abandon des sanctions financières aux patients, et proposent que l'ouverture du DMP soit uniquement

^a Le résumé de sortie standardisé est un outil qui permet la facturation des séjours en établissement de santé. Il comporte – entre autres- le lieu d'hospitalisation, les dates, le diagnostic principal et les diagnostics associés, les actes médicaux effectués.

volontaire avec une information et un consentement éclairé. Ils proposent pour la réussite du DMP que celui-ci soit ergonomique et adapté aux usagers par exemple via la création d'une plate-forme nationale pour les patients et son intégration par les industriels dans les logiciels métiers des professionnels. Ils recommandent une forte volonté politique avec la mise en place d'une structure de pilotage unique en matière d'informations de santé.

Dans son discours du 23 juin 2008 (10), madame la ministre Roselyne Bachelot-Narquin valide les recommandations précédentes, annonce la relance du projet DMP et la création d'une structure de gouvernance, le conseil national des systèmes d'information de santé et d'une structure de maîtrise d'ouvrage, l'Agence des Systèmes d'Information de santé Partagée (ASIP). En 2010 l'ASIP expérimente le DMP sur le terrain dans 4 régions : l'Alsace, l'Aquitaine, la Franche-Comté et la Picardie (programme « amorçage »). Fin septembre 2011, 35 148 DMP sont créés, mais seulement 42 % contiennent au moins un document et seulement 9 % ont été consultés au moins une fois par le patient (11). Le déploiement est étendu à 10 nouvelles régions en 2012. Le nombre de DMP créés augmente progressivement pour atteindre 157 863 en juin 2012 (12).

La cour des comptes publie en juillet 2012 un rapport sur le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place (12). Les rapporteurs pointent à nouveau les défaillances en termes de gouvernance du projet DMP et le retard à la publication de textes législatifs indispensables au déploiement du DMP. Sur le plan financier ils critiquent la gestion du projet, qui manque de transparence quant aux sommes allouées (210 millions d'euro en 7 ans) et à leur utilisation, mais également l'émergence de multiples initiatives concurrentes au DMP. Sur le plan stratégique et organisationnel, les rapporteurs souhaitent voir la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) impliquée dans le projet. En 2014, seulement 520 000 DMP sont ouverts. Devant cet échec la Ministre Marisol Touraine souhaite relancer le projet. Le Dossier Médical Personnel est renommé Dossier Médical Partagé et la maîtrise d'ouvrage transférée à la CNAMTS par la loi de modernisation du système de santé (13).

Le Dossier Médical Partagé actuel

Objectif

L'objectif du DMP est de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins (14), en limitant la prescription d'examens redondants, en limitant le risque d'interaction médicamenteuse et en permettant l'accès en cas d'urgence.

Contenu

Le contenu du DMP est défini dans le code de santé publique (15).

Le DMP est un dossier médical informatisé qui contient l'identité du titulaire et des données médicales le concernant :

- les données relatives à l'état de santé (antécédents, allergies)
- les vaccinations
- les synthèses médicales
- les lettres de liaison rédigées au décours de soins hospitaliers
- les comptes rendus d'actes diagnostiques et thérapeutiques
- les traitements prescrits
- l'historique de remboursement des soins
- les données issues du dossier pharmaceutique (traitements achetés, prescrits ou non les quatre derniers mois)
- les données concernant le don d'organe et les directives anticipées.

Il comporte également l'identité et les coordonnées des représentants légaux, de la personne de confiance, des proches à contacter en cas d'urgence, du médecin traitant, et la liste des professionnels dont l'accès est autorisé ou interdit et les historiques de connexion.

Le DMP contient également des notes rédigées par le patient lui-même.

Le patient possède un droit de masquage des informations, c'est à dire qu'il peut autoriser ou non un professionnel à accéder à une information spécifique.

Conditions d'accès (16)

Le médecin accédant au DMP s'identifie grâce à sa carte CPS (ou dans le cas des établissements de santé, le secrétaire médical avec une carte de professionnel d'établissement), après avoir demandé le consentement du patient. L'accès peut se faire par un navigateur internet ou directement via le logiciel métier s'il est « DMP compatible », c'est à dire intégrant une interface d'authentification et de navigation. La DMP-compatibilité du logiciel s'obtient via une procédure d'homologation. L'organisme responsable recense plus de 1300 logiciels de santé

homologués (17). En cas d'urgence, le médecin régulateur du service d'aide médicale d'urgence peut accéder au DMP avec l'accord du patient. Il est également prévu un accès sans consentement du patient par une procédure appelée « bris de glace » en cas de risque immédiat pour la santé du patient et si celui-ci n'est pas en état de fournir son consentement. Le patient peut consulter un historique récapitulatif de l'ensemble des données relatives aux accès à son DMP.

Déploiement

Le Décret n°2016-1545 du 16 novembre 2016 autorise le déploiement du DMP par la CNAMTS. Le déploiement est effectif fin décembre 2016. Un DMP peut être créé par un professionnel de santé à la demande d'un patient sur l'ensemble du territoire français. Dans neuf départements dits pilotes (Bas-Rhin, Somme, Indre-et-Loire, Pyrénées-Atlantiques, Haute-Garonne, Val-de-Marne, Puy-de-Dôme, Doubs et les Côtes d'Armor), les usagers peuvent eux-mêmes créer leur DMP, soit en ligne, soit dans les locaux des Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

État des connaissances sur l'usage du DMP par les médecins

En France, la majorité des médecins est favorable au DMP d'après une enquête de l'ASIP santé de 2013 (84%) (18), une enquête d'opinion IPSOS en 2012 (77%) (19), et selon Renouf S. dans sa thèse de 2016 (83%) (20).

Dans un sondage Opinionway (21) 53 % des médecins pensent que le DMP peut améliorer la coordination des soins, 77% dans l'enquête ASIP santé (18) et 80% dans l'enquête IPSOS (19). Dans les enquêtes Opinionway et IPSOS ils sont respectivement 63% et 72% à penser que le DMP peut contribuer à améliorer la qualité des soins.

Ils sont également majoritaires à penser que le DMP peut faire perdre du temps (74% dans l'enquête ASIP santé, 92,6% d'après Resmond G. dans sa thèse de 2015 (22), 71% d'après Le Beux G. dans sa thèse de 2006 (23)). Resmond G. et Le Beux G. retrouvent en particulier une crainte quant au risque de double saisie dans leurs thèses (88,3% et 66% respectivement). La mise en danger du secret médical est une préoccupation pour 56% des médecins de l'enquête Opinionway, pour 74% des médecins dans la thèse de Le Beux G. et pour 31% dans la thèse de Enouf S.

Enfin une méta-analyse américaine d'octobre 2017 (24) retrouve comme obstacle à l'utilisation d'un système national de partage d'information de santé : les difficultés techniques,

les craintes quant à la sécurité des données, le manque de compétence informatique et le manque de temps.

Questions

Depuis environ 14 ans l'histoire du DMP en France est émaillée d'échecs et aucun système pérenne n'a été mis en place. Ce travail n'a cependant pas été vain car il a permis la mise en œuvre de textes législatifs et la rédaction de cahiers des charges, à la fois en terme technique et de contenu du DMP. Le DMP est relancé depuis un an, avec une organisation différente (la CNAMTS le met en œuvre), et une nouvelle modalité de création du dossier par le patient lui-même, sans l'assistance d'un professionnel de santé. De plus la CNAMTS alimentera automatiquement les DMP avec l'historique des remboursements du patient (consultation, imagerie, pharmacie, biologie).

L'objectif principal est de compter le nombre de médecins généralistes installés dans un cabinet médical en Bretagne qui ont utilisé le DMP au moins une fois depuis son lancement en décembre 2016, et de rechercher les éléments facilitateurs ou freinateurs à son usage.

L'objectif secondaire est de mesurer la fréquence d'utilisation du DMP, et d'en rechercher les éléments facilitateurs ou freinateurs, dans la sous population d'individus ayant utilisé le DMP au moins une fois.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale descriptive.

Cette étude n'a été financée par aucun organisme ou aucune association.

Sélection des variables étudiées

Les variables étudiées comprennent les données sociodémographiques, le mode d'exercice, la DMP-compatibilité du logiciel métier, l'exercice dans un département pilote ou non, la réception d'une information de la CNAMTS concernant le DMP, la participation à une formation médicale concernant le DMP, la compétence informatique, les craintes concernant la surcharge de travail, la double saisie, le manque de temps, la mise en danger du secret médical, les perceptions positives en terme d'amélioration de la qualité des soins, de réduction de redondance des examens complémentaires, et la favorabilité ou non à un système informatique de partage de données.

Population étudiée

La population cible est la population des médecins généralistes ayant un exercice en cabinet dans la région Bretagne. La liste et les coordonnées des médecins ont été obtenues auprès des conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Le recueil des données s'est fait via un questionnaire (Annexe 1) envoyé par message électronique. La première question sert à s'assurer que le répondant répond bien aux critères d'inclusion. Le questionnaire comporte 27 questions dont 4 ne sont posées qu'aux répondants « oui » à la question « Avez-vous utilisé le dossier médical partagé au moins une fois depuis son lancement en décembre 2016 ? ».

Dans les départements du Morbihan, de l'Ille et Vilaine et des Côtes d'Armor, les questionnaires ont été envoyés à des médecins ayant donné leur accord pour la réception de questionnaires de thèse. Concernant le Finistère, les questionnaires ont été envoyés via la newsletter mensuelle.

Objectif principal

Les variables qualitatives ont été décrites par leur fréquence et leur odds-ratio vis-à-vis de la variable étudiée. Un test d'indépendance du khi-2 à la variable d'intérêt a été effectué. Les variables avec un $p < 0,20$ ont été introduites dans une régression logistique descendante pas à pas. Les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata/IC 15.1 ©.

Pour l'analyse des questions dont les réponses reposent sur une échelle de Likert (pas du tout, plutôt non, ni oui ni non, plutôt oui, oui tout à fait), les modalités ont été regroupées en trois

catégories : une catégorie positive, une négative et une neutre vis-à-vis de la question. Ce regroupement a été rendu nécessaire afin d'obtenir les effectifs suffisants pour l'analyse statistique.

Objectif secondaire

La population étudiée est le sous-groupe de médecins ayant répondu « oui » à la question « Avez-vous utilisé le dossier médical partagé au moins une fois depuis son lancement en décembre 2016 ? ».

A cette population a été posé 4 questions supplémentaires. L'une concernant la consultation d'un document au moins une fois dont le médecin n'est pas l'auteur, les 3 autres pour mesurer la fréquence d'utilisation du DMP (Jamais, moins d'une fois par mois, plusieurs fois par mois, plusieurs fois par semaine, plusieurs fois par jour) selon 3 usages différents : la création d'un DMP, la consultation du DMP d'un patient, l'ajout d'un document au DMP.

Pour l'analyse bivariée, a été créée une nouvelle variable selon deux modalités : haut-utilisateur et bas-utilisateur. Les haut-utilisateurs sont les médecins ayant utilisé le DMP plusieurs fois par mois pour au moins l'un des usages précités. Les bas-utilisateurs sont ceux utilisant le DMP moins d'une fois par mois ou jamais pour chacun de ces usages.

