

UNIVERSITE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2019

N°2019-89

**ETAT DES LIEUX DE L'UTILISATION DU DOSSIER MEDICAL PARTAGE
PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME.**

THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Mention Médecine Générale

Présentée et Soutenue publiquement
Le 9 septembre 2019
Par Madame Marion, Marie-Claude, Yvonne HAMARD
Née le 25 octobre 1989

Le Président du Jury,

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Les Juges,

Monsieur le Professeur Thierry CAUS

Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY

Monsieur le Docteur Dominique MONTPELLIER

Le Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Arnaud DUBOIS

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Maxime GIGNON,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Épidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de ma thèse et je vous en remercie. J'ai pu apprécier tout au cours de mon externat votre implication et votre pédagogie envers les étudiants. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Thierry CAUS
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)
Chef du service de chirurgie cardiaque
Pôle "Cœur - Thorax - Vaisseaux"

Vous avez accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gastro-entérologie)

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail, recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Dominique MONTPELLIER
Praticien Hospitalier
Anesthésie
Membre du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous avez accordé à ce sujet de thèse et de l'aide apportée. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Arnaud DUBOIS

Médecin Généraliste

Maitre de Stage Universitaire

Merci de m'avoir guidée tout au long de cette thèse, et de m'avoir apporté toute la disponibilité, les connaissances et le soutien dont j'avais besoin. En travaillant à vos côtés, j'ai pu apprécier vos compétences, votre rigueur et toute la passion dont vous faites preuve dans l'exercice de la médecine générale. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Vincent

Toi avec qui je partage ma vie. Ton amour et ton soutien m'ont permis de franchir chaque épreuve (jusqu'au sommet de l'Etna). Je sais que sans toi je n'aurais pu y arriver. Merci de m'avoir accompagnée dans ce travail de thèse comme si c'était le tien et d'avoir toujours cru en moi. Je t'aime.

A mes parents

Merci de cette éducation que vous m'avez donnée, de la rigueur et du courage qui m'ont accompagné tout au long de mes études et m'ont permis d'arriver à ce jour.

A mon papa, à Florence. Merci de m'avoir accompagnée durant toutes ces années d'étude, de votre soutien et de votre patience. Merci de m'avoir encouragée et soutenue à chaque instant.

A ma maman, à Bernard. Merci de votre bienveillance et de toute l'attention dont vous avez su faire preuve durant ces années.

A mes grands -parents

A ma grand-mère, toujours à mes côtés, tu as su m'apporter tout le soutien dont j'avais besoin. Merci de tout ce que tu as fait pour moi depuis mon plus jeune âge.

A Muttie, merci de ton amour et de ta gentillesse

A mon grand-père et papi Claude, je sais que là où vous vous trouvez, vous êtes fiers de moi .

A mes frères et sœurs

A Mathilde et Arthur, des grumeaux en or sur qui je peux toujours compter. Merci.

A Anaïs, Katleen, Mélanie, Olivier, Lucie et Romane. Merci de votre joie de vivre.

A ma belle famille

Dominique, Alain, Marc, Céline et Marie, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement parmi vous. Je suis très heureuse de rejoindre votre famille d'ici peu .

A mes amis

Dorothée, Chloé, Clémentine, Alexandre, Emmanuelle, Lucie... Merci de tous les moments passés à vos côtés et de tous ceux à venir.

Au Professeur DECHELOTTE et au Docteur BARRAUD

Merci d'avoir su m'orienter et m'accompagner au moment où j'en avais le plus besoin.

A Madame BARBIER

Merci de votre gentillesse, de votre disponibilité et de votre flexibilité. Vous avez su être disponible et arrangeante à tout moment ce qui a permis d'éviter un stress inutile lors de la préparation de cette thèse.

ABREVIATIONS

DMP : Dossier médical partagé

ASIP : Agence des systèmes d'information partagés

CPS : Carte des professionnels de santé

APICEM® : Association pour la promotion de l'informatique et de la communication en médecine

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

GIP : Groupement d'intérêt public

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CDS : Caisse des dépôts et consignations

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

INS : Identifiant national de santé

UE : Union européenne

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
A États des lieux	8
1 La coordination des soins : définition	8
2 Les moyens de partage d'informations médicales	9
B Le dossier médical partagé	12
1 Définition	12
2 Histoire du DMP	12
3 Contenu et mode d'utilisation du DMP	15
4 Le rôle du médecin généraliste dans le DMP	17
C Où en est-on en 2019 ?	17
D Comparaison avec d'autres pays européens	18
1 Danemark	18
2 Finlande	18
3 République Tchèque	18
4 Estonie	19
E Vers la création d'un dossier médical européen	19
OBJECTIFS	20
MATERIELS ET METHODES	21
RESULTATS	22
A Analyse descriptive	22
1 Caractéristiques des médecins interrogés	22
2 Le DMP dans la pratique des médecins	24
3 Le DMP en théorie et en pratique : connaissances et ressentis	27
B Étude analytique	29
1 Facteurs influençant la pratique régulière	29
2 Facteurs influençant l'utilisation ponctuelle	29
3 Facteurs conduisant à la non utilisation	30
DISCUSSION	31
A Étude descriptive	31

B Étude analytique	32
C Limites et ouverture	33
CONCLUSION	34
ANNEXES	35
Annexe I Facteurs liés à une utilisation régulière	
Annexe II Facteurs liés à une création ou alimentation sans utilisation régulière	
Annexe III Facteurs liés à la non-utilisation	
Annexe IV Questionnaire	
BIBLIOGRAPHIE	42
RESUME	45
ABSTRACT	46

INTRODUCTION

Le dossier médical partagé (DMP), anciennement appelé dossier médical personnalisé est un dossier disponible sur internet créé pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le désire. Il permet le regroupement et le partage entre les professionnels et établissements de santé des informations jugées utiles à la coordination des soins.

Le DMP a été créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, afin d'améliorer la coordination, la qualité, et la continuité des soins. Cependant son lancement a connu de nombreux rebondissements. En effet la première version a été considérée comme trop coûteuse (rapport de la cour des comptes de février 2009) [1] et en 2009 le projet a été confié à l'Agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en santé qui lancera sa version en 2011 (lancement par Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé le 05/01/2011). [2] Cette version est toutefois jugée trop complexe et peu de patients utilisent ce système.

Cependant, il semble indéniable que le partage d'informations médicales permet de gagner en efficacité en évitant des erreurs et des examens inutiles. A partir de ce constat, le DMP va obtenir une deuxième chance par la loi de modernisation du système de santé du 26 juillet 2016 qui refonde le DMP. Le dossier médical personnalisé devient alors le dossier médical partagé. Cette nouvelle version a été déployée dès décembre 2016 dans 9 départements pilotes dont la Somme et les patients pourront participer à la création de leur DMP et devenir ainsi acteurs de leur santé.

Dans un premier temps, nous montrerons à quel point la coordination des soins est importante dans la prise en charge thérapeutique d'un patient puis nous reviendrons sur l'histoire du DMP, de sa genèse jusqu'à son contenu et nous le confronterons aux moyens utilisés par nos confrères européens. Enfin nous vous présenterons l'étude que nous avons menée et en quoi le DMP reste un projet d'avenir à améliorer.

A) État des lieux

1) La coordination des soins : définition

La coordination peut apparaître comme une conséquence de la coopération. Selon Marcel Jaeger, sociologue français, « (...) La coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir. Elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. (...) La coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures. » [3].

Ainsi, la coordination correspond à la synchronisation cohérente de la participation de plusieurs acteurs, sans véritable coopération.

La coordination des soins se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins, en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques, et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment » [4].

D'après la loi, le médecin généraliste est au centre de la coordination des soins. C'est à lui que l'on confie la responsabilité « d'orienter ses patients » et « de s'assurer de la coordination des soins nécessaires ». Elle confère ainsi au médecin généraliste un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins, de suivi du patient et de coordination de son parcours, de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé [5].

2) Les moyens de partage d'informations médicales pour une bonne coordination des soins

a Le carnet de santé

Créé en 1938 par Louise Hervieu et mis en place dès le 1er juin 1939 par arrêté ministériel, le carnet de santé fut depuis lors délivré gratuitement à tous les nouveaux nés. Il resta en usage jusqu'aux années soixante, avant de subir de nombreuses transformations.

Le carnet de santé retrace toutes les informations médicales liées à une personne. Toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits, est soumise au secret professionnel.

Mais le carnet de santé n'est pas utilisé au-delà des 18 ans d'un individu : à la fin du carnet santé, il est inscrit : « vous atteignez l'âge adulte. Votre carnet de santé représente la mémoire de votre croissance et de votre état de santé depuis la naissance. Gardez-le toute votre vie. Pensez à le présenter à votre médecin qui recueillera les données les plus importantes et les inscrira dans votre dossier médical » [6].

Le carnet de santé de l'enfant témoigne, par son usage quasi systématique, d'une procédure de suivi réussie.

b Les réseaux de santé

Les réseaux de santé correspondent à une collaboration volontaire de professionnels de santé de disciplines différentes. Ils peuvent être locaux, départementaux, régionaux voir nationaux. Ils sont introduits par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [7], puis développés dans l'article L6321-1 du Code de santé publique : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et de leurs prestations » [8].

Les acteurs du réseau peuvent être des établissements de soins, des professionnels de santé libéraux, des médecins du travail, des structures médico-sociales, des organismes sanitaires, ou des centres de santé

c Les comptes rendus papiers

Ce sont actuellement les principaux moyens de communication entre les médecins. Il s'agit le plus souvent d'un compte rendu de consultation ou d'hospitalisation, d'exams complémentaires que les médecins spécialistes communiquent aux médecins généralistes. Le principal inconvénient de ce moyen d'échange d'informations médicales est le délai de transmission.

d La messagerie médicale électronique

Cet outil, permet d'échanger par voie électronique, et en toute sécurité, des informations médicales nominatives entre professionnels de santé. La confidentialité est assurée par plusieurs moyens : l'identification de l'émetteur grâce à la carte de professionnel de santé (CPS), la sélection des correspondants disposant d'adresses de messagerie sécurisées, le cryptage du message, et enfin par l'utilisation d'un réseau sécurisé. Cette messagerie s'adapte à la majorité des logiciels métiers utilisés par les professionnels de santé. Les échanges numériques entre les professionnels de santé ont été encadrés en 2002. Fin novembre 2017, 78 % des généralistes libéraux et seulement 42 % des spécialistes disposaient d'une messagerie sécurisée.

La messagerie la plus utilisée actuellement est APICRYPT® qui dénombre 80 000 utilisateurs actifs dont 46 000 libéraux. Elle représente 90 millions de messages échangés par an.

En 2016, APICEM® (Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine) créait sa propre messagerie de santé, MMS santé®, mais dont le bilan d'utilisation reste mitigé. Cependant ce système de communication reste le seul reconnu par l'APICEM® comme moyen de communication sécurisé [9] et le seul initialement reconnu dans la rémunération forfaitaire par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

En 2017, la CPAM décide d'intégrer APICRYPT® dans le forfait structure messagerie sécurisée et enfin en mai 2018, APICEM® intègre APICRYPT® v2 dans le cercle de MMSanté®. Ainsi la communication peut se faire entre tous les utilisateurs de messageries sécurisées.

e La télémédecine

La télémédecine est un exercice de la médecine utilisant des télécommunications et des technologies, qui permettent la prestation de soins de santé à distance, et l'échange de l'information médicale s'y rapportant. Cette pratique médicale met en rapport le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, ou bien plusieurs professionnels de santé entre eux.

Par le biais de cinq actes (la téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale) la télémédecine contribue à l'établissement d'un diagnostic, à l'obtention d'un avis spécialisé, au suivi des patients à risque, à la préparation de décisions thérapeutiques et à la prescription de certains traitements. L'objectif de cette pratique est de réduire certaines inégalités d'accès aux soins, notamment pour les patients en situation d'isolement géographique [10].

