



HAL
open science

Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé : enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018

Pierre-Olivier Renault

► **To cite this version:**

Pierre-Olivier Renault. Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé : enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02494486

HAL Id: dumas-02494486

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02494486>

Submitted on 28 Feb 2020

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.

Université de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N°129

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et Soutenue publiquement

Le 23 septembre 2019

Par Pierre-Olivier RENAULT

Né le 25 juin 1987

Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé : Enquête qualitative auprès de 16
médecins généralistes des Pyrénées atlantiques en 2018

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Sébastien COSSIN

JURY

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| - Professeur Patrick MERCIÉ | Président du jury |
| - Docteur Yves MONTARIOL | Membre du jury et rapporteur |
| - Docteur Sylvie MAURICE | Membre du jury |
| - Docteur Stéphane GUEZ | Membre du jury |
| - Docteur Sébastien COSSIN | Directeur de thèse |

REMERCIEMENTS

Table des matières

GLOSSAIRE	5
AVANT PROPOS	7
1 INTRODUCTION	8
1.1 Définition	10
1.2 Historique du DMP	11
1.3 DMP « deuxième version ».....	13
1.4 Etat actuel.....	15
1.5 Etudes et enquêtes sur l'utilisation du DMP	16
1.6 Projets et Perspectives d'évolutions	18
2 METHODES	22
2.1 Type d'étude.....	22
2.2 Guide d'entretien	22
2.3 Population étudiée	23
2.4 Déclaration CNIL.....	23
2.5 Recueil des données.....	24
2.6 Stratégie d'analyse	25
3 RESULTATS.....	28
3.1 Description des participants.....	28
3.2 Description des données recueillies.....	33
3.2.1 Connaissances et pratiques.....	33
3.2.2 Avantages et intérêts	41
3.2.3 Freins et limites	44
3.2.3.1 Les freins humains.....	44
3.2.3.2 Les freins techniques.....	46
3.2.3.3 Les freins politiques.....	48
3.2.3.4 Les freins éthiques et légaux	49
3.2.3.5 Les freins culturels et sociaux.....	53
3.2.4 Perspectives d'évolutions et d'améliorations.....	54
3.2.4.1 La Rémunération	54
3.2.4.2 La formation	55
3.2.4.3 Changement sur le fond	56
3.2.4.4 Changement sur la forme.....	57
3.2.4.5 Autres suggestions	58
3.2.5 Résumé des freins et des leviers	60

4	DISCUSSION	62
4.1	Principaux résultats	62
4.1.1	Niveau de connaissances, utilisation et d'opinions.....	62
4.1.2	Avantages et intérêts évoqués	64
4.1.3	Freins et limites	64
4.1.4	Suggestions et perspectives d'évolutions	69
4.2	Limites de l'étude	72
4.2.1	Biais de recrutement / Biais de sélection	72
4.2.2	Biais d'analyse	73
4.2.3	Biais d'informations / Biais d'actualités	73
4.2.4	Biais d'investigations	74
5	CONCLUSION	75
	BIBLIOGRAPHIE.....	76
	Annexe 1 : Guide d'entretien initial	83
	Annexe 2 : Guide d'entretien modifié.....	85
	Annexe 3 : Déclaration CNIL.....	87
	Annexe 4 : Mail adressé aux médecins	88

GLOSSAIRE

ASIP-santé : Agence des Systèmes d'Informations Partagées en santé

CNAM : Caisse National d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COG : Convention d'Objectifs et de Gestions

CPS : Carte Professionnel de Santé

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DME : Dossier Médical Electronique

DMI : Dossier Médical Informatisé

DMP : Dossier Médical Partagé

DPI : Dossier Patient Informatisé

DPC : Développement Professionnel Continu

DSSIS : Délégation à la Stratégie des Systèmes d'informations de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EHR : Electronic Health Record
EMR : Electronic Medical Record
ENS : Espace Numérique de Santé
FMC : Formation Professionnelle Continue
GIP : Groupement Intérêt Publique
GMSIH : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
HAS : Haute Autorité de Santé
HIE : Health Information Exchange
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription
LPS : Logiciel des Professionnels de Santé
MSS : Messagerie Sécurisé de Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAACO : Plateforme d'Aquitaine d'Aide à la Coordination
PHR : Personal Health Record
PSL : Professionnel de Santé Libéral
PTA : Plateforme Territoriale d'Appuie
RePPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
SNS : Stratégie Nationale Santé
TIC : Technologie de l'Information et de la Communication
TSN : Territoire de Soins Numériques

AVANT PROPOS

Ce projet de thèse a mis du temps à voir le jour. En effet une fois l'internat terminé, j'ai commencé à faire des remplacements en laissant la thèse pour plus tard, mais le temps passe vite... C'est au cours de différents remplacements, dans plusieurs cabinets, dans différents secteurs et avec des méthodes de travail différentes qu'est né ce projet de thèse sur le Dossier Médical Partagé (DMP). En tant que remplaçant nous sommes le plus souvent confrontés à des patients inconnus. Le dossier médical est parfois sur support papier, sur le logiciel métier du médecin ou encore sur les deux. Les logiciels sont souvent différents et plus ou moins bien alimentés tout comme les dossiers papiers. Beaucoup de temps perdu lors de chaque consultation pour récupérer l'historique des patients. C'est face à cette difficulté rencontrée pendant ces trois années de remplacement que mon intérêt pour le DMP est né. D'autant plus que le sujet était d'actualité car en pleine relance, que j'exerçais dans un des départements pilote de déploiement du DMP et en pleine ère de la e-santé.

1 INTRODUCTION

Le dossier médical est un outil constitué de documents et de notes, il retrace les épisodes de la maladie et du parcours de soin d'une personne. Il est aujourd'hui considéré comme un outil capital d'exercice pour tout professionnel de santé. Il est indispensable pour assurer la prise en charge des patients. C'est une obligation légale depuis les années 1990 (1), c'est maintenant un document médico-juridique et administratif obligatoire pour tous les professionnels de santé. De nombreux textes de loi ont permis d'encadrer ce dossier médical, notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et qui autorise les patients à accéder à leurs informations (2). Cette loi reformule la définition du dossier médical : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation... »

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) maintenant renommé Haute Autorité de la Santé (HAS) décrivait le dossier médical comme : « une mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutiques d'un malade, à la fois individuelle et collective, constamment mise à jour ». La HAS le définit comme : « le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit » (3). C'est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients pour assurer une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Il engage la responsabilité professionnelle de tous ses acteurs.

Il était initialement sur support papier mais ce n'est qu'à partir des années 1990 que les premiers dossiers médicaux informatisés sont apparus. En effet l'informatisation des cabinets médicaux s'est surtout développée à partir de 1998 avec l'apparition de la carte vitale et de la télétransmission des feuilles de soins. Actuellement la presque totalité des médecins généralistes (>70 % en 2015, données CNAMTS) (4) sont équipés et utilisent un logiciel métier pour tenir à jour le dossier médical de leurs patients, tout comme les établissements de santé.

Il existe différents types de logiciels métiers, certains ne servent qu'à télétransmettre les feuilles de soins, d'autres sont des Logiciels d'Aides à la Prescription (LAP). Les Dossiers Médicaux Informatisés (DMI) permettent le stockage des informations médicales des patients, il en existe beaucoup, certains sont adaptés aux établissements de santé, aux médecins libéraux spécialistes ou généralistes, aux paramédicaux... Les professionnels ne sont pas soumis à l'utilisation d'un logiciel unique, ils ont la possibilité de choisir un prestataire ou éditeur de logiciels privés qui a été accrédité par la HAS selon des référentiels définis par l'ASIP santé. Là encore il a fallu de nombreuses réglementations pour permettre l'utilisation de ces logiciels en santé (5). Ces différents DMI sont propres à chaque médecin ou groupe de médecins mais ils ne permettent pas d'échanger ou de partager des données de santé avec tous les professionnels de santé. Ces différents logiciels qui sont les supports de ces dossiers médicaux ne sont généralement pas compatibles entre eux et ne permettent donc pas le partage d'informations sécurisées directement. Ils ont aussi tous une interface et un mode de fonctionnement différent.

Ces dernières années le numérique a énormément évolué dans tous les domaines. La population est de plus en plus « connectée » et utilise de plus en plus de services et d'outils numériques que ce soit pour un usage personnel ou professionnel. Le système de santé a aussi évolué, la prise en charge des

patients est de plus en plus multidisciplinaire et nécessite souvent l'intervention de différentes spécialités médicales et para médicales. La communication et le partage d'informations sont essentielles à la bonne prise en charge des patients. La santé n'a pas échappé à la numérisation et la modernisation de son système, de nombreux outils et services numériques ont été créés et mis en place ces dernières années pour créer ce que l'on appelle maintenant la e-santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'e-santé : « les services du numérique au service du bien-être de la personne » et, plus spécifiquement, comme « l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales ». La e-santé encore appelée télésanté, santé connectée ou santé numérique désigne tous les domaines où les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont mises au service de la santé.

C'est pour faciliter le partage des informations de santé et pour améliorer la coordination des soins que le projet du Dossier Médical Partagé (DMP) est né en 2004 (6). L'objectif était d'avoir un dossier médical dématérialisé accessible aux soignants et aux patients, ce dossier devait être unique, indépendant et complémentaire du dossier informatisé propre à chaque établissement de santé et chaque médecin. Il devait pallier aux problèmes d'interopérabilité des différents logiciels médicaux pour améliorer la transmission des informations entre les différents soignants. Sa mise en place, qui sera détaillée plus loin, a été longue et fastidieuse pour de multiples raisons (sécuritaires, techniques, humaines...).

Le DMP est actuellement actif et fonctionnel après 14 ans de réformes, de relances et de phases d'expérimentations. Différents travaux et enquêtes ont constaté qu'il restait malgré tout très peu utilisé par les professionnels de santé même si l'usage est difficilement chiffrable (7–11). Une étude observationnelle descriptive réalisée par le docteur El Matouat en 2018 en région Bretagne (11) constatait que seulement 5 % des médecins interrogés (11 sur 205) utilisait le DMP au moins une fois par mois. Dans son enquête seulement un tiers des médecins avaient déjà utilisé le DMP au moins une fois alors que la région Bretagne fait partie des régions pilotes du déploiement du DMP.

Malgré les nombreux avantages annoncés, pourquoi le DMP reste si peu adopté par les médecins généralistes ?

L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes et de comprendre les freins actuels à l'adoption du Dossier Médical Partagé, notamment dans le département des Pyrénées-Atlantiques, département pilote de déploiement du DMP où exerce l'auteur de ce travail. Pour y répondre, une enquête a été menée auprès de médecins généralistes de ce département pour recueillir leur opinion sur l'utilisation du Dossier Médical Partagé et de mettre en lumière les principaux freins et facteurs favorisant à son utilisation.

Avant d'exposer les résultats de cette enquête, il est nécessaire de commencer par la présentation du DMP et de son histoire mais aussi de présenter les connaissances actuelles sur les freins et les limites à son utilisation par une revue de la littérature. La recherche qualitative a été privilégiée pour cette enquête, une description de la méthodologie employée pour cette étude est détaillée dans la section « Méthodes ».

Les recherches ont été faites sur internet par l'intermédiaire de moteur de recherche : SUDOC, CISMef et Google Scholar. Les premières recherches ont été faites à partir du mot DMP et ont été élargies par effet « snowball ». Les références ont été présentées sous format Vancouver à l'aide du logiciel ZOTERO.

1.1 Définition

Le Dossier Médical Partagé ou DMP, est présenté à la population générale sur son site internet officiel www.dmp.fr, comme un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé (12). Dans le texte de loi du 4 juillet 2016, il est décrit comme : « ... un dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients... » (13).

Le DMP est un dossier médical informatisé. Il s'intègre dans la e-santé. Il fait partie des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) utilisées en télémédecine et définies dans l'article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) (14).

Le DMP est un système électronique de partage d'informations médicales. Devant les difficultés rencontrées au cours de son déploiement la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé (DSSIS) a sollicité la Haute Autorité Santé (HAS) en 2012 pour effectuer une analyse bibliographique sur l'échange et le partage de données par voie électronique (15). Le but de cette analyse était de répondre à la question : « Quelle est l'information pertinente à partager, pour quels patients, dans quel contexte ? ». Cette étude avait pour objectif de redéfinir les intérêts du partage de l'information médicale dans le parcours de soin des patients. Pour effectuer cette revue de la littérature la HAS a effectué sa recherche bibliographique en s'appuyant sur quelques définitions issues de la littérature Anglo-Saxonne (16) :

- Electronic Medical Record (EMR) : dossier médical informatisé, une version digitale d'un dossier papier, mono-institutionnel, sans volonté de partage.
- Personal Health Record (PHR) : dossier patient informatisé, qui se conforme à des standards d'interopérabilité nationaux et peut être alimenté par plusieurs sources en étant géré, partagé et contrôlé par le patient.
- Electronic Health Record (EHR) : dossier de santé informatisé, qui se conforme à des standards d'interopérabilité nationaux et peut être créé, géré et consulté par des professionnels de santé autorisés.
- Health Information Exchange (HIE) : définit le flux électronique d'informations relatives à la santé et supporte le partage pour faciliter la coordination ou fournir des informations dans le cadre de la recherche, la santé publique ou l'amélioration de la qualité des soins.

Pour appliquer ces définitions au DMP tel qu'il est prévu, on peut considérer que les informations sont issues des dossiers médicaux des professionnels de santé (EMR), puis stockées et partagées via des standards d'échanges d'informations (HIE) avant d'être accessibles par le patient et l'ensemble des personnels de santé autorisés (PHR). Le DMP peut être considéré comme un EHR que le patient peut consulter et alimenter (17).

1.2 Historique du DMP

Le DMP a vécu une histoire tumultueuse avec un développement et une mise en place difficile. Le projet est né initialement d'un rapport du Professeur Marius FIESCHI (2003) en réponse au ministre de la santé de l'époque Monsieur Jean François MATTEI (18) dans le but d'une modernisation des systèmes de santé et du développement de la e-santé. Ce projet devait respecter la loi KOUCHNER de 2002 relative aux droits des patients et à l'accès direct à l'information (2). Ce premier rapport a posé les principes fondamentaux du DMP. Il devait être un outil de communication des informations de santé pour chaque patient, sous son contrôle. Il devait permettre un meilleur échange des données de santé entre professionnels dans le but d'améliorer la qualité des soins.

Ce n'est qu'à partir de 2004 avec le nouveau ministre de la santé Mr Philippe DOUSTE BLAZY et de la loi du 13 août 2004 (6) relative à l'assurance maladie que le projet DMP prend forme et change de nom pour devenir Dossier Médical Personnel (19). L'objectif était un déploiement à partir de 2005 et une généralisation à l'ensemble de la population dans les 2 ans soit en 2007. Le projet devait assurer un meilleur suivi des patients, une meilleure qualité de soins mais aussi limiter les soins inutiles ou contre-indiqués et permettre une certaine économie de santé.

En 2005 un Groupement d'Intérêt Public (GIP) est créé et se voit confier le développement du DMP. Le GIP est représenté par le ministère de la santé, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et par la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) (20).

La première phase d'expérimentation est arrêtée fin 2006 pour un défaut de sécurité pointé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (21).

L'Inspection Générale des Finances (IGF), l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et le Conseil Général des Technologies de l'Information (CGTI) rapportent en 2007 que le DMP suit un modèle économique incertain avec des priorités de déploiements inadaptés dans un calendrier irréaliste (22). Une instabilité dans sa gouvernance et sa gestion est pointée du doigt tout comme la persistance de problèmes juridiques et le manque de décrets. Toutefois ce rapport reconnaît l'intérêt public d'un tel projet. Il suspend donc provisoirement son déploiement et propose une relance ultérieure.

Madame Roselyne BACHELOT alors ministre de la santé convoque un groupe de travail chargé d'explorer les conditions de relance du DMP, qui aboutit à la rédaction du rapport GAGNEUX en 2008 (23). Ce dernier propose, parmi de nombreuses recommandations, de respecter 6 principes d'actions pour assurer une bonne relance. Il suggère que pour améliorer la coordination et la qualité des soins, le DMP doit d'abord être un outil utilisé par les professionnels de santé, que son contenu et son interface soient évolutifs, que son déploiement doit s'inscrire dans un calendrier souple, lisible et réaliste. Il préconise aussi d'adapter les choix techniques de l'outil à son usage et pas l'inverse, il recommande aussi l'utilisation d'un outil simple mais qui respecte les règles de sécurité et de confidentialités. Enfin il conseille de remodeler sa gouvernance pour plus de cohérence et d'efficacité. Par son discours du 23 juin 2008, Madame la ministre Roselyne BACHELOT valide le rapport GAGNEUX. Elle annonce un projet de relance du DMP basé sur une restructuration du DMP et de ses usages avec en parallèle la mise en place de projets pilotes dans différentes régions. Un déploiement national est annoncé à l'horizon 2012 (24). Les principales modifications du DMP issues du rapport GAGNEUX sont la mise en place d'un Identifiant National de Santé (INS) différent du numéro de sécurité sociale, la création d'un hébergeur national unique des données et la définition d'un cadre national d'interopérabilité. La mise en place d'un service DMP de base ou service « socle » a aussi été validée

pour permettre des évolutions à moyen et long terme (prescription électronique, messagerie sécurisée, services d'alertes et de rappels...).

La gouvernance du projet change de structure et devient l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé (ASIP-santé) et regroupe le GIP-DMP, le GIP-CPS et le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH). En 2010 c'est le consortium Atos Origin™ et La Poste™ qui est désigné par l'ASIP pour héberger les données numériques du DMP.

Entre 2011 et 2012 le projet de déploiement du DMP en région est lancé par l'ASIP dans 4 régions pilotes (Alsace, Picardie, Aquitaine et Franche-Comté) avec un projet d'extension à 10 nouvelles régions en 2012 (Pays de la Loire, Bretagne, Haute Normandie, Ile de France, Champagne Ardennes, Bourgogne, Centre, Limousin, Auvergne et Midi-Pyrénées). (25)

En juillet 2012 le DMP subit de nouveaux déboires après la publication d'un rapport de la Cour des comptes demandé par la commission des finances de l'Assemblée Nationale (26). Ce rapport pointe là aussi des défaillances semblables à celles de 2008. Le défaut de gouvernance, les problèmes économiques et les problèmes juridiques sont à nouveau évoqués. L'absence persistante de stratégie d'ensemble de développement est aussi reprochée.

Le projet DMP avorte de nouveau mais la ministre de la santé Madame Marisol Touraine annonce dès 2014 une refonte du Dossier Médical Personnel première version qui est renommé Dossier Médical Partagé. La gestion est confiée à la CNAMTS et relancée par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (27,28). Avant même la promulgation de la loi santé de 2016, la CNAMTS a communiqué des projets de déploiement et de développement du nouveau DMP (4).

La nécessité de relancer le DMP est justifiée par un besoin croissant de partager les données de santé dans un contexte de prise en charge de plus en plus multidisciplinaire avec une population vieillissante et une transition épidémiologique (hausse des maladies chroniques et augmentation des patients polyopathologiques). La CNAMTS dit être dans une période propice au futur déploiement du DMP pour plusieurs raisons (4) :

- Le virage numérique de la France (82 %des foyers disposant d'un ordinateur).
- Le taux d'informatisation des médecins généralistes (70%).
- L'usage croissant des téléservices (19 millions d'abonnés AMELI).
- Le changement de comportement des patients qui sont plus informés, plus exigeants et plus impliqués dans leur prise en charge.

La CNAMTS propose donc 4 grands principes pour développer et déployer ce DMP nouvelle génération en laissant la création du DMP à la main des patients, en alimentant de façon systématique le DMP par les données de remboursements et en facilitant l'interopérabilité avec les Logiciels des Professionnels de Santé (LPS). Elle suggère aussi l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé la MSSanté, déjà existante, pour faciliter le transfert des documents. La MSSanté n'est pas une messagerie unique mais un système regroupant en ensemble de messageries sécurisées réservé aux professionnels de santé¹.

Elle propose aussi un déploiement par pallier à partir du deuxième semestre 2016 en impliquant successivement les libéraux, les établissements de santé et les EHPAD avec une phase de projet pilote impliquant 9 départements jusqu'à la fin 2017.

La CNIL donne une série de recommandations à la CNAMTS et rappelle que certaines mesures législatives sur les référentiels de sécurité ne sont pas encore validées (29). En effet et jusqu'à présent,

¹ (<https://mailiz.mssante.fr/comprendre-mssante>)

le dispositif issu de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et lancé début 2011 ne s'appuyait que sur une autorisation temporaire de la CNIL accordée fin 2010. Actuellement le traitement des données personnelles contenues dans le DMP est conforme à la réglementation en vigueur, particulièrement à la loi du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (30,31). En effet la loi « Informatique et libertés » de 1978 a été revue et adapté au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), ce règlement est à l'échelle européenne et ne concerne pas seulement les données de santé. Avec ce règlement les missions de la CNIL ont été modifiées, il existe moins de formalités à remplir, en contrepartie la responsabilité des acteurs utilisant des données personnelles est renforcée et ils doivent être en mesure de démontrer leur conformité au règlement (32).

1.3 DMP « deuxième version »

Le décret établi en juillet 2016, redéfinit le DMP, ses modalités d'accès, de création et d'utilisation ainsi que les règles éthiques et juridiques qui l'entourent (13).

Les modalités de création du DMP sont les suivantes :

- Un DMP peut être créé pour tout bénéficiaire de l'assurance maladie avec son consentement (ou avec celui des représentants légaux si mineur ou sous mesure de protection juridique).
- Le DMP doit être créé après information claire et éclairée du bénéficiaire.
- Le DMP peut être créé par :
 - o Le bénéficiaire lui-même.
 - o Tout professionnel de santé ou personnes exerçant sous sa responsabilité.
 - o Les personnes assurant des fonctions d'accueil des patients au sein des établissements de santé.
 - o Les agents des organismes d'assurance maladie obligatoire.

Les personnes autorisées à accéder au DMP sont :

- Le titulaire peut y accéder par internet avec son identifiant et des codes d'authentification.
- Tout professionnel de santé autorisé par le patient et participant à sa prise en charge :
 - o Accès par la Carte de Professionnel de Santé (CPS) et par voie électronique (internet).
 - o Accès par le logiciel métier s'il respecte le référentiel d'interopérabilité avec le DMP.
- Accès possible dans les situations d'urgence :
 - o Par un médecin régulateur du SAMU.
 - o En cas d'urgence vitale, accès possible par « Bris de Glace ».

Les données pouvant être présentes dans le DMP sont :

- Les données administratives de chaque bénéficiaire.
- Les données relatives à la prévention, à l'état de santé et au suivi social et médico-social :
 - o L'état des vaccinations.
 - o Les synthèses médicales (antécédents, allergies, traitement habituel...).
 - o Les comptes rendus d'hospitalisations et de consultations.
 - o Les comptes rendus de biologie médicale.

- Les comptes rendus d'examens d'imagerie médicale.
- Les comptes rendus d'actes diagnostiques et thérapeutiques.
- Les traitements prescrits.
- Les données relatives au don d'organes et de tissus.
- Les données fournies et jugées utiles par le bénéficiaire.
- Les données de remboursement des 24 derniers mois et données issues du dossier pharmaceutique pour la dispensation des médicaments.
- Les directives anticipées.
- La personne de confiance.
- La ou les personnes à prévenir en cas d'urgence.
- Les coordonnées du médecin traitant.
- Les données relatives au consentement du bénéficiaire pour la création et les accès au DMP.
- La liste des professionnels de santé ayant le droit d'accès au DMP et la liste de ceux dont l'accès est interdit.
- Un historique actualisé de toutes les actions réalisées sur le DMP.

Les autres mesures légales et éthiques.

Le titulaire du DMP peut :

- Refuser l'accès au DMP à un ou plusieurs professionnels de santé sauf à son médecin traitant.
- Demander la suppression de données en le réclamant à l'auteur s'il existe un motif légitime.
- Supprimer ou rectifier des données qu'il a lui-même déposé.
- Masquer certaines informations aux professionnels de santé qu'il souhaite sauf pour l'auteur du document ainsi que pour son médecin traitant.
- S'opposer à l'accès en cas d'urgence.
- Clôturer son DMP directement ou en s'adressant à un professionnel de santé ou à la CPAM.
(Le DMP est conservé 10 ans avant destruction)

Le DMP ne se substitue pas au dossier que tient chaque établissement de santé ou chaque professionnel de santé. Les données fournies par les différents intervenants sont les données jugées utiles à la prise en charge et au suivi du titulaire.

Certaines données sensibles peuvent être rendues inaccessibles au titulaire mais seulement pour une durée limitée à 15 jours, laps de temps durant lequel le titulaire doit bénéficier d'une consultation d'annonce.

La médecine du travail, les banques, les employeurs, les mutuelles, les assurances ainsi que les professionnels de santé non autorisés par le patient n'ont pas le droit d'accéder aux DMP. Tout accès non autorisé constituerait un délit passible d'une peine d'emprisonnement et d'une amende.

L'identifiant du DMP est créé à partir du Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR) aussi appelé numéro de sécurité sociale mais il est différent et propre à chaque individu, c'est l'Identifiant National de Santé (INS).

1.4 Etat actuel

La phase test du projet pilote de déploiement du DMP a été menée dans 9 départements de France (Bas-Rhin, Bayonne, les Côtes-d'Armor, le Doubs, la Haute-Garonne, l'Indre-et-Loire, le Puy-de-Dôme, la Somme et le Val-de-Marne) et a pu être réalisée sur un peu plus d'un an entre fin 2016 et début 2018.

Les premiers résultats de ce déploiement sont assez positifs et permettent au président de la CNAM Monsieur Nicolas REVEL d'annoncer la généralisation du DMP sur le plan national dans le courant du deuxième semestre 2018 (33).

Le rapport de la Cour des comptes de février 2018 (10) met en avant des résultats encourageants. En avril 2017, dans les 9 départements dans lesquels le DMP était testé, environ 10 000 DMP par semaine étaient créés. Ce chiffre représente 40 % de créations de plus qu'en 2012, alors que le périmètre de déploiement est beaucoup plus restreint car il s'agissait en 2012 de l'intégralité du territoire national. Toutefois il a été rapporté que la consultation de documents par les professionnels de santé reste pour sa part stable. Cette stagnation met en évidence le fait que l'entrée du DMP dans les usages des professionnels de santé reste à développer. La création au travers des logiciels de professionnels de santé a aussi fortement diminué mais a été plus que compensée, quantitativement, par les augmentations de créations sur internet et en CPAM.

La ministre de la santé Madame Agnès BUZYN a annoncé en novembre 2018 le lancement officiel et le déploiement du DMP à tout le territoire dans le cadre du virage numérique en santé et de la Stratégie Nationale Santé (SNS) de 2018-2022 (34).

Quelques chiffres :

Un rapport interne à la CNAM de l'été 2018 rapporte les résultats des différents départements pilotes pour le DMP (35) avec :

- 495.816 DMP créés dans les 9 CPAM concernées par le projet pilote sur 1 an.
- La CPAM de Créteil en première position avec 111.594 dossiers créés.
- La CPAM de Bayonne en dernière position avec 18.182 DMP créés.