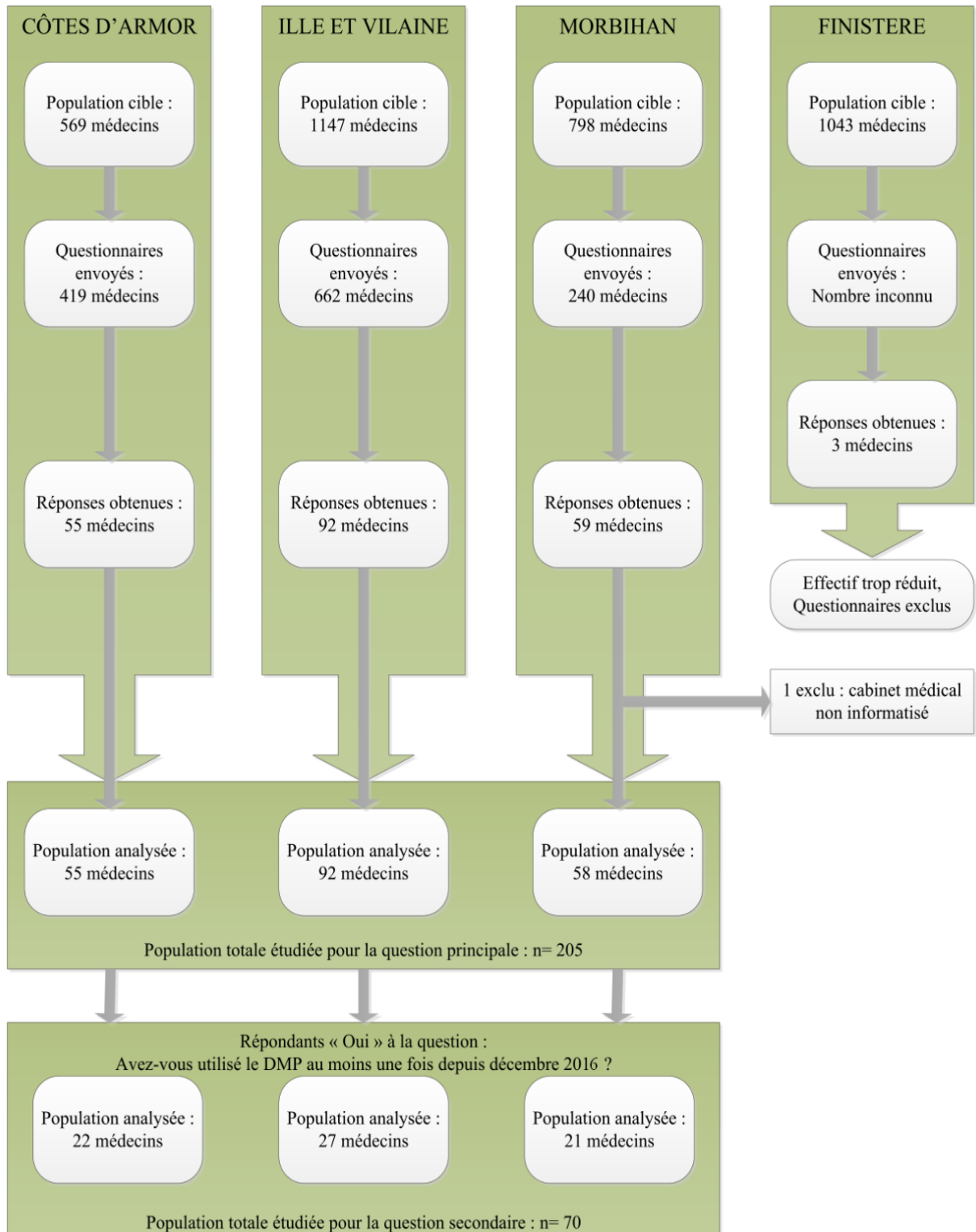
Cette nouvelle variable était la variable d'intérêt pour l'analyse bivariée. Il a été réalisé pour cela des tests exacts de Fisher au vu des faibles effectifs (11 individus pour la modalité haut-utilisateur).

RÉSULTATS

Sélection de la population

Le processus de sélection des individus de la population étudiée est résumé dans le diagramme de la page suivante (Figure 1). La population cible est la population des médecins généralistes installés dans un cabinet en Bretagne. On en dénombre 569 en côte d'Armor, 1147 en Ille et Vilaine, 798 dans le Morbihan et 1043 dans le Finistère (25). Les questionnaires ont été envoyés à 419 médecins (73,6% de la population cible) dans les Côtes d'Armor pour 55 réponses (taux de réponse de 13,2% ; 9,7% de la population cible), à 662 médecins dans l'Ille et Vilaine (57,7% de la population cible) pour 92 réponses (taux de réponse de 13,9% ; 8% de la population cible) et à 240 médecins (30% de la population cible) dans le Morbihan pour 58 réponses retenues (taux de réponse de 24,2% ; 7,3% de la population cible). Un questionnaire provenant du Morbihan a été exclu de l'analyse, le médecin répondant ne disposant pas d'ordinateur dans son cabinet. Seulement 3 réponses ont été obtenues de la part des médecins du Finistère, Elles ont été exclues de cette analyse vu le trop faible effectif. Finalement, 205 questionnaires sont retenus pour l'analyse.

Figure 1 : Diagramme de sélection de la population



Objectif primaire : caractéristiques de la population

Les caractéristiques sont regroupées dans le tableau 2 (Annexe 2).

Les réponses de 205 médecins sont retenues pour l'étude de la question principale.

70 médecins interrogés (34,1%) ont utilisé le DMP au moins depuis décembre 2016.

92 médecins exercent en Ille et Vilaine (44,88%), 58 dans le Morbihan (28,29%) et 55 dans les Côtes d'Armor (26,83%). 38 (18,54%) d'entre eux exercent dans un cabinet seul, 40 (19,51%) dans une maison de santé pluridisciplinaire et 127 (61,95%) dans un cabinet de groupe. Le sexe ratio est de 1,11. L'âge moyen de la population est de 46,5 ans, l'âge médian de 47 et l'écart type de 11,7. Les valeurs d'âge vont de 29 à 70 ans.

201 médecins ont un dossier patient informatisé sur les 205 interrogés. 79,5 % disposent d'un logiciel métier DMP-compatible, 8,8 % ont un logiciel non DMP-compatible et 11,7 % ne connaissent pas le caractère DMP-compatible de leur logiciel. 94 répondants pensent avoir une maîtrise suffisante de l'outil informatique pour utiliser le dossier médical partagé (DMP) (45,9%).

Concernant les connaissances sur le DMP, 64,9 % des médecins interrogés savaient au moment de l'étude que le DMP était en service, 36,1 % des interrogés ont reçu une information de la part de l'assurance maladie, 7,3 % ont participé à une formation médicale concernant le DMP, et 34 % ont utilisé le DMP au moins une fois depuis sa mise en service en décembre 2016. 32,6% s'estiment capables d'informer leur patient sur le DMP, 42,9% ne pensent pas pouvoir le faire et 24,4% sont sans opinion.

Une majorité d'interrogés pensent que le DMP entraîne une double saisie des informations (64,9%), une perte de temps (59,5%) et une surcharge de travail (70,2%). 36,6% des interrogés pensent que le secret médical est mis en danger, 29,8% estiment que non et 33,7% n'ont pas d'opinion sur le sujet. 68,8% pensent que le DMP peut aider au suivi des pathologies chroniques, 71,7% que le DMP peut améliorer la qualité des soins et 71,7% que le DMP peut réduire la redondance d'examens complémentaires. Enfin une majorité de personnes interrogées sont favorables à un système informatique de partage d'information (76,6%) contre 8,3% qui y sont défavorables.

Objectif primaire : analyse bivariée

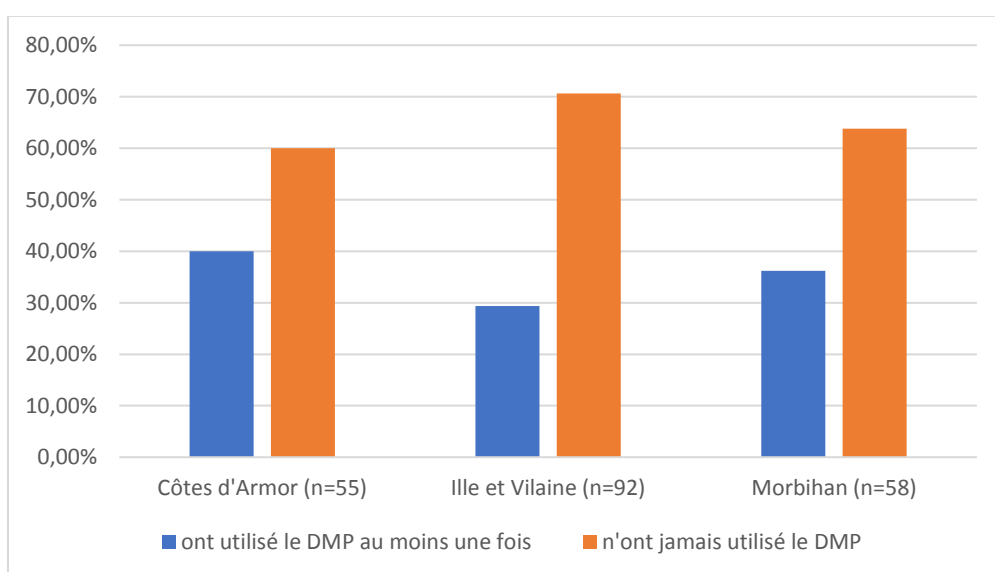
Lieu d'exercice, mode d'exercice, âge et sexe.

L'ensemble des odds-ratio et les valeurs des tests d'indépendance du chi-2 sont regroupés dans le tableau 3 (Annexe 3).

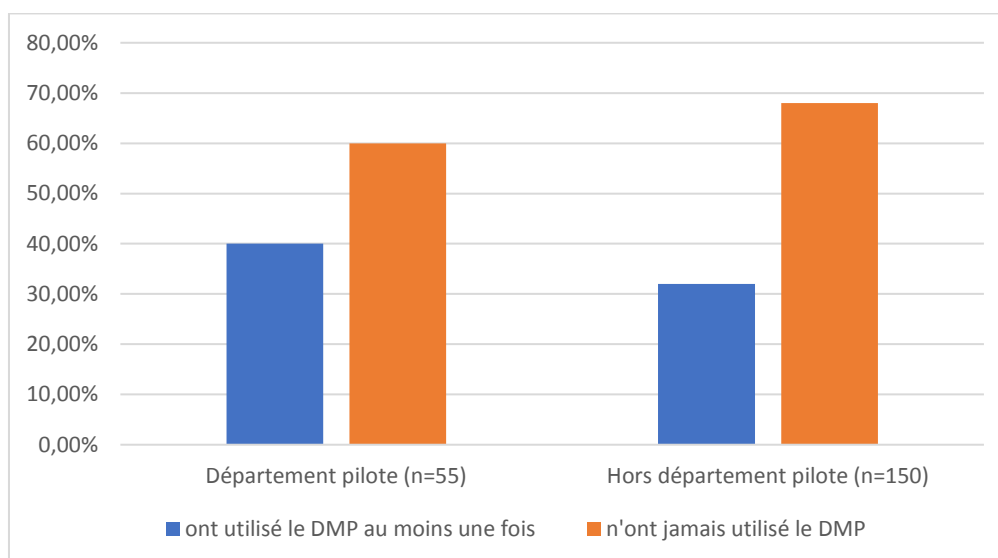
Les graphiques suivants représentent la répartition de la population pour chacune des variables étudiées en pourcentage pour chaque modalité de la variable.

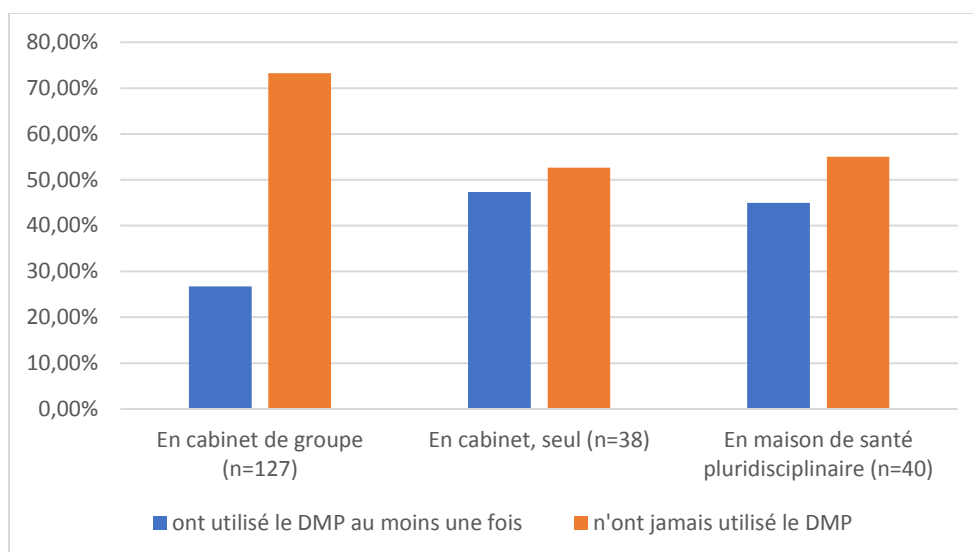
Lieu et mode d'exercice

Graphique 1 : utilisation du DMP et département d'exercice



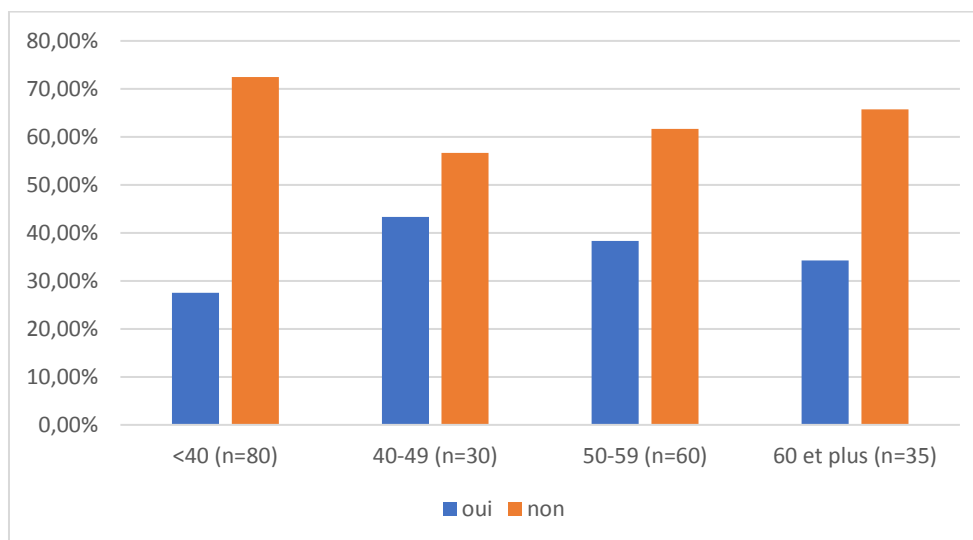
Graphique 2 : utilisation du DMP et caractère pilote ou non du département d'exercice



