

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE

(PARIS 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2014

THESE

N°2014PA06G052

DOCTORAT EN MEDECINE

**Le Dossier Médical Personnel (DMP), enquête auprès  
de médecins généralistes sur leurs connaissances et  
leurs besoins de formation**

SPECIALITE : Médecine générale

PAR Mlle OUMAKHLOUF Lydia

NE(E) LE 29 mai 1983 à Fontenay-sous-bois

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUIN 2014

DIRECTEUR DE THESE : Dr de BECO Isabelle

PRESIDENT DE THESE : Pr MAGNIER Anne Marie

## Remerciements

Je remercie le Docteur Isabelle de BECO pour avoir dirigé ma thèse. Vous avez su me stimuler et guider ma réflexion tout au long de mon troisième cycle.

Un grand merci au Professeur Anne Marie MAGNIER de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect. Merci encore pour votre disponibilité.

Je voulais également remercier le Professeur Jean LAFORTUNE et le Docteur Nicolas HOMMEY d'avoir jugé mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon entière gratitude.

Merci au Docteur Gérard LECOLIER, mon cher maître de stage qui m'a donné goût à la médecine générale et qui me fait le plaisir d'être présent lors de cette soutenance.

Je remercie le Docteur Gladys IBANEZ, pour ses savants conseils.

Merci à mes acolytes de voyage : Agathe, Anne, Cécile, Nadia et Sophie.

Merci à mes amis du Lycée et leurs conjoints avec qui j'ai tissé des liens indéfectibles, avec une mention spéciale pour mon couple de relecteurs, Laure et François.

Et enfin et surtout, un grand merci à ma famille qui m'a soutenue pendant toutes mes études de médecine : mon père, ma mère, ma grand-mère, mon frère et à ma sœur pour son aide dans l'utilisation de l'outil informatique.

A ma famille d'Algérie, à mon cousin de Montréal.

A ma chère tante Rachida qui nous a quittés trop tôt.

<b>I. ABREVIATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>II. INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>III. LA COORDINATION DES SOINS.....</b>	<b>11</b>
<b>A. Définition de la coordination dans le système de soins .....</b>	<b>11</b>
<b>B. Les outils de coordination des soins .....</b>	<b>12</b>
1. Le carnet de santé de l'enfant .....	12
2. Les réseaux de santé .....	13
3. La messagerie médicale électronique .....	14
4. La télémédecine .....	15
<b>IV. PRESENTATION DU DMP .....</b>	<b>16</b>
<b>A. Définition du DMP .....</b>	<b>16</b>
<b>B. Les dates clés du développement du DMP .....</b>	<b>16</b>
<b>C. Contenu et mode d'utilisation du DMP .....</b>	<b>19</b>
<b>D. Rôle du médecin traitant dans le DMP .....</b>	<b>20</b>
<b>E. Exemples d'utilisation du DMP .....</b>	<b>21</b>
1. Le programme PAERPA .....	21
2. Le dossier communiquant de cancérologie (DCC).....	24

**V. LE DOSSIER MEDICAL ELECTRONIQUE PARTAGE EUROPEEN.....25**

**A. Modèles de déploiement du dossier médical électronique partagé à l'échelle nationale.....26**

- 1. Au Danemark.....26
- 2. En Finlande : *e-archive*.....26
- 3. En République Tchèque.....27
- 4. En Estonie.....28
- 5. Au Royaume Uni.....28

**B. Dossiers médicaux électroniques partagés en phase d'expérimentation à l'échelle locale.....29**

- 1. En Suisse.....29
  - a) La *e-toile*:.....30
  - b) Infomed.....31
- 2. En Belgique.....31
- 3. En Allemagne.....32
- 4. En Lombardie.....33
- 5. En Andalousie.....34

**C. Le projet EpSOS: vers un dossier médical électronique interopérable à l'échelle européenne**

**34**

- 1. le patient summary :.....35

2. la e-prescription :	35
3. Projet pilote	36
<b>VI. Le DMP AUJOURD'HUI</b>	<b>36</b>
<b>VII. L'ASIP SANTE, chargé du déploiement du DMP</b>	<b>37</b>
<b>VIII. LA SFTG, proposition d'action de formation sur le DMP</b>	<b>38</b>
<b>IX. OBJECTIFS DE LA THESE</b>	<b>39</b>
<b>X. MATERIELS ET METHODES</b>	<b>40</b>
<b>A. Type d'étude</b>	<b>40</b>
<b>B. Population</b>	<b>40</b>
<b>C. Questionnaire</b>	<b>40</b>
<b>XI. RESULTATS</b>	<b>42</b>
<b>A. Analyse descriptive</b>	<b>42</b>
1. Caractéristiques des médecins répondants	42
2. Connaissances du DMP, expérience et intérêt	45
3. Souhaits et Besoins de formation	50
<b>B. Analyse comparative</b>	<b>53</b>
1. Connaissez-vous les principes du DMP?	53

2.	Avez-vous déjà réalisé un DMP? .....	55
3.	Souhaiteriez-vous accroître vos connaissances/compétences sur les principes du DMP? .....	56
4.	Souhaiteriez-vous participer à une action de formation sur le DMP avec la SFTG? .....	58
<b>XII.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>60</b>
<b>A.</b>	<b>Synthèse des résultats .....</b>	<b>60</b>
<b>B.</b>	<b>Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>61</b>
1.	Forces de l'étude.....	61
2.	Limites de l'étude .....	61
<b>C.</b>	<b>Comparaison avec la littérature .....</b>	<b>62</b>
<b>D.</b>	<b>Interprétation des résultats .....</b>	<b>64</b>
<b>XIII.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>66</b>
<b>XIV.</b>	<b>RESUME .....</b>	<b>67</b>
<b>XV.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>69</b>
<b>XVI.</b>	<b>ANNEXE .....</b>	<b>78</b>

# I. ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CDC : Caisse des Dépôts et Consignation

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Carte Professionnelle de Santé

CRACP : Compte Rendu d'Anatomie et de Cytologie Pathologique

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CRO : Compte Rendu Opératoire

DCC : Dossier Communiquant de Cancérologie

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DMG : Dossier Médical Global

DMI : Dossier Médical Informatisé

DMP : Dossier Médical Personnel

DPC : Développement Professionnel Continu

DRC : Dictionnaire de Résultats de Consultation

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPSOS : European Patients Smart Open Services

FAF : Fonds d'assurance de formation

FMC : Formation Médicale Continue

FSE : Feuille de soins électronique

GIP : Groupement d'Intérêt Public

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

INCa : Institut National du Cancer

INS : Identifiant National de Santé

MMS : Messagerie Médicale Sécurisée

OGCFPC : Organisme Gestionnaire Conventionnel de la Formation Professionnelle Continue

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PAERPA : Programme Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

PCEHR : Personally Controlled Electronic Health Record

PPS : Programme Personnalisé de Soins

RRC : Réseaux Régionaux de Cancérologie

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SCR : Summary Care Record

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

VMS : Volet Médical de Synthèse

VZPCR : Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

## II. INTRODUCTION

Le dossier médical personnel (DMP) est un dossier médical électronique partagé, mis à disposition des bénéficiaires de l'assurance maladie depuis janvier 2011 {1}.

Alors que le carnet de santé constitue une véritable réussite en matière de coordination des soins, le DMP dont le lancement est pourtant récent, suscite déjà un certain scepticisme : en effet sa création a engendré plus de 210 millions d'euros de dépenses entre 2005 et 2011, alors même qu'il était censé permettre une économie pour la branche maladie de 3,5 millions d'euros par an. Ce constat alarmant publié par la Cour des comptes dans un rapport public du 17 juillet 2012 {2} est à l'origine de l'appel d'offre lancé par l'ASIP santé {3}. En partant du postulat que le nombre insuffisant de DMP créé était dû à un défaut d'information, l'ASIP santé a décidé d'inscrire le DMP dans la formation médicale continue. L'appel d'offre, publié le 1<sup>er</sup> août 2012, s'adresse aux organismes de formation agréés par l'Organisme Gestionnaire Conventionnel de la Formation Professionnelle Continue des médecins libéraux (OGCFPC). Le cahier des charges de l'appel à projets s'intitulait « inscription du DMP dans la formation médicale continue ».

L'éligibilité des projets était définie par la mise en œuvre d'un programme de formation consacré au DMP, ainsi qu'à l'évaluation de l'impact post formation par l'ouverture de DMP.

La Société de Formation Thérapeutique du Généraliste a souhaité répondre à l'appel d'offres lancé par l'ASIP. C'est dans ce contexte que m'a été proposé ce sujet de thèse dont l'objectif est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes concernant le Dossier Médical Personnel et leurs besoins de formation.

Dans un premier temps nous présenterons la genèse et le déploiement du DMP conçu comme un nouvel outil de coordination des soins en France. Nous le mettrons en perspective avec les outils similaires européens. Enfin, nous présenterons l'étude que nous avons menée et ses apports en termes d'enjeux et perspectives pour le DMP.

### **III. LA COORDINATION DES SOINS**

#### **A. Définition de la coordination dans le système de soins**

La coordination peut apparaître comme une conséquence de la coopération. Selon Marcel Jaeger, sociologue français, « (...) La coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir. Elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. (...) La coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures. » {4}. Ainsi, la coordination correspond à la synchronisation cohérente de la participation de plusieurs acteurs, sans véritable coopération.

La coordination des soins se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins, en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques, et d'organisation du suivi.

Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment » {5}.

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients » et « de s'assurer de la coordination des soins nécessaires ». Elle confère ainsi au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins, de suivi du patient et de coordination de son parcours, de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé {6}.

## **B. Les outils de coordination des soins**

### **1. Le carnet de santé de l'enfant**

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

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

Mais le carnet de santé n'est pas utilisé au-delà des 18 ans d'un individu : à la fin du carnet santé, il est inscrit : « vous atteignez l'âge adulte. Votre carnet de santé représente la mémoire de votre

croissance et de votre état de santé depuis la naissance. Gardez-le toute votre vie. Pensez à le présenter à votre médecin qui recueillera les données les plus importantes et les inscrira dans votre dossier médical » {7}.

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

## **2. Les réseaux de santé**

Les réseaux de santé correspondent à une collaboration volontaire de professionnels de santé de disciplines différentes. Ils peuvent être locaux, départementaux, régionaux voir nationaux.

Ils sont introduits par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé {8}, puis développés dans l'article L6321-1 du Code de santé publique : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et de leurs prestations » {9}.

Les acteurs du réseau peuvent être : établissements de soins, des professionnels de santé libéraux, des médecins du travail, des structures médico-sociales, des organismes sanitaires, et des centres de santé {5}.

### 3. La messagerie médicale électronique

Cet outil, permet d'échanger par voie électronique, et en toute sécurité, des informations médicales nominatives entre professionnels de santé. La confidentialité est assurée par plusieurs moyens : l'identification de l'émetteur grâce à la carte CPS, la sélection des correspondants disposant d'adresses de messagerie sécurisées, le cryptage du message, et enfin par l'utilisation d'un réseau sécurisé. Cette messagerie s'adapte à la majorité des logiciels métiers utilisés par les professionnels de santé.

Le système Apicrypt est à ce jour la messagerie médicale la plus utilisée en France, réunissant plus de 45 000 professionnels de santé dont 38 000 généralistes et 700 établissements de soins {10}.

L'ASIP santé a développé une version pilote d'une messagerie médicale sécurisée (qui correspond à la deuxième période d'essai du produit informatique avant son déploiement à grande échelle). Sa généralisation devrait avoir lieu en 2014 {11}. Cette messagerie est baptisée MMSANTE. Elle pourra fonctionner de manière autonome ou interfacée avec des messageries existantes et s'adaptera, de même, à une majorité de logiciels métiers.

L'accès à ce service s'effectue par la carte CPS sur l'ordinateur de travail du médecin, mais l'ASIP santé a également développé des protocoles / utilisations alternatifs. Ainsi le professionnel de santé peut avoir accès à sa messagerie via un autre ordinateur ou via son smartphone, grâce à l'utilisation d'un mot de passe à usage unique (technologie *One Time Password*). Ce type de connexion n'est pas encore autorisé par le décret de confidentialité mais est validé par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). L'espace d'échange sécurisé est défini

par le Registre des Professionnels de Santé qui répertorie l'ensemble des professionnels de santé, et permet ainsi l'échange de mails sécurisés.

Parmi les différentes options à l'étude, de cette messagerie médicale électronique, la prescription électronique devrait en faire partie.

#### **4. La télémédecine**

La télémédecine est un exercice de la médecine utilisant des télécommunications et des technologies, qui permettent la prestation des soins de santé à distance, et l'échange de l'information médicale s'y rapportant. Cette pratique médicale met en rapport le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, ou bien plusieurs professionnels de santé entre eux. La télémédecine est actuellement développée dans cinq champs prioritaires : la permanence des soins en imagerie, la prise en charge de l'AVC, la santé des détenus, la prise en charge des maladies chroniques et les soins en structure médico-sociale de type hospitalisation à domicile (HAD).

Par le biais des cinq actes suivants : la téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale, la télémédecine contribue à l'établissement d'un diagnostic, à l'obtention d'un avis spécialisé, au suivi des patients à risque, à la préparation de décision thérapeutique et à la prescription de certains traitements.

L'objectif de cette pratique est de réduire certaines inégalités d'accès aux soins, notamment pour les patients en situation d'isolement géographique {12}.

## **IV. PRESENTATION DU DMP**

### **A. Définition du DMP**

Le Dossier Médical Personnel est un dossier médical dématérialisé, informatisé et sécurisé, proposé gratuitement aux bénéficiaires de l'assurance maladie. Cet outil est utilisé par les professionnels de santé, après consentement du patient {13}.

### **B. Les dates clés du développement du DMP**

⇒ **Le 14 décembre 1998**, l'hypothèse d'un dossier unique est émise par le rapport BROCAS, élaboré à la demande du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétaire d'Etat à la Santé, et relatif à l'exercice libéral des professions paramédicales. L'objectif recherché est de regrouper dans ce dossier l'ensemble des informations concernant le patient. Il est également évoqué l'idée d'une informatisation du dossier {14}.

⇒ **La loi du 4 mars 2002**, dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé énonce le principe d'un « Dossier Médical Partagé », ancêtre du Dossier Médical Personnel, reposant sur la généralisation du dossier médical électronique à toute la population française {8}.

⇒ **Le 24 juin 2003**, le rapport du Pr M. Fieschi intitulé : « les données du patient partagées : la culture du partage et la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins » est remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Il

y exprime la volonté de créer un dossier médical partageable par les différents acteurs de santé. Il y évoque l'organisation d'une structure juridique organisationnelle, technique et économique, nécessaire à la réalisation du dossier {15}.

⇒ **Dans la loi du 13 août 2004**, relative à l'assurance maladie, M Douste-Blazy, alors ministre de la santé, reprend le Dossier Médical Partagé et le renomme Dossier Médical Personnel {16}.

⇒ **En avril 2005**, un groupement d'intérêt public (GIP) est constitué afin de préfigurer le DMP. Il regroupe l'Etat via le ministère de la santé, la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAMTS) et la caisse des dépôts et consignations (CDC) {17}.

⇒ **Au cours du deuxième semestre 2006**, une phase d'expérimentation du DMP débute, impliquant les médecins libéraux, les hôpitaux et les réseaux de soins {18}.

⇒ **Le 31 décembre 2006**, la fin de l'expérimentation est annoncée par le ministre de la santé. Cette interruption serait due en partie aux risques pointés par la CNIL et les associations de malades, liés à l'utilisation du numéro de sécurité sociale pour identifier le patient {19}.

⇒ **Le 12 novembre 2007**, un communiqué conjoint des ministres chargés de la santé et du budget, Roselyne Bachelot et Eric Woerth, affirme que le gouvernement se donnera le temps nécessaire pour relancer le DMP. Le projet doit, selon eux, s'inscrire dans une perspective de longue durée. L'ouverture d'une concertation, devant définir une nouvelle feuille de route du DMP, est alors annoncée {20}.

⇒ **Le 19 mars 2008**, un rapport du Comité Consultatif National d'Ethique rend un avis prudent concernant le DMP {21}.

⇒ **Le 23 juin 2008** : Le ministère de la santé annonce la relance du DMP {22}.

⇒ **Le 5 mars 2009** : Le directeur général du GIP-DMP, future Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP santé), Jean Yves Robin, évoque le lancement des premiers DMP pour le milieu de l'année 2010. Dans un premier temps, ils seront centralisés chez un seul hébergeur informatique {23}.

⇒ **Le 10 mars 2010** : L'hébergeur unique est désigné. Il s'agit du consortium formé par les groupes Atos Origin et La Poste, au travers de leur filiale respective Santeos et Extelia {24}.

⇒ **Le 5 janvier 2011** : Le DMP est accessible à tous les patients qui le souhaitent {1}.

⇒ **Le 21 avril 2011** : Les patients peuvent avoir accès à leur DMP via le site *www.dmp.gouv.fr*.