De nombreux obstacles, notamment d'ordre financier, ont freiné le développement de la télémédecine depuis qu'elle est reconnue dans le droit français par un décret datant de 2010.

En décembre 2017, lors du 10^e congrès de télémédecine, Myriam Burdin, inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale, chef du bureau « coopérations et contractualisations », annonce que 2018 sera l'année de l'essor du développement des pratiques médicales à distance. Elle a souligné que « le sujet faisait l'objet d'une volonté politique très forte de la ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzin » [11].

Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) de 2018, les actes de téléconsultation et de télé-expertise seront inscrits au financement de droit commun. Les expérimentations de télésurveillance seront financées pendant encore 4 ans dans le cadre du programme ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours de soins).

La commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a également publié un modèle de déclaration de conformité au cadre réglementaire de la télésurveillance et de demande d'autorisation.

Enfin, d'après Myriam Burdin il existe une « forte volonté du ministère d'inclure tout ce qui relève de la e-santé et de la télémédecine dans la formation initiale et continue » des professionnels [11]. Ces thèmes ont d'ailleurs été intégrés dans la maquette du 3^e cycle des études médicales d'avril 2017.

B) Le Dossier médical partagé

1) Définition

Le DMP est un dossier médical dématérialisé, informatisé et sécurisé, proposé gratuitement aux bénéficiaires de l'assurance maladie. Cet outil est utilisable par les professionnels de santé, après consentement du patient.

Selon la sécurité sociale, c'est un service clé dans la prise en charge des patients car il permet d'avoir accès aux informations médicales à tout instant, de faciliter son suivi, d'éviter les interactions médicamenteuses et les examens redondants [12].

2) Histoire du DMP

- **Dès 1968**, avec l'apparition de l'informatique, certains auteurs imaginent précisément la mise en place d'un dossier médical pour économiser des milliers de vies humaines par an [13].
- **Le 14 décembre 1998**, l'hypothèse d'un dossier unique est émise par le rapport BROCAS, établi à la demande du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétaire d'État à la Santé, et relatif à l'exercice libéral des professions paramédicales. L'objectif est de regrouper dans ce dossier l'ensemble des informations concernant le patient. Il est également évoqué l'idée d'une informatisation du dossier [14].
- **La loi du 4 mars 2002**, dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé énonce le principe d'un « Dossier Médical Partagé », ancêtre du Dossier Médical Personnel, reposant sur la généralisation du dossier médical électronique à toute la population française [7].
- **Le 24 juin 2003**, le rapport du Pr M. Fieschi intitulé : « les données du patient partagées : la culture du partage et la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins

» est remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Il y exprime la volonté de créer un dossier médical partageable par les différents acteurs de santé. Il y évoque l'organisation d'une structure juridique organisationnelle, technique et économique, nécessaire à la réalisation du dossier [15].

- **Dans la loi du 13 août 2004**, relative à l'assurance maladie, M Douste-Blazy, Ministre de la Santé, reprend le Dossier Médical Partagé et le nomme Dossier Médical Personnel [16].
- **En avril 2005**, un groupement d'intérêt public (GIP) se constitue afin de préfigurer le DMP. Il regroupe l'État via le ministère de la santé, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la caisse des dépôts et consignations (CDC) [17]
- Au cours du **deuxième semestre 2006**, une phase d'expérimentation du DMP débute, impliquant les médecins libéraux, les hôpitaux et les réseaux de soins [18]. Elle se termine légalement le **31 décembre 2006**. Cette phase d'expérimentation a été interrompue en raison des risques pointés par la CNIL et les associations de malades, liés à l'utilisation du numéro de sécurité sociale pour identifier le patient [19].
- **Le 12 novembre 2007**, en s'appuyant sur un audit des inspections des finances, des affaires sociales et du conseil général des technologies de l'information, les ministres Roselyne Bachelot (santé) et Eric Woerth (budget) affirment que le gouvernement « donnera le temps nécessaire » pour relancer le DMP en affirmant que « le projet doit s'inscrire dans une perspective de longue durée ». Ils annoncent l'ouverture d'une feuille de route du DMP courant mars 2008. Le gouvernement va évaluer le délai de mise en œuvre du projet à plusieurs années et va décider de la feuille de route à suivre [20].
- **Le 19 mars 2008**, le Comité Consultatif National d'Éthique, à la demande du ministère de la santé, rend un avis prudent concernant le DMP [21].
- **Le 23 juin 2008** : Le ministère de la santé annonce la relance du DMP [22].
- **Le 5 mars 2009** : Le directeur général du GIP-DMP, future Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP santé), Jean Yves Robin, évoque le lancement des premiers DMP pour mi-2010. Dans un premier temps, ils seront regroupés chez un seul hébergeur informatique. **Le 9 Avril** de la même année, Roselyne Bachelot annonce que la première version du dossier médical personnel sera disponible en 2010.

- **Février 2010** : L'ASIP santé va retenir avec l'unanimité le consortium industriel mené par Altos Orign et La Poste pour l'hébergement du DMP [23].
- **Décembre 2010**, le DMP est déployé, avec un accès pour tous les patients le souhaitant à partir du **5 janvier 2011** comme l'annonce le ministre Xavier Bertrand avec la création du site www.dmp.gouv **en avril 2011** [24]. Cette généralisation va d'abord s'appuyer sur les 5 régions les plus avancées dans l'expérimentation du DMP : Aquitaine, Alsace, Franche-Comté , Picardie et Rhône-Alpes.
- **Avril 2011**, 103 des logiciels médicaux sont homologués DMP compatibles, ce qui permet la création et la consultation par les professionnels de santé [25].
- **Le 12 juillet 2012**, la Cour des Comptes publie un rapport intitulé « le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place ». Elle estime à minima la dépense consacrée au développement du DMP à 210 millions d'euros entre 2005 et 2011. D'après la Cour des comptes, en considérant également les autres dépenses consenties pour d'autres téléservices de santé qui ont pour but de converger vers le DMP - dossier pharmaceutique, historiques des remboursements mis en place par la CNAMTS, dispositifs informatisés de dossiers patients hospitalisés- le coût total de la création et de la mise en œuvre du DMP s'élevait déjà à plus d'un demi-milliard d'euros [26], essentiellement à la charge de l'assurance maladie. De plus les objectifs du DMP ne sont pas atteints, avec un faible nombre de DMP ouverts.
- **Novembre 2012**, le ministre Marisol Touraine évoque la création d'un DMP 2^e génération, soit une 3^e voie entre la poursuite du projet couteux et son abandon simple. Elle prévoit également de « revoir la gouvernance » du projet détenue pour le moment pas l'ASIP santé [27].
- **Le 23 juin 2014**, le dossier médical informatisé n'est plus « personnel » mais « partagé ». Sa gouvernance est confiée à la CNAMTS
- **Le 13 avril 2015**, Marisol Touraine expose son projet de loi santé avec 4 grandes orientations. La 2^e orientation de cette loi est consacrée à la mise en place d'un « service territorial de santé » comprenant la création d'un certain nombre d'outils de coordination pour les professionnels de santé avec la relance du DMP. Le décret d'application parait **le 05 juillet 2015** [28].

Cette évolution législative prévoit :

- Le transfert de la gestion à la CNAMTS dont l'objectif sera de « favoriser l'utilisation du DMP au sein des professionnels en ville et entre ville et hôpital »
- La possibilité aux assurés sociaux d'ouvrir directement leur dossier
- L'intégration des données de remboursement permettant ainsi d'obtenir un certain nombre d'information sur les médicaments remboursés, les hospitalisations et les actes remboursés
- La fonctionnalité « blue botton » pour récupérer l'ensemble des données en un clic.

Le déploiement s'organise en différentes étapes :

- La phase pilote à partir de décembre 2016 dans 9 départements pilotes via les caisses primaires d'assurance maladie (Bas-Rhin, Bayonne (Pyrénées-Atlantiques), Côtes-d'Armor, Doubs, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Puy-de-Dôme, Somme, Val-de-Marne)
- Avec un accord du CNIL, un partenariat entre l'ordre des médecins et les organisations professionnelles s'organise afin qu'un accès optimisé des professionnels de santé aux informations nécessaires à la prise en charge du patient dans le respect des règles de confidentialité et de sécurité soit créé d'ici fin 2017
- Généralisation nationale **fin 2018** après 18mois d'expérimentation
- **A partir du 9 novembre 2018** : campagne d'information nationale sur le déploiement du DMP

3) Contenu et mode d'utilisation du DMP

La création du DMP nécessite le consentement éclairé du patient. Elle peut être faite par le patient lui-même sur le site dmp.fr [29] ou par un professionnel de santé via le même site internet [30] ou directement grâce à un logiciel DMP compatible [31]. Le but étant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins pour tous, la création peut également se faire en pharmacie et dans les centres d'accueil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Le respect de la confidentialité est assuré avec la création d'un code d'accès unique pour le patient (communiqué par SMS) ainsi que d'un mot de passe. Le professionnel de santé y accède

après authentification par le code porteur de sa CPS. Le patient va garder le contrôle de ses données de santé puisqu'il pourra choisir les professionnels de santé qui y auront accès. Il va pouvoir s'opposer à ce qu'une information soit versée sur le DMP mais aussi masquer une information médicale. Seul le médecin traitant pourra avoir accès au contenu global du DMP de son patient. Enfin le DMP est stocké par un hébergeur de données de santé ayant reçu un agrément du ministère de santé. Chaque DMP est crypté par une clé propre.

Création en pratique :

Comme son changement de nom l'indique le DMP, dossier médical partagé, a comme objectif de servir d'outil clé à la coordination des soins entre tous les professionnels de santé autour du patient. Il est «la mémoire de votre santé » comme l'énonce le slogan de la CPAM. Il vise à accroître la sécurité des patients en augmentant et en facilitant les transmissions d'informations. Il va donc être nécessaire que les informations clés soient référencées.

En pratique le DMP se compose de 6 grandes catégories :

- Les traitements et les soins
- Les comptes rendus d'hospitalisation
- Les comptes rendus d'imagerie médicale
- Les biologies
- Les actes de préventions
- Les données administratives

La CPAM verse automatiquement sur le DMP les données des 2 dernières années de remboursement dans 5 catégories : pharmacie, hospitalisation, soins médicaux et dentaires, la radiologie et la biologie.

Afin d'organiser ces documents, une rubrique « synthèses » doit permettre à un professionnel de santé qui rencontre un patient pour la première fois d'obtenir rapidement un résumé de l'état de santé du patient au moment donné. Ce document est intitulé volet de synthèse médicale. Elle peut être créée uniquement par le médecin traitant qui doit la mettre à jour à chaque événement pathologique, ce qui représente une charge de travail supplémentaire pour le médecin.

4) Le rôle du médecin généraliste dans le DMP

Le médecin généraliste est au premier plan de la coordination des soins. C'est à lui qu'est confié la responsabilité « d'orienter ses patients selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » (article L4130-1 du code de santé publique).

L'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale portant sur l'organisation de l'offre de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, désigne le médecin traitant comme étant tributaire du rôle de mise en place et de gestion du DMP [32].

Cependant, la mise en œuvre et la création du DMP représentent une charge de travail supplémentaire pour le médecin traitant, hors aucune rémunération particulière n'a été prévue. Selon le Docteur Claude Leicher, président du syndicat de médecins généralistes MG France, « tel qu'il existe aujourd'hui, [le DMP] n'est pas utilisé, et il n'apparaît pas utile dans notre pratique professionnelle au quotidien. ». Actuellement pour beaucoup de médecins, le DMP n'est qu'un doublon du dossier médical patient contenu dans chaque logiciel métier.