Graphique 3 : utilisation du DMP et mode d'exercice

On retrouve une association significative pour l'exercice en Ille et Vilaine (OR = 0,1875 [0,058 ; 0,605]) et l'exercice en cabinet de groupe (OR = 0,406 [0,192 ; 0,858]) en défaveur de l'utilisation du DMP. En revanche, l'exercice en département pilote n'est pas associé significativement à l'usage du DMP (OR = 1,417 [0,748 ; 2,685]).

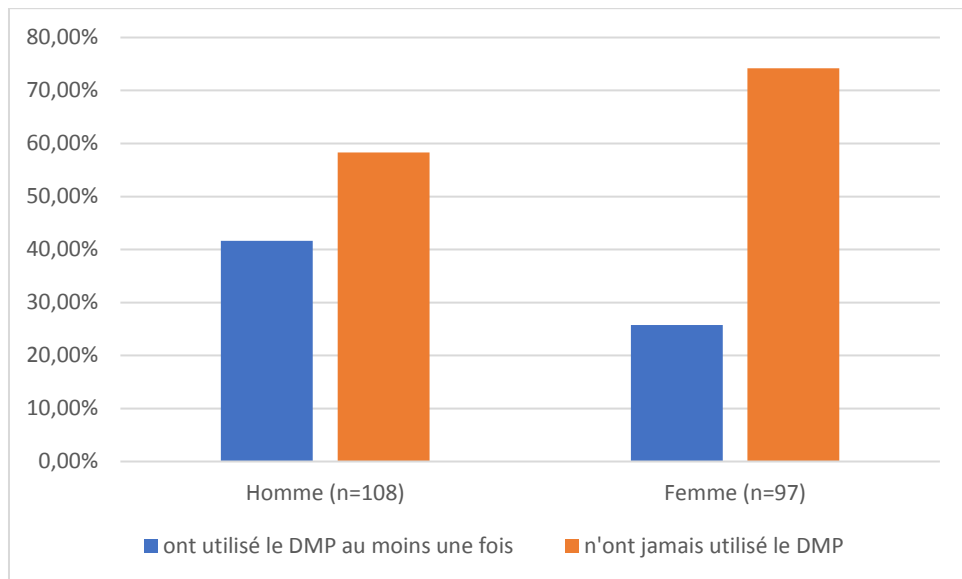
L'âge

Graphique 4 : utilisation du DMP et classe d'âge

L'âge n'influe pas sur l'utilisation du DMP dans la population étudiée. Le test d'indépendance du chi 2 n'est pas significatif (p=0,367) et les odds-ratios comprennent tous la valeur 1.

Le sexe

Graphique 5 : utilisation du DMP et sexe



Le sexe et l'utilisation au moins une fois du DMP ne sont pas indépendants, les femmes utilisent moins le DMP que les hommes interrogés avec un test d'indépendance du chi-2 significatif à $p=0,017$ (OR= 0,486 [0,268 ; 0,881]).

Objectif primaire : analyse bivariée

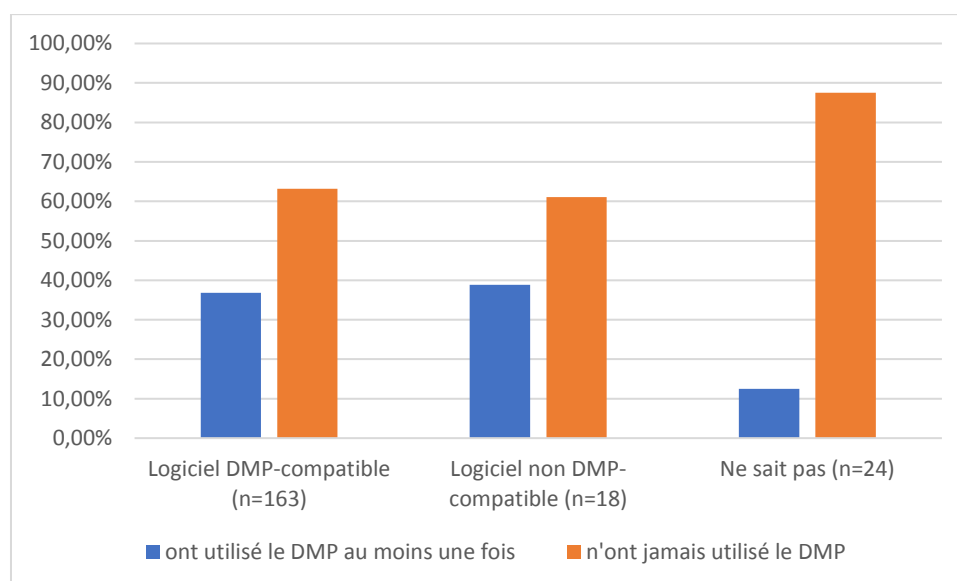
Informatique, formation et information

L'ensemble des odds-ratio et les valeurs des tests d'indépendance du chi-2 sont regroupés dans le tableau 4 (Annexe 4).

Les graphiques suivants représentent la répartition de la population pour chacune des variables étudiées en pourcentage pour chaque modalité de la variable.

DMP-compatibilité du logiciel métier

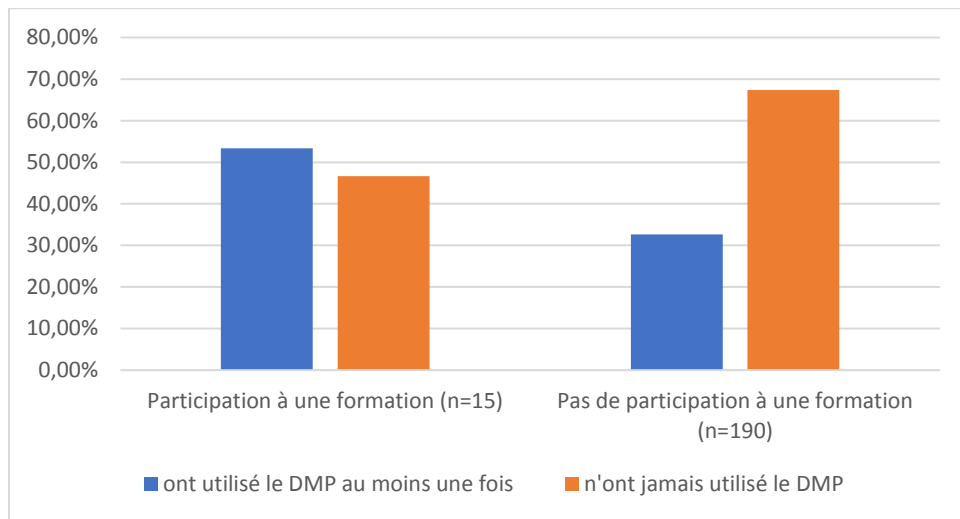
Graphique 6 : utilisation du DMP et DMP-compatibilité du logiciel



Le test du chi-2 pour l'utilisation d'un logiciel DMP-compatible et l'utilisation du DMP au moins une fois est à 0,058, proche de la significativité. Cependant on observe sur ce graphique que la différence est principalement liée au sous-groupe de médecins (n=24) ne connaissant pas le statut DMP-compatible de leur logiciel. Il n'y a pas de différence entre la population ayant un logiciel DMP-compatible et celle ayant un logiciel non DMP-compatible.

Participation à une formation

Graphique 7 : utilisation du DMP et participation à une formation

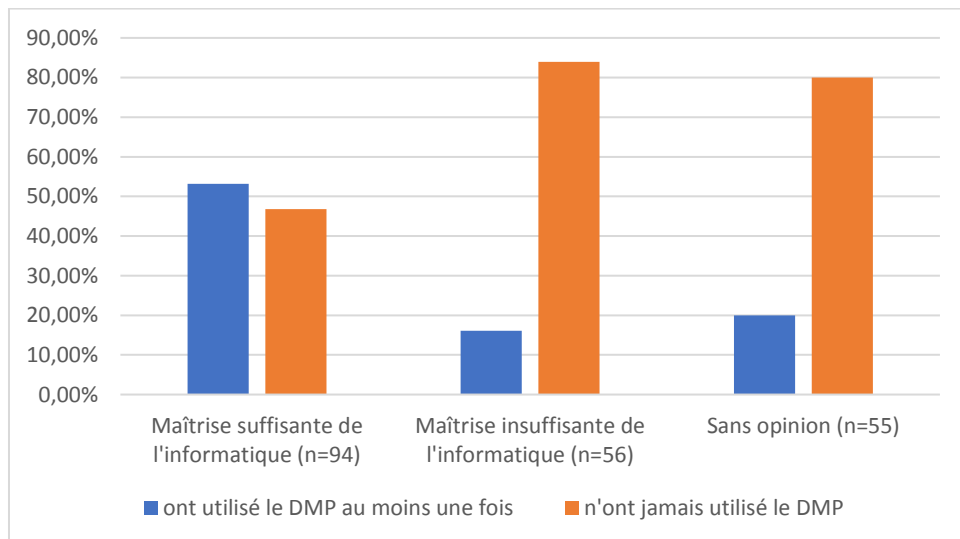


53% des médecins ayant participé à une formation ont utilisé le DMP au moins une fois contre 33% de ceux ni ayant pas participé.

Cependant on ne retrouve pas de dépendance de ces populations au test du chi-2 (0,104).

Maîtrise de l'outil informatique

Graphique 8 : utilisation du DMP et maîtrise de l'outil informatique

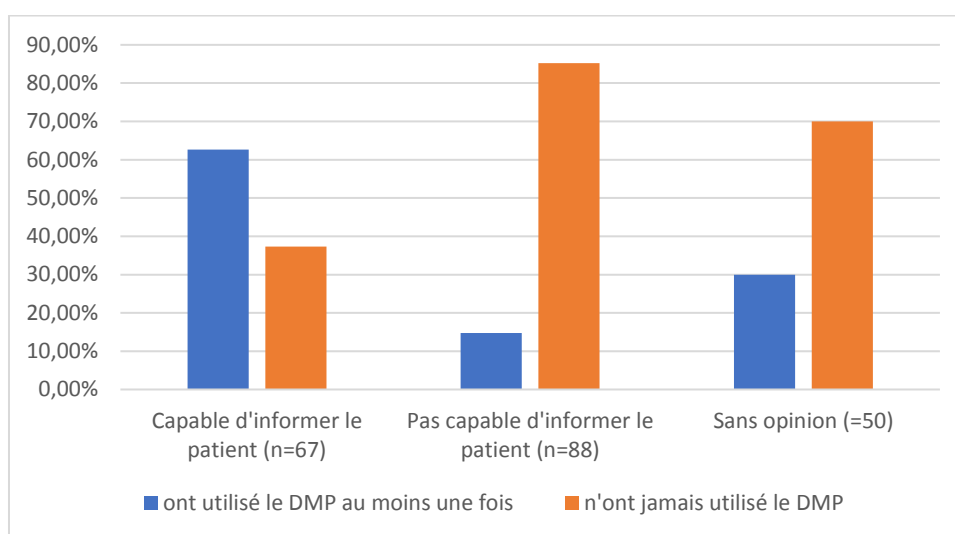


Ce graphique montre une utilisation plus importante du DMP chez les médecins maîtrisant l'outil informatique.