⇒ **En 2012** : L'ASIP santé lance un plan de « déploiement du DMP en régions, qui s'étend à 10 régions supplémentaires (Pays de la Loire, Bretagne, Haute Normandie, Ile de France, Champagne Ardennes, Bourgogne, Centre, Limousin, Auvergne et Midi-Pyrénées) {25}.

⇒ **Le 12 juillet 2012**, la Cour des Comptes publie un rapport intitulé « le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place ». Elle évalue à minima la dépense consacrée au développement du DMP de 210 millions d'euros entre 2005 et 2011 pour la mise en place du DMP. D'après la Cour des comptes, en considérant également les autres dépenses consenties pour d'autres téléservices de santé qui ont vocation à converger vers le DMP - dossier pharmaceutique, historiques des remboursements mis en place par la CNAMTS, dispositifs informatisés de dossiers patients hospitalisés- le coût total de la création et de la mise en œuvre de cet outil s'élevait déjà à plus d'un demi milliard d'euros, essentiellement à la charge de l'assurance maladie {2}.

⇒ **En Août 2012**, l'ASIP publie le cahier des charges d'un appel d'offre concernant l'inscription du DMP dans le DPC {3}.

## **C. Contenu et mode d'utilisation du DMP**

La création du DMP incombe aux professionnels de santé détenteurs d'une carte ou d'un certificat de professionnel de santé, ainsi qu'au personnel d'accueil des établissements de soins. Elle nécessite le consentement éclairé du patient. Les outils indispensables à la création du DMP sont une connexion internet haut débit et l'utilisation d'un ordinateur équipé d'un système d'exploitation et d'un navigateur internet compatible avec le DMP {13}.

L'accès au DMP peut se faire de deux manières, soit par le biais du site internet *www.dmp.gouv.fr*, aussi bien par le patient que par le professionnel de santé, soit par un logiciel métier compatible avec le DMP.

Le respect de la confidentialité est assuré par l'authentification du professionnel de santé grâce au code porteur de sa carte professionnelle de santé. Le patient, quant à lui, se voit remettre un code d'accès, ainsi qu'un mot de passe temporaire. A cela s'ajoute la réception d'un code d'accès à usage unique, par SMS ou par mail, à chaque ouverture du DMP.

Le patient peut à tout moment demander la destruction d'un document ou du DMP dans son intégralité en remplissant un formulaire disponible sur le site *www.dmp.gouv.fr*. Il peut à cette occasion demander une copie papier ou sur CD-ROM.

Le DMP peut contenir différents types de documents. Ceux-ci sont répertoriés en sept catégories : synthèses médicales, traitements, compte rendu d'hospitalisation, imagerie, résultats d'analyse,

documents de prévention, certificats et déclaration. Des documents libres permettent en outre au patient de recenser leurs allergies, leurs antécédents et d'autres évènements intercurrents.

Il est possible pour le médecin de rentrer des données dites « sensibles » qu'il souhaite dissimuler provisoirement au patient, jusqu'à la consultation d'annonce. Inversement, le patient possède le droit au masquage. Il peut masquer des informations au professionnel de santé qu'il souhaite, sauf au médecin traitant désigné pour le DMP et à l'auteur des documents.

Il existe un mode « bris de glace » que le patient peut choisir d'activer, qui permet au professionnel de santé, responsable de la prise en charge d'une situation d'urgences, d'accéder à tous les documents du DMP.

Le dossier permet ainsi un partage des informations médicales entre professionnels de santé, nécessaire à la coordination des soins.

## **D. Rôle du médecin traitant dans le DMP**

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » (article L4130-1 du code de santé publique). Cette loi confère au médecin généraliste un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins, du suivi du patient et de la coordination de son parcours {6}.

L'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale portant sur les dispositions relatives à l'organisation de l'offre de soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, désigne le

médecin traitant (accès privilégié) comme étant tributaire du rôle de mise en place et de gestion du DMP {26}.

Cet article indique aussi que tout assuré ou ayant droit, âgé de seize ans ou plus, choisi un médecin traitant avec l'accord de celui-ci. Il le déclarera à son organisme gestionnaire de base d'assurance maladie grâce à un formulaire.

Dans le cadre du DMP, le patient déclare un ou plusieurs médecins traitants qui auront des droits élargis. Le médecin traitant désigné par le patient peut accéder aux documents masqués et peut consulter l'historique des actions menées sur le dossier.

Le médecin traitant désigné par le formulaire a pour vocation d'être choisi « médecin traitant » pour le DMP, mais ne l'est pas nécessairement.

## **E. Exemples d'utilisation du DMP**

### **1. Le programme PAERPA**

Le PAERPA est l'acronyme communément utilisé pour désigner le programme *Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie* qui doit permettre d'améliorer la mise en place d'un parcours de santé pour les personnes âgées {11}. L'objectif principal du PAERPA est de renforcer la coopération et la coordination entre les professionnels des différents secteurs de soins sanitaires, médico- social et social. Il permettra ainsi de minimiser les ruptures de prise en charge et de limiter le recours à l'hospitalisation non justifiée pour une population mobilisant entre un quart et la moitié des dépenses publiques de santé.

L'expérimentation du programme PAERPA est conduite sur huit territoires pilotes {27} : la Communauté Urbaine de Bordeaux (Aquitaine), le Lochois (Centre), le Nord-Est parisien (Ile-de-France), le territoire de Brive-la-Gaillarde (Limousin), le Grand Nancy (Lorraine), le département des Hautes-Pyrénées (Midi-Pyrénées), le territoire du Valenciennois-Quercitain (Nord Pas-de-Calais) et le département de la Mayenne (Pays de la Loire).

Ces projets pilotes doivent permettre d'optimiser la qualité des soins et des aides, dont bénéficient les personnes âgées, ce qui doit contribuer à l'amélioration, sur le plan individuel, de leur qualité de vie et de celle de leurs aidants.

Le DMP doit créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs, en permettant d'interfacer les différents outils transversaux de coordination qui existent déjà et que sont le Plan Personnalisé de Santé, le Volet Médical de Synthèse, le Dossier de Liaison d'Urgence et le Compte Rendu d'Hospitalisation.

⇒ **Le Plan Personnalisé de Santé (PPS)** est destiné à la prise en charge de personnes âgées atteintes d'affection sévère ou de plusieurs pathologies. Il consiste en un résumé de la situation sociale du patient, de son état de santé et des problèmes actuellement rencontrés et permet ainsi d'anticiper la prise en charge. Il contient deux volets, un plan d'action d'aides et un autre de soins. Les modalités de suivi partagé y sont précisées, déclinées pour chaque acteur. Le PPS est piloté par le médecin traitant et nécessite donc une évaluation de l'état de santé lors d'une visite. A noter que l'évaluation peut être faite par une infirmière ou un infirmier choisi par le patient.

⇒ **Le Volet Médical de Synthèse (VMS)** est un document complété par le médecin traitant, qui fait le point sur l'état de santé du patient et qui doit être mis à jour

régulièrement. Il comprend les coordonnées du patient, ses antécédents médicaux et chirurgicaux, personnels et familiaux ; les allergies et les antécédents de iatrogénie ; les pathologies en cours et les résultats des principaux examens diagnostiques ; les traitements en cours ; les facteurs de risque et les points d'attention qui méritent d'être soulignés. Ce document doit être facilement accessible en cas de prise en charge urgente {28}.

⇒ **Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)** concerne les patients institutionnalisés en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). C'est au médecin coordonnateur de mettre à jour ce dossier qui sert de fiche de liaison à l'établissement de soins dans lequel le patient peut être hospitalisé en urgence.

⇒ **Le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH)** est un document qui servira de base à l'établissement ou à la réactualisation du PPS à la sortie de l'établissement de soins. Il doit être réalisé par le médecin de l'établissement ou, en cas d'HAD, du médecin coordonnateur. Sa trame est élaborée, sur les territoires pilotes, par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le parcours de santé des personnes âgées. Il doit contenir les éléments suivants : le motif d'hospitalisation, l'évolution au cours de l'hospitalisation avec les informations à signaler pouvant impacter la prise en charge ambulatoire, les diagnostics et les traitements de sortie, ainsi que le suivi, la préconisation d'aides, de soins spécifiques, les constantes de sortie et les résultats des dernières analyses biologiques. Il doit être précisé s'il a été effectué des modifications de son traitement habituel et ce qui les a motivées.

Le DMP a donc pour rôle de stocker les documents de synthèse décrits ci-dessus, ayant vocation à être partagés. Le volet médico-social du PPS peut par exemple être consulté par les coordinateurs d'appui sociaux grâce à un accès restreint au DMP.

## **2. Le dossier communiquant de cancérologie (DCC)**

Le Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC) est un outil de coordination des soins qui répond à l'objectif fixé par l'article 18.3 du Plan Cancer 2009 2013 de « partager les données médicales entre professionnels de santé » {29}. Le DCC s'inscrit ainsi dans un programme de relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé.

La prise en charge de cancérologie est très standardisée et met en jeu deux acteurs fondamentaux, les établissements spécialisés et les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC). Ces derniers ont pour rôles la diffusion des recommandations de pratiques cliniques, la communication entre professionnels de santé, le partage de l'information, l'aide à la Formation Médicale Continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le Plan Cancer 2009-2013 préconise une meilleure coordination des soins entre l'hôpital et la ville impliquant une meilleure information et une intégration du médecin traitant au parcours de soins.

Le 10 décembre 2009, un accord de partenariat entre l'Institut National de Cancérologie (INCa) et l'ASIP santé a été signé et a défini le DCC comme un service du DMP. Les rôles sont ainsi répartis : l'INCa coordonne et accompagne les RRC et précise les besoins métiers du DCC tandis que l'ASIP santé se charge de l'aspect technique d'intégration du DCC dans le DMP.

Le contenu du DCC est donc défini par l'INCa. Il comprend :

- ⇒ **Un Compte Rendu d'Anatomie et de Cytologie Pathologique (CRAP)** où doivent figurer un certain nombre d'items, indispensable à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP),
- ⇒ **Une fiche RCP** intégrant au minimum l'ensemble des éléments nécessaires à la prise de décision au regard des référentiels de bonnes pratiques,
- ⇒ **Un Compte Rendu Opérateur (CRO)** structuré autour d'un format générique de compte rendu,
- ⇒ **Un PPS** qui est l'élément central de l'échange. La mise en place du PPS est fonction du projet thérapeutique proposé à l'issue de la RCP. Un volet social y est intégré. Le PPS est évolutif et doit être réactualisé. Les données contenues dans le PPS sont standardisées, grâce à une collaboration entre l'INCa et les RRC.

Le DMP intervient en tant qu'outil de partage du service DCC. Il nécessite d'être ouvert préalablement avec le consentement du patient qui contrôle les conditions d'accès.

Le DMP permet ainsi une interopérabilité du DCC à l'échelle nationale {30}.

## **V. LE DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE PARTAGÉ EUROPÉEN**

En Europe, on distingue plusieurs niveaux d'avancement dans l'instauration du dossier médical électronique partagé, avec un gradient nord-sud. En effet, alors qu'au Danemark le dossier

médical dématérialisé est utilisé par presque tous les professionnels de santé du pays, au Portugal la création d'un dossier électronique partagé ne concerne qu'une région privilégiée.

## **A. Modèles de déploiement du dossier médical électronique partagé à l'échelle nationale**

### **1. Au Danemark**

Le Danemark est un pays précurseur en matière de développement des services de e-santé. Il s'agit du pays d'Europe où la connectivité haut débit est la plus élevée. Son système informatique est classé au premier rang mondial. En conséquence, 80% de la population danoise et 98% des médecins généralistes possèdent une connexion internet {31}.

Depuis 40 ans, chaque danois se voit attribuer à la naissance un numéro d'identité, équivalent à l'Identifiant National de Santé (INS) français, permettant la conservation, l'hébergement et la transmission des données de santé. Un dossier médical dématérialisé, homologue du DMP, existe depuis plus de 10 ans et est adopté, à ce jour, par la quasi totalité des médecins généralistes et plus de la moitié des établissements de santé {32}.

### **2. En Finlande : *e-archive***

A la fin des années 1990, le système de soins finlandais souffrait de l'existence de 21 « districts de santé » autonomes en matière d'e-santé et de choix de prestataires informatiques. Cette

décentralisation extrêmement poussée rendait impossible l'échange des données de santé d'une région à l'autre.

En 2002, un projet de recentralisation de la e-santé a donc été initié. Un dossier patient national (*earchive*) a été créé et son usage a été rendu obligatoire pour les professionnels de santé {33}.

Le dossier comprend des données administratives de sécurité sociale, des résultats d'analyses, les traitements en cours et les courriers échangés entre médecins généralistes et spécialistes. Il comprend également un espace d'expression personnel mis à la disposition du patient.

Une seconde version est actuellement en cours de développement. Celle-ci intégrera les radiographies et leurs interprétations, ainsi qu'un service de prise de rendez-vous en ligne.

Il existe de même un projet d'e-prescription qui permettra au médecin de communiquer avec les pharmacies sans ordonnance papier {34}.

### **3. En République Tchèque**

En République Tchèque, le taux d'informatisation des médecins est en dessous de la moyenne européenne.

Un dossier électronique partagé a été lancé en 2003. Il était initialement réservé aux assurés affiliés à l'assureur de santé assurant près de deux tiers de la population.

Aujourd'hui, le dossier est inclus dans une stratégie nationale d'e-santé {35}. Il est géré par une société privée, IZIP, qui est responsable du projet d'interopérabilité du dossier à l'échelle européenne (EpSOS). Actuellement, près de 2,5 millions de dossiers sont ouverts dans ce pays de

10 millions d'habitants. Ces dossiers contiennent plus de 200 millions de documents. 20 000 professionnels de santé utilisent le dossier électronique.

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

Un projet pilote est en cours de réalisation concernant l'accès direct aux données de santé par le médecin des urgences en charge du patient.

#### **4. En Estonie**

L'Estonie est un pays d'1,5 million d'habitants, très avancé dans le domaine de l'administration électronique. En matière d'e-santé, un dossier médical (Digilugu) accessible en ligne par les médecins et leurs patients via un portail internet est mis en place depuis 2009 {36}. Il est aujourd'hui utilisé par plus de la moitié de la population.

Le dossier contient les comptes-rendus d'hospitalisation, les imageries ainsi que leurs interprétations, les données administratives du patient comprenant le suivi des remboursements et enfin, la e-prescription remplaçant l'ordonnance papier qui liste les traitements en cours et les allergies.

#### **5. Au Royaume Uni**

Au Royaume-Uni, la mise en place du dossier médical électronique partagé a été retardée en raison des craintes du public sur la confidentialité des données de santé.

Un programme national d'informatique de santé est initié en 2002 par une agence du ministère de la santé. Son contenu est plus développé que le DMP car il est constitué d'un dossier de synthèse équivalent au DMP, d'un dossier médical détaillé se rapprochant du dossier du patient hospitalisé (non interopérable), d'une prise de RDV par internet, d'une e-prescription avec transmission électronique des prescriptions aux pharmacies et enfin, d'une messagerie électronique universelle et sécurisée. Il est alors réputé pour être le plus ambitieux au niveau mondial. Après de nombreuses années d'expérimentation et de réflexion, ce dossier a été réduit à la simple partie de dossier de synthèse, le *Summary Care Record* (SCR) {37}.

Le SCR est créé sur le principe d'un accord tacite. Le patient reçoit, plusieurs semaines avant la création du dossier, des informations et un formulaire d'exclusion. S'il ne renvoie pas le formulaire, le SCR est automatiquement créé, d'où le nombre nettement plus élevé de dossiers créés par rapport au DMP (13,1 millions fin mars 2012).

La différence avec le DMP, est que seul le médecin traitant est en mesure d'alimenter le dossier.

## **B. Dossiers médicaux électroniques partagés en phase d'expérimentation à l'échelle locale**

### **1. En Suisse**

En Suisse, une stratégie de développement de la e-santé à l'échelle nationale a été lancée en 2007 {38}. Elle est communément appelée « cybersanté suisse » et comprend la création du dossier

patient électronique, la mise en place d'un portail de santé aux informations sécurisées et la participation au projet pilote d'interopérabilité du dossier à l'échelle européenne (EpSOS).

Actuellement il n'existe pas de centralisation du dossier électronique mais des projets pilotes propres à chaque canton.

#### **a) La *e-toile*:**

Dans le canton de Genève, un dossier patient électronique est expérimenté depuis le mois de février 2011. Ce réseau communautaire d'échanges de données de santé informatisées a été baptisé *e-toile*. La particularité de ce dossier est qu'il n'est pas centralisé mais conservé chez le prestataire de soins avec le consentement du patient. Le réseau *e-toile* permet ainsi l'interopérabilité du dossier qui peut être consulté par les autres prestataires de santé après autorisation du patient {39}.

Le projet pilote est conçu par le canton de Genève et La Poste Suisse. Il connecte les professionnels de santé de quatre communes (Petit-Lancy, Onex, Bernex et Confignon). Ce projet permet l'échange de données telles que les résultats de laboratoire biologique, les tableaux de bord des patients diabétiques et insuffisants cardiaques, des consignes de prise en charge des patients hospitalisés à domicile et un module de prescription électronique.

