



**HAL**  
open science

# État des lieux de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés dans l'Hérault

Matthieu Mouysset

## ► To cite this version:

Matthieu Mouysset. État des lieux de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés dans l'Hérault. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03124494

**HAL Id: dumas-03124494**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03124494>**

Submitted on 28 Jan 2021

**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 CAEN-NORMANDIE**

-----

**UFR de SANTE**

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Présentée et soutenue publiquement le : 08 avril 2020.

Par M<sup>r</sup> MOUYSET Matthieu Jean-François.

Né le 28 décembre 1987 à Béziers (Hérault).

**Etat des lieux de l'utilisation du dossier médical  
partagé par les médecins généralistes installés dans  
l'Hérault.**

**Président du jury : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier.**

Membres du jury :

Madame le Docteur HUET Anne-Laure. Directrice de thèse.

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas.

Madame le Docteur LENESLEY Pauline.



**Année Universitaire 2019/2020****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes

<b>M. BROUARD Jacques</b>	Pédiatrie
<b>M. BUSTANY Pierre</b>	Pharmacologie
<b>Mme CHAPON Françoise</b>	Histologie, Embryologie
<b>Mme CLIN-GODARD Bénédicte</b>	Médecine et santé au travail
<b>M. DAMAJ Ghandi Laurent</b>	Hématologie
<b>M. DAO Manh Thông</b>	Hépatologie-Gastro-Entérologie
<b>M. DEFER Gilles</b>	Neurologie
<b>M. DELAMILLIEURE Pascal</b>	Psychiatrie d'adultes
<b>M. DENISE Pierre</b>	Physiologie
<b>Mme DOLLFUS Sonia</b>	Psychiatrie d'adultes
<b>M. DREYFUS Michel</b>	Gynécologie - Obstétrique
<b>M. DU CHEYRON Damien</b>	Réanimation médicale
<b>Mme ÉMERY Evelyne</b>	Neurochirurgie
<b>M. ESMAIL-BEYGUI Farzin</b>	Cardiologie
<b>Mme FAUVET Raffaèle</b>	Gynécologie – Obstétrique
<b>M. FISCHER Marc-Olivier</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M. GÉRARD Jean-Louis</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M. GUILLOIS Bernard</b>	Pédiatrie
<b>Mme GUITTET-BAUD Lydia</b> et prévention	Epidémiologie, économie de la santé
<b>M. HABRAND Jean-Louis</b>	Cancérologie option Radiothérapie
<b>M. HAMON Martial</b>	Cardiologie
<b>Mme HAMON Michèle</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>M. HANOUIZ Jean-Luc</b> opérateur	Anesthésie et réa. médecine péri-
<b>M. HULET Christophe</b> traumatologique	Chirurgie orthopédique et
<b>M. ICARD Philippe</b> vasculaire	Chirurgie thoracique et cardio-

<b>M.</b>	<b>JOIN-LAMBERT Olivier</b>	Bactériologie - Virologie
<b>Mme</b>	<b>JOLY-LOBBEDEZ Florence</b>	Cancérologie
<b>M.</b>	<b>JOUBERT Michael</b>	Endocrinologie
<b>M.</b>	<b>LAUNOY Guy</b> et prévention	Epidémiologie, économie de la santé
<b>M.</b>	<b>LE HELLO Simon</b>	Bactériologie-Virologie
<b>Mme</b>	<b>LE MAUFF Brigitte</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>LOBBEDEZ Thierry</b>	Néphrologie
<b>M.</b>	<b>LUBRANO Jean</b>	Chirurgie viscérale et digestive
<b>M.</b>	<b>MAHE Marc-André</b>	Cancérologie
<b>M.</b>	<b>MANRIQUE Alain</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>M.</b>	<b>MARCÉLLI Christian</b>	Rhumatologie
<b>M.</b>	<b>MARTINAUD Olivier</b>	Neurologie
<b>M.</b>	<b>MAUREL Jean</b>	Chirurgie générale
<b>M.</b>	<b>MILLIEZ Paul</b>	Cardiologie
<b>M.</b>	<b>MOREAU Sylvain</b>	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
<b>M.</b>	<b>MOUTEL Grégoire</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>M.</b>	<b>NORMAND Hervé</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>PARIENTI Jean-Jacques</b> communication	Biostatistiques, info. médicale et tech. de
<b>M.</b>	<b>PELAGE Jean-Pierre</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>Mme</b>	<b>PIQUET Marie-Astrid</b>	Nutrition
<b>M.</b>	<b>QUINTYN Jean-Claude</b>	Ophtalmologie
<b>Mme</b>	<b>RAT Anne-Christine</b>	Rhumatologie
<b>M.</b>	<b>RAVASSE Philippe</b>	Chirurgie infantile
<b>M.</b>	<b>REPESSE Yohann</b>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>REZNIK Yves</b>	Endocrinologie
<b>M.</b>	<b>ROD Julien</b>	Chirurgie infantile

M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

### **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

### **PROFESSEURS EMERITES**

M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

**Année Universitaire 2019/2020****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie

M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico- faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

### **MAITRES DE CONFERENCES EMERITES**

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

## Remerciements :

Merci Monsieur le Pr Le Coutour d'accepter de présider cette thèse. Vous faisiez partie du jury de la thèse sur les obstacles au déploiement généralisé du DMP, aujourd'hui nous ferons grâce à vous l'état des lieux de son utilisation.

Merci Madame le Dr Huet Anne-Laure, grâce à votre aide, votre patience et votre disponibilité, cette thèse à vue le jour.

Merci Monsieur le Dr Nicolas Sainmont d'avoir accepté de participer au jury.

Merci Madame le Dr Lenesley Pauline pour votre amabilité et d'avoir accepté de participer au jury.

Merci chers parents, vous avez tout donner pour vos enfants. C'est grâce à votre soutien quotidien que ces années d'études se terminent par cette thèse.

Merci à mon épouse, Morgane, la femme de ma vie, avec toi, tout est plus simple, plus beau, construisons conjointement un bel avenir et aidons ensemble nos patients au mieux de nos compétences.

Merci René et Marie-Christine pour votre présence et votre patience depuis tant d'années.

Merci à mes frères, neveux, nièces, filleule, cousins, grands-parents et autres parents qui sont ou qui furent des modèles et un roc. J'espère que ma vie et mon exercice de médecin permettra de vous rendre la pareille.

Merci les amis : Nicolas et Célia pour toujours répondre « présent » quand on vous appelle. Merci Jef pour tes conseils et ta petite calculatrice. Merci Bastien pour ta collaboration. Merci Valentin pour ton couteau à maroufler. Merci Maxime, tu nous as ouvert les yeux sur l'amitié. Merci Timmy et Camille pour tous ces beaux souvenirs. Merci Florence et Cédric futurs collègues.

Merci Christophe, et la famille Zahnd pour votre présence du premier au dernier jour d'internat. Félicitation Christophe d'avoir su tenir bon face aux aléas de la vie.

Merci Monsieur le Dr Leo Garcia grâce à tes analyses statistiques et tes conseils, ce travail a pu aboutir.

Merci Madame la Dr Sorbets Elodie, grâce à ton travail extraordinaire la thèse a pu avancer rapidement et efficacement.

<b>Abréviations :</b>
-----------------------

ACM : Analyse des Correspondances Multiples.

CAH : Classification ascendante hiérarchique.

CDOM : Conseil de l'ordre des médecins.

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

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CPS : carte professionnelle de santé.

CPF : carte professionnelle de formation.

CPE : carte professionnelle d'établissement.

DMP : Dossier Médical Partagé.

DMPe : Dossier médical Personnel.

DPC : développement professionnel continu.

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique.

VSM : volet de synthèse médicale

<b>Table des matières.</b>
----------------------------

<b>I)</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>Page 11.</b>
<b>II)</b>	<b>Problématiques .....</b>	<b>Page 15.</b>
<b>III)</b>	<b>Méthodologie .....</b>	<b>Page 15.</b>
	1) Matériel	Page 15.
	2) Population étudiée	Page 15.
	3) Elaboration du questionnaire	Page 15.
	4) Distribution du questionnaire	Page 16.
	5) Types d'analyse	Page 16.
<b>IV)</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>Page 17</b>
	A. Données démographiques : Description et comparaison avec la population cible.	
	1) Classes d'âge.	Page 17.
	2) Types d'exercice.	Page 18.
	3) Lieux d'exercice.	Page 19.
	B. Utilisation du DMP.	Page 20.
	1) Utilisateurs.	Page 20.
	2) Non-Utilisateurs.	Page 22.
	3) Comparaison des caractéristiques des utilisateurs et non-utilisateurs.	
	4) Synthèse.	Page 23.
	C. Analyse des correspondances multiples.	Page 25.
	D. Classification ascendante hiérarchique.	Page 27.
	1) Utilisateurs.	Page 27.
	2) Conclusion concernant les utilisateurs.	Page 30.
	3) Non-utilisateurs.	Page 30.
	4) Conclusion concernant les non-utilisateurs.	Page 33.
	E. Perception du DMP et feins à son utilisation.	Page 34.
	F. Logiciels-métier.	Page 42.
<b>V)</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>Page 44.</b>
	A. Validité interne	Page 44.
	B. Validité externe	Page 45.
	C. Résultats de cette thèse	Page 46.
	1) Perception du DMP	Page 46.
	2) Fonctionnement du DMP	Page 47.
	3) Coût du DMP	Page 47.
<b>VI)</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>Page 51.</b>
<b>VII)</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>Page 53.</b>
	Annexe I : Histoire du DMP.	Page 53.
	Annexe II : démographie médicale 2020	Page 54.
	Annexe III : LOI du 14/04/20 modifiant l'article L. 1111-14	Page 54.
	Annexe IV : Aperçu du site dmp.fr.	Page 55.
	Annexe V : Questionnaire.	Page 56.
	Annexe VI : Feuilles de calcul de la CAH.	Page 58.
<b>VIII)</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>Page 59.</b>
<b>IX)</b>	<b>Abstract.....</b>	<b>Page 63.</b>
<b>X)</b>	<b>Résumé.....</b>	<b>Page 64.</b>

## I) Introduction :

A l'instar du cinéma, de la photographie ou de la musique, la médecine se numérise. Il s'agit là d'une transformation naturelle car l'outil informatique est un précieux instrument intimement lié à notre travail quotidien. Le dossier médical a lui aussi muté pour devenir numérique à l'aube du XXIème siècle. A l'heure d'internet, il devient partagé. En effet le patient bénéficie d'une offre médicale polyvalente sur des sites multiples, et la coordination des soins impose la tenue d'un dossier médical exhaustif, commun et sécurisé entre thérapeutes.

Le DMP permettrait théoriquement de :

- Diminuer les risques iatrogène, et allergique du patient. Il permettrait aussi de connaître ses traitements et limiter le nomadisme médical grâce aux comptes-rendus des consultations.
- Diminuer les coûts en évitant la prescription d'imageries et bilans biologiques redondants.
- Optimiser le suivi des patients polypathologiques en accédant directement aux comptes-rendus hospitaliers.
- Laisser à chaque patient la possibilité de consigner ses volontés concernant le don d'organes, sa fin de vie, et ses personnes de confiance.

Vu les avantages d'un tel système ne devrait-il pas être intégré à notre pratique quotidienne ?

Nous allons donc nous focaliser sur les acteurs majeurs du suivi au long cours du patient, à savoir les médecins généralistes. Pour les besoins de cette thèse, nous étudierons la pratique des généralistes héraultais (34).

Nous dresserons l'état des lieux de l'utilisation du DMP entre décembre 2019 et février 2020 par les médecins généralistes installés dans l'Hérault.

Nous discuterons par la suite des éléments qui restreignent son utilisation et à l'inverse, ceux qui motivent les généralistes à adhérer au DMP.

## 1) Définition du DMP :

Le dossier médical correspond à un ensemble de documents physiques et numériques retraçant l'histoire médicale d'un patient. Pour cela les politiques de la santé ont orienté les praticiens vers une informatisation des structures de soins. Notons en guise d'illustration le déploiement du forfait structure qui encourage l'utilisation accrue de l'outil informatique au quotidien <sup>(1) et (13)</sup> ou la création de messageries sécurisées telles qu'Apicrypt®.

A l'heure actuelle, le dossier médical peut être conservé soit dans une base de données locale soit dans une base de données accessibles à distance par exemple via internet. A l'échelle nationale le Dossier Médical Partagé a pour objectif d'offrir des dossiers médicaux complets ouverts aux différents professionnels de santé via le web.

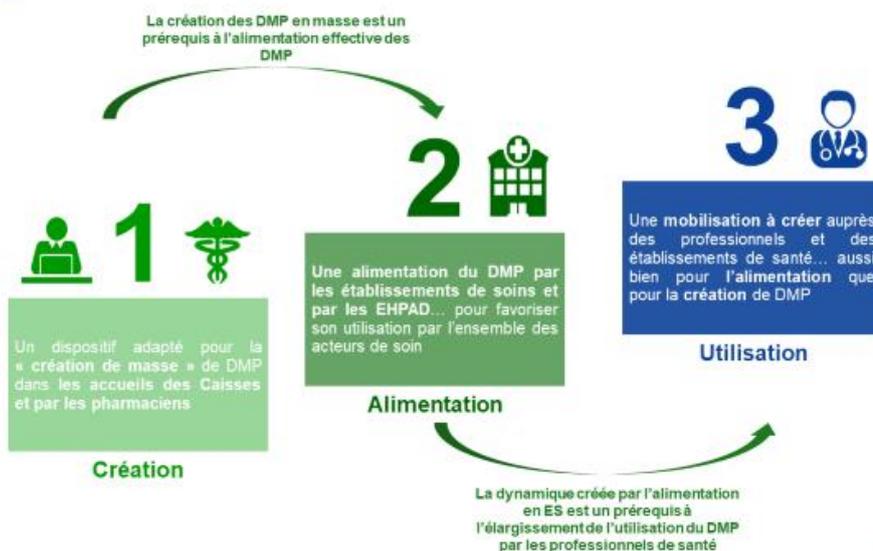
Utilisons la définition donnée par le site [www.dmp.fr](http://www.dmp.fr): *Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise vos informations de santé [...]. Il vous permet de les partager avec votre médecin traitant et tous les professionnels de santé qui vous prennent en charge, même à l'hôpital.*

Le déploiement du DMP est prévu en 3 phases : Ouvrir des DMP puis les alimenter et enfin s'inquiéter dans un troisième temps de son utilisation.

### Le déploiement national en 3 actions clés



3 actions clés, tirées des enseignements issus de la présérie, sont à mener pour favoriser le déploiement en masse du DMP



## 2) Accéder au DMP.

Pour les professionnels, il existe 2 possibilités d'accéder au DMP :

-Détenir une carte CPS, donc être médecin « thésé », avoir les codes de cette carte, posséder la carte vitale du patient, avoir le terminal adapté connecté à internet, avoir un logiciel adapté, avoir l'accord oral du patient. Si toutes ces conditions sont réunies, vous parviendrez à vous connecter au DMP.

-Il existe une option « bris de glace » pour les urgences et médecins du centre 15.

Pour les patients :

Ils doivent être en possession de tous les éléments suivants pour se connecter :

-Leur « identifiant de connexion » composé de 4 lettres et 4 chiffres, fourni lors de la création du DMP et non modifiable.

-Le mot de passe composé d'au moins 8 caractères, comportant des chiffres, des lettres dont au moins une en majuscule et des caractères spéciaux.

-D'un téléphone portable ou adresse mail pour recevoir un code unique pour valider sa connexion, il disposera alors de 3 minutes pour renseigner ce code.

Pour ne pas dire que la simple consultation d'un DMP soit ardue, nous dirons que la CNIL a sécurisé son accès <sup>(5)</sup>.

*A quoi ressemble le DMP en février 2020 ?* La page d'accueil contient principalement 5 volets, voir annexe I pour l'histoire du DMP et l'annexe IV pour la partie « documents »

**DMP** LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

Me déconnecter

RÉCAPITULATIF DOCUMENTS MES INFORMATIONS GESTION DU DMP HISTORIQUE DES ACCÈS

Récapitulatif

### Documents médicaux

Tous les documents (1)

Liste des documents

Parcours de soins

Accès rapide

Aucun document de synthèse

Ajouter un document

Afficher tout

### Derniers accès

Par un professionnel de santé

Aucun accès

En urgence

Aucun accès

Afficher tout

### Mes alertes

Vous n'avez pas choisi d'être prévenu par messagerie électronique de l'ajout d'un document dans votre DMP.

Modifier

#### Mes informations

Dernier accès à mon DMP le 09/02/2020 à 18:29:39

Mes Coordonnées  
Personnel(s) à prévenir en cas d'urgence

Je n'ai pas déposé mes directives anticipées dans le DMP

[Déposer mes directives anticipées](#)

Je n'ai (ou mon représentant légal) pas déclaré être informé(e) des dispositions réglementaires relatives au don d'organes et de tissus.

[Modifier](#)

#### Mes sélections

Aucun document sélectionné

## II) Problématiques :

Depuis novembre 2018 nous sommes les témoins d'une avancée concernant la gestion des données médicale avec le redéploiement du DMP. Cet outil promet une réponse à de nombreux enjeux de santé publique. Or, pour tenir ses promesses le DMP doit être utilisé par les médecins. Sans quoi, il restera un gouffre financier.

La question qui se pose est la suivante : ce nouvel instrument est-il intégré en 2020 à la pratique médicale ?

Pour répondre à cette interrogation, nous allons nous intéresser à l'utilisation sur le terrain du DMP par les acteurs majeurs du suivi des patients au long cours, à savoir les généralistes.

Comme énoncé précédemment, pour les besoins de cette thèse, nous restreindrons l'étude aux généralistes installés dans l'Hérault.

Nous étudierons dans un second temps, les profils des utilisateurs et non-utilisateurs du DMP, à quelle fréquence ce dernier est consulté, quels sont les éléments motivant et limitant son utilisation.

## III) Méthodologie :

### 1) Matériel :

Pour répondre à la problématique principale, nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle menée grâce à une enquête descriptive transversale quantitative par questionnaires du 11 décembre 2019 au 06 février 2020. Questionnaire réalisé via google forms® : Voir Annexe V.

### 2) Population étudiée :

Le questionnaire était destiné aux 1875 médecins généralistes installés dans l'Hérault

Critères d'inclusion : médecins généraliste thésés et installés dans l'Hérault<sup>(19)</sup> et Annexe II.

Critères d'exclusion :

-autre spécialisation

-remplaçants car ils utilisent plusieurs logiciels

-Les médecins n'ayant jamais entendu parler du DMP car ils ne peuvent par conséquent pas donner leurs avis sur ce dernier.

### 3) Elaboration du questionnaire :

Avant l'envoi du questionnaire, il a été testé et relu par 6 médecins, 2 infirmières et 4 personnes ne travaillant pas dans le domaine médical.

Ce dernier était divisé en 4 parties :

a) Données démographiques : âge, type d'exercice, type de cabinet

Le but de cette partie consiste à comparer les sondés avec les données du CDOM

b) Utilisation du DMP :

-si oui à quelle fréquence ?

-si non, pourquoi et éventuellement utilisation future.

c) Avis sur le DMP et son utilisation.

Cette partie permettra de discuter quels sont les éléments qui motivent ou freinent l'utilisation du DMP et comment ce dernier est perçu par les généralistes.

d) Connexion entre DMP et logiciel-métier utilisé par les praticiens.

Ces questions permettent d'examiner l'écosystème des logiciels actuels et leur compatibilité avec le DMP.

4) Distribution du questionnaire de deux façons :

a) Envoi par mail.

-Aux 43 membres du *cercle de formation médicale du biterrois* le 21/01/20.

-Fin janvier 2020 via le CDOM à 1043 médecins généralistes.

b) Réponses obtenues en interrogeant directement les praticiens.

Pour éviter un biais de sélection et obtenir l'avis de médecins non informatisés ou utilisant peu leurs mails, je me suis déplacé dans des cabinets médicaux au hasard dans l'Hérault afin de collecter leurs réponses.