Sur le plan statistique, la maîtrise de l'outil informatique (OR = 5,934 [2,613 ; 13,477]) est associée significativement à l'utilisation au moins une fois du DMP.

Capacité à informer le patient

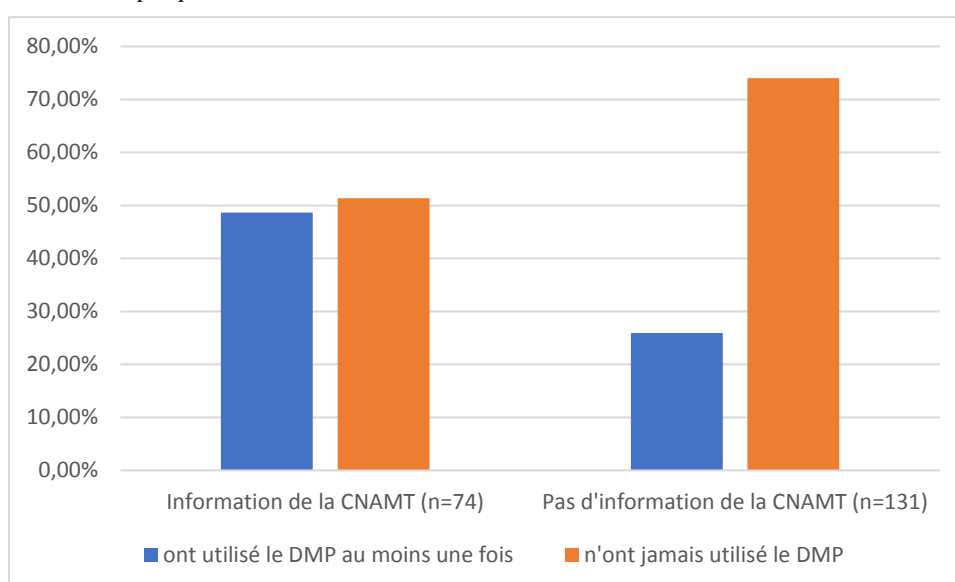
Graphique 9 : utilisation du DMP et capacité à informer le patient



La capacité à informer le patient est une exigence réglementaire pour tout acte médical, y compris pour l'ouverture du DMP. L'enquête retrouve une plus forte utilisation du DMP lorsque le médecin se sent capable d'informer son patient. Cette différence est statistiquement significative (OR= 9,692 [4,491 ; 20,919]).

Réception d'une information de la CNAMT

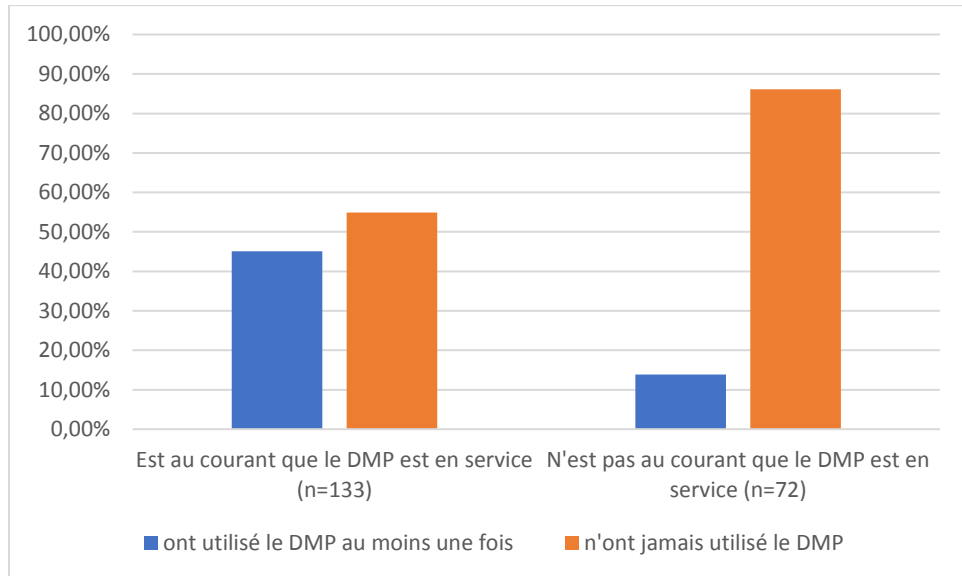
Graphique 10 : utilisation du DMP et information de la CNAMT



La réception d'une information de la CNAMT est associée significativement à une plus forte utilisation du DMP au moins une fois (OR = 2,703 [1,483 ; 4,926]).

Existence du DMP

Graphique 11 : utilisation du DMP est connaissance de la mise en service de celui-ci



On retrouve une plus forte utilisation du DMP chez les médecins sachant que celui-ci est en service, sans surprise. (OR= 5,096 [2,407 ; 10,790]).

Parmi les médecins interrogés, ils étaient 72 (35%) à ne pas savoir que le DMP était en service. Dans le département pilote, ils étaient 13 (24%) à ne pas savoir que le DMP était en service.

Objectif primaire : analyse bivariée

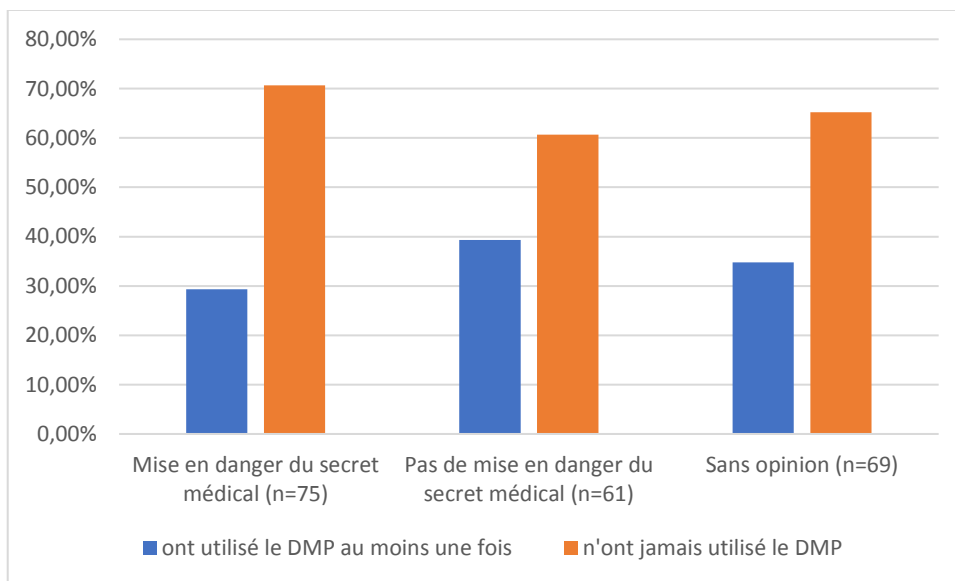
Potentiels freins à l'utilisation du DMP

L'ensemble des odds-ratio et les valeurs des tests d'indépendance du chi-2 sont regroupés dans le tableau 5 (Annexe 5).

Les graphiques suivants représentent la répartition de la population pour chacune des variables étudiées en pourcentage pour chaque modalité de la variable.

Mise en danger du secret médical

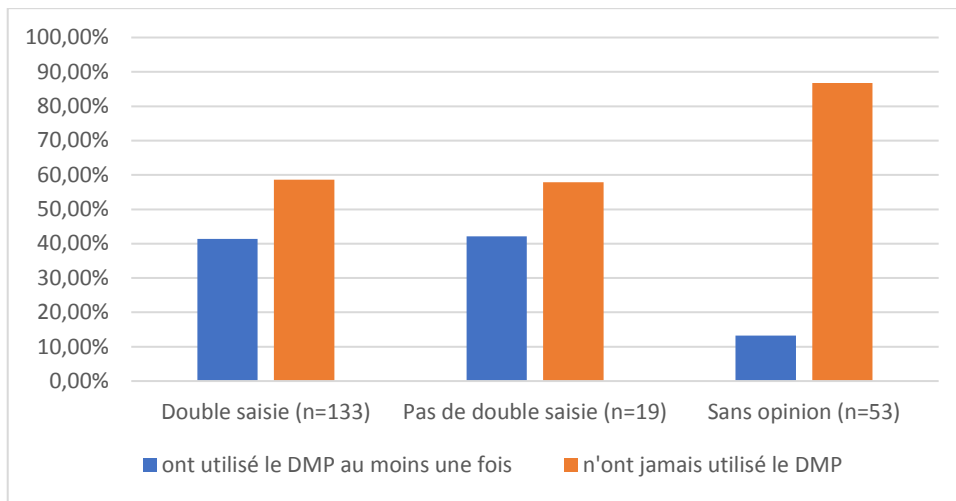
Graphique 12 : utilisation du DMP et mise en danger du secret médical



La potentielle mise en danger du secret médical par le DMP n'est pas un facteur décisif quant à l'utilisation de celui-ci ($p=,468$ au test du chi-2).

Double saisie

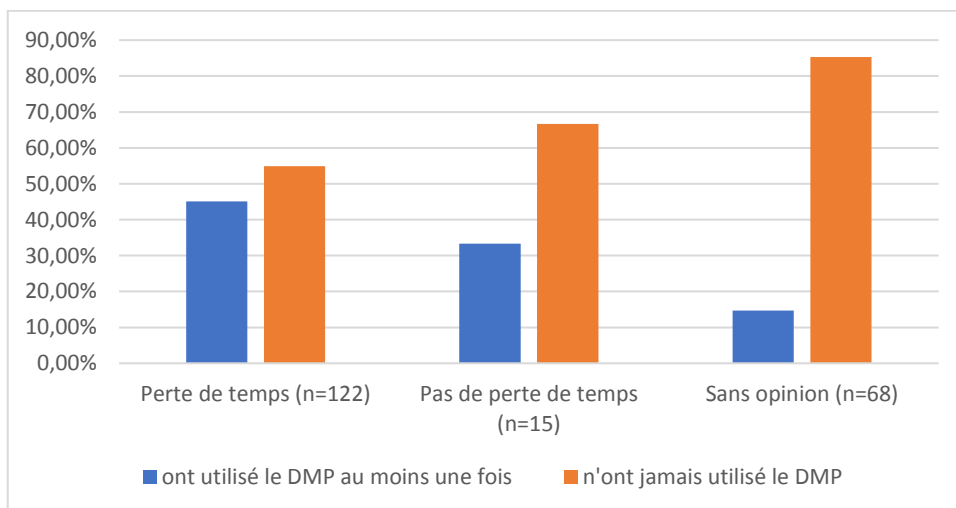
Graphique 13 : utilisation du DMP et double saisie des données



La répartition de la population en fonction de la double saisie est non indépendante au test du chi-2 ($p=0,001$). Cependant ce graphique montre que la différence de répartition semble surtout provenir des réponses « sans opinion ». La répartition des réponses des deux autres sous-groupes (oui il y a double saisie et non il n'y a pas) est similaire.

Perte de temps

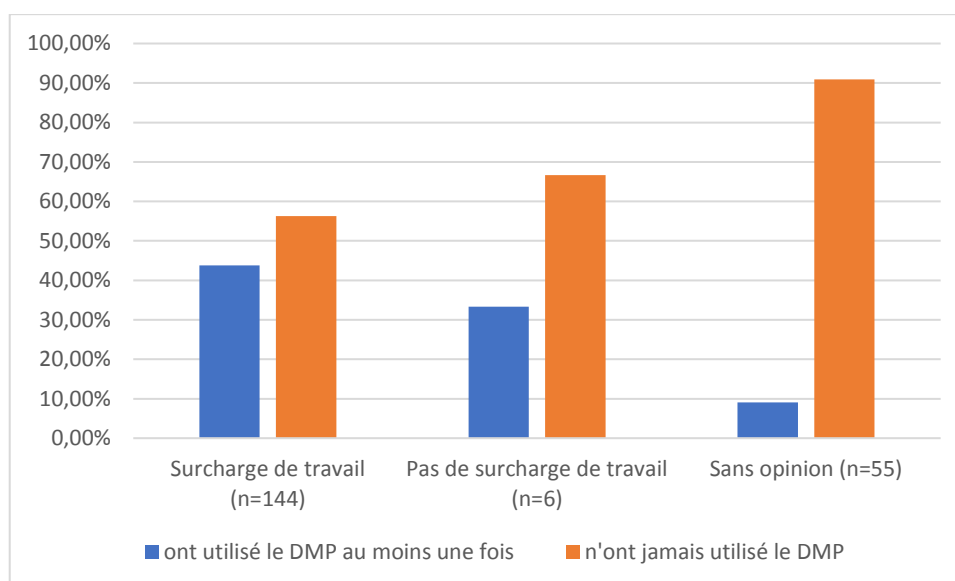
Graphique 14 : utilisation du DMP et perte de temps



La répartition de la population en fonction de la double saisie est non indépendante au test du chi-2 ($p<0,001$). Cependant ce graphique montre que la différence de répartition semble surtout provenir des réponses « sans opinion ». La répartition des réponses des deux autres sous-groupes (oui il y a perte de temps et non il n'y a pas) n'est que légèrement différente.