Comme pour le DMP, c'est le médecin qui crée le dossier grâce à une carte d'assuré social et à sa carte de professionnel de santé.

Le patient est équipé d'une carte à puce et d'un lecteur afin de consulter son dossier depuis son domicile via une connexion internet.

Depuis mai 2013, la *e-toile* est devenu « [mondossiermedical.ch](http://mondossiermedical.ch) ».

## **b) Infomed**

Le canton de Valais est très rural avec une densité de population faible. La e-santé représente donc un atout et 81% des médecins valaisans ont exprimé le souhait de participer à l'échange électronique des données médicales.

Le dossier patient partagé est donc expérimenté depuis le premier trimestre de l'année 2012 {40}. Il se présente sous la forme d'une plateforme électronique dont l'accès se fait par un logiciel métier ou via un portail en ligne. L'authentification du professionnel de santé est assurée par la CPS FMH.

Les standards informatiques sont identiques à ceux du DMP et s'inscrit ainsi dans une démarche d'interopérabilité européenne.

## **2. En Belgique**

L'histoire du dossier médical belge débute en 1999, par la création d'un Dossier Médical Global (DMG) par l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), qui est l'organisme gérant la sécurité sociale. Le DMG était alors un dossier papier, recensant les données suivantes : antécédents, résultats d'analyses biologiques, traitements reçus.

Le DMG était créé par le médecin généraliste de premier recours à la demande du patient. Celui-ci devait alors régler un montant forfaitaire de 28,15 euros additionné au tarif d'une consultation.

Cette somme était, par la suite, intégralement remboursée par la mutuelle obligatoire. Par ailleurs, le médecin percevait une indemnité forfaitaire annuelle supplémentaire de 126,76 euros, pour toute sa patientèle.

Une mesure incitative avait également été mise en place pour le patient. Un patient possédant un DMG voyait sa consultation remboursée jusqu'à 30% de plus qu'un patient n'ayant pas créé de DMG {41}.

La nécessité d'une dématérialisation aboutit à l'instauration du Dossier Médical Informatisé (DMI), puis en 2004, à la mise en place d'une plateforme « BeHealth » d'organisation et de coordination des soins à l'échelle locale par « hub ». Citons pour exemple le hub de la Wallonie : Réseau Santé Wallon. Pour une superficie quasi équivalente à celle de l'Ile de France, et une population trois fois inférieure, 30 000 dossiers étaient créés en avril 2012. On note la participation de 4000 professionnels de santé et de 17 hôpitaux qui ont permis l'échange de 900 000 documents. En termes de proportion, plus de 50% de la population wallonne avait un DMG ou un DMI, dont plus de 80% de personnes âgées.

### **3. En Allemagne**

Le projet de dossier médical électronique partagé allemand a subi de nombreux aléas.

Un projet de dossier électronique partagé est lancé en 2006. Cette 1<sup>ère</sup> version du dossier doit permettre de stocker les données dans la puce de la carte d'assuré social du patient. Devant le risque de non respect de la confidentialité des informations de santé, le projet est interrompu 4 ans plus tard.

A ce moment, moins de 50% des médecins généralistes avaient une connexion internet et moins de 4% d'entre eux avaient pour habitude d'échanger des informations entre confrères.

L'année de l'interruption du premier projet, une nouvelle version du dossier électronique est mise en place. Le dossier médical électronique est géré au niveau régional. En effet, le déploiement et la gestion du dossier sont confiés aux caisses d'assurance maladie, indépendantes dans chaque Länder, sous la direction des exécutifs locaux. Le problème est l'absence d'interopérabilité au niveau fédéral du dossier médical électronique.

Il est également à noter qu'un projet de déploiement d'une carte nationale électronique permettant l'accès à des données administratives et à des services de e-santé est en test dans plusieurs Länder {42}.

#### **4. En Lombardie**

En Italie, le dossier médical électronique partagé est développé par région. La Lombardie est une région précurseur en matière d'e-santé. Son Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), existe depuis 2004 dans cette région du nord de l'Italie. Il contient les CRH, les courriers de spécialistes, les ordonnances avec un historique et un système d'e-prescription, les radios et leurs interprétations, les certificats médicaux. Il existe également un accès à une prise de rendez-vous via Internet.

L'accès par le patient au dossier s'effectue grâce à une « Carte Régionale de Service » qui est la carte d'assuré social. Le médecin, quant à lui, accède au dossier grâce à une carte de professionnel de santé, ou carte SISS.

Le dossier est accessible depuis un smartphone grâce à l'envoi d'un mot de passe à usage unique par SMS {43}.

Là encore, le dossier n'est pas centralisé et ne s'applique qu'à une région d'Italie.

## **5. En Andalousie**

Le projet Diraya est un outil informatique, utilisé depuis l'année 2000 par le système public de santé de la communauté autonome d'Andalousie, qui compte huit millions d'habitants. Il s'organise autour d'un dossier médical électronique accessible par tous les professionnels de santé de la région {44}.

Cet outil comprend un dossier médical, ou Historia de Salud, auquel vient se greffer une série d'applications, dont la e-prescription et la prise de rendez-vous avec un médecin.

En 2010, 700 centres utilisaient la e-prescription couvrant ainsi 93,5% de la population andalouse.

De janvier à septembre 2011, onze millions de rendez-vous étaient pris par moyen télématique.

### **C. Le projet EpSOS: vers un dossier médical électronique interopérable à l'échelle européenne**

Comme cela a été démontré précédemment, chaque pays d'Europe tend à développer un dossier médical électronique visant à améliorer la coordination des soins.

Le projet EpSOS est un projet européen expérimental d'échange de données de santé. Ce projet est né de la volonté d'étendre cette coordination des soins au-delà des frontières nationales. En effet, les citoyens européens sont de plus en plus mobiles au sein de l'Union européenne et à l'échelle du continent. Il devient donc intéressant pour le patient européen d'avoir un dossier électronique interopérable à l'échelle européenne {45}.

Le projet EpSOS a été lancé en juillet 2008. Depuis juin 2011 et jusqu'à décembre 2013, un projet pilote à grande échelle a été mis en place. Il concerne deux services :

## **1. le patient summary :**

Il s'agit d'un dossier électronique contenant des informations générales sur le patient (identité), un résumé des informations médicales (allergies, vaccination, antécédents médicaux et chirurgicaux, pathologies en cours), un résumé des traitements en cours et des informations sur le dossier même (auteur et date de création). Les informations sont traduites dans la langue du professionnel de santé prenant en charge le patient {46}.

## **2. la e-prescription :**

La prescription électronique consiste à la création par le médecin d'une prescription de médicaments via un logiciel et à sa transmission au pharmacien. Cela implique une nouvelle notion qu'est la *e-dispensation*. Le pharmacien envoie de façon électronique des informations concernant les médicaments délivrés vers le dossier patient {47}.

### **3. Projet pilote**

En France, le projet EpSOS est piloté par l'ASIP santé et est en phase de test pour certaines catégories de populations : il existe un partenariat avec le programme d'échange européen ERASMUS, pour les étudiants des universités participant à l'opération pilote (université de Bourgogne à Dijon, université de Paris Ouest à Nanterre et l'université de Strasbourg). Avant leur départ vers les destinations suivantes : Autriche (Wels), Espagne (Iles Baléares et Valence) et Italie (Brescia, Desenzano del Garda, Gavardo), les étudiants qui le souhaitent peuvent se faire créer un *Patient Summary* par les médecins des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé {45}.

## **VI. Le DMP AUJOURD'HUI**

Le 8 mai 2014, on recensait 457 809 DMP créés dont 9 609 en Ile de France {48}. Parmi les utilisateurs du DMP, on note 427 établissements de soins et 5 559 professionnels de santé libéraux {49}.

Dans les quatre régions pilotes du DMP que sont l'Alsace, l'Aquitaine, la Franche-Comté et la Picardie, les chiffres observés sont au-dessus de la moyenne avec respectivement, 47 605, 64 790, 47 806 et 83 542 DMP créés. Ces résultats restent inférieurs aux objectifs qui avaient été fixés par le ministère de la santé. Alors qu'initialement le DMP devait permettre une économie de 3,5 millions d'euros par an à la branche maladie de la sécurité sociale, il a en réalité engendré au moins 210 millions d'euros de dépense entre 2004 et 2011, d'après le rapport de la Cour des Comptes de juillet 2012 précité {2}.

## **VII. L'ASIP SANTE, chargé du déploiement du DMP**

L'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé est un groupement d'intérêt public, mentionné par l'article L1111-24 du code de la santé publique, dont la constitution s'est faite en deux temps {50}. Un groupement de préfiguration du DMP est créé en avril 2005 composé de l'Etat, de la caisse nationale de l'assurance maladie et de la caisse des dépôts et consignations. Ce groupement se voit attribuer une nouvelle dénomination d'ASIP par arrêté du 28 novembre 2009 {51}.

Sa création est motivée par la volonté d'améliorer l'accès aux soins qu'offre l'émergence des nouvelles technologies numériques de santé, tout en respectant les droits des patients de sécurité et de confidentialité.

Son rôle est de favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du secteur médico-social.

L'ASIP reprend les missions qui avaient été attribuées au GIP, tels que la réalisation et le déploiement du DMP prévu par l'article L1111-14 à L1111-24 du code de santé publique et plus spécifiquement de la question de l'hébergement du DMP.

Parmi ses autres rôles, peuvent être notés l'encadrement d'initiatives publiques et privées afin d'assurer la sécurité des systèmes d'échange et de partage des données de santé.

« L'ASIP peut à ce titre attribuer des financements, dans des conditions fixées par arrêté du ministère de la santé, visant notamment à favoriser la réalisation, le déploiement et l'usage du DMP ».

En s'inscrivant dans cette stratégie de déploiement du DMP, le cahier des charges de l'appel à projet « inscription du DMP dans la formation médicale continue » est publié le 1er août 2012.

## **VIII. LA SFTG, proposition d'action de formation sur le DMP**

La SFTG, association nationale de formation médicale continue et société scientifique de médecine générale existe depuis 1977. Elle se caractérise par une charte éthique d'indépendance, en particulier vis à vis de l'industrie pharmaceutique. Elle répond aux appels d'offre de formation, met en place des actions de DPC dans le cadre de l'OGDPC et du FAF qu'elle propose aux médecins généralistes mais aussi aux spécialistes et autres professionnels de santé. Dans le cadre de son activité de recherche, elle a été amenée à collaborer avec un certain nombre de thèses de médecine générale. Avec les étudiants qui s'adressent à elle, elle précise leur projet et leur offre la possibilité, en respectant la confidentialité, d'adresser des questionnaires aux adhérents. Ces travaux sont présentés par le thésard à la Journée Recherche annuelle de l'association.

L'action de Développement Personnel Continu portant sur le DMP proposée par la SFTG intégrait quatre phases, dont l'objectif était de lancer une dynamique d'utilisation du DMP en augmentant le nombre de médecins libéraux en mesure d'utiliser le DMP en routine pour le suivi de leurs patients.

La première phase correspondait à la réalisation d'une enquête par l'envoi de questionnaires à des médecins adhérents à la SFTG.

La phase de formation devait s'organiser sous la forme de soirées ou de demi-journées. Elle était aidée du contenu des documents fournis sur le site de l'ASIP.

Puis les médecins généralistes devaient être relancés par une évaluation téléphonique un mois après la formation. Un état des lieux du nombre de dossiers créés était alors réalisé, avec le cas échéant un point particulier sur les difficultés rencontrées.

Enfin, on devait procéder à une évaluation à 6 mois dont le moyen restait à déterminer.

## **IX. OBJECTIFS DE LA THESE**

Le nombre de DMP mis en service est très inférieur aux objectifs initiaux. Dans son rapport, la Cour des comptes jugeait inadéquate le DMP par rapport aux besoins des praticiens. Elle soulignait la disproportion entre le coût et les résultats, mais elle pointait aussi le pilotage défaillant de l'Etat, et l'absence de coordination avec la caisse nationale d'assurance maladie. Dans le même temps, l'ASIP santé a souhaité intégrer le DMP dans la formation médicale continue.

L'objectif de cette thèse était donc d'évaluer les connaissances des médecins généralistes concernant le DMP, ainsi que leurs besoins de formation.

# **X. MATERIELS ET METHODES**

## **A. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive qui a été réalisée entre le 28 aout 2012 et le 4 septembre 2012.

## **B. Population**

Une proposition de participation à l'étude a été envoyée par mail à tous les adhérents de la SFTG en France, soit 2 500 médecins généralistes. Ceux-ci pouvaient répondre au questionnaire en suivant un lien spécifique. Le 4 septembre 2012, 185 médecins avaient répondu au questionnaire.

## **C. Questionnaire**

Le questionnaire comportait trois parties :

- ⇒ La première partie consistait à recueillir des informations objectives sur les praticiens : l'année de leur thèse, l'année d'installation, le lieu d'installation, le mode d'exercice et le type de logiciel utilisé.
- ⇒ La deuxième partie concernait la connaissance, ainsi que l'expérience, et l'intérêt exprimé pour le DMP et ses différentes fonctions, en termes de coordination, de sécurité et d'efficience des soins.

⇒ La troisième partie concernait les souhaits et besoins de formation pour le DMP  
(thèmes et modalités de celle-ci)

Les modalités de réponse au questionnaire étaient pour certaines sous forme binaire (oui/non), pour d'autres à choix multiples, ou encore sous forme de texte libre ou bien sous forme d'une échelle de Likert pour les questions relatives à l'intérêt ressenti du DMP dans ses différentes fonctions (échelle allant de 1= *pas intéressant* à 5= *très intéressant*) (Annexe).

Les réponses au questionnaire ont été initialement codées dans un tableur Excel. L'analyse a ensuite comporté une première partie descriptive des réponses et une deuxième partie étudiant les caractéristiques personnelles des médecins influençant leurs connaissances et leurs besoins de formation vis-à-vis du DMP.

Les analyses ont été réalisées sur le site en ligne de « biostaTGV ». Elles ont utilisé des fonctions descriptives et le test de comparaison de pourcentage de Fisher. Le seuil de significativité a été pris à  $p < 0,05$ .

# **XI. RESULTATS**

## **A. Analyse descriptive**

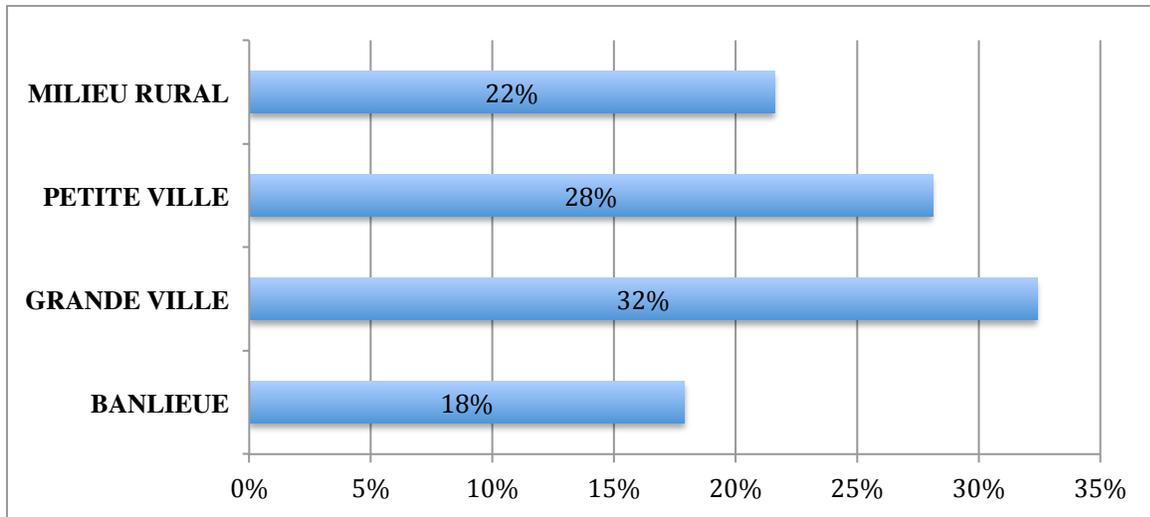
### **1. Caractéristiques des médecins répondants**

Au total, 185 questionnaires ont été recueillis. Le questionnaire a permis de définir certaines caractéristiques de la pratique des médecins généralistes répondants. Celles-ci sont présentées sur les figures 1 à 4.