Enfin, les derniers questionnaires furent rempli lors de réunion de formation.

Le questionnaire était le même, les réponses furent collectées sur une tablette numérique.

5) Types d'analyse :

Les analyses statistiques ont été conduites sous le logiciel R<sup>®</sup>.

a) Un test de Fisher a été réalisé pour comparer les données démographiques de la population étudiée avec les données fournies par le CDOM.

b) Une analyse des correspondances multiples ou ACM a permis de déterminer les **profils** des utilisateurs et non-utilisateurs du DMP selon les modalités suivantes :

-Si le DMP est utilisé : oui/non

-Les classes d'âge.

-Le type d'exercice : libéral, salarié, mixte.

-Les types de cabinet de groupe, cabinet individuel, ou autre.

c) Suite à cette ACM, une **classification ascendante hiérarchique** a permis d'affiner les résultats en étudiant distinctement les utilisateurs du DMP et les non-utilisateurs.

## IV) Résultats :

### Recueil des questionnaires :

62 réponses collectées sur 1086 questionnaires envoyés par mail, soit 3,3% de réponses et 45 réponses reçues directement. 23 réponses collectées dans les cabinets médicaux et 22 lors de formations.

Sur 107 réponses, au total, 7 furent exclues.

3 remplaçants, 3 médecins qui n'ont jamais entendu parler du DMP et 1 médecin du travail.

Donc l'analyse statistique a été effectuée sur une population de 100 médecins pour 1875 médecins généralistes installés dans l'Hérault soit 5,3% de la population.

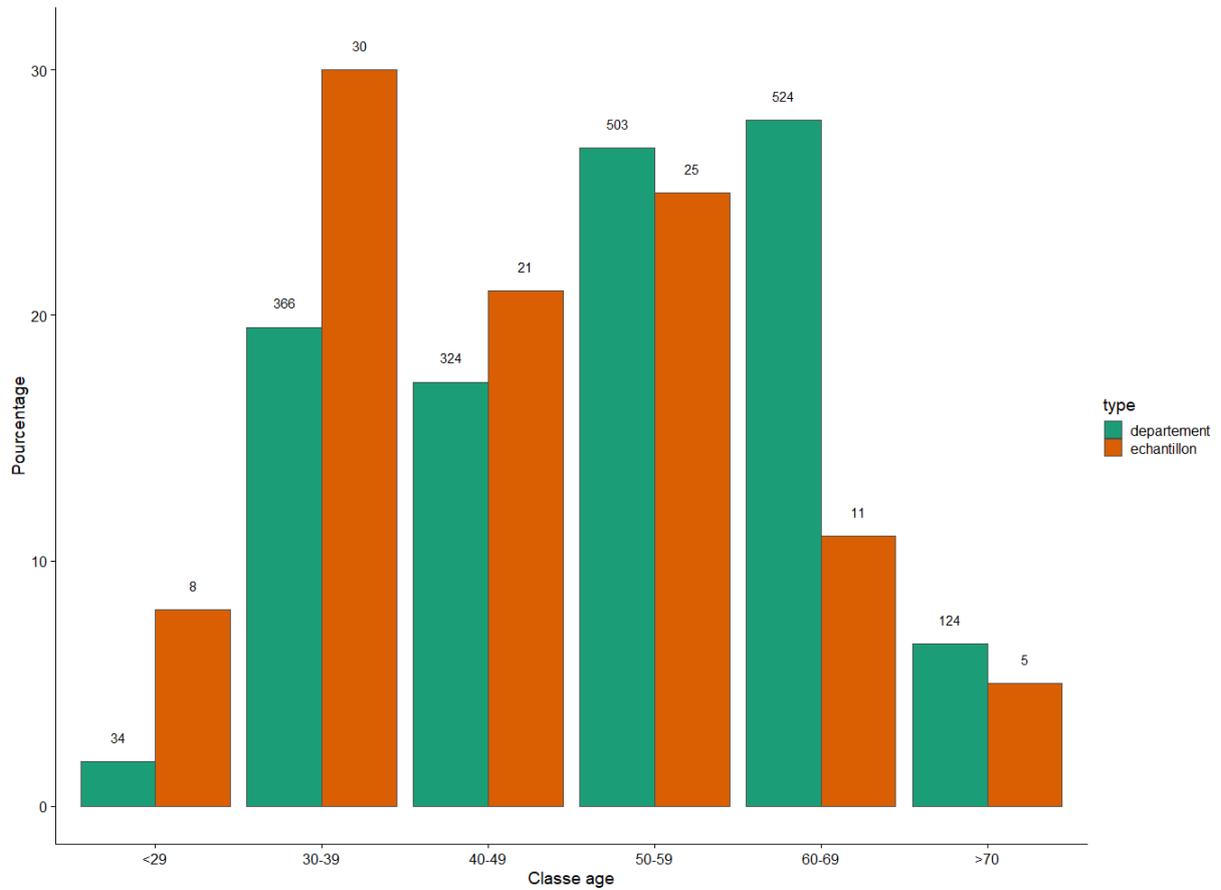
### **A. Données démographiques : Description et comparaison avec la population cible.**

#### 1) Classes d'âge :

Variable	Etude	Hérault	p-value (Fisher)
<b>Classes d'âge</b>			<0,001
<b>≤ 29</b>	8	14	
<b>30-39</b>	30	386	
<b>40-49</b>	21	318	
<b>50-59</b>	25	558	
<b>60-69</b>	11	476	
<b>≥ 70</b>	5	128	

En termes d'âge, les médecins de l'étude ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes de l'Hérault.

Ci-dessous les classes d'âge de notre échantillon mis en parallèle avec celles des généralistes héraultais.

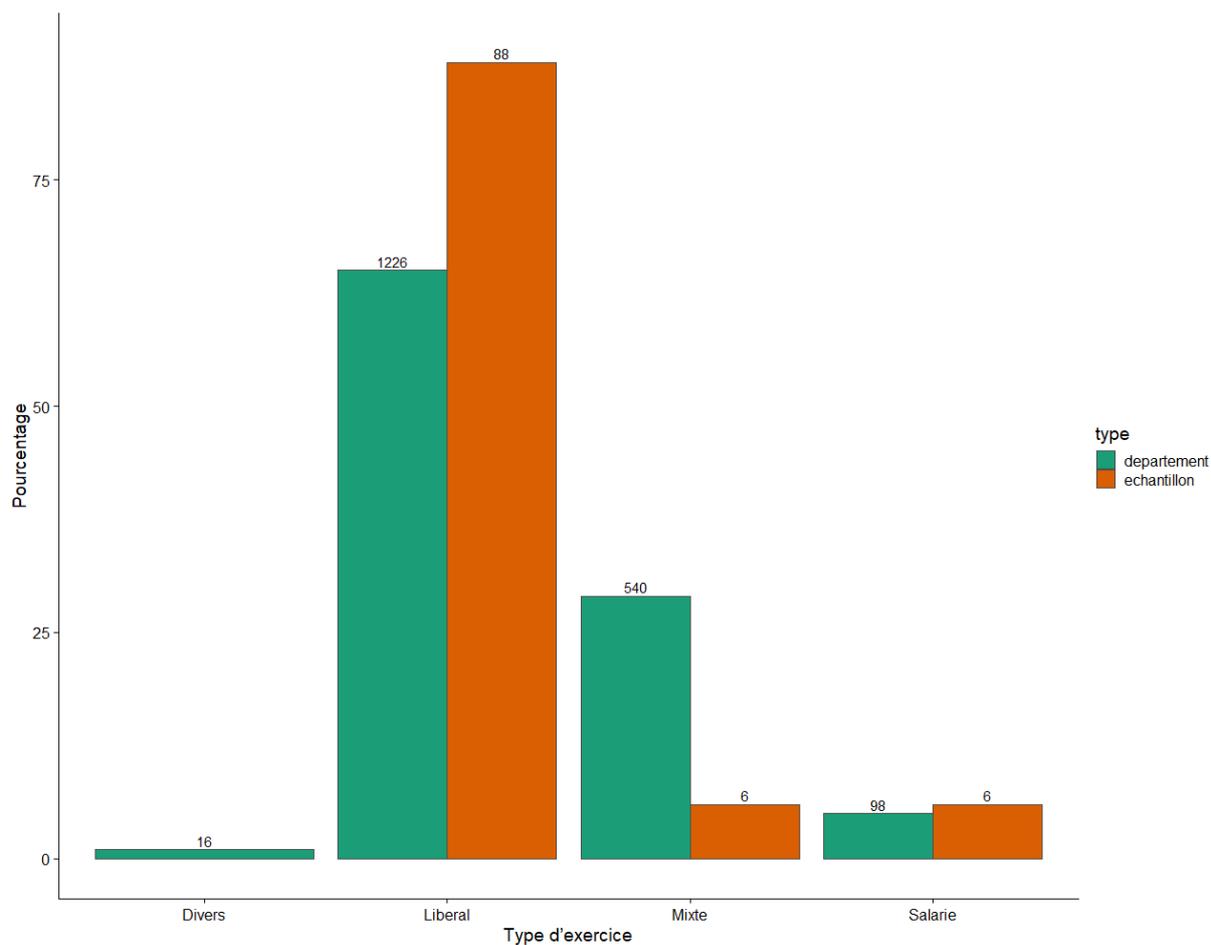


2) Type d'exercice :

Variable	Etude	Hérault	p-value (Fisher)
<b>Type d'exercice effectif (%)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Libéral	88	1226 (65,2%)	
Salarié	6	540 (28,7%)	
Mixte	6	98 (5,2%)	
Autres	0	16 (0,9%)	

En termes de type d'exercice, les médecins de l'étude ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes de l'Hérault.

Ci-dessous types d'exercice de notre échantillon mis en parallèle avec celle des médecins héraultais.

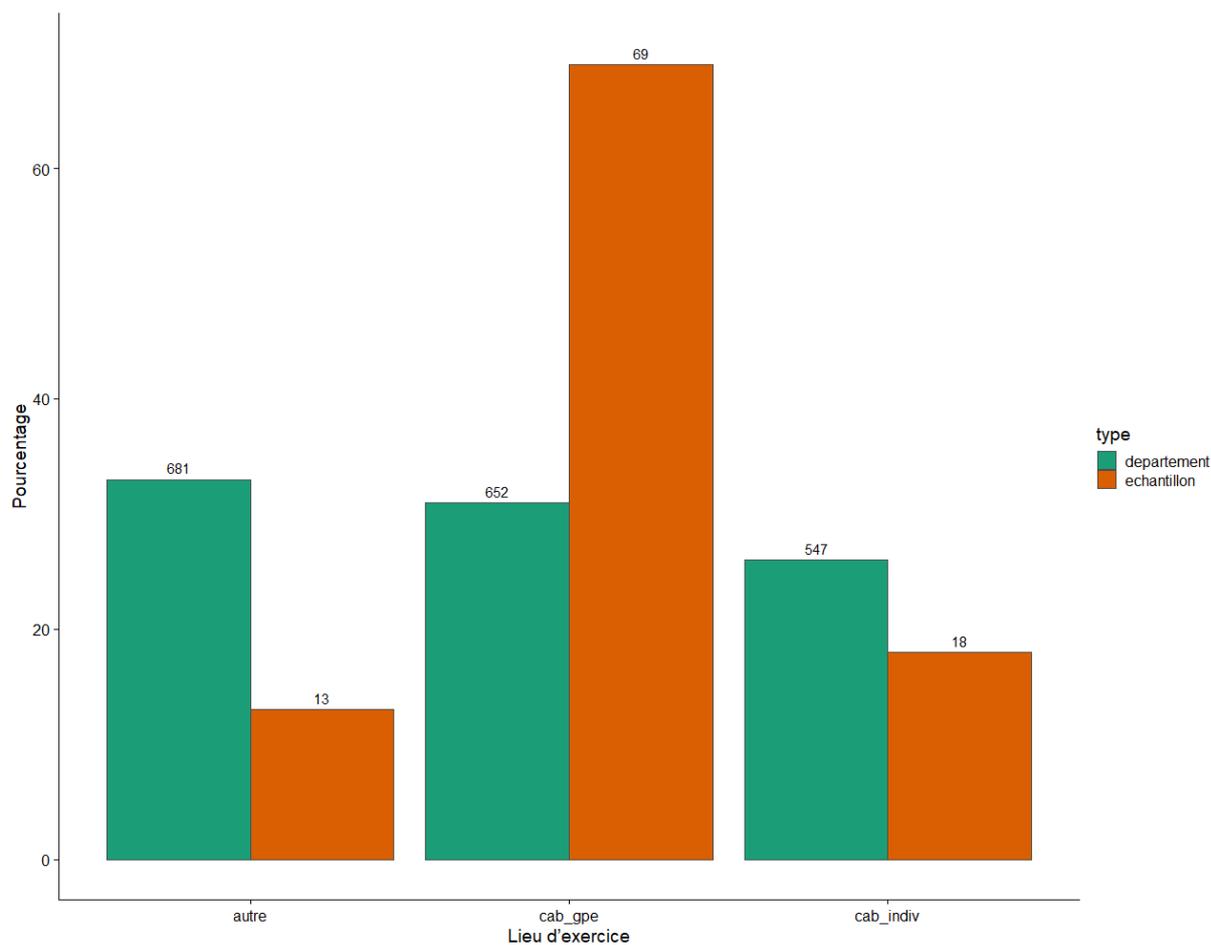


### 3) Lieu d'exercice :

Variable	Etude	Hérault	p-value (Fisher)
<b>Lieu d'exercice</b>			<0,001
<b>Cabinet individuel</b>	18	547	
<b>Cabinet de groupe</b>	78	652	
<b>Autre</b>	4	681	

En termes de type de cabinet, les médecins de l'étude ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes de l'Hérault.

Ci-dessous les types de cabinets de notre échantillon mis en parallèle avec ceux des médecins héraultais.



## B. Utilisation du DMP.

45 médecins déclarent ne jamais avoir utilisé le DMP et 55 l'ont utilisé au moins une fois.

### 1) Utilisateurs :

a) Pour les 55 utilisateurs du DMP la fréquence d'utilisation est la suivante :

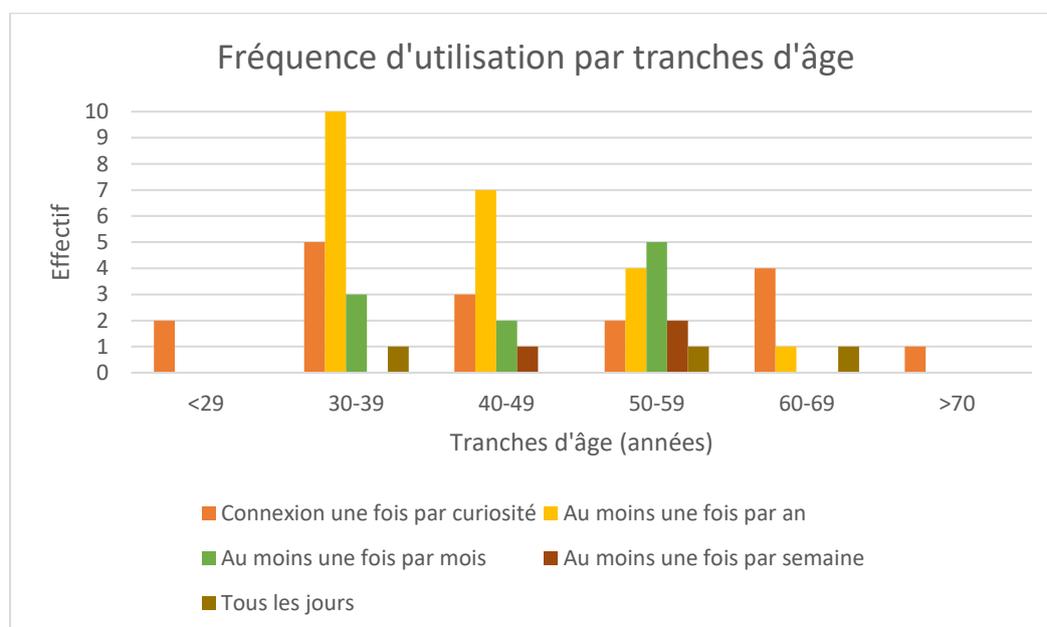
Fréquence d'utilisation	Effectif	Pourcentage
Tous les jours	3	5,45 %
Au moins une fois par semaine	3	5,45 %
Au moins une fois par mois	10	18,18 %
Connexion une fois par curiosité	17	30,91 %
Au moins une fois par an	22	40,00 %
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100 %</b>

b) Les motifs d'utilisation sont :

Motif d'utilisation	Effectif	Pourcentage
Consulter un DMP	10	18,18 %
Ajouter des documents	16	29,09 %
Créer un DMP	29	52,73 %
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100 %</b>

c) Fréquence d'utilisation selon les tranches d'âge :

Fréquence d'utilisation						
Tranches d'âge	Une connexion par curiosité	Par an	Par mois	Par semaine	Tous les jours	Total
≤29	2					2
30-39	5	10	3		1	19
40-49	3	7	2	1		13
50-59	2	4	5	2	1	14
60-69	4	1			1	6
≥ 70	1					1
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>55</b>



Constatons que les utilisateurs fréquents du DMP ont entre 40 et 59 ans. A l'inverse les moins de 29 ans ont une utilisation plus anecdotique comme les 30-39 ans : 21% utilisent le DMP quotidiennement ou mensuellement contre 79% qui utilisent le DMP annuellement.

d) Motifs d'utilisation en fonction de la fréquence d'utilisation

Fréquence d'utilisation	Motifs d'utilisation			Total
	Ajouter	Consulter	Créer	
Tous les jours	1		2	3
Au moins une fois par semaine	1		2	3
Au moins une fois par mois	4	1	5	10
Connexion une fois par curiosité	3	6	8	17
Au moins une fois par an	7	3	12	22
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>29</b>	<b>55</b>

2) Non utilisateurs du DMP :

45 médecins déclarent ne pas utiliser le DMP.

Les non-utilisateurs ont un exercice de type **libéral** pour 41 (91,1%) d'entre eux et les 4 (8,9%) autres sont salariés.

Ils sont **34 soit 82,9%** à exercer dans un cabinet de **groupe**, 6 (13,3%) à exercer seul et 5 (11,1%) dans d'autres structures de soins.

Les raisons de non-utilisation avancées par les médecins : (plusieurs réponses possibles) :

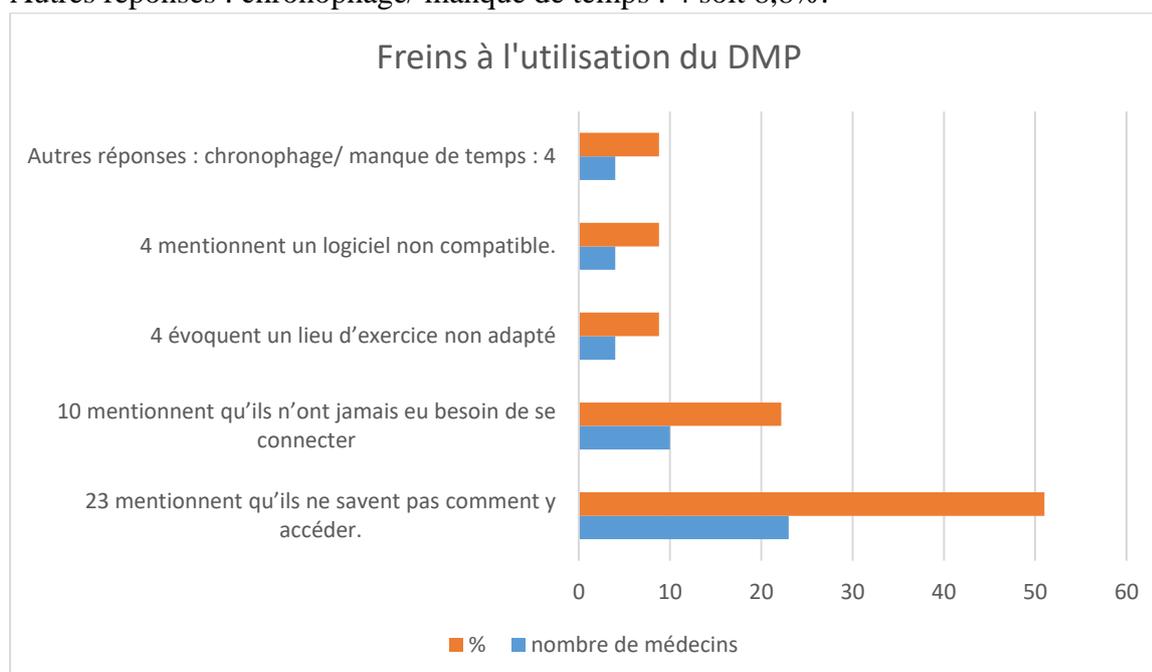
23 mentionnent qu'ils ne savent pas comment y accéder soit 51%.