La CPAM a mis en place dans les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP), via le forfait structure, la valorisation d'avoir un logiciel DMP compatible, mais rien n'impose de l'utiliser.

C) Où en est-on du DMP en 2019 ?

Début février 2019, le nombre de DMP ouverts était estimé entre trois et quatre millions en France, avec un gros taux de souscription fin 2018.

Selon les chiffres officiels, environ 30% des patients (soit 840 000 personnes) ont effectué le processus d'inscription au DMP eux-mêmes alors que 10% des dossiers ont été créés sous l'impulsion des pharmacies, 20% par les caisses primaires d'assurance maladie et 20% étaient attribués aux médecins de ville et aux établissements de santé. Le président et directeur général de la Caisse nationale, Nicolas Revel, a affirmé vouloir tenir l'objectif des 10 millions de dossiers médicaux partagés ouverts d'ici la fin d'année 2019, et 40 millions d'ici la fin d'année 2023. Toutefois, un DMP ouvert ne signifie pas forcément qu'il est utilisé.

D) Comparaison avec d'autres pays européens

1) Au Danemark

Le Danemark est un pays précurseur en matière de développement des services de e-santé. Il s'agit du pays européen où la connectivité haut débit est la plus élevée. Son système informatique est classé au premier rang mondial. En conséquence, 80% de la population danoise et 98% des médecins généralistes possèdent une connexion internet [33]. Depuis 40 ans, chaque danois se voit attribuer à la naissance un numéro d'identité, équivalent à l'Identifiant National de Santé (INS) français, permettant la conservation, l'hébergement et la transmission des données de santé. Un dossier médical dématérialisé, homologue du DMP, existe depuis plus de 10 ans et est adopté, à ce jour, par la quasi-totalité des médecins généralistes et plus de la moitié des établissements de santé [34].

2) En Finlande

A la fin des années 1990, le système de soins finlandais souffrait de l'existence de 21 « districts de santé » autonomes en matière d'e-santé et de choix de prestataires informatiques. Cette décentralisation extrêmement poussée rendait impossible l'échange des données de santé d'une région à l'autre. En 2002, un projet de recentralisation de la e-santé a donc été initié. Un dossier patient national (earchive) a été créé et son usage a été rendu obligatoire pour les professionnels de santé [35]. Le dossier comprend des données administratives de sécurité sociale, des résultats d'analyses, les traitements en cours et les courriers échangés entre médecins généralistes et spécialistes. Il comprend également un espace d'expression personnel mis à la disposition du patient. Une seconde version a été développée, incluant les résultats de radiologie.

Il existe également un système de prescription dématérialisé qui permet la communication des médecins et des pharmaciens sans usage papier [36].

3) En République Tchèque

En République Tchèque, le taux d'informatisation des médecins est en dessous de la moyenne européenne. Un dossier électronique partagé a été lancé en 2003. Il était initialement réservé aux assurés affiliés à l'assureur de santé assurant près de deux tiers de la population. Aujourd'hui, le dossier est inclus dans une stratégie nationale d'e-santé [37]. Il est géré par une société privée, IZIP, qui est responsable du projet d'interopérabilité du dossier à l'échelle européenne (EpSOS). En 2014, près de 2,5 millions de dossiers sont ouverts dans ce pays de 10 millions d'habitants. Ces dossiers contiennent plus de 200 millions de documents. 20 000 professionnels de santé utilisent le dossier électronique. Celui-ci contient les traitements en cours,

les comptes-rendus d'hospitalisation, le calendrier vaccinal, les résultats d'analyse et les données administratives du patient. Il permet également la prescription électronique sécurisée par l'utilisation d'une carte d'assuré social.

4) En Estonie

L'Estonie est un pays d'1,5 million d'habitants, très avancé dans le domaine de l'administration électronique. En matière d'e-santé, un dossier médical (Digilugu) accessible en ligne par les médecins et leurs patients via un portail internet est mis en place depuis 2009 [38]. Il est aujourd'hui utilisé par plus de la moitié de la population. Le dossier contient les comptes-rendus d'hospitalisation, les imageries ainsi que leurs interprétations, les données administratives du patient comprenant le suivi des remboursements et enfin, la e-prescription remplaçant l'ordonnance papier qui liste les traitements en cours et les allergies.

E) Vers la création d'un dossier médical européen

Le transfert de données de santé entre les différents pays de l'union européenne (UE) est déjà encadré par le règlement général sur la protection des données. Il serait possible que cela soit élargi à la création d'un dossier médical électronique européen pour chaque patient.

Le but de ce dossier commun est de faciliter la mobilité des citoyens européens à travers l'Union. Actuellement le dossier médical d'un patient reste « bloqué » dans son pays d'origine. L'objectif est donc de créer un dossier électronique uniformisé dans tous les pays de l'UE qui permettrait à toute équipe médicale en charge du patient de connaître ses antécédents, son traitement et toutes les informations nécessaires à sa santé.

Tout d'abord cela signifie avoir une base informatique commune à déployer dans tous les pays. Il sera aussi nécessaire de discuter du type de données de santé qui seront contenues dans ce dossier médical européen.

L'Estonie et la Finlande ont déjà travaillé sur les premiers échanges fin 2018, avec pour objectif d'étendre cette pratique à l'ensemble des pays européens comme l'a annoncé le ministre de la santé estonienne lors du forum européen de la santé de Gastein. La République-Tchèque, le Luxembourg et Malte travaillent également à des échanges transfrontaliers de dossiers électroniques.

En France, devant la difficulté de déploiement du DMP, la question du dossier médical européen ne s'est pas franchement posée.

OBJECTIFS

En 2012, Benoit Febwin avait réalisé un travail sur l'état des lieux du DMP chez les médecins généralistes picards après le lancement du DMP 1^{er} génération [39]. Il avait montré que sur 117 médecins, jugés représentatifs de la population de médecins généralistes picards, 27,4% d'entre eux avaient déjà utilisé le DMP et 80,5% des autres comptaient le faire un jour (dont 32,4% s'ils y étaient obligés). 83% des sondés étaient globalement insatisfaits du DMP et 47,7% seulement croyaient en son avenir. Ces résultats pessimistes pouvaient s'expliquer pour 97,1% des sondés par le côté chronophage du système, pour les deux-tiers par des difficultés d'ordre technique et pour 70% par le manque d'implication des autres acteurs de santé. 68,8% des médecins généralistes picards étaient demandeurs d'une formation sur le sujet.

En 2019 soit 12 ans après la première loi de lancement, le DMP est utilisé à l'échelle nationale après une phase pilote de 18 mois notamment dans la Somme. Mais à ce jour aucun résultat n'a, à notre connaissance, été révélé quant à l'utilisation du DMP après cette phase pilote.

C'est donc dans ce contexte que j'engage mon travail de thèse afin de réaliser un état des lieux de l'utilisation du DMP par les médecins généralistes de la Somme. Nous traiterons également des principaux freins à son expansion, des facteurs qui pourraient inciter son utilisation et des axes d'amélioration possibles.

MATERIELS ET METHODE

A) Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive réalisée du 21 Décembre 2018 au 4 Mars 2019.

B) Population de l'étude

La population de l'étude comportait les médecins généralistes de la Somme, contactés par mail. Les adresses mails ont été recueillies auprès des différents secrétariats médicaux, du département de médecine générale et via mon réseau professionnel.

Chaque mail contenait un lien pour répondre au questionnaire en ligne.

Au total, 184 mails ont été envoyés au 21 décembre avec une première relance deux semaines plus tard et une troisième relance début Février. La dernière réponse a été reçue le 4 Mars 2019.

Au total 64 médecins ont répondu au questionnaire.

C) Le questionnaire

Le questionnaire était accessible grâce à un lien internet envoyé par mail.

Il était composé de trois parties :

- La première partie concernait les caractéristiques de chaque médecin : sexe, âge, mode d'exercice et de formation
- La seconde s'intéressait au mode d'utilisation du DMP par le médecin
- La troisième portait sur les connaissances du DMP par le médecin

Les modalités de réponse au questionnaire étaient soit sous forme binaire, soit à choix multiples ou encore sous forme d'une échelle de Likert pour les questions relatives à l'intérêt du DMP.

D) Les réponses

Les réponses au questionnaire ont été initialement codées dans un tableur Excel®. L'analyse a ensuite comporté une première partie descriptive où les variables ont été exprimées en nombres et pourcentages et une seconde partie analytique où la comparaison entre les groupes a été faite par test du chi².

RESULTATS

A) Analyse descriptive

1) Caractéristiques des médecins répondants

Au total, 64 questionnaires ont été recueillis, soit un taux de réponse de 34,7%. Le questionnaire a permis de définir certaines caractéristiques de la population des médecins généralistes de la Somme et leur mode d'exercice.

La population interrogée était plutôt jeune, avec plus de 50 % des répondants ayant moins de 35 ans (figure 1) mais avec une parité homme/femme bien respectée. (figure 2)

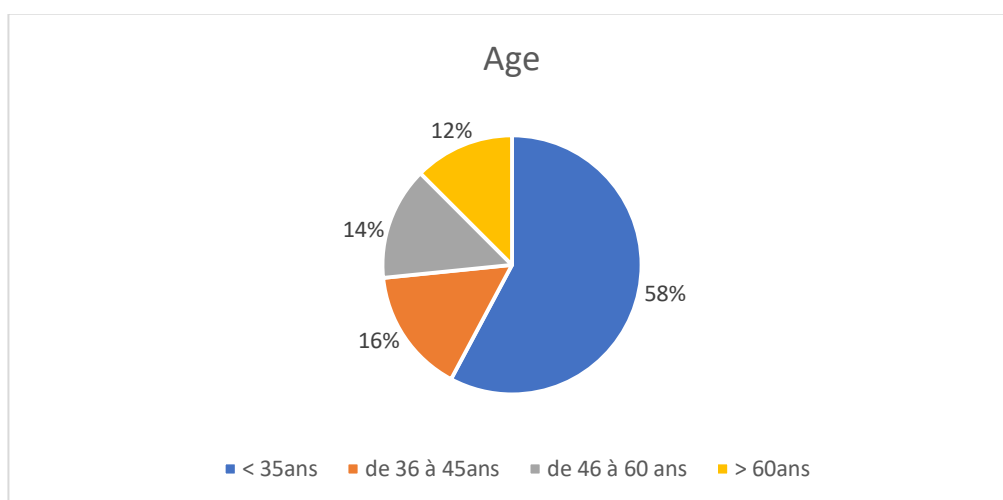


Figure 1 : âge de la population étudiée

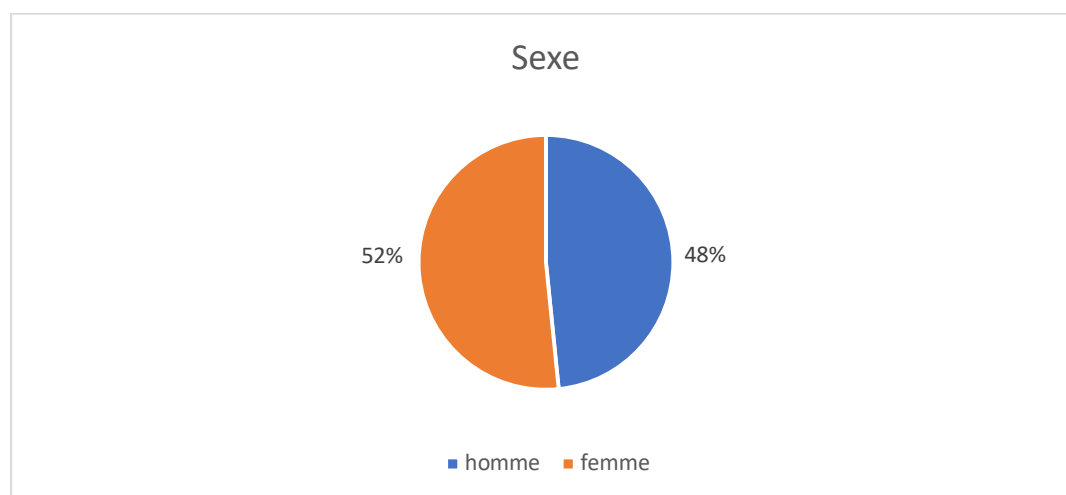


Figure 2 : parité homme/femme

En ce qui concerne le mode d'exercice, 42,2 % des répondants travaillaient en cabinet de groupe contre seulement 12,5 % qui étaient installés seuls. 26,6% des répondants n'étaient pas installés. (Figure 3)