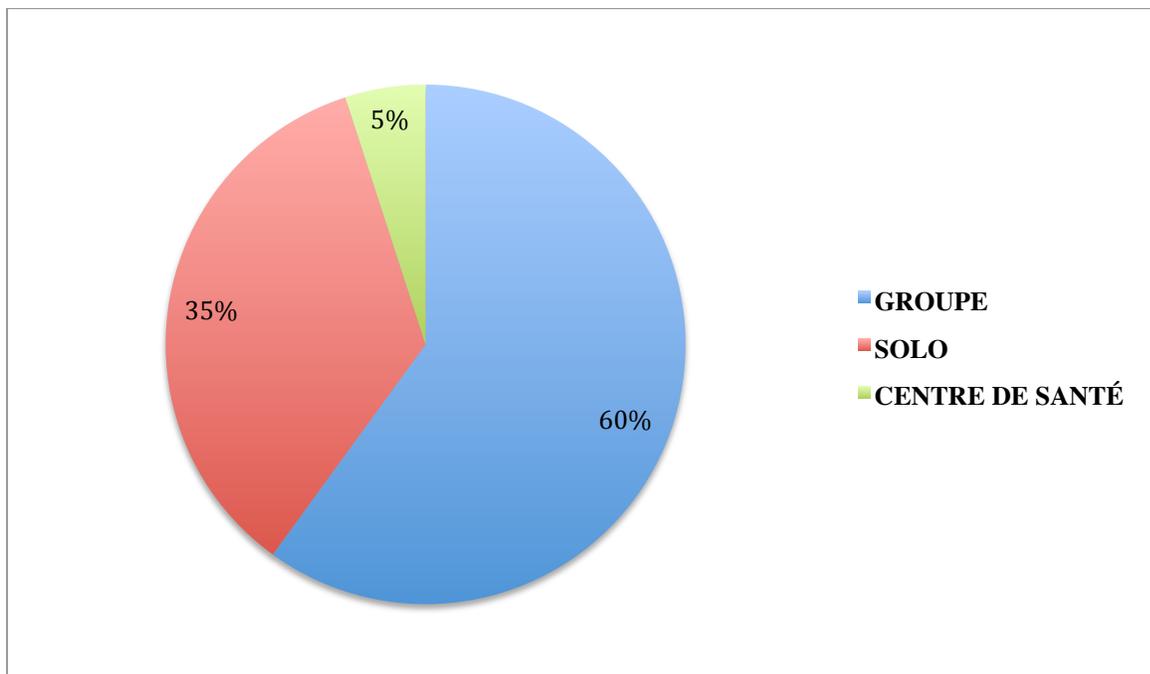
L'année médiane de thèse des médecins répondants était 1986, et celle de l'année d'installation 1989.

La population des médecins répondants était relativement bien répartie en termes de lieu d'installation avec tout de même une faible majorité de médecin exerçant dans une grande ville (figure 1).

Une majorité des médecins exerçaient en cabinet de groupe (figure 2).

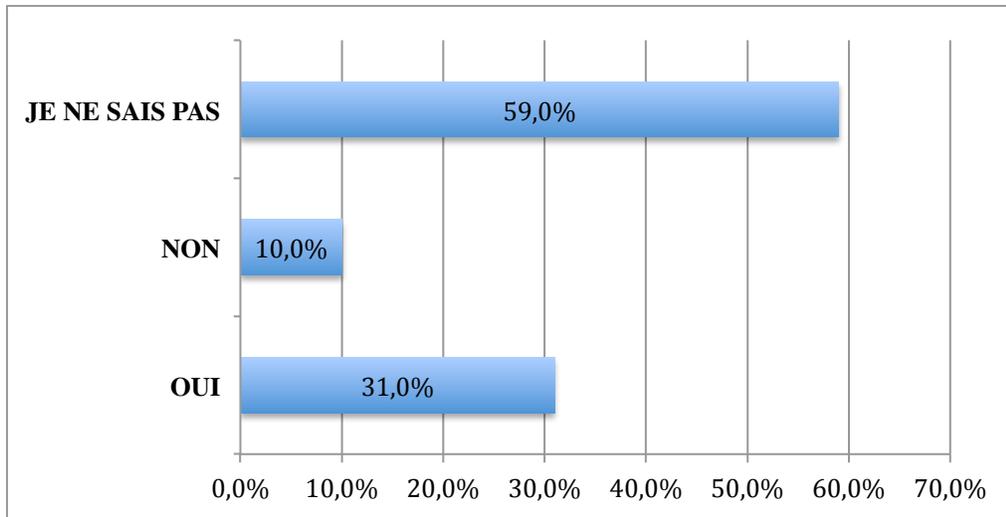


**Figure 1** Lieu d'installation des médecins participants



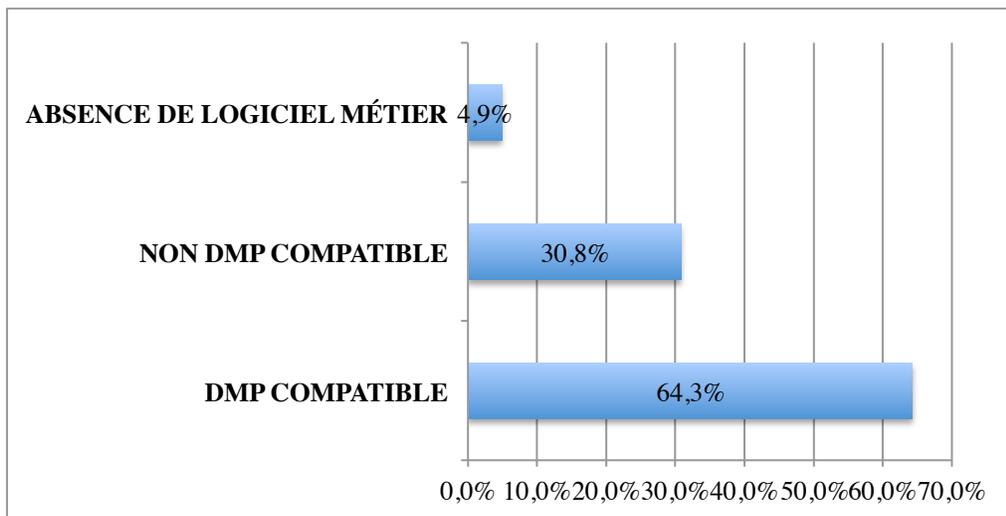
**Figure 2** Mode d'exercice des médecins répondants

Une grande majorité de médecins interrogés ne connaissaient pas la compatibilité de leur logiciel métier avec le DPM (figure 3).



**Figure 3 DMP compatibilité des logiciels métiers**

La proportion réelle des logiciels DMP compatibles des médecins répondants était bien supérieure à celle annoncée par les médecins interrogés. En effet, une majorité de médecins possédaient un logiciel métier DMP compatible.



**Figure 4 Proportion réelle des logiciels DMP compatibles**

## 2. Connaissances du DMP, expérience et intérêt

L'objectif de cette thèse était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes interrogés concernant le DMP. On a observé ainsi qu'une grande majorité de médecins ne connaissaient pas les principes du DMP, ni ses différents aspects (figures 5 à 7).

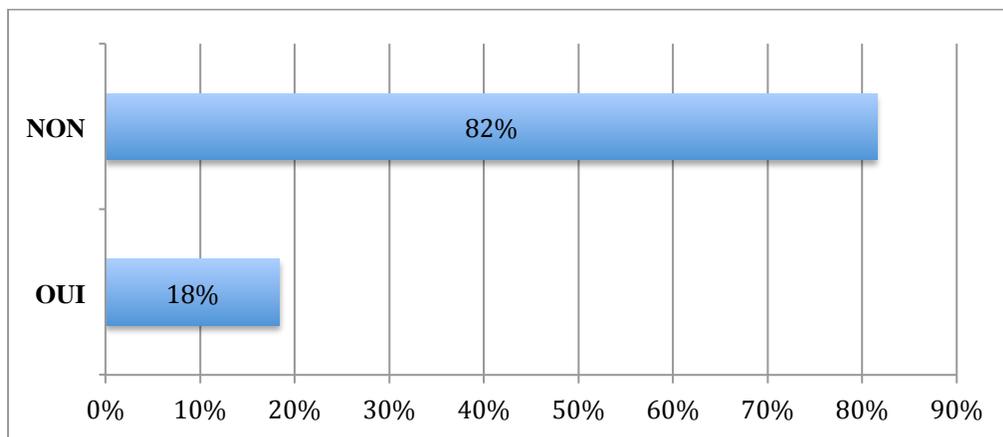


Figure 5 Connaissance des principes du DMP

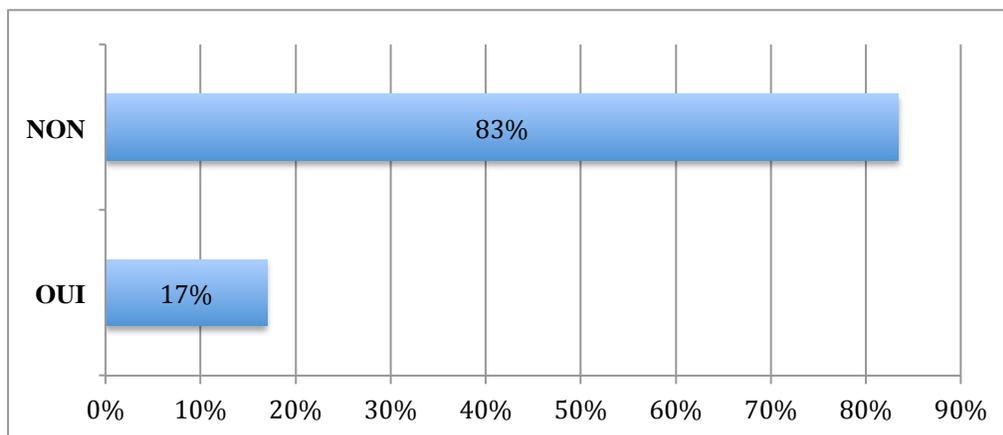
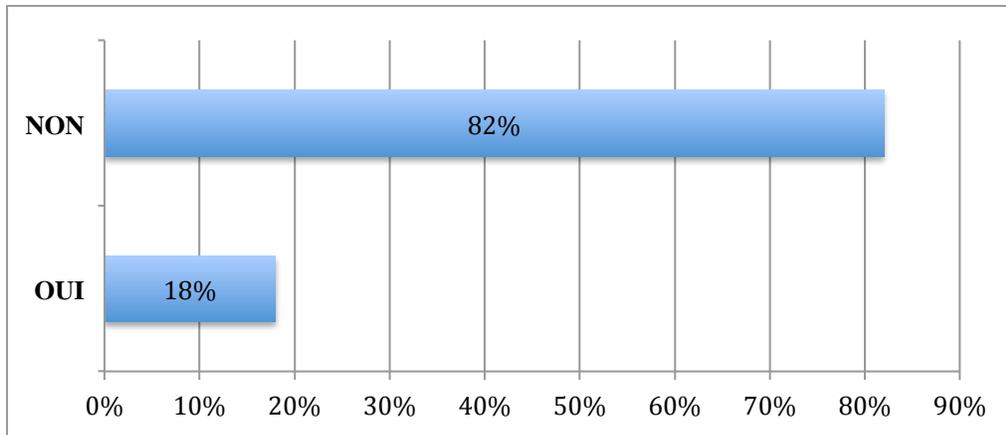
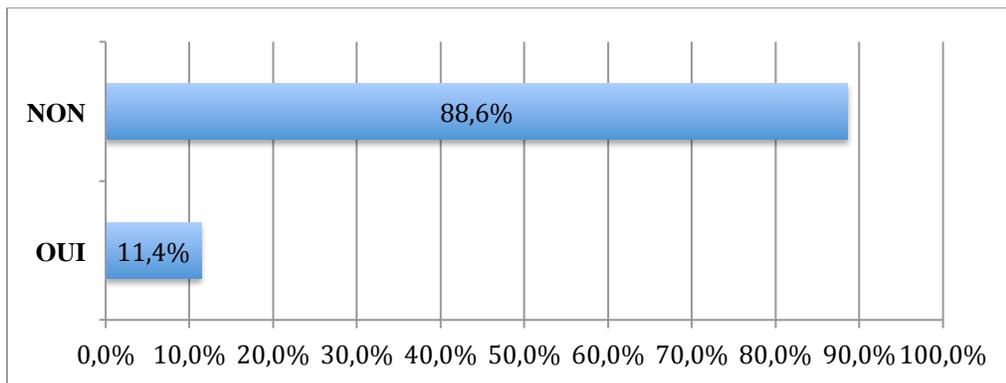


Figure 6 Connaissance des aspects opérationnels du DMP

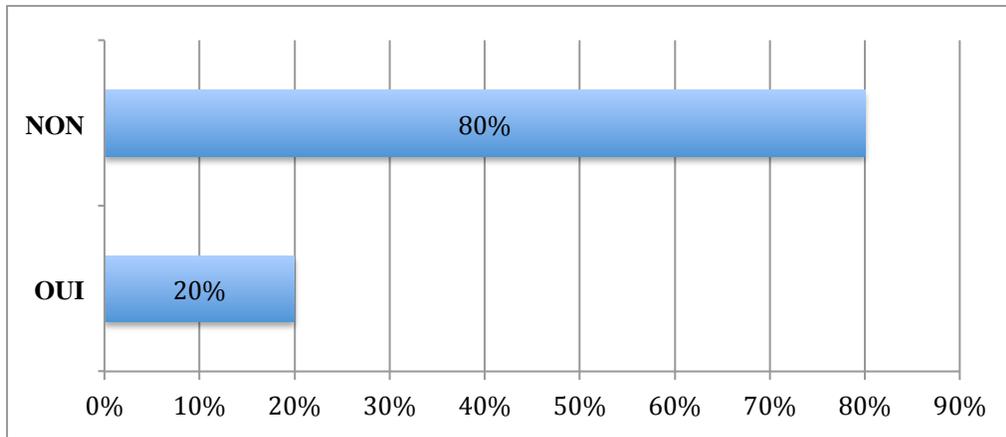


**Figure 7 Connaissance des aspects de sécurité informatique, de confidentialité et/ou d'éthique**

Ils sont minoritaires à avoir déjà réalisé un DMP et à avoir été interrogés par leurs patients sur le sujet (figures 8 et 9).

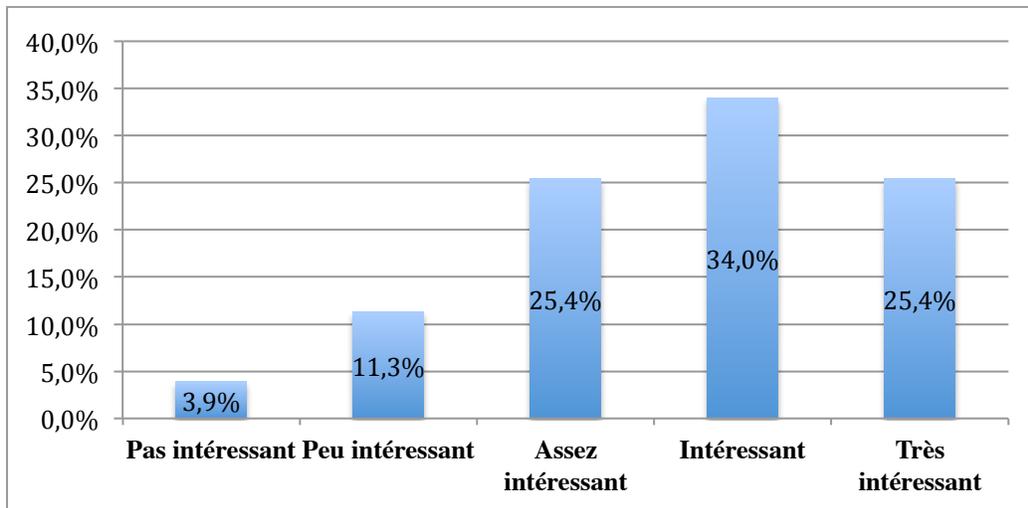


**Figure 8 Proportion de médecins ayant réalisé un DMP**

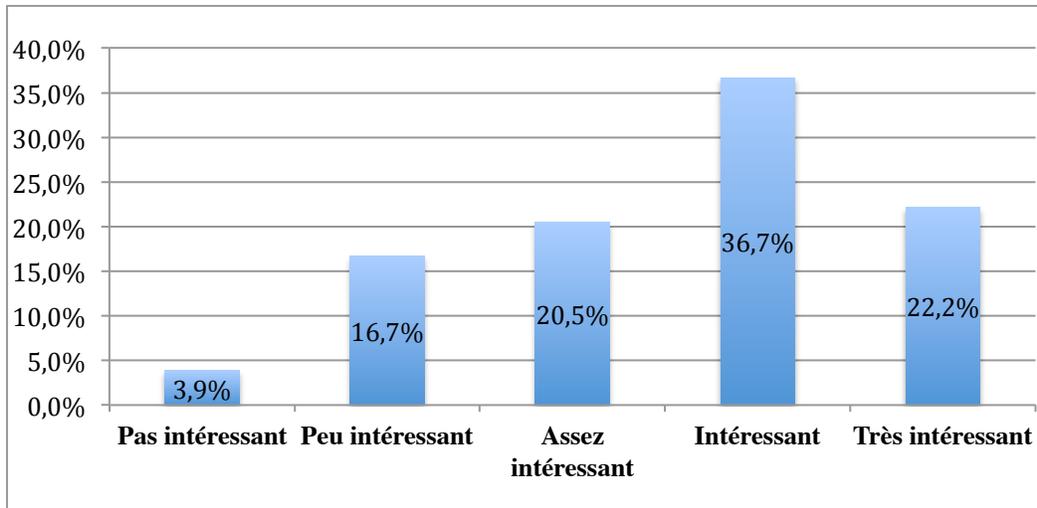


**Figure 9 Médecins ayant été interrogés par des patients sur le DMP**

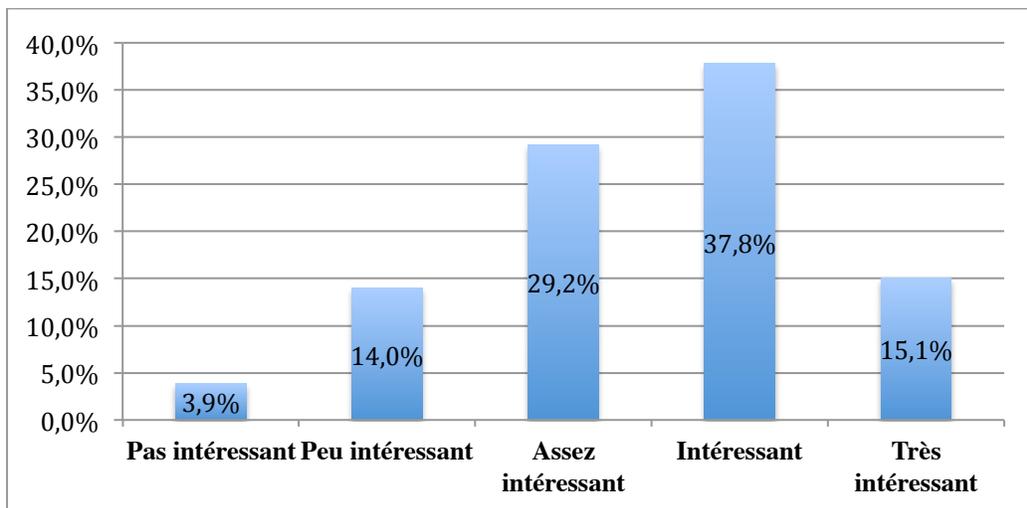
Concernant la question portant sur l'intérêt des différentes fonctions (coordination des soins, sécurité, efficacité des soins et santé publique) du DMP, les réponses étaient assez variées, avec une majorité de médecins intéressés (figures 10 à 13).



