

## Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 juillet 2020

Par Simon ALBERT

Né le 2 octobre 1989 à Brive-la-Gaillarde

### DOSSIER MEDICAL PARTAGE :

### IMPACT DE LA CAMPAGNE DU 9 NOVEMBRE 2018 SUR LES PATIENTS DE LA HAUTE-VIENNE

Examineurs :

Mme. le Professeur Nathalie DUMOITIER

Présidente

M. le Professeur Daniel BUCHON

Juge

M. le Professeur Achille TCHALLA

Juge

M. le Docteur Gaëtan HOUDARD

Directeur de thèse

M. le Docteur Emmanuel BAHANS

Membre invité





**Faculté de Médecine**

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 juillet 2020

Par Simon ALBERT

Né le 2 octobre 1989 à Brive-la-Gaillarde

**DOSSIER MEDICAL PARTAGE :**

**IMPACT DE LA CAMPAGNE  
DU 9 NOVEMBRE 2018  
SUR LES PATIENTS DE LA HAUTE-VIENNE**

Examineurs :

Mme. le Professeur Nathalie DUMOITIER

Présidente

M. le Professeur Daniel BUCHON

Juge

M. le Professeur Achille TCHALLA

Juge

M. le Docteur Gaëtan HOUDARD

Directeur de thèse

M. le Docteur Emmanuel BAHANS

Membre invité



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 01 octobre 2019

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION

<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
<b>KARAM</b> Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

**MOREAU** Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

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

**AJZENBERG** Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**BALLOUHEY** Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

**BARRAUD** Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**BEN AHMED** Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

**BOURTHOUMIEU** Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**BOUTEILLE** Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**COUVE-DEACON** Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**DUCHESNE** Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

**DURAND** Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

**ESCLAIRE** Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

**HANTZ** Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**JACQUES** Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

**JESUS** Pierre

NUTRITION

**LE GUYADER** Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et  
CARDIOVASCULAIRE

**LERAT** Justine

O.R.L.

**LIA** Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

**RIZZO** David

HEMATOLOGIE

**TERRO** Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

**WOILLARD** Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G.**

**GAUTIER** Sylvie

ANGLAIS

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**DUMOITIER** Nathalie

(Responsable du département de Médecine  
Générale)

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>HOUDARD</b> Gaëtan	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2019 au 31 août 2022)
<b>LAUCHET</b> Nadège	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2017 au 31 août 2020)
<b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2021)

## **PROFESSEURS EMERITES**

<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020
<b>BUCHON</b> Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>MERLE</b> Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2020
<b>TREVES</b> Richard	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2020
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2020
<b>VIROT</b> Patrice	du 01.09.2019 au 31.08.2020



## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> novembre 2019

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>AUDITEAU</b> Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
<b>DAURIAT</b> Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
<b>DERBAL</b> Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
<b>DOUCHEZ</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUPONT</b> Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>DURIEUX</b> Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
<b>GUYOT</b> Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HERMINEAUD</b> Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HUMMEL</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>LEFEBVRE</b> Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
<b>PIHAN</b> Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>RIAHY</b> Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
<b>RIVAILLE</b> Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
<b>SANSON</b> Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
<b>TCHU HOI NGNO</b> Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ALBOUYS</b> Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>ARMENDARIZ-BARRIGA</b> Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBLANC</b> Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BAÏSSE</b> Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
<b>BEEHARRY</b> Adil	CARDIOLOGIE

<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BOSETTI</b> Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>BRISSET</b> Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>CHAUVET</b> Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
<b>CISSE</b> Fatou	PSYCHIATRIE
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE
<b>DESCHAMPS</b> Nathalie	NEUROLOGIE
<b>DESVAUX</b> Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
<b>DUVAL</b> Marion	NEPHROLOGIE
<b>EL OUAFI</b> Zhou	NEPHROLOGIE
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>FROGET</b> Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
<b>GEYL</b> Sophie	GASTROENTEROLOGIE
<b>GHANEM</b> Khaled	ORL
<b>GILBERT</b> Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
<b>GUTTIEREZ</b> Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
<b>HANGARD</b> Pauline	PEDIATRIE
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>HESSAS-EBELY</b> Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>KRETZSCHMAR</b> Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
<b>LACOSTE</b> Marie	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAHMADI</b> Sanae	NEUROLOGIE

<b>LALOZE</b> Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
<b>LEGROS</b> Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>LEHMANN</b> Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
<b>MAURIANGE TURPIN</b> Gladys	RADIOTHERAPIE
<b>MEUNIER</b> Amélie	ORL
<b>MICLE</b> Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOWENDABEKA</b> Audrey	PEDIATRIE
<b>ORLIAC</b> Hélène	RADIOTHERAPIE
<b>PARREAU</b> Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
<b>PELETTE</b> Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
<b>PEYRAMAURE</b> Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
<b>PLAS</b> Camille	MEDECINE INTERNE B
<b>QUILBE</b> Sébastien	OPHTALMOLOGIE
<b>SIMONNEAU</b> Yannick	PNEUMOLOGIE
<b>SURGE</b> Jules	NEUROLOGIE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
<b>VAIDIE</b> Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
<b>VERLEY</b> Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
<b>VIDAL</b> Thomas	OPHTALMOLOGIE

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**BERTRAND** Adeline

**SEVE** Léa

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**MATHIEU** Pierre-Alain                      CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE

## Remerciements

---

Je remercie le Professeur Nathalie Dumoitier de me faire l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'assurance de mon profond respect.

Je remercie le Professeur Daniel Buchon. Permettez-moi de vous exprimer ma profonde gratitude pour avoir accepté de juger ce travail.

Je remercie le Professeur Achille Tchalla d'avoir accepté de juger cette thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Je remercie le Docteur Emmanuel Bahans d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Je remercie mon directeur de thèse, le Docteur Gaëtan Houdard. Merci pour votre intérêt et votre soutien, pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant d'encadrer ce travail, pour votre grande disponibilité et vos nombreux conseils durant la rédaction de ma thèse. Votre aide m'a été précieuse. Vous avez su m'imposer la rigueur dont j'avais besoin pour avancer dans mon travail. Veuillez croire en mon plus grand respect et ma profonde reconnaissance.

Je remercie chaleureusement toutes les personnes, confrères et amis, qui m'ont aidé pendant l'élaboration de ma thèse et notamment pour le recueil des questionnaires.

Je remercie mes parents qui m'ont toujours soutenu et qui m'ont permis d'en arriver là aujourd'hui, cette thèse est la vôtre. Je vous aime.

Merci à ma sœur, merci pour ton dynamisme, ton énergie et ta bonne humeur. A mes neveux Noé et Mathys.

Je remercie ma chérie Marie-Anna, merci pour ton soutien sans faille, ton aide précieuse dans ce travail, il t'a fallu avoir beaucoup de patience par moment, j'en ai conscience ! Merci pour ta bonne humeur, ta joie de vivre et ton amour au quotidien.

Je remercie toute ma famille, avec une pensée particulière pour ma tata Jacqueline et ma mamie Jeannette. Des souvenirs plein la tête d'une enfance dont j'aurais aimé qu'elle ne soit emportée par le temps.

Je remercie mes amis Limougeauds pour toutes ces années passées ensemble, dans les mauvais et les bons moments, Paul-Antoine, Alice, Benjamin, Julie, Benjamin, Claire, Mélody, Anne-Sophie, Caroline. Nous avons traversé ces études ensemble. Votre amitié est très importante pour moi et nous promet encore de bons moments à partager !

Aux amitiés plus récentes, Marine, Pierre-Antoine, Paul, May, Océane, de la team Saint Junien ! Martin, Sarah, Alex, Nelly.

Je remercie mes ronces, et amis d'enfance, auxquels je me suis agrippé et dont je ne peux, heureusement, me défaire, Paul, Pitch, Maxime, Marina, Antoine, Rémy, Luc, Damien, Martin, Mathieu. A tous ces bons moments et ceux qui nous attendent ! Votre amitié m'est précieuse.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

I. Introduction .....	20
II. Le Dossier Médical Partagé.....	21
II.1. L'histoire du Dossier Médical Partagé .....	21
II.2. La description du Dossier Médical Partagé .....	24
II.3. La campagne d'information du Dossier Médical Partagé.....	26
III. Matériel et méthode.....	29
III.1. Type d'étude et objectifs .....	29
III.2. Population.....	29
III.3. Critères d'inclusion / d'exclusion .....	29
III.4. Critères de jugement.....	30
III.5. Recueil de données .....	30
III.6. Analyse statistique .....	31
IV. Résultats.....	32
IV.1. Taux de réponse.....	32
IV.2. Données socio-démographiques .....	32
IV.3. Diagramme de flux .....	35
IV.4. Repérage des DMP ouverts avant la campagne de l'Assurance Maladie .....	36
IV.5. Connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie .....	37
IV.6. Moyens de connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie.....	38
IV.7. Patients qui ont créé un DMP suite à la campagne de l'Assurance Maladie .....	39
IV.7.1. Nombre de DMP créés.....	39
IV.7.2. Modes de création des DMP .....	40
IV.7.3. Sexe.....	41
IV.7.4. Age .....	42
IV.7.5. Catégories socio professionnelles.....	43
IV.7.6. Caractéristiques urbaines, rurales ou semi-urbaines/rurales des patientèles .....	44
IV.7.7. Répartition des DMP créés et du mode de création dans les patientèles .....	45
IV.7.8. Moyens de connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie .....	49
IV.8. Les bénéfices à la création d'un DMP.....	51
IV.9. Les freins à la création d'un DMP .....	52
V. Discussion .....	53
V.1. Forces de l'étude .....	53
V.2. Limites de l'étude.....	54
V.3. Taux de participation .....	54
V.4. Données socio-démographiques .....	55
V.5. Repérage des DMP ouverts avant la campagne de l'Assurance Maladie .....	56
V.6. Connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie .....	57
V.7. Moyens de connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie.....	58
V.8. Patients qui ont créé un DMP suite à la campagne de l'Assurance Maladie .....	59
V.8.1. Nombre de DMP créés.....	59
V.8.2. Modes de création des DMP .....	60
V.8.3. Sexe.....	60
V.8.4. Age .....	61
V.8.5. Catégories socio-professionnelles.....	61
V.8.6. Caractéristiques urbaines, rurales ou semi-urbaines/rurales des patientèles .....	61

V.8.7. Répartition des DMP créés et du mode de création dans les patientèles .....	62
V.8.8. Moyens de connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie .....	62
V.8.9. Les bénéfices et les freins à la création d'un DMP .....	63
VI. Conclusion et perspectives .....	65
Références bibliographiques .....	67
Annexes .....	71
Serment d'Hippocrate.....	74