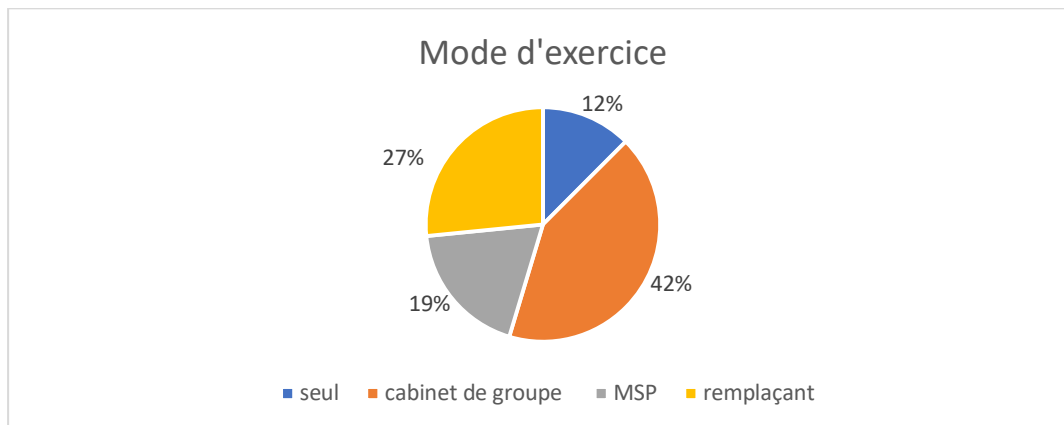


Figure 3 : type d'exercice

La répartition des terrains d'exercice (rural, semi rural et urbain) était homogène.

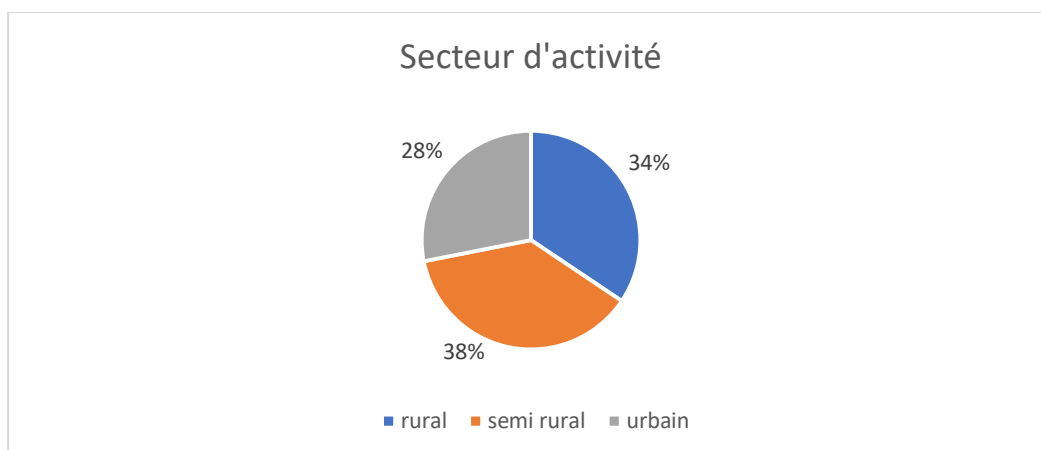


Figure 4 : zone d'exercice

100% des répondants étaient informatisés et 82,8% participaient à une formation continue (figure 5). 21,9 % des répondants accueillient des étudiants (figure 6)

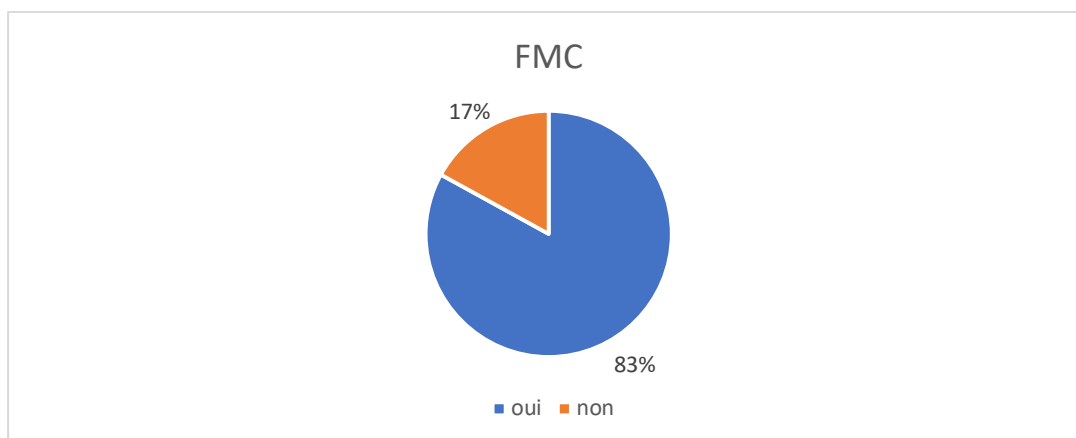


Figure 5 : formation médicale continue

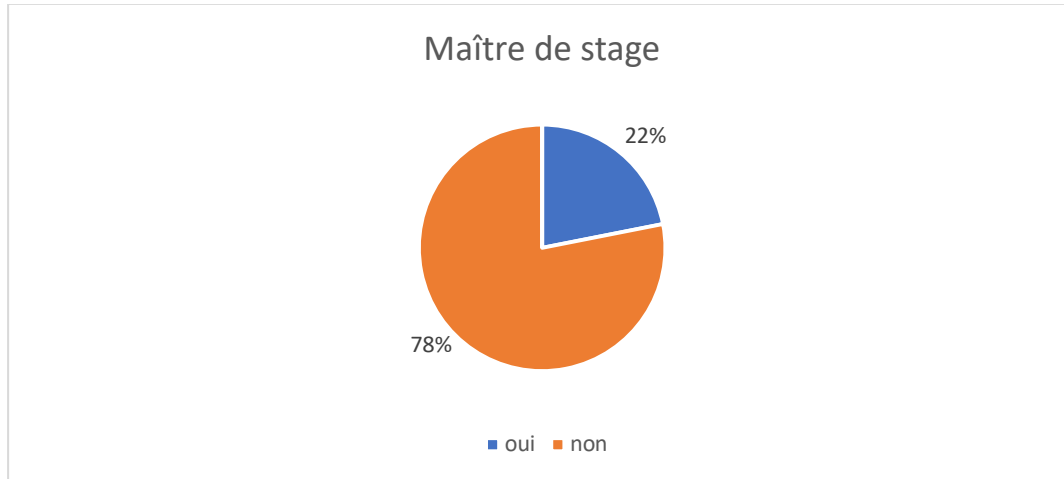


Figure 6 : accueil des étudiants

2) Le DMP dans la pratique des médecins

L'objectif principal de notre travail était de réaliser un état des lieux de l'utilisation du DMP par les médecins généralistes de la Somme. 37,5 % des médecins répondants avaient déjà créé un DMP et 20,3% essayaient de l'alimenter.

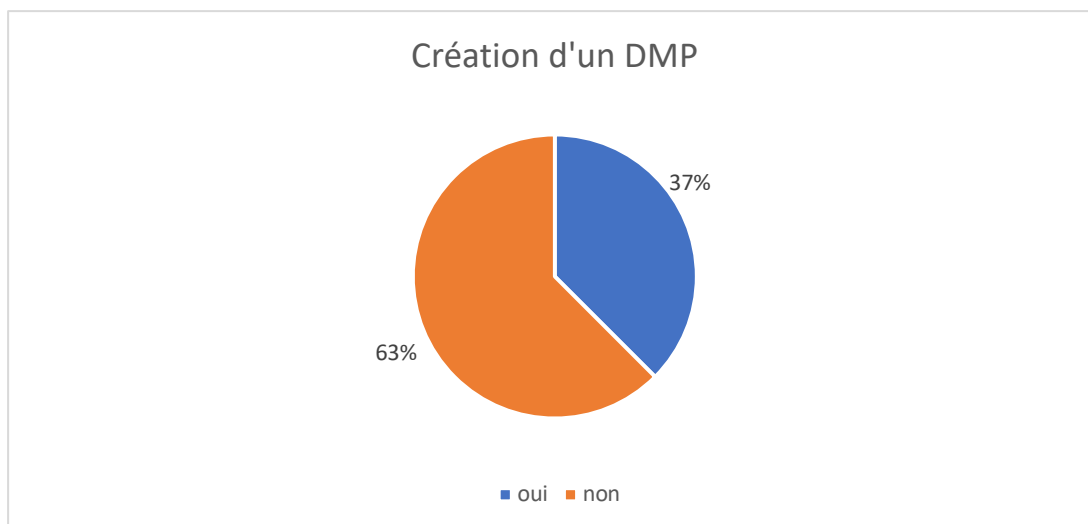


Figure 7 : création de DMP

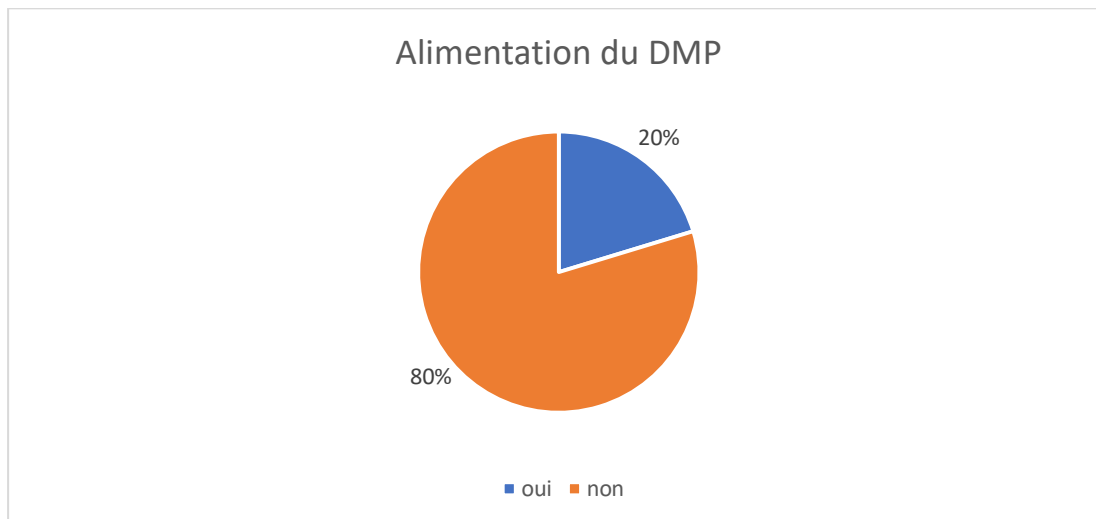


Figure 8 : alimentation du DMP

Sur les 64 répondants, 4 l'utilisaient régulièrement (au moins une fois par jour).