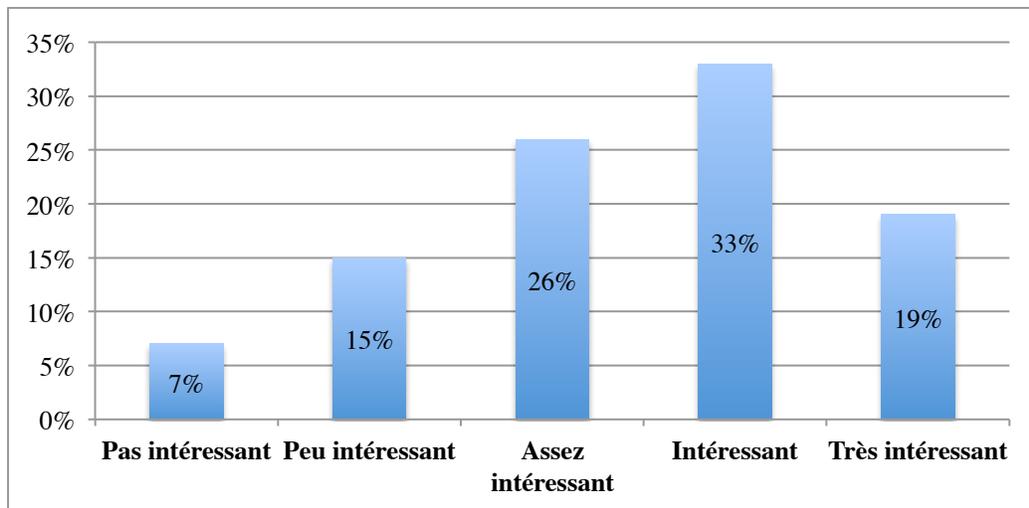
**Figure 10 Intérêt du DMP pour la coordination des soins**



**Figure 11 Intérêt du DMP pour la sécurité des soins**



**Figure 12 Intérêt du DMP pour l'efficacité des soins**



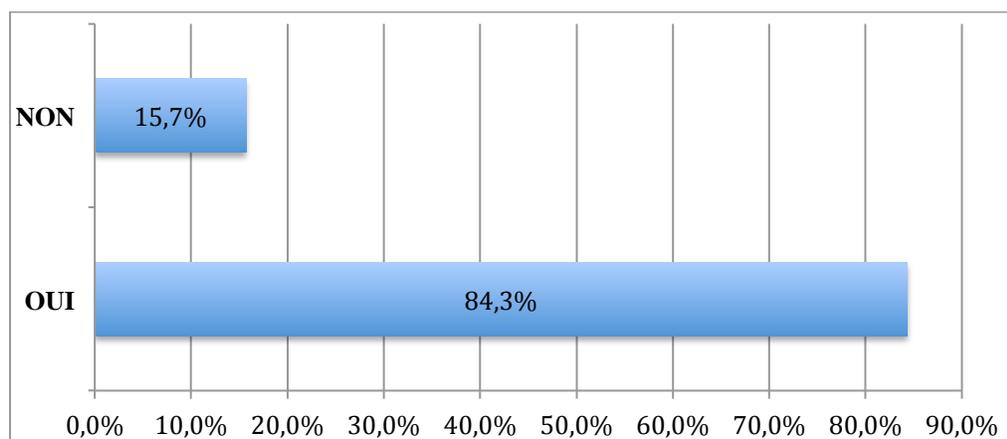
**Figure 13 Intérêt du DMP pour la santé publique**

Parmi les autres intérêts du DMP, on a recensé les réponses suivantes :

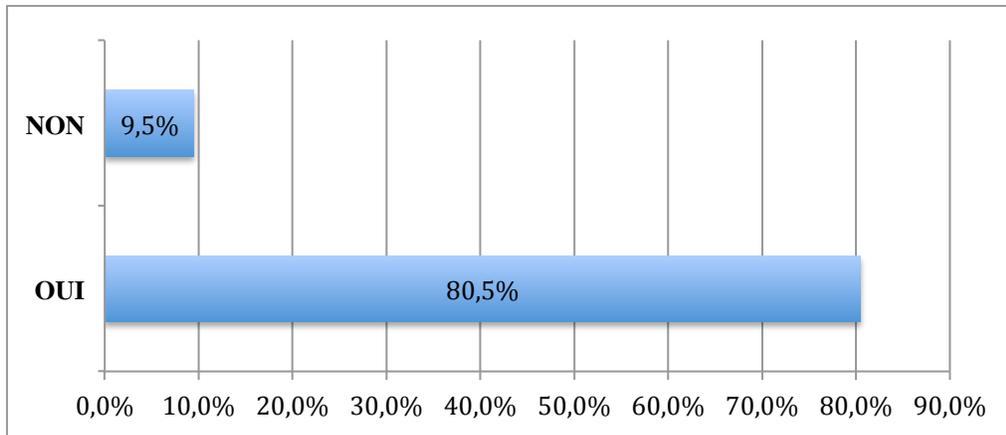
- ⇒ **Concernant la pharmacovigilance** : surveillance des effets indésirables de certains traitements, suivis des prescriptions, évite la iatrogénie,
- ⇒ **Concernant l'épidémiologie** : la pharmaco-épidémiologie, aide à la réalisation d'études et de travaux de recherche, aide au diagnostic de maladies orphelines,
- ⇒ **Concernant la réduction des coûts de santé** : éviter la redondance des examens complémentaires,
- ⇒ **Concernant l'autonomie du patient** : contrôle accru par les tutelles qui sont payeurs, meilleure implication du patient, permet au patient d'avoir sa propre base de données médicales,
- ⇒ **Concernant la communication médecin-malade** : améliore la prise en charge des patients non francophones, améliore le suivi des pathologies lourdes et des patients présentant des troubles cognitifs.

### 3. Souhais et Besoins de formation

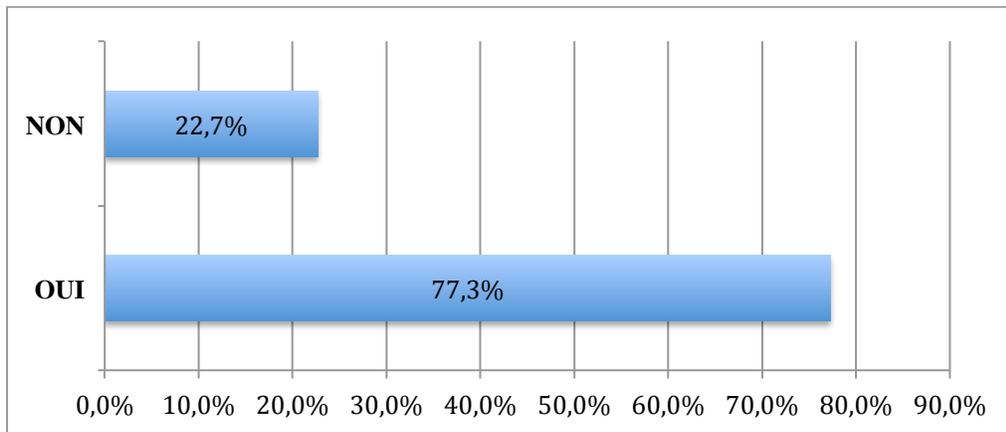
Une majorité de médecins étaient désireux d'accroître leurs connaissances sur les principes du DMP (Figure 14). Des proportions identiques étaient observées à la question portant sur la volonté d'accroître leurs connaissances sur les aspects opérationnels, de sécurité, de confidentialité et d'éthique (figures 15 et 16).



**Figure 14 Proportion de médecins désirant accroître leurs connaissances et leurs compétences sur les principes du DMP**

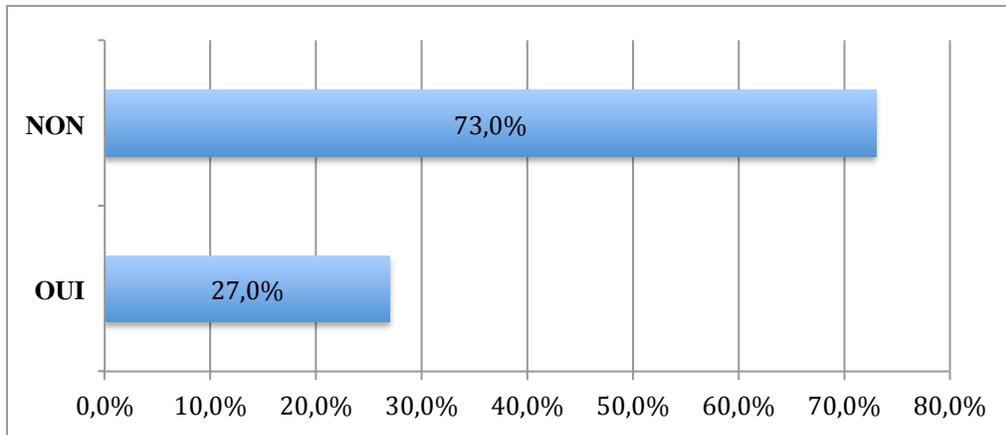


**Figure 15** Proportion de médecins désirant accroître leurs connaissances sur les aspects opérationnels du DMP



**Figure 16** Proportion de médecins désirant accroître leurs connaissances sur les aspects de sécurité informatique, d'éthique et/ou de confidentialité

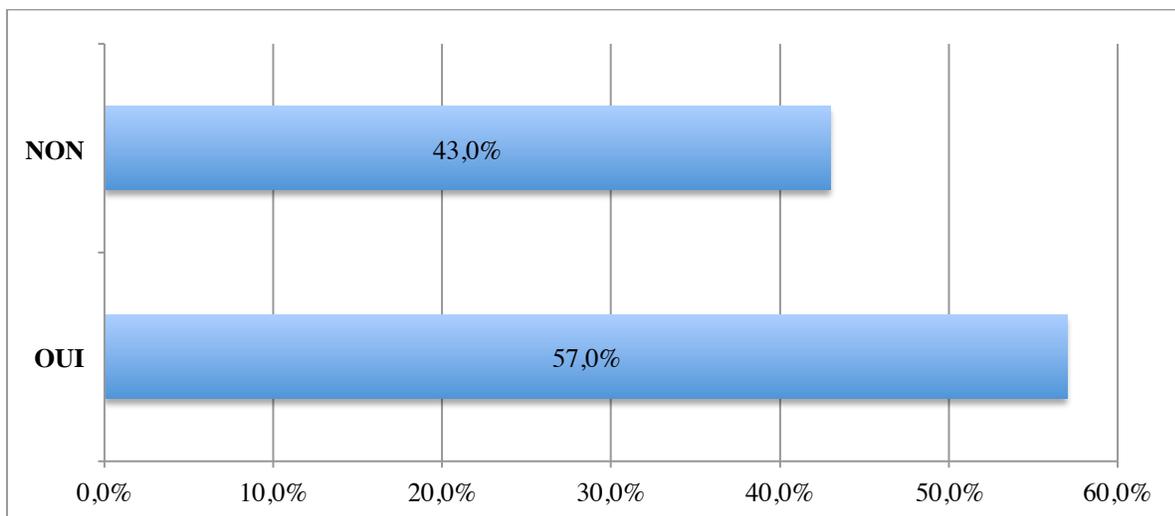
Trois quarts des médecins se sont dits intéressés pour participer à une réflexion sur le DMP au sein de la SFTG (figure 17).



**Figure 17** Proportion de médecins souhaitant participer à une réflexion au sein de la SFTG sur l'intérêt du DMP

Afin d'introduire la question concrète de la formation, le questionnaire demandait aux médecins s'ils étaient intéressés par l'idée de participer à une action de formation avec la SFTG au second semestre de l'année 2012.

On a recensé une majorité de réponses positives (figure 18).



**Figure 18** Proportion de médecins désirant participer à une formation sur le DMP

A la question portant sur le format de FMC/DPC qui leur conviendrait, il était demandé presque autant de demi-journées que de soirées.

## B. Analyse comparative

Dans un second temps, nous avons étudié les facteurs pouvant influencer les réponses aux questions suivantes. Ces questions renseignent sur les connaissances et expériences des médecins répondants concernant le DMP, ainsi que sur leurs besoins de formation.

### 1. Connaissez-vous les principes du DMP?

En 2002, la loi Kouchner évoque la création d'un dossier médical informatisé.

Nous n'avons pas observé de différence significative entre les médecins ayant soutenu leur thèse avant 2002 et ceux l'ayant soutenu après, avec un  $p = 0,81$  (figure 19).