Surcharge de travail

Graphique 15 : utilisation du DMP et surcharge de travail



La répartition de la population en fonction de la double saisie est non indépendante au test du chi-2 ($p < 0,001$). Cependant ce graphique montre que la différence de répartition semble surtout provenir des réponses « sans opinion ». La répartition des réponses des deux autres sous-groupes (oui il y a surcharge de travail et non il n'y a pas) n'est que légèrement différente.

Objectif primaire : analyse bivariée

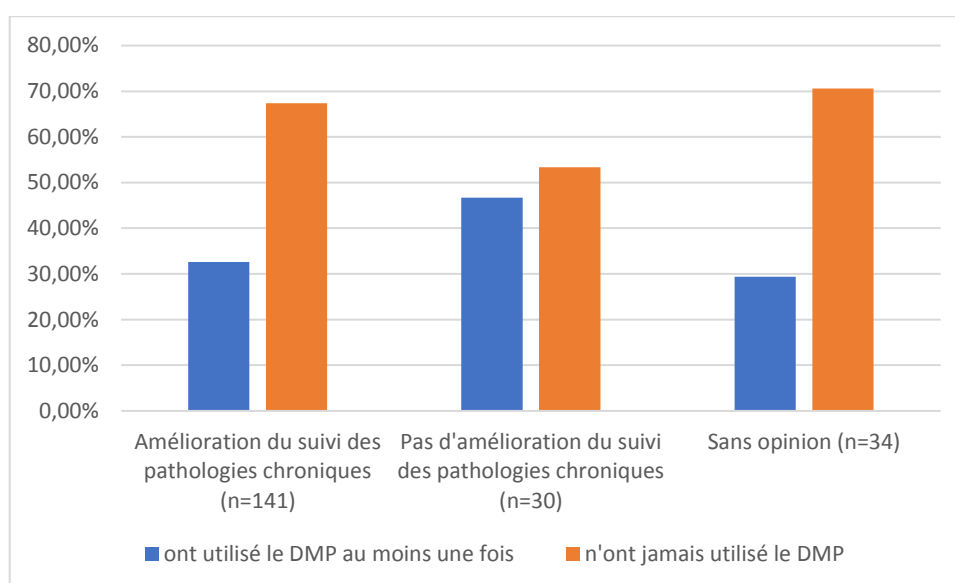
Potentiels avantages du DMP

L'ensemble des odds-ratio et les valeurs des tests d'indépendance du chi-2 sont regroupés dans le tableau 6 (Annexe 6).

Les graphiques suivants représentent la répartition de la population pour chacune des variables étudiées en pourcentage pour chaque modalité de la variable.

Amélioration du suivi des pathologies chroniques

Graphique 16 : utilisation du DMP et amélioration du suivi des pathologies chroniques

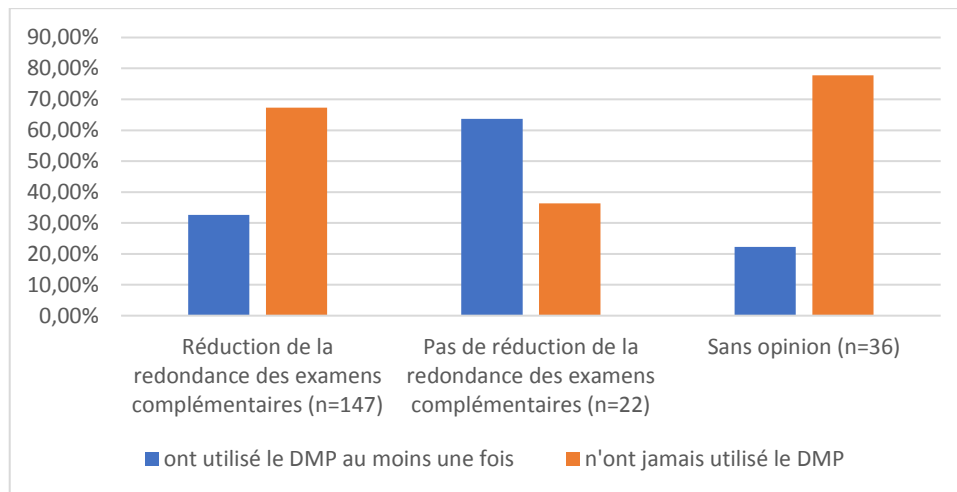


Le test d'indépendance du chi-2 n'est pas significatif ($p=0,276$). On observe néanmoins une sensible différence entre les deux groupes ayant exprimé leur opinion : 33% des répondants ayant utilisé le DMP au moins une fois pensent que le DMP peut améliorer le suivi des pathologies chroniques contre 47% de ceux ne l'ayant jamais utilisé.

On pourrait interpréter ce résultat comme l'expression de l'inefficacité du DMP à améliorer la coordination médicale dans l'état actuel.

Réduction de la redondance des examens complémentaires

Graphique 17 : utilisation du DMP et réduction de la redondance des examens complémentaires

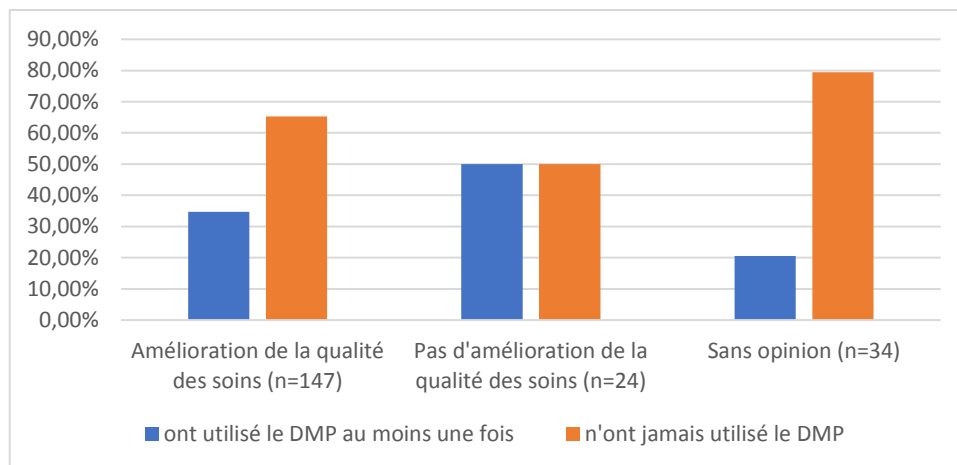


Le test du chi-2 pour cette question est significatif ($p=0,004$).

Une majorité de médecins interrogés (72%) pensaient que le DMP pourrait aider à réduire le nombre d'examens complémentaires redondants et donc inutiles. Parmi eux 67% n'ont cependant jamais utilisé le DMP. Il semble donc que ce potentiel avantage ne soit pas suffisant pour entraîner une utilisation de l'outil.

Amélioration de la qualité des soins

Graphique 18 : utilisation du DMP et amélioration de la qualité des soins

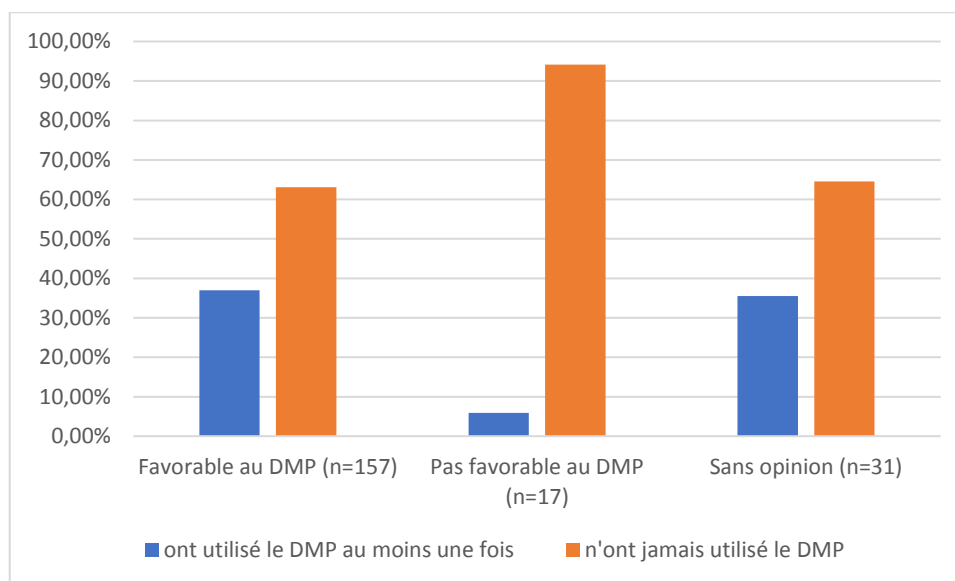


Le test du chi-2 est proche de la significativité ($p=0,065$)

Là encore, 72% des interrogés pensaient que le DMP pourrait améliorer la qualité des soins, mais 65% d'entre eux n'ont jamais utilisé le DMP. Ce résultat est cohérent avec le précédent. Il semblerait que les avantages potentiels du DMP ne suffisent pas à son adoption.

Favorabilité au DMP

Graphique 19 : utilisation du DMP et favorabilité à celui-ci



Sans surprise les médecins utilisant le DMP sont favorables à celui-ci.

Cependant une majorité d'interrogés favorables (63%), ne l'ont jamais utilisé.

Objectif primaire : analyse multivariée

L'exercice dans un département pilote et les 14 variables non-indépendante au test du chi-2 avec un $p < 0,2$ (sexe, mode d'exercice, DMP-compatibilité du logiciel, maîtrise de l'informatique, participation à une formation, capacité à informer le patient, réception d'une information de la CNAMTS, savoir que le DMP est en service, double saisie, perte de temps, surcharge de travail, réduction de redondance des examens complémentaires, favorabilité à un système de partage de l'information, amélioration de la qualité des soins) ont été retenus pour la réalisation d'une régression logistique descendante pas à pas.

Les résultats de la régression logistique sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous. Les variables significativement associées à l'utilisation du DMP au moins une fois sont la favorabilité à un système de partage de l'information (OR= 17,809), la capacité à informer le patient (OR= 4,299), la maîtrise de l'outil informatique (OR= 3,333) et le fait de savoir que le DMP est en service (OR= 3,284).

Tableau 1 : Odds-ratios ajustés

Facteurs associés	Odds-ratio ajusté	Analyse multivariée	
		Interval de confiance à 95%	valeur de p
favorable à un système de partage d'informations			0,0335
Non	1		
Oui	17,809	[2,032 - 156,071]	
Neutre	17,857	[1,732 - 184,111]	
capacité à informer le patient			0,011
Non	1		
Oui	4,299	[1,656 - 11,163]	
Neutre	2,126	[0,76 - 5,946]	
Le DMP entraîne une surcharge de travail			0,0019
Non	1		
Oui	1,119	[0,126 - 9,936]	
Neutre	0,158	[0,015 - 1,683]	
maîtrise de l'outil informatique			0,0322
Non	1		
Oui	3,333	[1,373 - 7,858]	
Neutre	1,358	[0,42 - 4,39]	
Savez vous que le DMP est en service ?			0,008
Non	1		
Oui	3,284	[1,372 - 7,858]	

Objectif secondaire : caractéristiques de la population

Les caractéristiques sont regroupées dans le tableau 7 (Annexe 7).

La population ayant utilisé le DMP au moins une fois est de 70.