10 mentionnent qu'ils n'ont jamais eu besoin de se connecter soit 22,2%.

4 évoquent un lieu d'exercice non adapté soit 8,8%.

4 mentionnent un logiciel non compatible soit 8,8%.

Autres réponses : chronophage/ manque de temps : 4 soit 8,8%.



Parmi les 45 non-utilisateurs, **33 (73,3 %)** pensent l'utiliser dans le futur.

12 médecins non-utilisateurs, ne pensent pas l'utiliser dans le futur. Les raisons qui pourraient les faire changer d'avis sont :

(Plusieurs réponses pouvaient être choisies)

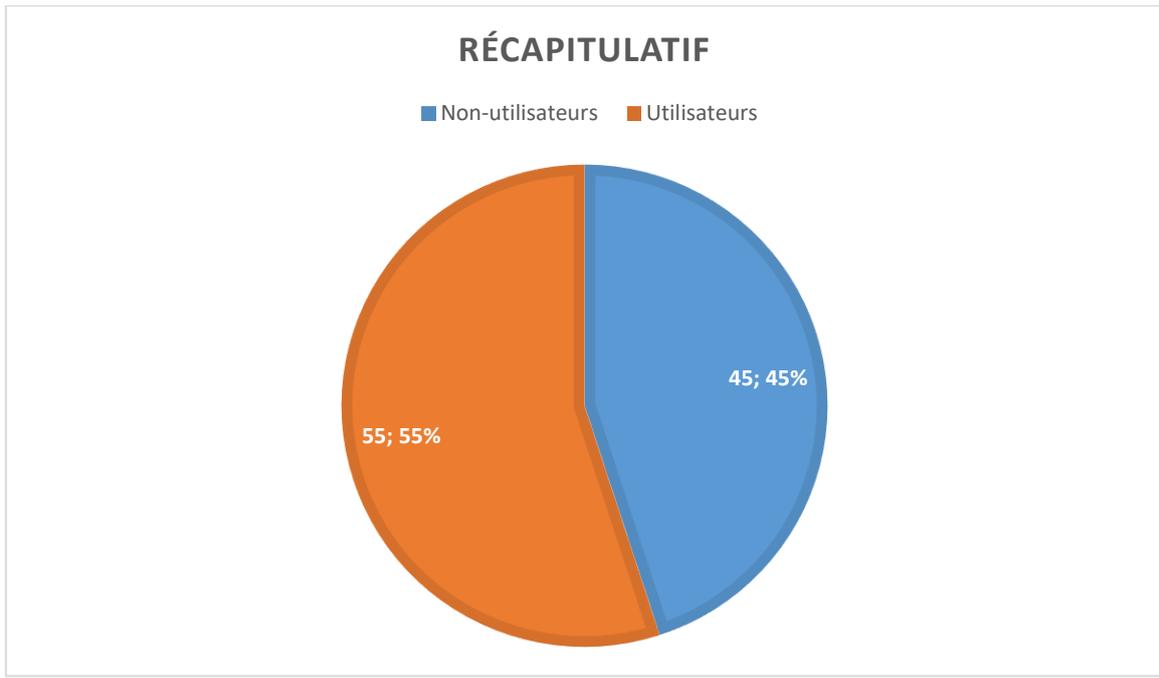
- Une **formation** sur l'utilisation du DMP pour 7 d'entre eux (58%).
- L'intégration du DMP aux outils existants pour 6 d'entre eux (50%).
- Une **aide financière** pour compenser par exemple le temps investi ou le coût du matériel utilisé pour 5 d'entre eux (41%).

### 3) Comparaison des caractéristiques des utilisateurs et non-utilisateurs.

Variables	Modalités	Utilisation du DMP		test	p-value
		Oui (N=55) N (% lig)	Non (N=45) N (% lig)		
Tranches d'âge	≤29	2 (25,00)	6 (75,00)	Fischer	0.2706
	30-39	19 (63,33)	11 (36,67)		
	40-49	13 (61,90)	8 (38,10)		
	50-59	14 (56,00)	11 (44,00)		
	60-69	6 (54,55)	5 (45,45)		
	≥ 70	1 (20,00)	4 (80,00)		
Types d'exercice	Libéral	47 (53,41)	41 (46,59)	Fischer	0.0357*
	Mixte	6 (100)	0 (0)		
	Salarié	2 (33,33)	4 (66,67)		
Lieu d'exercice	Seul	12 (66,66)	6 (33,33)	Fischer	0.0559
	En groupe	43 (55,12)	35 (44,87)		
	Autre	0 (0)	4 (100)		

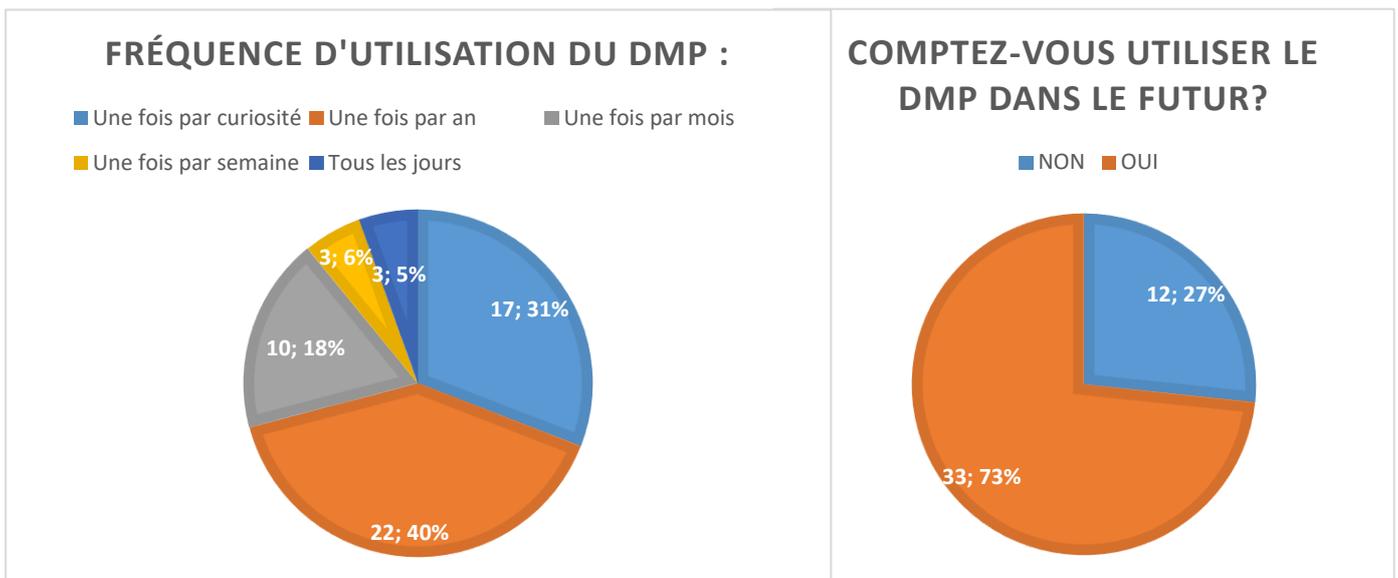
- Concernant les tranches d'âge, pas de mise en évidence de différence statistiquement significative ( $p = 0.2706$ ) entre les utilisateurs et les non-utilisateurs de DMP.
- Concernant les types d'exercice, mise en évidence d'une différence statistiquement significative ( $p = 0,0357$ ). Les médecins en exercice mixte utilisent plus le DMP que les médecins libéraux et salariés.
- Concernant les lieux d'exercice, pas de mise en évidence de différence statistiquement significative entre les médecins exerçant en cabinet de groupe, ceux exerçant seuls et ceux exerçant dans une autre structure.

4) Synthèse :



Utilisateurs :

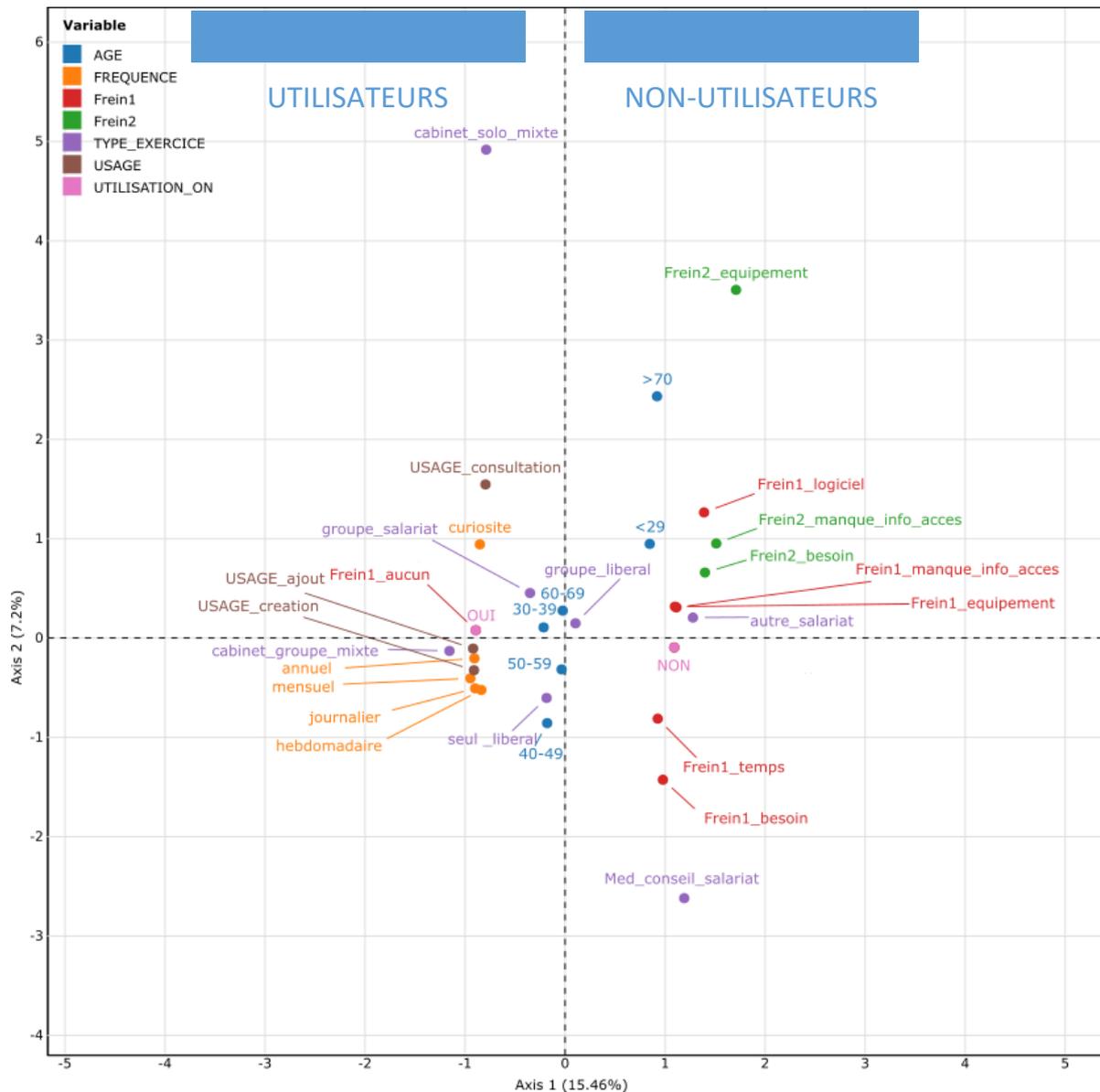
Non-utilisateurs :



## C. Analyse des Correspondances Multiples :

Pour les profils d'utilisateurs, et non-utilisateurs du DMP, nous avons réalisé une ACM en utilisant la première partie du questionnaire.

Les individus ont été classés par les variables suivantes : âges, types et lieux d'exercice, fréquences d'utilisation et d'usage du DMP pour ceux qui l'ont utilisé. Les freins à l'utilisation du DMP pour ceux qui ne l'ont jamais utilisé.



Légende : « frein1 » et « frein2 » correspondent aux réponses suivantes :

23 mentionnent qu'ils ne savent pas comment y accéder. **frein\_manque\_info\_acces**

10 mentionnent qu'ils n'ont jamais eu besoin de se connecter. **frein\_besoin**

4 évoquent un lieu d'exercice non adapté. **frein\_equipement**

4 mentionnent un logiciel non compatible. **frein\_logiciel**

Autres réponses : chronophage/ manque de temps : 4 **frein\_temps**

Interprétation du graphique :

1) Cadran supérieur gauche= **utilisateur du DMP**

Age	30-39 ans
Cabinet	Groupe
Type d'exercice	Salarié
Fréquence d'utilisation	1 connexion par curiosité
Usage du DMP	Ils ont consulté le DMP

2) Cadran inférieur gauche= **utilisateur du DMP**

Age	40-49 ans
Cabinets	Groupe et individuel
Types d'exercice	Libéral et mixte
Fréquence d'utilisation	Quotidienne à annuelle
Usage du DMP	Création et ajout de documents

3) Cadran supérieur droit= **n'utilisent pas le DMP**

Age	≤ 29 ans et ≥ 70 ans
Cabinets	Groupe et divers
Types d'exercice	Libéral et salarié
Frein à l'utilisation du DMP	Logiciel pas compatible, ne savent pas se connecter, n'ont pas besoin du DMP et ne sont pas équipés.

4) Cadran inférieur droit= **n'utilisent pas le DMP**

Age	Pas interprétable
Cabinet	Autre structure
Type d'exercice	Salarié
Frein à l'utilisation du DMP	N'ont pas le temps et n'ont pas besoin

A noter : les données sur les axes ne sont pas discriminantes donc les tranches d'âges 60-69 et 50-59 ne seront pas intégrées ici.

5) **Synthèse :**

Ceux qui utilisent fréquemment le DMP, créent et ajoutent des documents. Ils ont pour la plupart entre 40-49 ans, ont un exercice libéral ou mixte, dans des cabinets de groupe ou individuels.

A l'inverse : ceux qui n'utilisent pas le DMP ont principalement moins de 29 ans et plus de 70ans, ils exercent en cabinet de groupe ou d'autres structures de soins, ils peuvent avoir un exercice libéral ou salarié. Ils n'utilisent pas le DMP car : leur logiciel n'est pas compatible, ils ne savent pas se connecter, ne sont pas équipés et n'ont pas eu besoin du DMP.

## D. Classification ascendante hiérarchique :

---

Affinons l'ACM en étudiant **séparément** les groupes « utilisateurs » et « non-utilisateurs » du DMP et dressons leurs portraits-robots. 5 clusters (=catégories, profils ou groupes de médecins) ont été déterminés par une classification ascendante hiérarchique : méthode de Ward. <sup>(20) et (21)</sup>

### 1) Profil détaillé des **utilisateurs** du DMP :

Concernant les utilisateurs du DMP, soit un jeu de donnée de 55 médecins : nous avons utilisé pour variables : l'âge, le type d'exercice, l'usage fait du DMP (créer, consulter, ajouter des documents) et la fréquence d'utilisation.

Un test Chi2 fut réalisé pour tester l'indépendance entre les catégories (clusters) et les variables, autrement dit : les variables sont-elles indépendantes des catégories ? La réponse est non, car les p. value sont  $< 0.05$ . Les résultats exacts sont visibles en annexe VI.

	p. value déterminée par chi2
Age	$<0,001$
Type d'exercice	$<0,001$
Usage du DMP	$<0,001$
Fréquence d'utilisation du DMP	$<0,001$

a) Catégorie I :

	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	P value déterminée par un test de loi hypergéométrique*	V. test*
Age 50-59	64,2	75,0	<0,001	4,79
Exercice libéral, cabinet individuel	81,8	75,0	<0,001	4,04
Utilisation quotidienne	100	25	=0,008	2,6
Utilisation mensuelle	50,0	41,7	0,03	2,1
Exercice libéral dans un cabinet de groupe	5,5	16,7	<0,001	-3,8

\* Test d'indépendance entre les variables de la catégorie et celles de l'étude. Si la P.value est <0,05 la variable est caractéristique du groupe. Si le V-Test est positif, elle est très représentée dans le groupe. A l'inverse, un V-test négatif signifie que la variable est peu représentée dans le groupe <sup>(20)</sup> : page 170.

La catégorie I comprend 64% des médecins du jeu de données qui ont entre 50 et 59 ans, ils représentent 75% du groupe.

Le groupe rassemble 82% des médecins du jeu de données exerçant dans un cabinet individuel en libéral (75% de la catégorie). Il est composé de tous les utilisateurs quotidiens du DMP (25% du groupe) et 50% des utilisateurs mensuels du DMP (41% du groupe)

En revanche ceux qui exercent en libéral dans un cabinet de groupe sont peu présents dans cette catégorie car le V-test est négatif.

b) Catégorie II :

	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	P value déterminée par un test de loi hypergéométrique	V. test
Age 40-49	100	72,2	<0,001	5,8
Exercice libéral dans un cabinet de groupe	47,2	94,4	<0,001	3,2
Fréquence hebdomadaire	100	16,7	=0,03	2,1
Création de DMP	51,7	83,3	<0,001	3,1

Ce groupe rassemble :

-100% des 40-49 ans (72% du groupe).

-47% des praticiens exerçant en libéral, dans un cabinet de groupe (94% de la catégorie).

-100% des utilisateurs hebdomadaires du DMP (17% de la catégorie).

-52% des personnes ayant créé des DMP (83% de la catégorie).

c) Catégorie III :

	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	P value déterminée par un test de loi hypergéométrique	V. test
Age 30-39 ans	52,6	100	<0,001	4,6
Usage du DMP= ajout de documents	62,5	100	<0,001	5,1

Ce groupe rassemble 53% des 30-39 ans (100% de la catégorie) ils utilisent le DMP pour ajouter des documents (100% de la catégorie).

d) Catégorie IV :

	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	P value déterminée par un test de loi hypergéométrique	V. test
Age 60-69 ans	83,3	35,7	=0,003	3,0
Fréquence d'utilisation= connexion une fois par curiosité.	58,8	71,4	<0,001	3,5
Consultation du DMP	80,0	57,1	<0,001	3,9

Ce groupe rassemble :

-83% des 60-69 ans (36% de la catégorie).

-59% des médecins s'étant connectés une fois au DMP par curiosité (71% de la catégorie).

-Ils se sont connectés pour consulter des documents à 80% (57% de la catégorie).

e) Catégorie V :

Il s'agit d'un profil atypique, il n'est constitué que d'une personne de plus de 70 ans ayant un exercice mixte (salarié et libéral) dans un cabinet individuel.

## **f) Conclusion concernant les utilisateurs du DMP :**

Les deux premières catégories sont composées des principaux utilisateurs du DMP :  
Tous les utilisateurs quotidiens et hebdomadaires et 50% des utilisateurs mensuels.

Elles contiennent tous les utilisateurs entre 40-49 ans et 64% des 50-59 ans.

Leur exercice est libéral dans des cabinets de groupe (47%) ou individuels (81%).

A l'inverse, les dernières catégories sont constituées de 53% des 30-39 ans et 83% des 60-69 ans. Ils ont une utilisation plus anecdotique du DMP pour 59% des 60-69 ans. Les 30-39 ans vont plutôt ajouter des documents sur le DMP et les 60-69 ans vont plutôt consulter des documents.