## Table des illustrations

---

Figure 1 : répartition selon le sexe.....	32
Figure 2 : diagramme de répartition des âges .....	33
Figure 3 : diagramme de répartition des catégories socio-professionnelles .....	33
Figure 4 : Localisation des 14 patientèles de l'étude en Haute-Vienne .....	34
Figure 5 : Diagramme de flux. ....	35
Figure 6 : Le DMP existe depuis 2011. Aviez-vous connaissance de son existence avant la campagne d'information du 9/11/2018 ? .....	36
Figure 7 : Aviez-vous créé votre DMP entre 2011 et la campagne du 9/11/2018 ? .....	36
Figure 8 : Avez-vous eu connaissance de la campagne d'information concernant le DMP, menée le 9/11/2018 par l'Assurance Maladie ? .....	37
Figure 9 : Comment avez-vous eu connaissance de la campagne d'information sur le DMP ? .....	38
Figure 10 : Avez-vous créé votre DMP ? (Parmi ceux sensibilisés par la campagne). ....	39
Figure 11 : Avez-vous créé votre DMP ? (Parmi l'ensemble des 401 patients de l'étude). ....	39
Figure 12 : Qui a créé votre DMP ? .....	40
Figure 13 : Répartition des DMP créés selon le sexe. ....	41
Figure 14 : Comparaison des patients qui ont créé un DMP ou non selon le sexe.....	41
Figure 15 : Répartition des DMP créés selon l'âge. ....	42
Figure 16 : Comparaison des patients qui ont créé un DMP ou non selon l'âge. ....	42
Figure 17 : Répartition des DMP créés selon la catégorie socio-professionnelle. ....	43
Figure 18 : Comparaison des patients qui ont créé un DMP ou non selon la catégorie socio-professionnelle. ....	43
Figure 19 : Répartition des DMP créés selon le type de patientèles .....	44
Figure 20 : Comparaison des patients qui ont créé ou non un DMP selon le type de patientèle.....	44
Figure 21 : Répartition des DMP créés selon les 14 patientèles de l'étude.....	45
Figure 22 : Comparaison des patients qui ont créé un DMP ou non selon les patientèles. ...	46
Figure 23 : Modes de création des DMP des patients du Dr J. ....	46
Figure 24 : Comparaison des modes de création des DMP entre la patientèle du Dr J et les autres patientèles. ....	47
Figure 25 : Modes de création des DMP des patients du Dr M. ....	47
Figure 26 : Comparaison des modes de création des DMP entre la patientèle du Dr M et les autres patientèles. ....	48
Figure 27 : Mode de création des DMP des patients du Dr N. ....	48

Figure 28 : Moyens de connaissance de la campagne des patients qui ont créé leur DMP. .49	
Figure 29 : Comparaison des moyens de connaissance de la campagne entre ceux qui ont créé un DMP et ceux qui n'ont pas créé de DMP. ....50	
Figure 30 : Quels bénéfices attendez-vous à la création de votre DMP ? .....51	
Figure 31 : Quels sont vos freins quant à la création de votre DMP ?.....52	
Figure 32 : Comparaison des catégories socio-professionnelles des patients de l'étude avec celles issues des données de l'INSEE de la population de la Haute-Vienne en 2016. ....56	

## Liste des abréviations

---

**ALD** : Affection de Longue Durée

**ASIP** : Agence des Systèmes d'Information de santé Partagée

**CCNE** : Comité Consultatif National d'Ethique

**CDC** : Caisse des Dépôts et des Consignations

**CGTI** : Conseil Général des Technologies de l'Information

**CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés

**CNAV** : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

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

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**CNSIS** : Conseil National des Systèmes d'Information de Santé

**COG** : Convention d'Objectifs et de Gestion

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CPS** : Carte de Professionnel de Santé

**CSA** : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

**DLU** : Dossier de Liaison d'Urgence

**DMP** : Dossier Médical Partagé

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**FNI** : Fédération Nationale des Infirmiers

**GIP** : Groupement d'Intérêt Public

**IGAF** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**IGF** : Inspection Générale des Finances

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**PGSSI** : Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SMR** : Shared Medical Record

**SNAC** : Services Numériques d'Appui à la Coordination

**SNIIL** : Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

**VOL** : Vidéo Online

# I. Introduction

---

Le projet du Dossier Médical Personnel devenu l'actuel Dossier Médical Partagé a vu le jour le 13 août 2004 par une loi votée dans un contexte de réforme de l'Assurance Maladie. L'objectif du Dossier Médical Partagé est d'apporter une meilleure prise en charge médicale du patient en favorisant la coordination, la continuité des soins et le partage des données médicales entre les différents professionnels de santé. Il devrait permettre également de limiter les coûts par la limitation de la redondance d'examen complémentaires (1).

Ce projet a connu durant quatorze ans, une évolution lente et tourmentée, marquée par de nombreux freins à son développement, notamment techniques, éthiques, politiques, financiers. Au fil du temps et des différents gouvernements successifs, et après une phase d'expérimentation de 18 mois dans 9 départements tests, l'Assurance Maladie à la tête du projet et le gouvernement officialisent le lancement National du Dossier Médical Partagé le 6 novembre 2018.

Le 9 novembre 2018, pour accompagner la généralisation du DMP à l'ensemble de notre territoire, une vaste campagne d'information a été lancée par l'Assurance Maladie auprès des professionnels de santé et des Français afin de promouvoir le DMP et d'en favoriser les créations. Il s'agit d'une campagne de grande envergure sollicitant médecins, établissements de soins, pharmacies, Caisses Primaires d'Assurance Maladie, mais aussi des canaux de diffusion médiatiques tels que la télévision, la radio, internet. Il semblerait ainsi qu'une majorité de patients aient été sensibilisés sur l'existence et les fonctionnalités du DMP, et qu'une forte proportion de ces patients en aient créé un.

C'est dans ce contexte d'actualité du DMP que cette thèse a vu le jour. Notre travail consistera à évaluer l'impact de cette campagne d'information sur la création du DMP par des patients de la Haute-Vienne. Cela permettra d'identifier la place des différents moyens de communication et acteurs de cette campagne et d'apprécier une ébauche du ressenti des patients Haut-Viennois dans ce projet.

Dans une première partie nous détaillerons tout d'abord la longue histoire de ce projet ambitieux, de sa naissance à aujourd'hui, puis, les caractéristiques du Dossier Médical Partagé actuel, et enfin, celles de la campagne d'information de l'Assurance Maladie.

## II. Le Dossier Médical Partagé

---

### II.1. L'histoire du Dossier Médical Partagé

L'histoire du Dossier Médical Partagé de sa création en 2004 à son déploiement à l'échelle nationale fin 2018 fut longue et chaotique, voyant se succéder pendant plus de quatorze ans, quatre ministres de la santé, Philippe Douste-Blazy sous la présidence de Jacques Chirac, Roselyne Bachelot sous la présidence de Nicolas Sarkozy, Marisol Touraine sous la présidence de François Hollande et actuellement Agnès Buzyn depuis mai 2017 sous la présidence d'Emmanuel Macron.

Nous allons retracer dans cette première partie, l'histoire de ce Dossier Médical Partagé.

Dès 1968, avec l'apparition de l'informatique, certains auteurs imaginaient déjà la mise en place d'un dossier médical pour économiser des milliers de vies humaines par an (2).

En 2002, le ministre de la santé, Jean-François Mattei sous la présidence de Jacques Chirac, entame la réforme de l'Assurance Maladie. Très fortement critiqué pour sa gestion de la crise de la canicule lors de l'été 2003, Mr Mattei est remplacé dans le gouvernement suivant par Mr Douste-Blazy.

Le projet de réforme de l'Assurance Maladie est alors maintenu et Mr Douste-Blazy affirme sa détermination de mettre rapidement en œuvre le Dossier Médical Personnel (3).

Le 13 Août 2004, la loi relative à la réforme de l'Assurance Maladie est votée et le Dossier Médical Personnel est créé.

Les objectifs et les modalités d'application du Dossier Médical Personnel sont précisés dans l'article 3 et dans l'article 23 du texte de la loi du 13 Août 2004.

Dans l'article 3, le Dossier Médical Personnel est présenté comme un outil permettant de « favoriser la coordination, la qualité et la continuité de soins ». L'article fait mention du fait que chaque professionnel de santé exerçant en ville ou en établissement de santé, doit « reporter dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge ».

L'article 23 quant à lui, prévoit des pénalités financières aux patients et aux professionnels de santé en cas de refus d'utilisation de ce dossier médical (4).

Lors de l'élaboration de cette loi, la date prévue initialement pour la généralisation du DMP était courant 2007.

En avril 2005 est créé un groupement d'intérêt public (GIP), constitué de l'Etat (ministère de la santé), de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), et de la Caisse des Dépôts et des Consignations (CDC). L'objectif du GIP est la mise en œuvre du Dossier Médical Personnel et son déploiement.

Après avoir reçu le feu vert de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), la première expérimentation en grandeur nature du DMP a démarré sur 17 sites en France le premier juin 2006, sur fond de polémiques et s'est achevé le trente et un décembre

2006. Elle a impliqué des médecins libéraux, des établissements de soins et réseaux de soins (5).

Les critiques étaient nombreuses : manque d'organisation, calendrier intenable, précipitation au risque d'oublier l'objectif final, manque de visibilité sur le projet, absence de pilotage global, absence de budgétisation des montants nécessaires, absence de recherche d'adhésion de l'ensemble des acteurs.

Les pouvoirs publics ont fait pression sur le GIP en raison d'un retard accumulé mais aussi pour des raisons techniques et financières afin que celui-ci revoie à la baisse les ambitions du projet, avec pour mot d'ordre de maintenir coûte que coûte le déploiement du DMP à la date prévue de 2007 (6).

Il s'en suit en novembre 2007 un rapport mené conjointement par l'Inspection générale des Finances (IGF), l'Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS) et le Conseil général des technologies de l'Information (CGTI). Au terme de son analyse, le rapport porte un diagnostic réservé sur la capacité du projet à atteindre les objectifs attendus, établit de nombreuses critiques, souligne les risques techniques, financiers, et juridiques que la voie engagée fait courir à l'Etat et la Collectivité.

Dans une seconde partie, le rapport souligne un ensemble de recommandations de nature à sauvegarder les acquis, restaurer la confiance des acteurs, et relancer le projet sur des bases saines.

Les auteurs s'accordent pour dire qu'il ne faut pas attacher au DMP des objectifs économiques mais de garder un objectif principal d'amélioration de la qualité des soins. La mise en œuvre du DMP doit s'inscrire dans la durée et ne faire l'objet d'aucune urgence calendaire. Ils soulignent la nécessité de rechercher l'adhésion de tous les acteurs (professionnels de santé, gestionnaires d'établissements, patients, organismes d'Assurance Maladie, industriels), d'établir un budget et un financement clairement définis, de garantir aux professionnels de santé un poste de travail intégré et adapté aux contraintes de leur pratique. Enfin, selon ce rapport, l'objectif d'utilité du DMP doit passer avant celui de sa généralisation à tout prix (6).

Le 12 novembre 2007, par un communiqué, les ministres de la santé, Mme Bachelot, et du budget, Mr Woerth, prennent acte de ces difficultés, suspendent le projet dans son état actuel, et proposent une relance ultérieure (7).

En 2008, Mme Bachelot demande un rapport de relance du DMP et saisit le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), le 19 mars 2008.