27 des médecins exercent en Ille et Vilaine (38,57%), 21 dans le Morbihan (30,00%) et 22 dans les Côtes d'Armor (31,43%). 18 (25,71%) d'entre eux exercent dans un cabinet seul, 18 (25,71%) dans une maison de santé pluridisciplinaire et 34 (48,57%) dans un cabinet de groupe. Le sexe ratio est de 1,8. L'âge moyen de la population est de 47,9 ans, l'âge médian de 49,5 et l'écart type de 11,42. Les valeurs d'âge vont de 30 à 67 ans.

70 médecins ont un dossier patient informatisé (100%). 60 disposent d'un logiciel métier DMP-compatible (85,71%), 7 ont un logiciel non DMP-compatible (10%) et 3 ne connaissent pas le caractère DMP-compatible de leur logiciel (4,29%). 50 répondants pensent avoir une maîtrise suffisante de l'outil informatique pour utiliser le DMP (71,43%).

36 interrogés ont reçu une information de la part de l'assurance maladie (51,43%) et 8 ont participé à une formation médicale concernant le DMP (11,43%). 42 s'estiment capables d'informer leur patient sur le DMP (60%), 13 ne pensent pas pouvoir le faire (18,57%) et 15 sont sans opinion (21,43%).

Une majorité d'interrogés pensent que le DMP entraîne une double saisie des informations (55 soit 78,57%), une perte de temps (55 soit 78,57%) et une surcharge de travail (63 soit 90,00%). 22 interrogés pensent que le secret médical est mis en danger (31,43%), 24 (34,29%) estiment que non et 24 (34,29%) n'ont pas d'opinion sur le sujet. 46 pensent que le DMP peut aider au suivi des pathologies chroniques (65,71%), 51 que le DMP peut améliorer la qualité des soins (72,86%) et 48 que le DMP peut réduire la redondance d'examen complémentaires (68,57%). Enfin une majorité de personnes interrogées sont favorables à un système informatique de partage d'information (58 soit 82,86%) contre 1 qui y est défavorable (1,43%).

Parmi les 70 médecins ayant utilisé au moins une fois le DMP on observe que sur la période des 6 mois précédent le questionnaire, 38 (54,3%) n'ont jamais consulté le DMP d'un patient, 26 (37,1%) l'ont consulté moins d'une fois par mois, 4 (5,7%) plusieurs fois par mois, 2 (2,9%) plusieurs fois par semaine, aucun (0%) plusieurs fois par jour, et 10 individus ont déclaré avoir consulté dans le DMP un document dont ils n'étaient pas l'auteur (31,25% des individus ayant consulté le DMP au moins une fois pendant les 6 derniers mois). Dans cette même période 13 médecins n'ont jamais créé de DMP (18,6%), 47 en ont créé un moins d'une fois par mois (67,1%), 7 (10%) plusieurs fois par mois, 3 (4,3%) plusieurs fois par semaine et aucun plusieurs fois par jour. Par

ailleurs durant ces 6 mois 33 répondants (47,1%) n'ont jamais ajouté de document au DMP, 29 (41,4%) en ont ajouté moins d'une fois par mois, 6 (8,6%) plusieurs fois par mois, 2 (2,9%) plusieurs fois par semaine et aucun plusieurs fois par jour.

Objectif secondaire : analyse bivariée

Les tables de contingences et le résultat des tests exacts de Fisher sont présentés dans le tableau 8 (Annexe 8).

Les tests exacts de Fisher retrouvent comme variables non indépendantes :

- la perte de temps ($p=0,025$), associée à une faible utilisation du DMP
- la double saisie ($p<0,0001$), associé à une faible utilisation du DMP
- la consultation dans le DMP de document(s) dont on n'est pas l'auteur ($p=0,001$), associée à une haute utilisation du DMP

DISCUSSION

Cette étude retrouve, comme les précédentes, que les médecins généralistes sont favorables à un système de partage de l'information. Les médecins interrogés pensent que le DMP peut améliorer la qualité des soins dans une proportion similaire à ce qui a été décrit dans le passé. En revanche, la crainte de mise en danger du secret médical est plus faible dans cette étude (36,6% des interrogés) que dans le sondage réalisé en 2014 Opinionway (56%) (21) et que dans la thèse de Le Beux G. de 2006 (74%) (23). Il est possible que les craintes quant à la sécurité informatique des médecins aient baissées avec le temps. La régression logistique retrouve comme variables associées à l'utilisation du DMP la connaissance de l'existence de celui, la favorabilité au DMP, la capacité à informer le patient et l'impression d'avoir des compétences informatiques suffisantes. L'association positive de ces variables avec l'utilisation au moins une fois du DMP n'est pas surprenante.

Alors que cette étude suggère une faible utilisation du DMP, la CNAMTS se réjouit du succès de la première phase d'expérimentation du DMP (26). Elle met en avant le nombre de 30 105 DMP créés en 2017 dans les Côtes d'Armor. Moins de 3 500 d'entre eux ont été créés par un professionnel de santé, les autres l'ont été via internet et les centres d'accueil de la CPAM. Elle affirme que 440 médecins libéraux sont connectés au DMP sans donner de statistiques précises quant à l'utilisation effective de celui-ci. Enfin six établissements de santé du département ont organisé une alimentation du DMP des patients par les comptes-rendus d'hospitalisation. Ce constat de la CNAMTS doit être mis en perspective avec les résultats de ma thèse qui retrouve un manque d'information des médecins généralistes quant à la mise en service même du DMP (72 des répondants soit 35,1%) et un défaut d'information de la CNAMTS. En effet 131 médecins, soit 63,9% des répondants, déclarent n'avoir reçu aucune information de la part de la CNAMTS. Dans le département pilote des Côtes d'Armor, 23 médecins (41,8%) disent n'avoir reçu aucune information de la part de la CNAMTS et 13 (23,6%) ignoraient la mise en service du DMP. En plus du manque d'information, le manque de formation (7,3% des interrogés ont participé à une formation) peut être un élément explicatif de la faible utilisation du DMP. En effet la création d'un DMP est soumise à un « consentement exprès et éclairé du bénéficiaire » d'après l'article R1111-32 du code de santé publique alors même que seulement 75 (36,6%) des répondants (18, soit 32,7% des répondants des Côtes d'Armor) déclarent être capable d'informer leur patient.

Dans le sous-groupe des médecins ayant utilisé le DMP au moins une fois, la perte de temps et la double saisie sont des freins à l'utilisation du DMP. Cette population ayant expérimenté le

DMP dans ces conditions d'usage réelles, l'amélioration de ces deux points pourrait favoriser l'usage du DMP. Il reste à comprendre en quoi il y a perte de temps qui peut voir son origine à plusieurs étapes du processus d'utilisation : authentification, connexion, navigation dans le DMP.

Enfin, la faible utilisation du DMP en France n'est pas un cas isolé. Au niveau européen, Simon de Lusignan, Peeter Ross et al (27) ont comparé les différents systèmes mis en place par plusieurs gouvernements (France, Estonie, Danemark, Irlande et Royaume-Uni). Dans ces pays, l'accès à un résumé médical personnel est accessible en ligne aux patients. Ces différents systèmes n'ont guère attiré l'adhésion de la population puisque moins de 5% y accèdent. Cette faible utilisation peut également être expliquée selon Karen B. Eden et al. (28) par un faible nombre de documents à consulter par les usagers, ce qui corrobore l'analyse du sous-groupe des médecins ayant utilisé le DMP au moins une fois qui retrouve une association entre une utilisation fréquente du DMP et la consultation de documents rédigés par des tiers.

Les conclusions de cette étude sont à interpréter prudemment car elle présente plusieurs biais. On note des biais de sélection du fait de la non randomisation des sujets à qui le questionnaire a été envoyé. Le sondage par messagerie électronique entraîne de fait une exclusion d'individus qui n'utiliseraient que peu les outils informatiques. Dans les Côtes d'Armor, le questionnaire a été envoyé à 73,6% de la population cible pour un taux de réponse de 13,1%. Dans l'Ille et Vilaine 30,1 % de la population cible a été sondé pour un taux de réponses de 13,9% et dans le Morbihan le questionnaire a été envoyé à 57,8% de la population cible pour un taux de réponse de 24,2%. Globalement, cette étude analyse 8,4% de la population cible dans trois départements. Il existe nécessairement des biais liés à l'utilisation à une échelle de réponse de Likert. Parmi eux le biais de tendance centrale (les répondants hésitent à donner les réponses extrêmes) aurait pu être limité par l'utilisation d'une échelle proposant deux modalités de réponse supplémentaire (une positive et une négative). Les questionnaires peuvent présenter des biais difficiles à évaluer comme la tendance à l'acquiescement (l'attraction des interrogés pour les réponses positives) ou la tendance à la représentation normative (l'interrogé donne les réponses qu'il pense que l'on attend de lui et non son opinion).

L'assurance maladie met en œuvre des mesures incitatives à l'informatisation des cabinets via « son forfait structure » (29) qui peut permettre d'atteindre une rémunération annuelle de 4620€ en 2019. Cette rémunération est conditionnée à la possession d'un logiciel DMP-compatible. Le plan hôpital numérique comporte dans ses objectifs la transmission des comptes-rendus d'hospitalisation sur les DMP des patients. Les établissements peuvent créer, ou alimenter un DMP

grâce à des certificats électroniques dits « certificats serveurs ». En revanche l'accès au DMP reste conditionné à une authentification via une carte de professionnel de santé. L'ASIP propose aux établissements une carte CPx (carte de professionnel de santé, carte de professionnel d'établissement) « multi-usage » qui permet de sécuriser l'accès au système informatique par le biais d'une authentification forte (carte unique par porteur, associée à un code pin), et qui permet également l'usage de divers services dans les établissements tels que le paiement des repas à la cantine, l'accès au parking, la sécurisation de l'accès aux locaux. Plus de 60 établissements ont généralisé l'usage de ces cartes dont 7 CHU. Ce système est en cours de déploiement à l'AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) (30). L'article R-1110-3 du code de santé publique en vigueur depuis 2007 qui rend obligatoire l'utilisation de la carte CPS pour l'accès aux données médicales à caractère personnel pour tous les professionnels, y compris les personnels hospitaliers, est encore peu appliqué. Le référentiel de l'ASIP relatif à l'authentification (31), dont l'application est rendue obligatoire par le décret sus cité, confirme le caractère obligatoire de l'usage des cartes professionnelles pour l'authentification à un système informatique comportant des données médicales à caractère personnel. La généralisation de l'usage des cartes professionnelles, conformément à la loi, pourrait augmenter l'accès et l'utilisation du DMP par les professionnels des établissements de santé. Cette augmentation d'utilisateurs pourrait entraîner une augmentation des documents présents et rendre le DMP plus utile à l'ensemble des professionnels.

L'exemple canadien, dont le système de partage d'information médicale est ouvert depuis 2006, est riche en enseignements. Dans l'étude de Bobby Gheorghiu et Simon Hagens (32) on note une faible utilisation au lancement, pour arriver en 2015 à plus de 50% de professionnels utilisant régulièrement le dossier partagé canadien. Cette modification des usages a été permise par un enrichissement des données accessibles. Ainsi 100% des données socio-démographiques, 100% des résultats d'exams d'imagerie réalisés à l'hôpital, 88% des résultats d'exams de biologie et 63% des dispensations de médicaments sont accessibles via le dossier médical électronique canadien.

Concernant la sécurité des données, bien que les craintes vis-à-vis de la mise en danger du secret médical semblent baisser avec le temps, l'assurance maladie a été mise en demeure le 08/02/2018 par la CNIL (33) pour manquement de sécurité dans sa base de données « sniram », qui sert d'outil de gestion et de recherche et qui contient les données médicales personnelles de dizaines de millions d'assurés. Cette mise en demeure ne concerne pas le DMP mais peut faire porter un doute quant à des problèmes de sécurité concernant celui-ci.