A noter les moins de 29 ans et plus de 70 ans n'apparaissent pas ici car ils sont trop peu à utiliser le DMP. Nous les retrouverons donc ci-dessous.

### **2) Profils détaillés des médecins n'utilisant pas le DMP :**

Concernant les non-utilisateurs du DMP, soit un jeu de donnée de 45 médecins. Nous avons utilisé pour variables : l'âge, le type d'exercice, les freins à l'usage du DMP. C'est à dire les éléments qui limitent les médecins à employer ce dernier à savoir : leurs logiciels, leur équipement, le manque de temps, ou n'ont pas eu le besoin de se connecter au DMP

Un test Chi2 a été réalisé pour tester l'indépendance entre les catégories et les variables, ils ne sont pas indépendants car les p. value sont  $< 0.05$ . cf. annexe VI.

	p. value déterminée par chi2
Age	$<0,001$
Type d'exercice	$=0,015$
Frein	$<0,001$

a) Catégorie I :

	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	P value déterminée par un test de loi hypergéométrique	V. test
Age 40-49 ans	100	53,3	<0,001	4,17
N'ont pas besoin du DMP	90,0	60,0	<0,001	4,06
N'ont pas le temps	80,0	26,7	=0,038	2,01
N'arrivent pas à se connecter au DMP	9,5	13,3	=0,0018	-3,13

Ce groupe rassemble 100% des médecins du jeu de données ayant entre 40 et 49 ans, ces derniers représentent 53% du groupe.

Le groupe rassemble 90% des personnes qui déclarent ne pas avoir besoin du DMP (60% de la catégorie) et 80% des personnes déclarant ne pas avoir le temps d'utiliser le DMP (27% de la catégorie).

En revanche la problématique d'accès au DMP est peu présente dans ce cluster car le V-test est négatif.

b) Catégorie II :

	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	P value déterminée par un test de loi hypergéométrique	V. test
Age 60-69 ans	100	100	<0,001	4,93

Ce groupe n'est caractérisé que par son âge, il n'est pas possible de faire d'autre conclusion.

c) Catégorie III :

	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	P value déterminée par un test de loi hypergéométrique	V. test
Age <29	83,3	29,4	=0,024	2,25
Exercice libéral en groupe	50	100	=0,0021	3,07
N'arrivent pas à se connecter au DMP	76,2	94,1	<0,001	5,04
N'ont pas besoin du DMP	0	0	=0.004	-2.869318

Ce groupe inclut 83% des médecins ayant moins de 29 ans, ces derniers représentent 29% du groupe.

La catégorie comprend 50% des personnes qui ont un exercice libéral dans un cabinet de groupe (100% de la catégorie) et 76% des personnes n'arrivent pas à se connecter au DMP (94% de la catégorie).

Le V-test est négatif pour la modalité « pas besoin du DMP », autrement dit, aucun membre de ce groupe a déclaré « ne pas avoir l'utilité du DMP ».

d) Catégorie IV :

	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	P value déterminée par un test de loi hypergéométrique	V. test
Leur cabinet n'a pas l'équipement pour utiliser le DMP	100	100	<0,001	4,5

Ce groupe n'est caractérisé que par son manque d'équipement, il n'est pas possible de faire une autre conclusion.

e) Catégorie V :

	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	Fréquence de la modalité dans le cluster (%).	P value déterminée par un test de loi hypergéométrique	V. test
Logiciel pas compatible	80	100	<0,001	4,14
N'ont pas besoin du DMP	50	50	=0,035	2,11

Ce groupe est composé de 80% personnes qui ont un logiciel non compatible avec le DMP (100% de la catégorie) et 50% de ceux qui n'ont pas besoin du DMP (50% du groupe).

**f) Conclusion des non-utilisateurs du DMP :**

Le groupe 40-49 ans déclare ne pas avoir besoin du DMP, n'ont pas le temps d'utiliser le DMP mais n'ont pas de difficulté d'accès.

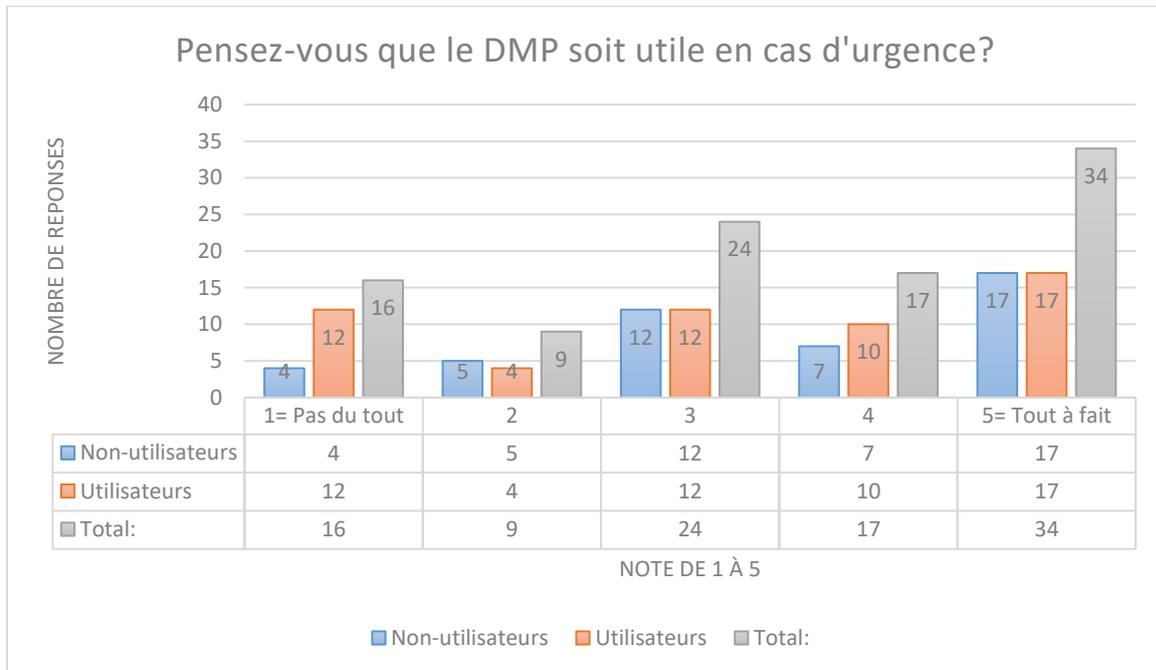
Le groupe des moins de 29 ans n'arrive pas à se connecter au DMP. Aucun a déclaré « ne pas avoir besoin du DMP ». Ils ont un exercice libéral en groupe.

L'effectif restreint ne permet pas de poser d'autre conclusion par cette étude.

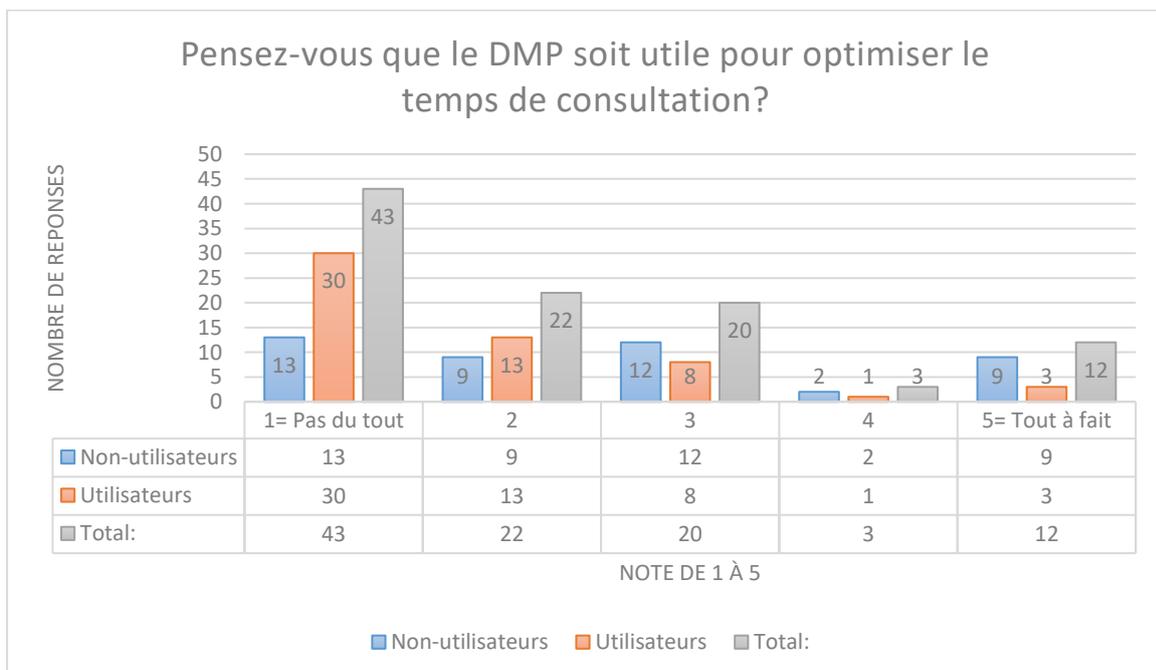
## E. Perception du DMP :

### 1) Que pensez-vous du DMP ?

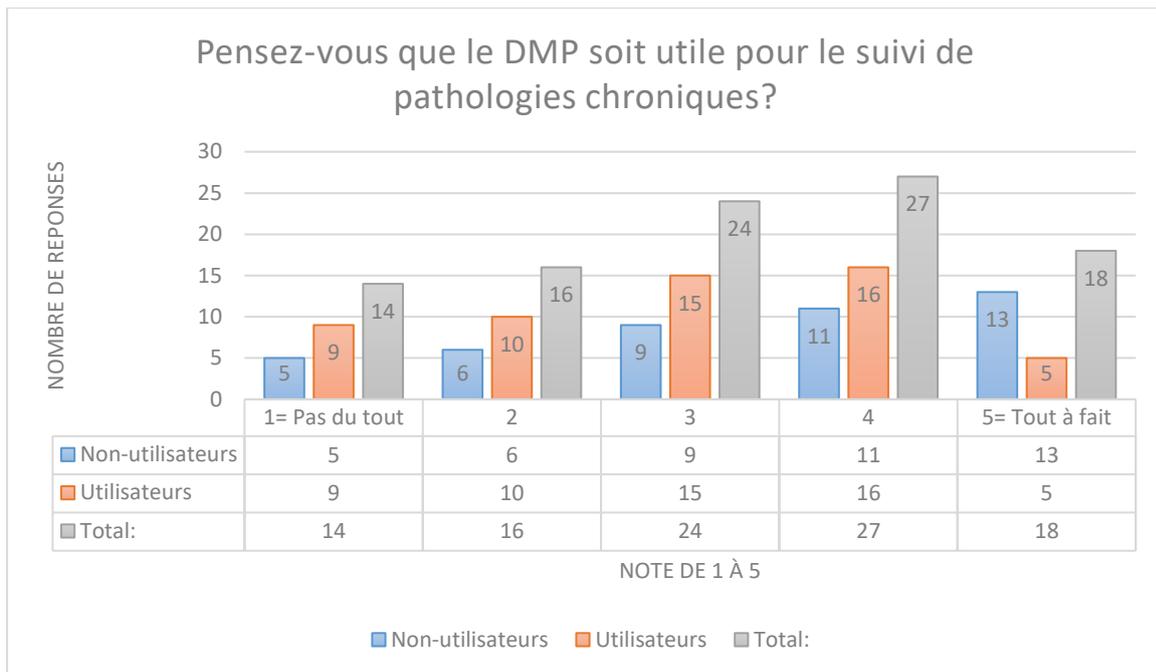
Les médecins devaient donner une réponse sous forme de note allant de **1 à 5**. **1** n'étant pas du tout en accord avec l'affirmation et **5** tout à fait d'accord. Les tableaux suivants ont 3 catégories : Les utilisateurs du DMP, ceux qui ne l'utilisent pas et le total.



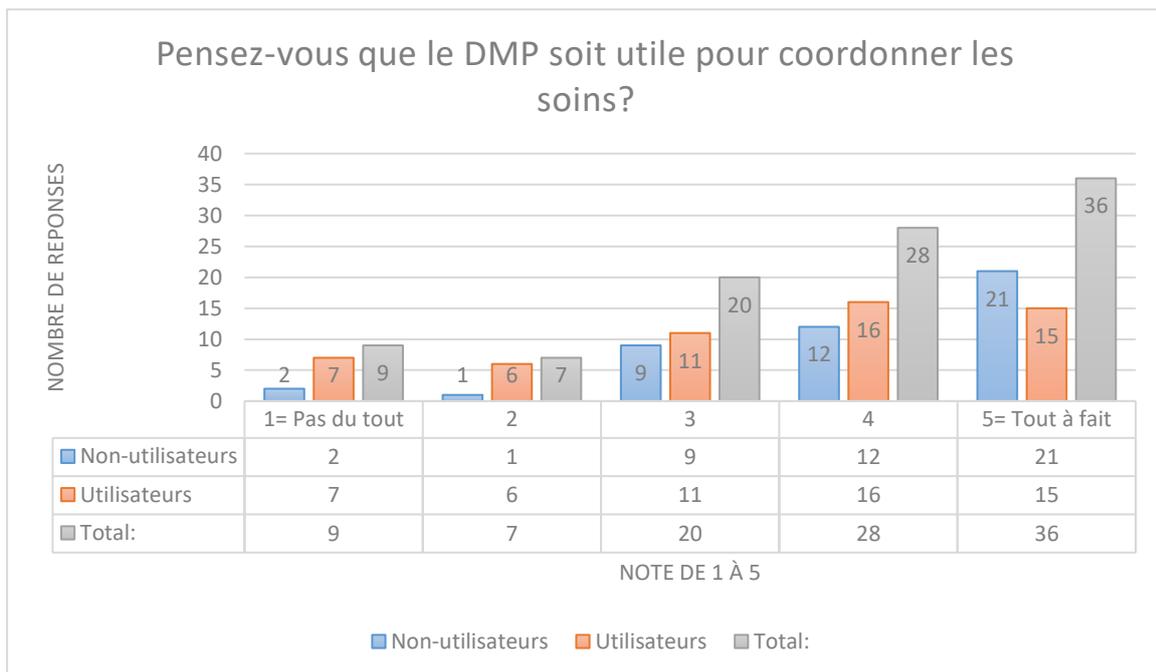
La majorité des médecins considère que le DMP est **utile** en cas d'urgence **51%** ont attribué une note de 4 et 5/5. Contre 25% qui donnent une note entre 1 et 2 et 24% sont neutres.



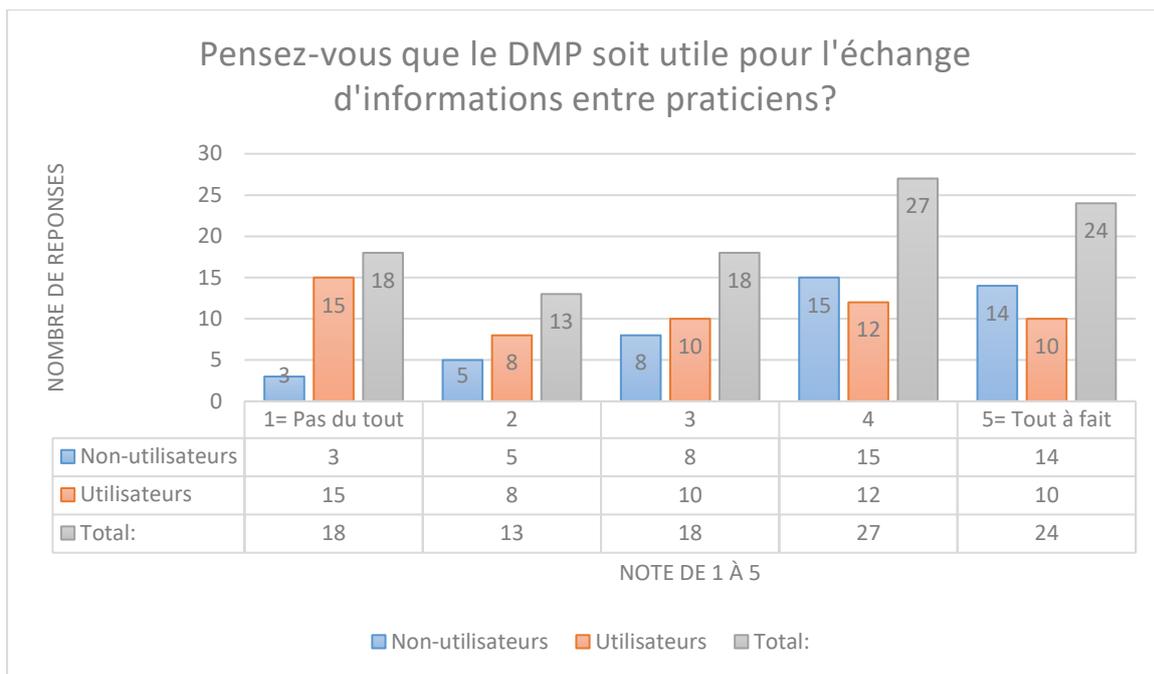
La majorité (**65%**) des médecins considère que le DMP est **inutile** pour optimiser le temps de consultation. 15% donnent une note entre 4 et 5, 20% restent neutres.



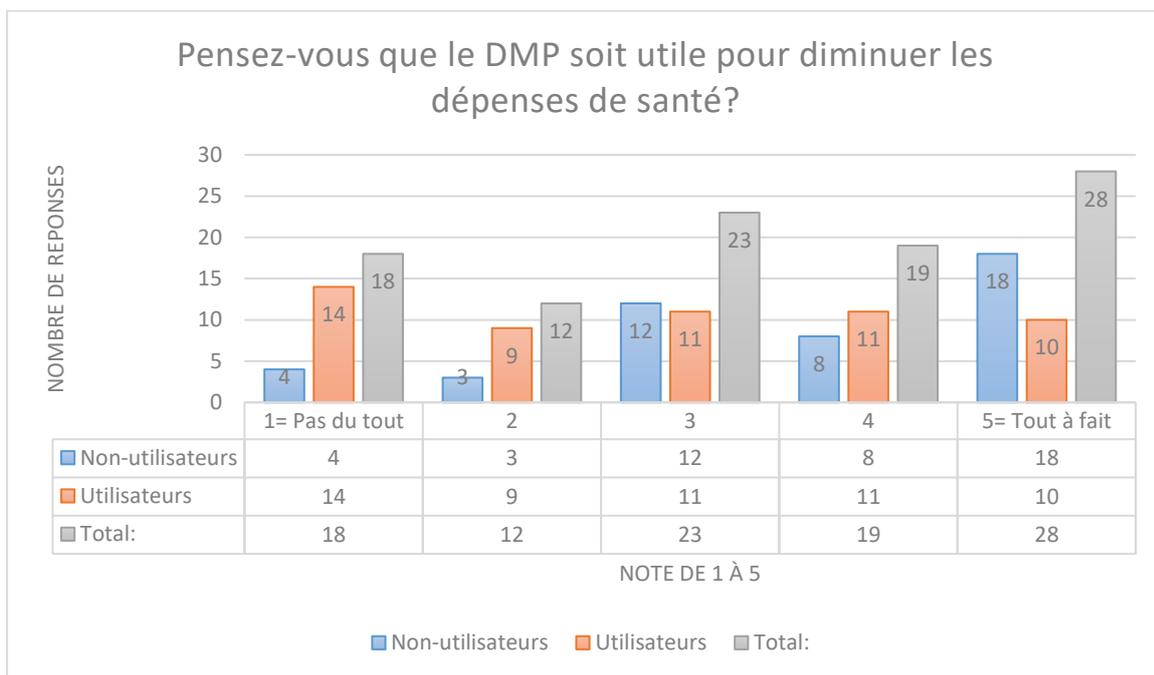
45% des médecins considèrent que le DMP est utile pour le suivi de pathologies chroniques, 35% pensent l'inverse et 24% restent neutres.