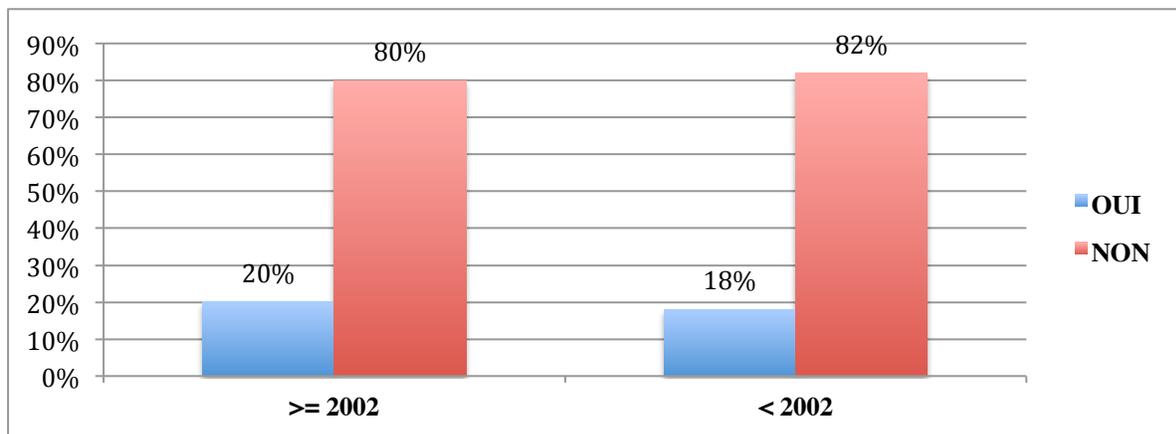
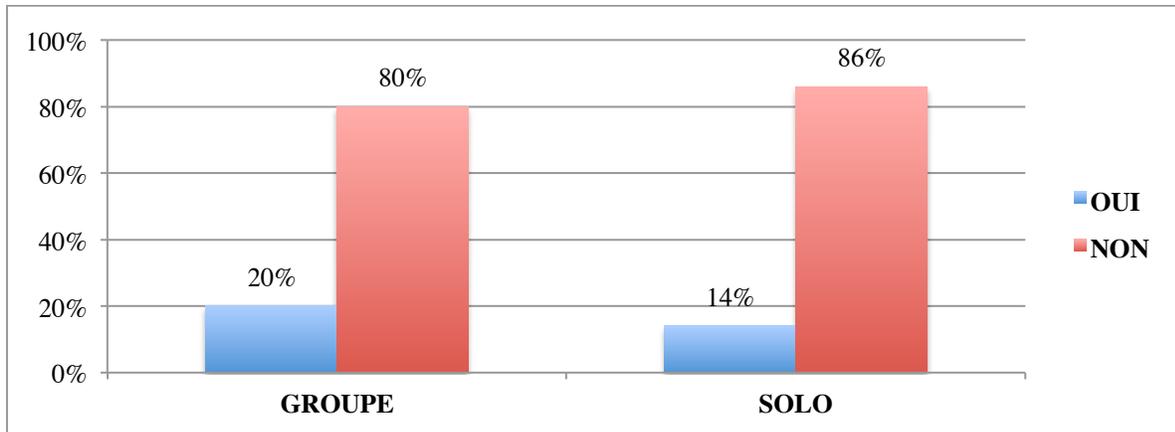


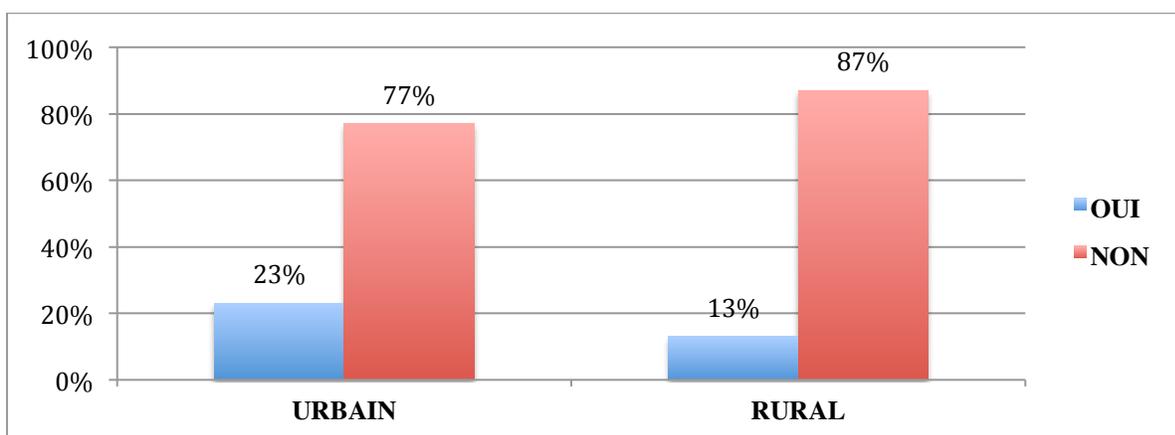
Figure 19 Connaissance des principes du DMP en fonction de l'année de thèse

Il n'y a pas eu de différence significative entre les médecins exerçant en groupe (cabinet de groupe et/ou maison médicale) et ceux exerçant seuls, avec un  $p = 0,32$  (figure 20).



**Figure 20** Connaissance des principes du DMP en fonction du mode d'exercice

Le lieu d'installation (grande ville/ banlieue *versus* petite ville/ milieu rural) n'intervient pas de façon significative sur les connaissances des principes du DMP, avec un  $p = 0,09$ . Mais on n'observe une tendance avec une connaissance des principes plus importante chez les médecins exerçant en zone rurale (figure 21).



**Figure 21** Connaissance des principes du DMP en fonction du lieu d'installation

## 2. Avez-vous déjà réalisé un DMP?

A cette question, il n'y a pas eu de différence significative entre les médecins thésés avant et après 2002, avec un  $p = 1$  ; ni entre ceux exerçant seuls et en groupe, avec un  $p = 0,47$  (figures 22 et 23).

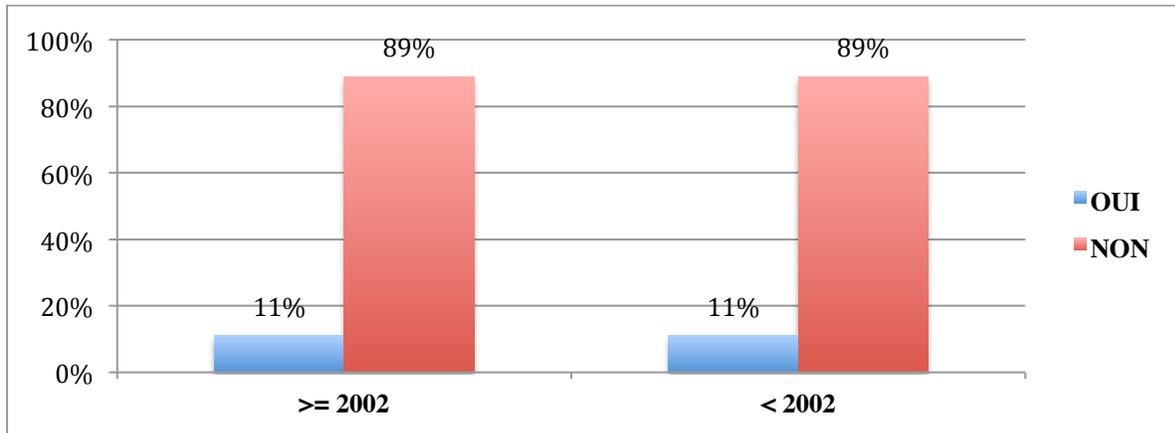


Figure 22 Réalisation d'au moins un DMP en fonction de l'année de thèse

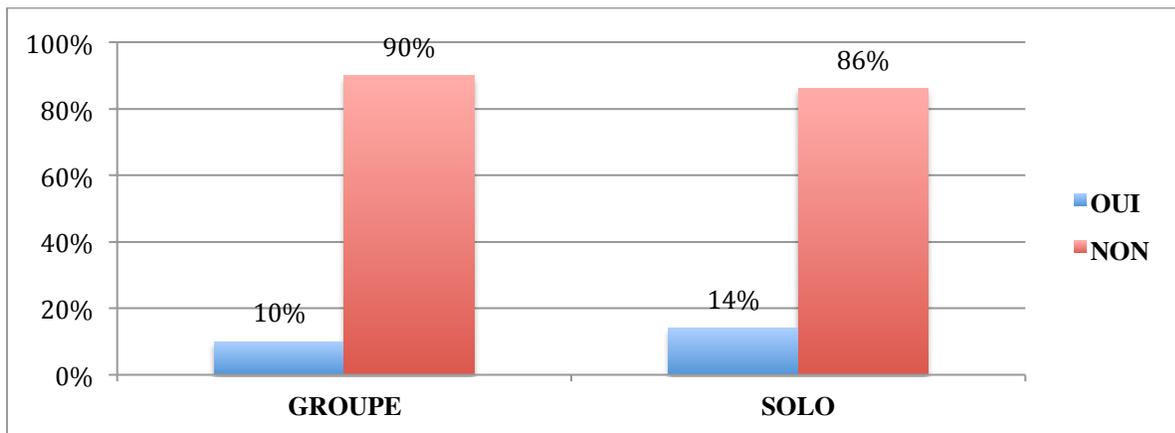


Figure 23 Réalisation d'au moins un DMP en fonction du mode d'exercice

Le lieu d'installation n'interférait pas de façon significative sur la réponse à la question portant sur l'expérience de création d'un DMP, avec un  $p = 0,2$ . La tendance était en faveur des médecins exerçant en zone urbaine qui étaient plus nombreux à avoir déjà réalisé un DMP (figure 24).

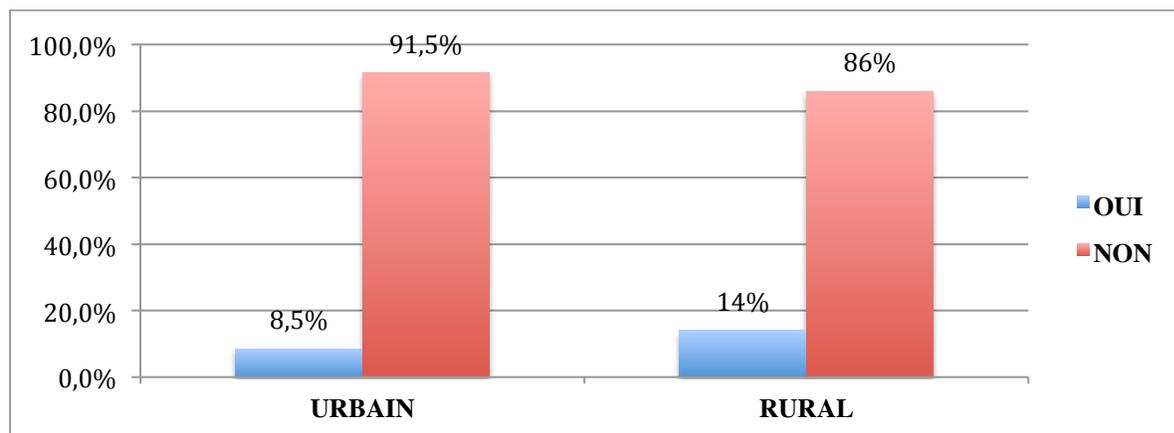
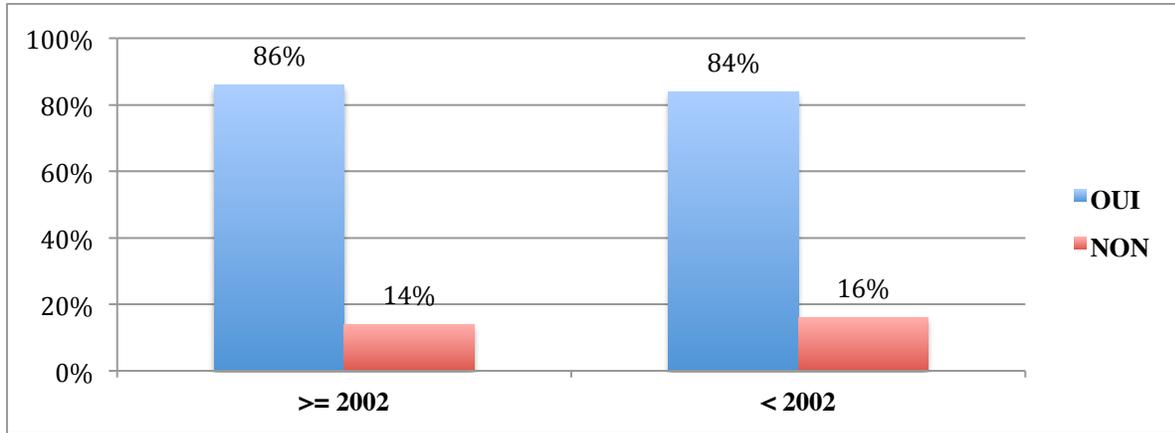


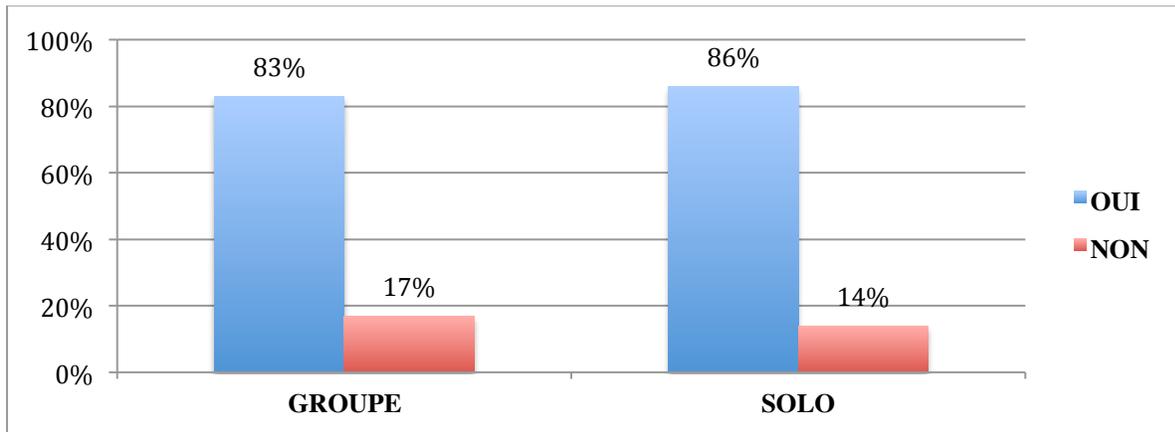
Figure 24 Réalisation d'un DMP en fonction du lieu d'installation

### **3. Souhaiteriez-vous accroître vos connaissances/compétences sur les principes du DMP?**

L'analyse des réponses à cette question ne nous a pas permis d'observer de différence significative entre les médecins thésés avant et après 2002 avec un  $p$  à 0,84, ni entre ceux exerçant en cabinet de groupe et ceux exerçant seuls avec un  $p$  à 0,7. Le lieu d'installation n'exerçait pas d'influence sur cette question ( $p$  à 1).



**Figure 25** Souhait d'accroître les connaissances sur les principes du DMP en fonction de l'année de thèse



**Figure 26** Souhait d'accroître les connaissances sur les principes du DMP en fonction du mode d'exercice

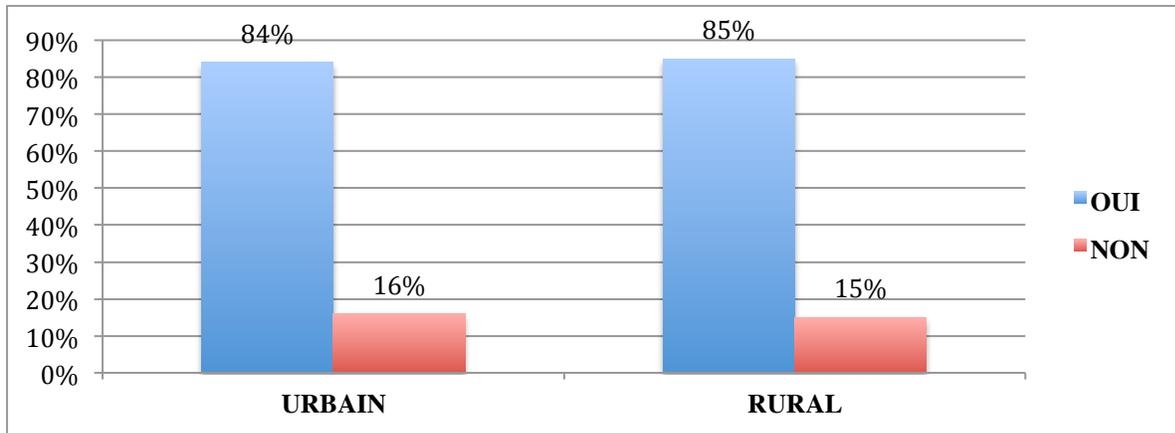


Figure 27 Souhait d'accroître les connaissances sur les principes du DMP en fonction du lieu d'installation

#### 4. Souhaiteriez-vous participer à une action de formation sur le DMP avec la SFTG?

On a observé une tendance avec une proportion plus importante de médecins désirant participer à une action de formation avec la SFTG parmi ceux dont la soutenance de thèse a eu lieu après 2002, avec un  $p = 0,13$  (figure 28).