Le rapport de relance établit le 23 avril 2008 ainsi que le rapport du CCNE, tiennent compte des précédents travaux effectués et établissent des préconisations afin de pouvoir relancer dans de bonnes conditions le projet du Dossier Médical Personnel (8) (9).

Le 28 juin 2008, la ministre de la santé, Roselyne Bachelot valide les recommandations précédentes, annonce la relance du projet DMP et la création d'une structure de gouvernance, le Conseil National des Systèmes d'Information de Santé (CNSIS) et d'une structure de maîtrise d'ouvrage, l'Agence des Systèmes d'Information de Santé Partagée (ASIP).

En février 2010, la Commission des marchés de l'ASIP Santé retient à l'unanimité le consortium industriel pour l'attribution du marché de l'hébergement du DMP.

Fin 2010, début 2011, l'ASIP expérimente le DMP sur le terrain dans 4 régions : l'Alsace, l'Aquitaine, la Franche-Comté et la Picardie (programme « amorçage ») (1). Fin septembre 2011, 35 148 DMP sont créés (10).

Dix autres régions recevront l'aide de l'ASIP santé en 2012 pour déployer le DMP : Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Ile-de-France, Limousin, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire (11).

Le nombre de DMP créés augmente progressivement pour atteindre 157 863 en juin 2012 (12) (13).

Cette phase d'expérimentation se termine fin 2012 sans que le DMP n'ait réellement décollé. En effet, depuis son lancement en 2004, moins de 200 000 DMP ont été créés là où l'ASIP Santé vise 1 000 000 d'ouverture en 2013. Il semble que la phase d'expérimentation menée n'ait pas une vitesse de croisière suffisante pour atteindre cet objectif.

En juillet 2012, la Cour des comptes publie un rapport sur le coût du Dossier Médical Personnel depuis sa mise en place. Ce rapport estime que le projet du DMP a déjà coûté 210 millions d'euros et plus vraisemblablement un demi-milliard d'euros si l'on y ajoute le coût des dossiers informatisés à l'hôpital (1). Ce rapport dénonce une défaillance de stratégie et de pilotage de la part de l'Etat, le manque d'une évaluation rigoureuse de son utilité et l'insuffisance grave de suivi financier.

Au 4 juillet 2014, seuls 473 493 DMP avaient été ouverts (14).

Devant cet échec, la Ministre de l'époque Marisol Touraine souhaite relancer le projet et parle d'un DMP deuxième génération.

Dans les suites de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, le Dossier Médical « Personnel » devient « Partagé », et sa gestion est transférée à la CNAMTS (15). Ce nouvel opérateur s'appuie notamment sur l'expérience acquise avec « l'Espace pro » et l'Historique des remboursements. Une refonte de la présentation et de l'ergonomie du DMP est débutée sans remise en cause des fondamentaux du DMP. L'ASIP Santé est l'ouvrier gérant notamment le DMP, le système Vitale et la Messagerie sécurisée de santé, trois composants essentiels du DMP (5).

Cette loi prévoit la possibilité de création du dossier par les assurés sur internet via leur compte « Amelie.fr ». Le DMP sera alimenté directement avec les données de remboursement de soins de l'Assurance Maladie (historique des douze derniers mois). La connexion se fera directement à l'aide des logiciels métiers. La transmission des informations entre l'hôpital et la ville sera assurée par un système existant de messagerie sécurisée. Enfin, elle prévoit un déploiement progressif fin 2016, par paliers, en commençant d'abord en médecine de ville, puis en y associant les hôpitaux, les cliniques et enfin les EHPAD (16).

A partir de décembre 2016, et jusqu'en juin 2018, le Dossier Médical Partagé a été déployé dans neuf caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM) : Bas-Rhin, Bayonne, Côtes-d'Armor, Doubs, Haute-Garonne, Indre et Loire, Puy-de-Dôme, Somme et Val-de-Marne.

L'ouverture des dossiers en ligne par les patients ainsi que par les agents d'accueil des caisses d'Assurance Maladie ont permis la création de 723 539 DMP au 30 juin 2018 dans les seuls départements pilotes, soit trois fois plus qu'en six années de déploiement (depuis 2011). Cela représente 12.3 % de la population de ces territoires.

Du côté des établissements de santé, au démarrage de l'expérimentation en décembre 2016, 87 établissements étaient impliqués dans le déploiement du DMP dans les départements tests, contre 127 établissements au 30 juin 2018, et cela sur les 159 établissements ciblés par l'Assurance Maladie en fonction de leur taille.

Pour les professionnels de santé, au démarrage fin 2016, on comptait 436 médecins généralistes « actifs », qui participaient à la création, à l'alimentation et à la consultation de DMP. Durant l'année 2017, ce nombre était porté à 4090 médecins généralistes (17), là où au premier janvier 2018, la démographie médicale recensait 102 000 médecins généralistes en France selon l'INSEE (18).

Depuis juillet 2018, les pharmacies ont la possibilité de s'équiper d'un logiciel adéquat pour créer des DMP. En tant qu'acteurs de proximité et tiers de confiance, les pharmaciens sont appelés à jouer un rôle majeur pour assurer le succès de son déploiement en créant des DMP à leurs patients. Une rémunération de un euro par DMP créé a notamment été prévue à cet effet par l'avenant 11 à la convention nationale pharmaceutique (19).

Au 30 octobre 2018, 1 882 503 personnes disposent d'un DMP.

C'est dans cette dynamique ascendante de création de DMP que le Ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance Maladie officialisent à Paris, lors d'un communiqué de presse le 6 novembre 2018, après cette première étape d'expérimentation menée pendant 18 mois, le lancement national du Dossier Médical Partagé.

Chacun peut désormais ouvrir son DMP, seul, avec l'aide d'un professionnel de santé, ou dans sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Le 9 novembre 2018, soit trois jours après le lancement national, une vaste campagne d'information va soutenir, auprès des patients et des professionnels de santé, le déploiement de ce nouveau service qui s'inscrit au cœur du plan « Ma Santé 2022 » de transformation de notre système de santé mise en œuvre par le gouvernement depuis février 2018 (20) (21).

Début février 2019, le cap des 4 millions de DMP ouverts est franchi, celui des 5 millions le 16 avril 2019 (22). Au 12 décembre 2019, 8.4 millions de DMP étaient ouverts, ce qui représente plus de 12 % de la population (23).

L'avenant 6 signé le 29 mars 2019, par l'Assurance Maladie, la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI), et le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIIL), prévoit entre autre une rémunération d'un euro par DMP ouvert pour les infirmier(e)s (24), ce qui participera à la poursuite de l'augmentation importante du nombre de création de DMP.

L'objectif de 40 millions de « carnets de santé numérique » ouverts d'ici à 2022 a été fixé par l'État à la CNAM à travers la convention d'objectifs et de gestion (COG).

## **II.2. La description du Dossier Médical Partagé**

Le DMP est un carnet de santé virtuel, personnel, sécurisé, à droits d'accès protégés, déposé chez un hébergeur internet agréé pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel et uniquement accessible par Internet. En effet, l'hébergeur a reçu un agrément du ministère de la Santé qui respecte toutes les normes garantissant un haut niveau de sécurité



en matière de protection des données. La consultation des DMP répond aux exigences de politique générale de sécurité des systèmes d'information (PGSSI) (17).

Il est un outil de partage de l'information médicale avec les patients mais également entre professionnels de santé. Il vise à favoriser la coordination et la continuité des soins en améliorant le partage des informations entre les praticiens, en ville comme à l'hôpital afin de garantir aux patients la meilleure qualité et la plus grande sécurité des soins.

Le DMP est gratuit, il n'est pas obligatoire et n'a aucune conséquence sur le niveau de remboursement des soins.

Il est qualifié de véritable « mémoire de la santé ». En effet, il est accessible partout dans le territoire et centralise en un seul endroit en ligne les informations concernant le suivi médical et les soins reçus par un patient qui sont le plus souvent dispersées entre le médecin traitant, les médecins spécialistes, les établissements de santé dans lesquels il a séjourné, les laboratoires d'analyse, les centres d'examen radiologiques, mais aussi ses documents détenus à son domicile. Avec le DMP, le patient a la garantie de ne plus oublier ni perdre son historique de soins. La dématérialisation des documents est un atout majeur du DMP.

En rassemblant ainsi toutes les données de santé du patient, il permettra de ne pas prescrire inutilement les mêmes examens ou traitements à plusieurs reprises, d'éviter donc les redondances et les interactions médicamenteuses souvent dangereuses pour le patient (25).

Outre les renseignements administratifs concernant le patient (nom, date de naissance, adresse...), le DMP comporte un volet de synthèse médicale (antécédents, traitements, intolérances, allergies, vaccinations), les courriers, les ordonnances, les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation, les résultats d'examen (biologie, radiologie...), l'historique des deux dernières années de remboursements transmis par l'Assurance Maladie (5), les éventuelles directives anticipées pour la fin de vie, ainsi que des informations utiles pour la prise en charge (coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence) (25).

Chaque personne bénéficiant d'un régime de Sécurité Sociale peut disposer d'un DMP. Ce service est utile à tous mais présente un intérêt certain pour ceux ayant souvent recours aux soins comme les patients atteints d'une maladie chronique ou les femmes enceintes par exemple.

La création d'un DMP ne peut avoir lieu qu'avec le consentement du patient. Elle peut se réaliser en ligne pour les majeurs, par le patient lui-même directement depuis le site internet « DMP.fr », en pharmacie, auprès d'un professionnel de santé disposant des outils informatiques adaptés, ou bien à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou auprès d'un organisme d'Assurance Maladie.

Pour les mineurs, le représentant légal doit donner son consentement lors de la création du DMP, la décision de création d'un DMP revient au titulaire de l'autorité parentale. Le représentant légal autorise les professionnels de santé à accéder au DMP d'un mineur, décide des documents devant être masqués et de la fermeture du DMP. Il peut également accéder au DMP pour le consulter. Le mineur ne dispose pas de codes d'accès personnel pour y accéder.

Comme nous l'avons vu, l'accès au DMP est hautement sécurisé, mis à part le patient lui-même, les professionnels de santé (médecin traitant, pharmacien, infirmier...) ne peuvent le consulter que s'ils y sont autorisés. Seul le médecin traitant peut prendre connaissance de l'ensemble des informations contenues dans le dossier à condition qu'il soit désigné « médecin

traitant DMP ». Les professionnels de santé ne peuvent y accéder qu'en étant munis de leur carte de professionnel de santé (CPS), via leur logiciel métier. Le patient lui, y accède par des identifiants de connexion (identifiant et mot de passe initial) qui lui sont communiqués à la fin de l'étape de création si celui-ci l'ouvre lui-même par internet. Ou bien si c'est un professionnel de santé qui lui a ouvert son DMP, ses identifiants lui sont remis directement par le professionnel qui l'aura ouvert. A chaque connexion, le patient devra renseigner son identifiant, son mot de passe et recevra par mail ou sms selon son choix, un code d'accès à usage unique différent à chaque connexion.