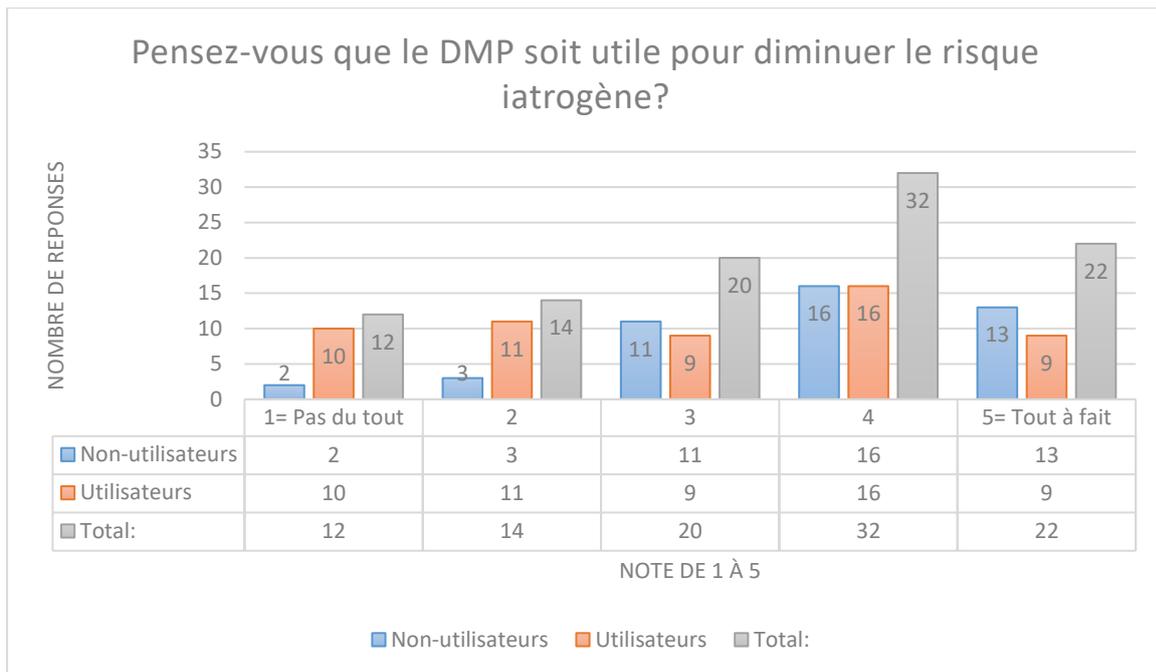
64% des médecins considèrent que le DMP est utile pour coordonner les soins, 16% pensent l'inverse et 20% restent neutres.



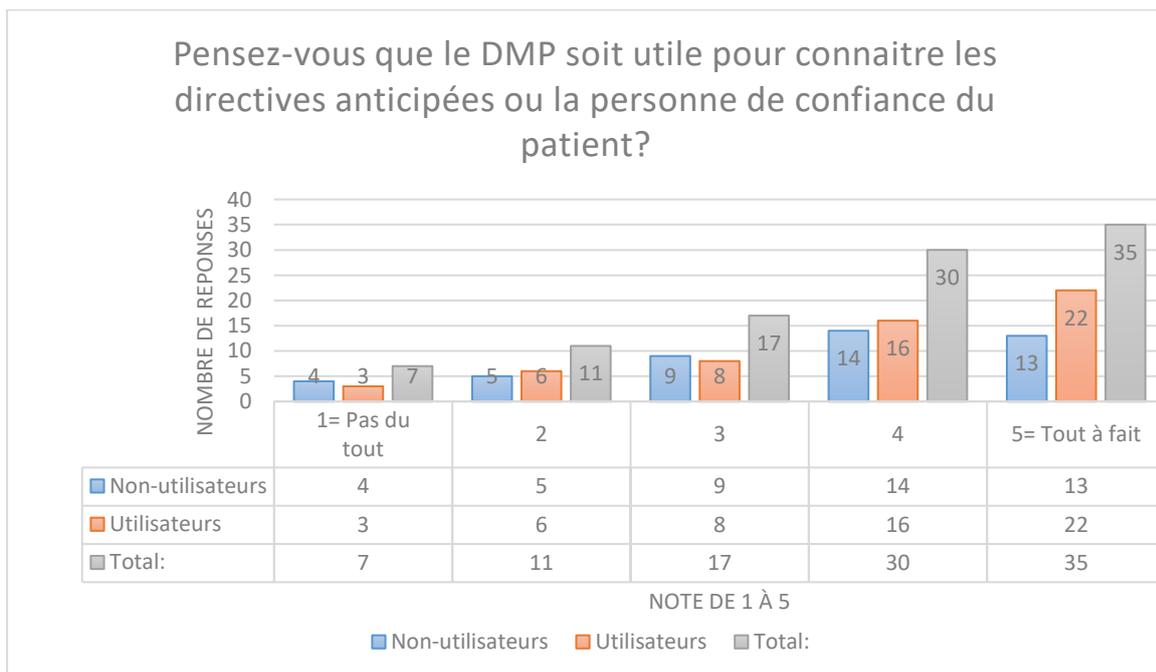
51% des médecins considèrent que le DMP est utile pour échanger les informations entre praticiens, 31% pensent l'inverse et 18% restent neutres.



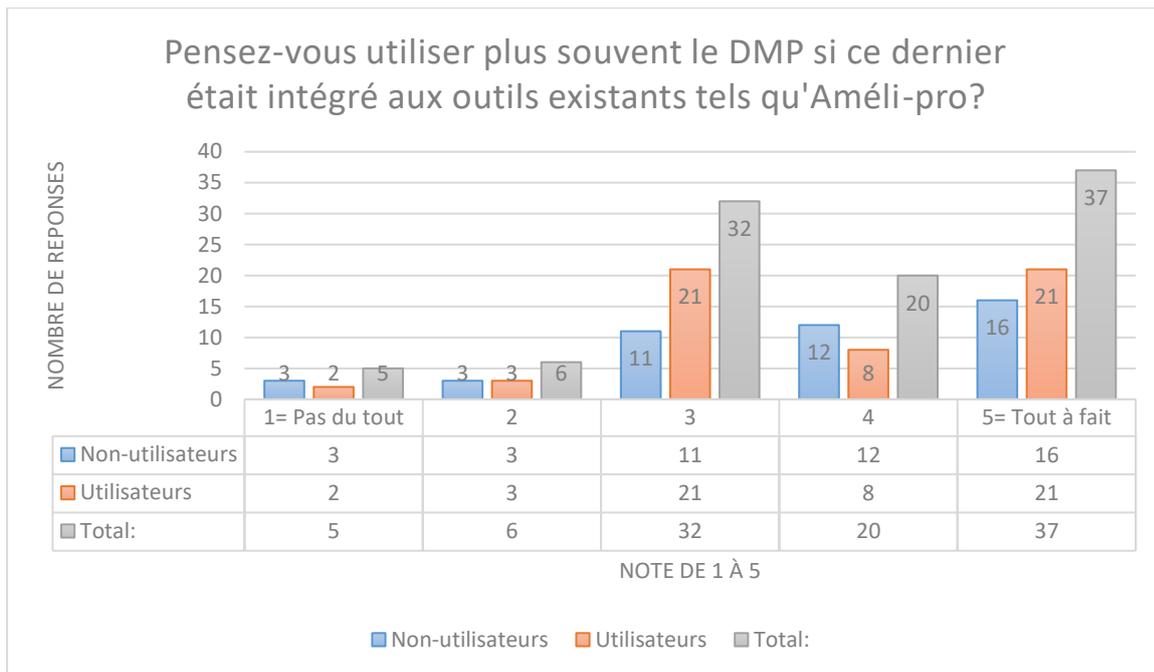
47% des médecins considèrent que le DMP est utile pour diminuer les dépenses de santé, 30% pensent l'inverse et 23% restent neutres.



54% des médecins considèrent que le DMP est utile pour diminuer le risque iatrogène, 26% pensent l'inverse et 20% restent neutres.



65% des médecins considèrent que le DMP est utile pour connaître les directives anticipées ou la personne de confiance, 18% pensent l'inverse et 17% restent neutres.

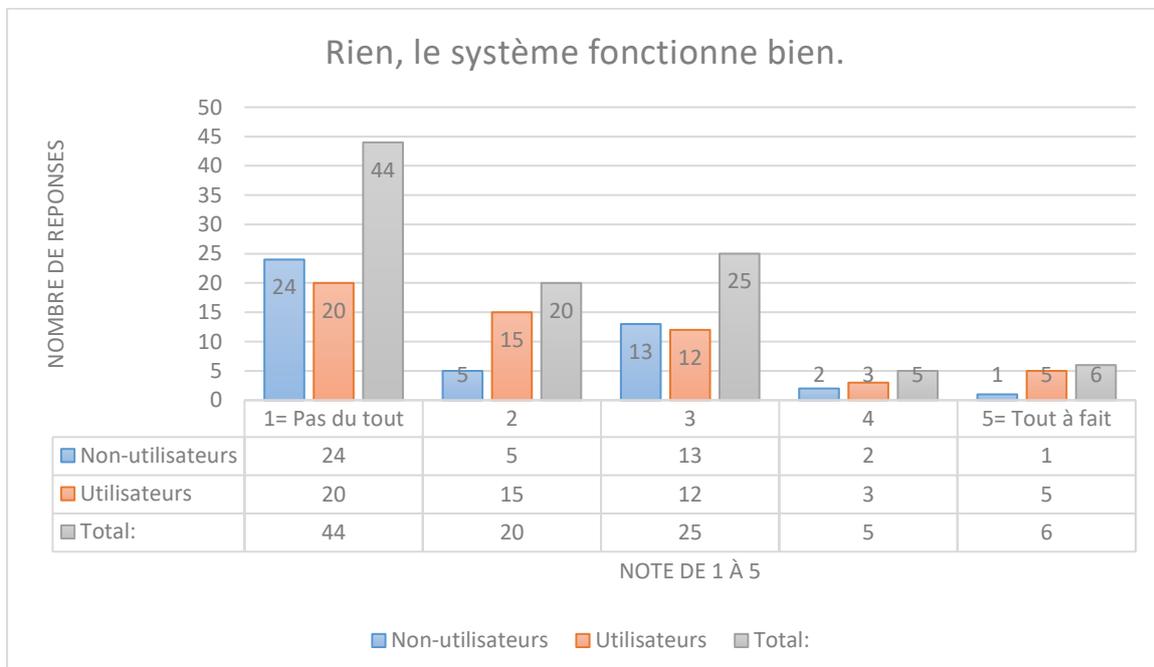


57% des médecins pourraient utiliser plus souvent le DMP si ce dernier était intégré aux outils existants, 11% pensent l'inverse et 32% restent neutres.

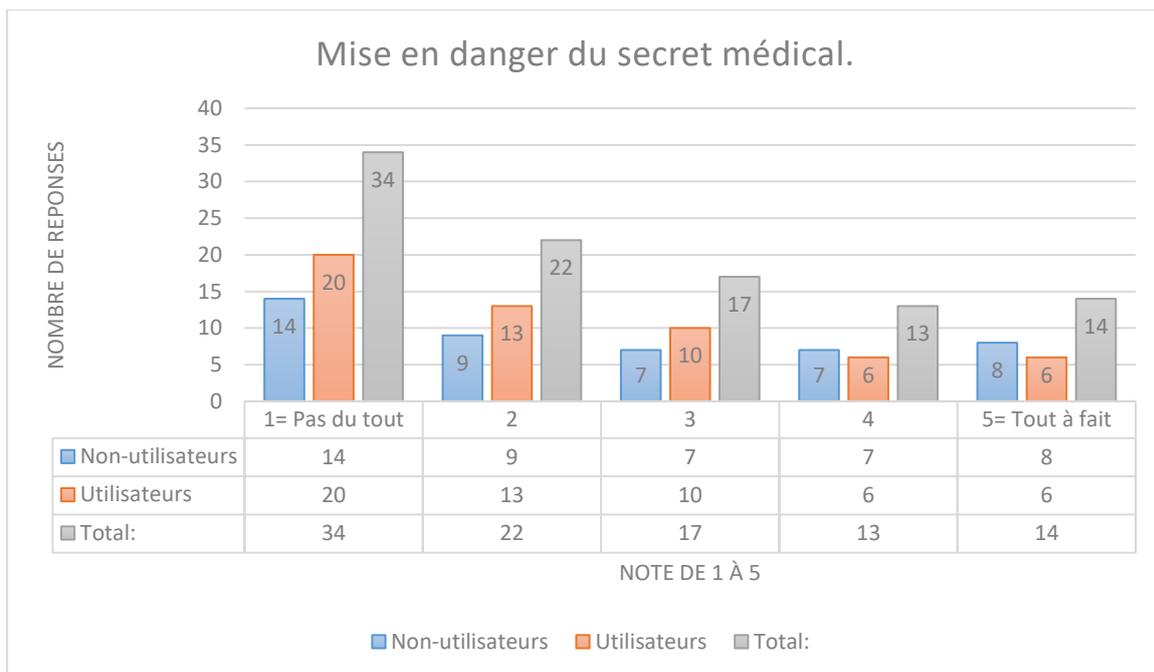
#### 2) Qu'est-ce qui vous freine pour utiliser le DMP ?

Les médecins devaient donner une réponse sous forme de note allant de 1 à 5.

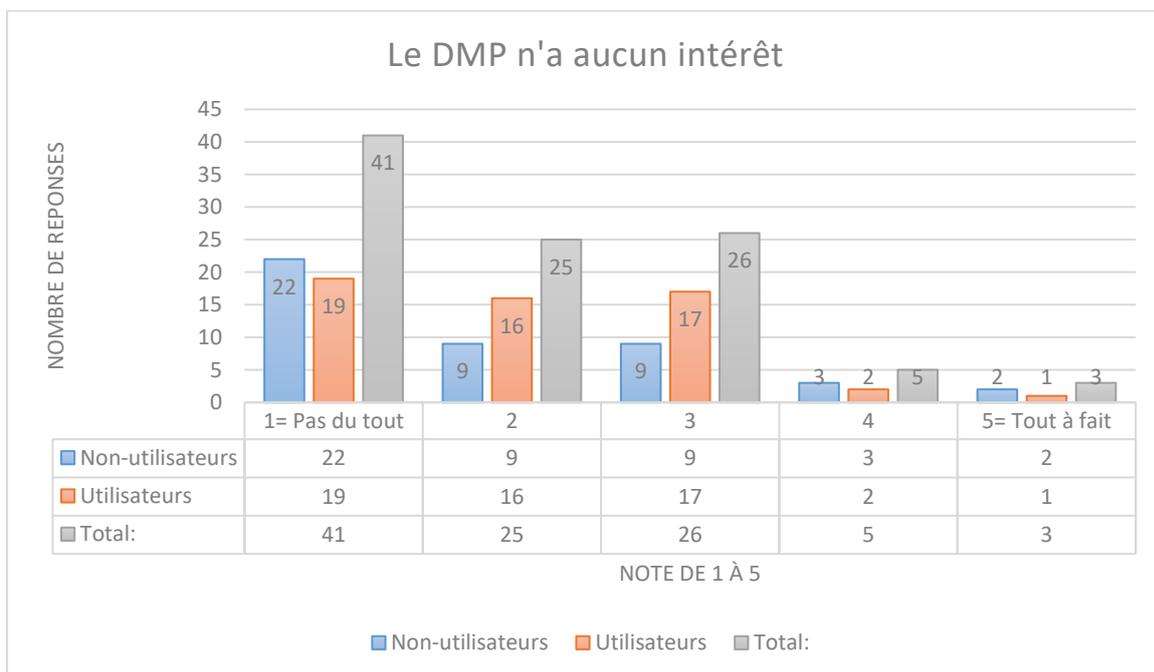
1 étant pas du tout en accord avec l'affirmation et 5 tout à fait d'accord.



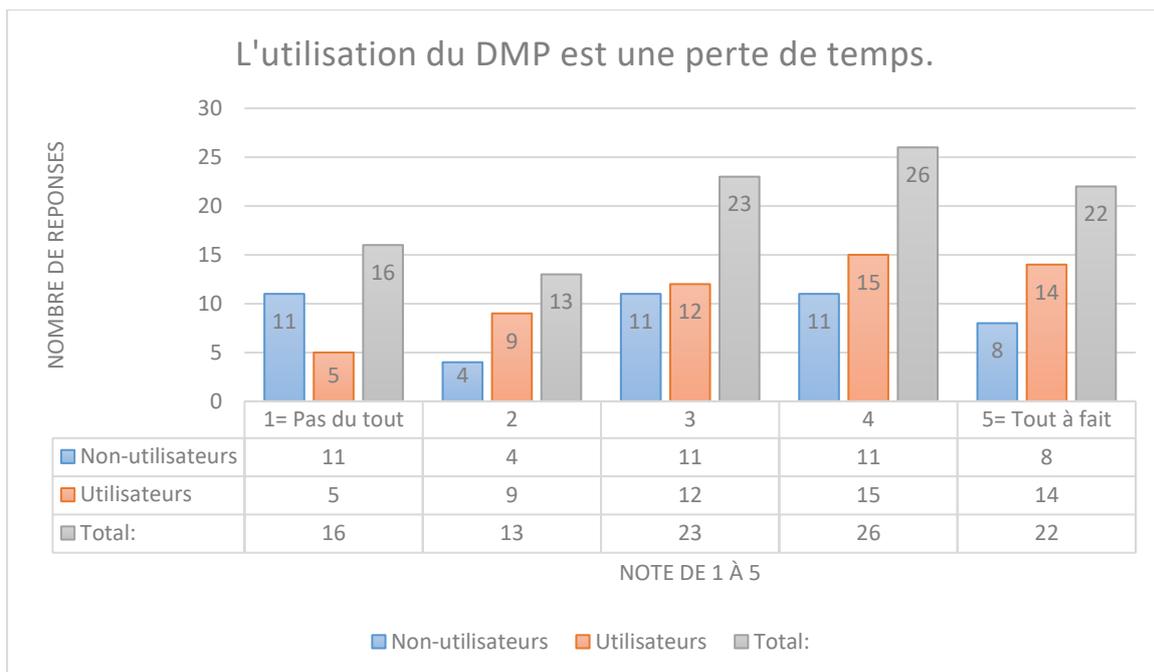
64% des médecins considèrent que le DMP n'est pas fonctionnel, 11% pensent l'inverse et 25% restent neutres.



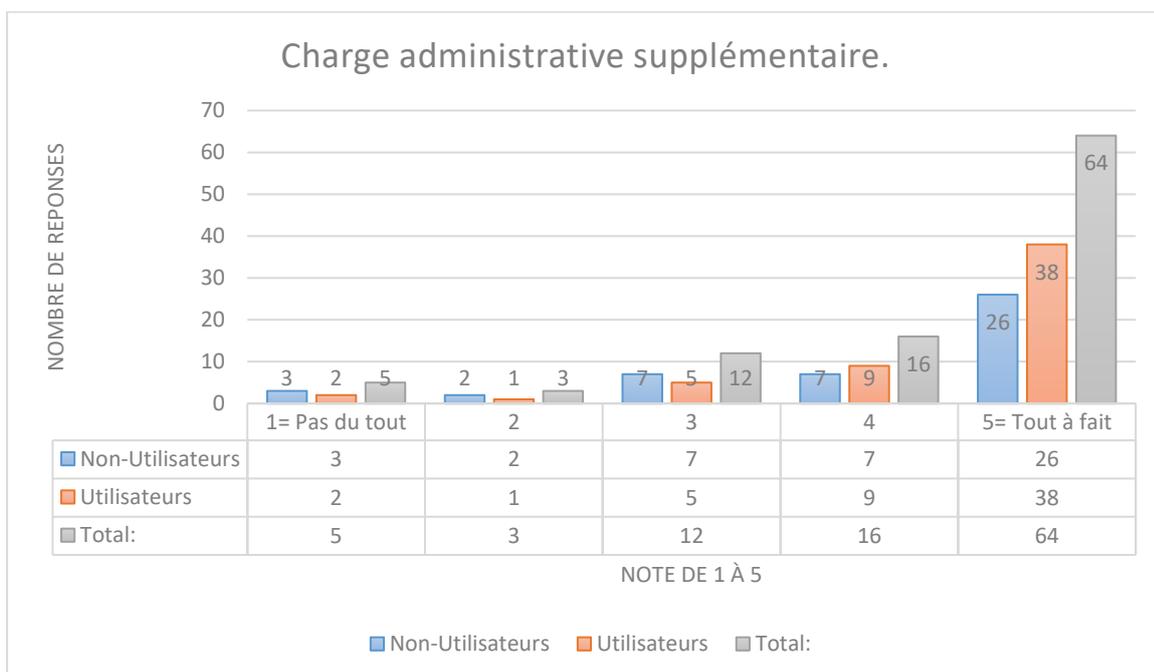
27% des médecins considèrent que le DMP met en danger le secret médical, 57% pensent l'inverse et 17% restent neutres.