Pour rappel, seuls 584.229 dossiers avaient été créés entre la création du DMP en 2004 et la loi de modernisation du système de santé de 2016. En début d'année 2019 la CNAM annonce 3.6 millions de DMP créés contre 1.9 millions en octobre 2018 avant le lancement de la campagne de généralisation (36). La Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) 2018-2022 de la CNAM et de l'état prévoit l'ouverture de 40 millions de DMP d'ici la fin 2022 dans le cadre du projet SNS 2018-2022 et de son quatrième chapitre « accélérer l'innovation numérique en santé » (37).

D'autres chiffres issus d'un communiqué de presse de la CNAM de décembre 2018 (38) sur la répartition des DMP créés depuis le lancement officiel :

- 39 % créés par les pharmaciens.
- 39 % créés sur internet.
- 18 % dans les accueils des CPAM.
- 4 % par les Professionnels de Santé Libéraux (PSL) et les établissements de santé.

Des chiffres transmis par une représentante du DMP de la CPAM de Bayonne Madame Julie CHAPRON comparent le développement national à celui de la caisse de Bayonne en décembre 2018 (39) :

National	CPAM de Bayonne
2.870.000 créés dont 252.000 en Nouvelle Aquitaine	58.130 créés
1.750.000 créés depuis septembre 2018	18.000 créés depuis septembre 2018 dont 5700 dans les accueils de CPAM
2.870.000 alimentés, dont 45.000 en Nouvelle Aquitaine	7 000 DMP alimentés
64.000 PSL actifs sur le DMP en 2018 en France, dont 37.000 médecins	990 PSL ayant réalisé au moins une action sur le DMP en 2018 dans le 64, dont 480 médecins (356 généralistes), 6 établissements impliqués

Ces premiers chiffres rapportés traduisent un relatif succès du DMP deuxième génération depuis le lancement officiel de novembre 2018.

1.5 Etudes et enquêtes sur l'utilisation du DMP

Une revue de la littérature a été réalisée pour étudier les connaissances sur le DMP ainsi que les freins et les leviers à son utilisation.

ASIP Santé et Ipsos™

L'ASIP Santé en relation avec Ipsos™ a réalisé en 2011 une enquête sur le DMP première génération au moment du déploiement du DMP en région. Cette enquête a été menée chez les médecins mais aussi chez les potentiels bénéficiaires (7). Chez les praticiens, on retiendra principalement que 90 % des médecins connaissaient le DMP. Ils avaient globalement une opinion positive sur le DMP et étaient prêt à le recommander à leurs patients (66%). Une grande majorité se considérait mal informée sur le DMP (79 %). Le DMP était perçu comme une évolution inéluctable mais aussi comme un progrès pour la santé des patients et pour la pratique médicale. Certaines réticences étaient aussi exprimées, les médecins craignaient l'arrivée d'un outil complexe et chronophage qui risquait d'alourdir leur travail administratif. Ils émettaient aussi des craintes sur la sécurité et la confidentialité, certains considéraient même cette évolution comme inquiétante et dangereuse. Plus de réserves étaient constatées chez les médecins généralistes libéraux que chez les hospitaliers et les médecins spécialistes.

Du côté du grand public on retiendra qu'un peu moins de la moitié des personnes interrogées connaissaient le DMP (42%) et qu'ils avaient globalement une opinion positive sur le DMP (84%). L'outil était considéré comme pratique, utile et moderne.

Les médecins et potentiels bénéficiaires étaient d'accord sur le fait que le DMP aurait un bénéfice pour le système de santé et pour l'assurance maladie mais paradoxalement les médecins voyaient un bénéfice pour les patients alors que ces derniers voyaient un bénéfice pour les praticiens. Cette étude concluait par le fait que : « le renforcement de la communication, de la pédagogie et de l'accompagnement des médecins et des patients est indispensable à l'adoption du Dossier Médical Personnel. »

Une autre étude aussi réalisée par ASIP Santé et Ipsos™ en janvier 2017 sur l'utilisation des outils numériques par les médecins (40,41) retrouvait là aussi des éléments comparables. La majorité des médecins estimaient que la place du numérique ne cessait d'augmenter, ils disaient l'utiliser au

quotidien mais seulement 50 % l'utilisaient pour la relation ville-hôpital. Moins d'un tiers des médecins estimaient bien maîtriser son propre système informatique et seulement 16 % estimaient bien utiliser les outils de communication. Ils voyaient un bénéfice pour améliorer la coordination ville-hôpital mais aussi pour limiter la redondance de certains actes ou examens médicaux. La confidentialité et la sécurité des données apparaissaient là aussi comme les principaux freins. Certains estimaient aussi que le numérique déshumanisait la relation médecin-patient.

Le Baromètre santé 360 d'ODOXA™ sur les « Nouveaux usages en santé ».

On retrouve dans un article plus récent de TICsanté² des données similaires issues d'un sondage ODOXA™ en mars 2018 (42) qui montrait que les médecins avaient une vision très positive des nouvelles technologies de la santé. Ils voyaient dans ces outils une amélioration de la qualité des soins par une meilleure observance des patients plus impliqués dans leur parcours de soins. Ils estimaient que ces nouvelles technologies avaient un impact positif sur la prévention et permettaient une meilleure coopération entre les soignants. Mais ce sondage constatait que malgré la vision positive des médecins, très peu l'utilisaient et très peu le recommandaient aux patients. Toujours les mêmes craintes étaient suggérées avec en particulier des inquiétudes sur le temps de travail et sur la déshumanisation de la relation médecin-patient.

Connaissance et perceptions des Français sur le DMP, enquête France Assos Santé-Viavoice.

Une enquête encore plus récente réalisée auprès du grand public (1001 personnes interrogées) en octobre 2018 par l'institut Via Voice™ retrouvait aussi quelques éléments intéressants (43). 70 % des personnes estimaient qu'un outil de centralisation des données en ligne leur serait utile sans évoquer le DMP. Seulement un quart des interrogés connaissait spontanément le DMP mais après présentation des principes du DMP, 85% le considéraient comme un outil intéressant. Ils voyaient dans le DMP une possible amélioration de la coordination et du suivi par les professionnels de santé et une aide précieuse dans les situations d'urgence. Le principal frein concernait là aussi la sécurité des données avec la crainte du piratage par d'autres organismes comme les banques ou assurances. Les interrogés souhaitaient avoir plus d'informations sur l'outil et son fonctionnement et ils étaient nettement plus nombreux à accorder leur confiance à un organisme public pour ce type de mission (51 % contre 17 % pour un organisme privé, 32 % sans réponse). Etonnement et parce qu'ils ne connaissaient pas bien le DMP, ils voulaient que ce service soit gratuit.

Rapport de recherches-actions en protection sociale : l'appui des CPAM au développement des usages des outils numériques publics de coordination des soins.

Un groupe d'élèves de l'Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale a réalisé une enquête sur l'usage des outils numériques de coordination des soins par les professionnels de santé en Octobre 2018 (9). Cette enquête s'orientait principalement sur le DMP et la MSS, un questionnaire a été diffusé par internet (logiciel Sphinx™) et par l'intermédiaire des syndicats MG France et la Confédération des Syndicats Médicaux de France. Les résultats étaient à la fois quantitatifs et qualitatifs. Le très faible taux de réponse (60000 médecins sollicités et seulement 63 réponses soit un taux de réponse de 0.105

² Un site internet dédié aux technologies de l'information et de la communication en santé. Il appartient au groupement APM International, une entreprise d'information du secteur de la santé dirigée par des journalistes.

%) permettait juste de détailler les réponses qualitatives et traduisait l'hypothèse d'un rejet du corps médical et plus précisément des médecins généralistes pour les outils numériques.

Concernant le DMP, les résultats étaient présentés en deux grandes parties : les utilisateurs du DMP et les non utilisateurs. Parmi les utilisateurs du DMP (18 soit 28.5 % des répondants) 61 % étaient convaincus par le DMP, 72.2 % étaient prêts à le recommander à ses confrères et 83.3 % à ses patients. Ils voyaient dans le DMP une amélioration du suivi des patients mais aussi l'amélioration de la coordination et de l'efficacité des soins. Les principaux points faibles exprimés étaient le manque d'utilisateur du DMP avec un outil encore trop peu connu, trop chronophage et pas assez ergonomique.

Les médecins n'utilisaient pas le DMP (45 soit 71.4 % des répondants) principalement par manque de temps ou par défaut de communication (« on ne me l'a pas proposé »). D'autres préféraient reporter leur participation ou estimaient disposer d'un système informatique plus performant. Les principaux points forts évoqués parmi les non utilisateurs étaient l'amélioration de la coordination et de la sécurité des soins mais aussi la limitation des actes redondants. Les points faibles perçus étaient les mêmes que ceux perçus par les utilisateurs, ils estimaient aussi que l'application était incomplète.

Parmi les utilisateurs et les non utilisateurs seulement une minorité disait avoir été accompagnée par la CPAM (10/63 soit 15,8%). Dans les deux groupes, les médecins qui n'avaient pas été sollicités par la CPAM exprimaient pour la majorité le souhait d'avoir un accompagnement (53.8 % chez les utilisateurs et 62.5 % chez les non utilisateurs).

1.6 Projets et Perspectives d'évolutions

L'année 2018 a été marquée par plusieurs innovations et projets dans le domaine du numérique et de la santé. Le ministère de la santé a annoncé en septembre 2018 le plan « ma santé 2022 » avec tout un chapitre consacré au développement de la e-santé : « accélérer le virage numérique » (44).

Ce rapport met d'abord en évidence les problèmes que la e-santé rencontre actuellement avant de présenter des solutions et autres projets de développement. Les freins, problèmes et limites exposés dans ce rapport sont comparables à ceux déjà présentés. Il considère que l'utilisateur n'est pas assez impliqué dans l'utilisation des services numériques en santé et qu'il reste encore trop passif dans son parcours de soins. Il décrit une offre de services trop morcelée avec de nombreux outils proposés aux professionnels par des prestataires publics ou privés qui proposent des services souvent peu interopérables. Cette offre disparate rend l'utilisation et l'usage difficile pour les professionnels de santé. Il rapporte aussi un manque d'unité et de cohérence dans la stratégie de déploiement des outils numériques avec des projets trop nombreux et parfois antagonistes rendant difficile l'implication des différents acteurs qui ne s'y retrouvent pas. Le manque de structuration de la gouvernance de la e-santé en France freine aussi son déploiement avec un pilotage perçu comme insuffisant que ce soit à l'échelle nationale, régionale ou locale. Pour finir le rapport décrit un développement incomplet et insuffisant des services numériques de base comme le DMP, la MSS ou encore l'utilisation de l'INS. Il constate aussi que les référentiels de sécurité et d'interopérabilité ne sont pas suffisamment appliqués sur le terrain. Le défaut de fonctionnalité optimale de ces différents services « socles » freinent le développement de nouvelles technologies ou logiciels. L'absence de fondations « solides » est une limite au développement de nouveaux services.

Ce rapport propose donc de corriger ces différents problèmes en mettant en place une gouvernance pilote des services numériques au sein du ministère et en définissant un cadre de valeurs et un référentiel d'éthique du numérique qui devront guider l'ensemble des actions en matière de e-santé. Il veut aussi renforcer le déploiement des outils de premiers niveaux standardisés, « les outils socles », comme le DMP ou la MSS afin de favoriser l'innovation et le déploiement de nouveaux services à forte valeur ajoutée pour les professionnels et les usagers. Pour cela il insiste sur la nécessité de revoir les référentiels d'interopérabilité et de sécurité. Toujours dans le même principe et pour inciter les professionnels de santé à s'investir dans le numérique, il suggère de proposer un bouquet de services numériques aux professionnels. Ce bouquet comprendra les services socles mais aussi d'autres services issus des institutions privées et publiques et devra être adapté aux pratiques des différentes spécialités. L'accès à ce bouquet devra être unifié et simplifié et reposera sur une plateforme unique qui n'obligera pas le professionnel à se connecter sur différents supports.

Le projet original de ce rapport repose sur la création d'un Espace Numérique de Santé (ENS) sécurisé et personnalisé dès la naissance pour favoriser l'implication des usagers dans leur parcours de soins. Cet ENS comprendra de nombreux services et il constituera un outil important d'éducation et de prévention. Cet ENS sera aussi sécurisé via l'INS et il intégrera de nombreux outils comme le DMP, une messagerie sécurisée, un espace « assurance maladie », des ordonnances numériques, un agenda de santé... (liste non exhaustive). Il devra s'améliorer avec le temps pour intégrer certains services de télémédecine mais aussi des applications de santé (« store santé »). Ce rapport intègre aussi d'autres propositions qui ne seront pas détaillés ici comme l'utilisation des Big Data pour l'épidémiologie ou encore le développement du e-parcours...

Le calendrier de déploiement des services autour du DMP est le suivant (39,45) :

- Printemps 2019 :
 - Ajout d'un espace consacré aux directives anticipées.
 - Notification au patient d'un accès en urgence à son DMP.
 - Mise à jour de l'application mobile DMP avec sauvegarde possible de l'identifiant.
- Été 2019 : expérimentation de la consultation du DMP sans carte CPS dans les établissements de santé.
- D'ici 2022 :
 - Alimentation du DMP par des données structurées.
 - Ajout du carnet de vaccination dans le DMP.
 - Alimentation du DMP par des objets connectés.
 - Expérimentation d'un moteur de recherche par mots clefs dans le DMP pour faciliter la consultation par les professionnels de santé.
 - Intégration du DMP dans le programme Système d'Information du SAMU.
 - Ouverture d'au moins 40 millions de DMP d'ici 4 ans.

Le rapport rédigé par l'École Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale propose aussi quelques préconisations pour développer l'usage des outils numériques mais surtout du DMP (9). Ce rapport déjà cité plus haut a été réalisé en deux temps, ils ont d'abord étudié les stratégies déjà existantes en réalisant des entretiens avec les ARS, différentes CPAM ainsi qu'avec des responsables de développement comme le président de la CNAM. Ils ont ensuite réalisé une étude des attentes et besoins des utilisateurs en interrogeant là aussi certains responsables de syndicats de médecine. Ils ont aussi réalisé une enquête internet auprès des médecins généralistes via un questionnaire (logiciel Sphinx™). C'est ainsi qu'ils ont rédigé leurs préconisations en analysant les problèmes actuels pour les comparer avec l'avis des différents acteurs de ces outils (CPAM, professionnels, responsables).

Ce rapport a un très faible niveau de preuve scientifique mais les préconisations et idées qui en ressortent concordent avec ce que l'on retrouve dans la littérature. Ils préconisent de renforcer l'accompagnement des usagers par les CPAM en homogénéisant les pratiques des différentes CPAM et en profitant du retour d'expérience des 9 CPAM expérimentatrices. De mutualiser les bonnes pratiques afin de systématiser un déploiement du DMP dans une démarche qualitative. Ils proposent aussi d'accompagner les professionnels de santé à l'usage des outils numériques en impliquant les Conseillers Informatique Services (CIS), les Délégués Assurance Maladie (DAM) et les médecins conseils. Ils proposent d'inciter les professionnels à s'investir en introduisant l'usage des outils numériques et pas seulement l'accessibilité technique au sein du forfait structure de la ROSP. Ils veulent sensibiliser les étudiants dans le domaine de la santé aux outils numériques de coordination des soins en intégrant des cours et formations adaptées dans le cursus. Ils insistent sur la nécessité d'améliorer techniquement les outils en renforçant le suivi et l'évaluation locale des usages des outils par l'intermédiaire des Groupements Régionaux d'Appuis au Développement de la e-Santé (GRADeS). Tout comme dans le rapport : « accélérer le virage numérique » (44), ils conseillent d'impliquer les établissements publics de santé par les Groupements Hospitalier de Territoires (GHT) en créant un système d'information commun et en faisant du DMP et de la MSS des services « socles ».

Ce rapport conclut sur 4 leviers principaux pour développer l'usage des outils numériques :

- Renforcer la collaboration CPAM-ARS-Professionnel de santé au niveau régional.
- L'intégration de l'usage des outils numériques publics de coordination des soins à la ROSP.
- Renforcer le partage au niveau national des bonnes pratiques mises en place par les différents acteurs.
- Améliorer techniquement les outils déjà en place.

Des éléments issus de ce rapport sont aussi retrouvés dans une instruction de mars 2018 (46). En effet le ministère de la santé demande aux ARS et aux Directeurs Coordonnateurs de la Gestion du Risque (DCGDR) de l'Assurance maladie de collaborer pour la mise en œuvre en région d'un dispositif de mobilisation des établissements de santé et de sensibilisation des EHPAD pour la phase de généralisation DMP. Un dispositif de suivi et de remontée d'informations vers le niveau national devra également être mis en place.

Pour les établissements de santé, cette instruction a pour objectif d'assurer l'alimentation systématique du DMP par les Comptes Rendus Hospitalisations (CRH) et les lettres de liaison/sortie. Pour réaliser ce projet, ils proposent de faire une cartographie de la DMP-compatibilité des systèmes d'information (Dossier Patient Informatisé) dans les différentes structures. Ils suggèrent de mettre en place un suivi et un pilotage national qui intègre le projet HOP'EN 2018-2022 qui prend la suite du programme Hôpital Numérique et qui comprendra plusieurs indicateurs relatifs au déploiement du DMP dans les établissements de santé. Pour la réussite de ces différentes mesures les différentes directions doivent s'impliquer et collaborer :

- Secrétaire Général du Ministère Chargé des Affaires Sociales (SGMCAS).
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).
- Directeur Coordonnateur de la Gestion du Risque (DCGR).
- Direction Général de la Cohésion Sociale (DGCS).
- Direction de la Sécurité Sociale (DSS).
- Les ARS.
- La CNAM.
- L'ASIP Santé.

Concernant les EHPADs, l'objectif est d'assurer une alimentation des DMP des résidents par leur médecin traitant et par le personnel des EHPADs en priorisant le Dossiers de Liaison des Urgences (DLU). Pour assurer le développement du projet, une cartographie de la DMP-compatibilité des systèmes d'information de ces structures va aussi être réalisée. Pour inciter les EHPADs une convention de financement du DMP par l'ARS Nouvelle Aquitaine a été mise en place avec un montant maximal disponible par structure de 3000 euros (47).

Le programme HOP'EN pour « Hôpital numérique ouvert sur son environnement » repose sur les recommandations du rapport « accélérer le virage numérique » cité plus haut (44). Ce programme a pour objectif de développer la numérisation des établissements de santé pour améliorer leurs systèmes d'informations afin de décloisonner le système de santé (48).

2 METHODES

2.1 Type d'étude

Pour comprendre les freins à l'adoption du DMP dans le département des Pyrénées Atlantiques une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de médecins généralistes du département. Il s'agissait d'une enquête de terrain pour évaluer les connaissances des médecins généralistes sur le Dossier Médical Partagé et de déterminer les principaux freins et leviers à son utilisation en pratique courante. L'approche qualitative a été choisie car c'est la méthode la plus adaptée pour comprendre et expliquer le comportement d'un groupe cible (les médecins généralistes) vis-à-vis d'un outil (le DMP).

C'est en s'appuyant sur des recherches bibliographiques sur la méthode qualitative (49–52) et sur des guides méthodologiques qu'il a été possible de se former à ce type d'étude. Le Docteur Laurent Magot ainsi que le Docteur Baptiste LUACES ont aussi été sollicités pour apporter leurs connaissances et leurs expériences en recherche qualitative. Ces deux médecins du département de médecine générale de Bordeaux avaient déjà encadré ce type de thèse. La lecture de quelques thèses qualitatives de médecine générale sur des sujets différents a aussi permis de s'informer sur la recherche qualitative.

Contrairement aux études quantitatives, les études qualitatives permettent de regrouper et d'analyser des informations décrites non mesurables puis d'en réaliser une synthèse. Le qualitatif permet d'explorer des éléments difficilement quantifiables comme ici le : « Pourquoi les médecins généralistes utilisent peu le DMP ? ». Le choix de la méthode qualitative s'est aussi appuyé sur le fait que le DMP a déjà fait l'objet de plusieurs thèses quantitatives en France (11,53–57). Une seule autre étude qualitative semblable avait été réalisée en 2013 dans un autre département mais le thème du DMP ne concernait qu'une petite partie de l'étude qui s'orientait plus sur la télémédecine (58). Les deux méthodes ne sont pas opposées mais plutôt complémentaires, une étude qualitative peut permettre de créer un questionnaire qui servira pour une recherche quantitative. Symétriquement, un travail quantitatif peut faciliter une recherche qualitative en identifiant les sujets à inclure pour une enquête qualitative.

L'analyse qualitative est une méthode inductive qui génère des hypothèses en évaluant des opinions, croyances et sentiments de personnes ou de petits groupes de personnes sur un sujet clairement délimité (49,50). En recherche qualitative il est possible de recueillir les données de différentes façons que ce soit par des entretiens, par l'observation ou par des méthodes de consensus comme la méthode DELPHI ou le groupe nominal (49,50,59).

2.2 Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé (annexe 1) afin de structurer les rendez-vous et d'aborder les différentes problématiques voulues. Il débutait par une phrase d'introduction sur le sujet de la thèse, d'un rappel sur le caractère anonyme de l'entretien ainsi qu'un recueil du consentement oral.

Ce guide d'entretien a été réalisé après une revue de littérature et avec l'aide de guide méthodologique sur la recherche qualitative (51,59).

Le choix des questions et des thèmes à aborder s'est appuyé sur la question de recherche mais aussi sur des rencontres réalisées avant le début de l'enquête. Des médecins du département qui étaient ou avaient été investis dans le déploiement du DMP ont été rencontrés, pour les citer : le Docteur Henri BONNET de Biarritz, l'anesthésiste Docteur Thierry MORVAN de Saint Jean de Luz et le stomatologue Docteur Jean Claude LABADIE d'Anglet. Madame Julie CHAPRON responsable du déploiement du DMP à la CPAM de Bayonne a aussi été rencontrée au début du travail de recherche. Ces discussions n'étaient pas enregistrées et n'ont donc pas été incluses dans les résultats mais elles ont permis d'être mieux renseigner sur le DMP et son histoire mais aussi d'orienter les questions du guide.

Le guide a été testé auprès de médecins généralistes remplaçant de l'entourage avant de débiter l'enquête afin d'évaluer sa pertinence, sa fluidité et sa durée moyenne. Il n'a été modifié qu'après le huitième entretien car l'analyse des premiers verbatims n'a débuté qu'à partir du sixième entretien. Il a été modifié car certaines questions étaient trop fermées. D'autres questions s'éloignaient trop du thème de l'étude car trop vastes ou hors sujet. Les questions sur les données socio-démographiques recueillies ont aussi été modifiées car trop nombreuses.

Le choix de modifier le guide d'entretien a été pris par l'investigateur lui-même sans concertation préalable.

2.3 Population étudiée

Il était souhaitable d'avoir un échantillon le plus varié possible que ce soit sur l'âge, le sexe, le mode d'exercice, la localisation mais aussi sur l'intéressement porté au DMP de façon à recueillir des avis et opinions les plus différents possibles. En recherche qualitative l'échantillon n'est pas extrapolable à une population, on ne cherche pas à démontrer et justifier une hypothèse mais à exposer des idées.

L'objectif n'était pas d'avoir un échantillon le plus représentatif de la population comme en recherche quantitative mais d'avoir un petit nombre de sujets « exemplaires », qui représentent une perspective plutôt qu'une population. Il fallait recruter des participants qui font ressortir des divergences qui existent au sein d'une population ciblée par rapport à la question de recherche (49,50,59).

Les participants de l'étude étaient des médecins généralistes installés, exerçant en libéral dans le département des Pyrénées-Atlantiques. Aucun critère d'exclusion n'a été définis préalablement. Le recrutement a été réalisé afin d'obtenir la plus grande diversité possible de médecins. Nous avons ainsi appliqué le principe de diversification en sélectionnant un panel varié et hétérogène de médecins avec différents critères : sexe, âge, lieu, mode d'exercice.

Les premiers participants ont été recrutés parmi les médecins de l'entourage de l'enquêteur puis la sélection a été faite en appliquant la méthode « boule de neige ». Cela permettait de demander à la fin de chaque entretien des contacts possibles aux médecins interrogés et ainsi de sélectionner les médecins à contacter en appliquant le principe de diversification cité ci-dessus.

2.4 Déclaration CNIL

Une déclaration CNIL a été réalisée pour le recueil de données (Annexe 3).

2.5 Recueil des données

Contact

Les médecins ont été préalablement contactés par téléphone.

S'ils acceptaient de prendre la communication l'enquêteur se présentait : identité, puis fonction de médecin remplaçant en cours de réalisation de thèse de médecine générale.

L'interlocuteur était informé du type d'étude, du thème de l'entretien (le DMP) et de la durée potentielle de l'entretien (trente minutes environ). Si le médecin posait des questions supplémentaires, il lui était expliqué que c'était un état des lieux, sans dévoiler le sujet et l'objectif afin d'éviter l'induction de biais. S'il acceptait, un rendez-vous était fixé selon nos disponibilités respectives.

S'il refusait de prendre la communication nous proposons l'envoi d'un courriel (annexe 4) résumant le projet avec les coordonnées de l'enquêteur afin de prendre contact ultérieurement s'ils étaient intéressés et volontaires.

Entretien et retranscription

L'entretien semi-directif en tête à tête a été choisi car c'était la méthode la plus simple à mettre en place que ce soit pour solliciter les médecins ou pour réaliser les interviews. C'était aussi la méthode la plus adaptée pour répondre à la question de recherche même si le focus groupe, l'entretien libre ou l'entretien structuré pouvaient aussi être une solution. L'entretien semi-directif se basait sur un guide d'entretien préétabli correspondant à une liste de questions ou à une liste de thèmes à aborder. Cette méthode permettait à l'enquêteur une certaine souplesse pour poser les questions et cela laissait aussi plus de liberté de réponses aux médecins interrogés.

Lors de l'entretien, les questions étaient ouvertes pour laisser les médecins exprimer leurs opinions et sentiments riches de leurs expériences. Elles étaient également le plus neutre possible pour éviter que l'influence des opinions, connaissances et jugements de l'enquêteur ne transparissent. Les premières questions étaient ouvertes et simples pour faciliter la mise en confiance de la personne interrogée. Les questions évoluaient sans ordre préétabli, en fonction du sens et de la direction que prenait l'entretien. Certaines questions de relance avaient été définies pour ne pas omettre les principales problématiques. Les formulations longues et les explications devaient être évitées le plus possible pour ne pas influencer le médecin et induire des biais. L'entretien se terminait par le recueil des données socio-démographiques du médecin interrogé.

Les entretiens devaient être réalisés dans des conditions optimales, c'est-à-dire en privilégiant les fins de consultations ou les jours de repos des médecins interrogés afin d'éviter d'être limité par le temps. En pratique, c'est surtout la disponibilité des médecins sollicités qui a conditionné les heures de rendez-vous. Le lieu de rendez-vous n'importait pas, un lieu calme était souhaité pour faciliter l'enregistrement.