Le patient peut accéder à tout moment à son dossier depuis le site « DMP.fr » ou via l'application mobile disponible sur smartphone ou tablette. Cela lui permet de consulter ses informations de santé, de visualiser les actions réalisées sur son DMP, de gérer les accès à son dossier, de l'enrichir en y enregistrant toutes les données utiles à son suivi médical.

Le DMP permet donc au patient de véritablement pouvoir devenir « l'acteur » de sa santé.

Il peut ajouter ou masquer un document, il a la possibilité de gérer les accès à son dossier en bloquant un professionnel de santé ou en supprimant une autorisation. Il est en droit de demander à tout moment sa fermeture (25). Si le patient décide de clôturer son DMP, ce dernier est archivé et les données sont détruites dix ans après cette clôture.

Une petite précision est à apporter, à la différence de la ville où le patient doit donner son consentement à chaque professionnel de santé souhaitant consulter pour la première fois son DMP, il en est autrement lors d'une hospitalisation et y compris pour les actes d'hospitalisation externes. En effet, les professionnels de santé constituant l'équipe de soins sont réputés autorisés à accéder au DMP mais doivent s'identifier individuellement via leur carte de professionnel de santé.

Dans un contexte d'urgence, tout médecin régulateur du Samu peut accéder au DMP. Si l'état du patient présente un risque immédiat pour sa santé, un professionnel de santé peut également y accéder. Cette situation est appelée « accès en mode bris de glace ». Une trace de tous ces accès en urgence figure dans le DMP du patient. Cette autorisation d'accès en urgence est demandée au patient dès la création de son DMP. Il peut modifier cet accès à tout moment depuis les paramètres de son compte (26).

Les laboratoires pharmaceutiques, mutuelles, assurances n'y ont aucun droit. L'Assurance Maladie elle-même, même si elle peut alimenter le DMP à partir des données dont elle dispose, notamment sur l'historique des soins du patient, ne peut consulter les DMP des assurés. Le DMP ne peut en aucun cas être exigé, ni même des extraits ou une copie, lors de la conclusion d'un contrat, comme un contrat relatif à un prêt immobilier, une protection complémentaire en matière de couverture de santé, ou par la médecine du travail, même avec l'accord du patient.

### **II.3. La campagne d'information du Dossier Médical Partagé**

La campagne de promotion du DMP a été séquencée en deux phases.

La première phase, de novembre à décembre 2018, a été axée sur la notoriété et le recrutement. Le 6 novembre 2018 marquait le lancement officiel national du service. Le 9 novembre a été lancée une campagne médias d'envergure (télévision, VOL (vidéo online),

display, SEA (Search Engine Advertising) qui signifie publicité sur les moteurs de recherche, affichage, réseaux sociaux), pour soutenir la création des DMP partout en France.

La seconde phase, en 2019 est centrée sur la poursuite de la stratégie de notoriété et de conquête, avec un accent nouveau mis sur l'appropriation et l'alimentation du DMP.

Des actions de communication sont prévues.

Tout d'abord des actions hors médias, afin d'assurer la diffusion efficace des messages et outils de la campagne. Différents documents de communication ont été réalisés comprenant :

- Une brochure d'information générale devant être remis après chaque ouverture d'un DMP en organisme (CPAM par exemple) ou en pharmacie, afin que l'assuré puisse avoir une information la plus complète possible sur le service. Un autocollant DMP est collé sur la carte vitale de l'assuré en cas d'ouverture de DMP.
- Une brochure d'information à destination des EHPAD. L'objectif de cet outil est d'impliquer les médecins coordinateurs d'EHPAD dans la création et l'alimentation de DMP pour les résidents, ces personnes étant particulièrement fragiles, poly pathologiques et fréquemment hospitalisées. Est en jeu ici aussi, la dématérialisation du dossier de liaison d'urgence (DLU), outil clé de l'amélioration des parcours des personnes âgées, en particulier en EHPAD.
- Un flyer devant être remis de la « main à la main » par le conseiller service de l'Assurance Maladie (agent d'accueil des Caisses Primaires d'Assurance Maladie) en cas de refus d'ouverture d'un DMP. Cet outil n'est pas diffusé aux pharmaciens et ne remplace pas la brochure d'information.
- Deux vidéos pédagogiques diffusées sur « Amelie.fr », « DMP.fr », et sur les écrans d'accueil des organismes. La vidéo de présentation du DMP explique simplement ce qu'est le DMP, ce qu'il contient, quelles personnes y ont accès et quels en sont les bénéfiques pour le patient. La vidéo « Le DMP de Charlotte » présente à travers un cas concret les bénéfices du DMP.

Enfin, un kakémono incitant à l'ouverture d'un DMP, permettant de matérialiser la zone dédiée à la création de DMP en accueil de CPAM.

Une seconde action prévue est un relais sur les médias propriétaires de l'Assurance Maladie, à travers :

- L'éditorialisation du site « Amelie.fr », qui permet de valoriser les messages de la campagne, de créer de l'enjeu, informer, faire de la pédagogie auprès des assurés et des professionnels de santé. Des articles d'actualité sont mis en avant sur le carrousel de la page d'accueil entre novembre et décembre 2018, avec l'annonce du lancement officiel du DMP, la présentation de la campagne grand public, la présentation de l'application DMP, ou encore un article présentant l'intérêt du DMP pour certains publics comme les personnes atteintes de maladie chroniques ou encore les femmes enceintes. Des articles présentent de façon pédagogique le DMP, comment créer un DMP ? Qu'est-ce que le DMP ? Des encarts promotionnels mettent en avant la vidéo de présentation du DMP sur l'espace assuré et les vidéos témoignages sur les espaces dédiés aux professionnels de santé. Un article institutionnel présente la campagne de communication, ses outils et ses enjeux.
- La diffusion de contenus sur le fil twitter de l'Assurance Maladie, avec plusieurs catégories de tweets. Des tweets de campagne, dont certains seront sponsorisés, avec pour objectif de générer du trafic sur le site dédié « DMP.fr » et sur l'application DMP. Des tweets

pédagogiques renvoyant sur le site « Amelie.fr » pour informer les professionnels de santé, les leaders d'opinion et les journalistes. Également un tweet local, au format « gif », invitant chaque organisme à relayer le nombre de DMP ouverts dans leur région, tout en incitant à la création.

- Un relais sur LinkedIn (réseau social professionnel) avec la publication d'un article de présentation de la campagne donnant de la visibilité au projet et permettant de mettre en perspective les missions et les métiers de l'Assurance Maladie.

- Des fenêtres « pop-up » sur le compte Amelie qui s'ouvriront lorsque l'assuré se connectera sur son compte. Elles reprennent les visuels et les messages des affiches et incitent l'assuré à se rendre sur « DMP.fr » pour avoir plus d'information.

- L'envoi d'e-mails de recrutement contenant le code de création. Ils ont été envoyés du 19 novembre 2018 soit quinze jours après le lancement de la campagne médias, et ce sur une durée d'un mois et demi.

Enfin, une action de communication en direction des professionnels de santé et des établissements de soins :

Les pharmaciens, acteurs clés pour la création des DMP, ont été ciblés par une communication spécifique visant à les informer et les équiper en vue de la campagne de recrutement, un kit de communication a été directement envoyé par la CNAM aux pharmaciens mi-septembre 2018 comprenant un courrier d'information, un mémo d'accompagnement et un sticker pour les officines.

Les autres professionnels de santé ainsi que les établissements de soins ont fait l'objet d'une communication par le biais « d'Amelie.fr » et de ses e-news associées : articles, vidéos témoignages.

## III. Matériel et méthode

---

### III.1. Type d'étude et objectifs

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive quantitative transversale. Cette étude est non interventionnelle.

L'objectif principal est d'estimer le nombre de patients ayant créé leur Dossier Médical Partagé dans les suites de la campagne d'information menée par l'Assurance Maladie, en Haute-Vienne, le 9 novembre 2018.

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les moyens de communication qui semblent avoir facilité la création du DMP par les patients Haut-Viennois.
- Recueillir les bénéfices attendus par les patients quant à la création de leur DMP.
- Recueillir les freins des patients quant à la création de leur DMP.

### III.2. Population

La population étudiée est celle des patients de la Haute-Vienne et plus précisément ceux de 14 patientèles de médecins généralistes libéraux choisies pour certaines par connaissance de ces médecins dans le cadre des remplacements que j'ai pu effectuer chez eux, pour d'autres par connaissance d'amis médecins qui effectuaient des remplacements chez eux, mais également pour d'autres par simple demande par échanges téléphoniques.

Les données publiées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) font état de 450 médecins généralistes libéraux dans le département de la Haute-Vienne en 2015 (27).

Ces patientèles ont également été choisies de sorte que celles-ci soient plus homogènes en termes de patientèles de ville et de campagne.

### III.3. Critères d'inclusion / d'exclusion

Les sujets recrutés avaient l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- Être majeurs.
- Avoir désigné comme médecin traitant le médecin de la patientèle en question.
- Ne pas présenter de troubles cognitifs majeurs ou de pathologies rendant la communication difficile.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Être mineurs.
- Ne pas avoir désigné comme médecin traitant le médecin de la patientèle en question.
- Présenter des troubles cognitifs majeurs ou une pathologie rendant la communication difficile au risque d'avoir des résultats peu fiables voir ininterprétables.

### **III.4. Critères de jugement**

Le critère de jugement principal était le pourcentage de patients Haut-Viennois ayant créé leur DMP dans les suites de la campagne d'information de l'Assurance Maladie menée le 9 novembre 2018.

Les critères de jugement secondaires étaient l'identification des moyens de communication qui semblaient avoir facilité la création du DMP par les patients Haut-Viennois, le recueil des bénéfices attendus à l'ouverture des DMP et des freins quant à leur création.

### **III.5. Recueil de données**

Un questionnaire permettant de répondre aux objectifs de l'étude a été élaboré. Il comprenait plusieurs parties.

La première permettait de renseigner le profil socio-démographique des sujets. Une seconde permettait de rechercher les patients qui avaient pu ouvrir des DMP avant la campagne pour ne pas les inclure dans le nombre final d'ouvertures suite à celle-ci. Une question permettait ensuite de séparer ceux qui avaient eu connaissance de cette campagne de ceux qui n'en avaient pas eu écho. Pour ceux qui n'en avaient pas eu écho, le questionnaire était stoppé là car ils ne permettaient pas de répondre aux objectifs de cette étude.

Par la suite, le reste des questions permettaient de répondre aux critères de jugement principal et secondaires par des questions essentiellement fermées. Pour les questions concernant les bénéfices et les freins des patients quant à la création de leur DMP, il y avait une possibilité de réponses ouvertes permettant aux sujets de s'exprimer librement s'ils le souhaitaient.

A la question des bénéfices attendus à l'ouverture d'un DMP, le patient devait donner ses 3 principaux sans ordre de préférence. Pour celle des freins à l'ouverture, un ou plusieurs choix de réponses étaient possibles.

Les questionnaires ont été remplis par les différents médecins de ces 14 patientèles et pour certains par les remplaçants de ces médecins. Nous avons quant à nous, réalisé les questionnaires sur trois de ces patientèles lors de remplacements.