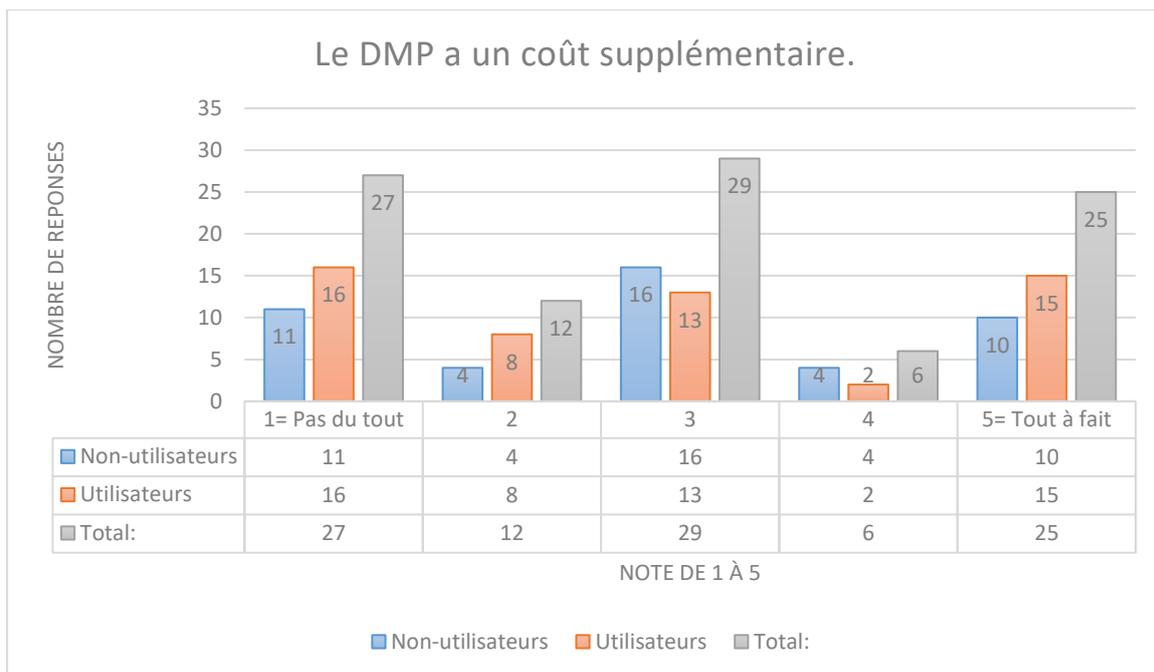
66% des médecins pensent que le DMP a un intérêt, 8% pensent l'inverse et 26% restent neutres.



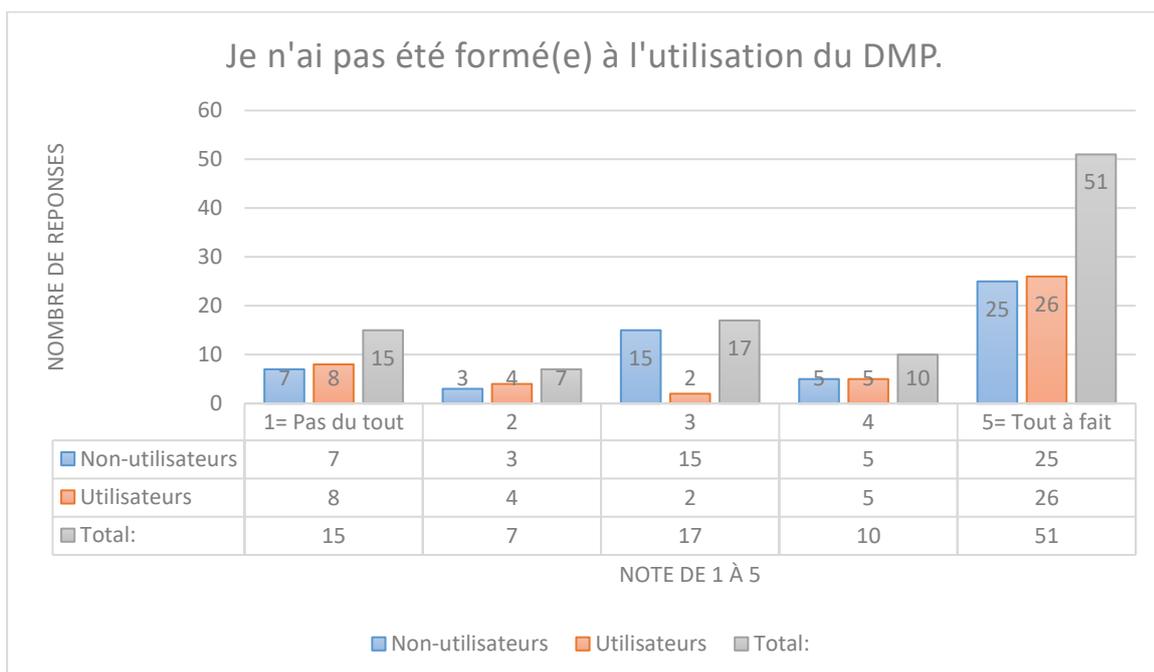
48% des médecins pensent que le DMP est une perte de temps, 29% pensent l'inverse et 23% restent neutres.



80% des médecins considèrent le DMP comme une charge administrative supplémentaire. 5% pensent l'inverse et 7% restent neutres.



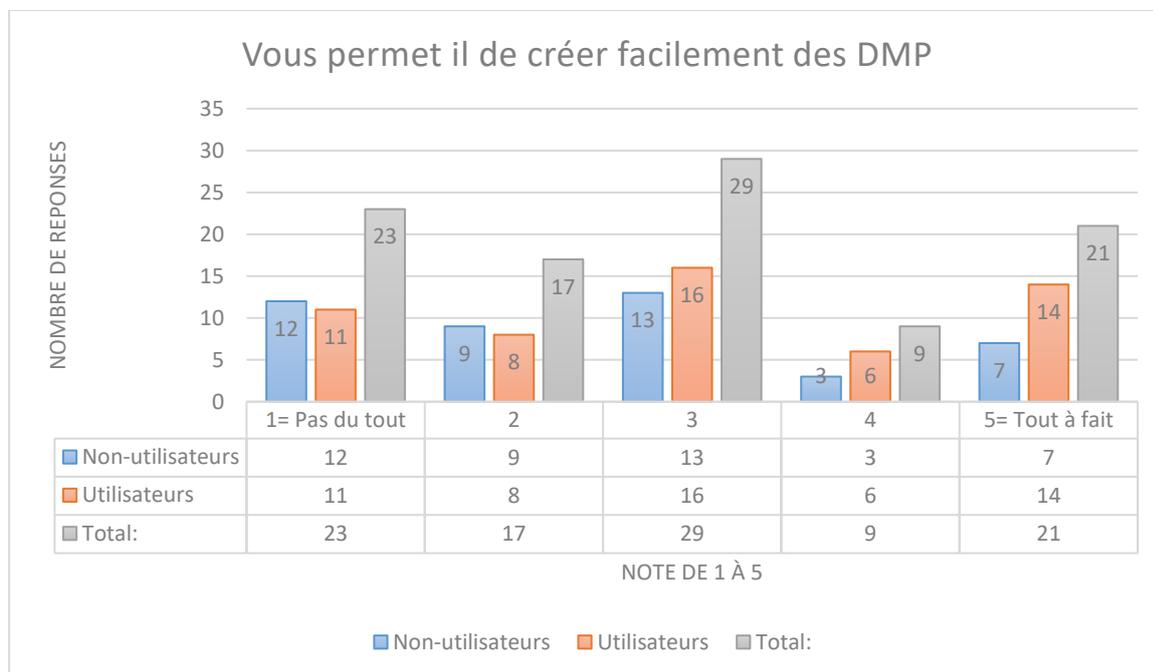
31% des médecins considèrent que le DMP à un coût supplémentaire, 39% pensent l'inverse et 20% restent neutres.



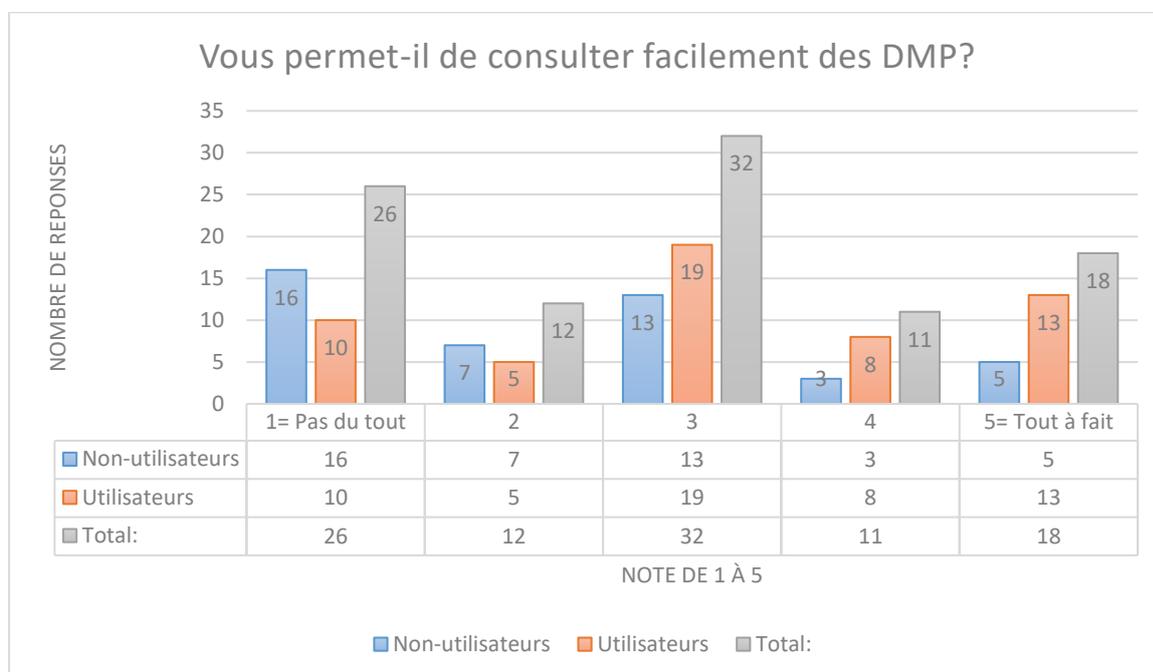
61% des médecins considèrent ne pas être formés à l'utilisation du DMP, 22% pensent l'inverse et 17% restent neutres.

## F. Logiciels-métier :

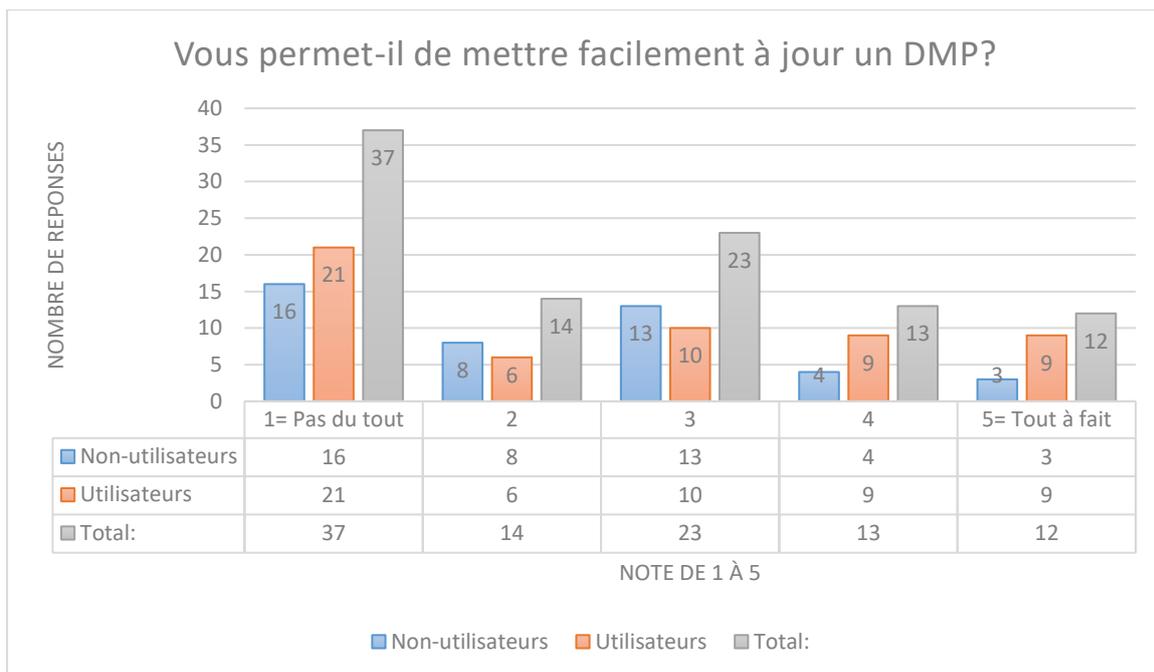
Cette partie était orientée sur les logiciels utilisés par les généralistes et leur compatibilité avec le DMP.



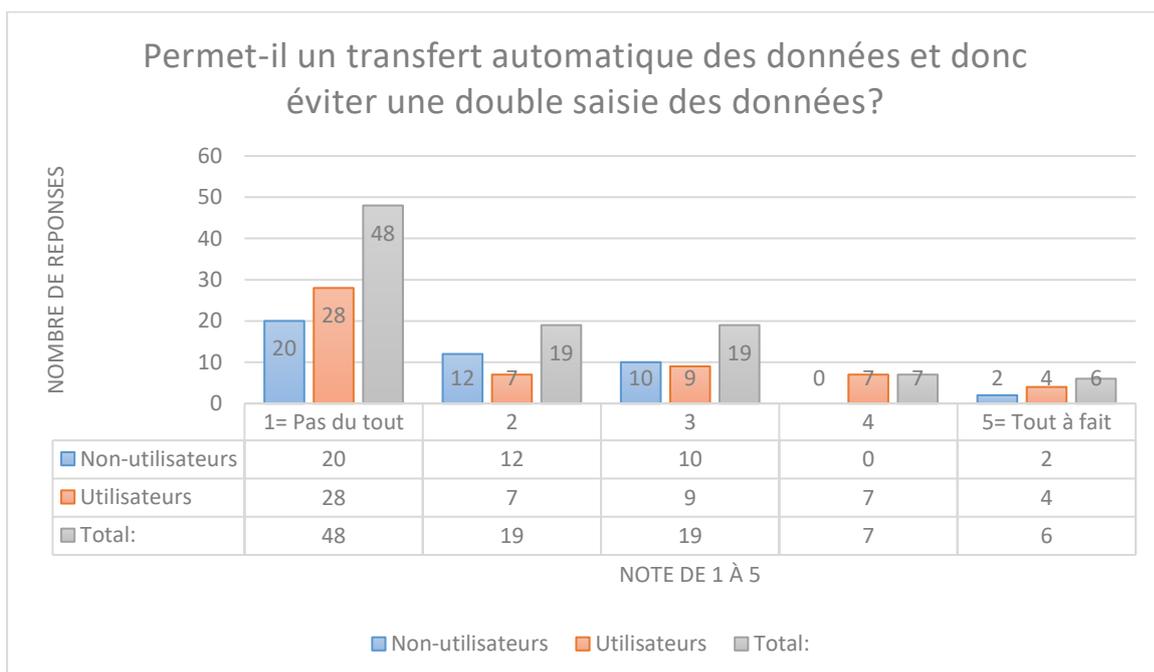
30% des praticiens considèrent que leur logiciel permet de créer facilement des DMP, 40% pensent l'inverse, et 29% restent neutres.



29% des médecins considèrent que leur logiciel permet de consulter facilement des DMP, 38% pensent l'inverse et 32% restent neutres.



25% des médecins considèrent que leur logiciel permet de mettre à jour facilement le DMP, 51% pensent l'inverse et 23% restent neutres.



13% des médecins considèrent que leur logiciel permet un transfert automatique des données vers DMP, 67% pensent l'inverse et 19% restent neutres.

## V) Discussion :

### A. Validité interne :

#### 1) Représentativité de l'échantillon.

Sur les critères d'âge, type d'exercice, et type de cabinet, notre échantillon n'est pas représentatif des médecins généralistes installés dans l'Hérault. Ceci peut s'expliquer par le faible nombre de réponses. Il n'y a pas eu de relance par mail, les médecins sont souvent sollicités par ce biais, ceci a sans doute limité les retours. Nous aurions pu également augmenter le temps de recueil des données de l'étude afin d'améliorer ce résultat.

#### 2) Biais de sélection.

-L'envoi par mail limite le public visé : 1875 médecins généralistes dans l'Hérault, seulement 1043 médecins ont reçu le questionnaire. Pour y pallier, je me suis déplacé dans les cabinets médicaux de la région Ouest Hérault, dans des formations médicales, permettant ainsi l'obtention des 45 réponses sur les 107. Tous les médecins rencontrés ont accepté de remplir le questionnaire. Pour ne pas influencer les réponses j'ai présenté le sujet de notre thèse sans décrire le DMP.

-Notons un vice de sélection car les réponses sont basées sur le volontariat et sont déclaratives donc non vérifiables.

-Concernant l'âge des sondés, les 60-69 ans sont sous-estimés à l'inverse les moins de 29 ans et 30-39 ans sont surestimés. Cela peut s'expliquer par les modes de distribution du questionnaire : l'utilisation régulière du mail concerne souvent un public jeune, et les cabinets dans lesquels je me suis déplacé à Montpellier étaient principalement occupés par de jeunes médecins.

-Nous n'avons pas eu de réponse de généralistes hospitaliers (192 médecins selon le CDOM). Je ne me suis pas déplacé dans les hôpitaux pour capter ces praticiens.

-Le questionnaire était long, environ 6 minutes et la formulation des questions peut être trompeuse avec les doubles négations.

#### 3) Biais d'exclusion :

Pour rappel : remplaçants, autres spécialistes et médecins n'exerçant pas dans l'Hérault furent exclus. Six praticiens exercent dans plusieurs cabinets avec donc plusieurs logiciels, leurs réponses sont à pondérer car tous les logiciels ne sont pas équivalents.

#### 4) L'analyse des correspondances multiples et la classification ascendante hiérarchique

Ces études ont permis de dessiner des portraits-robots d'utilisateurs et non utilisateurs du DMP. Les profils sont à perfectionner avec une étude plus importante.

## 5) Synthèse :

Le manque de réponses limite les conclusions que nous pouvons porter sur les utilisateurs et non-utilisateurs du DMP. Cette étude est descriptive et donc uniquement informative.

### B. Validité externe :

#### 1) Concernant la perception du DMP :

Notre travail a pour principal sujet d'étude le DMP après son redéploiement en novembre 2018. Comparons ce travail avec 3 thèses récentes.

- La thèse du Dr Hamard Marion<sup>(8)</sup> soutenue en 2019, étude menée sur 68 médecins.
- La thèse du Dr El Matouat<sup>(9)</sup> soutenue en 2018, étude menée sur 205 médecins.
- La thèse du Dr Enouf<sup>(10)</sup> soutenue en 2016, étude menée sur 23 médecins.