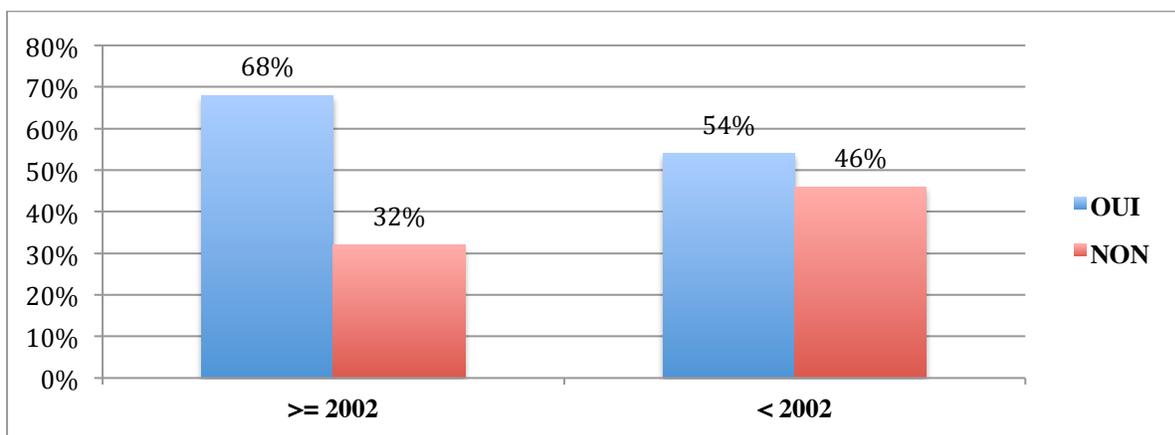
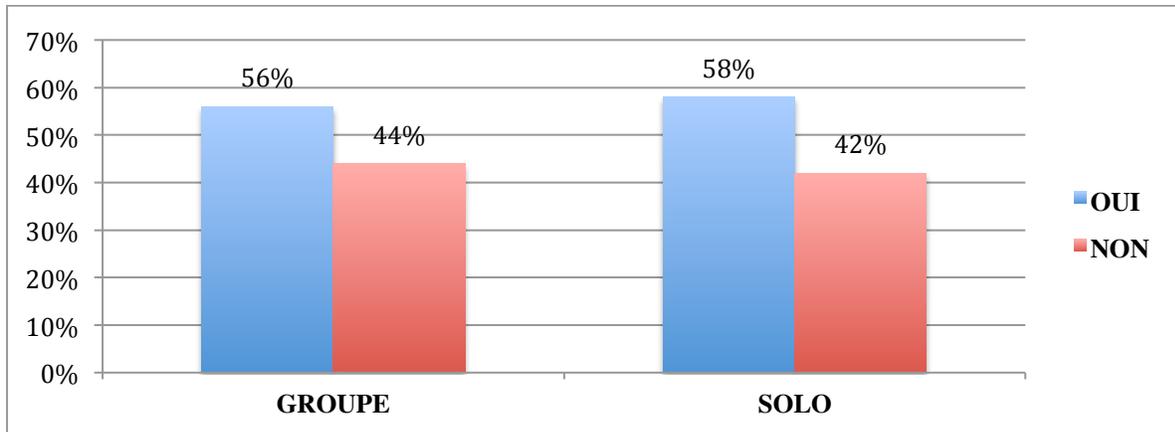
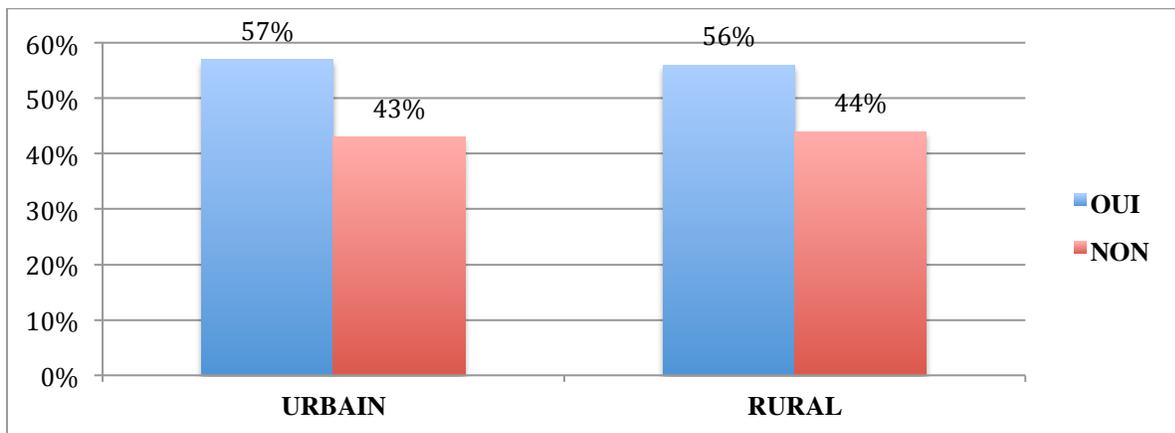


Figure 28 Volonté de participer à une action de formation de la SFTG sur le DMP

Ni le mode d'exercice, ni le lieu d'installation n'influençaient de façon significative les réponses à cette question avec des p respectifs à 0,88 et 0,59 (figures 29 et 30).



**Figure 29** Volonté de participer à une action de formation par la SFTG sur le DMP en fonction du mode d'exercice



**Figure 30** Volonté de participer à une action de formation par la SFTG sur le DMP en fonction du lieu d'installation

## **XII.DISCUSSION**

### **A. Synthèse des résultats**

L'échantillon était majoritairement constitué de médecins exerçant en cabinet de groupe, dans des grandes villes. L'année médiane de soutenance de thèse était 1986 et celle de leur installation était 1989.

Une grande majorité de médecins ne connaissaient pas les principes, ni les autres aspects du DMP, et étaient intéressés par une action de formation sur le DMP proposée par la SFTG. Les thèmes, tels que les aspects opérationnels, de sécurité, de confidentialité et d'éthique, étaient des thèmes plébiscités. De même, les médecins interrogés étaient minoritaires à avoir déjà réalisé un DMP.

Aucun des facteurs parmi les suivants : année de soutenance de thèse (supérieure ou égale versus inférieure à 2002, année de la loi Kouchner introduisant la notion de dossier médical partagé), mode d'exercice groupé versus isolé, lieu d'installation urbain versus rural, n'influençaient de façon significative les connaissances ni les besoins de formation au DMP des médecins répondants. Quelques tendances ont néanmoins été observées. Les médecins exerçant en zone urbaine (grande ville et banlieue) étaient plus nombreux à avoir déjà réalisé un DMP, alors que ceux exerçant en zone rurale connaissaient plus les principes du DMP. Les médecins, ayant soutenu leur thèse après 2002, étaient plus nombreux à souhaiter participer à une action de formation avec la SFTG.

## **B. Forces et limites de l'étude**

### **1. Forces de l'étude**

Il s'agissait d'un travail original, puisqu'il s'est inscrit dans une problématique de santé publique concrète et que la question était adaptée à un besoin réel. L'étude concernait une population de médecins généralistes exerçant sur tout le territoire français, aussi bien en zone rurale, qu'en zone urbaine, avec un effectif de 185 médecins répondants.

### **2. Limites de l'étude**

Les limites de cette étude étaient le taux de réponse faible. On recensait 185 questionnaires remplis sur les 2500 envoyés, ce qui représentait un taux de réponse de 7,4%. Cela s'expliquait par la période de l'envoi. En effet, les questionnaires ont été diffusés en période estivale. Les réponses recueillies plus d'une semaine après l'envoi n'étaient plus prises en compte. Il n'y a pas eu de relance effectuée.

Par ailleurs, il s'agissait d'une étude descriptive, ce qui n'est pas représentatif mais informatif d'un intérêt des médecins interrogés pour une formation sur le DMP. Concernant la partie comparative, aucune des associations n'a été significative. Certaines tendances ont néanmoins pu être mises en évidence.

Un biais de recrutement a été observé car il s'agissait de médecins participant aux formations de la SFTG. Ils étaient donc plus formés et plus nombreux à être informatisés par rapport à la

population générale. L'absence d'informatisation du cabinet était un facteur limitant l'utilisation du DMP.

De même, un biais de volontarisme était présent dans cette étude, car les médecins prenant le temps de répondre au questionnaire étaient nécessairement plus intéressés.

L'étude se limitait aux médecins généralistes. En effet, la SFTG est un organisme de formation principalement consacré à la formation des médecins généralistes. Il est tout de même regrettable que les spécialistes tels que les radiologues ou les médecins de laboratoires n'aient pas été sollicités, tous les professionnels de santé ayant un rôle à jouer dans l'alimentation du DMP.

## **C. Comparaison avec la littérature**

De nombreux travaux ont été publiés sur le DMP, mais peu peuvent être comparés à cette étude. Une thèse a récemment été soutenue à Amiens (septembre 2012), mais la population étudiée ne concernait que le territoire Picard, qui est une région pilote du déploiement du DMP {52}. De par ce statut, il s'agit de la région dans laquelle on comptabilise le plus de DMP créés et le plus d'établissements de santé pouvant disposer du DMP. L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer la satisfaction et la croyance en l'avenir du DMP par les médecins picards par le biais d'une enquête d'opinion de 49 questions envoyées lors de la deuxième semaine de mars 2012. L'objectif principal était donc différent de la présente thèse. Pour autant, ce travail a étudié les connaissances et les formations des médecins généralistes picards sur le DMP. La population étudiée était moins nombreuse, avec 117 questionnaires analysés, qui à défaut de provenir de la même région, est superposable à notre échantillon avec un âge médian de 51,51 ans. Le mode d'exercice était similaire à celui de notre population avec une faible majorité de médecins

exerçant en cabinet de groupe. Ne s'agissant que de la région Picardie, les médecins répondants étaient plus nombreux à exercer en zone rurale et semi rurale. Le taux d'informatisation des médecins interrogés était important (93,9%), comme dans notre étude, dans laquelle seuls 4,5% des médecins répondants ne possédaient pas de logiciel métier. Les médecins picards étaient plus informés du statut de DMP compatibilité de leurs logiciels métier avec seulement 12,4% d'entre eux qui ne savaient pas si leur logiciel était DMP compatible ou non. Concernant l'évaluation des connaissances des médecins picards sur le DMP, il était retrouvé une proportion de médecin plus faible ne connaissant pas les principes du DMP. Il distinguait les médecins ayant déjà été formé (FMC, internet) et ceux qui ne l'avaient pas été. Près d'un quart des médecins n'ayant jamais suivi de formation répondaient ne pas connaître les principes du DMP alors que quasiment tous les médecins formés en connaissaient les principes. Il a été remarqué de façon significative que les médecins, ayant déjà utilisé le DMP, avaient bénéficié d'une formation virtuelle ou non. Ces résultats sont intéressants car ils démontrent l'importance de la formation dans le développement du DMP. Le taux de médecins qui avaient déjà utilisé les DMP était plus important que dans notre étude (27,4% versus 11,4%). En Aquitaine qui est également une région pilote, 93% de leurs professionnels de santé n'auraient créé qu'un DMP lors du passage du formateur de l'ASIP santé. Ce fait est rapporté par la Cour des comptes concernant « le coût du Dossier Médical Personnel depuis sa mise en place », publié en juillet 2012. Il convient donc de s'interroger sur le cas de la Picardie.

D'autres thèses se sont intéressées au DMP, mais les éléments traités étaient différents et elles dataient de période de lancement ou de suspension du DMP.

L'ASIP santé a réalisé une enquête téléphonique de juin à juillet 2011, auprès de 568 médecins dont 150 médecins généralistes {53}. Le questionnaire n'était pas comparable au questionnaire utilisé dans le cadre de cette étude. Il a été demandé aux médecins s'ils avaient déjà entendu parler du DMP, s'ils étaient favorables à sa mise en place. Ils étaient majoritaires à répondre affirmativement à ces deux questions, mais 79% des médecins répondants se sentaient mal informés sur le sujet.

Aux questions ouvertes de notre questionnaire, concernant les sujets de réflexion que les médecins auraient souhaité aborder, la problématique de l'aspect chronophage de la création et de l'alimentation des DMP était souvent soulignée. C'est aussi le thème favori des médecins picards sondés qui s'accordaient pour dire qu'il s'agit d'un énorme frein à l'utilisation du DMP et qu'un système plus rapide les inciterait d'avantage à l'utiliser. Un sondage effectué à la demande de la Cour des comptes en 2012, auprès de 17 médecins alsaciens ayant créé 103 DMP en une semaine, permettait d'extraire les informations suivantes : la durée moyenne d'un DMP est de quatre minutes et comprend le temps d'information du patient {2}. Chaque insertion de document prendrait une minute et la recherche d'informations durerait une minute et demi en moyenne. Ces durées diminueraient avec l'expérience du praticien. En estimant une consultation de médecine générale à 16 minutes en secteur 1 et à 22 minutes en secteur 2, peut-on imaginer qu'un jour le DMP représente un gain de temps comme il l'est destiné ?

## **D. Interprétation des résultats**

Notre étude reflète assez bien le constat suivant : les médecins généralistes manquent d'information concernant le DMP. Dans notre étude ils étaient majoritaires à ne pas connaître les

principes du DMP et ses aspects opérationnels, de sécurité et de confidentialité. Par ailleurs ils sont nombreux à vouloir accroître leurs connaissances et sont majoritaires à souhaiter participer à une action de formation par la STG. L'année de thèse, le mode d'exercice ni le lieu d'installation n'influent de façon significative les résultats à ces questions. Cela peut s'expliquer par le fait que la population de l'étude est constituée de médecins généralistes adhérents à un organisme de formation, donc désireux de se former, quels que soient les facteurs susceptibles de modifier les données dans la population générale.

## **XIII. CONCLUSION**

Le DMP en l'état actuel, ne remporte pas encore l'adhésion de tous les médecins généralistes. Il suscite pourtant de nombreuses interrogations. Alors qu'il était censé générer 3,5 millions d'euros par an, le rapport de la Cour des Comptes de juillet 2012 rapportait que son coût minimal de mise en place, entre 2005 et 2011, était évalué à 210 millions d'euros. L'étude a permis le constat suivant : les médecins généralistes interrogés manquent cruellement de connaissance concernant le DMP qu'il s'agisse des principes, des aspects opérationnels, de sécurité et de confidentialité, mais il en ressort un besoin évident de formation. On a pu voir que les médecins picards formés avaient une meilleure connaissance du sujet. L'étude répond ainsi quant à la pertinence d'inscrire le DMP dans le DPC. D'ailleurs on a vu paraître un DPC proposé par l'organisme de formation Sud Management dont l'intitulé est : « Dossier Médical et DMP, principes et enjeux ». A l'étranger, le dossier médical électronique partagé est en cours d'expérimentation, et fonctionne parfaitement au Danemark avec un portail d'e-santé utilisé par la quasi totalité des médecins Danois et près de la moitié des établissements de soins. Il aurait permis une économie de 120 millions d'euros par an selon un rapport de la Healthcare Information and Management Systems Society de 2008 {31}. Le dossier médical électronique dématérialisé tend donc à s'universaliser et mènera probablement à plus long terme à une interopérabilité internationale.

## **XIV. RESUME**

**Introduction** : Le Dossier Médical Personnel (DMP) est le fruit de neuf ans de réflexion et d'expérimentation. Il s'agit d'un dossier médical électronique partagé interopérable à l'échelle nationale et accessible à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie. La mission d'hébergement et la stratégie de déploiement du DMP ont été attribuées à l'ASIP santé qui est groupement d'intérêt public chargé de favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du médico-social.

**Matériel et méthodes** : Dans le cadre de son plan de déploiement du DMP, l'ASIP santé publie un cahier des charges d'appel d'offre destiné aux organismes de formation agréés par l'Organisme Gestionnaire Conventionnel de la Formation Conventionnelle Professionnelle (OGC FPC). 2500 questionnaires sont envoyés aux médecins ayant déjà participé aux formations de la SFTG.

**Résultats** : En une semaine, 185 réponses ont été collectées. Il a été réalisé tout d'abord une analyse descriptive des résultats des questionnaires puis une étude de l'influence que peuvent avoir l'année de thèse, le mode d'exercice et le lieu d'installation des médecins répondants sur les réponses aux questions portant sur les principes du DMP, éventuelle expérience de création et le souhait de participer à une action de formation par la SFTG.

Les médecins répondants exerçaient majoritairement en cabinet de groupe, en grande ville. L'année médiane de thèse était 1986 et celle de leur installation 1989.

Nous avons observé une majorité de médecins ne connaissant pas les principes et les différents aspects du DMP. Ils sont minoritaires quant à l'expérience de création d'un DMP. Une volonté

d'accroître leurs connaissances et leurs compétences sur ces différents aspects est constatée chez une majorité d'entre eux. Ils sont majoritaires à souhaiter une action de formation par la SFTG. L'année de thèse, le lieu d'installation et le mode d'exercice n'influençaient pas significativement les connaissances des principes du DMP, ni leurs besoins de formation. On a mis en évidence les tendances suivantes : Les médecins exerçant en zone urbaine (grande ville et banlieue) étaient plus nombreux à avoir déjà réalisé un DMP, alors que ceux exerçant en zone rurale connaissaient plus les principes du DMP avec des p respectifs à 0,2 et 0,09. Les médecins, ayant soutenu leur thèse après 2002, étaient plus nombreux à souhaiter participer à une action de formation avec la SFTG, avec un  $p=0,13$ .

**Discussion** : Les médecins généralistes sont majoritaires à ne pas connaître les principes du DMP, quelque soit leur âge, leur mode d'exercice ou leur lieu d'installation. Ils sont majoritaires à désirer participer à une action de formation sur le DMP. Des études effectuées dans des régions pilotes, démontrent de façon significative, que les médecins formés avaient plus d'ouverture de DMP à leur actif.

**Conclusion** : Le manque d'information semble être responsable de la faible proportion de DMP créé. Il serait donc pertinent d'inclure le DMP dans le DPC.

## **XV.BIBLIOGRAPHIE**

{1} BERTRAND X. Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Clôture de la Conférence annuelle de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé - ASIP-Santé. 5 Janvier 2011. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/en/node/2233>

{2} Rapport de la Cour des comptes. Rapport sur le coût du DMP. Juillet 2012. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:  
[http://www.ccomptes.fr/content/download/53668/1420602/version/2/file/rapport\\_cout\\_dossier\\_medical\\_personnel.pdf](http://www.ccomptes.fr/content/download/53668/1420602/version/2/file/rapport_cout_dossier_medical_personnel.pdf)

{3} Programme « Inscription du DMP dans la formation médicale continue ». Cahier des charges. Avril 2012. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:  
[http://esante.gouv.fr/sites/default/files/CDC\\_Programme\\_DMP\\_FMC.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/CDC_Programme_DMP_FMC.pdf)

{4} JAEGER M. L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs. Ed Eres, 1 mars 2010, 196 p.