D'une durée de moins de 5 minutes, une fois le questionnaire bien en tête et après avoir adressé aux différents médecins une notice explicative ainsi que des explications orales par échanges téléphoniques, celui-ci devait être réalisé à la fin de la consultation directement avec le patient.

Il a été réalisé sous format Word et contient 2 pages de questions. Le questionnaire a été testé sur plusieurs patients avant diffusion aux médecins, afin de nous assurer de la pertinence des questions abordées, de la compréhension des questions par les patients afin d'évaluer la nécessité de reformuler certaines d'entre elles, mais également de tester la longueur du questionnaire et évaluer le temps moyen pour y répondre.

Nous avons demandé à chaque médecin participant, dans la mesure du possible, en tenant compte de leur charge de travail, de réaliser 30 questionnaires. Ils ont été donnés en main propre et nous en avons profité pour voir avec eux s'ils avaient des interrogations. Nous n'avons pas imposé de rythme pour leur réalisation. Nous avons tout de même suggéré de prendre par exemple les trois premiers patients de la matinée ou de l'après-midi chaque jour.

Le recueil des données a débuté le 8 avril 2019 soit 5 mois après le lancement de la campagne de l'Assurance Maladie et s'est terminé 1 mois après.

Le questionnaire est fourni en annexe.

### **III.6. Analyse statistique**

Les données ont été entrées dans le logiciel Excel® pour être analysées. Les résultats ont été présentés sous forme d'effectifs. Les analyses prévues pour répondre aux critères de jugement ont été des calculs de pourcentage. Le test statistique Chi2 a été utilisé pour comparer les réponses des sujets sur le critère de jugement principal selon les données socio-démographiques : sexe, âge, catégories socio-professionnelles, caractère urbain, rural ou semi-urbain/semi-rural des patientèles, mais également selon la répartition dans les différentes patientèles de l'étude et selon les moyens de connaissance de la campagne d'information. La correction de Yates pouvait être utilisée en cas d'échantillon de données inférieur à cinq, et le test exact de Fisher pouvait être utilisé en cas d'échantillon de données inférieur à trois. Le logiciel OpenEpi permettait de comparer plusieurs variables. Ces tests statistiques ont été réalisés en utilisant le logiciel inclus dans le site internet BiostaTGV et Openepi. Il n'a pas été prévu d'analyse intermédiaire et l'analyse statistique a été réalisée après le recueil de données.

## IV. Résultats

---

### IV.1. Taux de réponse

A la fin du recueil de données, 401 questionnaires étaient obtenus. Les questionnaires étaient soumis uniquement aux patients présentant les critères d'inclusion.

### IV.2. Données socio-démographiques

Parmi les 401 patients ayant répondu au questionnaire, 240 (60%) étaient des femmes, 161 (40%) étaient des hommes (figure 1).

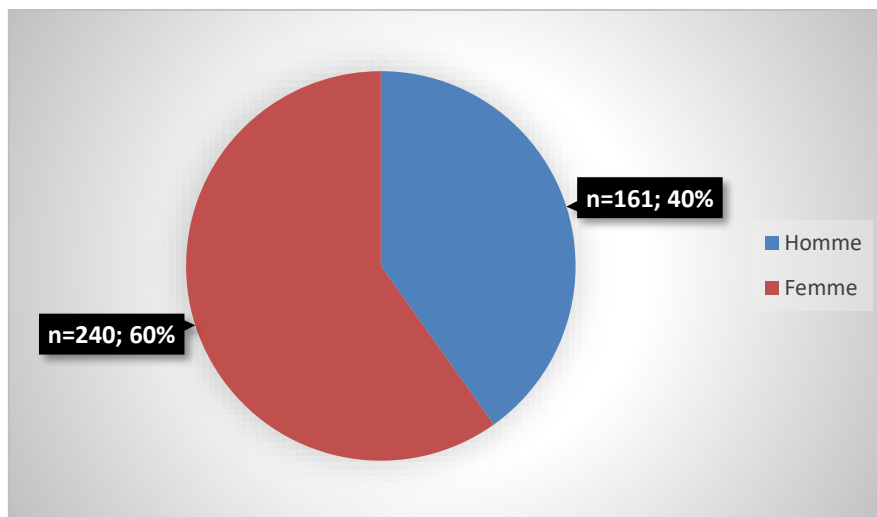


Figure 1 : répartition selon le sexe

La répartition des âges allait de 18 ans et n'avait pas de limite établie. Parmi les 401 patients, il y en avait 5 (1,3%) entre [18-20 ans], 32 (8%) entre [20-29 ans], 51 (12,7%) entre [30-39 ans], 66 (16,5%) entre [40-49 ans], 64 (16%) entre [50-59 ans], 78 (19,5%) entre [60-69 ans], 77 (19,2%) entre [70-79 ans] et 28 (7%) de 80 ans ou plus. La moyenne d'âge était de 55,4 ans et la médiane de 56.6 ans. Le diagramme de répartition des âges est présenté en figure 2.



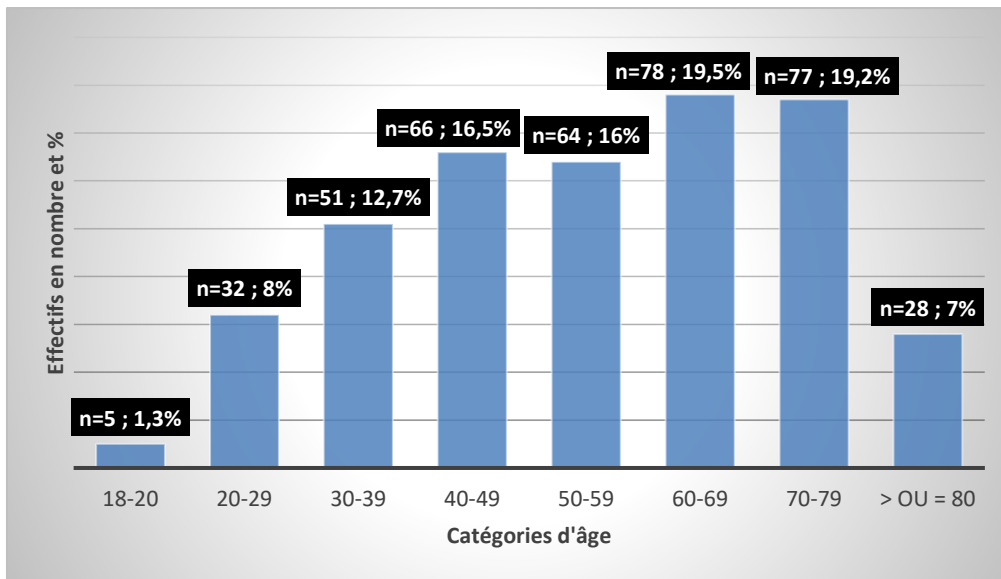


Figure 2 : diagramme de répartition des âges

Parmi les 401 patients, il y avait 8 (2%) agriculteurs, 18 (4,5%) artisans, commerçants, chefs d'entreprise, 48 (12%) cadres et professions intellectuelles supérieures, 30 (7,5%) professions intermédiaires, 97 (24,2%) employés, 32 (8%) ouvriers, 147 (36,7%) retraités et 21 (5,2%) autres personnes sans activité professionnelle (figure 3).

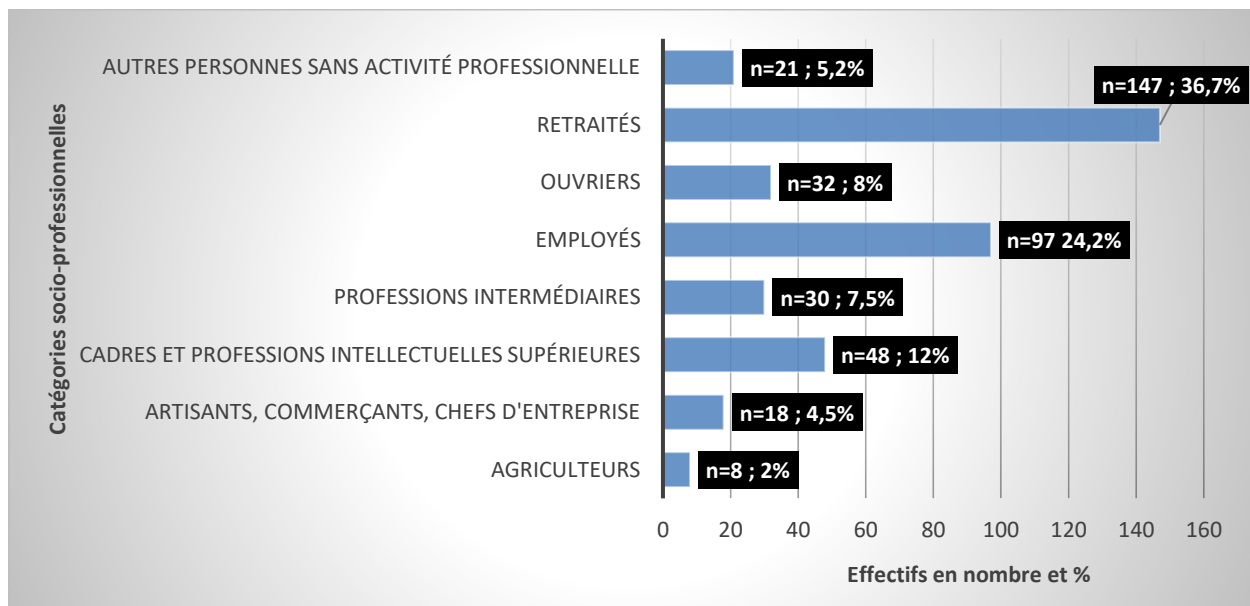


Figure 3 : diagramme de répartition des catégories socio-professionnelles

Parmi les 14 patientèles étudiées, 3 étaient de la ville de Limoges et ont donc été qualifiées d' « urbaines », (patientèles des Dr A, D et M) 6 étaient des patientèles de communes de moins de 2000 habitants et ont été qualifiées de « rurales » (28), (patientèles des Dr C, F, G, I, K, N) et 5 ont été qualifiées de « semi-urbaines/semi-rurales » (patientèles des Dr B, E, H, J, L), (figure 4).