Chaque médecin était informé du caractère confidentiel et anonyme de ses réponses. Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone numérique après consentement oral de l'interlocuteur. Il n'y avait pas de limite de temps. Après remerciement il était proposé aux médecins de recevoir la thèse une fois terminée.

Chaque entretien a été retranscrit intégralement par l'investigateur à l'aide du site internet oTranscrib™ afin de faciliter la frappe. Nous avons pris soin de retranscrire le discours parlé, mot à mot, en conservant les formes grammaticales et syntaxiques pour limiter l'effet réducteur de la transformation du discours oral en texte écrit. Les propos non verbaux étaient retranscrits en italique.

Une mise en forme du verbatim était réalisée sur le logiciel Word pour corriger les fautes de frappes et les fautes d'orthographe. La retranscription était réalisée le plus tôt possible après la rencontre.

2.6 Stratégie d'analyse

L'objectif de la recherche était de décrire et d'évaluer l'expérience pratique des médecins dans un contexte particulier. L'approche phénoménologique était la plus appropriée pour répondre à la question de recherche car l'objectif de l'étude reposait sur l'évaluation d'un outil par un individu dans un contexte donné. Dans cette enquête l'outil était le DMP, l'individu le médecin et le contexte : la phase de déploiement généralisée du DMP à tous les professionnels de santé. S'ajoutait au contexte le fait que l'enquête était réalisée dans un des départements pilotes de la phase test du DMP.

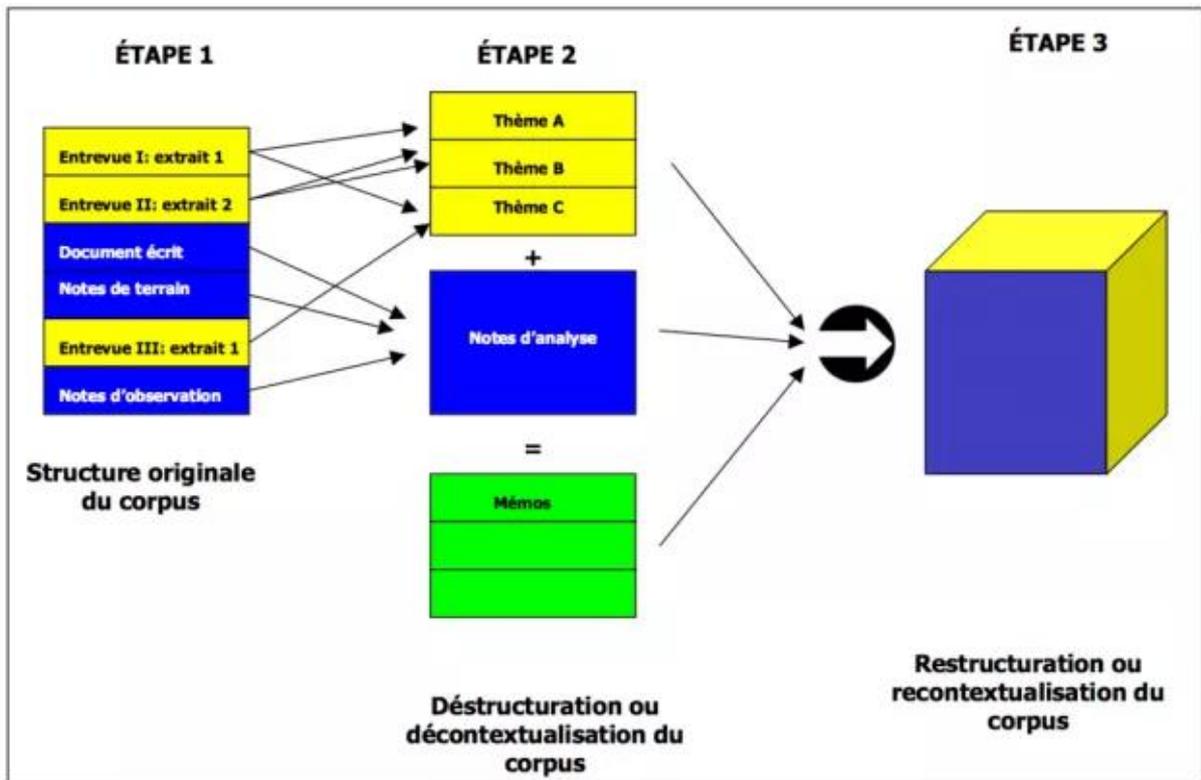
Il existe différentes méthodes d'analyse en recherche qualitative comme la théorisation ancrée, l'ethnographie ou encore la biographie. Ces différents modèles sont principalement utilisés en sciences humaines et sociales ou en psychologie. C'est en étudiant différents textes théoriques (50,60) que la phénoménologie a paru être la méthode la plus adaptée à cette recherche plutôt orientée en santé publique. La stratégie d'analyse peut se décomposer ainsi :

- Lecture et relecture des verbatims
- Commentaires initiaux
- Développement des thèmes émergents
- Recherche de connexions entre les thèmes
- Analyse des cas suivants
- Recherche de pattern à travers les cas

L'analyse a été réalisée de manière inductive et selon un processus itératif c'est-à-dire que l'on recherche des idées générales à partir de l'observation de faits particuliers en répétant plusieurs étapes. Dans cette étude les entretiens étaient réalisés, retranscrits, analysés et comparés entre eux successivement pour isoler, associer ou opposer les différentes idées qui répondaient à la question de l'étude : les freins et les leviers perçus par les médecins généralistes à l'utilisation du DMP.

Codage

Le codage consistait à isoler une ou plusieurs idées exprimées par les médecins lors de chaque entretien. Un nom ou un thème était attribué aux idées exprimées au fur et à mesure des entretiens (analyse à posteriori) pour ensuite être comparé ou associé. Le tableau ci-dessous issu de cours théoriques (60) sur l'analyse qualitative résume ce principe.



Deux définitions importantes :

- Décontextualisation : sortir un extrait de texte du corpus, afin de le rendre sémantiquement indépendant, pour créer des catégories ou des thèmes regroupant tous les extraits traitants d'un sujet identique.
- Recontextualisation : mettre en commun les codes et catégories précédemment décontextualisés afin de leur donner une signification, un sens.

Il existe différentes méthodologies et façons de coder. C'est en s'appuyant sur la littérature (61,62) et sur l'expérience de doctorants ayant réalisé ce même type d'étude que la façon de coder a été choisie. Le logiciel Nvivo 12™ a été utilisé pour faciliter cette étape qui consiste à identifier des idées répondant au thème de l'étude, les comparer et les associer pour les regrouper et les mettre en forme afin de répondre à la question de l'étude.

Le codage a été réalisé à 3 niveaux :

- Un codage initial, ouvert afin de résumer chaque entretien et de commencer à catégoriser les grandes idées qui dominent dans chaque entretien.
- Un codage thématique dit axial avec une première partie d'analyse verticale (les différents thèmes étaient identifiés dans chaque verbatim) puis une analyse horizontale où chaque thème est analysé dans le corpus des verbatims.
- Un codage sélectif où l'on sélectionne les extraits les plus représentatifs des thèmes retrouvés de notre codage.

L'analyse des premiers verbatims n'a débuté qu'après le sixième entretien pour des contraintes organisationnelles. Le codage a été effectué dans l'ordre chronologique des entretiens.

Triangulation

L'ensemble du codage des verbatims a été réalisé par l'investigateur. Puis pour assurer la validité interne de cette recherche, Le Docteur Lise EDOUARD, médecin généraliste remplaçante, a été sollicitée pour effectuer un codage des verbatims de manière indépendante afin de le comparer avec celui de l'investigateur.

Ce second codage en parallèle a été fait après la réalisation de tous les entretiens. Le Docteur EDOUARD était informée du thème de l'étude, de la question de recherche et de l'objectif. Elle avait accès au guide d'entretien mais n'avait pas accès au codage de l'investigateur. Ce second codage a aussi été réalisé avec le logiciel Nvivo™ 12 pour Windows dans sa version d'essai, téléchargée sur QSR international™. Les deux codages ont été comparés afin de vérifier la cohérence des thèmes, l'absence d'émergence de nouveau thème et l'absence de contradiction.

Le recueil des données s'est arrêté lorsque la lecture du matériel n'apportait pas d'éléments nouveaux sur deux entretiens consécutifs. Trois entretiens complémentaires ont été réalisés pour confirmer la saturation.

3 RESULTATS

3.1 Description des participants

Les entretiens se sont déroulés du 5 décembre 2018 au 5 février 2019.

16 médecins ont participé à l'étude : 13 hommes et 3 femmes. Ils avaient entre 33 et 74 ans.

Tous les médecins contactés ayant pris l'appel téléphonique ont accepté de participer à l'étude. Beaucoup de médecins n'ont pas répondu au mail quand ils ne pouvaient pas répondre au téléphone. (2 réponses sur 14 mails envoyés). Aucune relance n'a été faite.

La saturation des données a été constatée à partir du treizième entretien. 3 entretiens supplémentaires ont été enregistrés au lieu de 2 car le rendez-vous était déjà pris. Ces derniers entretiens n'ont pas fait émerger de nouveaux thèmes ni de nouvelles idées.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau suivant.

	M1	M2	M3	M4
Sexe	H	F	F	H
Age	54	33	34	49
Type activité	SOS médecin	Ville	Semi rural	Semi rural
Cabinet	_ ³	MSP ⁴	Groupe (3)	Groupe (4)
Secrétariat	Oui	Oui	Oui	Oui
Informatisé	Oui	Oui	Oui	Oui
Logiciel	SOBEK	CROSSWAY	HELLODOC	CROSSWAY
Maitre de stage	Non	Non	Non	Oui
DU / Formation	Médecin Militaire	Urgences Pédiatrie	Gynécologie Sexologie	Pédiatrie Gériatrie
Durée entretien	21.02	13.50	15.41	17.52

³ Société SOS médecins

⁴ MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

	M5	M6	M7	M8
Sexe	H	H	H	H
Age	49	46	74	54
Type activité	Ville	Rural	Semi rural	Ville
Cabinet	Groupe (3)	Groupe (3)	Seul	Groupe (2)
Secrétariat	Oui	Oui	Non	Non
Informatisé	Oui	Oui	Non ⁵	Oui
Logiciel	HELLODOC	ALMA PRO	HELLODOC	WEDA
Maitre de stage	Non	Oui	Non	Oui
DU / Formation	Non	Non	Expert, Gériatrie	Expert, aérospatiale, Échographie
Durée entretien	15.50	22.56	34.17	22.06

⁵ Était équipé d'un ordinateur uniquement pour les feuilles de soins électroniques

	M9	M10	M11	M12
Sexe	H	H	F	H
Age	53	39	41	47
Type activité	Rural	Semi rural	Ville	Rural
Cabinet	MPD	Groupe (2)	Groupe (3)	Seul
Secrétariat	Oui	Oui	Oui	Non
Informatisé	Oui	Oui	Oui	Oui
Logiciel	AXISANTE	ALMA PRO	HELLODOC	AXISANTE
Maitre de stage	Oui	Non	Oui	Oui
DU / Formation	Aéronautique, aérospatiale, soins palliatifs	Non	Gynécologie	Urgences
Durée entretien	13.00	16.06	18.26	10.55

	M13	M14	M15	M16
Sexe	H	H	H	H
Age	48	64	47	43
Type activité	Semi rural	Ville	Ville	Ville
Cabinet	Groupe (4)	Groupe (3)	Groupe (3)	Groupe (2)
Secrétariat	Oui	Oui	Oui	Oui
Informatisé	Oui	Oui	Oui	Oui
Logiciel	HELLODOC	HELLODOC	HELLODOC	HELLODOC
Maitre de stage	Non	Non	Oui	Non
DU / Formation	Non	Expertise, marine marchande	Urgences	Médecin coordinateur
Durée entretien	25.02	17.27	13	15.23

3.2 Description des données recueillies

L'étude a permis de recueillir de nombreuses informations sur le DMP auprès des praticiens interrogés. Après analyse, comparaison et mise en relation des deux codages réalisés, il ressort 4 grands thèmes :

- 1-Connaissances et pratiques.
- 2-Avantages et intérêts.
- 3-Freins et limites.
- 4-Perspectives d'évolution.

Afin de répondre à la question de recherche nous avons réalisé une cinquième partie résumant les freins et les leviers à l'utilisation du DMP. Ces 5 parties vont être détaillées successivement.

3.2.1 Connaissances et pratiques

Etat des connaissances

Tous les médecins interrogés connaissaient le DMP. La plupart des médecins manquaient d'informations sur le DMP.

M1 : Alors DMP, bonne question, qu'est-ce que veut dire DMP : Dossier Médical Partagé, et bien pas grand-chose justement, ça fait 10 ou 14 ans que l'on nous en parle.

M11 : Ce que je sais, c'est très vague, c'est un dossier médical qui peut être accessible aux médecins généralistes, aux médecins qui soignent en urgence notamment le SAMU et les urgentistes mais potentiellement d'autres soignants par le biais de la puce de la carte vitale.

Un peu moins de la moitié des médecins ont su décrire correctement le DMP.

M3 : D'accord, ce que je sais du DMP ; c'est informatisé, que c'est accessible depuis le logiciel médical des différents praticiens normalement, que c'est pour mettre les informations principales sur le patient, que ce soit ses antécédents, son traitement, ses dernières biologies, ses derniers examens type scanner, radio et tout ça. Courriers entre les différents praticiens pour communiquer entre les 2.

M8 : Ce que je connais ou ce que je pense en connaître ; c'est surtout un moyen d'échange, de partage de données sur les dossiers patients avec des pièces importantes. Voilà comment moi je réalise ou que je conceptualise le DMP.

Quelques médecins avaient des connaissances erronées sur le DMP.

M1 : J'ai l'impression que ça reste encore à l'hôpital, en vase clos, et qu'en périphérie les médecins généralistes je ne suis pas sûr qu'ils aient beaucoup accès au DMP.

M11 : Et que l'hôpital met pas mal la pression pour que les patients fassent la démarche pour accepter ça sur la carte vitale avec un petit Stickers et du coup quand ils l'ont ; ça rentre certaines informations directement dans mon logiciel.

Les médecins connaissaient l'existence du DMP depuis longtemps et le considéraient comme un outil ancien.

M7 : Ce que je sais, je ne vais pas mentir, j'en entends parler et dans mon esprit c'est un peu un serpent de mer depuis presque 10 ans.

M9 : Alors le DMP, c'est un peu comme le monstre du Loch Ness ; on n'en a beaucoup parlé et on a commencé un peu à le voir et il a disparu et là il réapparaît.

Moyens d'informations

Il a été constaté qu'aucun type de communication et de réception d'informations sur le DMP ne prédominait auprès des médecins interrogés. Pour les citer :

- Grand publique (médias, presse...)
- CPAM
- ROSP et forfait structure
- Voie syndicale
- Patient
- Participation au projet initial

M2 : Et dans notre logiciel, donc je pense que c'est payant ; ils nous ont mis une petite... (*cherche ses mots*) pour pouvoir transférer. Et il y a une femme informaticienne de la CPAM qui est venue nous montrer comment ça se passait.

M4 : Comment j'ai été informé... (*réfléchit, hésite*), certaines communications de l'assurance maladie, des articles de journaux et voilà... Après je m'y suis un peu intéressé quand on a commencé à voir les logos DMP sur les cartes vitales.

Usages et utilisations

Il convient de définir ces deux termes, l'utilisation correspond au fait d'utiliser ou pas un outil tandis que l'usage définit ce que l'on en fait ou ce que l'on en ferait.

En ce qui concerne l'utilisation du DMP, un peu moins d'un tiers des médecins interrogés n'avaient jamais utilisé ni vu l'interface d'un DMP. Presque autant de médecins l'avaient déjà utilisé mais ne l'utilisaient plus. Seulement deux médecins interrogés l'utilisaient encore au moment de l'enquête.

Une minorité d'opposition

Les raisons de non-utilisation seront abordées dans la section freins et limites. Parmi les médecins qui ne l'ont jamais utilisé ou qui ne l'utilisent plus, seulement une minorité y était totalement opposée.

M10 : Pour moi en fait le DMP il n'a pas lieu d'exister [...] Vraiment le DMP n'a pas à exister mais encore une fois je suis artisan, je suis médecin, je vois des patients toute la journée et je n'ai pas besoin de DMP.

M11 : Moi j'avoue que je n'ai même pas essayé, ça me... je n'aime pas (*rire*).

Une sous-utilisation temporaire

Parmi les médecins qui ne l'utilisaient pas ou plus, la plupart n'y étaient pas opposés et prêts à l'utiliser à l'avenir.

M1 : Moi je suis pour mais alors là je suis pour à 100%.

M3 : Si tout le monde s'y met, j'ai l'impression que la CPAM est un peu à fond avec ça, je vois plutôt positivement les choses.

M9 : Laborieux, mais moi je reste quand même beaucoup plus optimiste maintenant que lorsque l'on en a parlé il y a 15 ans.

Et parmi les médecins utilisateurs du DMP rencontrés, il existait des réticences qui seront développées plus loin.

M14 : En gros ça ne me plait pas beaucoup, c'est très pratique mais ça ne me plait pas beaucoup.

Usage pour tous

La presque totalité des médecins considéraient que tout le monde devrait bénéficier d'un DMP, excepté les médecins complètement opposés au projet.

M8 : Donc on devrait dire que s'il est intéressant sur le fond tout le monde devrait en bénéficier.

M12 : Voilà voilà, il y a quand même des années passées, il y a eu beaucoup d'argent donc il faut que ça puisse se mettre en place et je pense qu'il faut que ce soit déployé au plus grand nombre de gens.

Usage sélectif

Quelques médecins considéraient une approche plus progressive en privilégiant le DMP aux patients polyopathologiques et aux patients en ALD pour commencer.

M7 : Je pense qu'il faudra peut-être cibler au départ pour les malades en ALD 30.

M13 : Tous les patients en ALD, c'est un minimum, on pourrait imaginer aussi les femmes enceintes ; une grossesse peut être aussi intéressante, une situation particulière qui nécessite une certaine vigilance et euh...(réfléchit).

Usage limité à la synthèse médicale

Dans les questions portant sur l'usage général du DMP, les réponses ont mis en évidence des représentations différentes du contenu du DMP. Une majorité des médecins considéraient que le DMP devrait être une synthèse du dossier médical.

M3 : [...] que c'est pour mettre les informations principales sur le patient, que ce soit ces antécédents, son traitement, ses dernières biologies, ses derniers examens type scanner, radio et tout ça. Courriers entre les différents praticiens pour communiquer entre les 2.

M6 : Ce qui est intéressant c'est d'avoir tous les antécédents, le traitement... peut-être pas tous les traitements parce que sinon je pense que l'on s'en sortirait plus à chercher... Au moins le dernier, le traitement actuel, les allergies, les intolérances... et oui pourquoi pas certains courriers.

Un dossier exhaustif

Seulement une minorité de médecins le voyait comme un dossier exhaustif.

M9 : Je dirais l'ensemble des données, je pense qu'il faut tout mettre dedans.

M15 : C'est mon avis, c'est à dire que si on fait un DMP, c'est un dossier avant tout médical, un dossier médical il doit normalement tout contenir et pas être limité à simplement les spécialistes... euh... il doit être complet.

Place du médecin traitant

La place du médecin traitant dans l'utilisation du DMP était également évaluée. La plupart des médecins interrogés se voyaient comme étant le pivot et le principal responsable de l'entretien du DMP.

M4 : Dans la mesure où c'est lui qui dispose de l'essentiel des données, dans l'alimentation ça devrait être le principal responsable.

M7 : Dans mon esprit c'est lui qui devrait être le pivot, c'est lui qui doit être le pivot.

Les médecins généralistes se voyaient bien être les responsables du DMP mais la majorité des médecins interrogés considéraient que tout intervenant médical pouvait alimenter le DMP en accord avec le patient.

M2 : Moi je pense que ça serait, mais je ne sais pas si c'est possible. Ce serait bien que tout le monde l'alimente.

M12 : Si mais je dirais que le spécialiste peut très bien l'alimenter à partir du moment où il a vu en consultation un patient ; moi je l'alimenterais aussi avec les courriers que je vais recevoir et avec l'accord du patient pour alimenter ce dossier. Donc voilà effectivement je pense que le médecin traitant est le pivot mais à mon avis il faut que les autres jouent le jeu, on n'est pas les seuls au monde à gérer le DMP.

M16 : Tous les médecins qui peuvent aller sur le DMP et avec l'autorisation du patient.

Un seul médecin refusait que ce soit le médecin traitant le responsable du DMP.

M15 : Parce que... moi je suis opposé à ce système-là à partir du moment où c'est nous qui devons renseigner automatiquement le DMP.

Un seul autre médecin suggérait que ce soit le patient qui alimente lui-même son dossier.

M1 : C'est à dire qu'il ne faut pas que ce soit le médecin traitant... (*pause, hésitations*) si ça doit être au médecin traitant de rentrer toutes les données de ces patients dans le DMP, je pense qu'il ne va pas vouloir le faire... Qui peut faire ça ? à mon avis il faut que le patient puisse mettre ses données sur le DMP.

Place du patient

Des avis divergents étaient retrouvés quant à la place du patient par rapport au DMP. La majorité des médecins considéraient que c'étaient le dossier médical du patient et qu'il avait le droit d'intervenir dessus et qu'il devait y participer.

M1 : Voilà, il faut que le patient accepte, et puis c'est le patient qui doit être maître de son DMP.

M4 : Avec le patient bien sûr, puisque voilà il faut que le patient soit d'accord pour mettre... voilà, s'il y a une volonté du patient de mise à disposition de ses données médicales. Il faut que ça vienne du patient, il faut que le patient ait envie de partager ses données médicales, il faut qu'il en saisisse l'utilité.

M9 : Donc le DMP, oui c'est bien. Euh (*hésitations*)... moi ce que j'ai compris c'est un échange d'informations, un échange... (*temps de pause*) qui est dirigé par le patient. C'est à dire que c'est lui qui décide ce qu'il y a dans le dossier.

Un seul des médecins interrogés considérait que le patient ne devait pas avoir de contrôle sur le DMP.

M5 : Moi ce qui me gêne au niveau du DMP, c'est pour ça que pour l'instant je ne suis pas validant ni quoi que ce soit, c'est que c'est le patient qui a la main sur le DMP

M5 : Puisque le patient a le droit de regard dessus, ce n'est plus un dossier médical partagé, c'est un dossier de santé partagé, c'est autre chose.

Un autre médecin considérait que le patient perdait de sa liberté avec le DMP.

M11 : C'est sûr que ça serait hyper bien mais en même temps ça m'évoque aussi un truc de flicage, c'est à dire que le patient on ne lui laisse pas la liberté de donner les informations qu'il veut... (*temps de pause, réfléchit*).

M11 : Oui voilà, il y a un côté qui me gêne et surtout un côté perte de maîtrise, c'est à dire que le patient qui veut donner son dossier médical et que j'imprime c'est lui qui le donne et il peut me dire s'il n'a pas envie que je mette ça dessus, là il perd la maîtrise clairement.

Tous les médecins étaient d'accord sur la nécessité d'un consentement du patient pour l'utilisation du DMP. Ils étaient aussi d'accord sur le fait que tous les soignants pouvaient avoir accès au DMP avec l'accord du patient et un accès selon leur qualification professionnelle.

M1 : Oui je pense que ça doit être le patient qui devra être, qui devra donner son autorisation.

M7 : Voilà, médecins et paramédicaux, infirmières et kiné...

M8 : Oui les soignants, purement soignants, médicaux et paramédicaux, mais pas les aides ménagères [...] On remplit et on nous dit qui est susceptible de pouvoir recevoir les informations ; par exemple le soignant, paramédicaux Et on pourrait éventuellement mettre des espèces de verrous pour que l'information soit accessible ou pas.

M9 : Non pas forcément, l'hôpital, les spécialistes, tout le monde doit pouvoir... mais je dirais les médecins soignants (*insiste sur les mots*), pas le médecin de la sécu, pas le médecin de l'assurance, pas le médecin du travail.

M13 : Voilà aussi, qu'il y ait des portes d'entrées, des niveaux d'entrées différents en fonction de la profession.

Place de l'hôpital

Peu de médecins évoquaient la place de l'hôpital dans l'utilisation du DMP. Ils décrivaient l'hôpital comme un créateur de DMP mais ils émettaient des doutes quant à sa capacité à l'utiliser et l'alimenter.

M5 : C'est compliqué ; et que ça serve, chacun sera libre de s'en servir ou pas. Je vois mal (*pause*) l'hôpital pour ne pas le nommer regarder systématiquement le DMP avant de faire quelque chose. Soit aux urgences, soit dans les services ; c'est compliqué...

M6 : Moi j'ai des structures de dossiers médicaux mais il n'y a jamais rien dedans. Je sais que l'hôpital créé pas mal de dossiers pour les patients mais quand on regarde un peu il n'y a pas grand-chose dedans...

Création du DMP

Les médecins interrogés ne semblaient pas trop se soucier de cette étape de création du DMP mais ils savaient qu'il y avait plusieurs façons de le faire. Seul un médecin considérait que le DMP devait se créer au décours d'une consultation dédiée afin d'expliquer et d'informer le patient sur le sujet.

M13 : Créer le DMP, l'acte technique je veux dire, c'est fait à l'hôpital, c'est fait, je veux dire ce n'est pas ça le plus difficile.

M14 : Pour moi tout le monde, tout le monde peut le créer, je pense que c'est peut-être plus facile si c'est le médecin qui le propose parce que les gens ont parfois un petit peu plus confiance dans ce qu'on leur propose donc on peut être très moteur nous dans le DMP [...] je pense que la création d'un DMP ça se fait en entretien avec le patient, en plus on doit demander son accord au patient, il y a des codes à mettre, je pense que ça ne peut pas se faire comme ça à un guichet.

Outil « DMP like »

Les médecins étaient aussi interrogés sur les moyens et techniques utilisés pour communiquer ou récupérer des informations médicales.

Ameli Pro

Ameli Pro est un portail de services connectés proposés aux professionnels de santé par l'Assurance Maladie. Il permet en outre de consulter les données de remboursement des assurés mais aussi de réaliser des actes dématérialisés comme les arrêts de travaux ou les protocoles de soins. (<https://espacepro.ameli.fr>)

Tous les médecins utilisaient le portail Ameli de la CPAM mais seulement quelques-uns disaient s'en servir parfois pour récupérer des informations.

M4 : Oui avec AMELI, avec le site AMELI PRO, avec l'espace pro. On a accès aux traitements, aux remboursements qu'ont pu avoir les patients, des pharmacies... voilà, après comme autres systèmes de données médicales partagées, je ne vois pas.

M16 : Parce qu'en un clic sur AMELI vous pouvez voir ce qu'il a acheté comme médicaments dans l'année, ou s'il a fait des radios et des biologies, s'il a vu des médecins généralistes ou des spécialistes, enfin voilà c'est tout ce que l'on a besoin de savoir.