CONCLUSION

Cette étude ne montre qu'une faible participation au DMP des médecins généralistes libéraux bretons. Cependant le DMP est en cours de déploiement et s'il est enrichi dans les prochaines années par les comptes-rendus d'hospitalisation, le dossier communicant de cancérologie ou le dossier pharmaceutique, comme prévu par la loi, on pourrait observer une augmentation de son usage. Le DMP tel qu'imaginé dans les différents rapports doit à terme être plus qu'une simple base de données mais devra proposer des outils pratiques pour les différents usagers afin de répondre à leurs besoins. En prenant l'exemple canadien il est important de ne pas interrompre à nouveau le déploiement du DMP mais d'y incorporer des applications et des documents utiles qui attireront les usagers vers ce nouvel outil. Il semble en outre qu'il faille faire davantage d'efforts en termes de communication et de formation envers les médecins. Cette thèse pourrait être complétée par des études sur l'utilisation du DMP par les autres médecins spécialistes, les médecins des établissements de santé, ainsi que les autres professionnels de santé. Elle pourrait également être répétée pour évaluer l'évolution de l'utilisation du DMP et de ses fonctionnalités.

DECLARATION DE CONFLIT D'INTERÊT

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

NOM et Prénom : EL MATOUAT Alae

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne.

Rennes, le 10/04/2018

Docteur Carole RICHARD-GALLES
Service Urgences - SMUR
C.H. "René Plaven" - 22100 DINAN
Le Directeur de thèse

Rennes, le

10-04-2018

[Signature]
Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

12 AVR. 2018

UNIVERSITÉ DE
RENNES 1

**Le Président de l'Université
de Rennes 1**

[Signature]
D. ALIS

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Jung, Hye-Young et al. "Use of Health Information Exchange and Repeat Imaging Costs." *Journal of the American College of Radiology : JACR* 12.12 0 0 (2015): 1364–1370. *PMC*. Web. 18 Oct. 2017.
- (2) FIESCHI Marius. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins [rapport parlementaire]. La Documentation française. 2003 jan.
- (3) Légifrance. Code de Santé publique. Article L. 1111-8.
- (4) Légifrance. Code de Santé publique. Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- (5) GIP-DMP. Dossier Médical Personnel : Synthèse du suivi des expérimentation. 2007 mars.
- (6) CNIL. Conclusions des missions de contrôles relatives à l'expérimentation du DMP. 2007 avril.
- (7) IGAS. Rapport sur le dossier médical personnalisé. La documentation française. 2007 nov.
- (8) Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ; Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction Publique. Remise au Gouvernement du rapport sur le dossier médical personnel [communiqué de presse]. 2007 nov.
- (9) IGAS. Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé [rapport parlementaire]. La documentation française. 2008 avril.
- (10) Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, sur l'apport des technologies de l'information pour la qualité des soins, notamment pour le dossier médical du patient, Paris, Hôpital Georges Pompidou, le 23 juin 2008.
- (11) ASIPsanté. Point d'avancement de l'activité DMP et DMP compatibilité. 2011 oct.
- (12) La cour des comptes. Le coût de la mise en œuvre du DMP [rapport]. 2012 juil.
- (13) Légifrance. Code de Santé publique. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- (14) Légifrance. Code de la sécurité sociale. Article L161-36-1.
- (15) Légifrance. Code de Santé publique. Article R. 1111-30.
- (16) CNAMTS. (Page consultée le 18/10/2017). Le dossier médical partagé [en ligne]. <http://www.dmp.gouv.fr/professionnel-de-sante/decouvrir-le-dmp>
- (17) Centre national de dépôt et d'agrément. (Page consultée le 15/03/2018). Consulter les logiciels. [En ligne]. https://cnda.ameli.fr/?page_id=17
- (18) ASIP santé. Programme « déploiement du DMP en région » retour d'expérience. 2013
- (19) Enouf S. Obstacles au déploiement généralisé du Dossier Médical Partagé. Enquête auprès des médecins généralistes de la Manche. [Thèse de doctorat de médecine générale]. Caen : Université de Caen. 2016.
- (20) IPSOS. Dossier Médical Personnel Baromètre de notoriété et d'image. Mars 2012.
- (21) Opinionway. La politique de santé et la place des médecins libéraux en France. Août 2014. http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/Sondage_OpinionWay_pour_SML_Les%20Francais_et_la_medecine_en_France_Aout2014.pdf
- (22) Resmond G. Dossier médical personnel : enquête d'opinion auprès des médecins généralistes du territoire de santé n°4 en Bretagne, deux après son déploiement. [Thèse de doctorat de médecine générale]. Rennes : Université Rennes 1. 2015.

- (23) Le Beux G. Dossier médical personnel : attentes et interrogations chez les médecins généralistes en région Bretagne. [Thèse de doctorat de médecine générale]. Rennes : université de Rennes 1. 2006
- (24) Kruse, Clemens Scott et al. Barriers to Electronic Health Record Adoption: A Systematic Literature Review. *Journal of Medical Systems* 40.12 (2016): 252. *PMC*. Web. 18 Oct. 2017.
- (25) Ministère des solidarités et de la santé. (Page consultée le 15/03/2018). La démographie des médecins. [En ligne]. <http://Drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps>
- (26) L'assurance maladie des Côtes d'Armor. Un an d'expérimentation du DMP. Jan. 2018
- (27) Simon de Lusignan, Peeter Ross et al. A Comparison of Approaches to Providing Patients Access to Summary Care Records Across Old and New Europe: An Exploration of Facilitators and Barriers to Implementation. *Studies in health technology and informatics* 192(1):397-401. August 2013
- (28) Karen B. Eden, Annette M. Totten et al. Barriers and facilitators to exchanging health information: a systematic review. *Int J Med Inform.* 88: 44–51. Avr. 2016
- (29) Assurance maladie. (Page consultée le 15/03/2018). Moderniser le cabinet. [En ligne]. <http://convention2016.ameli.fr/renforcer-la-qualite-des-soins/moderniser-le-cabinet/>
- (30) ASIP-Santé. (Page consultée le 13/02/2018). L'AP-HP généralise l'utilisation des cartes CPS et CPE. [En ligne]. <http://esante.gouv.fr/actus/services/l-ap-hp-generalise-l-utilisation-des-cartes-cps-et-cpe>
- (31) ASIP. Référentiel d'authentification des acteurs de santé. Déc 2014.
- (32) Bobby Gheorghiu and Simon Hagens. Measuring interoperable EHR adoption and maturity: a Canadian example. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 16:8. 2016
- (33) Légifrance. CNIL. Décision n° MED-2018-006 du 8 février 2018. 08/02/2018.

ANNEXE 1 : Questionnaire

Bonjour,

Je vous remercie de participer à mon enquête qui a pour objet l'utilisation du dossier médical partagé (DMP).

Ce questionnaire ne prend que quelques minutes. Il vous concerne que vous utilisiez ou non le DMP.

Les réponses sont anonymes.

Partie A: données socio-démographiques

A1. Êtes-vous un médecin généraliste installé en Bretagne ?

Oui

Non

A2. Dans quel département exercez-vous ?

Côtes d'Armor (22)

Finistère (29)

Ille et Vilaine (35)

Morbihan (56)

A3. Quel est le code postal de la commune où est situé votre cabinet ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A4. Quel est votre mode d'exercice ?

En cabinet, seul

En cabinet de groupe

En maison de santé pluridisciplinaire

A5. Êtes vous une femme ou un homme ?

Une femme

Un homme

Partie B: Equipement du cabinet médical

B1. Êtes-vous équipé(e) d'un ordinateur dans votre cabinet ?

Oui

Non

B2. Votre logiciel métier est-il DMP compatible ?

Oui

Non

Je ne sais pas

B3. Disposez-vous d'une connexion internet ?

Oui

Non

Partie C: utilisation habituelle des outils informatiques

C1. Vos dossiers patients sont-ils informatisés ?

Oui

Non

Partie D: Connaissances sur le DMP

D1. Avez-vous reçu une information de la part de la CNAMT à propos du dossier médical partagé ?

Oui

Non

D2. Etiez-vous informé(e) que le DMP était en service depuis décembre 2016 ?

Oui

Non

D3. Avez-vous participé à une formation médicale à propos du dossier médical partagé ?

Oui

Non

Partie E: Utilisation du dossier médical partagé

E1. Avez-vous utilisé le dossier médical partagé au moins une fois depuis son lancement en décembre 2016 ?

Oui

Non

E2. Au cours des 6 derniers mois, avez vous utilisé le DMP pour :

	Plusieurs fois par jour	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par mois	Moins de une fois par mois	Jamais
Consulter le DMP d'un patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Créer un DMP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajouter un document à un DMP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E3. Avez vous eu l'occasion de consulter des documents dont vous n'étiez pas l'auteur(e) dans le DMP de vos patients ?

Oui

Non

Partie F: Opinion sur le DMP

F1. Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Le DMP entraîne une surcharge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le DMP me fait perdre du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le DMP entraîne une double saisie des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le DMP met en danger le secret médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le DMP peut améliorer la qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le DMP peut réduire la redondance d'examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le DMP peut aider au suivi de pathologies chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis capable d'informer mes patients au sujet du DMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai suffisamment de maîtrise de l'outil informatique pour utiliser le DMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F2. Êtes-vous globalement favorable à un système informatique permettant le partage d'informations médicales ?

Oui, tout à fait	<input type="checkbox"/>
Plutôt oui	<input type="checkbox"/>
Ne se prononce pas	<input type="checkbox"/>
Plutôt non	<input type="checkbox"/>
Non, pas du tout	<input type="checkbox"/>

Vos réponses sont enregistrées !

Merci de votre participation.

ANNEXE 2 : Description de la population

Tableau 2 : Description de la population étudiée.

Questions	modalités de réponses	Total (205)	
		n	%
département d'exercice	Côtes d'Armor	55	26,83%
	Ille et Vilaine	92	44,88%
	Morbihan	58	28,29%
département d'exercice pilote ?	non	150	73,17%
	oui	55	26,83%
sexe	homme	108	52,68%
	femme	97	47,32%
Âge	<40	80	39,02%
	40-49	30	14,63%
	50-59	60	29,27%
	60 et plus	35	17,07%
mode d'exercice	Seul	38	18,54%
	cabinet de groupe	127	61,95%
	maison de santé pluridisciplinaire	40	19,51%
logiciel DMP compatible ?	Non	18	8,78%
	Oui	163	79,51%
	Je ne sais pas	24	11,71%
informatisation des dossiers patients	Non	4	1,95%
	Oui	201	98,05%
réduction de redondance des examens complémentaires	Non	22	10,73%
	Oui	147	71,71%
	Neutre	36	17,56%
le DMP améliore les suivi des pathologies chroniques	Non	30	14,63%
	Oui	141	68,78%
	Neutre	34	16,59%
capacité à informer le patient	Non	88	42,93%
	Oui	67	32,68%
	Neutre	50	24,39%
Le DMP met en danger le secret médical	Non	61	29,76%
	Oui	75	36,59%
	Neutre	69	33,66%
Le DMP améliore qualité des soins	Non	24	11,71%
	Oui	147	71,71%
	Neutre	34	16,59%
Le DMP entraîne une double saisie	Non	19	9,27%
	Oui	133	64,88%
	Neutre	53	25,85%
Le DMP entraîne une perte de temps	Non	15	7,32%
	Oui	122	59,51%
	Neutre	68	33,17%
Le DMP entraîne une surcharge de travail	Non	6	2,93%
	Oui	144	70,24%
	Neutre	55	26,83%
maitrise de l'outil informatique	Non	56	27,32%
	Oui	94	45,85%
	Neutre	55	26,83%
Savez vous que le DMP est en service ?	Non	72	35,12%
	Oui	133	64,88%
Participation à une formation	Non	190	92,68%
	Oui	15	7,32%
Réception d'une information de la CNAMT	Non	131	63,90%
	Oui	74	36,10%
favorable à un système de partage d'informations	Non	17	8,29%
	Oui	157	76,59%
	Neutre	31	15,12%

ANNEXE 3

Tableau 3 : Âge, sexe, mode et lieu d'exercice

Questions	modalités de réponses	Utilisation du DMP		Non utilisation du DMP		Test d'indépendance du Chi ²	OR	95% IC	
		n(70)	%	n (135)	%				
département d'exercice	Côtes d'Armor	22	31,43%	33	24,44%	p=0,389	1		
	Ille et Vilaine	27	38,57%	65	48,15%		0,1875	0,058	0,605
	Morbihan	21	30,00%	37	27,41%		0,851	0,398	1,821
département d'exercice pilote ?	non	48	68,57%	102	75,56%	p=0,285	1		
	oui	22	31,43%	33	24,44%		1,417	0,748	2,685
sexe	homme	45	64,29%	63	46,67%	p=0,017*	1		
	femme	25	35,71%	72	53,33%		0,486	0,268	0,881
Âge	<40	22	31,43%	58	42,96%	p=0,367	1		
	40-49	13	18,57%	17	12,59%		2,016	0,842	4,827
	50-59	23	32,86%	37	27,41%		1,639	0,801	3,351
	60 et plus	12	17,14%	23	17,04%		1,375	0,586	3,229
mode d'exercice	Seul	18	25,71%	20	14,81%	p=0,017*	1		
	cabinet de groupe	34	48,57%	93	68,89%		0,406	0,192	0,858
	maison de santé p	18	25,71%	22	16,30%		0,909	0,373	2,054