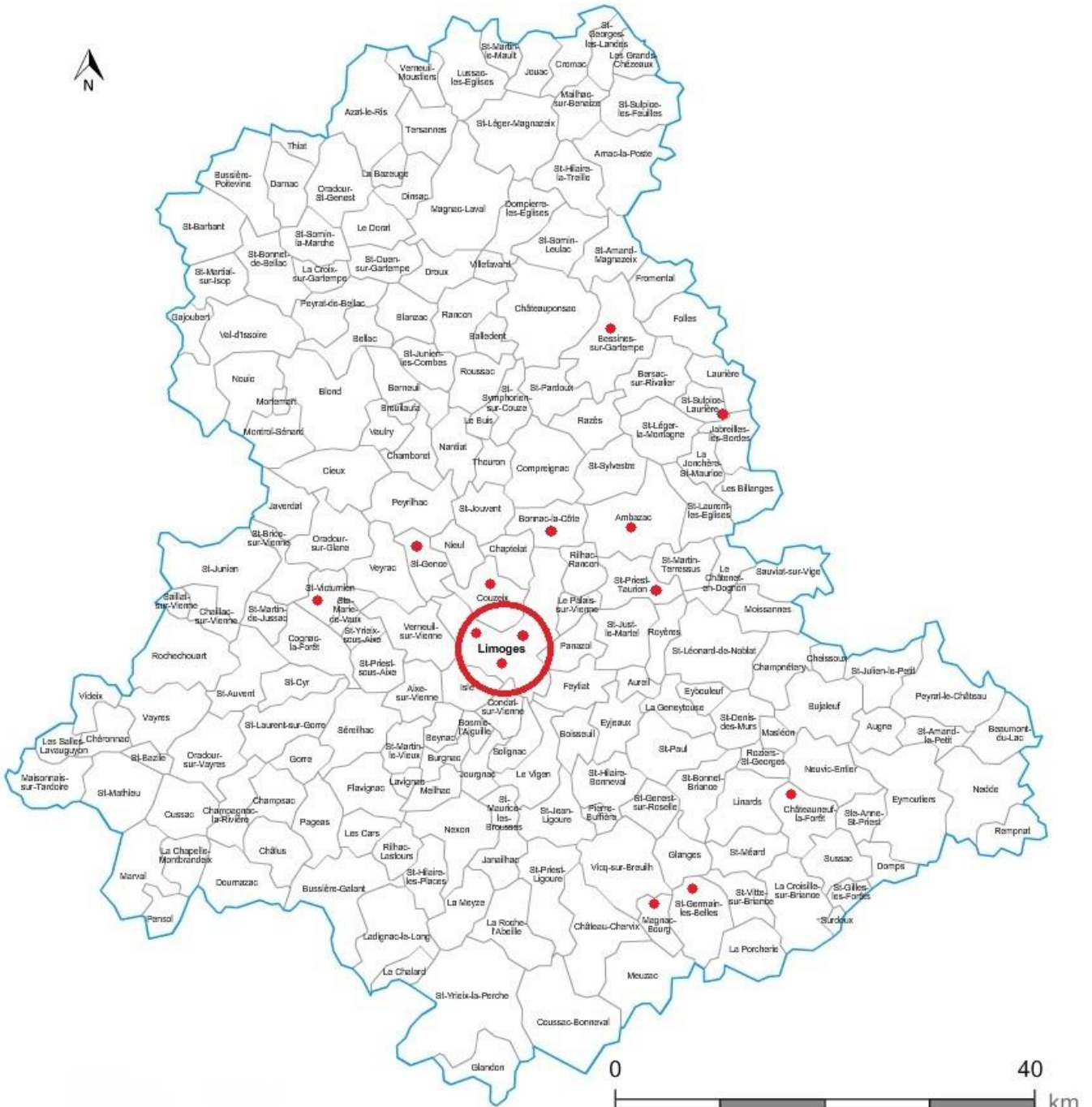


Figure 4 : Localisation des 14 patientèles de l'étude en Haute-Vienne

### IV.3. Diagramme de flux

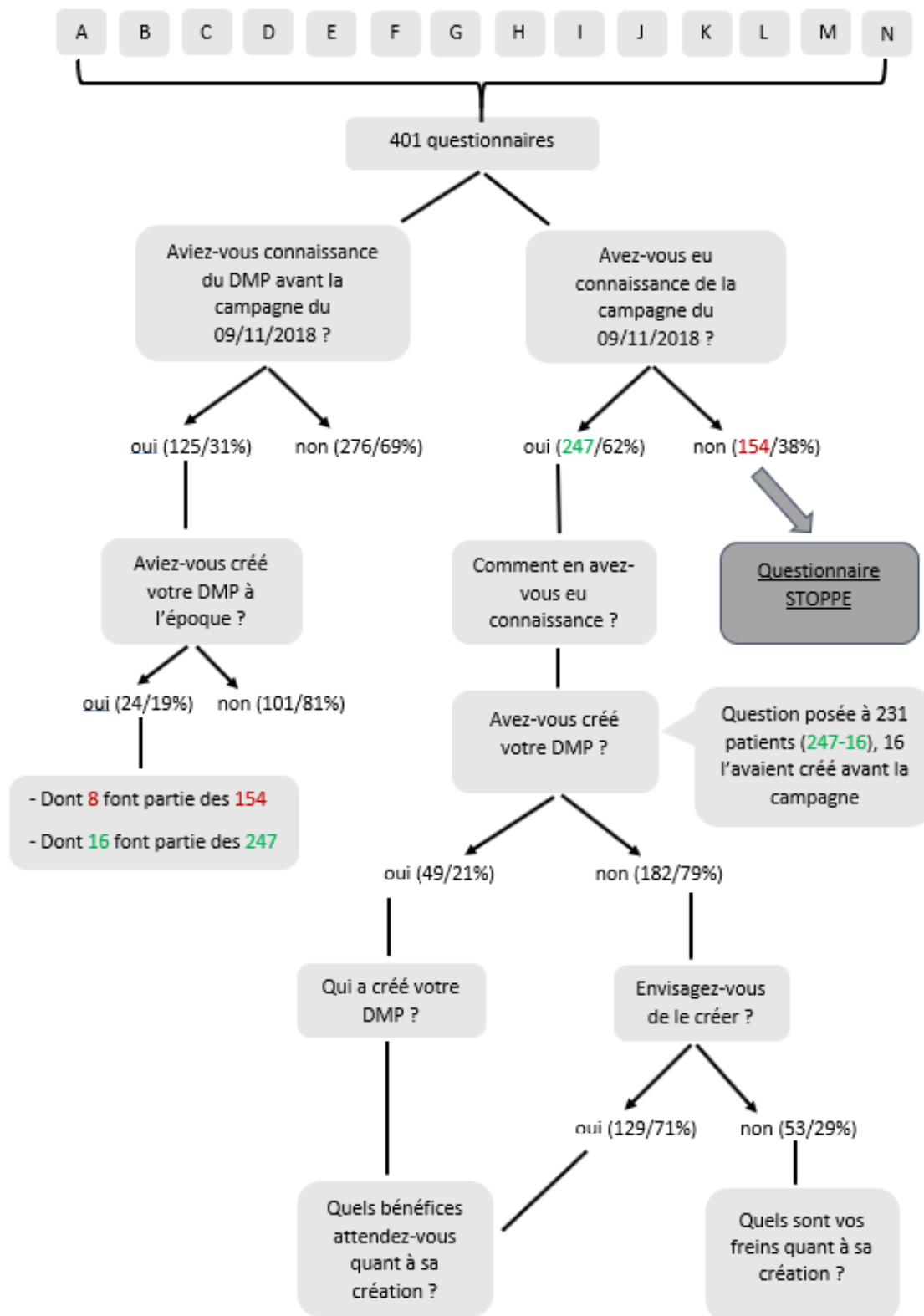


Figure 5 : Diagramme de flux.

#### IV.4. Repérage des DMP ouverts avant la campagne de l'Assurance Maladie

A la question : « Le DMP existe depuis 2011. Aviez-vous connaissance de son existence avant la campagne d'information du 9/11/2018 ? », les 401 patients interrogés étaient 125 (31%) à répondre oui, contre 276 (69%) à répondre non (figure 6).

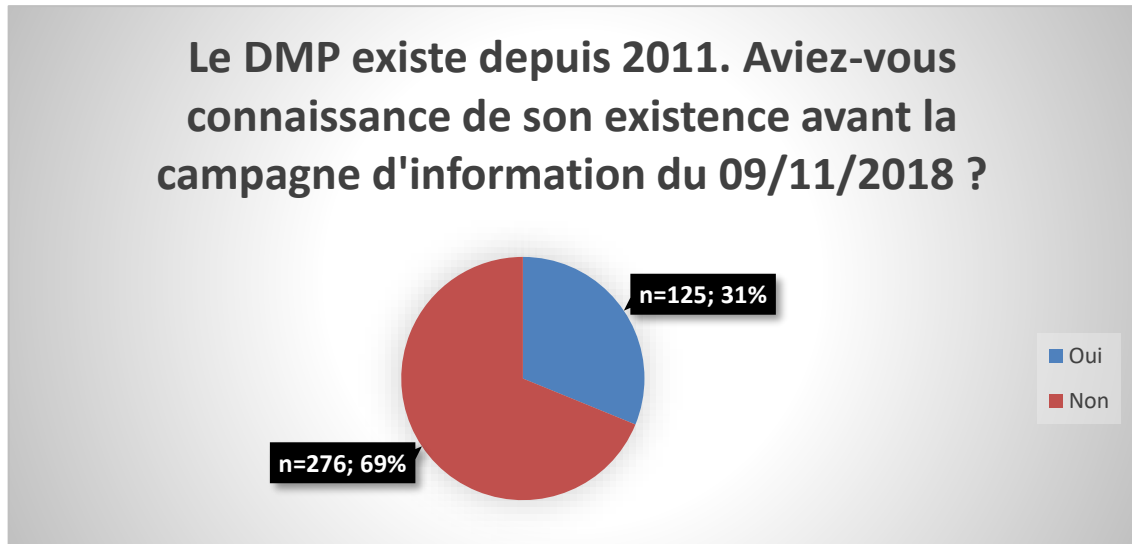


Figure 6 : Le DMP existe depuis 2011. Aviez-vous connaissance de son existence avant la campagne d'information du 9/11/2018 ?

Parmi les 125 patients qui avaient connaissance du DMP avant la campagne d'information de l'Assurance Maladie, 24 (19%) avaient créé leur DMP entre 2011 et la campagne du 9/11/2018, et 101 (81%) ne l'avaient pas créé à cette période-là (figure 7).

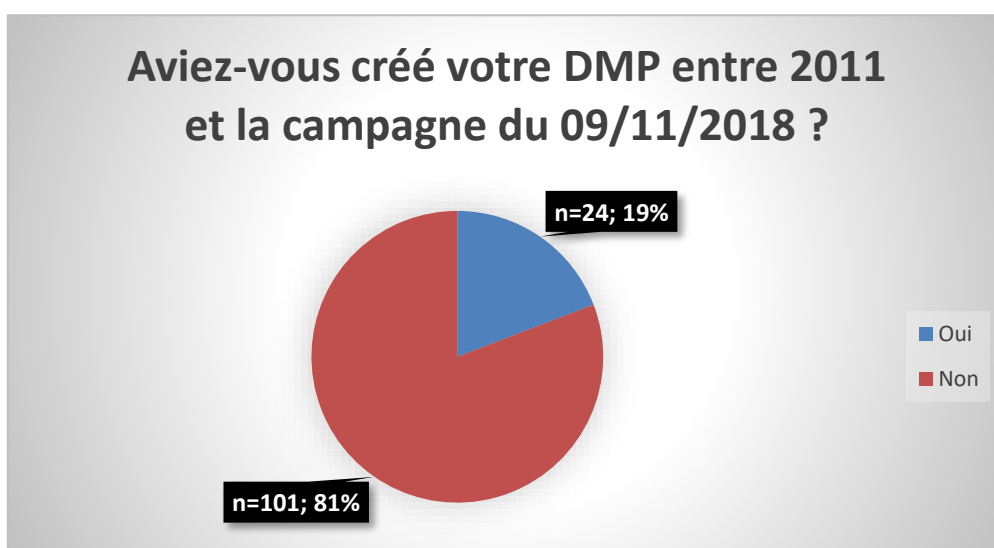


Figure 7 : Aviez-vous créé votre DMP entre 2011 et la campagne du 9/11/2018 ?