PAACO/Globule

Cet outil est un logiciel collaboratif et communicant accessible en mobilité sur smartphones et tablettes destiné à la coordination des parcours de santé. Il n'est actuellement disponible que dans certains départements de la région Nouvelle-Aquitaine. C'est l'outil de coordination de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) Santé Landes, mise en place dans le cadre du programme Territoires de Soins Numériques (TSN). Il est disponible par internet sur le site <http://www.globule.net/>.

Quelques médecins déclaraient utiliser la plateforme PAACO/Globule pour échanger des informations au sein de réseaux comme le RéPPOP ou en gérontologie. Le RéPPOPest de un réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie, il existe dans différentes régions et il est fonctionnel en nouvelle aquitaine. (<http://www.reppop-aquitaine.org/>)

M6 : Donc tu peux te connecter de chez le patient pour renseigner le dossier. Là c'était un réseau géronto donc t'avais le médecin du réseau, tu avais les assistantes sociales, les infirmières, tout le monde pouvait renseigner ce dossier-là. Est-ce que c'est un DMP ? oui c'est un DMP mais ce n'est pas le DMP de la sécu.

M11 : Oui c'est ça c'est le RéPPOP, enfin le RéPPOP est sur PAACO GLOBULE.

M16 : Après c'est quand même vachement pratique, si vous êtes sur GLOBULE et que vous avez un patient hospitalisé, vous pouvez avoir un petit signal de la part du gériatre qui reçoit un patient à l'hôpital

MesVaccins.net

Les médecins décrivaient d'autres méthodes de partages et d'échanges d'informations dans leur pratique courante. Un médecin disait bien aimer travailler avec <https://www.mesvaccins.net/>. C'est une plateforme internet accessible aux particuliers ainsi qu'aux professionnels de santé. Elle contient des informations et des actualités sur les vaccins mais aussi un carnet de vaccination électronique où l'on peut consigner les différentes vaccinations faites où à faire.

M4 : Sur les autres systèmes de partage de données médicales, il y en a une que j'aime bien et que j'essaye d'utiliser c'est MESVACCINS.NET. Bon ça j'encourage les patients à créer leur dossier et moi je m'en sers régulièrement.

Messagerie Sécurisé de Santé

Quelques médecins disaient utiliser la Messagerie Sécurisé de Santé pour communiquer avec leurs confrères mais ne la considéraient pas comme un réel moyen de partages d'informations comme le DMP.

M4 : Voilà, après c'est une façon pour moi la messagerie sécurisée de partager des données mais surtout d'étoffer notre propre dossier médical mais ce n'est pas partagé. C'est partagé dans notre réseau à nous car on travaille à 4, mais les dossiers...voilà ce qui nous est transmis par messagerie sécurisée on peut le mettre dans notre base de données mais c'est tout. Pour moi ce n'est pas vraiment un partage.

M13 : Messagerie sécurisée, rapidité du retour de l'information, c'est écologique et ça fait moins de paperasses, moins de papiers, pensons à nos amis de la forêt et les autres (*rire*). Voilà c'est un outil à mes yeux, celui-là, au jour d'aujourd'hui en 2019 plus que nécessaire.

Téléphone

Quelques médecins continuaient à utiliser le téléphone pour communiquer et partager des informations avec ses confrères en plus d'une utilisation des technologies actuelles comme l'échange de photos avec les smartphones.

M1 : Non, ce que l'on arrive à faire maintenant avec le numéro de téléphone, depuis 2 ans depuis qu'ils ont regroupés tous les cardiologues à l'hôpital de Bayonne, tous les cardiologues interventionnels et les autres, il y a un numéro de téléphone pour avoir le cardiologue de garde 24h/24h, et on peut par mail ou par SMS, envoyer les photos des ECG et discuter quand on a un doute.

M10 : Sans ça, franchement on s'appelle, on s'écrit des courriers, c'est c'est ... (*change de phrase*) *vraiment* il n'y a pas besoin de DMP [...]

M10 : Encore une fois, le cardiologue, néphrologue et l'endocrinologue avec qui je travaille ; il n'y a personne qui en a besoin, on en discute souvent et il n'y a personne qui en a besoin ; on communique très bien comme ça.

Supports papiers

Le format papier restait aussi un moyen d'échanges et de partages d'informations pour quelques médecins.

M1 : Et donc soit ça ou moi ce que je voulais mettre en place quand je suis arrivé à SOS médecins il y a 8 ans c'est d'acheter des petits cahiers de brouillons ; il y certaines personnes âgées qui en ont, ça coûte 1 euro, on le laisserait chez les gens. Première page on met le nom et le prénom, le médecin traitant, le numéro de téléphone ; deuxième page : les antécédents ; troisième page : le traitement. Et puis à chaque fois que l'on passe on pourrait mettre en petit mot, ça coûte un euro, et ça permettrait qu'il y ait voilà... (*il s'arrête*)

M11 : Notre DMP à nous n'avait rien à voir avec ça, c'était juste à nous, c'était un papier que l'on imprimait.

M14 : On a fait ici dans ce cabinet avec ma collaboratrice un dossier médical partagé qui comprend les antécédents, les précautions, les allergies, les vaccinations, le traitement, le plan de soins des patients, les recommandations hygiéno-diététiques. Et ce papier est un papier, est un format papier.

Logiciel métier

Un des médecins disait utiliser directement son logiciel métier pour partager des informations.

M8 : Non (*hésite*), moi j'ai un partage d'informations avec mon logiciel, c'est à dire que je peux échanger directement un fichier avec un médecin qui a le même logiciel.

MOI : D'accord

M8 : Donc je peux lui transférer directement un dossier, c'est la seule chose que j'ai. Je peux le transférer par des trucs sécurisés mais je n'ai pas d'échanges type DMP.

3.2.2 Avantages et intérêts

Consultation des données

La presque totalité des médecins interrogés voyaient un intérêt pour récupérer des informations synthétiques pour des patients qu'ils ne connaissent pas et pour lesquels ils n'avaient pas de dossier.

M12 : Bah le partage de données entre professionnels de santé essentiellement, quelqu'un qui débarque qui n'a pas de dossier, qui n'a pas de carnet de santé, qui n'a absolument rien ; qu'on puisse aller piocher dans le DMP les informations vitales, les antécédents, les courriers de spécialistes etc... pour pouvoir avoir accès à un dossier, voilà tout simplement, c'est le côté intéressant.

M13 : Partant du principe que parfois trop d'informations tuent l'information, c'est euh... (*temps de pause, réfléchi*) aller chercher de l'information pertinente à un moment donné, ça peut être les antécédents ; une page d'accueil avec les antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, surtout lorsque c'est des patients que l'on ne connaît pas.

Les médecins voyaient aussi un intérêt dans les situations de garde ou d'urgence.

M7 : Je pense que cela ne peut être qu'excellent dans la mesure où quand l'on voit un patient notamment en garde, enfin quelles que soit les circonstances, c'est toujours utile d'avoir des informations sur son passé, d'apprendre qu'il est diabétique de type 2 depuis 5 ans, qu'il a fait un infarctus du myocarde il y a 15 ans.

M9 : Le...bah toujours les patients que l'on ne connaît pas... donc quand on les voit en urgence, en remplacement.

Même les médecins réticents à l'utilisation du DMP voyaient un avantage dans les situations d'urgence.

M10 : Non. Le seul truc où je vois un intérêt c'est effectivement pour le médecin urgentiste qui reçoit un patient à 3 heures du matin, là c'est sûr qu'il peut y avoir un intérêt... vraiment... (*hésite*), mais...(s'arrête).

M15 : ... il peut en apporter au patient qui va en urgence ou pas, aller voir d'autres structures, là oui d'accord. Mais je ne pense pas qu'aujourd'hui le DMP améliore de façon notable la qualité des soins du patient.

Les médecins voyaient aussi un avantage au DMP dans les situations où le patient n'était pas dans la mesure de s'exprimer ou lorsqu'il ne connaissait pas son traitement ou ses antécédents.

M7 : étant entendu que l'on a encore des patients qui sont très imprécis dans leur anamnèse ; voilà donc cela peut être intéressant.

M12 : parce que des fois quand on a quelqu'un qui est inconscient ou qui est aphasique, il ne peut pas vous dire quels traitements il a, généralement les personnes âgées c'est une catastrophe parce que l'on n'a pas les traitements.

Quelques médecins voyaient plus d'intérêt pour les nouveaux patients que pour leur patientèle habituelle.

M2 : Sur les patients que je suis : pas grand-chose. Effectivement pour les patients nouveaux qui ne savent pas trop ce qu'ils ont ou ce qu'ils ont pris...

M4 : Et pour des patients que je ne connais pas, pouvoir consulter des données médicales auxquelles je n'ai pas eu accès. Puisqu'en gros moi j'ai accès pour mes patients à toutes leurs données médicales.

Un médecin voyait un avantage à aller chercher des données sur le DMP pour incrémenter son logiciel métier.

M8 : Moi si je devais m'en servir, ça serait surtout pour en extraire des fichiers ; des fichiers PDF ou des fichiers courriers, enfin peu importe. De façon à les intégrer dans mon logiciel si je ne les ai pas.

Gain de temps

Une minorité de médecins voyait dans l'utilisation du DMP un gain de temps que ce soit pour consulter des comptes rendus ou pour communiquer avec des confrères.

M3 : Euh... quels avantages (*réflexion*). Déjà pour communiquer avec les spécialistes éventuellement, quand il y a un courrier qui vient juste d'être sorti par exemple et que le patient vient d'aller consulter le spécialiste ; plutôt que de se retrouver à chercher ou de ne pas l'avoir reçu ; la rapidité de communication. Plutôt que d'être obligé à perdre du temps à repasser un coup de fil pour savoir s'il y a des modifications de traitement qui ont été faites, s'il y a d'autres examens à réaliser ou ce genre de choses.

M16 : Moi je pense que ce serait précieux qu'un médecin puisse parcourir les courriers sur un écran rapidement ; que ce soit les courriers ou les biologies, parce que moi c'est ce que je fais quotidiennement dans mon travail. Je lis les courriers et c'est beaucoup plus facile et c'est un gain de temps très important de n'être que sur un support, un support écran par rapport à aller chercher des choses dans un papier.

Même quelques médecins réticents à l'utilisation du DMP percevaient un intérêt pour faciliter et accélérer la correspondance entre professionnels de santé.

M8 : Par exemple pour pouvoir éviter des correspondances, on pourrait se servir du DMP comme une boîte aux lettres. Comme une poste restante et aller chercher ou mettre ce que l'on veut, alimenter la boîte pour échanger ; voilà comment je définirais le DMP s'il devait fonctionner.

M14 : Alors dans ma pratique de médecin généraliste, je ne considère pas vraiment en avoir beaucoup besoin dans la mesure où les autres professionnels de santé m'écrivent donc ça pourrait faciliter le délai de réception d'examens complémentaires ou certains examens complémentaires quand on ne m'écrit pas comme des radios, des scanners où à ce moment-là je ne reçois pas les résultats et si ils étaient sur le DMP je pourrais à ce moment-là quand les gens viennent me voir en allant sur le DMP voir ; si jamais ça a été utilisé.

Pertinence et qualité des soins

Seulement une minorité des médecins interrogés voyaient une amélioration de la qualité des soins en assurant un meilleur suivi du patient et en limitant les erreurs médicales.

M3 : Et puis c'est aussi l'intérêt de ne pas faire de bêtises car l'on connaît mieux les antécédents des patients et donc d'introduire différents traitements qui sont potentiellement contre-indiqués dans certaines maladies, que le patient n'a pas su nous dire par exemple... Bah voilà ça peut nous éviter de faire des bêtises. [...] Avoir un meilleur suivi je pense.

M4 : [...] pour qu'il y ait pas mal de choses qui soient accessibles par les différents professionnels de santé, qu'ils soient au courant des examens qu'ils ont fait, de leurs pathologies, du suivi de leurs pathologies.

M16 : Donc je pense qu'il y aurait peut-être un côté un peu moins redondant et après aussi peut-être qu'il y aurait moins de pertes d'informations...

Un médecin évoquait aussi une possible amélioration de la prise en charge ambulatoire avec le DMP.

M16 : Il y a maintenant tout une partie de prise en charge en ambulatoire qui n'est pas négligeable et qui fait rentrer dans le circuit tout un tas d'intervenants.

Très peu de médecins voyaient un intérêt dans le contrôle du nomadisme médical par le DMP.

M7 : J'ai encore quelques patients qui pratiquent un nomadisme, qui vont à droite à gauche, alors c'est une débauche d'examens, chacun faisant sa petite soupe dans son coin, on n'y comprend plus rien avec des traitements qui se contredisent. Là je crois que ça permet de mettre de l'ordre, c'est au médecin traitant, au médecin référent de le gérer, ça c'est indispensable.

M11 : Un médecin généraliste quel qu'il soit mais peut être que je me trompe ; c'est à dire par rapport au nomadisme, c'était, il me semble un des arguments. [...] Après il me semble que c'est le même truc qu'il y avait avec les pharmacies, du coup je ne sais plus, j'ai un doute si je ne confonds pas deux choses, par rapport aux médicaments quand les gens ils vont de pharmacies en pharmacies... je n'en sais rien.

Certains médecins évoquaient l'intérêt du DMP lorsque les patients étaient en déplacement où lorsque le médecin référent devait s'absenter.

M2 : ... ou même les patients que je suis, quand je ne suis pas là ou quand ils partent en vacances s'ils ont pris des médicaments, si on leur a fait des examens. Je pense que je suis assez pour...*(rire)*

M9 : J'étais beaucoup plus jeune *(rire)*... Parce que franchement nous avons besoin d'un outil qui nous permet d'échanger facilement des informations. Ne serait-ce que aussi pour retrouver une certaine liberté de travail, parce que déontologiquement moi je suis embêté de partir en congé, de laisser tout... quand on ne trouve pas de remplaçant ou même de m'absenter une journée et de demander à mon collègue de prendre la journée ou pas... et sans pouvoir échanger les données.

Quelques médecins disaient voir un intérêt pour limiter et contrôler la redondance des examens.

M11 : Après j'avais eu l'idée d'une thèse en fait *(rire)*, j'ai un énorme souci moi avec les sérologies Hépatite B, c'est à dire que les gens on leur a fait une sérologie hépatite B une fois et puis ils ne savent

plus, ils ont changé de médecin, ils ne l'ont pas gardé, et en fait des fois ils ont je ne sais pas combien de sérologies alors qu'ils sont vaccinés ; c'est bon une fois ça suffit. Du coup j'ai cherché une solution pour que l'on n'ait pas à passer une plombe à chercher ou à leur refaire à chaque fois que l'on fait une recherche d'IST, j'ai imaginé plein de trucs et je suis tombé sur le DMP (*rire*), je me suis dit bon...

M16 : Après peut être que ça éviterait quelques redites, des examens intempestifs que l'on fait parce que même si on peut consulter les examens que les patients ont fait sur AMELI. [...] A mon avis là, si la redondance des examens était limitée, ce serait plus rapide pour le médecin de travailler et peut être qu'il n'y aurait pas de pertes d'informations.

Ecologique

Seulement quelques médecins voyaient une certaine écologie et une économie de papier en dématérialisant avec le DMP.

M3 : Après c'est un peu écolo aussi (*rire*) dans le sens où on n'imprime pas forcément les choses et les informations sont dedans, ce n'est pas sur papier.

M13 : ... c'est écologique et ça fait moins de paperasses, moins de papiers, pensons à nos amis de la forêt et les autres (*rire*).

3.2.3 Freins et limites

Cette partie décrit les différents problèmes perçus par les médecins généralistes interrogés sur le DMP. Tous les médecins interrogés voyaient des freins dans l'utilisation du DMP. Dans chaque partie les idées et thèmes ont été cités en fonction du nombre de références et en fonction du nombre de médecins partageant les mêmes idées. (Par ordre décroissant)

3.2.3.1 Les freins humains

Le temps

Les médecins ont exprimé dans la plus grande majorité un facteur limitant principal à l'utilisation du DMP : le manque de temps.

M3 : Le manque de temps je pense car pour le moment ce n'est pas encore facile de l'utiliser.

M7 : Le tout, c'est que ce ne soit pas encore une fois trop prenant en temps.

M8 : Pour moi oui c'est un frein. Quand on a fait la deuxième mouture du DMP ; ça prenait pour rentrer l'état civil, pour rentrer les premiers documents, il fallait minimum... (*réfléchit*) et pourtant je m'y connais, 20 à 30 minutes.

M12 : Euh (*souffle*)...le temps, le temps de pouvoir créer, s'occuper etc.... pas créer mais en tous cas alimenter le DMP.

M13 : Voilà, il faut que ce soit simple et rapide parce que on le sait, on connaît le quotidien du médecin, médecin quel qu'il soit généraliste ou spécialiste etc. Si c'est quelque chose de chronophage ça ne marchera pas.

M16 : Bah le frein... (*hésite*), le frein c'est le temps.

Manque de formation à l'utilisation du DMP

Le manque de connaissances sur le DMP revenait dans plus de la moitié des entretiens et était exprimé comme un frein et une limite à son utilisation.

M2 : Tu vois ce qui serait pas mal c'est de pouvoir y mettre les comptes rendus, les derniers comptes rendus des médecins, les dernières ordonnances et ça je ne sais pas comment on le fait, je ne sais pas si ça se fait, ce n'est pas très pratique, ce n'est pas très intuitif.

M6 : [...] que l'on vienne nous montrer comment fonctionne le DMP, ce que l'on peut mettre dessus, ce que l'on peut voir, moi le truc de bris de glace je ne sais pas trop voilà...

M13 : Bien sûr, le frein il est peut-être dans l'outil tel qui nous a été présenté, je mettrais présenter entre guillemets pour les raisons que j'ai évoqué tout à l'heure car nous n'avons pas vraiment eu de vraies communications, de vraies informations sur l'application technique au quotidien de ce qu'est ou de ce que sera le DMP. [...] le frein au jour d'aujourd'hui c'est que je ne saurais pas trop quoi y mettre.

Manque d'utilisateurs

Quelques médecins disaient que le manque de participations actives à l'utilisation du DMP était un frein.

M4 : Donc au moins pour l'alimenter et après, c'est très peu utilisé donc du coup il n'y a rien sur les DMP, je n'ai jamais rien réussi... j'ai déjà réussi à me connecter sur un DMP mais il n'y avait rien dessus.

M8 : Bah voilà c'est pareil, on a une messagerie sécurisée et à mes correspondants ; je les envoie sur la sécurisée mais on me dit : « mais on non n'a pas reçu le courrier » je leur dis que c'est via la sécurisée mais il me dit : « Ah mais on ne l'utilise pas » donc je repasse par la voie classique. C'est donc un peu le même problème car l'on crée l'appareil mais l'intendance ne suit pas. [...] En fait je me suis rendu compte que j'étais le seul à le remplir et que personne ne le regardait.

Les médecins qui ont essayé d'utiliser le DMP disaient être découragés par ce manque d'utilisateurs car confrontés à des dossiers créés mais vides.

M6 : Moi je ne l'ai que depuis un an le programme. Le peu que je regarde je n'ai pas... je n'ai aucune donnée...

M8 : Pour l'instant ce ne sont que des coquilles vides. C'est à dire que les patients arrivent, ils disent : « Ça y est j'ai le DMP, regarder j'ai l'étiquette. » Je leur dis que c'est bien, je leur demande si on a mis quelques choses : « Ah non non, on m'a dit que...voilà »

Charge administrative

Presque un tiers des médecins craignaient de se voir rajouter une nouvelle tâche administrative.

M7 : C'est ça que je crains, il ne faut pas que ça devienne encore une charge de plus.

M8 : C'est bien de nous dire que nous sommes la pièce centrale mais la pièce centrale elle est aussi soignante et elle n'est pas qu'administrative.

M10 : [...] vous recevrez le courrier papier ou quoi, vous serez payé pour numériser et le mettre sur le DMP, vous serez vraiment la secrétaire du système quoi.

Manque d'intérêts perçu

Quelques médecins se sentaient limités dans l'utilisation du DMP par le manque d'intérêts qu'ils percevaient dans l'outil.

M10 : Oui et voilà, encore une fois, (*temps de pause, réfléchit, cherche ses mots*). Moi vraiment dans ma pratique, punaise, je suis un professionnel, c'est moi qui soigne le patient, je vous promets que je n'en ai pas besoin, mais je n'en ai pas besoin (*insiste sur les mots*).

M11 : Pour l'instant j'arrive à travailler sans le DMP et je trouve que je m'en sors bien...

M15 : Là aujourd'hui il nous prend du temps dans la gestion des choses, il ne nous apporte pas à nous personnellement d'intérêts. [...] Puisque les informations ; on est coordinateur des soins, on a toutes les informations, donc il ne nous apporte pas d'éléments supplémentaires.

3.2.3.2 Les freins techniques

La plupart des médecins exprimaient ou avaient rencontrés des difficultés techniques dans l'utilisation du DMP. Les différents freins perçus vont être abordés successivement dans cette partie, des idées les plus fréquemment cités aux thèmes les moins abordés par les médecins.

Outil perçu comme complexe

La quasi-totalité des médecins percevaient le DMP comme un outil pas assez fluide, pas assez intuitif et pas assez simple d'utilisation.

M3 : Ça risque d'être compliqué et on risque de ne pas le faire si ce n'est pas facile.

M4 : Bon bah moi surtout c'est la lourdeur et le fait que ce ne soit pas quelque chose de simple.

M6 : (*souffle, hésite, réfléchit*). La complexité à remplir, et à naviguer dessus aussi...

M14 : C'est surtout la méconnaissance de la manière de créer, la difficulté de l'utiliser que j'expérimente moi depuis janvier, c'est un vrai problème technique, ce n'est pas fluide, ça ne fonctionne pas bien, c'est décourageant donc voilà.

Dans la complexité certains médecins exprimaient la crainte d'avoir un dossier trop lourd où l'information est difficile à trouver avec une interface inadaptée.

M5 : Il ne faut pas non plus que ce soit trop trop compliqué, il ne faut qu'il y ait trop trop d'onglets. Après il n'y a pas besoin d'en avoir 50 000, les antécédents, le traitement, les allergies, les machins bidules...

M7 : [...] à condition que ce ne soit pas une usine à gaz de plus.

M12 : Non pas forcément, je pense qu'il ne faut pas que ce soit une usine à gaz.

M13 : Oui un frein, on a l'impression que c'est un grand fourre-tout où il y aura beaucoup, comme je le disais, une pléthore d'informations et voilà là, c'est la construction et l'architecture même du DMP qui doit être le plus simple...

Inter compatibilité et multiplicité des outils

Pour plus de la moitié des médecins interrogés, le DMP posait un problème de compatibilité avec leur logiciel métier.

M3 : [...] Ce que je disais un peu avant, le logiciel n'est pas toujours compatible avec le DMP et du coup qu'il faut mettre à jour etc.

M7 : [...] Septembre on nous dit : « on va vous l'installer », le mec appel pour prendre rendez-vous ou pour prendre le contrôle de l'ordi et il dit : « Ah mais vous avez un mac. » « Je lui réponds que oui et il me dit : ah mais on ne peut pas ».

Ce problème d'inter compatibilité des logiciels entre eux amenait les médecins à se plaindre de la multiplicité des outils disponibles et ils exprimaient une impression de doublons et de redondances. Cette impression d'actes répétés venait renforcer la crainte d'une perte de temps et d'utilité.

M5 : Parce que c'est redondant quand même dans une consultation ; je veux bien marquer dans mon logiciel médical plus sur le DMP ; on n'y passe déjà du temps mais on va y passer deux fois plus de temps.

M9 : S'il est complètement interfacé sur le logiciel ça va être intéressant car l'on va intégrer les données au fur et à mesure et voilà.... Mon inquiétude c'est que ce soit un peu comme GLOBULE, quelque chose qui soit parallèle au logiciel, en plus et qui va être encore plus compliqué à utiliser.

M15 : Les freins c'est que c'est chronophage, peu pratique d'utilisation donc c'est inadapté à notre façon de travailler, ça fait aussi office de doublon par rapport à ce que l'on a.

Dysfonctionnement

Les médecins, surtout les médecins qui avaient déjà utilisé le DMP décrivaient un problème de fonctionnalité avec un accès pas fiable et peu efficace.

M5 : [...] On peut le faire, j'ai mon associé qui a essayé de le faire mais dans tous les cas ça a planté. Il m'a dit : « j'ai essayé pour moi, j'ai voulu mettre mes antécédents, ça n'a pas été possible » (rire).

M14 : [...] j'essaye parce que l'on a d'énormes difficultés, le serveur national ne marche pas mais j'essaye, il ne marche pas les trois quarts du temps j'ai envie de dire mais j'essaye et j'ai déjà utilisé, ouvert des DMP et renseigné des DMP.

M14 : Il peut s'ouvrir mais pas toujours. Je dirais que j'ai des difficultés techniques 3 fois sur 4 depuis le premier janvier.

M16 : Pour une dizaine de personnes je crois. Mais après j'ai eu un problème, c'est que ça faisait planter mon logiciel HELLODOC.

Difficulté d'accessibilité

Les quelques médecins qui avaient déjà essayé le DMP se plaignaient d'une dépendance à la carte vitale du patient pour pouvoir accéder au DMP.

M6 : Par contre c'est vrai que le frein par contre du coup c'est quand on souhaite une lecture en dehors du cabinet. S'il faut la CPS ou il faudrait des codes...

M12 : Alors nous le problème c'est que nous on n'a pas de lecteur pour lire les cartes vitales des patients, ne serait-ce que pour récupérer le traitement, moi je peux le faire ici, j'arrive à récupérer le traitement des patients à partir de la carte vitale du patient, aux urgences on ne peut pas, c'est un peu le monde à l'envers.

M13 : Le facteur limitant étant euh, même si en termes d'activités ça représente de moins en moins mais c'est les visites à domicile.

Un seul médecin exprimait la dépendance à internet et au téléphone pour utiliser le DMP ce qui apportait un problème supplémentaire pour les personnes âgées ou les personnes n'ayant pas les capacités à utiliser ces technologies (retard mental, infirmité, troubles cognitifs...)

M14 : Si le patient veut le créer lui-même voilà, il y a quand même des obstacles, d'abord il y a beaucoup de patients âgés qui n'ont pas internet et certains qui n'ont pas de portables ; alors si on n'a pas de portables on ne peut pas créer un DMP et ça c'est un gros obstacle pour moi.

3.2.3.3 Les freins politiques

La moitié des médecins voyaient une limite politique à l'utilisation du DMP avec différentes perceptions.

Contrôle par l'état

Quelques médecins, une minorité et particulièrement un des médecins interrogés, exprimaient une mainmise de l'état avec une perte de contrôle et un sentiment d'imposition.

M10 : En gros quand on est médecin installé en fait ; on nous impose de plus en plus notre outil de travail, vraiment, l'outil de travail est ultra imposé maintenant [...]