ANNEXE 4

Tableau 4 : Compétences, formation et information

Questions	modalités de réponses	Utilisation du DMP		Non utilisation du DMP		Test d'indépendance du Chi ²	OR	95% IC	
		n(70)	%	n (135)	%				
logiciel DMP compatible ?	Non	7	10,00%	11	8,15%	p=0,058	1		
	Oui	60	85,71%	103	76,30%		0,915	0,337	2,488
	Je ne sais pas	3	4,29%	21	15,56%		0,224	0,048	1,044
maîtrise de l'outil informatique	Non	9	12,86%	47	34,81%	p<0,001*	1		
	Oui	50	71,43%	44	32,59%		5,934	2,613	13,477
	Neutre	11	15,71%	44	32,59%		1,306	0,494	3,451
Participation à une formation	Non	62	88,57%	128	94,81%	p=0,104	1		
	Oui	8	11,43%	7	5,19%		2,359	0,818	6,802
capacité à informer le patient	Non	13	18,57%	75	55,56%	p<0,001*	1		
	Oui	42	60,00%	25	18,52%		9,692	4,491	20,919
	Neutre	15	21,43%	35	25,93%		2,473	1,063	5,751
Réception d'une information de la	Non	34	48,57%	97	71,85%	p<0,001*	1		
	Oui	36	51,43%	38	28,15%		2,703	1,483	4,926
Savez vous que le DMP est en service	Non	10	14,29%	62	45,93%	p<0,001*	1		
	Oui	60	85,71%	73	54,07%		5,096	2,407	10,79

ANNEXE 5

Tableau 5 : Freins potentiels à l'utilisation du DMP

Questions	modalités de réponses	Utilisation du DMP		Non utilisation du DMP		Test d'indépendance du Chi ²	OR	95% IC	
		n(70)	%	n (135)	%				
Le DMP met en danger le secret médical	Non	24	34,29%	37	27,41%	p=0,468	1		
	Oui	22	31,43%	53	39,26%		0,64	0,313	1,308
	Neutre	24	34,29%	45	33,33%		0,822	0,403	1,679
Le DMP entraîne une double saisie	Non	8	11,43%	11	8,15%	p<0,001*	1		
	Oui	55	78,57%	78	57,78%		0,97	0,366	2,568
	Neutre	7	10,00%	46	34,07%		0,21	0,062	0,701
Le DMP entraîne une perte de temps	Non	5	7,14%	10	7,41%	p<0,001*	1		
	Oui	55	78,57%	67	49,63%		1,429	0,462	4,413
	Neutre	10	14,29%	58	42,96%		0,345	0,097	1,223
Le DMP entraîne une surcharge de travail	Non	2	2,86%	4	2,96%	p<0,001*	1		
	Oui	63	90,00%	81	60,00%		1,556	0,276	8,766
	Neutre	5	7,14%	50	37,04%		0,2	0,029	1,378

ANNEXE 6

Tableau 6 : Avantages potentiels à l'utilisation du DMP

Questions	modalités de réponses	Utilisation du DMP		Non utilisation du DMP		Test d'indépendance du Chi ²	OR	95% IC	
		n(70)	%	n (135)	%				
le DMP améliore les suivi des pathologies	Non	14	20,00%	16	11,85%	p=0,276	1		
	Oui	46	65,71%	95	70,37%		0,553	0,249	1,23
	Neutre	10	14,29%	24	17,78%		0,476	0,17	1,332
réduction de redondance des examens	Non	14	20,00%	8	5,93%	p=0,004*	1		
	Oui	48	68,57%	99	73,33%		0,848	0,343	2,098
	Neutre	8	11,43%	28	20,74%		0,163	0,051	0,527
favorable à un système de partage	Non	1	1,43%	16	11,85%	p=0,037*	1		
	Oui	58	82,86%	99	73,33%		9,374	1,211	72,535
	Neutre	11	15,71%	20	14,81%		8,8	1,025	75,556
Le DMP améliore qualité des soins	Non	12	17,14%	12	8,89%	p=0,065	1		
	Oui	51	72,86%	96	71,11%		0,531	0,228	1,267
	Neutre	7	10,00%	27	20,00%		0,259	0,082	0,822

ANNEXE 7

Tableau 7 : Description de la population du sous-groupe ayant utilisé le DMP au moins une fois

caractéristiques	modalités de réponses	Total (70)	
		n	%
département d'exercice	Côtes d'Armor	22	31,43%
	Ille et Vilaine	27	38,57%
	Morbihan	21	30,00%
département pilote	non	48	68,57%
	oui	22	31,43%
sexe	homme	45	64,29%
	femme	25	35,71%
Âge	<40	22	31,43%
	40-49	14	20,00%
	50-59	22	31,43%
	60 et plus	12	17,14%
mode d'exercice	Seul	18	25,71%
	cabinet de groupe	34	48,57%
	maison de santé pluridisciplinaire	18	25,71%
DMP compatibilité du logiciel	Non	7	10,00%
	Oui	60	85,71%
	Je ne sais pas	3	4,29%
réduction redondance	Non	14	20,00%
	Oui	48	68,57%
	Neutre	8	11,43%
améliore suivi patho chro	Non	14	20,00%
	Oui	46	65,71%
	Neutre	10	14,29%
capacité à informer	Non	13	18,57%
	Oui	42	60,00%
	Neutre	15	21,43%
Mise en danger du secret médical	Non	24	34,29%
	Oui	22	31,43%
	Neutre	24	34,29%
améliore qualité des soins	Non	12	17,14%
	Oui	51	72,86%
	Neutre	7	10,00%
double saisie	Non	8	11,43%
	Oui	55	78,57%
	Neutre	7	10,00%
perte de temps	Non	5	7,14%
	Oui	55	78,57%
	Neutre	10	14,29%
surcharge de travail	Non	2	2,86%
	Oui	63	90,00%
	Neutre	5	7,14%
maitrise outil informatique	Non	9	12,86%
	Oui	50	71,43%
	Neutre	11	15,71%
FMC	Non	62	88,57%
	Oui	8	11,43%
info CNAMT	Non	34	48,57%
	Oui	36	51,43%
favorable à un système de partage d'informations	Non	1	1,43%
	Oui	58	82,86%
	Neutre	11	15,71%
Consultation d'un document dont on est pas l'auteur	Non	60	85,71%
	Oui	10	14,29%

ANNEXE 8

Tableau 8 : Résultats des tests exacts de Fisher

caractéristiques	modalités de réponses	haut utilisateur (11)		faible utilisateur (59)		Test exact de Fisher
		n	%	n	%	
département d'exercice	Côtes d'Armor	5	45,45%	17	28,81%	p=0,555
	Ille et Vilaine	4	36,36%	23	38,98%	
	Morbihan	2	18,18%	19	32,20%	
département pilote	non	6	54,55%	42	71,19%	p=0,303
	oui	5	45,45%	17	28,81%	
sexe	homme	5	45,45%	40	67,80%	p=0,183
	femme	6	54,55%	19	32,20%	
Âge	<40	2	18,18%	20	33,90%	p=0,753
	40-49	3	27,27%	11	18,64%	
	50-59	4	36,36%	18	30,51%	
	60 et plus	2	18,18%	10	16,95%	
mode d'exercice	Seul	5	45,45%	13	22,03%	p=0,332
	cabinet de groupe	4	36,36%	30	50,85%	
	maison de santé pluridisciplinaire	2	18,18%	16	27,12%	
DMP compatibilité du logiciel	Non	0	0,00%	7	11,86%	p=0,759
	Oui	11	100,00%	49	83,05%	
	Je ne sais pas	0	0,00%	3	5,08%	
réduction redondance	Non	1	9,09%	13	22,03%	p=0,774
	Oui	9	81,82%	39	66,10%	
	Neutre	1	9,09%	7	11,86%	
améliore suivi patho chro	Non	1	9,09%	13	22,03%	p=0,623
	Oui	9	81,82%	37	62,71%	
	Neutre	1	9,09%	9	15,25%	
capacité à informer	Non	2	18,18%	11	18,64%	p=0,591
	Oui	8	72,73%	34	57,63%	
	Neutre	1	9,09%	14	23,73%	
Mise en danger du secret médical	Non	5	45,45%	19	32,20%	p=0,602
	Oui	2	18,18%	20	33,90%	
	Neutre	4	36,36%	20	33,90%	
améliore qualité des soins	Non	1	9,09%	11	18,64%	p=0,422
	Oui	10	90,91%	41	69,49%	
	Neutre	0	0,00%	7	11,86%	
double saisie	Non	5	45,45%	3	5,08%	p<0,0001*
	Oui	4	36,36%	51	86,44%	
	Neutre	2	18,18%	5	8,47%	
perte de temps	Non	3	27,27%	2	3,39%	p=0,025*
	Oui	6	54,55%	49	83,05%	
	Neutre	2	18,18%	8	13,56%	
surcharge de travail	Non	1	9,09%	1	1,69%	p=0,302
	Oui	9	81,82%	54	91,53%	
	Neutre	1	9,09%	4	6,78%	
maitrise outil informatique	Non	1	9,09%	8	13,56%	p=0,877
	Oui	9	81,82%	41	69,49%	
	Neutre	1	9,09%	10	16,95%	
FMC	Non	9	81,82%	53	89,83%	p=0,602
	Oui	2	18,18%	6	10,17%	
info CNAMT	Non	4	36,36%	30	50,85%	p=0,515
	Oui	7	63,64%	29	49,15%	
favorable à un système de partage d'informations	Non	1	9,09%	0	0,00%	p=0,729
	Oui	10	90,91%	48	81,36%	
	Neutre	1	9,09%	10	16,95%	
Consultation d'un document dont on est pas l'auteur	Non	5	45,45%	55	93,22%	p=0,001*
	Oui	6	54,55%	4	6,78%	

EL MATOUAT, Alae. Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne : une étude observationnelle descriptive.

47 feuilles, 1 illustration, 4 graphiques, 8 tableaux, 30cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2018 ; N° .

Résumé français

Introduction : Après une histoire tumultueuse, le dossier médical partagé (DMP) est relancé depuis décembre 2016 par la CNAMT en France. Le but de cette étude est de compter le nombre de médecins généralistes installés en région Bretagne ayant utilisé le DMP au moins une fois et les éléments associés à cette utilisation. L'objectif secondaire est d'évaluer la fréquence d'utilisation.

Méthode : C'est une étude descriptive observationnelle. Au total, les réponses de 205 médecins généralistes à un questionnaire envoyé par courriel ont été incluses dans l'étude. L'analyse statistique a reposé sur des tests d'indépendance du khi2 ou test exact de Fisher. La question principale a fait l'objet d'une régression logistique pas à pas descendante incluant les variables ayant un $p < 0,2$ au test d'indépendance du khi2. Les odds ratio ont été calculés pour l'analyse bivariée et multivariée.

Résultats : 70 médecins interrogés avaient utilisé le DMP au moins une fois. Parmi eux seulement 11 l'utilisaient au moins une fois par mois. Les éléments explicatifs d'une non utilisation étaient le manque d'information concernant le DMP, le manque de maîtrise de l'outil informatique et le faible nombre de documents à consulter. L'exercice dans le département pilote des Côtes d'Armor n'avait pas d'impact sur l'utilisation du DMP.

Conclusion : Le DMP n'est utilisé que par peu de médecins répondants. Cette thèse soulève l'importance de la formation et de l'information pour la réussite du projet.

Rubrique de classement : INFORMATIQUE MEDICALE

Mots-clés : Dossier médical partagé.
Communication en médecine.
Santé publique -- Systèmes d'information.
Médecine générale.

Mots-clés anglais MeSH : Electronic health records
Health information exchange
Users perceptions
general practitioner

Président : Monsieur Frédéric MOURIAUX

JURY :
Assesseurs : Madame Carole RICHARD [directrice de thèse]
Madame Fouzia MOUSSOUNI-MARZOLF
Monsieur Olivier DAMERON
Monsieur Didier MYHIE