#### IV.5. Connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie

A la question : « Avez-vous eu connaissance de la campagne d'information concernant le DMP, menée le 09/11/2018 par l'Assurance Maladie ? », les 401 patients interrogés étaient 247 (62%) à répondre oui, contre 154 (38%) à répondre non (figure 8).

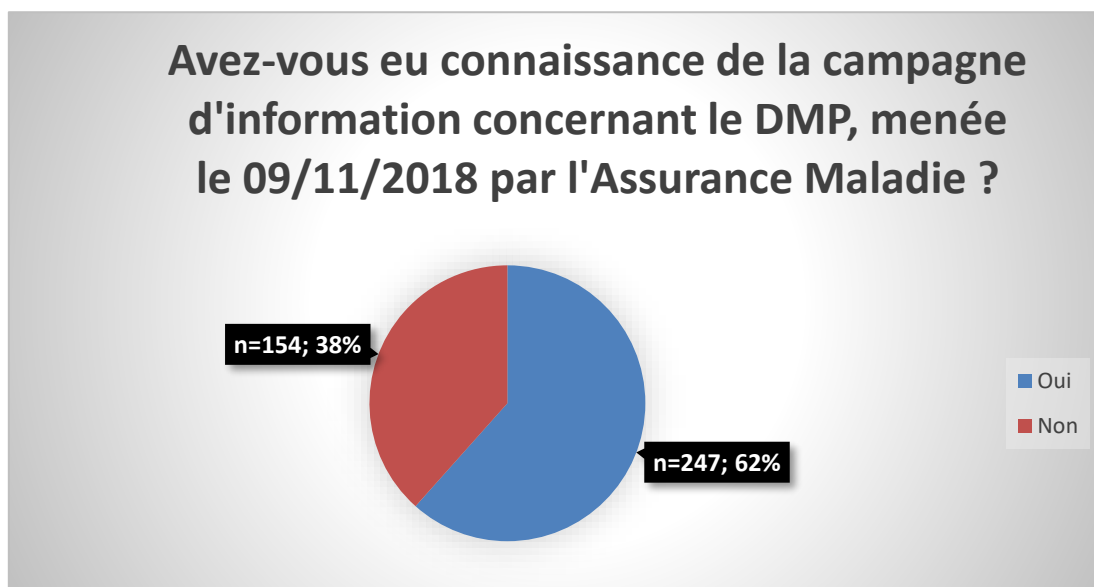


Figure 8 : Avez-vous eu connaissance de la campagne d'information concernant le DMP, menée le 9/11/2018 par l'Assurance Maladie ?

Pour les patients ayant répondu non à cette question, le questionnaire était stoppé car cela ne permettait pas de répondre aux objectifs de cette étude.

#### IV.6. Moyens de connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie

Parmi les 247 patients ayant eu connaissance de la campagne d'information du DMP du 9/11/2018, 43,8% (n=147) en n'ont eu connaissance par la télévision, 13,4% (n=45) par la radio, 7,4% (n=25) par internet, 9,8% (n=33) par la pharmacie, 9,2% (n=31) par l'Assurance Maladie, 4,5% (n=15) par un médecin de ville, 3% (n=10) par l'hôpital, 4,2% (n=14) par l'entourage personnel, et 4,8% (n=16) par l'entourage professionnel (figure 9).

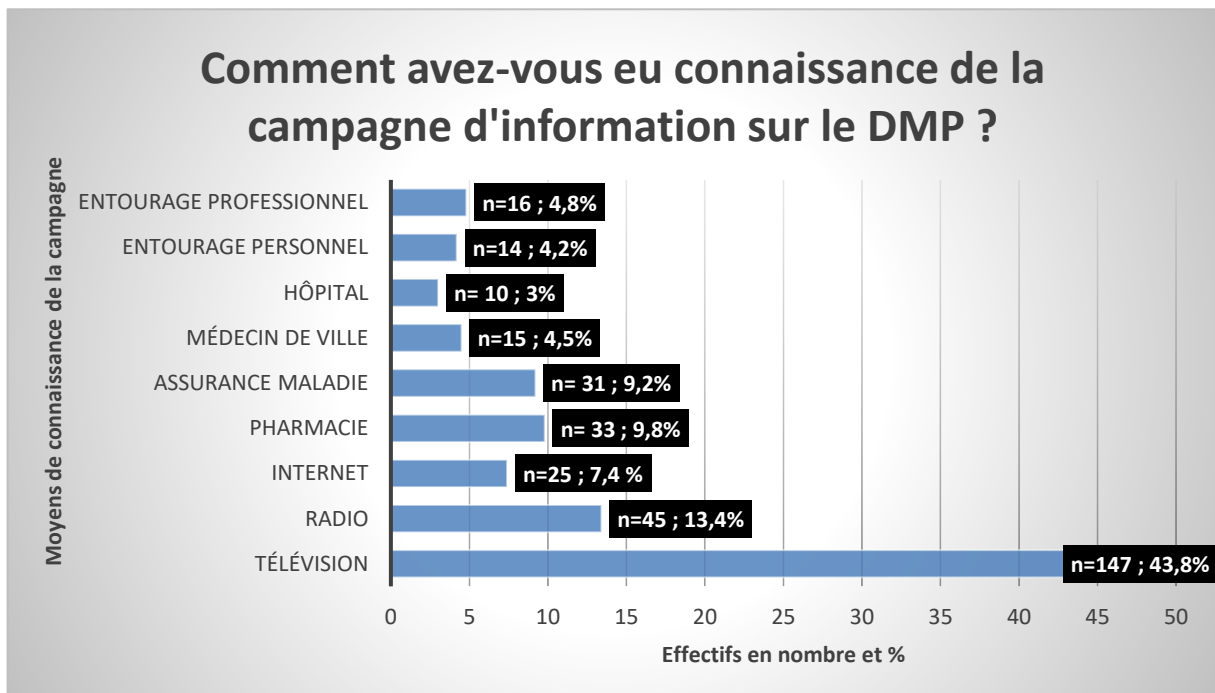


Figure 9 : Comment avez-vous eu connaissance de la campagne d'information sur le DMP ?

## IV.7. Patients qui ont créé un DMP suite à la campagne de l'Assurance Maladie

### IV.7.1. Nombre de DMP créés

A la question « Avez-vous créé votre DMP ? », les 231 patients interrogés étaient 49 (21%) à répondre oui, contre 182 (79%) à répondre non (figure 10).

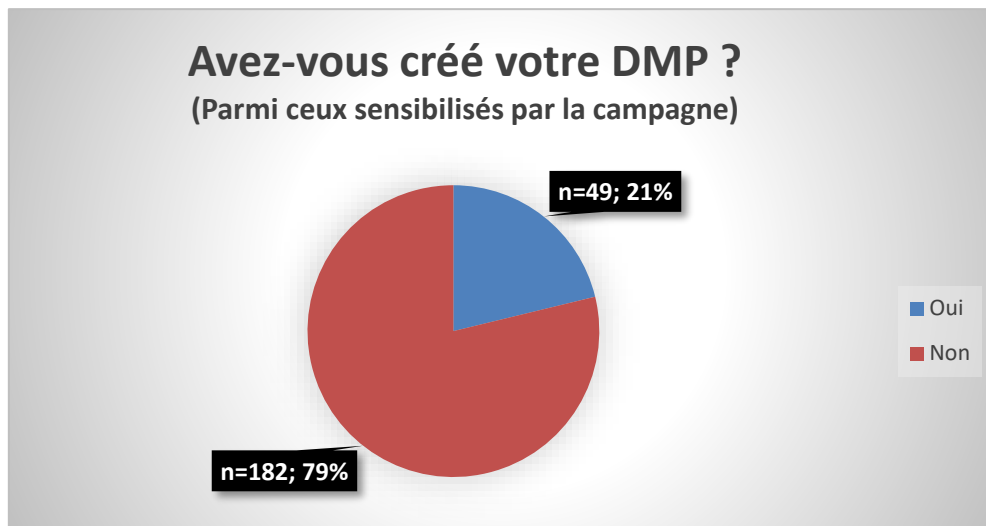


Figure 10 : Avez-vous créé votre DMP ? (Parmi ceux sensibilisés par la campagne).

Parmi les 401 patients de l'étude, 49 (12%) ont créé un DMP et 352 (88%) n'en ont pas créé (figure 11).

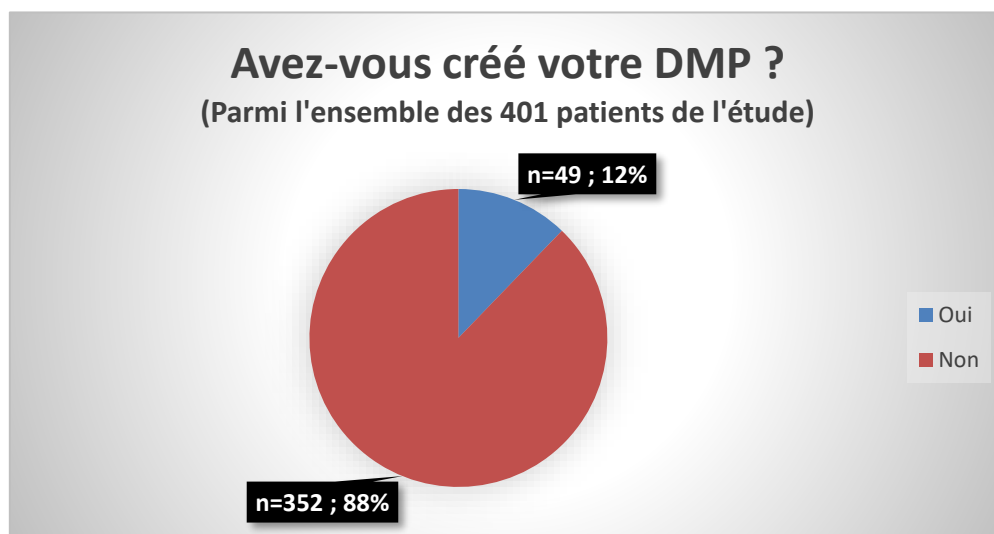


Figure 11 : Avez-vous créé votre DMP ? (Parmi l'ensemble des 401 patients de l'étude).

#### IV.7.2. Modes de création des DMP

A la question « Qui a créé votre DMP ? », les 49 patients interrogés étaient 7 (14%) à répondre que leur DMP ont été créés par un médecin, 20 (41%) par un pharmacien, 4 (8%) par l'Assurance Maladie, et 18 (37%) par eux-mêmes (figure 12).