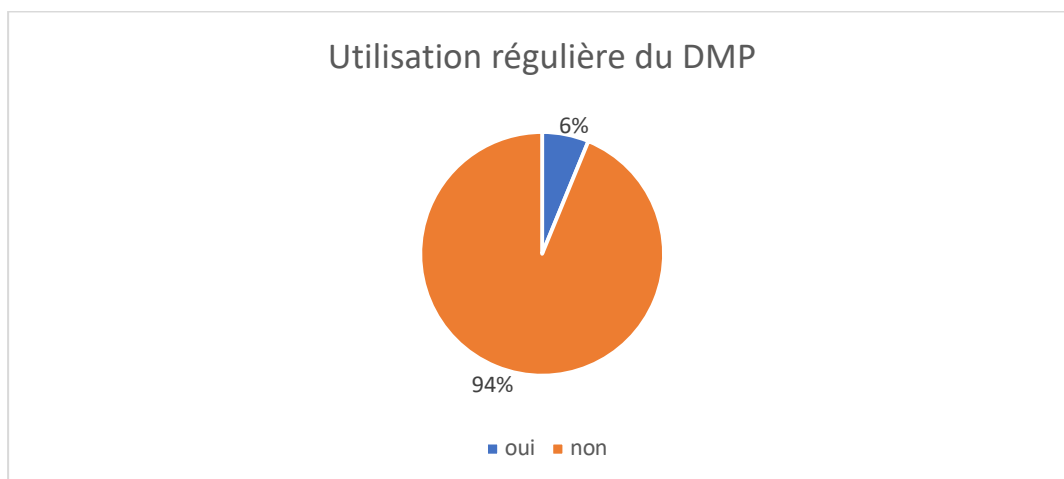


Figure 9 : utilisation régulière du DMP

De manière plus détaillée, 70,3% des médecins affirmaient avoir accès au DMP grâce à leur logiciel.

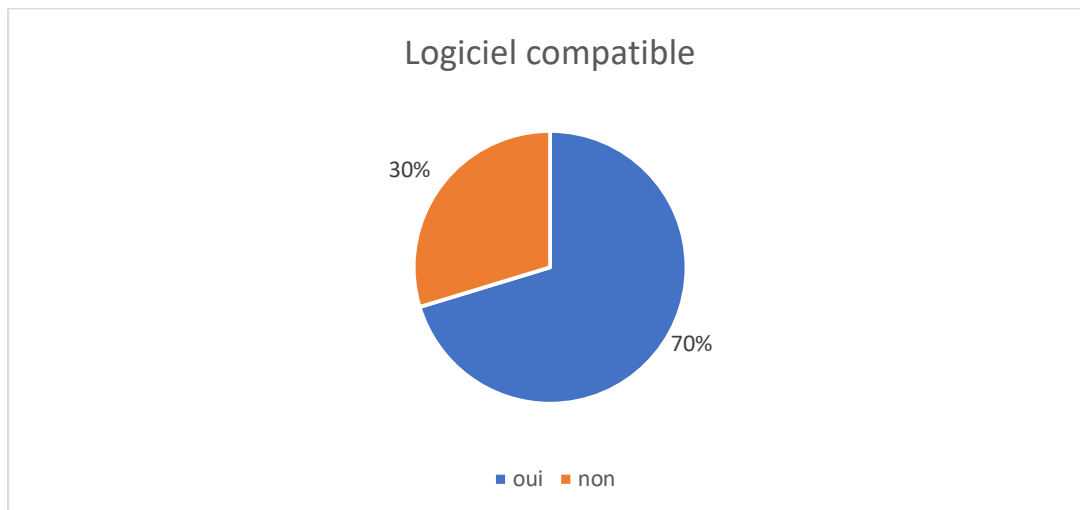


Figure 10 : logiciel DMP compatible

Chez les médecins qui alimentaient le DMP, la majorité l'utilisait pour leurs patients chroniques, multi pathologiques.

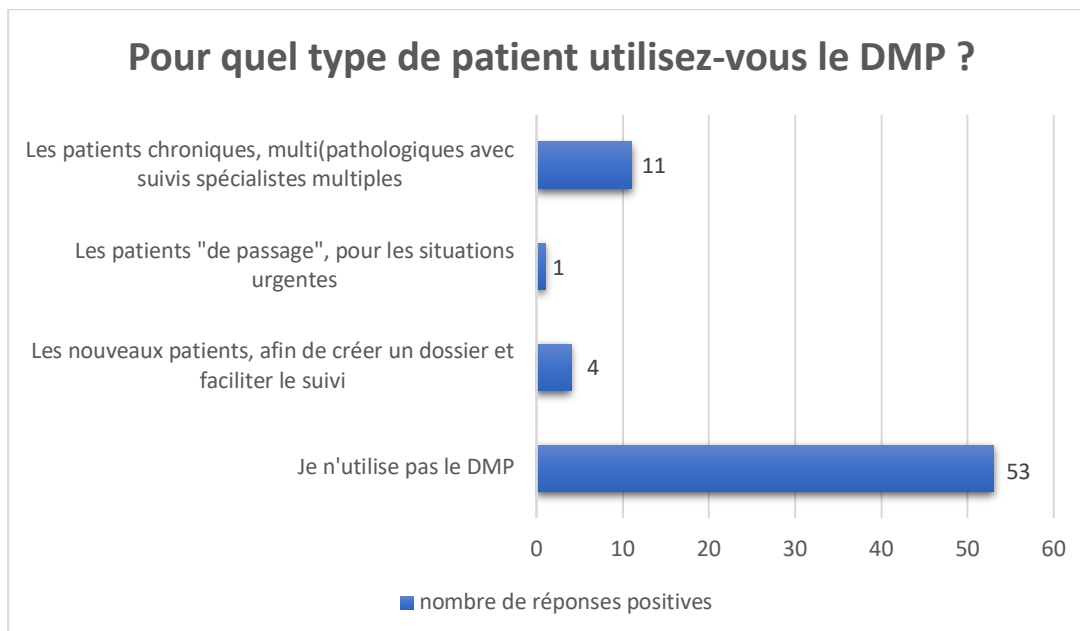


Figure 11 : le type d'utilisation du DMP

Les rubriques les plus utilisées étaient celles des antécédents et des correspondances.

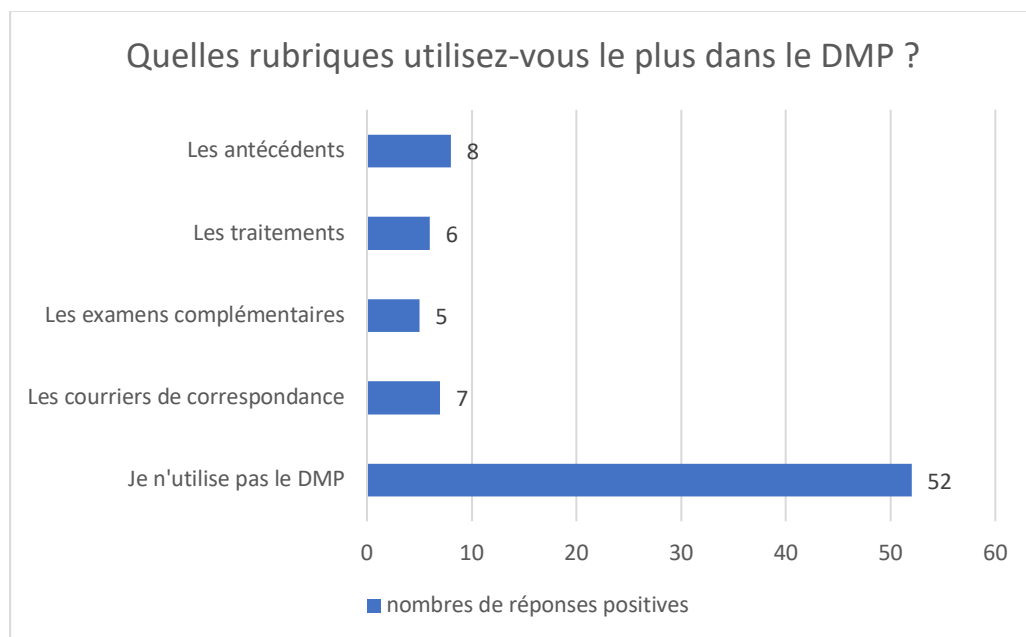


Figure 12 : les rubriques utilisées

3) Le DMP en théorie et en pratique : les connaissances et le ressenti des médecins

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 57,8% ne connaissaient pas les différents aspects opérationnels du DMP et 10,9 % ne connaissent pas le principe général du DMP.

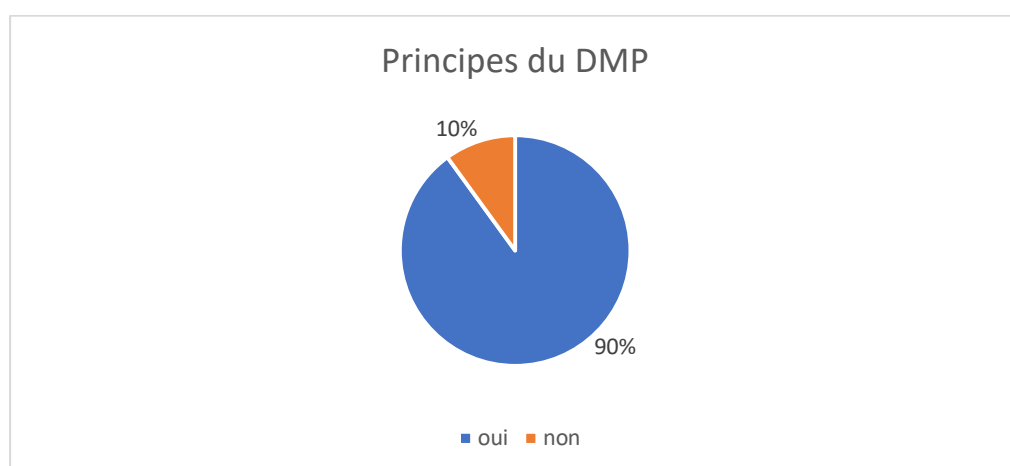


Figure 13 : connaissance du principe du DMP

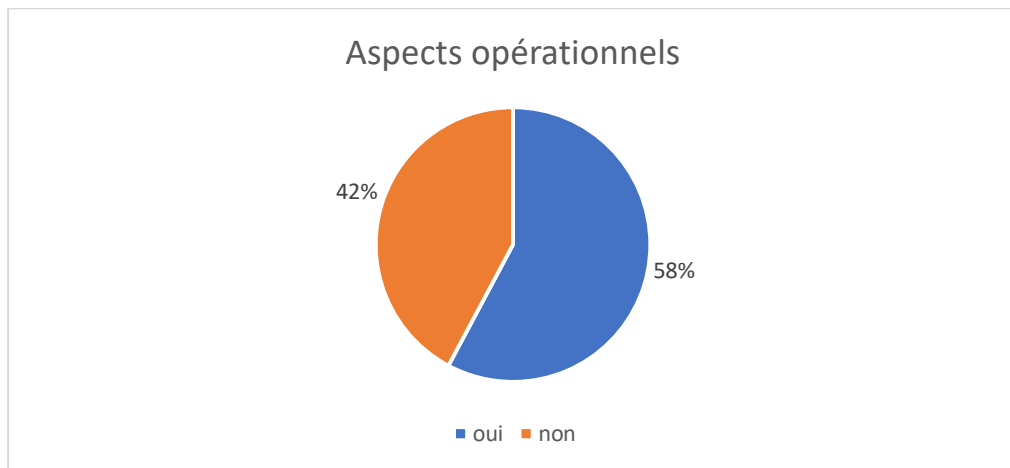


Figure 14 : aspects opérationnels du DMP

46,9% des médecins ayant répondu au questionnaire ne savaient pas que la Somme était un département test du DMP.