#### 2) Concernant la fréquence d'utilisation :

La première thèse retrouvait 6% « d'utilisateurs réguliers ». Contre 11% d'utilisateurs quotidiens et hebdomadaires dans notre thèse. La formulation des questions entre les thèses diffère sensiblement, il n'y a pas d'augmentation importante de l'utilisation. Les études furent réalisées sur un laps de temps similaire, ce qui explique ces résultats. Nous discuterons ultérieurement des éléments pouvant motiver les généralistes à s'impliquer davantage à l'utilisation du DMP.

La deuxième thèse révélait 34,1% des médecins qui avaient utilisé au moins une fois le DMP en 2018 contre 55% dans notre travail. Soit une majoration notable après la relance du DMP en novembre 2018.

#### 3) Concernant le manque de formation à l'utilisation du DMP :

-En 2016, dans la thèse du Dr Enouf, 44% des médecins se déclaraient « pas du tout formés » et 31% « insuffisamment formés ».

-En 2018, dans la thèse du Dr El-Matouat, 63,9% déclaraient n'avoir reçu aucune information sur le DMP.

-En 2020, dans notre thèse, 61% des médecins considèrent ne pas être formés à l'utilisation du DMP. Une formation sur son utilisation serait donc un point positif pour aider au développement. Une journée de formation pour les médecins généralistes proposée par la CPAM ou le développement professionnel continu pourrait améliorer cela. A l'heure actuelle, les médecins généralistes semblent être les oubliés des formations qui visent les directions d'EHPAD, de centre hospitaliers, cabinets de radiologie, pharmaciens, et infirmiers.

*Les mesures à venir concernant l'accompagnement à la création et à l'alimentation du DMP pour les professionnels et établissements de santé sont les suivantes :*

► *Intéressement d'un euro par DMP créé pour les infirmiers libéraux : négociation en cours de la convention médicale de cette profession (signature prévue fin du premier trimestre 2019)*

► Mobilisation des laboratoires de biologie pour qu'ils s'équipent d'une version logiciel interopérable DMP

► EHPAD : Versement d'un intéressement à l'équipement du SIH interopérable DMP

► Pour l'ensemble des établissements sanitaires, financement via HOP'EN si le prérequis d'alimentation du DMP en lettres de liaison ou comptes rendus d'hospitalisation est respecté (montant du crédit versé fonction du nombre de comptes rendus d'hospitalisation et de comptes rendus de biologie versés dans le DMP)

► Action auprès des cabinets de radiologie et des éditeurs de radiologie pour alimenter de façon automatique les DMP en comptes rendus d'imagerie (distribution par l'Asip Santé de Certificats de Personne Morale aux cabinets de radiologie) <sup>(23)</sup>

Les projets de développement du DMP d'ici 2022 sont les suivants :

-Alimentation du DMP avec des données « structurées ».

-Ajout d'un carnet de vaccination.

-Expérimentation d'un moteur de recherche par mot clé.

-Optimisation de l'application mobile.

-Ouvrir un DMP automatique dès l'attribution d'un NNI numéro national d'identification soit dès la naissance.

Structurer les données est une bonne chose, il est dommage que cela ne fut pas appliqué dès la relance de DMP en novembre 2018.

Les généralistes pouvant rédiger les volets de synthèse médicale ou VSM sont pour l'instant exclu des formations et de « l'intéressement » au DMP. Le VSM contient les informations suivantes : <sup>(24)</sup>

- Coordonnées patient
- Coordonnées médecin traitant
- Antécédents personnels (médicaux/chirurgicaux/allergies)
- Antécédents familiaux
- Vaccinations
- Traitements au long cours
- Principales constantes (HbA1c, TA, Poids, Taille, IMC, etc.)
- Faits marquants et propositions thérapeutiques au cours de l'année

Or ce travail de synthèse est primordial pour créer des dossiers médicaux « complets ». Il est essentiel aux médecins prenant en charge le patient, qu'ils soient urgentistes, spécialiste ou généraliste recevant un nouveau patient ou un vacancier.

#### 4) Concernant l'utilisation du DMP

Pour la première thèse les utilisateurs du DMP étaient 37% à créer des DMP et 20% à ajouter des documents contre 52,7% et 29% dans notre travail. Ceci peut s'expliquer par la politique de relance du DMP depuis novembre 2018, ils sont donc ouverts, mais pas forcément utilisés. La CNAM a pour objectif l'ouverture de 40 millions de DMP d'ici 2022<sup>(26)</sup>

#### 5) Concernant les freins à l'utilisation du DMP :

	Thèse Dr Enouf	Ce travail	Discussion
Chronophage	65%	48%	Amélioration des logiciels depuis 2016 pouvant expliquer cela.
Manque information	48%	61%	Discuté précédemment.
Atteinte à la confidentialité	31%	27%	Les résultats sont comparables.
Complexité d'utilisation	26%	Non comparable	
Inutilité du DMP	18%	10%	Amélioration de la perception du DMP partagé par rapport au DMP personnel.
Défaut d'équipement	18%	4%	Les cabinets doivent être équipés pour bénéficier du forfait structure.

#### C. Concernant les résultats de cette thèse :

##### 1) Perception du DMP.

- a) Le DMP présente **un intérêt pour 66%** des sondés. 65% pensent qu'il est utile en cas d'urgence, 64% voient en ce dernier un outil de coordination des soins, permettant pour 51% des généralistes un moyen d'échange entre praticiens, et qui plus est seulement 27% craignent une mise en danger du secret médical.

Les chiffres du sondage parlent par eux même, le DMP est globalement perçu comme un outil améliorant la prise en charge des patients.

- b) 54% des médecins considèrent que le DMP **diminue le risque iatrogène**. Les médecins libéraux n'ont pas accès au dossier pharmaceutique du patient. Ce dernier pourrait être une aide précieuse pour les prescripteurs. D'où l'utilité du DMP qui détient l'historique de remboursement des traitements.
- c) Le DMP peut **diminuer les dépenses de santé pour 47%** des sondés. Or, l'étude commandée par le « Canada Health infoway »<sup>(18)</sup> concernant le dossier médical électronique canadien publiée en 2013 constate d'importantes économies. La diminution des accidents iatrogènes et des examens redondants ont permis une économie de 123 millions de Dollars en 2012 et depuis l'utilisation du « dossier

médical électronique » entre 2006 et 2012, ce sont 584 M\$ qui furent économisés selon l'enquête. Qui plus est, la diminution de 1% du nombre d'unités galéniques prescrites chez les patients de plus de 65 ans et des hospitalisations qui en découlent permettraient une économie de près de 100 millions d'euros en 2019. <sup>(22)</sup>

- d) Si les praticiens voient du potentiel dans le DMP, il est perçu comme **une charge administrative pour 80%** des sondés.

Axe pour répondre à cette problématique :

57% des personnes testées pensent utiliser le DMP plus fréquemment si ce dernier était incorporé directement aux outils existants et déjà largement utilisés tels que Améli-pro ou Trajectoire. Cela permettrait aux internes d'accéder au DMP car ils n'ont pas accès à Améli-pro, mais peuvent travailler sur Trajectoire. Améli-pro est utilisé par 80 000 médecins <sup>(22)</sup>.

Avantages de ce modus operandi :

Premièrement, un accès sécurisé immédiat au DMP sans avoir à attendre une énième carte CPX ou e-CPS ou les 40000 lecteurs de carte CPS promis aux centres hospitaliers <sup>(11)</sup>. Donc économie, facilité d'accès, et maintien du secret médical sont au rendez-vous. A la place de créer, ou attendre le déploiement d'équipement, pourquoi ne pas fusionner le DMP aux outils existants ?

Deuxièmement si le DMP est inaccessible, il restera inutilisé. 51% de ceux qui n'utilisent pas le DMP dans cette étude disent ne pas savoir se connecter au DMP.

Dans cette étude, les moins de 29 ans n'utilisent pas le DMP à 75% et les 30-39 ans utilisent plus le DMP mais de manière anecdotique.

Ils étaient internes avant leur installation or :

-Les internes ne peuvent pas accéder au DMP car ils n'ont pas de carte CPS mais une carte CPE et une carte CPF. Donc ils devront découvrir le DMP après la soutenance de leur thèse.

-Une grande partie des stages lors de l'internat se fait dans les hôpitaux. Ces derniers attendent les lecteurs de carte CPS pour pouvoir se connecter au DMP.

2) Fonctionnement du DMP.

64% pensent que son mode de **fonctionnement est problématique**.

Axe pour répondre à cette problématique :

Premièrement 61% des médecins n'ont pas été formés à l'utilisation du DMP. La CNAM forme déjà les pharmaciens. Peut-être une formation individuelle ou en groupe pourrait y répondre <sup>(12)</sup>.

Deuxièmement, améliorer l'ergonomie des logiciels-métier : l'ajout de document est considéré comme difficile pour 51% des sondés et comme un travail supplémentaire car il nécessite une double saisie des données pour 67%. Par ailleurs, seulement 29% des médecins considèrent que la consultation d'un DMP est aisée et 30% créent facilement des DMP.

## Pistes pour améliorer les conditions d'accès au DMP

Les logiciels-métier sont compatibles avec le DMP, mais la pratique montre qu'ils sont peu ergonomiques. Grâce au ROSP et le forfait structure actuel, seulement 4% des sondés déclarent avoir un logiciel non compatible avec le DMP.

Pour la réalisation de cette partie, j'ai interrogé les développeurs du logiciel Hypermed® ces derniers mettaient en avant les difficultés d'adapter leur logiciel au DMP car il est constamment modifié par la CNAM. Pour être « logiciel certifié SESAM VITALE » par le CNDA ou centre national de dépôts et d'agrément. Un logiciel doit répondre à 32 « conditions et protocoles », dont 5 concernant le DMP. <sup>(25)</sup> Ces dernières ont été mise à jour à de multiples reprises, le 03/07/14, le 18/11/16 le 23/11/19 et le 13/08/19.

Qui plus est : l'architecture technique du DMP évolue et impose des sécurités supplémentaires. De nouvelles cartes ont été distribuées par l'ASIP Santé depuis 2018. Celles-ci disposent d'un tout nouveau certificat, devenu indispensable pour se connecter au DMP. Ces CPS sont reconnaissables par les vagues bleues au dos.

D'autre part, l'algorithme de cryptage servant à la liaison avec les serveurs DMP ont eux aussi été actualisés par l'Assurance Maladie qui impose maintenant un socle technique minimum (TLS 1.2). <sup>(27)</sup>

Le transfert automatique de données n'est pas d'actualité, le travail de saisie est donc doublé. Or cet exercice n'est pas rémunéré.

### 3) Coût du DMP.

Le DMP est perçu à 31% comme étant un coût supplémentaire, et chronophage pour 48% des sondés. Tout travail mérite salaire or 41% des médecins n'utilisant pas le DMP et ne comptant pas l'utiliser dans le futur pourraient changer d'avis si une aide financière leur était proposée.

La convention 2016 – 2021 met en place un "forfait structure" qui remplace la ROSP. Le premier volet inclut 5 indicateurs dont la valorisation de l'utilisation de logiciels-métier compatibles avec le Dossier Médical Partagé (DMP) <sup>(13)</sup>. Pour l'année 2019, tout médecin ayant satisfait aux **5 indicateurs** obtient 280 points (7€/point) soit 1960€ maximum.

Les pharmaciens perçoivent une rémunération de 1€ lors de l'ouverture d'un DMP mais pas les médecins. Or, lorsqu'un dossier médical n'est pas ouvert par le médecin traitant ce dernier doit effectuer tout une série de manipulations pour se « déclarer médecin traitant » sur le site du DMP et donc pouvoir accéder à tous les documents. Rajoutant donc une charge administrative supplémentaire et une perte de temps.

#### Axes d'amélioration :

-Créer une cotation spécifique, pour remplir le VSM du patient et revaloriser annuellement avec la ROSP ou le forfait structure les mises à jour du DMP.

-Créer un volet indépendant pour le DMP dans la ROSP ou forfait structure.

- Automatiser la déclaration du médecin traitant sur le DMP.

#### 4) Autres avantages théoriques du DMP.

##### a) Carnet vaccinal.

Le DMP souhaite contenir un carnet vaccinal en ligne. Or le site mesvaccins.net, propose déjà cette option depuis 2011 <sup>(29)</sup>. A la place de développer un second carnet vaccinal en ligne, serait-il envisageable d'intégrer au DMP un onglet dirigeant le praticien vers mesvaccins.net ou fusionner les deux sites ?

##### b) Départ en retraite et changement de médecin traitant.

Malheureusement, à l'échelle nationale, les généralistes avancent en âge et beaucoup partent en retraite. Le DMP est une solution pour stocker les données du patient au long cours. Pour rappel un médecin se doit de conserver un document 20 ans à compter de la dernière consultation et 30 ans pour les actes transfusionnels. <sup>(28)</sup>

Ce dernier pourrait éviter la perte de documents lors des transferts de dossier et simplifierais le transfert de dossier pour les patients qui souhaitent changer de médecin traitant ou déménager. A l'heure actuelle, les patients doivent rencontrer leur ancien médecin traitant pour récupérer leur dossier médical en main propre, cette solution parait plus aisée pour le praticien et le patient.

#### 5) Questions éthiques :

Quelle est la responsabilité du médecin qui renseigne (ou ne renseigne pas) le DMP. Qui sera tenu pour responsable si une information manque ?

La communication d'un dossier médical incomplet est assimilée à une absence de soin appropriés et révèle une faute :

Sauf cas particuliers, la responsabilité du professionnel de santé n'est engagée qu'en cas de faute prouvée, et la charge de cette preuve incombe au patient. Le plus souvent, ce dernier l'apporte grâce au dossier médical, qui permet de reconstituer les étapes de la prise en charge. Mais quand le dossier est mal tenu, incomplet, la charge de la preuve peut être renversée et peser, en définitive, sur le praticien. C'est ce qui ressort d'un arrêt de la Cour de cassation du 14 avril 2016. <sup>(30)</sup>

Que se passe-t-il lorsqu'une information que le patient ne souhaite pas voir figurer sur le DMP apparait ? A l'heure actuelle, les patients ont la possibilité de cacher des informations à certains professionnels de santé et retirer les documents de leurs choix. Seul le médecin traitant accède aux documents « cachés ». Que se passerait-il si une faute médicale était liée à ce défaut d'information ? Pour le moment, il n'y a pas de jurisprudence sur ce point.

Rappelons que pour l'instant Le DMP ne se substitue pas au dossier « métier » du professionnel de santé que celui-ci doit tenir, dès lors qu'il administre des soins.

## VI) Conclusion :

Le dossier médical partagé est un outil prometteur qui reste peu utilisé par les médecins.

- 1) Il est vu comme une énième charge administrative et les logiciels-métier ont du mal à suivre les évolutions permanentes du DMP. Une plus grande collaboration entre développeurs de logiciels métiers et les administrateurs du DMP pourrait améliorer la situation.
- 2) Les aides financières et formations sont proposées à d'autres professionnels de santé par la CNAM. Or la méconnaissance du DMP n'incite pas les généralistes à utiliser ce dernier. La création d'une cotation spéciale pour alimenter le DMP est un investissement qui permettrait des économies dans un second temps en diminuant les dépenses de santé.
- 3) Les conditions d'accès au DMP sont trop complexes et les politiques actuelles ne vont pas vers une simplification. Remplacer l'authentification avec la carte CPS, par un identifiant et mot de passe, permettrait de corriger ce problème à moindre coût. Ce dispositif pourrait être couplé à l'envoi d'un SMS ou mail avec un code à usage unique, pour maintenir le niveau de sécurité actuel. Cela permettrait l'accès du DMP aux internes qui en sont privés présentement. Une autre piste serait d'intégrer le DMP aux outils existants tels que « Améli-pro » ou « Trajectoire ».
- 4) L'utilisation du DMP est une tâche ardue, la partie « documents » du DMP est constituée de près d'une quarantaine d'onglets, dont les titres sont peu clairs ex : *CR d'administration de médicament* ou *CR d'accouchement* pour le dossier d'un homme *CR d'acte diagnostique (autre)*. Une simplification participerait à l'adoption du DMP.
- 5) Le généraliste est la pierre angulaire de la réussite du dispositif et paraît peu consulté par la CNAM. Les médecins ont la perception d'un DMP qui leur est imposé, alors que leur participation à l'élaboration aurait dû être plus visible. D'où le faible engouement pour un outil informatique en évolution avec un enjeu de santé publique majeur.
- 6) Le DMP est un carnet de santé virtuel relancé en faisant abstraction des médecins généralistes. Est-ce qu'un dossier sans volet de synthèse médicale, contenant principalement des listes de remboursements, de biologies et compte rendus hospitaliers permettra de répondre aux enjeux de santé publique ? Ne faudrait-il pas développer en priorité cette partie du DMP ?

---

### Déclaration de conflit d'intérêt :

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

## VII) Annexes :

### Annexe I :

#### Histoire du DMP

##### a) Du dossier médical Personnel au dossier médical Partagé.

Le Dossier médical Personnel a été instauré par la loi n° 2004-810, du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie. Citons l'article L. 161-36-1 : « *Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L. 1111-8 du même code, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention.* »

Si nous nous référons à la bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale <sup>(2)</sup> Le médecin traitant se doit de remplir le DMPE et assurer sa mise à jour de ce dernier selon les termes de l'accord signé le 12 janvier 2005 entre les caisses de sécurité sociale et les principaux syndicats des médecins libéraux : « *Conformément à la loi, les médecins conventionnés consulteront et mettront à jour le dossier médical personnel des patients qu'ils prennent en charge. Le DMP a pour vocation à suivre le patient tout au long de son parcours de soins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, dans le respect des règles du secret médical. Dans l'attente de la mise en œuvre du DMP, le médecin traitant établit son dossier médical en conformité avec le parcours de soins coordonné.* »

Sur le papier il s'agit d'un dossier médical « classique » qui doit être tenu par n'importe quel médecin traitant. Pourquoi le dossier médical personnel a été remplacé ?

Notons la lourdeur d'utilisation, du DMPE, son contenu est difficilement structurable et il contient exclusivement des documents .pdf qui sont par définition non modifiables. Tout ceci fit dire à la ministre de santé de l'époque Mme M-S Touraine en automne 2013: « *La difficulté à laquelle nous sommes clairement confrontés est que les professionnels de santé ne se sont pas appropriés ce dossier médical* ».

La cour des comptes publie en février 2018<sup>(3)</sup> son rapport qui est sans appel, le déploiement chaotique du DMPE, son coût important 210 M€ dépensés en 2011 pour 158 000 DMPE ouvert dont 89 500 sans le moindre document. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ou CNAMTS récupère l'exploitation du dossier médical qui devient partagé.

##### b) Le DMP.

Neuf départements pilotes : le Bas-Rhin, les Pyrénées-Atlantiques, les Côtes-d'Armor, le Doubs, la Haute-Garonne, l'Indre-et-Loire, le Puy-de-Dôme, la Somme et le Val-de-Marne sont en première ligne pour tester le DMP. voir Annexe III

En novembre 2018 le déploiement du DMP se fait en fanfare à l'échelle nationale. Le nombre de DMP ouvert en juin 2019 dépasse les 6 millions<sup>(6)</sup>. Près d'un français sur deux avait entendu parler du DMP en janvier 2019 contre moins d'un quart en octobre 2018<sup>(4)</sup>. Trois phases sont prévues pour le déploiement du DMP : la création, l'alimentation et enfin l'utilisation.

Annexe II :

chiffres du conseil de l'ordre		
<29	14	
30-39	386	
40-49	318	
50-59	558	
60-69	476	
>70	128	
libéral	1226	
mixte	98	
salarié	540	
divers	16	
cabinet		
cabinet individuel	547	
cabinet de groupe	652	
société d'exercice	117	
autre activité libérale	15	
hospitalier	192	

## Annexe III

TEXTE ADOPTÉ n° 505

« Petite loi »

—

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

**SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015**

**14 avril 2015**

---

### **PROJET DE LOI**

*de modernisation de notre système de santé,*

ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE  
EN PREMIÈRE LECTURE.