{5} Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? octobre 2012. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf)

{6} Code de la santé publique - Article L4130-1 | Legifrance [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B9C1732B7A2671F3574E994DC6C73A81.tpdjo03v\\_1?idArticle=LEGIARTI000020890163&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140511](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B9C1732B7A2671F3574E994DC6C73A81.tpdjo03v_1?idArticle=LEGIARTI000020890163&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140511)

{7} Carnet de santé de l'enfant - Service-public.fr [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:  
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F810.xhtml>

{8} LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

{9} Code de la santé publique - Article L6321-1 | Legifrance [Internet]. [cité 11 mai 2014].

Disponible sur:

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E8D1B6CC4B01497861B796033065F2EA.tpdjo03v\\_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691334&dateTexte=20140511&categorieLien=cid#LEGIARTI000006691334](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E8D1B6CC4B01497861B796033065F2EA.tpdjo03v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691334&dateTexte=20140511&categorieLien=cid#LEGIARTI000006691334)

{10} Rue 89 - Dossier médical personnel : gâchis et conflit d'intérêts à tous les étages | NPA SANTE SECU SOCIAL [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://sante-secu-social.npa2009.org/spip.php?article3301>

{11} DMP Actu - Newsletter n° 16 - Septembre 2013 [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/newsletter/dmp-actu-16/newsletter/index.html?source=newsletter&support=site&rubrique=une#une>

{12} Haute Autorité de santé. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Juillet 2013. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/efficience\\_tlm\\_vf\\_2013-07-18\\_14-48-38\\_743.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/efficience_tlm_vf_2013-07-18_14-48-38_743.pdf)

{13} En savoir plus sur le DMP - Le DMP au service des professionnels de santé - DMP [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/professionnel-de-sante/en-savoir-plus-sur-le-dmp/le-dmp-au-service-des-professionnels-de-sante>

{14} BROCAS A-M. L'exercice libéral des professions paramédicales. Juin 1998. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/289\\_rapport\\_brocas\\_rapport\\_sur\\_l\\_exe.pdf](http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/289_rapport_brocas_rapport_sur_l_exe.pdf)

{15} FIESCHI M. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Janvier 2003. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000714/0000.pdf>

{16} Loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JO N°190 du 17 août 2004.

{17} Arrêté du 11 avril 2005 portant sur l'approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public « groupement de préfiguration du DMP ». JO du 12 avril 2005. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-06/bo0506.pdf>

{18} Conférence de presse de M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, sur les modalités et le calendrier de mise en place du dossier médical personnel (DMP), Paris le 22 septembre 2006. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://discours.vie-publique.fr/notices/063003400.html>

{19} CNIL. Conclusions des missions de contrôles relatives à l'expérimentation du DMP. Mars 2006. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/approfondir/dossier/sante/CCL-controlDMP-VD.pdf>

{20} APM International - Le DMP sera relancé dans la concertation, annoncent Roselyne Bachelot et Eric Woerth [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.apmnews.com/print\\_story.php?numero=172626](http://www.apmnews.com/print_story.php?numero=172626)

{21} Comité Consultatif National d'Éthique. Avis n°104 : Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé. 19 mars 2008. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis\\_104.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_104.pdf)

{22} Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative : Hôpital Européen Georges Pompidou-Lundi 23 juin 2008. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/visite-hopital-europeen-georges-pompidou.html>

{23} HOSPIMEDIA. Dossier médical personnel, « il sera prêt à la mi-2010 », selon Jean-Yves Robin. 9 mars 2009. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20090309-dossier-medical-personnel-dmp-il-sera-pret-a>

{24} Dossier de presse. Le DMP, au service de la coordination des soins. Novembre 2011.

[Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:

[http://www.esante.gouv.fr/dmp\\_presse/presse/dossier\\_01.pdf](http://www.esante.gouv.fr/dmp_presse/presse/dossier_01.pdf)

{25} ASIP santé. Programme « Déploiement du DMP en région ». Cahier des charges. Juillet

2011. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [https://www.sante-](https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/1315/1326.pdf)

[centre.fr/portail\\_v1/gallery\\_files/site/133/1315/1326.pdf](https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/1315/1326.pdf)

{26} Code de la sécurité sociale. - Article L162-5-3 | Legifrance [Internet]. [cité 11 mai 2014].

Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740743&dateTexte=&categorieLien=cid>

{27} Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes

du programme PAERPA. Janvier 2013. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc\\_paerpa.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf)

{28} ASIP santé/ HAS. Le Volet de synthèse médicale. Octobre 2013. [Internet]. [cité 11 mai

2014]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013->

[11/asip\\_sante\\_has\\_synthese\\_medicale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/asip_sante_has_synthese_medicale.pdf)

{29} Dossier communicant de cancérologie - Soins - Institut National Du Cancer [Internet]. [cité

11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dossier->

[communicant-de-cancerologie](http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dossier-communicant-de-cancerologie)

{30} ONCOPACA » historique du dossier communicant en cancerologie [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.oncopaca.org/fr/professionnels/DCC/historique>

{31} Denmark Leads the Way in Digital Care - NYTimes.com [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.nytimes.com/2010/01/12/health/12denmark.html?\\_r=2&](http://www.nytimes.com/2010/01/12/health/12denmark.html?_r=2&)

{32} Danemark : un modèle pour la e-santé | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/the-mag-issue-2/danemark-un-modele-pour-la-e-sante>

{33} Report of the national institute for health and welfare. EHealth and eWelfare of Finland. Mai 2013. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104368/URN\\_ISBN\\_978-952-245-835-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104368/URN_ISBN_978-952-245-835-3.pdf?sequence=1)

{34} Fujitsu's Ongoing Activities in Healthcare Field [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.fujitsu.com/downloads/MAG/vol47-1/paper02.pdf>

{35} Bartova S. European Commission, DG Information Society and Media, ICT for Health Unit. Country Brief. Octobre 2010. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [http://ehealth-strategies.eu/database/documents/CzechRepublic\\_CountryBrief\\_eHS\\_FinalEdit.pdf](http://ehealth-strategies.eu/database/documents/CzechRepublic_CountryBrief_eHS_FinalEdit.pdf)

{36} Estonian eHealth Foundation. Electronic Health Record. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.e-tervis.ee/index.php/en/health-information-system/electronic-health-record>

{37} NHS England to rebrand 'toxic' Summary Care Records | News Article | Pulse Today [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.pulsetoday.co.uk/your-practice/practice-topics/it/nhs-england-to-rebrand-toxic-summary-care-records/20004962.article#.U2\\_7by-wlPM](http://www.pulsetoday.co.uk/your-practice/practice-topics/it/nhs-england-to-rebrand-toxic-summary-care-records/20004962.article#.U2_7by-wlPM)

{38} Office fédéral de la santé publique. Projet de loi fédérale sur le dossier électronique du patient. 29 mai 2013. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=fr>

{39} République et Canton de Genève. Service communication et information. Communiqué de presse du département des affaires régionales, de l'économie et de la santé. Lancement de MonDossierMedical.ch. 13 mai 2013. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [http://ge.ch/dares/sante/lancement\\_monossiermedical-1124-3741-9022.html](http://ge.ch/dares/sante/lancement_monossiermedical-1124-3741-9022.html)

{40} Infomed. Guide d'utilisation DPP-PS. 25 avril 2014. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [https://www.infomed-vs.ch/portal/fr/gallery\\_files/site/233/234/290/314.pdf](https://www.infomed-vs.ch/portal/fr/gallery_files/site/233/234/290/314.pdf)

{41} Sécurité sociale. Le dossier médical global. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/citizen/displayThema/health/SANTH\\_4/SANTH\\_4\\_2.xml](https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/citizen/displayThema/health/SANTH_4/SANTH_4_2.xml)

{42} L'Allemagne ou le difficile déploiement de la e-santé à grande échelle | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/the-mag-issue-7/l-alle-magne-ou-le-difficile-deploiement-de-la-e-sante-a-grande-echelle>

{43} Carta Regionale dei Servizi :: Consulta il tuo Fascicolo Sanitario Elettronico [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:

<http://www.crs.lombardia.it/ds/Satellite?c=Page&childpagename=CRS%2FCRSLayout&cid=1213352757011&p=1213352757011&pagename=CRSWrapper>

{44} Núñez Suárez J. Diraya, le système d'information intégré de santé de l'Andalousie. Juin 2008. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: [https://www.sante-aquitaine.fr/sites/tsa\\_portail.aquisante.priv/files/10.%20Diraya,%20dossier%20partage%20en%20Andalousie.pdf](https://www.sante-aquitaine.fr/sites/tsa_portail.aquisante.priv/files/10.%20Diraya,%20dossier%20partage%20en%20Andalousie.pdf)

{45} Le projet pilote européen de e-santé epSOS étend son réseau de services transfrontaliers. l'esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/actus/interoperabilite/le-projet-pilote-europeen-de-e-sante-epsos-etend-son-reseau-de-services-trans>

{46} epSOS: Patient Summary [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.epsos.eu/france/le-projet-epsos/patient-summary.html>

{47} epSOS: ePrescription/eDispensation [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.epsos.eu/france/le-projet-epsos/eprescriptionedispensation.html>

{48} Cartographie - Nb DMP par région - DMP [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/nb-dmp-par-region>

{49} Cartographie - nb de structures de soins par région - DMP [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/nb-es-par-region-ps>

{50} Code de la santé publique - Article L1111-24 | Legifrance [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020889253&dateTexte=&categorieLien=cid>

{51} Arrêté du 28 novembre 2009 portant approbation des modifications de la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Agence des systèmes d'information partagés de santé » | Legifrance [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021344753>

{52} FEBWIN B. Le dossier médical personnel. Etat des lieux un an après le lancement officiel. Enquête auprès des médecins généralistes picards. Thèse de médecine générale Amiens. Septembre 2012.

{53} Enquête de l'ASIP-santé : Dossier médical personnel. Baromètre de notoriété et d'image. Mars 2012. [Internet]. [cité 11 mai 2014]. Disponible sur:

[http://esante.gouv.fr/sites/default/files/BrochureASIP\\_Ipsos\\_web\\_0.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/BrochureASIP_Ipsos_web_0.pdf)

## XVI. ANNEXE

# Questionnaire SFTG sur le Dossier Médical Personnel

L'ASIP (Agence des systèmes d'information partagée en santé) développe le Dossier Médical du Patient (DMP). Pour promouvoir l'utilisation du DMP en médecine de ville, l'ASIP lance un appel d'offres de FMC/DPC sur ce thème.

La SFTG souhaite répondre à cet appel d'offres, en proposant un programme de FMC/DPC appropriée aux besoins des médecins généralistes. Pour nous aider à construire ce programme, merci de répondre à ce bref questionnaire en ligne  
**\*Obligatoire**

### A. Concernant le DMP proprement dit

#### 1. Pensez vous bien connaitre les principes du DMP ? \*

(aspects législatifs, enjeux...)

OUI

NON

#### 2. Souhaiteriez vous accroître vos connaissances /compétences sur ces principes ? \*

OUI

NON

#### 3. Que pensez-vous de l'Intérêt du DMP pour la coordination des soins ? \*

Pas intéressant    1   2   3   4   5    intéressant

**4. Que pensez-vous de l'Intérêt du DMP pour la sécurité des soins ? \***

1 2 3 4 5  
pas intéressant      intéressant

**5. Que pensez-vous de l'Intérêt du DMP pour l'efficience des soins ? \***

1 2 3 4 5  
pas intéressant      intéressant

**6. Que pensez-vous de l'Intérêt du DMP pour la santé publique ? \* 12345**

.. 1 2 3 4 5  
pas intéressant      intéressant

**7. Autre intérêt du DMP**

(Merci de préciser)

**8. Souhaiteriez participer à une réflexion au sein de la SFTG sur l'intérêt du DMP? \***

(si vous répondez OUI, précisez case suivante dans quel domaine particulier)

OUI

NON

**9. Si vous avez répondu OUI à la question précédente, merci de préciser :**

**10. Connaissez vous les aspects opérationnels du DMP ? \***

(comment créer un DMP, comment consulter un DMP,  
comment déposer des informations dans un DMP)

OUI

NON

**11. Souhaiteriez vous accroître vos connaissances sur les aspects opérationnels ? \***

OUI

NON

**12. Connaissez vous les aspects de sécurité informatique, confidentialité, éthique ? \***

OUI

NON

**13. Souhaiteriez vous accroître vos connaissances sur ces aspects ? \***

OUI

NON

**14. Avez vous déjà réalisé un DMP ? \***

OUI

NON

**15. Avez vous été questionné par vos patients sur le DMP ? \***

OUI

NON

## **B. Concernant votre logiciel métier**

(Logiciel de Gestion du Dossier Médical)

**1. Quel est votre logiciel métier ? \***

**2. Votre Logiciel est-il DMP compatible? \***

(c'est à dire s'il peut échanger des informations avec le DMP) ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

**Si OUI, pour bénéficier de cette compatibilité devez-vous payer plus cher votre licence ?**

- OUI
- NON

## **C. Quelques caractéristiques de votre pratique**

**1. Année de Thèse \***

**2. Année d'installation \***

**3. Quel est votre mode d'installation ? \***

- Solo
- Groupe
- Maison de santé

**4. Lieu d'installation : \***

- Grande ville

- Petite ville
- Banlieue
- Milieu rural

**D. Si la SFTG vous propose une FMC/DPC sur le thème du DMP,**

**1. Pour quel format irait votre préférence ? plusieurs choix possibles, répondre à tous**

**Demi-journée \***

- NON
- OUI

**Soirée \***

- NON
- OUI

**2. Etes vous intéressé pour participer à une action au dernier semestre 2012 ?\***

- OUI
- NON

**Nom Prénom \***

**e-mail \***

**Téléphone \***

Envoyer

## RESUMÉ

**Introduction :** Le Dossier Médical Personnel (DMP) est le fruit de neuf ans de réflexion et d'expérimentation. Il s'agit d'un dossier médical électronique partagé interopérable à l'échelle nationale et accessible à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie. La mission d'hébergement et la stratégie de déploiement du DMP ont été attribuées à l'ASIP santé qui est groupement d'intérêt public chargé de favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du médico-social.

**Matériel et méthodes :** Dans le cadre de son plan de déploiement du DMP, l'ASIP santé publie un cahier des charges d'appel d'offre destiné aux organismes de formation agréés par l'Organisme Gestionnaire Conventionnel de la Formation Conventionnelle Professionnelle (OGC FPC). 2500 questionnaires sont envoyés aux médecins ayant déjà participé aux formations de la SFTG.

**Résultats :** En une semaine, 185 réponses ont été collectées. Il a été réalisé tout d'abord une analyse descriptive des résultats des questionnaires puis une étude de l'influence que peuvent avoir l'année de thèse, le mode d'exercice et le lieu d'installation des médecins répondants sur les réponses aux questions portant sur les principes du DMP, éventuelle expérience de création et le souhait de participer à une action de formation par la SFTG. Les médecins répondants exerçaient majoritairement en cabinet de groupe, en grande ville. L'année médiane de thèse était 1986 et celle de leur installation 1989. Nous avons observé une majorité de médecins ne connaissant pas les principes et les différents aspects du DMP. Ils sont minoritaires quant à l'expérience de création d'un DMP. Une volonté d'accroître leurs connaissances et leurs compétences sur ces différents aspects est constatée chez une majorité d'entre eux. Ils sont majoritaires à souhaiter une action de formation par la SFTG. L'année de thèse, le lieu d'installation et le mode d'exercice n'influençaient pas significativement les connaissances des principes du DMP, ni leurs besoins de formation. On a mis en évidence les tendances suivantes : Les médecins exerçant en zone urbaine (grande ville et banlieue) étaient plus nombreux à avoir déjà réalisé un DMP, alors que ceux exerçant en zone rurale connaissaient plus les principes du DMP avec des p respectifs à 0,2 et 0,09. Les médecins, ayant soutenu leur thèse après 2002, étaient plus nombreux à souhaiter participer à une action de formation avec la SFTG, avec un  $p=0,13$ .

**Discussion :** Les médecins généralistes sont majoritaires à ne pas connaître les principes du DMP, quelque soit leur âge, leur mode d'exercice ou leur lieu d'installation. Ils sont majoritaires à désirer participer à une action de formation sur le DMP. Des études effectuées dans des régions pilotes, démontrent de façon significative, que les médecins formés avaient plus d'ouverture de DMP à leur actif.

**Conclusion :** Le manque d'information semble être responsable de la faible proportion de DMP créé. Il serait donc pertinent d'inclure le DMP dans le DPC.

## MOTS CLÉS :

- Dossier médical personnel
- Médecine générale
- Coopération médicale
- Médecin généraliste formation professionnelle
- Enseignement