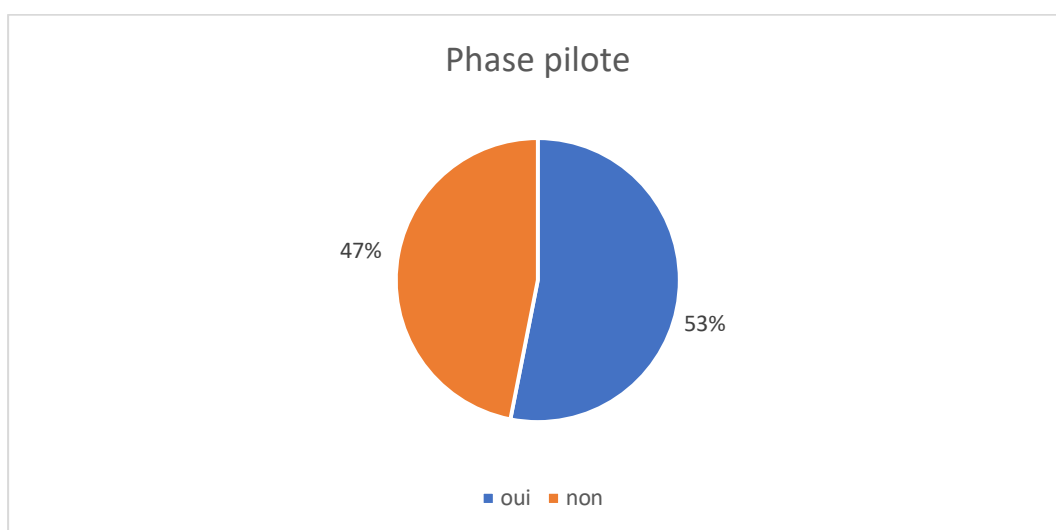


Figure 15 : Somme, phase pilote

78,1% des médecins déclaraient n'avoir reçu aucune formation quant à l'utilisation du DMP.

Bien que peu utilisé, le DMP restait un projet important pour la coordination des soins selon les médecins interrogés :

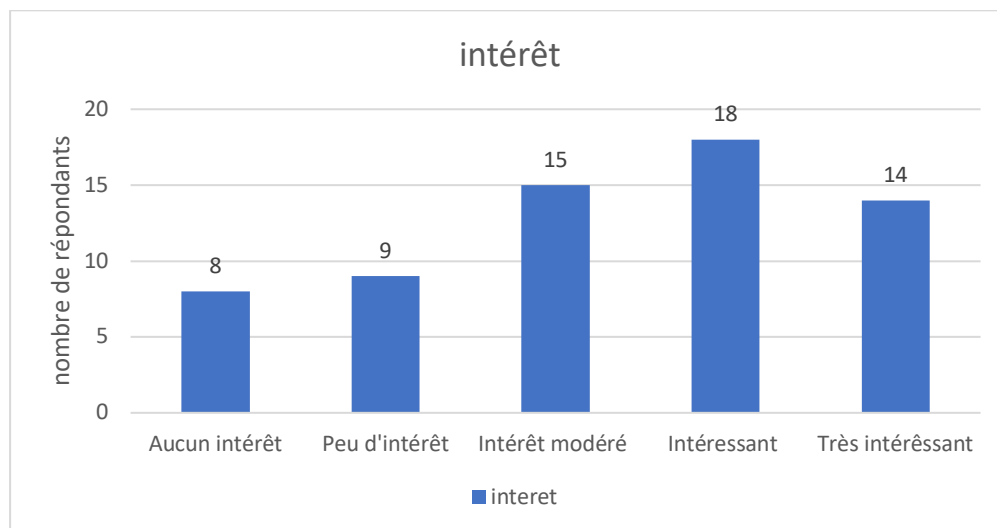


Figure 16 : intérêt dans la coordination des soins

B) Étude analytique

1) Facteurs influençant la pratique régulière (annexe 1)

Parmi les 64 médecins répondants, seul 4 étaient des utilisateurs réguliers du DMP, c'est à dire l'utilisant au moins une fois par jour. Ces 4 médecins connaissaient tous les principes du DMP ainsi que son aspect opérationnel contre 36,7% des non utilisateurs (p 0,042). 2 des 4 utilisateurs réguliers savaient que la Somme était un département pilote. 3/4 des médecins utilisateurs avaient reçu une formation sur le DMP (2 par la sécurité sociale et 1 par tutoriel) contre 18,3% des non utilisateurs (p 0,019). Pour ces utilisateurs réguliers, le DMP était globalement simple d'utilisation et tous avaient pu obtenir des solutions aux problèmes rencontrés contre 30% des utilisateurs non réguliers (p 0,04).

2) Facteurs influençant l'utilisation ponctuelle du DMP (annexe 2)

Parmi les 64 répondants, 22 (34%) étaient des utilisateurs ponctuels, c'est à dire des médecins qui avaient déjà utilisé le DMP mais de manière non régulière.

Ces utilisateurs ponctuels étaient souvent âgés de moins de 35 ans (45,5 %) et étaient majoritairement des hommes (63,4 %). Le type d'exercice ou le lieu d'exercice n'étaient pas des facteurs prédictifs de l'utilisation du DMP.

Tous les utilisateurs ponctuels participaient à des FMC contre 73,8% des autres médecins (p 0,006). 40,9 % étaient maîtres de stage contre 14,3% des autres répondants (p 0,02).

63,6% des utilisateurs ponctuels connaissaient les modalités du DMP , alors que 26,6% des non utilisateurs réguliers le connaissaient (p 0,006). Comme nous l'attendions, une majorité (90%) des utilisateurs ponctuels possédait un logiciel DMP compatible contre 71,4% des autres répondants (p 0,035). Enfin 68,5% des utilisateurs ponctuels pensaient que le DMP est un projet d'avenir à développer.

3) Les facteurs mis en avant par les non utilisateurs (annexe 3)

38 médecins interrogés n'utilisaient jamais le DMP.

71,7 % des non utilisateurs participaient à des FMC contre 100% des autres médecins (p 0,002).

50% des non utilisateurs n'avaient pas accès au DMP et 31,4% n'avaient pas de logiciel DMP compatible contre 7,7 % des utilisateurs (p 0,015).

Seuls 21,1% des non utilisateurs connaissaient le principe du DMP alors que 68,3% des utilisateurs le connaissaient (p <0,001).

7,9% des médecins non utilisateurs déclaraient avoir reçu une formation alors que 30,3 % des utilisateurs déclaraient avoir été formés (p 0,029).

DISCUSSION

A) Étude descriptive

64 médecins ont répondu au questionnaire sur 184 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 34,8%. Ce taux peut paraître faible mais le taux de réponse moyen à ce type de questionnaire auprès des médecins généralistes est de 30% [39]. Le faible taux de réponse peut être expliqué par l'aspect chronophage du questionnaire, même si celui-ci était relativement court (environ 6 minutes pour répondre à toutes les questions). D'après le Conseil de l'Ordre de la Somme, 565 médecins généralistes exercent dans ce département. 32,5% des médecins généralistes de la Somme ont donc été contactés dans notre étude, et les répondants représentent 11,3% du nombre total de médecins généralistes dans notre département.

50% de la population répondante était âgée de moins de 35 ans. Ceci est probablement biaisé par rapport à la population générale des médecins de la Somme compte tenu du mode de diffusion du questionnaire. De même, le nombre de médecins remplaçants est probablement supérieur à la proportion habituelle du fait d'un biais de sélection lié au mode d'envoi des questionnaires.

Tous les médecins interrogés étaient forcément informatisés, puisque le questionnaire était envoyé par mail, ce qui constitue également un biais de sélection. En effet, une thèse lilloise réalisée en 2014 avait montré que 12,2% des médecins généralistes n'étaient pas informatisés [40].

Alors que la sécurité sociale déclare l'ouverture de 3 500 000 dossiers dans les 9 départements pilotes, nous constatons dans notre étude que seuls 37,5 % des interrogés ont déjà créé un DMP tandis que 20,3% essayent de l'alimenter. Ils ne sont même que seulement 6,2% à utiliser le DMP quotidiennement. Il faut noter que l'ouverture du DMP peut se faire par le patient lui-même, dans un centre de CPAM, mais n'est pas forcément alimenté par le médecin généraliste prenant en charge le patient. Le nombre d'ouvertures de DMP ne correspond donc pas au nombre de DMP utilisés en pratique.

Seuls 20,3% des médecins alimentent le DMP, mais le font essentiellement pour leurs patients souffrant de pathologies chroniques. C'est essentiellement pour ce type de patient que le DMP pourrait prendre toute son importance. Il permettrait alors d'accéder aux antécédents et traitements du patient, à tout moment et dans tout type de structure, avec un probable surcroît d'intérêt dans les services d'urgences. Chez les patients chroniques et multi pathologiques, le DMP serait également essentiel pour notifier les directives anticipées ainsi que le choix du patient au sujet du don d'organe.

De fait, nous constatons dans notre étude que les rubriques les plus utilisées sont celles en lien avec les pathologies chroniques des patients (antécédents et correspondances).

Le faible taux d'utilisation du DMP est corrélé au fait que 58,7% des interrogés ne connaissent pas les différents aspects opérationnels du DMP. Ceci peut s'expliquer par le fait que 78,1% des interrogés n'ont reçu aucune information ni formation sur le DMP. Le défaut de communication semble un des points importants entraînant une limitation de l'utilisation du DMP.

Seuls 53,1% des médecins avaient connaissance de la phase test dans la région. La plupart était informée par un représentant de la CPAM, par un confrère ou même directement par les patients, ce qui peut encore souligner un défaut de communication de la part de la CPAM.

Après la phase test, parmi les 39 % de médecins ayant utilisé le DMP lors de la phase test , 48% trouvaient son utilisation complexe. Près de 54% des utilisateurs avaient rencontré des difficultés d'utilisation mais seulement 27,3% avaient obtenu des réponses à leurs interrogations.

Malgré tout, les médecins pensent que le DMP à un certain intérêt dans la coordination des soins, qu'il faut l'améliorer et enfin 52,4% seraient prêts à l'utiliser au quotidien.

Ce sont néanmoins des chiffres en augmentation par rapport à 2014 où seuls 27,4% des médecins avaient déjà utilisé le DMP [39].

B) Étude analytique

Nous remarquons que différents facteurs influencent l'utilisation du DMP

- la connaissance du principe
- la formation
- le logiciel compatible
- la connaissance générale du DMP

Les gros freins mis en évidence sont un manque de connaissance au sujet du DMP avec un manque de praticité. Les médecins évoquent une fois de plus le côté peu intuitif et chronophage du DMP.

Ces mêmes revendications avaient été mises en avant par le Dr Febwin en 2014 [39], avec 68,8% des médecins qui réclamaient davantage de formation.

C) Limites et ouverture

Notre étude n'est pas exhaustive, puisque la population interrogée représente uniquement un échantillon des médecins de la Somme . De plus, il existe un biais de sélection lié au mode d'envoi informatisé du questionnaire.

Nous constatons que le DMP est encore très peu utilisé par les médecins généralistes du département, par défaut de connaissance et de praticité. Cependant une majeure partie croit en son avenir.

Après la phase test dans la Somme, le DMP a été généralisé à la France entière depuis le 6 novembre 2018 avec un campagne de promotion réalisée par l'actuel ministre de la Santé, Mme BUZIN. Le gouvernement insiste sur son intérêt dans la prise en charge urgente des patients.

A ce jour la CNAM recense 3 millions d'ouverture de DMP, mais le Conseil de l'Ordre des Médecins estime que 39% des dossiers ont été ouverts par des pharmaciens et par les patients eux-mêmes, 18% par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et seulement 4% l'ont été par des praticiens [41]. Le principal écueil du DMP est donc qu'il ne suscite que peu de réaction dans le corps médical. De plus, les récentes campagnes publicitaires ayant pour but de promouvoir l'ouverture du DMP s'adressent essentiellement aux patients et aux pharmaciens, alors que le corps des médecins généralistes est supposé être le pivot de son développement.