Tous les logiciels maintenant ils nous sont imposés, ils nous sont imposés par l'intermédiaire du ROSP. En gros on vous dit que vous ne toucherez pas d'argent si vous n'utilisez pas le logiciel qu'ils veulent qu'on utilise ; c'est de plus en plus comme ça, le DMP ça va être une étape comme ça, en gros si vous n'utilisez pas le DMP vous ne toucherez pas d'argent.

[...] vous vous rendez compte de plus en plus qui veulent, qui veulent (*hésite*) détenir l'outils de travail, les données du patient et qui veulent faire de la médecine sans vous vraiment (*insiste sur les mots*).

Ce sentiment de contrôle et d'imposition était aussi retrouvé chez d'autres médecins pourtant moins opposés au développement et à l'utilisation du DMP.

M8 : Et là on vient de me relancer cette semaine en me disant qu'il faut payer 280 euros parce que vous ne pourrez pas bénéficier du forfait structure en 2019. C'est à dire qu'en fait on te vend un produit qui n'est pas encore efficient. C'est comme quand on te vend un appartement en te disant : « Achète-

le parce-que tu vas pouvoir défiscaliser derrière. » C'est à dire que l'on te le vend chère en disant : « si tu payes ça tu vas pouvoir toucher plus. »

M11 : Si aussi quand même ce truc de flicage, c'est à dire que c'est philosophique quoi mais euh... Oui c'est pratique, oui on fait des économies, oui on gagne en efficience mais il y a...

[...] Et donc à mon avis on va nous l'imposer, là on ne peut pas recevoir les ROSP si on n'a pas le truc, ça va dans ce sens-là, on va nous l'imposer petit à petit voilà, comme les dossiers dans les maisons de retraites, tout va dans ce sens-là donc je ne vois pas pourquoi on ne finirait pas comme ça même si on n'est pas d'accord.

M12 : Oui moi je pense que ça peut être une solution, voilà, il ne faut pas non plus que l'on se sente... il ne faut pas qu'on sorte le bâton pour dire : « il faut que vous remplissiez le DMP ».

M13 : [...] certaines craintes aussi, de se dire c'est mis en place par la caisse, la caisse ça va être le Big Brother qui va nous surveiller, qui va pouvoir, en fonction de ce que l'on met, savoir si on est bien dans les clous par rapport au ROSP et autres.

Certains médecins reprochaient aussi à l'état d'avoir mis en place un outil sans consulter au préalable les médecins de terrain et futurs utilisateurs du DMP.

M11 : [...] en vrai moi je pense qu'il aurait fallu se réunir entre généraliste, discuter sur le plan éthique de ce truc-là, de construire quelque chose ensemble et de enfin voilà... ou faire des thèses (*rire*). Avec des consensus méthode DELPHI, essayer de faire ressortir en interrogeant des médecins mais aussi même plus d'ailleurs que des médecins, des patients pour savoir justement qu'est-ce que les gens attendent, qu'est-ce qu'ils ne veulent pas, qu'est ce qui leur fait peur ?

M13 : [...] c'est le travers que l'on peut malheureusement voir dans beaucoup de situations dans le milieu qui est le nôtre, c'est que souvent les décisions elles viennent un petit peu de de ... (*hésite*), je n'aime pas le mot mais de technocrates, c'est un mot un petit peu péjoratif mais qui n'a aucune connotation péjorative dans ma bouche, on va dire de hauts techniciens qui oublient que c'est des outils qui doivent être appliqué au quotidien si on veut vraiment atteindre l'objectif.

M15 : Et on va dire que le jour peut-être où ceux qui créent ou qui pensent ces systèmes là ; le jour où ils viendront vous voir ou ils pourront comprendre comment fonctionne la médecine générale et comment on travaille, peut-être qu'ils comprendraient comment faire fonctionner ces systèmes là mais aujourd'hui on met en place un système qui est malheureusement un système où... (*hésite*)... je ne sais qui l'a... enfin si j'y ai participé au départ sur des groupes comme ça, finalement il y a peu de médecins généralistes qui travaillent beaucoup et qui sont sur le terrain et qui participent à la rédaction de ces procédures. (*Rire*)

3.2.3.4 Les freins éthiques et légaux

La presque totalité des médecins s'exprimaient sur le côté sécuritaire du DMP et sur le respect de la déontologie médicale ; les avis et opinions étaient assez divergents. Nous avons présenté ici les principales idées en regroupant les avis communs.

Stockage et sécurité des données

A peu près la moitié des médecins interrogés émettaient des inquiétudes quant au stockage et à la protection des données. Certains voyaient un risque de piratage par les assurances, la médecine du travail ou les banques.

M11 : Après moi ça me fait flipper que ce soit sur une puce enfin que voilà... peut-être que j'ai des pensées magiques parce que je suis une incompétente en informatique mais en même temps quand on voit ce que les hackers sont capables de faire je me dis que ces infos elles peuvent être récupérées par des employeurs, pas les assureurs, par un état totalitaire enfin ce qu'on veut.... J'ai vraiment du mal à accepter ça même si je sais que c'est pratique.

M14 : Parce qu'effectivement je ne vois pas comment ni pourquoi on ne pourrait pas empêcher un piratage qui fasse que les données du patient soient.... Surtout si je vois, je n'y connais rien mais apparemment c'est un centre extérieur sur lequel s'est groupé, pourquoi il n'y aurait pas un piratage du centre. [...] J'imagine qu'il y a comme une bibliothèque virtuelle et pourquoi quelqu'un ne pourrait pas avoir accès là et pirater et éventuellement revendre ces données etc.... mais bon c'est de la science-fiction mais c'est un truc qui ne me plait pas beaucoup.

Certains voyaient plus une perte des données des patients et une appropriation de ces données par la sécurité sociale.

M5 : Et oui la sécurité des données, c'est quand même la première des choses parce qu'évidemment s'il y a tout dedans ça va intéresser du monde. [...] Ça va intéresser beaucoup de choses enfin beaucoup de monde si on met les courriers. Les médecins de la sécu, si on met les handicaps... et voilà

M10 : Quand il y aura le DMP en gros, ce sera eux qui stockeront les données du patient, les données ne vous appartiendront plus, c'est à dire que ce ne sera plus dans votre ordinateur, ce sera leurs propriétés à eux, c'est eux qui détiendront le système des données du patient et là ça deviendra très compliqué ; c'est à dire que pour exercer vous aurez vraiment, vous devrez vraiment vous plier à tout parce que ce sera eux qui détiendront les données du patient et moi ça m'inquiète beaucoup vraiment. [...] Ils ont vraiment une grosse envie récupérer les données des patients et ça c'est vraiment préoccupant.

Par ailleurs quelques médecins considéraient que la sécurité sociale savait déjà tout et ils n'exprimaient pas d'inquiétude sur la sécurité des données.

M4 : [...] je pense qu'il y a le côté sécuritaire, c'est à dire ... c'est quand même, il me semble géré par l'assurance maladie, qui déjà tu vas me dire que l'assurance maladie est déjà au courant de beaucoup de choses vus que c'est elle qui paye donc elle est au courant de tout.

M9 : Le seul frein c'est par rapport aux structures d'assurances... pas à la sécu car il ne faut pas raconter d'histoires, ils sont au courant parfaitement de tout ce que l'on fait.

D'autres médecins, moins de la moitié, reconnaissaient en effet un risque sur la protection des données avec un risque de piratage sans que ce soit pour eux un réel frein à l'utilisation du DMP.

M4 : Voilà, c'est comme tout, tout est piratable, exploitable. Il y aura sans doute, ça posera à un moment ou un autre des soucis. Mais bon...

M6 : Après il y a l'histoire de la sécurisation des données qui posait problème à un moment donné mais voilà...

Une autre minoritaire partie des médecins avouaient ne pas se soucier de ce problème et avaient confiance dans le système.

M3 : En tant que jeune médecin je fais plutôt confiance aux technologies.

M15 : Je n'y connais rien, ce n'est pas mon domaine, je suis loin d'être expert là-dedans, je fais normalement confiance aux personnes qui s'occupent de ça. A partir du moment où on me dit ou que les autorités de santé me disent que c'est sécurisé vous pouvez y aller, je leur fais confiance. Mais je n'y connais rien donc je ne polémiquais pas là-dessus.

Secret médical

Concernant le secret médical, peu de médecins percevaient un réel frein

M3 : Oui ; après on a tous, de toute manière, le secret médical est un secret professionnel partagé et ça ne va pas à l'encontre de ça je pense.

M16 : Moi j'ai confiance en général, après évidemment on pourra toujours théoriser sur ça mais de toute façon dans ces cas-là on peut théoriser sur tout un tas d'autres secrets.

Certains, comme énoncé plus haut, voyaient un risque d'appropriation des données en dehors du cercle des soignants.

M9 : Oui, oui mais à partir du moment où un médecin généraliste installé peut être payé par une société d'assurance pour faire du contrôle médical, ça va devenir compliqué.

M14 : Alors le secret médical jusqu'à présent c'était ce qui faisait que je ne voulais pas parce que c'était flou pour moi, je ne savais pas qui pouvait y avoir accès à ce dossier et j'étais inquiet que des médecins, puisqu'à priori je pense que c'est réservé à des médecins ou des soignants. Mais hors du système de soins ; ce que je veux dire en particulier c'est le médecin du travail, médecin de compagnie d'assurance qu'ils puissent accéder au DMP.

D'autres estimaient que certains éléments n'avaient aucune place dans le DMP en particulier ceux concernant la vie privée des patients.

M7 : C'est du pipeau, mais je crois qu'il y a quand même certains secrets qui touchent à la vie intime de la personne (*ton solennel*) et qu'il ne faut jamais dire. [...] Ces choses-là je les garde pour moi et jamais je ne les dirai...jamais, jamais...

M14 : Je ne mets que ça parce que j'estime que la vie privée de mes patients n'a pas à figurer sur le DMP voilà.

D'autres voyaient dans le secret médical un faux problème pour le développement du DMP.

M1 : Moi je crois que c'est un faux problème ce secret médical, à mon avis c'est le patient qui doit décider si... (*hésitations*), c'est le patient qui doit fournir les informations au médecin qui l'a en face. Après moi le secret médical ça me fait doucement rire car si on veut avoir accès au dossier on va l'avoir.

M8 : Le problème du DMP c'est le même que celui d'un carnet de santé ; si moi je mets mon carnet de santé sur la place publique tout le monde peut le voir éventuellement... Après le patient il peut dire ce qu'il a.... tout ce qui peut contribuer à améliorer la qualité des soins d'un patient même si c'est un dossier médical, est intéressant. Le problème, bah évidemment, le secret mais à ce moment-là on ne met plus rien dessus.

Certains estimaient quand même la nécessité d'un accès sécurisé et adapté aux différentes professions de santé.

M5 : Oui mais il faut que ce soit béton derrière parce que déjà on a du mal quand c'est des sites différents alors d'avoir un site qui regroupe tout ou qui est compatible avec tous les sites, parce qu'il ne faut pas que ce soit trop ouvert quand même.

M8 : Oui mais il faudrait verrouiller le système car il y a peut-être des données que deux médecins peuvent échanger et que le pharmacien n'a pas à savoir ou qu'une infirmière, un infirmier, un kiné n'a pas à savoir.

La responsabilité médicale

Seulement une minorité de médecins s'exprimait et avait un avis sur l'impact du DMP dans la responsabilité médicale.

Un seul médecin voyait en effet un risque avec une implication médico légale ou médico juridique.

M13 : Oui moi je le vois comme une synthèse, le voir comme un outil exhaustif c'est un risque, s'il est trop exhaustif et qu'on n'y mette le nez dedans c'est qu'un jour il nous soit opposable. [...] Dans le sens que si un jour, si on a un problème d'ordre médical ou médico juridique, que l'on ne nous dise pas que c'était dans le DMP.

Un autre médecin considérait que le contenu du DMP relevait de la responsabilité de chaque soignant qui l'alimentait.

M5 : Le médecin mettra ce qu'il a envie d'y mettre, si c'est facile avec un click ou un machin, bidule...tient ça me paraît important, je pense à ça, je sais qu'il va aller voir un tel ou un tel, ça je veux que ça apparaisse, je le mets ; c'est de la responsabilité de chaque médecin.

Droit de masquage du patient

Un seul des médecins interrogés exprimait spontanément une limite à l'utilisation du DMP par l'intermédiaire du droit de regard du patient sur le DMP.

M5 : Le patient, je ne vais pas dire qu'il n'a pas son mot à dire, mais il n'a pas le droit de regard sur son dossier. Si on veut avoir un DMP intéressant c'est que je puisse mettre moi ce que je pense, ce que à quoi je pense et ce que je fais. Si le patient derrière valide, masque... si celui-là il peut regarder ça,

celui-là il peut ça. Ce qui est le cas actuellement non ? enfin je crois. Il peut dire qui voit quoi. Ça n'a aucun intérêt.

M5 : Puisque le patient a le droit de regard dessus, ce n'est plus un dossier médical partagé, c'est un dossier de santé partagé, c'est autre chose.

Un autre des médecins rencontrés le rejoignait partiellement sur cette idée là avec la crainte d'une altération de la qualité des soins si le patient masquait les informations.

M8 : Masquer mais masquer pour qui ? parce que s'il masque à son médecin traitant c'est embêtant. [...] Si ça doit contribuer à l'altération de la qualité des soins moi je ne vois pas l'intérêt, je ne m'oppose pas à ce que le patient masque des choses, ce qu'il ne faut pas c'est qu'il masque certains antécédents pour... *(il hésite)*

3.2.3.5 Les freins culturels et sociaux

Conservatisme médical

Un peu moins de la moitié des médecins interrogés évoquaient l'idée d'un conservatisme médical et d'une résistance aux changements.

M7 : [...] Les choses avancent, très lentement... et nous médecins, c'est dans notre culture ; curieusement nous sommes très conservateurs. Quand les niveaux anticoagulants sont sortis ; moi je me suis dit : « jamais, je suis habitué avec le Previscan mais jamais... »

Et dernièrement j'ai vu un malade sous Previscan : « mon ami vous rigolez », je l'ai mis sous Eliquis aussitôt et il était très content d'ailleurs.

M13 : Comme j'ai pu l'entendre et le lire c'est vrai que le médecin il a été très en retard sur l'informatisation de sa profession, je pense qu'il y a un frein que je ne vais pas dire idéologique mais...

M14 : Voilà donc je ne vois pas pourquoi, à une époque quand il a fallu s'informatiser moi je me suis dit que je ne me serais jamais informatisé mais je me suis bien informatisé donc je pense, je suis optimiste, ça peut marcher par les erreurs et par les difficultés qu'il y a.

Générationnel

Quelques médecins décrivaient une mutation récente de la façon d'exercer la médecine avec une tendance actuelle aux partages de dossiers et d'informations qui n'existaient pas avant. Cette mutation récente pourrait alors expliquer la réticence de certains médecins à utiliser le DMP.

M9 : Moi personnellement je pense que c'est la mutation du corps médical qui freine. On est une profession euh...moi je suis d'une vieille génération car ça fait 20 ans que je travaille...mais je suis une des premières générations à parler d'exercice de groupe, à travailler en équipe, à faire de l'échange de dossiers. Ceux qui étaient avant moi ne voulaient pas en entendre parler ; c'était chacun pour soi et deux pour tous...

M13 : La chance maintenant c'est la nouvelle génération que vous représentez qui voilà, vous êtes informés, maintenant c'est un exercice en groupe, ça c'est voilà, c'est ce qui oblige un petit peu à réfléchir, à partager.

M16 : Parce que c'est l'évolution à mon avis normale de partager les données médicales, tout est de plus en plus mutualisé.

Les médecins qui s'exprimaient sur ces freins culturels évoquaient une évolution progressive du DMP qui allait demander du temps.

M7 : Actuellement ; je suis sûr que vous verrez des médecins qui vous diront : « Ah non moi jamais, je n'en veux pas ». Mais ça se fera, ça va mettre du temps mais ça va se faire.

3.2.4 Perspectives d'évolutions et d'améliorations.

Les médecins s'exprimaient sur leurs perceptions de l'avenir du DMP ainsi que sur leurs suggestions pour faciliter le développement et l'utilisation du DMP auprès des médecins généralistes. Nous avons décrit les grandes idées exprimées dans cette partie en commençant par les thèmes les plus fréquents.

3.2.4.1 La Rémunération

Tous les médecins avaient une opinion sur la rémunération à l'utilisation du DMP, seulement un médecin considérait que la rémunération n'était pas nécessaire.

Une autre minorité de médecins voyaient dans la rémunération une façon d'imposer l'outil aux médecins.

M10 : Tous les logiciels maintenant ils nous sont imposés, ils nous sont imposés par l'intermédiaire du ROSP.

M11 : Et donc à mon avis on va nous l'imposer, là on ne peut pas recevoir les ROSP si on n'a pas le truc, ça va dans ce sens-là, on va nous l'imposer petit à petit voilà...

Dans les médecins qui jugeaient qu'une rémunération était nécessaire, différentes façons d'être rémunéré étaient exprimées.

Quelques médecins voyaient plus une rémunération à l'acte pour instaurer et alimenter le DMP.

M3 : Beh euh...on parlait un peu avant peut être une cotation, au moins pour l'ouverture, enfin je ne sais pas, pour les médecins généralistes.

M12 : Euh (*souffle*), comme tout de toute façon on marche aussi avec la carotte, il faut qu'il y ait une incitation financière, il faut qu'il y ait une consultation dédiée, au moins une pour la création et l'instauration du DMP [...] moi je pense qu'il faut qu'il y ait une consultation dédiée à la mise en place et en tout cas à l'alimentation du DMP avec une validation par la sécu je ne sais pas comment et puis une incitation financière avec un acte un petit plus important et je pense que ce sera valorisé comme ça, ça peut être valorisé comme ça.

D'autres médecins voyaient plus une rémunération forfaitaire dans le cadre des ROSP comme cela existe déjà pour d'autres critères avec un système de points en fonction du nombre de patients avec un DMP ouvert et alimenté.

M7 : Si ça demande du travail, si ça demande une astreinte, au moins une rémunération forfaitaire comme pour les ALD 30.

M12 : [...] Ou alors pourquoi pas dans le cadre de la ROSP, nous dire et bien voilà combien de vos patients ont un DMP, et puis ça peut être quelques points supplémentaires, ça peut être une incitation comme ça, maintenant de plus en plus on marche comme ça.

M14 : Les médecins considèrent qu'il y a toujours besoin d'une rémunération donc la réponse bien sûre est OUI (*pèse ces mots*) mais ça c'est un vœu pieux ça fait partie...de (*hésitations*), comment dire... de ne pas forcément lié la rémunération du médecin à l'acte mais de considérer qu'il y a des rémunérations forfaitaires qui sont liées au travail en dehors de l'acte.

Une autre partie des médecins savaient déjà que le DMP était rémunéré par l'intermédiaire du forfait structure des ROSP.

M6 : Les dames de la sécu ; bah oui parce qu'en plus par les ROSP tu touches de l'argent si tu as l'informatique et dans la partie informatisation de cabinet il faut avoir un module DMP compatible.

M16 : J'ai l'impression que j'en ai toujours entendu parler vaguement et après avec la ROSP je me suis aperçu qu'il y avait des objectifs pour le forfait structure qui était progressif jusqu'à la fin de la nouvelle convention.

3.2.4.2 La formation

Presque la moitié des médecins suggéraient une formation à l'utilisation du DMP.

M6 : Une formation, nous on nous parle du DMP, on nous fait acheter des programmes mais on n'a jamais personne qui nous montre comment ça marche, ce que l'on peut mettre dessus.

M7 : [...] je suis prêt à me mettre au DMP à condition que l'on ait une formation et un accompagnement.

M12 : Mais en fait nous on ne nous dit pas comment ça va marcher etc....déjà il faudrait qu'il y ait une information de la caisse là-dessus via les délégués et puis après une formation avec un informaticien pour qu'il puisse nous montrer un petit peu l'interface etc.

M14 : Alors oui une formation mais à condition que ça marche, d'abord que le truc marche et ensuite que l'on soit formé, alors soit par des tutoriels si on ne veut pas de présence soit du présentiel.

Un médecin considérait qu'une formation ne serait pas utile car elle justifierait l'utilisation d'un logiciel complexe.

M4 : Non, je pense que ce qui est nécessaire c'est que ce soit un utilitaire simple à utiliser après la formation si c'est pour avoir quelque chose de difficile à utiliser, que l'intégration des données soient compliquées à mettre en œuvre et que la consultation des données... enfin c'est surtout l'intégration car je pense que consulter c'est plus simple... voilà il faut qu'il y ait quelque chose qui soit simple à utiliser et justement il n'y a pas besoin de beaucoup de formations.

3.2.4.3 Changement sur le fond

Une synthèse médicale

Presque la moitié des médecins considéraient que le DMP ne devait se résumer qu'à un dossier de synthèse médicale.

M8 : [...] mais ce serait bien que ce travail soit considéré comme un véritable travail de synthèse parce que c'est un travail qui est chronophage surtout à l'ouverture (*il se reprend*) surtout à l'alimentation. [...] Il pourrait y avoir dans le DMP un onglet qui s'appellerait synthèse ou résumé du dossier.

M12 : Oui une synthèse médicale du dossier médical du médecin traitant, grosso modo.

M 13 : [...] oui voilà il faut que sur la page de garde il y est certes l'identité du patient bon voilà et puis après très vite, si le patient est hospitalisé en urgences, les éléments clefs.

M14 : Là par définition, pour moi c'est central, c'est à dire que si le généraliste veut s'impliquer dans le DMP, comme c'est lui qui coordonne les soins il a tout intérêt dans le DMP à faire une rubrique résumant ce que je fais-moi là [...] Le volet de synthèse, il faut avoir un volet de synthèse, pour moi l'intérêt il n'est que là.

Un dossier exhaustif

Une faible partie des médecins voyaient le DMP comme un dossier qui se devait être exhaustif dans son contenu.

M2 : Voilà moi ce que j'aimerais bien qu'on puisse y mettre c'est les...le... pourquoi pas tout le dossier médical. A la limite le dossier médical il appartient au patient donc ça ne me gênerait pas que tout ce que je vois et que je note pour la consultation que ça parte directement sur le DMP.

M9 : Je dirais l'ensemble des données, je pense qu'il faut tout mettre dedans.

M15 : C'est mon avis, c'est à dire que si on fait un DMP, c'est un dossier avant tout médical, un dossier médical il doit normalement tout contenir et pas être limité à simplement les spécialistes... euh... il doit être complet. [...] Oui complet, il doit y avoir tout marqué dessus, ça doit être exactement comme un logiciel médical, ça doit être exactement pareil.

Un médecin suggérait même l'existence d'un dossier patient unique commun à tous les soignants.

M15 : Non, c'est pour ça que ce que j'avais en tête moi mais qui apparemment n'est pas réalisable pour des problèmes financiers et des conflits. Si j'avais eu moi mais je n'ai pas ce pouvoir-là, si j'avais eu à donner mon avis dessus ça aurait été de supprimer tous les dossiers médicaux et de faire un seul et unique support pour l'ensemble des professionnels de santé que l'on soit médecin généraliste, spécialiste, EHPAD, clinique, hôpital, infirmier, kiné etc.

3.2.4.4 Changement sur la forme

Simplification

Les médecins non opposés au DMP étaient unanimes sur la nécessité d'une simplification du DMP. Ils estimaient que le logiciel devait être simplifié dans son interface, dans son accessibilité, dans son mode d'alimentation et de consultation. Mais c'est surtout dans sa fluidité et sa compatibilité avec le logiciel métier que les médecins insistaient (workflow).

M1 : Voilà, oui mais à mon avis (*souffle*) il faut simplifier les choses parce qu'avec les personnes âgées et tout ça...

M5 : La simplification informatique, que les choses soient simples et directes ; c'est à dire que je n'ai pas besoin d'ouvrir 50 fenêtres.

M9 : Ah bonne question je ne sais pas ; une interface plus simple que ce que l'on a sur nos logiciels, parce que on a des logiciels qui sont agréés par la sécu avec des tas de trucs à remplir et des machins hyper compliqués. Franchement, si on a un logiciel aussi facile à utiliser que les fiches en carton que l'on a utilisé pendant des années avec les biologies et les machins se serait parfait.

M13 : [...] avec le DMP c'est pareil, il faudra à mon avis une arborescence la plus simple possible, qui fonctionne au "pratico pratique".

Format des fichiers pour alimenter le DMP

Quelques médecins évoquaient la nécessité d'un format de transfert unique.

M4 : Euh (*hésitations, temps de réflexion, cherche ses mots*), bah déjà qu'il n'y est qu'un seul, un format principal qui est le format PDF pour les fichiers... de pouvoir transférer facilement des fichiers PDF sans sans... avec des copier-coller on va dire. Et (*nouveau temps de réflexion*), voilà un système de copier-coller avec format PDF pour pouvoir transférer des données. La plupart des fichiers informatiques que l'on a sont convertibles ou sont des formats PDF.

M8 : Alors il faudrait que ce soit un DMP qui soit multiplateforme, à la limite pour être multiplateforme il faudrait que l'on standardise par exemple en PDF. Parce que je peux utiliser un traitement de texte MAC et l'autre un Word et forcément ils ne se lisent pas l'un sur l'autre donc il faudrait standardiser ou que le DMP puisse transformer un document en PDF et pas à nous de le faire car c'est long... Donc que l'on ait sur le serveur un logiciel de transformations de traitement de texte en PDF et qu'il soit lisible par tout le monde, ce serait déjà ça.

Intégration des ordonnances

Quelques médecins suggéraient d'intégrer toutes les ordonnances dans le DMP voire un module de prescriptions.

M2 : [...] et ces dernières ordonnances, ça c'est pas mal même si c'est pour une rhino-pharyngite. Que toutes les ordonnances que tu fais elles y soient intégrées.

M6 : [...] alors c'est sûr que sur un truc en ligne si c'est vraiment... mais il faudrait qu'il y est un module de prescriptions, du coup ça devient compliqué.

M8 : [...] mais je crois que l'on pourrait tirer beaucoup de plus de bénéfices notamment pour avoir un historique sur un DMP que l'on ne peut pas voir sur un carnet de santé. Par exemple les prescriptions qui ont été faites...

Matérialisation

Un médecin proposait de matérialiser le DMP par une carte différente de la carte vitale.

M7 : Moi il me semble que ce qui serait utile, ce serait d'avoir un peu comme l'équivalent d'une carte vitale et que lorsque l'on reçoit le patient on puisse introduire cette carte et avoir tout de suite une idée.

Imagerie

Un autre médecin souhaitait pouvoir accéder aux images des examens complémentaires.

M8 [...] les images c'est pareil, qu'on les passe en PDF pour qu'elles prennent moins de place qu'en JPEG ; c'est intéressant de voir des images, c'est extrêmement intéressant de voir des images [...] donc le DMP ça peut servir à ça aussi, c'est à dire quand on a la carte (*se reprend, siffle mimant l'introduction dans le CPS*), on va sur le serveur, on va sur le DMP et on regarde, tenez voilà l'image et on peut arriver à expliquer

3.2.4.5 Autres suggestions

Un DMP mobile.