*(Procédure accélérée)*

Article 25 Le titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

5° L'article L. 1111-14 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1110-4-1 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé.

« À cette fin, il est créé un identifiant du dossier médical partagé pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie.

« Le dossier médical partagé est créé sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Elle participe également à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration d'un système de communication sécurisée permettant l'échange d'informations entre les professionnels de santé. » ;

[RÉCAPITULATIF](#) | **DOCUMENTS** | [MÉTADONNÉES](#) | [MÉTADONNÉES D'INFORMATIONS](#) | [GESTION DU DMP](#) | [HISTORIQUE DES ACCÈS](#)

Récapitulatif > Documents > Liste des documents

## Documents

Filtrer la liste des documents

Par auteur : tous  
 Par profession / spécialité : tous  
 Entre le :  et le :

Affichage des documents :

Documents courants (1) | Documents archivés

**Synthèses**

- Note de transfert (dont lettre de liaison à l'entrée en établissement de soins)
- Synthèse
- Synthèse d'épisode de soins
- Synthèse du dossier médical

**Traitements et soins**

- CR d'administration de médicaments
- CR ou fiche de suivi de soins par auxiliaire médical
- Dispensation médicamenteuse
- Dispensation (autre)
- Plan personnalisé de soins
- Prescription de médicaments
- Prescription de soins
- Prescription (autre)
- Protocole de soins ALD

**Comptes-rendus**

- CR d'accouchement
- CR d'acte diagnostique (autre)
- CR d'acte thérapeutique (autre)
- CR d'admission
- CR d'anesthésie
- CR de bilan d'évaluation de la perte d'autonomie
- CR de bilan fonctionnel (par auxiliaire médical)
- CR de consultation pré-anesthésique
- CR de génétique moléculaire
- CR de passage aux urgences
- CR de réunion de concertation pluridisciplinaire
- CR de télé-médecine
- CR hospitalier (séjour)
- CR opératoire
- CR ou fiche de consultation ou de visite
- Lettre de liaison à la sortie d'un établissement de soins

**Imagerie médicale**

- CR d'imagerie médicale
- Document encapsulant une image d'illustration non DICOM

**Biologie**

- CR d'anatomie et de cytologie pathologiques
- CR d'examen biologiques

**Prévention**

- CR d'acte diagnostique à visée préventive ou de dépistage
- CR d'acte thérapeutique à visée préventive

**Certificats, déclarations**

**Données de remboursement (1)**

**Documents dont je suis l'auteur**

- Directives anticipées
- Document du patient

### Documents (1/1)

	N	Type	Titre	Début de l'acte	Auteur	Profession / Spécialité
<input type="checkbox"/>		Données de remboursement	Données de remboursement	06/02/2020	Dispositif médical	Alimentation automat...

Tout sélectionner

[Haut de page](#)

---




Brochure d'information patient | Conditions générales d'utilisation | Accessibilité

[FAQ](#) | [Accueil du site](#) | [Versions du DMP](#)

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Etat des lieux de l'utilisation du DMP par les médecins généralistes de l'Hérault :

### Quelle est votre tranche d'âge ?

- <29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- >70

### Vous avez un exercice :

- Libéral.
- En tant que médecin salarié.
- Mixte : libéral/salarié

### En fonction de la réponse précédente 3 possibilités : Concernant le lieu d'exercice :

#### Exercice libéral

*\* Une seule réponse possible.*

- Seul dans un cabinet médical.
- Dans un cabinet médical de groupe.
- Autre :

#### Lieu d'exercice Salarié

*Une seule réponse possible.*

- Seul dans un cabinet médical.
- Dans un cabinet médical de groupe.
- Autre structure de soin
- Autre :

#### Lieu d'exercice Mixte

*Plusieurs réponses possibles :*

- Seul dans un cabinet médical à temps partiel.
- Dans un cabinet médical de groupe à temps partiel.
- Dans un centre hospitalier/clinique à temps partiel
- Autre :

### Avez-vous utilisé le DMP au moins une fois ?

*\* Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON
- Je n'ai jamais entendu parler du DMP =>fin du questionnaire

### En fonction de la réponse précédente 2 possibilités :

Si oui :

#### Vous avez utilisé le DMP :

##### 7. A quelle fréquence : \*

*Une seule réponse possible.*

- Vous vous êtes connecté au moins une fois par curiosité.
- Au moins une fois par an.
- Au moins une fois par mois.
- Au moins une fois par semaine.
- Tous les jours.

##### 8. Vous avez utilisé le DMP : \*

*Une seule réponse possible.*

- Pour y ajouter des documents.
- Pour consulter des documents.
- Vous avez créé un DMP

Si non :

#### Je n'ai jamais utilisé le DMP car :

24. \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Mon logiciel n'est pas compatible.
- Mon lieu d'exercice n'est pas équipé pour : pas de terminal adapté ; pas de carte CPS à disposition ou autre.
- Je ne sais pas comment y accéder
- Je n'ai jamais eu besoin de me connecter au DMP
- Autre :

##### 25. Pensez-vous utiliser le DMP dans le futur ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Non Passez à la question 26.
- Oui Passez à la question 9.

#### Quels sont les éléments qui vous ferait changer d'avis :

26. \*

Plusieurs réponses possibles.

Une formation sur l'utilisation du DMP

Une aide financière pour compenser par exemple le temps investi ou le coût du matériel

Utilisé

Autre :

## **Pensez-vous que le DMP soit utile :**

### **9. En cas d'urgence**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

### **10. Pour optimiser le temps de consultation**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

### **11. Pour le suivi de pathologies chroniques**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

### **12. Pour la coordination des soins**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

### **13. Pour échanger des informations entre praticiens**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

### **14. Pour diminuer les dépenses de santé en évitant par exemple les examens redondants**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

### **15. Pour améliorer la prise en charge des patients en diminuant par exemple le risque iatrogénique**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

### **17. Pour connaître les directives anticipées du patient ou la personne de confiance**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

Pensez-vous utiliser plus fréquemment le DMP si ce dernier était intégré aux outils existants (trajectoire ; Améli-pro ou autre)

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

## **18. Qu'est-ce qui vous freine pour utiliser le DMP ?**

### **17. Rien, le système fonctionne bien.**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

### **18. Mise en danger du secret médical.**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

**19. Le DMP n'a aucun intérêt.**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

**20. L'utilisation du DMP est une perte de temps.**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

**21. C'est une charge administrative supplémentaire.**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

**22. A le DMP a un coût supplémentaire.**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

**23. Je n'ai pas été formé à l'utilisation du DMP.**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

**24. Autre :**

### **Concernant votre logiciel professionnel :**

**19. Vous permet-t-il de créer facilement des DMP ?**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

**20. Vous permet-t-il de consulter facilement des DMP ?**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

**21. Vous permet-t-il de mettre à jour facilement les DMP ?**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.

**22. Permet-t-il un transfert automatique des données et par conséquent éviter une double saisie des informations ?**

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout. 1 2 3 4 5 Tout à fait.



\$`5`

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
TYPE_EXERCICE=cabinet_solo_mixte	100	100	1.818182	0.01818182	2.361894
AGE=>70	100	100	1.818182	0.01818182	2.361894

Link between the cluster variable and the categorical variables (chi-square test)

```

=====
                p.value df
Frein1      0.0000000000000004838066 16
AGE         0.0000000313011232261662 20
Frein2      0.0008324052532911066591 12
TYPE_EXERCICE 0.0115432207784802853129 16
  
```

Description of each cluster by the categories

```

=====
$`1`
                Cla/Mod Mod/Cla Global  p.value  v.test
AGE=40-49      100.00000 53.33333 17.77778 0.00002985342 4.174582
Frein1=Frein1_besoin  90.00000 60.00000 22.22222 0.00004894885 4.060590
Frein1=Frein1_temps  80.00000 26.66667 11.11111 0.03843311160 2.070205
Frein2=Frein2_aucun  39.47368 100.00000 84.44444 0.04486154798 2.005950
Frein1=Frein1_manque_info_acces 9.52381 13.33333 46.66667 0.00176641212 -3.126931
  
```

\$`2`

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
AGE=60-69	100	100	11.11111	0.000000818492	4.930906

\$`3`

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Frein1=Frein1_manque_info_acces	76.19048	94.11765	46.66667	0.0000004535946	5.044969
TYPE_EXERCICE=groupe_liberal	50.00000	100.00000	75.55556	0.0021155585534	3.073511
AGE=<29	83.33333	29.41176	13.33333	0.0243111775727	2.252176
TYPE_EXERCICE=seul_liberal	0.00000	0.00000	15.55556	0.0260918888259	-2.224841
AGE=40-49	0.00000	0.00000	17.77778	0.0144192017196	-2.446647
Frein1=Frein1_besoin	0.00000	0.00000	22.22222	0.0041135860761	-2.869318

\$`4`

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Frein1=Frein1_equipement	100	100	8.888889	0.000006711635	4.502634

\$`5`

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Frein1=Frein1_logiciel	80	100	11.11111	0.00003355817	4.147871
Frein2=Frein2_besoin	50	50	8.888889	0.03523608175	2.105635
Frein2=Frein2_aucun	0	0	84.444444	0.00023490721	-3.678177

## VIII) Bibliographie :

- (1) Carine CHHO  
Les changements comportementaux induits par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Thèse d'exercice : médecine : Paris Sud ; (en ligne)  
[http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/969/fichier\\_these-rosp-carine-chho8e75b.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/969/fichier_these-rosp-carine-chho8e75b.pdf)  
(consultée le 29/02/20)
- (2) Bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale.  
Dictionnaire Dossier Médical Personnel (en ligne)  
<https://www.bnds.fr/dictionnaire/dmp.html> (consulté le 29/02/20)
- (3) Cours des comptes Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser (en ligne)  
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/08-services-publics-numeriques-en-sante-Tome-2.pdf> (consulté le 29/02/20)
- (4) Dossier de presse CPAM 5 millions de personnes ont ouvert leur dmp le dossier médical partagé poursuit son ascension publié le 16/04/19 (en ligne)  
[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_5\\_millions\\_de\\_DMP.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_5_millions_de_DMP.pdf) (consulté le 29/02/20)
- (5) CNIL, Dossier médical partagé (DMP) : questions-réponses publié le 07/11/2018 (en ligne)  
<https://www.cnil.fr/en/node/24913> (consulté le 29/02/20)
- (6) CPAM, Déjà 6 millions de personnes ont ouvert leur DMP publication le 06/06/19  
<https://www.ameli.fr/herault/assure/actualites/deja-6-millions-de-personnes-ont-ouvert-leur-dmp>  
(consulté le 29/02/20)
- (7) CNAM Le dossier médical partagé Comité de déploiement DMP Ille et Vilaine (en ligne)  
[http://www.fehap.fr/jcms/20180123-dmp-comite-de-deploiement-35-180418-vdefinitive-fehap\\_271423](http://www.fehap.fr/jcms/20180123-dmp-comite-de-deploiement-35-180418-vdefinitive-fehap_271423)  
(consulté le 29/02/20)
- (8) Hamard Marion  
« Etat des lieux de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes de la somme. »  
(En ligne)  
Thèse d'exercice : médecine : Amiens  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02331903> (consultée le 29/02/20)
- (9) Alae EL MATOUAT  
« Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne. »  
(En ligne)  
Thèse d'exercice : médecine : Rennes 1  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02140314/document> (consultée le 29/02/20)
- (10) Simon ENOUF  
« Obstacles au déploiement généralisé du Dossier Médical Partagé. Enquête auprès des médecins généralistes de la Manche » (en ligne)  
Thèse d'exercice : médecine : Caen  
<http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=198591497&COOKIE=U10178.Klecteurweb,I250,B341720009+,SY,NLECTEUR+WEBOPC,D2.1,E1b5b1d44-1,A,H,R78.221.250.90,FY>  
(consultée le 29/02/20)
- (11) Médecins Le bulletin de l'Ordre national des médecins n°60 mars-avril 2019

Pourquoi adopter les DMP ? page 21 *Dr Laurent Tréluyer, directeur des systèmes d'information de l'AP-HP*  
*TÉMOIGNAGE* (En ligne)

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/1sbsvsh/medecins60\\_3.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/1sbsvsh/medecins60_3.pdf) (consulté le 29/02/20)

### (12) MARTIN DUMAS PRIMBAULT

Cinq millions de DMP ouverts : la CNAM se félicite, faible implication des médecins  
Publié le 16/04/19 (en ligne)

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/cinq-millions-de-dmp-ouverts-la-cnam-se-felicite-faible-implication-des-medecins> (consulté le 29/02/20)

(13) Jean-Philippe RIVIERE

Article publié le 26/04/17 (en ligne)

[https://www.vidal.fr/actualites/21294/rosp\\_2017\\_2021\\_17\\_nouveaux\\_indicateurs\\_medicaux\\_et\\_12\\_supprimees/](https://www.vidal.fr/actualites/21294/rosp_2017_2021_17_nouveaux_indicateurs_medicaux_et_12_supprimees/) (consulté le 29/02/20)

(14) Ameli.fr Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure article publié le 27/01/20 (en ligne)

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet> (consulté le 29/02/20)

(15) <https://www.adeic.fr/wp-content/uploads/2016/06/Livre-Blanc-sur-iatrog%C3%A9nie-m%C3%A9dicamenteuse-16-02-2016-1.pdf>

(16) Enquête opinionway pour le SML la politique de santé et la place des médecins libéraux août 2014.

<https://fr.slideshare.net/OpinionWayTVOpinionW/les-franais-et-la-mdecine-sml-opinionway-aot-2014>

(17) Canada Health Infoway The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care (En ligne) pages 31 et 206

<https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/1224-the-emerging-benefits-of-electronic-medical-record-use-in-community-based-care-full-report/view-document?Itemid=0> (consulté le 29/02/20)

(18) Canada Health Infoway The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care (En ligne)

<https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/1224-the-emerging-benefits-of-electronic-medical-record-use-in-community-based-care-full-report/view-document?Itemid=0> (Consulté le 29/02/20)

(19) Démographie médicale CDOM (en Ligne)

<https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale> (Consulté le 29/02/20)

(20) *Exploratory multivariate analysis by example using R* second édition Chapman & Hall/CRC ordinateur science & data analysis series pages 131+173 et 209

(21) Fabien CHEVALIER et Jerome LE BELLAC

Présentation pour l'année scolaire 2012-2013 faculté des sciences économiques université Rennes 1(en ligne).

<https://perso.univ-rennes1.fr/valerie.monbet/ExposesM2/2013/Classification2.pdf> (consulté le 29/02/20)

(22) Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004)

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/rapport-charges-et-produits-2019\\_cp19\\_01.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport-charges-et-produits-2019_cp19_01.pdf) pages 206 et 76

(23) Présentation de la CNAM destinée aux laboratoires le 29/03/19 (en ligne)

[https://www.sfil.asso.fr/wp-content/uploads/2019/04/4.1\\_20190328\\_DMP\\_Pr%C3%A9sentation-Laboratoires-de-biologie\\_V3.pdf](https://www.sfil.asso.fr/wp-content/uploads/2019/04/4.1_20190328_DMP_Pr%C3%A9sentation-Laboratoires-de-biologie_V3.pdf) (Consulté le 29/02/20)

(24) FMF article Publié le 23 novembre 2018, par Richard TALBOT (en Ligne)

<https://www.fmfpro.org/sans-volet-de-synthese-medicale-le-dmp-ne-sert-a-rien.html> (Consulté le 29/02/20)

(25) CNDA télécharger les protocoles pour développeur de logiciels (en ligne)

<https://cnda.ameli.fr/editeurs/telecharger-les-protocoles/> (consulté le 29/02/20)

(26) [https://www.techopital.com/le-dmp-relance-avec-pour-ambition-d-ouvrir-40-millions-de-dossiers-d-ici-2022-NS\\_3872.html](https://www.techopital.com/le-dmp-relance-avec-pour-ambition-d-ouvrir-40-millions-de-dossiers-d-ici-2022-NS_3872.html) (consulté le 29/02/20)

(27) logiciel-métier gynelog, évolutions pour accéder au DMP (en ligne)

<https://gynelog.asso.fr/janvier-2019-evolution-du-dmp/> (consulté le 29/02/20)

(28) Web Figaro Par Stéphanie ALEXANDRE Modifié le 27/11/2018 Dossier médical: contenu et délai de conservation [http://leparticulier.lefigaro.fr/jcms/c\\_35513/dossier-medical-contenu-et-delai-de-conservation](http://leparticulier.lefigaro.fr/jcms/c_35513/dossier-medical-contenu-et-delai-de-conservation) (consulté le 29/02/20)

(29) Mon carnet de vaccination électronique mentions légales (en ligne)

[https://www.mesvaccins.net/web/legal\\_notices](https://www.mesvaccins.net/web/legal_notices) (consulté le 29/02/20)

(30) Dossier médical égaré ou mal complété : charge de la preuve renversée publié le 04.10.2018 par Stéphanie TAMBURINI, Juriste (en ligne)

<https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/dossier-medical-egare> (consulté le 29/02/20)

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

## TITLE :

Use of Electronic Health record by general practitioners in the region of Hérault.

## SUMMARY :

The Electronic Health Record or EHR is a promising tool to improve health cares and cost efficiency. To reach his goal, the EHR must be used. This thesis focuses on general practitioners, key elements in primary cares. We restricted the investigation to GP's working in Hérault. The observational epidemiological study was carried by a quantitative transversal descriptive survey that took place from December 2019 to February 2020. 100 responses were accepted. Unfortunately, the GP's participating in it weren't representative of the group studied therefore the results are only informative. 55% of GP's used the HER. 71% of them use it once a year or they checked it out of curiosity. The remaining 29% used it more often.

45% of GP's declare that they never connected to the EHR. Doctors over 70 years old and those under 39 use less the EHR than those aged 40-69. The type of exercise and their place of activity have little influence on the results. For 80% of the GP's, the EHR is an administrative burden. Proposal for improvement: Provide secure and easy access to the DMP by integrating it with the tools used: "Améli-pro" or "Trajectoire". This solution would allow residents to familiarize themselves with this tool. Train doctors to use EHR. Finance GP's for using EHR in order to reduce health costs and insure better health care.

## KEY WORDS :

Electronic health record ; General practitioner ; interoperable EHR solutions ; public health

## ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : MOUYSSSET Matthieu Jean-François

## TITRE DE LA THÈSE:

Etat des lieux de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés dans l'Hérault.

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE:

Le dossier médical partagé est un outil prometteur. Cette thèse se focalise sur les médecins généralistes, installés dans l'Hérault. Une étude épidémiologique observationnelle menée grâce à une enquête descriptive transversale quantitative par questionnaires s'est déroulée de décembre 2019 à février 2020. 100 réponses furent acceptées. Il s'agit d'une étude observationnelle sur un échantillon non représentatif de la population étudiée. Les résultats sont donc uniquement informatifs. Les profils d'utilisateurs et non-utilisateurs ont été déterminés par une analyse des correspondances multiples puis par une classification ascendante hiérarchique. Au final les médecins de plus de 70 ans et les moins de 39 ans utilisent moins le DMP que les 40-69 ans. Le type d'exercice et leur lieu d'activité influent peu ce résultat. 55% des médecins ont utilisé le DMP, 71% d'entre eux se servent du DMP une fois par an ou ils se sont connectés par curiosité. Les 29% restant ont un usage plus courant. 45% déclarent ne jamais s'être connectés au DMP. Pour 80% des sondés le DMP est une charge administrative. Les logiciels-métier sont DMP-compatibles pour 96% des sondés mais peu ergonomiques. Axes d'améliorations: Former les médecins et les rémunérer pour la tenue des DMP. Offrir un accès sécurisé et facilité au DMP en l'intégrant aux outils utilisés : « Améli-pro » ou « Trajectoire ». Cette solution permettrait aux internes de se familiariser à cet outil et aux généralistes de compléter le volet synthèse médical, véritable enjeu de santé publique.

## MOTS-CLÉS :

DMP ; Dossier médical partagé ; Coordination ; médecine générale ; santé publique