Le DMP arrive, probablement, au mauvais moment dans un monde médical profondément en crise où les tâches administratives sont de plus en plus nombreuses avec un nombre de patient par médecin qui augmente du fait des désert médicaux. Cette plateforme en ligne n'a pas évolué depuis son lancement et n'est actuellement qu'un réservoir documentaire. Autrement dit, cet outil en ligne mis à disposition des médecins est obsolète.

Les patients eux-mêmes sont circonspects au sujet du DMP, certains sont peu rassurés par le caractère « partagé » du DMP, d'autres le trouvent trop complexe d'utilisation. Il semblerait que les patients les plus impliqués dans la création du DMP sont « ceux qui commencent à être malades » mais que pour autant l'interface s'adresse plutôt aux jeunes habitués à ce type de dispositifs mais moins acteurs de leur santé. Depuis le 1er janvier, chaque enfant qui naît en France voit son DMP ouvert, cela permettra peut-être de le substituer au traditionnel carnet de santé et de favoriser l'implication du patient et du médecin à son utilisation.

CONCLUSION

Aujourd'hui, 14 ans après le lancement du DMP, celui-ci reste très peu utilisé par le corps médical. Seuls 6,2% des médecins ayant répondu à notre questionnaire l'utilisent régulièrement. La Somme était un département test avant le grand lancement national mais seuls 53,1% des médecins en étaient informés. Après cette phase test, 37,5% des médecins ont déjà créé un DMP et uniquement 20,3 % l'alimentent.

Nous avons pu remarquer qu'il existait un véritable défaut de communication et d'information au sujet du DMP. En effet, au bout de 14 ans de projet, 10,9% des médecins interrogés ne connaissent pas le principe général du DMP et seuls 42,2% connaissent les différents principes opérationnels. Nous avons pu remarquer que ce manque de connaissances ainsi que le manque de formation étaient les principaux facteurs influençant la non utilisation de cet outil.

Toutefois, le DMP reste un projet auquel les médecins croient, en cas d'amélioration. Ils pensent que cet outil est un bon moyen de coordination des soins, d'autant plus intéressant pour leurs patients chroniques.

Actuellement, dans la Somme, le DMP n'est donc que très peu utilisé par les médecins généralistes, ce qui constitue un frein à une meilleure coordination des soins, d'autant plus dommageable que le CHU d'Amiens est le premier établissement français alimentant le DMP (courriers d'hospitalisation, examens complémentaires , consultations....) . Chaque passage au CHU génère un compte rendu automatiquement transféré vers le DMP. Cet outil pourrait donc, surtout dans notre département, constituer un excellent moyen d'améliorer la liaison hôpital-ville et donc les soins apportés à nos patients.

ANNEXES

	Utilisateurs réguliers (n=4)	Utilisateurs non réguliers (n=60)	p
Age :			
- < 35 ans	1 (25%)	36(60%)	0.139
- 35 à 45 ans	1(25%)	9(15%)	
- 46 à 60 ans	2(50%)	7(11.7%)	
- > 60 ans	0(0%)	8(13.3%)	
Sexe : (% , n)			
- Femme	1(25%)	31 (51.7%)	0.306
- Homme	3(75%)	29(48.3%)	
Type d'activité			
- seul	0(0%)	9(15%)	0.477
- cabinet de groupe	3(75%)	24(40%)	
- MSP	0(0%)	12(20%)	
- remplaçant	1(25%)	15(25%)	
Zone d'activité			
- rurale	1 (25%)	21 (35%)	0.792
- semi rurale	2(50%)	20 (33.3%)	
- urbaine	1(25%)	19 (31.7%)	
Informatisation	4 (100%)	60 (100%)	1
FMC	4 (100%)	49 (81.7)	0.461
Maître de stage	0 (0%)	15 (25%)	0.333
Accès au DMP	4 (100%)	41 (68.3%)	0.234
Pratique courante	4 (100%)	13 (21.7%)	0.004
Principe	4 (100%)	54 (90%)	0.668
Phase pilote	2 (50%)	33 (55%)	0.619
Logiciel compatible	4 (100%)	46 (67.7%)	0.550
Formation			
- via conseiller	2 (50%)	9 (15%)	0.019
- via tutoriel	1 (25%)	2 (3.3%)	
Aspect opérationnel	4 (100%)	22 (36.7%)	0.042
Utilisation			
- facile	1 (25%)	5 (8.3%)	<0.001
- simple	3 (75%)	5 (8.3%)	
- complexe	0 (0%)	12 (20%)	
- non utilisée	0 (0%)	38 (63.3%)	
Problèmes	2 (50%)	10 (16.7%)	0.157
Solution	2/2 (100%)	3/10 (30%)	0.040
A développer	4 (100%)	32(53.3%)	0.190

Facteurs liés à une utilisation régulière (annexe I)

	Utilisateurs ponctuels (n=22)	Réguliers ou non utilisateurs (n=42)	p
Age :			
- < 35 ans	10 (45.5%)	27 (64.3%)	0.078
- 35 à 45 ans	2 (9.1%)	8 (19%)	
- 46 à 60 ans	6 (27.3%)	3 (7.1%)	
- > 60 ans	4 (18.2%)	4 (9.5%)	
Sexe : (% , n)			
- Femme	8 (36.4%)	24 (57.1%)	0.094
- Homme	14 (63.6%)	18 (42.9%)	
Type d'activité			
- seul	5 (22.7%)	4 (9.5%)	0.206
- cabinet de groupe	7 (31.8%)	20 (47.6%)	
- MSP	6 (27.3%)	6 (14.3%)	
- remplaçant	4 (18.2%)	12 (28.6%)	
Zone d'activité			
- rurale	9 (40.9%)	13 (31%)	0.540
- semi rurale	8 (36.4%)	14 (33.3%)	
- urbaine	5 (22.7%)	15 (75%)	
Informatisation	22 (100%)	42 (100%)	1
FMC	22 (100%)	31 (73.8%)	0.006
Maître de stage	9 (40.9%)	6 (14.3%)	0.020
Accès au DMP	22 (100%)	23 (54.8%)	<0.001
Pratique courante	6 (27.3%)	11 (26.2%)	0.575
Principe	21 (95.5%)	37 (88.1%)	0.320
Phase pilote	15 (68.2%)	20 (47.6%)	0.095
Logiciel compatible	20 (90.0%)	30 (71.4%)	0.035
Formation			0.300
- via conseiller	6 (27.3%)	5 (11.9%)	
- via tutoriel	1 (4.5%)	2 (4.8%)	
Aspect opérationnel	14 (63.6%)	12 (28.6%)	0.006
Utilisation			<0.001
- facile	5 (22.7%)	1 (2.4%)	
- simple	4 (18.2%)	4 (9.5%)	
- complexe	8 (36.4%)	4 (9.5%)	
- non utilisée	5 (22.7%)	33 (78.6%)	
Problèmes	7 (31.8%)	5 (11.9%)	0.050
Solution	3/7 (42.8%)	2/5 (40%)	0.689
A développer	15 (68.2%)	21 (50%)	0.281

Facteurs liés à une création ou alimentation sans utilisation régulière (Annexe II)

	Ne l'utilise jamais (n=38)	Utilise (n=26)	p
Age :			0.010
- < 35 ans	26 (68.4%)	11 (42.3%)	
- 35 à 45 ans	7 (18.4%)	3 (11.5%)	
- 46 à 60 ans	1 (2.6%)	8 (30.8%)	
- > 60 ans	4 (10.5%)	4 (15.4%)	
Sexe : (% , n)			0.037
- Femme	23 (60.5%)	9 (34.6%)	
- Homme	15 (39.5%)	17 (65.4%)	
Type d'activité			0.573
- seul	4 (10.5%)	5 (19.2%)	
- cabinet de groupe	17 (44.7%)	10 (38.5%)	
- MSP	6 (15.8%)	6 (23.1%)	
- remplaçant	11 (28.9%)	5 (19.2%)	
Zone d'activité			0.506
- rurale	12 (31.6%)	10 (38.5%)	
- semi rurale	12 (31.6%)	10 (38.5%)	
- urbaine	14 (36.8%)	6 (23.1%)	
Informatisation	38 (100%)	26 (100%)	1
FMC	27 (71.7%)	26 (100%)	0.002
Maître de stage	6 (15.8%)	9 (34.6%)	0.075
Accès au DMP	19 (50%)	26 (100%)	<0.001
Pratique courante	7 (18.4%)	10 (38.5%)	0.068
Principe	33 (86.8%)	25 (96.2%)	0.211
Phase pilote	18 (47.4%)	17 (65.4%)	0.122
Logiciel compatible	26 (68.4%)	24 (92.3%)	0.015
Formation			0.029
- via conseiller	3 (7.9%)	8 (30.8%)	
- via tutoriel	1 (2.6%)	2 (7.7%)	
Aspect opérationnel	8 (21.1%)	18 (69.2%)	<0.001
Utilisation			<0.001
- facile	0 (0%)	6 (23.1%)	
- simple	1 (2.6%)	7 (26.9%)	
- complexe	4 (10.5%)	8 (30.8%)	
- non utilisée	33 (86.8%)	5 (19.2%)	
Problèmes	3 (7.9%)	9 (34.6%)	0.009
Solution	0/3 (0%)	5/9 (55.6%)	0.159
A développer	17 (44.7%)	19 (73.1)	0.061

Facteurs liés à la non-utilisation (Annexe III)

Questionnaire à destination des médecins généralistes (annexe 4)

Bonjour,

Je me présente je suis Marion HAMARD, interne de médecine générale à Amiens depuis novembre 2014. Pour clôturer ma formation et pouvoir réaliser mon projet d'installation dans l'Aisne j'ai choisi de réaliser mon travail de thèse sur le DMP accompagné du Docteur DUBOIS, médecin généraliste et maître de stage installé à Ailly le Haut Clocher.

J'ai choisi de travailler sur le DMP car c'est un outil qui me semble plein d'avenir mais qui a du mal à réussir son implantation. Dans mon travail je recherche à savoir comment vous intégrez le DMP dans votre pratique quotidienne.

Depuis sa création le dossier médical partagé peine à se déployer.

En 2004, lors de son lancement grâce à la loi du 13 août, ce projet est pour la première fois évoqué. La version initiale est jugée trop coûteuse et confiée en 2011 à l'ASIP qui lance une première version du Dossier Médical Personnel (DMP). La mise en œuvre est lente avec de nombreuses complexités techniques. Cette première tentative se solde par un échec, faute d'utilisateurs. La Picardie faisait déjà partie des régions test et comme l'avait montré l'étude de mon confrère Benoit FEBWIN, elle ne dérogeait pas à la tendance générale de faible utilisation.

Cependant, ce projet continuait à susciter un intérêt certain dans la prise en charge globale du patient. C'est pourquoi en décembre 2016 le DMP version 2 est lancé et est devenu le dossier médical partagé. Une fois encore la Picardie et plus précisément la Somme fait partie des départements test.

En tant que médecins généralistes de la Somme, vous avez reçu une formation plus ou moins approfondie et avez été incité à utiliser cet outil. Nous sommes actuellement à plus de 18 mois du lancement et peu de chiffres sur cette phase pilote ont été révélés.

Pour cela, je vous adresse ce questionnaire qui vous prendra peu de temps si vous acceptez d'y répondre.

A) Caractéristiques de la population d'étude

1- Quel âge avez-vous ?

- ° < 35 ans
- ° de 36 à 45 ans
- ° de 46 à 60 ans
- ° > 60ans

2- Vous êtes :

- ° Une femme
- ° Un homme

3- Quelle est votre type d'exercice ?

- ° Médecin installé seul (ou cabinet de groupe sans relation)
- ° Médecin installé dans un cabinet de groupe
- ° Médecin de MSP
- ° Médecin remplaçant

4- Quelle est votre zone d'activité ?