D'autres idées plus sporadiques étaient suggérées par quelques médecins comme l'application du DMP en visite ou dans les EHPADs.

M6 : Vu que c'est vrai il y a des programmes qui se font en.... On en parlait hier du coup, des programmes de dossiers médicaux, de dossiers patients en ligne. Ce qui permet de les renseigner sur smartphone ou machin même en visite ou de chez soi.

M9 : Oui ça je vais essayer, je suis absolument pour. Maintenant ce que je voudrais essayer c'est à domicile.

M13 : Ça dépend des dossiers et des logiciels aussi donc on pourrait imaginer voilà que d'un logiciel métier à l'EHPAD que l'on puisse aussi avoir accès au DMP du patient si on va jusqu'au bout des choses.

Progressivité

Un médecin proposait une évolution plus progressive du DMP que ce soit dans la mise en place et dans l'alimentation.

M13 : Là aussi, la progressivité dans l'évolution comme la progressivité dans la mise en place. [...] oui, le DMP il ne faut pas qu'il soit gravé dans le marbre parce que l'on sait que la communication informatique elle évolue et si c'est pour avoir un outil pensé en 2004, peu évolué depuis et qui doit tenir 20 ans, il sera déjà obsolète dans 6 mois.

Un logiciel métier unique conçu par l'état

Un médecin suggérait que l'état prenne la décision d'imposer un seul et unique dossier patient qui serait commun à tous les professionnels de santé.

M15 : De dire que la sécurité social, l'ARS, le ministère de la santé et tout ça puisse taper du poing sur la table à un moment donné et de dire que toutes ces peurs, toutes ces craintes de tout ça... C'est nous qui avons la bourse, voilà comment vous allez fonctionner, vous êtes d'accord ou vous n'êtes pas d'accord c'est votre problème mais voilà comment on va fonctionner.

Un autre médecin proposait que l'état récupère toutes les données des patients de tous les logiciels métiers pour incrémenter le DMP et accélérer son développement.

M1 : Ce que l'on pourrait faire déjà c'est récupérer toutes les données parce que je me rends compte que dans chaque département, dans chaque région il y a des médecins qui ont leur propre logiciel. Moi je suis un ancien médecin militaire et déjà à l'époque dans le service santé il y avait déjà un logiciel le GESTAN. Un logiciel du service santé qui existe depuis 20 ou 30 ans, on mettait toutes les données dessus, on pouvait même faire les certificats médicaux, tous les vaccins étaient dessus. (*Temps d'arrêt, hésitations, ne trouve pas sa phrase*). On pourrait déjà récupérer tous les logiciels des médecins, toutes les données chez les médecins pour faire accélérer ce DMP.

Secrétariat

Un médecin proposait lui de déléguer l'alimentation du DMP par un secrétariat pour limiter la perte de temps.

M16 : (*rire*) Je ne sais pas, je ne sais ce qu'il faudrait leur faire, moi en tous cas j'ai pris mes dispositions et je crois que ça peut le faire comme ça. Moi j'ai demandé si c'était possible que ma secrétaire ait une carte qui va en CPS avec un support comme ça (*me montre son boitier*), la maintenance m'a dit que c'était possible et comme ça la secrétaire pourrait rentrer la carte vitale et alimenter le DMP pendant que les patients sont en salle d'attente.

3.2.5 Résumé des freins et des leviers

FREINS	LEVIERS
HUMAINS	
Manque de connaissances***	Proposer formations, améliorer communications et informations des professionnels et des patients.
Le temps***	Proposer une consultation dédiée.
Manque d'utilisateurs**	Impliquer tous les professionnels de santé et les patients.
Charge administrative**	Impliquer secrétariat.
Manque d'intérêts*	Expliquer place et rôle du DMP, rémunération à l'utilisation.
Droit de masquage*	Renforcer information du patient, impliquer le patient dans sa prise en charge
TECHNIQUES	
Outil complexe***	Simplifier interface DMP, format de transfert unique, moteur de recherche intégré, intégration du DMP dans logiciel métier, dossier synthétique
Difficulté fonctionnelle***	Améliorer réseau et portail, intervention d'un informaticien.
Multiplicité des outils**	Interopérabilité des logiciels métiers et du DMP, dossier patient unique,
Défaut d'accessibilité*	Créer accès sans CPS, matérialiser le DMP, DMP mobile
POLITIQUES	
Manque d'implication des utilisateurs dans le développement de l'outil**	Développement applicatif en lien étroit avec des médecins, tests utilisateurs, bêta-testeurs avant
Imposition par l'état*	Libre choix des professionnels, modification ROSP et forfait structure
Contrôle par l'état*	Informations et communications officielles aux professionnels de santé
ETHIQUES ET LEGAUX	
Secret médical**	Accès sécurisé et sélectif, consentement patient systématique, dossier synthétique.

Sécurité des données**	Accès bloqué aux banques, assurances, médecine du travail.
Responsabilité médicale*	...
CULTURELS ET SOCIAUX	
Conservatisme médical* Générationnel*	Le temps, évolution progressive. Formation informatique, FMC et DPC

** peu fréquent, ** fréquent, ***très fréquent.*

4 DISCUSSION

Cette étude a permis de répondre à la question de recherche et d'atteindre l'objectif principal de ce travail de thèse, c'est-à-dire d'identifier les freins et les facteurs favorisant à l'utilisation du DMP perçu par les médecins généralistes dans le département des Pyrénées Atlantiques. Le DMP a fait l'objet de nombreux travaux de recherches depuis son existence que ce soit des thèses ou des rapports d'enquêtes publiques et privées. Ce travail a été réalisé dans un lieu et à un moment pertinent car le DMP est d'actualité et l'enquête a été menée dans un des départements pilotes du développement de la nouvelle mouture du DMP. Une seule thèse qualitative semblable réalisée en 2013 à Angers par Audrey DIALLO a été trouvée (58) ; elle évaluait les perceptions et attentes des médecins généralistes sur le DMP et la télémédecine.

Des avis divergents ont été observés mais aussi des idées partagées qui ont permis d'imaginer quelques pistes et perspectives d'évolution pour le DMP.

Tous les résultats n'ont pas été discutés car certains s'éloignaient trop du sujet de ce travail.

4.1 Principaux résultats

4.1.1 Niveau de connaissances, utilisation et d'opinions

Connaissances

Dans cette étude tous les médecins connaissaient l'existence du DMP mais le niveau de connaissance variait selon les médecins interrogés avec des connaissances souvent incomplètes et insuffisantes. Cette tendance est retrouvée dans différents travaux de thèses quantitatives comme celle de Paul BINARD qui évaluait l'application du DMP auprès de médecins généralistes du Rhône et de l'Isère en 2006 (63). La thèse de Lydia OUMAKHLOUF réalisée en 2014 évaluait le niveau de connaissance et le besoin de formation des médecins généralistes par une enquête quantitative réalisée via la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG). Elle concluait que le manque de connaissances et d'informations étaient responsable de la faible proportion de DMP créé (56). La thèse qualitative de Audrey DIALLO (58) retrouvait aussi ce même défaut de connaissances et d'informations.

Utilisation et opinions

Dans cette enquête peu de médecins utilisaient ou avaient utilisés le DMP mais dans l'ensemble ils avaient plutôt une opinion favorable sur le DMP et son avenir. La thèse de Simon ENOUF réalisée en 2016 dans la Manche recherchait les obstacles au déploiement généralisé du DMP auprès des médecins généralistes par une thèse quantitative. Là aussi les médecins étaient peu à avoir utilisés le DMP mais ils n'étaient pas opposés au projet (57). Cette tendance est aussi retrouvée dans la thèse de Irina COSCODAN qui étudiait les déterminants de la connaissance et de l'utilisation du DMP par les médecins généralistes en Île-de-France en 2018 (54).

Une étude de 2012 réalisée par L'ASIP santé et Ipsos™ retrouve aussi cette tendance avec des médecins qui connaissent le DMP, qui se sentent mal informés mais qui sont favorables au projet (7). La thèse réalisée par Benoit FEBWIN faisait un état des lieux sur le DMP auprès des médecins généralistes Picards en 2012. La Picardie était une des régions pilotes de déploiement du DMP mais il a constaté qu'une majorité de médecins étaient insatisfaits du DMP et que presque la moitié des

médecins ne croyaient pas à son avenir (55). Cela pourrait aussi être interprété comme un défaut de fonctionnement ou d'efficacité du DMP testé à cette époque.

Les médecins interrogés considéraient tous le DMP comme un système d'échanges et de partages d'informations entre professionnels de santé mais des différences ont été constatées quant à l'usage perçu par les médecins. En effet la majorité des médecins percevait le DMP comme un outil complémentaire de leur logiciel professionnel et qui ne devait comprendre qu'une synthèse du dossier médical. Une autre minorité de médecins le voyaient comme un dossier médical exhaustif. Certains allaient même jusqu'à considérer qu'il pourrait remplacer leurs logiciels métiers. Cela traduit un défaut d'informations des médecins ou un manque de clarté dans la communication. Car que ce soit dans le décret de 2016 (13), sur le site www.dmp.fr ou encore sur des publications officielles de l'assurance maladie (64) : le DMP ne doit pas remplacer le dossier professionnel et ne doit contenir que les informations jugées utiles par les professionnels de santé.

Place des acteurs

La presque totalité des médecins considérait la place du médecin traitant comme centrale dans la gestion du DMP mais ils souhaitaient aussi une implication des autres professionnels de santé pour assurer son fonctionnement. Cette idée est retrouvée dans la thèse de Benoit FEBWIN qui décrit que les médecins généralistes critiquent un manque d'implication des autres acteurs de santé (55).

Un seul médecin de l'étude considérait que le patient ne devait pas être impliqué dans le DMP, les autres médecins étaient tous d'accord sur le fait que le patient devait être consentant et acteur de sa santé en participant au DMP. C'est aussi ainsi que c'est promu par la CPAM et les textes de loi. L'implication du patient dans son parcours de soin fait aussi partie du projet santé 2018-2022 (37) et cela fait partie d'un des points essentiels du rapport : « accélérer le virage numérique » (44).

La place de l'hôpital a très peu été évoquée dans cette enquête même si certains médecins émettaient des doutes dans son implication à développer et utiliser le DMP. Cela fait d'ailleurs partie des projets à venir dans la Stratégie Nationale Santé 2018-2022 (37,44,46). L'implication des établissements de santé dans l'utilisation des outils numériques comme le DMP est un point essentiel pour décloisonner le système de santé.

La presque totalité des médecins non opposés au DMP considérait que le DMP devait bénéficier à tous, quelques médecins suggéraient un usage sélectif aux patients polyopathologiques ou en ALD pour commencer et faciliter le développement du DMP. Cette appropriation progressive et sélective ne fait pas partie des projets officiels de la CNAM mais elle est citée dans la thèse qualitative de DIALLO (58).

La plus grande partie des médecins interrogés ne connaissait pas les modalités d'accès, de création, d'alimentation et de consultation du DMP. Cela est probablement due en partie aux faibles nombres d'utilisateurs du DMP dans cette enquête. Cet aspect est confirmé dans la thèse de Lydia OUMAKHLOUF où très peu de médecins connaissaient les principes du DMP et ses différents aspects car très peu de médecins l'avaient déjà utilisé (56).

Le ressenti général de cette enquête repose en partie sur le manque de connaissances et d'informations des médecins interrogés. Ce manque de communications entraîne par conséquent une utilisation limitée du DMP. C'est d'ailleurs ce que l'on retrouve dans les principaux travaux de thèses sur le sujet (11,54–58,63) mais aussi dans certains rapports (9). Si les médecins étaient mieux informés ils utiliseraient probablement plus le DMP, une bonne communication et une bonne information permettraient de lever certaines craintes des médecins et d'expliquer les avantages de l'outil. La thèse de Alae EL MATOUAT évaluait l'utilisation du DMP par les médecins généralistes de Bretagne en 2018.

Cette thèse met en évidence que les médecins qui avaient reçu une information de la CNAM utilisaient plus le DMP que les autres avec une différence statistique significative (11).

4.1.2 Avantages et intérêts évoqués

La presque totalité des médecins interrogés voyaient un intérêt dans l'usage du DMP même s'ils ne l'utilisaient pas. Cette tendance est d'ailleurs retrouvée dans d'autres travaux de thèse comme celle de EL MATOUAT (11). En effet elle met en évidence que les médecins qui n'avaient jamais utilisé le DMP étaient plus favorable et plus nombreux à voir ses avantages (sans significativité statistique). Cela pourrait aussi être interprété (toujours sans significativité) comme une inefficience du DMP à remplir ces avantages (11).

L'accès à des données de santé informatisées, actualisées et triées que les médecins ne disposaient pas pour différentes raisons (urgences, nouveaux patients, sorties d'hospitalisations...) était l'avantage le plus fréquemment évoqué dans cette étude.

Seulement quelques médecins estimaient que le DMP pourrait faciliter la communication entre les professionnels de santé en accélérant la correspondance entre les différents acteurs et en limitant l'utilisation de plusieurs supports.

L'amélioration de la qualité des soins par une meilleure coordination entre les PS a aussi été évoquée surtout dans un contexte où la prise en charge ambulatoire est de plus en plus fréquente et de plus en plus multidisciplinaire.

Peu de médecins voyaient dans le DMP la possibilité de contrôler le nomadisme médical, de limiter la redondance des examens ou encore d'éviter les erreurs médicales. Ce sont pourtant des avantages mis en avant par la CNAM et que l'on retrouve dans certaines thèses (11,63) et autres études (7,9).

Les avantages cités dans cette enquête sont comparables à ceux cités dans la thèse de Audrey DIALLO (58) et ils correspondent aux avantages mis en avant par la CPAM. Ce sont aussi ceux que l'on retrouve dans le baromètre de notoriété réalisé par l'ASIP en 2012 (7).

La pharmacovigilance, l'intérêt épidémiologique, la responsabilisation du patient et l'amélioration de la communication médecins-patients n'ont pas été des avantages cités dans cette enquête. Ils font pourtant parti des avantages mis en avant par la CNAM.

Cette enquête retrouve donc une majorité de médecins portant un intérêt à l'utilisation du DMP mais qui ne l'utilisent pas forcément. C'est aussi le cas pour la plupart des autres outils numériques actuellement disponible dans la pratique des médecins comme le montre ce baromètre ODOXA™ de mars 2018 : « Les professionnels de santé croient aux apports des outils numériques, mais les utilisent peu. » (42,65)

4.1.3 Freins et limites

Dans cette étude, de nombreux freins à l'utilisation du DMP ont été exprimés que ce soit par les médecins utilisateurs ou non utilisateurs de l'outil. Ces limites ont été organisées en 4 parties totalement indépendantes de leurs fréquences de citations :

- Freins humains.
- Freins techniques.
- Freins politiques.
- Freins éthiques et légaux.

Cette enquête retrouve, sur ce point, de nombreuses similitudes avec d'autres thèses et rapports réalisés sur le DMP. Les résultats de la thèse qualitative de Audrey DIALLO réalisée avant la nouvelle version et nouvelle relance du DMP en 2016 sont très similaires et comparables à ceux de cette enquête (58).

Les freins les plus fréquents

La perte de temps, la charge administrative, la complexité du logiciel, ses dysfonctionnements, la compatibilité avec le logiciel métier, le manque de connaissances et de formations ont été les freins les plus fréquemment cités dans cette étude. Ils sont aussi prédominants dans les autres travaux de thèses étudiés (11,54–56,63).

Le manque de connaissances et d'informations des médecins entraînent des craintes non fondées et par conséquent des réticences à son utilisation, c'est par exemple ce que décrit Benoit FEBWIN dans sa thèse en 2012 (55). L'ASIP avait à l'époque mis en place un cahier des charges en inscrivant le DMP dans la FMC (66). La thèse de Lydia OUMAKHLOUF réalisée en 2014 confirme ce manque de connaissances et le besoin de formation des médecins sur le DMP (56). Dans sa thèse de 2016 qui évalue les obstacles au déploiement du DMP, Simon ENOUF constate encore le manque de connaissances des médecins. Il rapporte aussi le souhait des médecins d'être mieux informé et de recevoir une formation (57). La thèse de El MATOUAT de 2018 montre que les médecins qui avaient reçu une formation avaient déjà utilisé le DMP au moins une fois mais sans différence significative avec ceux qui n'en avaient pas reçu (11). La mise en place de formations et l'intégration du DMP dans la FMC n'auraient donc pas eu un impact suffisant pour développer l'utilisation du DMP.

Mr DUQUESNEL, le président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, voyait le problème de compatibilité comme un frein important, il ne l'attribuait pas à un problème technique mais à un problème de coût. Il estimait que l'attribution du forfait structure par la CNAM a permis aux éditeurs de logiciels de surfacturer les médecins pour assurer la mise en compatibilité de leurs logiciels (9).

L'interopérabilité, c'est la capacité que possède un produit ou un système, dont les interfaces sont intégralement connues, à fonctionner avec d'autres produits ou systèmes existants ou futurs et ce sans restriction d'accès ou de mise en œuvre. Ce problème d'interopérabilité existe depuis le début et a toujours été un des points fondamentaux à améliorer pour le développement du DMP comme on peut déjà le voir dans un rapport du conseil de l'ordre de 2005 (67). Ce frein a fait l'objet de nombreux rapports et relances tout au long de l'histoire du DMP. Il fait toujours partie des limites à l'utilisation du DMP (68) et reste un point fondamental à améliorer pour toutes les autres Technologies de l'Informations et de la Communications. L'amélioration de l'interopérabilité reste la clef de voute pour assurer le développement des Territoires de Santé Numérique et cet objectif s'intègre dans le projet de loi santé 2018-2022 : accélérer le virage numérique (44).

La réussite d'une bonne interopérabilité réduira le temps passer à créer, consulter ou alimenter le DMP ce qui réduira aussi la charge administrative et incitera probablement plus les médecins à utiliser le DMP.

Les freins fréquents

Ce problème d'interopérabilité amenait les médecins de l'enquête à critiquer le nombre trop important d'outils disponibles avec une impression de double saisie des informations. Cette notion n'est pas retrouvée dans tous les travaux de thèse mais on la retrouve dans la thèse qualitative de Audrey DIALLO (58). Dans la thèse de El MATOUAT cette double saisie est associée de façon significative avec une faible utilisation du DMP (11). Ce thème est aussi abordé dans l'entretien avec le Président du CSMF ainsi que dans l'entretien avec le président du syndicat MG France issu du même rapport (9). Ils estiment tous les deux la nécessité d'avoir des outils complémentaires pour assurer la coordination des soins même si le Dr DUQUESNEL admet qu'il y a quand même une concurrence directe avec des outils privés qui sont utilisés à l'échelle locale, départementale ou régionale. Pour prendre l'exemple de la région Nouvelle Aquitaine, il existe le système de partages d'informations PAACO/GLOBULE utilisé dans les Landes pour communiquer entre professionnels de santé mais ce n'est pas à proprement parler d'un système de stockage et de partages d'informations. Toujours comme exemple, en Aquitaine un portail internet nommé Télé Santé Aquitaine (TSA) propose aux particuliers ainsi qu'aux professionnels différents outils numériques dont le DMP pour améliorer la coordination et la qualité des soins (69). Ces outils ne sont pas censés être concurrents mais complémentaires.

Un autre frein à l'utilisation du DMP retrouvé dans cette enquête était l'utilisation de méthodes différentes pour communiquer et partager les informations entre professionnels de santé. Certains médecins utilisaient la MSS, PAACO/GLOBULE, les smartphones avec les messages et les photos. D'autres continuaient à utiliser le support papier, un des médecins utilisait même directement son logiciel métier. Ce frein rejoint celui de la multiplicité des outils et le problème d'interopérabilité, cela fait partie du projet de santé 2018-2022 avec le renforcement des services « socles » et la révision des référentiels d'interopérabilité (44). Ce qui permettrait d'associer les différents outils à ces services « socles » que sont le DMP et la MSS par exemple.

La limite politique était un peu moins évoquée par les médecins. Ils percevaient surtout une mainmise de l'état avec une sensation de contrôle que ce soit du côté des patients ou des soignants. Certains voyaient une certaine imposition de l'outil par l'intermédiaire de la ROSP. Ils reprochaient aussi à l'état de ne pas avoir assez impliqué les médecins de terrain pour développer le DMP. Ces éléments-là ne sont pas cités dans la thèse de DIALLO et ne font pas parties des freins évoqués dans les thèses quantitatives étudiées. Cela peut être expliqué par l'intégration récente (2016) du DMP dans le forfait structure (70). Par contre de nombreux articles de presse grand public ou professionnelle rapportent une gouvernance inadaptée et coûteuse (71). Phillipe AMELINE, un informaticien qui travaille pour les technologies et les services de l'information, décrit avec beaucoup d'imagination une fondation et une mise en place inadaptée du DMP avec des acteurs qui ne sont pas à leur place (72). Il est très critique et globalement opposé au projet mais il existe ici un conflit d'intérêt car Phillipe AMELINE est un créateur de logiciel. L'histoire du DMP met aussi en évidence une gouvernance instable qui a été mal adaptée et qui a freinée son déploiement. La création d'une gouvernance forte au sein du ministère pour le développement de la e-santé fait partie du projet santé 2018-2022 (44). Un entretien avec le Président du Syndicat MG France, Mr Serin, lors du rapport d'activité sur les outils numériques appuie aussi sur cette limite politique : « Néanmoins, il serait préférable que les outils soient créés par les utilisateurs. La co-construction de cet outil dès le départ aurait été plus intéressante afin d'avoir une meilleure coordination des soins et un meilleur usage » (9).

La protection et la sécurité des données étaient évoquées par les médecins interrogés, des craintes étaient émises quant au risque de piratage et d'appropriation par des organismes privés tels que les banques ou les assurances. Cette crainte était admise mais ne semblait pas être le facteur limitant

principal à l'utilisation du DMP. Il semblerait que la confiance dans le numérique s'est améliorée avec le temps car initialement le côté sécuritaire était considéré comme un des principaux freins comme on peut le voir dans la thèse de BINARD en 2006 (63). Dans la thèse de FEBWIN (55) et dans celle de El MATOUAT (11), il est constaté (sans différence significative) que les médecins qui n'utilisaient pas le DMP émettaient plus de craintes sur la sécurité et la mise en danger du secret médical. Si les craintes concernant la mise en danger du secret médical semblent ne plus être au premier plan il existe toujours un risque. Même si ça ne concerne pas le DMP, l'assurance maladie a été mise en demeure par la CNIL en février 2018 pour manquement de sécurité sur sa base de données du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) (73). Cela met en évidence que le risque zéro n'existe pas même à notre époque où les technologies du numériques sont particulièrement développées. Dans cette étude certains médecins estimaient même que le secret médical était un faux problème pour le déploiement du DMP. La plupart des médecins étaient d'accord sur le fait que certaines informations propres à la vie privée du patient ou encore des notes de ressenti du médecin n'avaient pas leurs places dans le DMP. Ils étaient aussi globalement d'accord sur la nécessité d'un accès spécifique et adapté selon les spécialités médicales et para médicales. Ces remarques sont en accord avec le projet DMP présenté par la CNAM.

Un peu moins de la moitié des médecins évoquait un frein culturel et social au développement du DMP, ils décrivaient une résistance aux changements avec un certain conservatisme du corps médical mais ils restaient globalement optimistes sur l'avenir. Certains ont comparé le DMP à la mise en place des feuilles de soins électroniques ou encore à l'informatisation des cabinets médicaux : « Mais ça se fera, ça va mettre du temps mais ça va se faire »⁶ Cette idée de conservatisme médical n'a pas été retrouvée comme telle dans les autres travaux étudiés.

Les freins moins fréquents

Quelques médecins disaient ne pas voir l'intérêt du DMP et estimaient ne pas en avoir besoin. Ce manque d'intérêts n'est pas souvent exprimé dans les différents travaux et quand il est exprimé c'est en faible proportion comme on peut le voir dans la thèse de Simon ENOUF (57) ou celle de Paul BINARD (63). Cela rejoint ce qui a été décrit plus haut : les médecins utilisent peu le DMP même s'ils en ont une opinion favorable, tout comme les autres TIC.

Le problème de la responsabilité médicale a aussi été exprimé, surtout par un médecin qui craignait de voir sa responsabilité médico légale impliquée s'il n'avait pas été chercher une information présente dans le DMP ou s'il ne l'avait pas trouvé. Le problème fonctionne aussi dans l'autre sens si une information essentielle n'était pas inscrite dans le DMP, mais cela n'a pas été exprimé dans cette étude. D'ailleurs c'est un frein que l'on ne retrouve pas dans la thèse qualitative de Audrey DIALLO (58). Ce frein est exprimé dans le travail de Paul BINARD mais en très faible proportion (63). Ce problème de responsabilité médicale permet d'évoquer l'importance d'une bonne définition du contenu du DMP mais aussi de l'importance d'une interface simple et facile pour aller chercher les informations. La mise en place d'un moteur de recherche au sein du DMP fait d'ailleurs partie des évolutions prévues (39,45).

Un seul médecin de cette enquête s'est exprimé spontanément sur le droit de masquage du patient. C'était pour lui un frein majeur, il ne voyait pas l'intérêt de tenir un dossier médical si le patient pouvait choisir son contenu. Il faisait la différence entre dossier médical et dossier de santé, cela rejoint les difficultés de définitions anglosaxonnes des PHR (Personnal Health Record) et des EHR (Electronic Health Record). Selon lui ce droit de masquage avait un impact sur la responsabilité médicale et

⁶ Extrait de l'entretien numéro 7

pouvait avoir un impact médico-légal. Cela fait non seulement partie d'un droit du patient mais c'est aussi un argument moteur pour le développement du DMP : « impliquer le patient dans son parcours de soin ». Ce droit de masquage est cohérent avec le RGPD tout comme le droit à l'oubli (30). Il est souvent cité dans les travaux de thèses alors que cela relève de situations exceptionnelles comme le souligne Benoit FEBWIN. Son étude faisait un état des lieux sur l'utilisation du DMP par les médecins généralistes de Picardie en 2012, un an après le lancement officiel du DMP « première version ». Le droit de masquage était fréquemment évoqué comme frein mais il estimait que le DMP n'étant pas obligatoire, les patients qui y adhéraient n'allaient pas tronquer leur dossier (55). Dans la thèse qualitative de DIALLO, le droit de masquage est plus fréquemment abordé et les idées exprimées concordent bien avec ce que le médecin de cette étude a exprimé. Occulter certaines données peut entraîner une perte de pertinence du système avec un risque d'erreur médicale et un risque d'engagement médico-légal (58). Le masquage des données doit être discuté avec le patient et le médecin traitant qui a un accès exhaustif aux informations. Cela peut nuire à la relation médecin-patient, c'est d'ailleurs évoqué dans cette enquête de 2017 menée par IPSOS et l'ASIP sur les outils numériques (40) où les médecins estimaient de façon plus générale que le numérique déshumanisait la relation médecin-patient.

Un autre frein technique assez peu évoqué dans cette étude concernait l'accessibilité au DMP, il était reproché de ne pas pouvoir accéder au DMP sans la carte vitale du patient et le boîtier CPS du professionnel. Cela mettait un doute sur la possibilité d'accéder au DMP lors des visites à domicile. Un des médecins lui critiquait la dépendance à internet et au téléphone pour les patients qui souhaitaient avoir un DMP. Cette dépendance aux nouvelles technologies est en effet un frein pour les personnes âgées ou atteintes de troubles cognitifs. Pourtant cette population souvent polypathologique serait la plus à même de bénéficier d'un DMP. Ce défaut d'accessibilité est retrouvé comme un frein important dans la thèse de Benoit FEBWIN qui faisait un état des lieux sur l'utilisation du DMP un an après son lancement officiel (55). C'est un frein qui n'est pas souvent évoqué dans les autres enquêtes alors que cela semble être un point essentiel qui a un impact sur le temps, la sécurité et l'interopérabilité. C'est l'ASIP santé qui est responsable des conditions d'accès et d'authentications (74). Cette question d'accessibilité pose en effet problème dans les établissements de santé (privés ou publics) ce qui là aussi limite le développement du DMP. Des projets et des tests sont prévus prochainement pour développer l'accès au DMP dans les établissements via l'utilisation d'une carte professionnelle. L'utilisation de la CPS est obligatoire depuis 2007 pour accéder aux données médicales électroniques d'un patient (75) mais ce n'est pas encore le cas particulièrement dans les établissements de santé.

Quelques médecins ont exprimé un frein générationnel à l'utilisation du DMP mais pas dans le sens d'un défaut d'utilisation des systèmes informatiques liés à l'âge et à l'évolution fulgurante des technologies. Ils exprimaient une mutation assez récente de la façon de travailler avec une médecine actuelle qui repose sur un travail de groupe et non plus sur un exercice individuel. Le partage des informations est maintenant nécessaire à la prise en charge des patients. Ces mêmes médecins étaient optimistes sur l'avenir du DMP et considéraient qu'il fallait laisser faire le temps et s'orienter vers une évolution progressive du DMP. Cette idée n'a pas été retrouvée dans les autres travaux étudiés.

Les médecins utilisateurs

Le peu de médecins utilisateurs du DMP de cette enquête rapportaient surtout des limites techniques avec des dysfonctionnements du logiciel, des difficultés à l'alimenter et des problèmes d'interopérabilité avec leur logiciel. Ce même frein technique est retrouvé dans la thèse de Benoit FEBWIN (55) où plus de la moitié des utilisateurs (55.6 %) se plaignaient de problèmes techniques.

Dans la thèse de Audrey DIALLO, les médecins critiquaient aussi ces dysfonctionnements techniques, le problème du temps était aussi très évoqué avec des médecins qui se démotivaient progressivement. Le manque d'implication de tous les professionnels et surtout des établissements de soins était là aussi un facteur démotivant. Même chez les utilisateurs, le manque d'informations et de connaissances sur le DMP était évoqué (58). La thèse de EL MATOUAT qui évaluait l'utilisation du DMP chez les médecins généralistes bretons mettait en évidence que la perte de temps et la double saisie étaient des variables significativement associées à une faible utilisation du DMP (11).

Les médecins opposés

Dans les médecins totalement opposés au projet, différents profils ont été observés. Un médecin avait la crainte de perdre le contrôle sur les données de ses patients avec un sentiment d'imposition par l'état, observation aussi exprimée dans la thèse de Audrey DIALLO (58). Un autre médecin refusait que le généraliste soit le seul responsable du DMP, il critiquait la double saisie et la multiplicité des outils. Un des médecins interrogés qui avait déjà participé aux premières phases de développement était moins opposé au projet mais il refusait d'y participer à nouveau. Il reprochait un problème d'interopérabilité et de complexité du DMP mais surtout il critiquait le manque d'implication des autres acteurs de santé.

Le manque d'acteurs dans l'utilisation du DMP et particulièrement dans son alimentation entraîne la création de dossiers vides ou de « coquilles vides ». Sentiment déjà perçu et constaté en 2012 dans la thèse de Benoit FEBWIN (55). Ce problème risque de s'amplifier avec la nouvelle relance car comme le constate la Cour des Comptes en 2018, le nombre de DMP créé augmente considérablement mais la majorité sont créés par les bénéficiaires, les CPAM et les pharmacies (10) ; tandis que l'on constate une diminution des DMP créés par les médecins libéraux et les établissements de santé. Ces derniers sont pourtant les plus à même d'alimenter le DMP et s'ils sont moins impliqués dans la création ils risquent de ne pas l'être dans l'alimentation. La politique de déploiement actuel du DMP repose sur l'ouverture de dossiers en masse : « L'objectif des ouvertures en masse est d'inciter les professionnels de santé et les établissements à l'alimenter, en leur facilitant la tâche et en atteignant rapidement une masse critique pour faire entrer cet outil dans les usages. L'objectif du nombre est également de susciter des demandes de la part des assurés, auprès de leurs médecins. La stratégie de la CNAM est de cibler les assurés afin que les professionnels de santé soient touchés et obligés d'entrer dans la démarche. » (9). Il ne faut pas que ces « coquilles vides » découragent les médecins qui essayent d'utiliser l'outil comme cela a pu être constaté dans cette étude.

4.1.4 Suggestions et perspectives d'évolutions

Les médecins étaient interrogés sur les facteurs incitatifs à l'utilisation du DMP ainsi que sur les possibles améliorations ou évolutions à mettre en place pour faciliter son développement. Un seul des médecins n'a pas été interrogé sur ce thème car il était radicalement opposé au projet.

Comme dans la thèse de Audrey DIALLO (58), la grande majorité des médecins estimaient qu'une rémunération était nécessaire, en effet un seul des interrogés ne le pensait pas. Différents modes de rémunérations étaient suggérés :

- Une rémunération à l'acte pour la création et l'alimentation (consultation dédiée).
- Une rémunération forfaitaire dépendante du nombre de patients détenant un DMP.

A l'époque de la thèse de DIALLO (2013), le DMP n'était pas encore intégré dans le forfait structure de la ROSP car cette dernière a été modifiée par la convention médicale de 2016 (70,76). Dans cette étude les médecins savaient, pour la plupart, que le DMP était intégré dans la ROSP via le forfait structure car ils avaient dû mettre à jour leurs logiciels même s'ils n'utilisaient pas le DMP. Ce mode de rémunération était donc critiqué car binaire et n'incitait pas les médecins à créer ou alimenter le DMP. Certains voyaient par ce mode de rémunération une forme d'obligation et d'imposition. La façon de rémunérer les médecins devrait être réévaluée par une possible rémunération à l'acte comme c'est le cas des pharmaciens qui touchent 1 euro par DMP créé. Le directeur de la CNAM Nicolas Revel n'envisage pas pour le moment ce changement (77). Le thème de la rémunération était aussi retrouvé dans la plupart des thèses quantitatives étudiées et les médecins considéraient dès 2006 (63) la nécessité d'une rémunération. La majorité des médecins interrogés dans la thèse de Benoit FEBWIN ne considérait pas la rémunération comme un facteur incitatif à l'utilisation du DMP mais dans ce travail les médecins étaient majoritairement opposés au DMP (55). La rémunération fait aussi partie d'un des points essentiels évoqués dans le rapport des étudiants de la protection sociale (9).

Dans cette étude plus de la moitié des médecins estimaient qu'une formation à l'usage du DMP était nécessaire mais peu de médecins ont exprimé la nécessité d'une meilleure communication sur l'outil. Alors qu'une bonne information et une communication officielle permettrait peut-être de se passer d'une formation comme le démontre EL MATOUAT dans sa thèse. Dans son enquête la délivrance d'une information par la CNAM était associée de façon significative à l'utilisation du DMP. Paradoxalement il n'y avait pas de différence significative sur l'utilisation du DMP chez les médecins qui avaient reçu ou pas une formation (11). L'implication de « responsable DMP » semble être une possibilité pour stimuler le développement du DMP, c'est d'ailleurs une des propositions évoquées dans le rapport des étudiants de la protection sociale. Ce rapport propose d'impliquer les Conseillers Informatiques Systèmes, les Délégués d'Assurance Maladie et les médecins conseils pour délivrer une information officielle aux médecins. Ce travail suggérait aussi la création d'un nouveau poste : « les ambassadeurs DMP » pour aller informer les médecins sur le terrain (9). Lydia OUMAKLHOUF a enquêté sur les connaissances des médecins et leurs besoins de formations sur le DMP et elle concluait sur la nécessité d'inclure le DMP dans la DPC (FMC) car les médecins étaient demandeurs (56). De façon plus générale, la nécessité et le besoin de formation étaient présents dans les différentes thèses. La formation au numérique de la santé fait aussi partie du plan santé 2018-2022, il propose d'inclure cette formation dans le cursus des études médicales (44). Un seul des médecins de l'étude disait ne pas vouloir de formation car cela justifierait l'utilisation d'un outil complexe.

Les médecins étaient unanimes (sauf un médecin opposé au DMP) sur la nécessité de « simplifier » le DMP que ce soit dans sa création, dans son mode d'alimentation, dans son accessibilité ou dans son interface. Ils insistent surtout sur la fluidité et l'interopérabilité. Cette simplification de l'outil est retrouvée dans la presque totalité des rapports et thèses sur le sujet (9,11,55,57,58,63). Dans la simplification de l'outil certains suggéraient un unique format de transfert des documents ou un convertisseur intégré au DMP.

La grande majorité des médecins de l'enquête souhaitait voir le DMP comme une synthèse du dossier médical, certains estimaient que le Volet de Synthèse Médical (VSM) annuel devait intégrer le DMP. Cette suggestion sur le contenu du DMP n'est pas abordée dans la thèse de Audrey Diallo même si comme dans cette étude quelques médecins suggéraient un dossier exhaustif pouvant à long terme remplacer le logiciel métier (58). Dans sa nouvelle version de 2016 le DMP est défini comme un outil complémentaire qui ne doit pas se substituer au dossier médical (27). Les thèses quantitatives étudiées n'abordent pas ou très peu le thème du contenu du DMP excepté dans la thèse de 2006 de Paul BINARD (63). En effet dans son enquête il compare ce que les médecins ajouteraient dans leur dossier

personnel, dans le DMP ou dans les deux. Malgré une proportion constante d'indécis on retrouve quelques éléments intéressants (sans significativité statistique) :

- Aucun élément n'était consigné uniquement dans le DMP (double saisie).
- Les éléments de la vie passé du patient (antécédents, allergies, traitements...) sont les documents les plus déposés dans le DMP.
- Les éléments de diagnostics ou les comptes rendus de consultation ont tendance à n'être déposé que dans le dossier du cabinet.

D'autres suggestions moins fréquemment citées étaient proposées comme le fait de matérialiser le DMP par une carte différente de la carte vitale pour simplifier l'accès. Idée déjà évoqué dans la thèse de Paul BINARD en 2006 avec un dossier sur un support amovible détenu par le patient (63) pour pallier aux problèmes de sécurité. En 2009 l'idée de mettre le dossier médical des patients en ALD sur une clé USB a été suggérée, projet voté dans l'attente du DMP mais sans succès (78). Une tentative d'expérimentation de ce support a été revue en 2012 dans un village des Hauts de France mais ce test n'a pas pu avoir lieu devant un rejet de la ministre de l'époque Madame Marisol Touraine (79). L'idée d'un DMP accessible sur un support amovible permettrait d'utiliser le DMP lors des visites à domicile. Un des médecins de cette étude suggérait cette évolution. Cette idée intéressante n'a pas été traitée dans les autres travaux étudiés mais le DMP dispose déjà d'une application mobile pour smartphone (80). Cette application est exclusivement destinée aux patients qui accèdent à leur DMP via leur identifiant et un mot de passe personnel ainsi qu'un code d'accès temporaire (authentification forte). Faudrait-il créer une application professionnelle avec les mêmes modalités d'accès ? (81)

Un médecin de l'étude évoquait l'idée d'une évolution progressive du DMP que ce soit sur sa forme mais aussi sur sa mise en place en privilégiant les patients les plus à même d'avoir besoin du DMP. On retrouve cette même idée dans la thèse de Audrey DIALLO où certains médecins ne voyaient pas l'intérêt de créer un DMP si le patient n'avait pas de pathologies. D'autres envisageaient une création sélective dans leur patientèle pour faciliter la mise en place et le développement du DMP (58). Cette évolution progressive est aussi une des recommandations du projet santé numérique 2018-2022 (44). Comme le citait un médecin de l'étude : « je suis inquiet de ça mais en même temps optimiste dans la mesure où ça va se corriger, que c'est par les difficultés que ça se corrige » (verbatim 14)

Un autre médecin suggérait un accès spécifique pour les secrétaires afin de gagner du temps dans l'alimentation. La secrétaire pourrait donc envoyer les courriers et autres comptes rendus sur le DMP sans les consulter. Cela pourrait être en effet une idée mais un problème se pose sur la pertinence de l'alimentation car aucun tri médical n'est fait. Cela pourrait engendrer des DMP surchargés où l'information est difficile à trouver. Un des médecins de la thèse de DIALLO proposait aussi cette solution (58). Il existe en effet la possibilité de créer et d'alimenter les DMP dans les établissements par les secrétaires via la Carte Professionnelle d'Etablissement (CPE) (81,82). Ce système ne semble pas encore au point et pas encore adapté aux cabinets libéraux. Cela fait d'ailleurs parti du calendrier de développement du DMP.

Quelques médecins proposaient l'intégration des ordonnances au DMP, certains proposaient même la création d'un module de prescriptions. Cela fait partie des projets à venir que ce soit pour le DMP ou l'Espace Numérique de Santé évoquée dans le projet : « Accélérer le virage numérique » (44). Ces prescriptions numériques ou « e-prescriptions » sont déjà en place dans quelques pays d'Europe avec de bons résultats comme le projet DIRAYA™ en Andalousie qui s'est développé à partir des années 2000 et qui couvre actuellement la presque totalité de la région (56,57). On peut aussi citer l'exemple Danois avec un système comparable à l'ENS prévu en France. En effet il propose un service semblable au DMP avec un module de prescription que le médecin est obligé d'utiliser avant d'introduire un

nouveau traitement. Son objectif est semblable à celui du DMP : éviter les interactions, limiter la redondance des prescriptions et améliorer la coordination des soins. C'est le Faelles Medicinkort™, il est obligatoire et exhaustif, comme le DMP sa sécurité est contrôlée par l'agence nationale des données de santé (83). Il existe d'autres exemples européens de dossiers partagés ayant eu du succès comme l'Estonie mais la plupart des pays ont comme la France rencontrés des difficultés dans la mise en place et le développement de ces services numériques (EHR).

L'idée d'un dossier médical unique via un logiciel médical unique était suggéré par un des médecins. C'est d'ailleurs la coexistence de différents logiciels et outils qui le freine à utiliser le DMP (double saisie, perte d'intérêts, temps). Ce projet n'est pas d'actualité même s'il a déjà été évoqué. Il existe en effet 76 éditeurs de logiciels pour actuellement 162 logiciels dits DMP-compatibles et qui répondent au référentiel de sécurité et d'interopérabilité (84).

Que ce soit dans cette enquête, dans les thèses étudiées ou dans les autres rapports sur le DMP, des solutions et des propositions sont toujours évoquées pour le développement du DMP. Malgré ses échecs, son faible taux de réussite actuel et les nombreuses critiques qu'il subit ; le DMP reste un projet d'actualité qui mérite d'être poursuivi.

4.2 Limites de l'étude

4.2.1 Biais de recrutement / Biais de sélection

Malgré la méthodologie employée et la volonté d'avoir un échantillon le plus diversifié possible seulement 3 femmes ont été interrogées sur les 16 participants. 2 de ses femmes faisaient partie de l'entourage de l'auteur, les autres femmes sollicitées pour participer à l'enquête n'ont jamais donné suite. La thèse de EL MATOUAT qui évaluait l'utilisation du DMP chez les médecins généralistes bretons constatait que les femmes utilisaient moins le DMP que les hommes de façon significative (11). Cette tendance n'est pas retrouvée dans les autres travaux étudiés et le sexe ne doit théoriquement pas influencer sur l'utilisation du DMP.

Cette enquête a été menée dans un des département pilote de déploiement du DMP, les résultats obtenus sont censés être plus pertinent que si l'étude avait été menée dans un autre département car les médecins ont pu être sensibilisé au DMP avant l'enquête. Dans son travail EL MATOUAT constate que l'exercice en département pilote n'est pas associé significativement à l'usage du DMP (11).

Le premier médecin interrogé appartenait à la structure SOS médecin 64 et ne rentrait donc pas totalement dans les critères d'inclusions. C'était un choix de l'investigateur qui a estimé que l'avis d'un des médecins travaillant dans ce type de structure pouvait être intéressant. Ce médecin n'a donc pas été sélectionné selon la méthode « boule de neige » et il ne faisait pas parti de l'entourage de l'auteur. Cela n'entraîne pas de biais majeur et n'influe pas sur les résultats mais la méthodologie n'a pas été respectée à la lettre.

Il a été difficile d'avoir plus d'avis de médecins utilisateurs du DMP, ce qui aurait pu être intéressant pour les comparer aux non utilisateurs. Comme il aurait été pertinent de recueillir plus d'opinions de médecins opposés au DMP. En utilisant l'effet « boule de neige », c'était difficile de sélectionner les médecins à partir de ces critères car souvent inconnus. Il aurait fallu faire comme dans la thèse de Audrey DIALLO qui a sélectionné des médecins utilisateurs du DMP en s'adressant aux organismes responsables du DMP à l'époque (ASIP) (58).

Toutefois, il a été possible d'obtenir un échantillon varié sur l'âge, le type et le lieu d'exercice. Dans cette étude ces différentes variables ne semblent pas avoir eu d'influence sur les résultats obtenus.

4.2.2 Biais d'analyse

Des biais ont été induits par une méthodologie atypique, en effet les techniques d'analyses qualitatives sont variées et complexes et relèvent le plus souvent du domaine des sciences humaines et sociales ou de la psychologie. Le qualitatif est utilisé en sciences médicales que depuis les années 1990 et est apparu dans le thésaurus de Medline qu'à partir de 2003 (50). Il a donc été difficile de trouver et de suivre la méthodologie adaptée pour répondre au mieux à la question de recherche.

Concernant l'analyse il aurait été souhaitable de la débiter dès le premier entretien afin d'adapter au mieux et au plus tôt le guide d'entretien pour ne pas perdre d'informations pertinentes mais aussi pour éviter de se noyer dans trop d'informations parfois hors sujet.

Par ailleurs la presque totalité de chaque verbatim a été codée avec pour conséquence un nombre important de résultats qui n'ont pas été utilisés. Ce nombre important de résultats a complexifié la comparaison, le rangement, la synthèse et la présentation des idées avec le risque de s'éloigner de la question de recherche initiale. Il aurait peut-être fallu diminuer le nombre de questions du guide en privilégiant des questions de relances afin de mieux approfondir les thèmes permettant de répondre à l'objectif de l'étude.

Le double codage ou triangulation a été réalisée pour renforcer la validité interne de l'étude (50) mais aussi pour respecter les items de la grille d'évaluation COREQ destinée aux études qualitatives (52). La méthodologie n'a pas été assez rigoureuse pour des raisons organisationnelles car la comparaison des deux codages n'a pas été faite initialement et au fur et à mesure mais seulement discutée à la fin. Même si aucune divergence majeure n'a été identifiée entre les deux codages, les mêmes thèmes ou idées étaient parfois exprimés différemment ce qui a rendu la comparaison plus difficile et pouvant être sources d'erreurs. Il aurait été souhaitable de mettre en commun le travail de codage dès le début pour utiliser le même arbre tout au long du travail.

Cette erreur a aussi eu une influence sur la saturation des données car en effet cet outil utilisé pour mettre fin à la recherche est assez subjectif. Dans cette étude c'est l'investigateur seul qui a décidé et cela n'a été discuté que à posteriori avec le docteur Lise EDOUARD qui a réalisé le double codage. L'étude perd là aussi de sa validité interne.

D'autres éléments sont aussi manquants dans ce travail, aucun livre de codes ou arbre de codage n'a été présenté par exemple, ce biais est induit par les difficultés d'utilisation du logiciel Nvivo™.

4.2.3 Biais d'informations / Biais d'actualités

Tous les médecins qui ont accepté de participer à l'étude connaissaient le thème du sujet mais ne connaissaient pas l'objectif de la thèse.

Il a été constaté lors de la retranscription et de l'analyse de certains entretiens que plusieurs médecins avaient profité de cette interview pour se renseigner ou essayer le DMP juste avant de rencontrer l'investigateur. Les données recueillies ne reposaient donc pas vraiment sur leurs expériences vécues ni sur des connaissances anciennes mais sur des données d'actualités et expériences récentes. Ce d'autant plus qu'au moment des entretiens le DMP faisait l'actualité dans la presse grand public mais aussi dans la presse professionnelle.

Cela ne concernait seulement que deux entretiens mais lors de la comparaison des résultats à la revue de la littérature, un entretien (verbatim 13) se superposait en tout point à un article récent de l'informaticien critique Philippe AMELINE (8).

Ce biais influe peu sur la validité interne de l'étude mais influe sur la validité externe car au moment de la réalisation de l'étude beaucoup d'articles de presse traitaient du DMP.

4.2.4 Biais d'investigations

Le manque d'expérience de l'investigateur dans la recherche qualitative a entraîné différents biais notamment dans le recueil des données et à plusieurs niveaux.

Dans de nombreux entretiens il a été constaté que l'enquêteur ne respectait pas les temps de pause ou de silence et qu'il avait tendance à changer de questions au lieu de relancer le médecin. Alors que l'écoute active, la relance et le silence sont des techniques de prédilection dans ce type de recherche (51,59). Cela a pu occasionner une perte d'informations intéressantes.

Il a aussi été constaté que lorsque la question était mal formulée ou mal comprise, l'enquêteur donnait des explications plus ou moins longues au lieu de reformuler ou de répéter la question. L'enquêteur perdait donc en neutralité ce qui pouvait influencer la réponse des médecins. Ce même biais était aussi retrouvé dans les entretiens où le médecin ne connaissait pas bien le DMP (verbatim 1 et 7 par exemple). Dans d'autres situations où l'idée exprimée était pertinente il aurait fallu approfondir au lieu de passer à la question suivante, certaines informations potentiellement intéressantes ont ainsi été perdues. Lorsque l'entretien était réalisé entre deux consultations certaines questions ont été omises par l'enquêteur par précipitation pour ne pas « déranger » le médecin. Ce type de situation s'est aussi reproduite lorsque l'entretien était interrompu par un élément extérieur comme un appel téléphonique. Les entretiens où le médecin avait une opinion préalable engagée, toutes les questions n'ont pas pu être posées (verbatim 10 et 15 par exemple). Il a aussi été difficile pour l'enquêteur de recentrer l'entretien sur le thème lors des hors sujets, c'était en effet difficile de couper la parole et de reprendre le médecin. La durée des entretiens était donc plus longue, les réponses hors sujets avaient tendance à noyer les réponses pertinentes ce qui rendaient l'analyse des résultats plus difficile. Le non verbal n'a pas toujours été pris en compte durant les entretiens, cela aurait pu être intéressant même si dans le cadre de cette étude l'implication émotionnelle du médecin n'a pas trop d'influence.

Pour pallier à ces biais et renforcer l'étude il aurait fallu se former, prendre l'avis d'un spécialiste comme un sociologue ou alors solliciter un ou plusieurs autres interviewers.

Par ailleurs après la modification du guide d'entretien, l'investigateur a commis certaines erreurs en reprenant parfois des questions du guide initial ou en oubliant les modifications du nouveau guide. Toujours concernant ce guide il aurait fallu soumettre les modifications à une tierce personne ou de tester le nouveau guide avant de poursuivre l'enquête.

Toutefois, ces erreurs d'inexpérience de l'investigateur sont peu susceptibles d'avoir influencées significativement les réponses des médecins à cette enquête. Mais elles ont probablement entraîné de la perte d'informations et donc de résultats potentiellement intéressants.

5 CONCLUSION

Cette enquête réalisée 14 ans après le début du projet DMP dans le département des Pyrénées-Atlantiques, une des zones pilotes de sa dernière version et pendant la phase de déploiement national a permis de comprendre les freins et les limites à son adoption. Cette étude corrobore d'autres travaux menés sur ce sujet dans d'autres départements et à des périodes différentes.

Le DMP reste très peu utilisé par les médecins généralistes alors qu'ils sont globalement tous favorable à son développement. La communication autour du DMP semble toujours être insuffisante car les médecins connaissent mal ou peu les modalités d'usages du DMP et ses avantages.

Les limites perçues aujourd'hui sont superposables à celles identifiées lors du déploiement de la première version du DMP malgré les nombreuses réformes et modifications apportées au projet. Les freins humains et techniques restent au premier plan avec cette crainte persistante de la surcharge de travail et de la perte de temps à utiliser un outil pas assez simple et fluide. Les médecins souhaitent un outil qui s'adapte à leur pratique et non l'inverse, l'implication de médecins auprès des éditeurs de logiciels et de la CNAM pourrait être une solution.

La crainte sécuritaire paraît ne plus être au premier plan, les médecins semblent faire confiance à la sécurité informatique. Le manque d'implication des différents acteurs de la santé dans l'alimentation du DMP reste un frein majeur à son déploiement et décourage les médecins les plus impliqués. Les médecins sont toujours demandeurs d'informations voire de formations à l'utilisation du DMP. C'était déjà le cas lors du lancement de la première version. La mise en place d'une campagne officielle organisée par la CNAM et destinée aux professionnels pourrait être une solution. L'implication des Conseillers Informatiques Systèmes, des Délégués d'Assurance Maladie et des médecins conseils auprès des praticiens pourrait faciliter l'utilisation et l'usage du DMP en donnant les informations ou formations nécessaires.

La France n'est pas un cas isolé, que ce soit en Europe ou dans le monde la mise en place d'un tel projet nécessite du temps, de l'investissement humain, technique et financier. Certains pays ont comme la France subi des échecs et des difficultés de déploiement (Royaume-Uni, Allemagne), d'autres sont arrivés à un relatif succès (Estonie, Danemark) mais jamais en un jour.

Le numérique prend son envol dans de nombreux domaines, la santé connectée ou la « e-santé » n'échappe pas à cette évolution. La télémédecine commence à être exploitée comme de nombreux autres services numériques. La généralisation des outils numériques les plus anciens comme le DMP est nécessaire afin de faciliter l'innovation et le développement de nouvelles technologies. Il ne faut pas que le projet avorte une nouvelle fois, il faut laisser au DMP du temps et la possibilité de s'améliorer pour qu'il puisse rentrer dans les pratiques. Comme cela avait été fait lors de l'introduction de la carte vitale et des feuilles de soins électroniques.