- ° Rurale
- ° Semi rurale
- ° Urbain

5- Êtes-vous informatisé ?

- ° Oui
- ° Non

6- Participez-vous à des FMC ?

- ° Oui
- ° Non

7- Êtes-vous maitre de stage ?

- ° Oui
- ° Non

B) Le DMP, dans votre pratique

1- Avez-vous un accès au DMP ?

- ° Oui
- ° Non

2- Utilisez-vous le DMP de manière régulière (au moins 1 fois par jour) ?

- ° Oui
- ° Non

3- Avez-vous créé un ou plusieurs DMP ?

- ° Oui
- ° Non

4- Alimentez-vous le DMP ?

- ° Oui
- ° Non

5- Pour quel type de patient utilisez-vous le plus fréquemment le DMP ?

- ° Les patients chroniques consultants beaucoup de spécialistes
- ° Les patients de « passage » dans les situations urgentes
- ° Les nouveaux patients afin de créer un dossier et faciliter le suivi

- 6- Quelle rubrique utilisez-vous le plus dans le DMP ?
- Les antécédents
 - Les traitements
 - Les examens complémentaires réalisés
 - Les courriers des confrères
- 7- Après cette phase pilote, êtes-vous prêts à utiliser le DMP de manière quotidienne dans votre pratique ?
- Oui
 - Non

C) le DMP d'un point de vue technique et pratique

- 1- Connaissez-vous le principe du DMP ?
- Oui
 - Non
- 2- Saviez-vous que la Somme était département pilote de la dernière version ?
- Oui
 - Non
- 3- Si oui, comment l'avez-vous appris ?
- Par un représentant de l'assurance maladie
 - Par un confrère ou en FMC
 - Via un patient
 - Via les médias
- 4- Votre logiciel de travail est-il DMP-compatible ?
- Oui
 - Non
- 5- Avez-vous eu une formation pour la création/utilisation du DMP ?
- Oui un conseiller de l'assurance maladie est venu me former et reste disponible
 - Oui mais via un tutoriel
 - Non aucune
- 6- Connaissez-vous les aspects opérationnels du DMP (création, consultation, dépôts d'information) ?
- Oui

° Non

7- Après cette phase pilote, l'utilisation du logiciel vous semble :

° Facile, intuitive

° Simple après avoir reçu une formation

° Vraiment trop complexe, nécessitant une connexion internet (très) haut débit

8- Pendant cette phase pilote avez-vous rencontré des difficultés techniques d'utilisation ?

° Oui

° Non

9 - Si oui avez-vous trouvé une solution à ce problème ?

° Oui (merci de préciser comment)

° Non

10- Pour vous quel est l'intérêt du DMP dans la coordination des soins ?

Aucun intérêt

Très intéressant

1

1

2

3

4

5

11-Après avoir utilisé le DMP pendant cette phase test, pensez-vous que c'est un moyen de santé publique à développer ?

° Oui

° Non

12- Enfin seriez-vous prêts à l'utiliser au quotidien ?

° Oui

° Non

Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps. Si vous souhaitez être informé des résultats de l'étude indiquez moi vos coordonnées, qui seront enregistrées indépendamment des résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rapport de la Cour des comptes. Rapport sur le coût du DMP. Juillet 2012. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: http://www.ccomptes.fr/content/download/53668/1420602/version/2/file/rapport_cout_dossier_medical_personnel.pdf
- [2] BERTRAND X. Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Clôture de la conférence annuelle de l'agence des systèmes d'information partagés de santé - ASIP-Santé. 5 Janvier 2011. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/en/node/2233>
- [3] JAEGER M. L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs. Ed Eres, 1 mars 2010, 196 p.
- [4] Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? octobre 2012. [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf
- [5] Code de la santé publique - Article L4130-1 | Légifrance [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B9C1732B7A2671F3574E994DC6C73A81.tpdjo03v_1?idArticle=LEGIARTI000020890163&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140511
- [6] Carnet de santé de l'enfant - Service-public.fr [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F810.xhtml>
- [7] LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Légifrance [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- [8] Code de la santé publique - Article L6321-1 | Légifrance [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E8D1B6CC4B01497861B796033065F2EA.tpdjo03v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691334&dateTexte=20140511&categorieLien=cid#LEGIARTI000006691334
- [9] Circulaire N° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MS Santé dans les établissements de santé. Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir_39112.pdf
- [10] Haute autorité de santé. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Juillet 2013. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/efficience_tlm_vf_2013-07-18_14-48-38_743.pdf
- [11] 10eme congrès européen de télémédecine. Discours de Myriam BOURDIN. Disponible sur <https://www.sf-telemed.org/archives.html>
- [12] En savoir plus sur le DMP - Le DMP au service des professionnels de santé - DMP [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/dossier-medical-partage/tout-savoir-sur-dossier-medical-partage>
- [13] Jean-Marc Font et Jean-Claude Quiniou. *Les ordinateurs, mythes et réalités* (1968) (OCLC 6261585) extrait en ligne [archive]
- [14] BROCAS A-M. L'exercice libéral des professions paramédicales. Juin 1998. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/289_rapport_brocas_rapport_sur_1_exe.pdf

- [15] FIESCHI M. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Janvier 2003. Disponible sur:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000714/0000.pdf>
- [16] Loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JO N°190 du 17 août 2004.
- [17] Arrêté du 11 avril 2005 portant sur l'approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public « groupement de préfiguration du DMP ». JO du 12 avril 2005. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur:
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-06/bo0506.pdf>
- [18] Conférence de presse de M. Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités, sur les modalités et le calendrier de mise en place du dossier médical personnel (DMP), Paris le 22 septembre 2006. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur:
<http://discours.vie-publique.fr/notices/063003400.html>
- [19] CNIL. Conclusions des missions de contrôles relatives à l'expérimentation du DMP. Mars 2006. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur:
<http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/approfondir/dossier/sante/CCL-controleDMP-VD.pdf>
- [20] Rapport de la mission de relance du projet de DMP, dit « rapport Gagneux »
- [21] Comité Consultatif National d'Éthique. Avis n°104 : Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé. 19 mars 2008. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_104.pdf
- [22] Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative : Hôpital Européen Georges Pompidou-Lundi 23 juin 2008. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/visite-hopital-europeen-georges-pompidou.html>
- [23] Dossier de presse. Le DMP, au service de la coordination des soins. Novembre 2011. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur:
http://www.esante.gouv.fr/dmp_presse/presse/dossier_01.pdf
- [24] <http://esante.gouv.fr/asip-sante/espace-presse/communiques-de-presse/l-acces-web-patients-du-dossier-medical-personnel-dmp> [archive]
- [25] <http://esante.gouv.fr/asip-sante/espace-presse/communiques-de-presse/100e-logiciel-dmp-compatible-homologue-en-2-ans-1> [archive]
- [26] Revue hospitalière 2013 500M€ dont 250M€ documentés avec beaucoup d'imprécision [archive]
- [27] Discours du ministre Marisol Touraine novembre 2012
.[archive].<https://www.20minutes.fr/societe/1037304-20121107-marisol-touraine-preconise-dossier-medical-personnel-nouvelle-generation>
- [28] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030891023>
- [29] <https://www.dmp.fr/patient/creation/etape1>
- [30] <https://www.dmp.fr/ps/erreur-acces-dmp>
- [31] <https://cnda.ameli.fr/logiciels-certifies/>
- [32] Code de la sécurité sociale. - Article L162-5-3 | Légifrance [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LE-GITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740743&dateTexte=&categorie-Lien=cid>

- [33] Denmark Leads the Way in Digital Care - NYTimes.com [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: http://www.nytimes.com/2010/01/12/health/12denmark.html?_r=2&
- [34] Danemark : un modèle pour la e-santé | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/the-mag-issue-2/danemark-un-modele-pour-la-e-sante>
- [35] Report of the national institute for health and welfare. EHealth and eWelfare of Finland. Mai 2013. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104368/URN_ISBN_978-952-245-835-3.pdf?sequence=1
- [36] Fujitsu's Ongoing Activities in Healthcare Field [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019] Disponible sur: <http://www.fujitsu.com/downloads/MAG/vol47-1/paper02.pdf>
- [37] Bartova S. European Commission, DG Information Society and Media, ICT for Health Unit. Country Brief. Octobre 2010. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019] .Disponible sur: http://ehealth-strategies.eu/database/documents/CzechRepublic_CountryBrief_eHS_FinalEdit.pdf
- [38] Estonian eHealth Foundation. Electronic Health Record. [Internet]. [consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: <http://www.e-tervis.ee/index.php/en/health-information-system/electronic-health-record>
- [39] Febwin B. Le dossier médical personnel : État des lieux un an après le lancement officiel. Enquête auprès des médecins généralistes picards. 2012
- [40] Bray P . L'informatisation du cabinet du médecin généraliste : est-ce que toutes les possibilités du logiciel métier et des autres technologies de l'information et de la communication sont exploitées ? Enquête auprès de 350 médecins généralistes en France. 2012.
- [41] Allermoz E, Berrier S, Fidel D. Dossier : Pourquoi adopter le DMP ? Bulletin de l'ordre national des médecins n°60 mars-avril 2019

RESUME

Introduction :

Le dossier médical partagé (DMP) est un projet ancien dont l'implantation en France est difficile. Fondé en 2004, après plusieurs remaniements et controverses, le DMP est généralisé de manière nationale depuis Novembre 2018, après 18 mois de phase pilote dans 9 départements dont la Somme. A ce jour 3 millions de DMP sont recensés par la CNAM mais beaucoup restent vierges d'informations médicales du fait de la faible implication des médecins généralistes. L'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux de l'utilisation du DMP par les médecins généralistes de la Somme et de rechercher les facteurs influençant son utilisation.

Méthode :

180 médecins de la Somme ont été interrogés via un questionnaire envoyé par mail le 21 décembre 2018 avec une première relance 15 jours plus tard puis un dernier renvoi début février.

Résultats :

64 réponses ont été obtenues du 21 décembre 2018 au 4 mars 2019. Parmi les 64 répondants, seuls 4 médecins utilisaient le DMP de manière régulière, c'est à dire au moins une fois par jour. 37,5% avaient déjà créé un DMP et 20,3% essayaient de l'alimenter. Pour la plupart, le DMP était utilisé pour les patients porteurs de pathologies chroniques. Le manque d'informations et de praticité étaient les principaux freins à son utilisation.

Conclusion :

Le DMP est encore très peu utilisé par les médecins généralistes de la somme, par manque d'information et de praticité. Toutefois, la majorité des médecins croit en son avenir, si l'outil venait à évoluer.

Mots-clés : dossier médical partagé, médecin généraliste, état des lieux, coordination

ABSTRACT

Introduction :

Shared Electronic Health Record (DMP) is an old project whose implementation in France is difficult. Created in 2004, after several re-works and controversies, DMP is nationally generalized since November 2018, after 18 months of pilot phase in 9 counties including Somme. 3 millions of DMP were created so far, but a lot are empty of medical informations due to a limited involvement of general practitioners (GPs). The aim of this study was to conduct an environmental scan of DMP use by Somme's GPs and identify using influencing factors.

Methods :

180 GPs from Somme were surveyed means of a questionnaire sent by mail on 21st December 2018, with a first recovery 15 days later and a last return in early February.

Results :

64 answers were obtained from 21st December 2018 to 4th March 2019. Among the 64 respondents, only 4 GPs used DMP regularly, meaning at least once by day. 37,5% had already created a DMP and 20,3% tried to add informations. For most, DMP was used for patients with chronic conditions. The lack of informations and practicality was the main obstacle to its use.

Conclusion :

DMP is still little used by Somme's GPs, due to a lack of informations and practicality. However, the majority of physicians believe in its future, if the tool came to evolve.

Keywords : Shared Electronic health record, general practitioners, overview, coordination