Il serait intéressant de réitérer cette enquête dans un ou deux ans pour comparer les différentes perceptions à distance de la phase de déploiement nationale. Cette enquête pourrait aussi être réalisée dans les établissements de soins privées ou publiques afin d'évaluer l'opinion des médecins travaillant en structure. L'avis des autres spécialistes libéraux ainsi que celui des paramédicaux serait aussi intéressant car le DMP concerne tous les professionnels de la santé. Des enquêtes nationales quantitatives ou qualitatives évaluant l'usage du DMP pourraient permettre de trouver des pistes pour faire évoluer le DMP et faciliter son appropriation par les médecins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 92-329 mars 30, 1992.
2. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303. Sect. Art. L. 1111-7 mars 4, 2002.
3. Haute Autorité de Santé. Dossier du patient [Internet]. 2008 novembre [consulté le 8 avril 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient
4. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Le dossier médical partagé au service de la coordination des soins. Dossier de presse ; 15 octobre 2015.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins, MACSF. Logiciels destinés aux médecins. [Internet]. [consulté le 22 avril 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/logiciels_metiers_medecins.pdf
6. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.
7. ASIP Santé, Ipsos. Dossier Médical Personnel : baromètre de notoriété et d'image. [Internet]. 2012 mars [consulté le 13 avril 2019]. Disponible sur : <https://docplayer.fr/13506336-Barometre-de-notoriete-et-d-image.html>
8. Ameline P. Le DMP, un mauvais concept, porté par le mauvais acteur au mauvais moment [Internet] 24 novembre 2018. [consulté le 28 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.atoute.org/n/article377.html>
9. Bontemps A, Osu J, Berge F, Maunier V, Willaume JB, Blanc de Lacombe de Molines A. L'appui des CPAM au développement des usages des outils numériques publics de coordination de soins [Internet]. Recherche Action en protection sociale, Sécurité Sociale ; 2018 [consulté le 18 mars 2019]. Disponible sur : <https://en3s.fr/articles-regards/react/2019/NUMERIQUES.pdf>
10. Cour des Comptes. Rapport public annuel 2018, Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser [Internet]. 2018 Février [consulté le 13 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/08-services-publics-numeriques-en-sante-Tome-2.pdf>
11. El Matouat A. Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne. Thèse de médecine, Rennes : Université Bretagne Loire ; 2018.
12. DMP : Découvrir le DMP [Internet]. [consulté le 6 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est>
13. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. 2016-914. 4 juillet 2016.
14. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879. 21 juillet, 2009.

15. Haute Autorité de Santé. Evaluation de pratiques : Echange et partage de données par voie électronique. Revue de la littérature entre 2012 et 2013 [Internet]. [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/echanges_et_partage_de_donnees_par_voie_elctronique.pdf
16. The National Alliance for Health Information Technology. Defining Key Health Information Technology Terms. Report to the Office of the National Coordinator for Health Information Technology ; 2008. [Internet]. [consulté le 7 mars 2019].
17. Health IT Buzz. EMR vs EHR – What is the Difference ? [Internet]. [consulté le 8 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.healthit.gov/buzz-blog/electronic-health-and-medical-records/emr-vs-ehr-difference>
18. Fieschi PM. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. 2003 ; 56 p.
19. Code de la sécurité sociale - Article L161-36-1. Code de la sécurité sociale.
20. Légifrance. Arrêté du 11 avril 2005 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public. JORF n°85 du 12 avril 2005 p 6547.
21. CNIL. Conclusions des missions de contrôles relatives à l'expérimentation du DMP. Mars 2006. [Internet]. [consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : <http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/approfondir/dossier/sante/CCL-controleDMP-VD.pdf>
22. Boaretto Y, Gagneux M, Cholley F, Dumas, Romenteau. Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP) [Internet]. Mission Interministérielle : Inspection générale des Finances, des Affaires Sociales et des Technologies de l'Information;2007 [consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000713.pdf>
23. Gagneux M. Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé. Rapport de la mission de relance du dossier médical personnel. 2008 ; 120 p.
24. Bachelot-Narquin R. 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 [Internet]. [consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : <http://discours.vie-publique.fr/notices/083002038.html>
25. ASIP santé. Programme « Déploiement du DMP en région » [Internet]. Cahier des charges ; Juillet 2011. [consulté le 5 mars 2019]. Disponible sur : https://www.santecentre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/1315/1326.pdf
26. Cour des Comptes. Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place. 2012 juil.
27. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 96. 2016-41 janv 26, 2016.
28. Ministère des affaires sociales de la santé et du droit des femmes. Loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016 [consulté le 8 janvier 2019]. Disponible sur :

https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/2016_01_28_DP_Loi_Sante.pdf

29. Légifrance. Délibération n° 2016-258 du 21 juillet 2016 portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé ». JORF n°0268 du 18 novembre 2016 texte n° 37
30. LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles [Internet]. [consulté le 13 janvier 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/6/20/JUSC1732261L/jo/texte>
31. DMP. CNIL [Internet]. [consulté le 9 janvier 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/cnil>
32. CNIL. Le RGPD appliqué au secteur de la santé [Internet]. [consulté le 9 janvier 2019]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/le-rgpd-applique-au-secteur-de-la-sante>
33. TICsanté. Nicolas Revel annonce la généralisation du DMP pour octobre 2018 [Internet]. Février 2018 [consulté le 13 mars 2019]. Disponible sur : <https://philippe.ameline.free.fr/phis/GeneralisationPourOctobre.htm>
34. Buzyn A. Discours d'Agnès BUZYN - Conférence de presse - Dossier médical partagé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2018 [consulté le 13 mars 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-conference-de-presse-dossier-medical-partage>
35. TICsanté. Le détail des créations de DMP dans les neuf territoires pilotes du déploiement [Internet]. Juillet 2018. [consulté le 18 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.ticsante.com/story/4161/le-detail-des-creations-de-dmp-dans-les-neuf-territoires-pilotes-du-deploiement.html>
36. AMELI. Les Français séduits par le DMP ! [Internet]. AMELI.fr ; Janvier 2019. [consulté le 18 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/actualites/les-francais-seduits-par-le-dmp>
37. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie Nationale Santé 2018-2022 [Internet]. 2017. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
38. Assurance Maladie. Dossier médical partagé (DMP) 3 millions de DMP ouverts... Et vous, avez-vous ouvert le vôtre ? [Internet]. 2018 [consulté le 19 mars 2019]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_3M_DMP.pdf
39. Dr ARNAULT. DMP, Dossier médical Partagé. Assurance Maladie ; 2018.
40. Barthélémy L. Les médecins à l'ère du numérique [Internet]. Ipsos. [consulté le 19 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-medecins-lere-du-numerique>
41. ASIP Santé, Ipsos. Les technologies numériques et la pratique médicale [Internet]. 2017 [consulté le 19 mars 2019]. Disponible sur : https://www.ipsos.com/sites/default/files/files-fr-fr/doc_associe/ipsos_asip_sante_les_medecins_a_lere_du_numeriques_janvier_2017.pdf
42. TICsanté. Les professionnels de santé croient aux apports des outils numériques, mais les utilisent peu (baromètre Odoxa) [Internet]. mar 2018 [consulté le 20 mars 2019]. Disponible sur :

[https://www.ticsante.com/story/3991/les-professionnels-de-sante-croient-aux-apports-des-outils-numeriques-mais-les-utilisent-peu-\(barometre-odoxa\).html](https://www.ticsante.com/story/3991/les-professionnels-de-sante-croient-aux-apports-des-outils-numeriques-mais-les-utilisent-peu-(barometre-odoxa).html)

43. VIAVOICE. Connaissances et perceptions des Français sur le dossier médical partagé, Etude France Assos Santé [Internet]. Octobre 2018 [consulté le 19 mars 2019]. Disponible sur : http://www.institut-viavoice.com/wp-content/uploads/2018/11/Etude-France-Assos-Sant%C3%A9_-Perceptions-des-Fran%C3%A7ais-sur-le-DMP.-23-10-18.pdf
44. Pon D, Coury A. Stratégie de transformation du système de santé. Rapport final : Accélérer le virage numérique [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé ; 2018 [consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_virage_numerique.pdf
45. TICsanté. Tout ce que les professionnels de santé doivent savoir sur le DMP [Internet]. Novembre 2018 [consulté le 25 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.ticsante.com/story/4327/tout-ce-que-les-professionnels-de-sante-doivent-savoir-sur-le-dmp.html>
46. Ministère des solidarités et de la santé. INSTRUCTION N° SG/DSSIS/DGOS/DGCS/CNAM/2018/72 du 13 mars 2018 relative à l'accompagnement en région de la généralisation du dossier médical partagé (DMP) [Internet]. [consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/04/cir_43291.pdf
47. Agence Régionale Santé Nouvelle-Aquitaine. Dossier médical partagé (DMP) en EHPAD [Internet]. Juillet 2018. [consulté le 26 mars 2019]. Disponible sur : <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/dossier-medical-partage-dmp-en-ehpad>
48. Direction Générale de l'Offre de Soins. Le programme HOP'EN [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2019 [consulté le 9 avril 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopen>
49. De Chanaud N. Etudes qualitatives et revues systématiques - LEPCAM [Internet]. [consulté le 27 novembre 2018]. Disponible sur : https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/
50. Aubin-Auger I, Mercier A, Bauman L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer-la revue française de médecine générale. 2008;84:142-5
51. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants ; mars 2013 [consulté le 27 octobre 2018]. Disponible sur : <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
52. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janvier 2015;15(157):50-4.
53. Le Beux G. Dossier médical personnel : attentes et interrogations chez les médecins généralistes en région Bretagne : à propos d'une étude auprès d'un échantillon de 150 médecins généralistes. Thèse de médecine, Rennes : Université de Rennes 1; 2006.
54. Coscodan I. Etude des déterminants de la connaissance et de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes d'Île-de-France. Thèse de médecine, Paris : Université de Paris-Sud; 2018.

55. Febwin B. Le dossier médical personnel : état des lieux un an après le lancement officiel : enquête auprès des médecins picards. Thèse de médecine, Amiens : Université de Picardie Jules Verne; 2012.
56. Oumakhlouf L. Le dossier médical personnel (DMP), enquête auprès de médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs besoins de formation. Thèse de médecine, Paris : Université Pierre et Marie Curie; 2014.
57. Enouf S. Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé : enquête auprès des médecins généralistes de la Manche. Thèse de médecine, Caen : Université de Caen Normandie; 2016.
58. Diallo A. Télémedecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes. Thèse de médecine, Angers : Université d'Angers; 2013.
59. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. Mémoire de médecine générale, Lyon : université de Lyon Nord ; 2004.
60. De Chanaud N. Analyse des résultats - LEPCAM [Internet]. [consulté le 27 novembre 2018]. Disponible sur : <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>
61. Ayache M, Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? Le Libelio d'Aegis. Eté 2011 ; vol 7 num 2:33-46.
62. Mouricou P, Garreau L. Coder un document avec NVivo [Internet]. Nerdy Scholar;dec 2018. [consulté le 27 novembre 2019]. Disponible sur: <http://nerdyscholar.com/2018/12/16/coder-un-document-avec-nvivo/>
63. Binard P. Application du dossier médical personnel en médecine générale : enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes du Rhône et de l'Isère. Thèse de médecine, Lyon : Université Claude Bernard;2006.
64. Assurance Maladie.18 questions pour tout savoir sur le dossier médical partagé [Internet]. 6 novembre 2018 [consulté le 3 avril 2019]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/dmp_en_18_questions_-_06112018.pdf
65. Odoxa. Baromètre 360 santé : le numérique permettra-t-il de redresser une satisfaction en recul ? [Internet]. Odoxa ;2018 mars 26 [consulté le 4 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-360-sante-numerique-permettra-t-de-redresser-satisfaction-recul/>
66. TICsanté. L'Asip santé lance un appel à projets pour former les médecins à l'usage du DMP [Internet]. 27 août 2012 [consulté le 5 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ticsante.com/story/1310/l'asip-sante-lance-un-appel-a-projets-pour-former-les-medecins-a-l-usage-du-dmp.html>
67. Faroudja JM, Carton M, Bernard-Catinat M, Lucas J, Rault JF. Questions sur l'informatisation des dossier médicaux, le partage et l'hébergement des données. CNOM. 2005 juin 66 p.
68. TICsanté. L'interopérabilité des SI et la codification des données : « clés » du succès du DMP [Internet]. 27 décembre 2018 [consulté le 5 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ticsante.com/story/4392/l-interopabilite-des-si-et-la-codification-des-donnees-cles-du-succes-du-dmp.html>

69. TéléSanté Aquitaine [Internet]. [consulté le 5 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.sante-aquitaine.fr/>
70. Assurance Maladie. Convention 2016 - Moderniser le cabinet [Internet]. [consulté le 11 avril 2019]. Disponible sur : <https://convention2016.ameli.fr/renforcer-la-qualite-des-soins/moderniser-le-cabinet/>
71. Verney-Caillat S. Dossier médical personnel : gâchis et conflit d'intérêts à tous les étages [Internet]. Rue89;2012 octobre 4 [consulté le 5 avril 2019]. Disponible sur : <http://philippe.ameline.free.fr/phis/Rue89.htm>
72. Ameline P. L'échec annoncé du DMP expliqué à un enfant de 5 ans, 1ère conversation [Internet]. 2006 [consulté le 5 avril 2019]. Disponible sur : http://philippe.ameline.free.fr/phis/5ans_1.htm
73. CNIL. SNIIRAM : la CNAMTS mise en demeure pour des manquements à la sécurité des données [Internet]. 2018 février 27 [consulté le 10 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/sniiram-la-cnamts-mise-en-demeure-pour-des-manquements-la-securite-des-donnees>
74. ASIPsanté. Politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé : référentiel d'identification des acteurs de santé [Internet]. 2013 avril 8 [consulté le 11 avril 2019]. Disponible sur : https://www.afhads.fr/wp-content/uploads/2013/02/ASIP_PGSSI_Referentiel_ident-acteurs_V.1.7.pdf
75. Code de la santé publique - Article R1110-3.
76. Assurance-Maladie. Convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie Synthèse [Internet]. [consulté le 11 avril 2019]. Disponible sur : https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf
77. TICsanté. Le déploiement national du DMP lancé le 8 novembre (Nicolas Revel) [Internet]. 2018 septembre 18 [consulté le 11 avril 2019]. Disponible sur : [https://www.ticsante.com/story/4240/le-deploiement-national-du-dmp-lance-le-8-novembre-\(nicolas-revel\).html](https://www.ticsante.com/story/4240/le-deploiement-national-du-dmp-lance-le-8-novembre-(nicolas-revel).html)
78. TICsanté. Le DMP sur clé USB ne fait pas l'unanimité [Internet]. 2008 novembre 5 [consulté le 12 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ticsante.com/story/69/le-dmp-sur-cle-usb-ne-fait-pas-l-unanimite.html>
79. Hospitalia. L'Apicem revient sur l'expérimentation du dossier médical sur clé USB [Internet]. Hospitalia, le magazine de l'hôpital pour toute l'actualité et l'information hospitalière ; 2014 août 8 [consulté le 12 avril 2019]. Disponible sur : https://www.hospitalia.fr/L-Apicem-revient-sur-l-experimentation-du-dossier-medical-sur-cle-USB_a362.html
80. Assurance-Maladie. Appli DMP : le Dossier Médical Partagé à portée de main [Internet]. AMELI ; 2018 décembre 11 [consulté le 12 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/actualites/appli-dmp-le-dossier-medical-partage-portee-de-main>
81. Conseil National de l'ordre des médecins. Dossier médical personnel : comment je fais ? Médecins. Mai-juin 2011 ;17 [Internet]. [consulté le 12 avril 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/essentiel_informatique_mai_2011.pdf

82. Assurance-Maladie. Avec le Dossier Médical Partagé facilitez le suivi médical en EHPAD [Internet]. [consulté le 12 avril 2019]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/brochure_ehpad.pdf
83. Tran-Phong E. Danemark le dossier médical partagé et prescriptions médicales électroniques : des outils bien rodés. Médecins le bulletin de l'ordre national des médecins. Mai-juin 2018;55:11.
84. GIE SESAM-Vitale. Catalogues produits, logiciels DMP compatibles [Internet]. [consulté le 12 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.sesam-vitale.fr/web/sesam-vitale/catalogue-produits?se=Solutions%20DMP-Compatibles>

Annexe 1 : Guide d'entretien initial

Présentation du projet : dans le cadre de ma thèse de médecine générale je réalise une enquête qualitative auprès de médecins généralistes de la côte basque pour évaluer les pratiques et connaissances sur le Dossier Médical Partagé (DMP).

Principes : entretien semi dirigé de 20 à 30 minutes, enregistré, anonyme, consentement.

(Noter date et lieu de l'entretien)

<p>1-1 Quels sont pour vous, en quelques mots vos connaissances sur le dossier médical partagé ? (Que savez-vous du dossier médical partagé ?)</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissez-vous d'autres dossiers médicaux électroniques de partages ? - Utilisez-vous d'autres systèmes électroniques de partages d'informations médicales ? <p>1-2 Comment avez-vous été informé sur le DMP ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Que pensez-vous de la communication sur le DMP ? - Quels types d'informations avez-vous reçu ? 	
<p>2-1 Comment définiriez-vous l'utilisation du dossier médical partagé ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui doit (ou qui peut) créer un DMP ? - Qui doit (ou qui peut) consulter le DMP ? - Qui doit (ou qui peut) alimenter le DMP ? - Que doit contenir le DMP ? <p>2-2 Quel est selon vous la place du médecin traitant dans l'utilisation du DMP ?</p>	
<p>3-Quels avantages voyez-vous à l'utilisation du DMP ? (Quels sont pour vous les principaux intérêts du DMP ?) <i>Pour le médecin et pour le patient.</i></p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans quelles circonstances (contexte) l'utilisez-vous ou l'utiliseriez-vous ? - Recommanderiez-vous son utilisation à vos patients et vos confrères ? - Qui doit bénéficier d'un DMP ? 	
<p>4-1 Quels sont pour vous les principaux freins à son utilisation ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont pour vous les principales limites à sa généralisation dans la pratique quotidienne des médecins généralistes ? - Secret médical et confidentialité - Responsabilité médicale - Rémunération 	
<p>5-Comment voyez-vous (ou que pensez-vous) de l'avenir du DMP ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles seraient vos suggestions pour développer l'utilisation du DMP auprès des médecins généralistes ? - Que pensez-vous de la e-santé et de la télé médecine ? 	

- Connaissez-vous télésanté aquitaine ?	
---	--

Avez-vous d'autres remarques à ajouter ?

OU

Pensez-vous avoir abordé (dit) ce qui vous semblait le plus important sur le sujet ?

Connaissez-vous d'autres médecins généralistes du secteur qui seraient susceptibles d'être intéressés par le sujet ? (Avez-vous d'autres contacts que je pourrais interroger ?)

Données sur le médecin généraliste

<ul style="list-style-type: none">- Données personnelles socio démographiques- Type de cabinet (seule, groupe, pluridisciplinaire)- Temps d'exercice et durée d'installations- Type d'exercices (rural, semi rural, visites au domicile)- Présence ou non d'un secrétariat- Dossier médicaux papiers ou informatisés- Utilisation PC ou Mac- Type de logiciel personnel santé- Maître de stage et/ou universitaire
--

Remerciement

Proposer de lui faire parvenir la thèse.

Annexe 2 : Guide d'entretien modifié

Présentation du projet : dans le cadre de ma thèse de médecine générale je réalise une enquête qualitative auprès de médecins généralistes de la côte basque pour évaluer les pratiques et connaissances sur le Dossier Médical Partagé (DMP).

Principes : entretien semi dirigé de 20 à 30 minutes, enregistré, anonyme, consentement.

(Noter date et lieu de l'entretien)

<p>1-1 Quels sont pour vous, en quelques mots vos connaissances sur le dossier médical partagé ? (Que savez-vous du dossier médical partagé ?)</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissez-vous d'autres dossiers médicaux électroniques de partages ? - Utilisez-vous d'autres systèmes électroniques de partages d'informations médicales ? <p>1-2 Comment avez-vous été informé sur le DMP ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Que pensez-vous de la communication sur le DMP ? - Quels types d'informations avez-vous reçu ? 	
<p>2-1 Comment définiriez-vous l'utilisation du dossier médical partagé ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui doit (ou qui peut) créer un DMP ? - Qui doit (ou qui peut) consulter le DMP ? - Qui doit (ou qui peut) alimenter le DMP ? - Que doit contenir le DMP ? <p>2-2 Quel est selon vous la place du médecin traitant dans l'utilisation du DMP ?</p> <p>2-3 Savez-vous comment accéder au DMP d'un patient ?</p>	
<p>3-Quels avantages voyez-vous à l'utilisation du DMP ? (Quels sont pour vous les principaux intérêts du DMP ?) <i>Pour le médecin et pour le patient.</i></p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans quelles circonstances (contexte) l'utilisez-vous ou l'utiliseriez-vous ? - Qui doit bénéficier d'un DMP ? 	
<p>4-1 Quels sont pour vous les principaux freins à son utilisation ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont pour vous les principales limites à sa généralisation dans la pratique quotidienne des médecins généralistes ? 	
<p>5-Comment voyez-vous (ou que pensez-vous) de l'avenir du DMP ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles seraient vos suggestions pour développer l'utilisation du DMP auprès des médecins généralistes ? 	

Avez-vous d'autres remarques à ajouter ?

OU

Pensez-vous avoir abordé (dit) ce qui vous semblait le plus important sur le sujet ?

Connaissez-vous d'autres médecins généralistes du secteur qui seraient susceptibles d'être intéressés par le sujet ? (Avez-vous d'autres contacts que je pourrais interroger ?)

Données sur le médecin généraliste

- Données personnelles socio démographiques
- Type de cabinet (seule, groupe, pluridisciplinaire)
- Type d'exercices (rural, semi rural, visites au domicile)
- Présence ou non d'un secrétariat
- Dossier médicaux papiers ou informatisés
- Type de logiciel personnel santé
- Maître de stage et/ou universitaire

Remerciement

Proposer de lui faire parvenir la thèse.

Annexe 3 : Déclaration CNIL

RÉCÉPISSÉ

Monsieur RENAULT Pierre-Olivier

PIERRE-OLIVIER RENAULT

1 RUE DE TOSSE

64100 BAYONNE

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2209490 v 0

du 07 novembre 2018

CNIL

3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : PIERRE-OLIVIER RENAULT

Service : PIERRE-OLIVIER RENAULT

Adresse : 1 RUE DE TOSSE

Code postal : 64100

Ville : BAYONNE

N° SIREN ou SIRET :

817742547 00018

Code NAF ou APE :

8690A

Tél. : 0632545727

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 07 novembre 2018

Par délégation de la commission

Annexe 4 : Mail adressé aux médecins

Chers confrères,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Je réalise une thèse sur le dossier médical partagé pour cela je sollicite des entretiens individuels enregistrés et anonymes afin de recueillir vos opinions et idées sur le Dossier Médical Partagé.

Si le thème vous intéresse et si vous avez des disponibilités je vous laisse mes coordonnées afin de convenir d'un rendez-vous.

RENAULT Pierre-Olivier

Cordialement
Merci

RESUME

Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé : Enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées Atlantiques en 2018.

Introduction : Après 14 ans d'histoire, de réformes et de nombreuses critiques le Dossier Médical Partagé (DMP) est à nouveau relancé et doit être généralisé à toute la population d'ici 2022. Les résultats des tests réalisés depuis 2016 dans 9 départements pilotes semblent encourageants mais sur le terrain le DMP est très peu utilisé. Pourquoi le DMP reste si peu adopté par les médecins généralistes ?

Méthodes : Une étude qualitative par entretien semi dirigé a été menée entre décembre 2018 et février 2019. L'analyse s'appuyait sur une approche phénoménologique.

Résultats : Les médecins manquaient de connaissance sur le DMP, ils craignaient de perdre du temps avec un outil complexe qui dysfonctionne. L'interopérabilité restait un des freins majeurs à l'utilisation du DMP. Les craintes sur la sécurité informatique, sécuritaires, éthiques et juridiques semblaient ne plus être au premier plan. Les médecins restaient optimistes sur l'avenir du DMP et ils souhaitaient voir un outil qui s'adapte à leurs pratiques.

Conclusion : Les difficultés que rencontre actuellement le DMP sont superposables à celles qu'il a rencontrées depuis sa création mais l'usage croissant du numérique en médecine devrait favoriser son adoption. Le DMP doit évoluer progressivement pour rentrer dans les usages.

Mots clefs : DMP, étude qualitative, 2018, médecins généralistes, freins et leviers

Introduction : Après 14 ans d'histoire, de réformes et de nombreuses critiques le Dossier Médical Partagé (DMP) est à nouveau relancé et doit être généralisé à toute la population d'ici 2022. Les résultats des tests réalisés depuis 2016 dans 9 départements pilotes semblent encourageants mais sur le terrain le DMP est très peu utilisé. Pourquoi le DMP reste si peu adopté par les médecins généralistes ?

Méthodes : Une étude qualitative par entretien semi dirigé a été menée entre décembre 2018 et février 2019. L'analyse s'appuyait sur une approche phénoménologique.

Résultats : Les médecins manquaient de connaissance sur le DMP, ils craignaient de perdre du temps avec un outil complexe qui dysfonctionne. L'interopérabilité restait un des freins majeurs à l'utilisation du DMP. Les craintes sur la sécurité informatique, sécuritaires, éthiques et juridiques semblaient ne plus être au premier plan. Les médecins restaient optimistes sur l'avenir du DMP et ils souhaitaient voir un outil qui s'adapte à leurs pratiques.

Conclusion : Les difficultés que rencontre actuellement le DMP sont superposables à celles qu'il a rencontrées depuis sa création mais l'usage croissant du numérique en médecine devrait favoriser son adoption. Le DMP doit évoluer progressivement pour rentrer dans les usages.

Mots clefs : DMP, étude qualitative, 2018, médecins généralistes, freins et leviers

Introduction : After 14 years of history, amendments and many critics, the Electronic Medical Record (EMR) is relaunched once again and must be generalized to the entire population by 2022. The results of the tests performed in 9 pilot french counties since 2016 seem encouraging, but in practice, the EMR remains largely underutilized. Why is the EMR hardly used by general practitioners ?

Methodology : A qualitative research through semi-structured interviews was conducted from December 2018 to February 2019. The analysis strategy is based on a phenomenological approach.

Results : General practitioners lacked knowledge about the EMR, and feared it might be a time-consuming tool with technical malfunctions. Interoperability remained one of the main hindrances to the use of the EMR. Cybersecurity, safety, ethical and legal concerns did not seem to be prominent anymore. GPs were optimistic about the future of the EMD and its benefits, and hoped to see a tool that could suit their practices.

Conclusion : The challenges that the EMR is currently facing can be superimposed to the ones it has confronted since its inception, but the increasing use of digitalized medicine should encourage its adoption. The EMR must develop gradually to be uptaken for general practice.

Keywords : EMR, qualitative research, 2018, general practitioners, obstacles and levers.