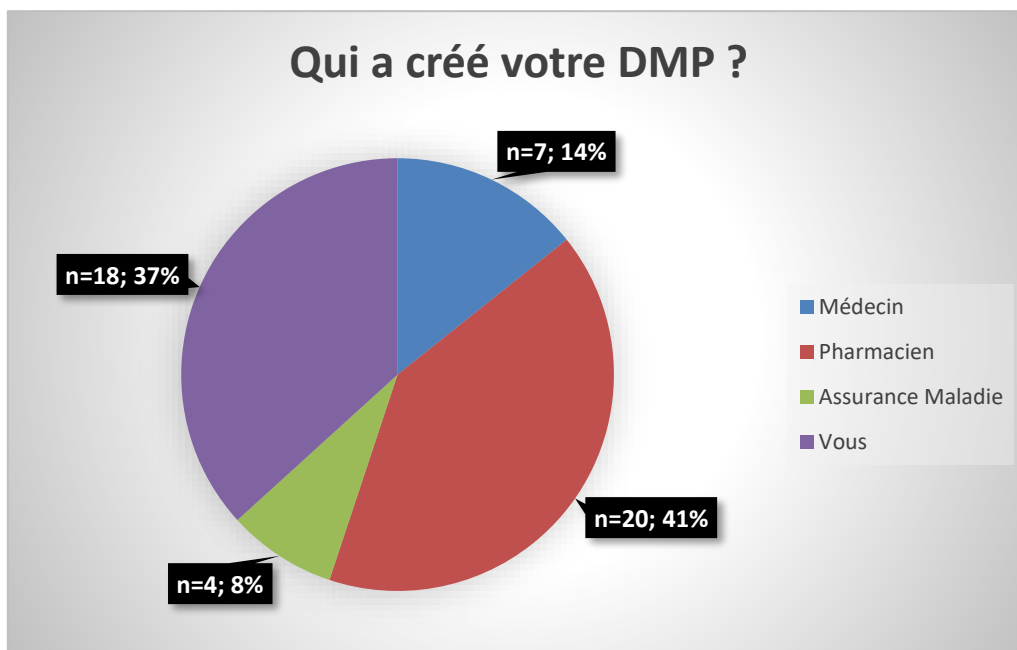


Figure 12 : Qui a créé votre DMP ?



### IV.7.3. Sexe

Parmi les 49 patients ayant créés un DMP suite à la campagne de l'Assurance Maladie, 63% (n=31) étaient des femmes et 37% (n=18) des hommes (figure 13).

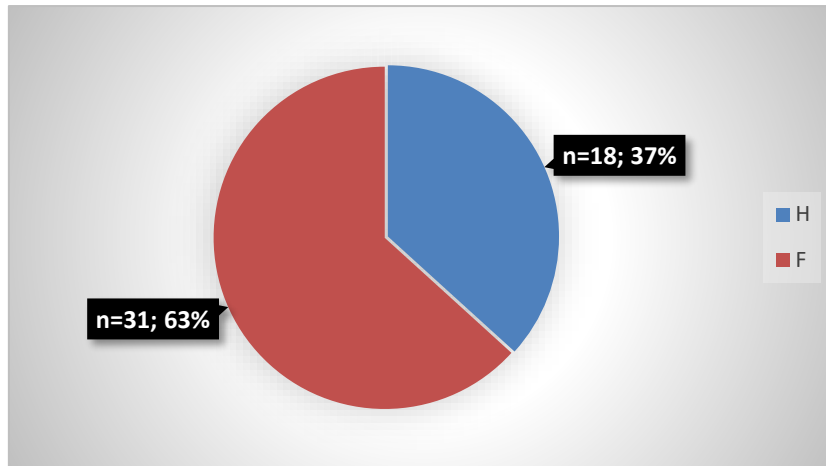


Figure 13 : Répartition des DMP créés selon le sexe.

Cette différence n'était pas statistiquement significative pour le sexe ( $p=0,97662$ ) entre ceux qui ont créé un DMP et ceux qui n'ont pas créé de DMP (figure 14).

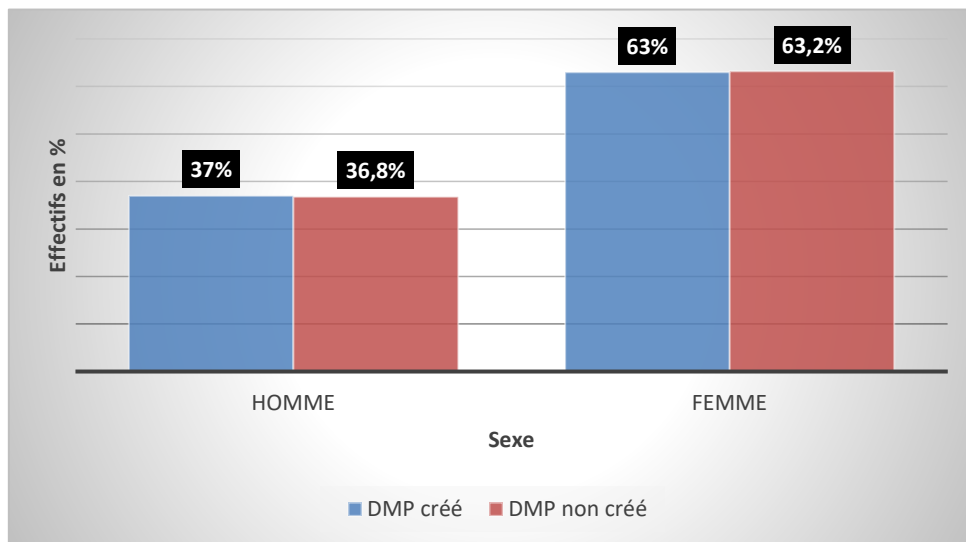


Figure 14 : Comparaison des patients qui ont créé un DMP ou non selon le sexe.

#### IV.7.4. Age

Aucun des 49 patients n'avaient moins de 20 ans, 6,1% (n=3) avaient entre 20 et 29 ans, 4,1% (n=2) entre 30 et 39 ans, 14,3% (n=7) entre 40 et 49 ans, 12,3% (n=6) entre 50 et 59 ans, 30,6% (n=15) entre 60 et 69 ans, 22,4% (n=11) entre 70 et 79 ans, et 10,2% (n=5) avaient plus de 80 ans (figure 15).

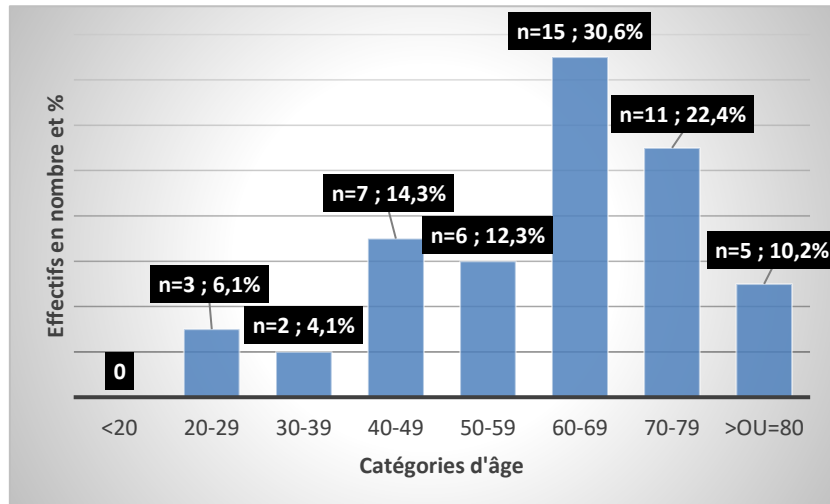


Figure 15 : Répartition des DMP créés selon l'âge.

Il y avait une différence statistiquement significative pour la tranche d'âge 30-39 ans ( $p=0.00392$ ) entre ceux qui ont créé un DMP et ceux qui n'ont pas créé de DMP (figure 16).

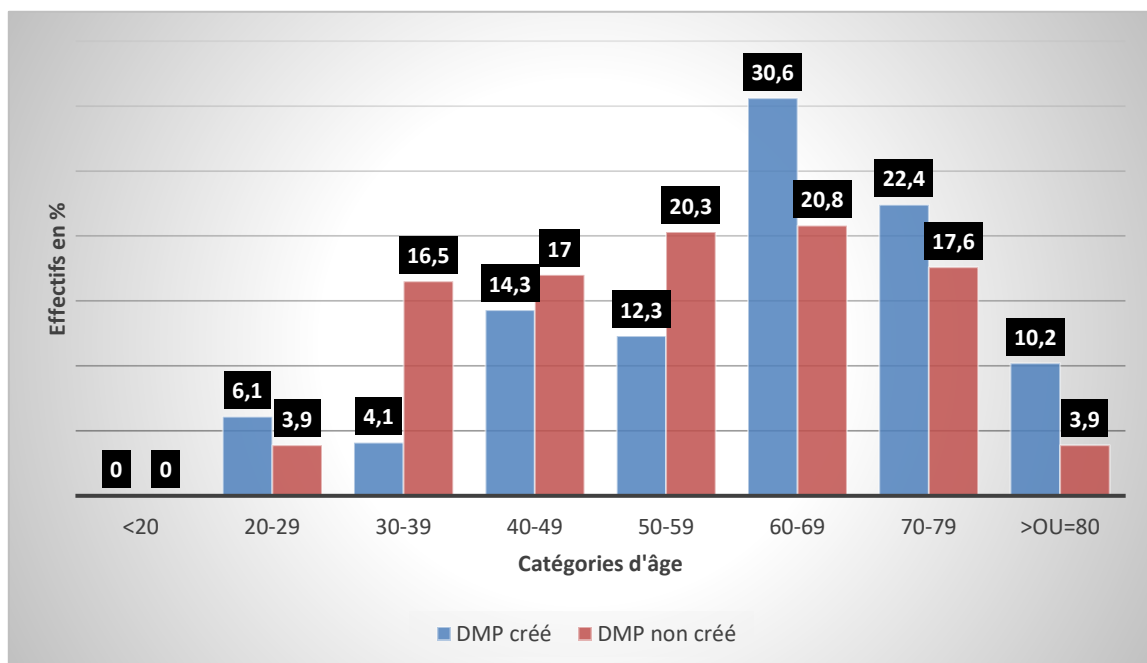


Figure 16 : Comparaison des patients qui ont créé un DMP ou non selon l'âge.

#### IV.7.5. Catégories socio professionnelles

Il n'y avait pas d'agriculteur, 2% (n=1) d'artisans, commerçants, chefs d'entreprise, 16,3% (n=8) de cadres et professions intellectuelles supérieures, 8,2% (n=4) de professions intermédiaires, 24,5% (n=12) d'employés, 2% (n=1) d'ouvriers, 42,9% (n=21) de retraités, et 4,1% (n=2) d'autres personnes sans activité professionnelle (figure 17).

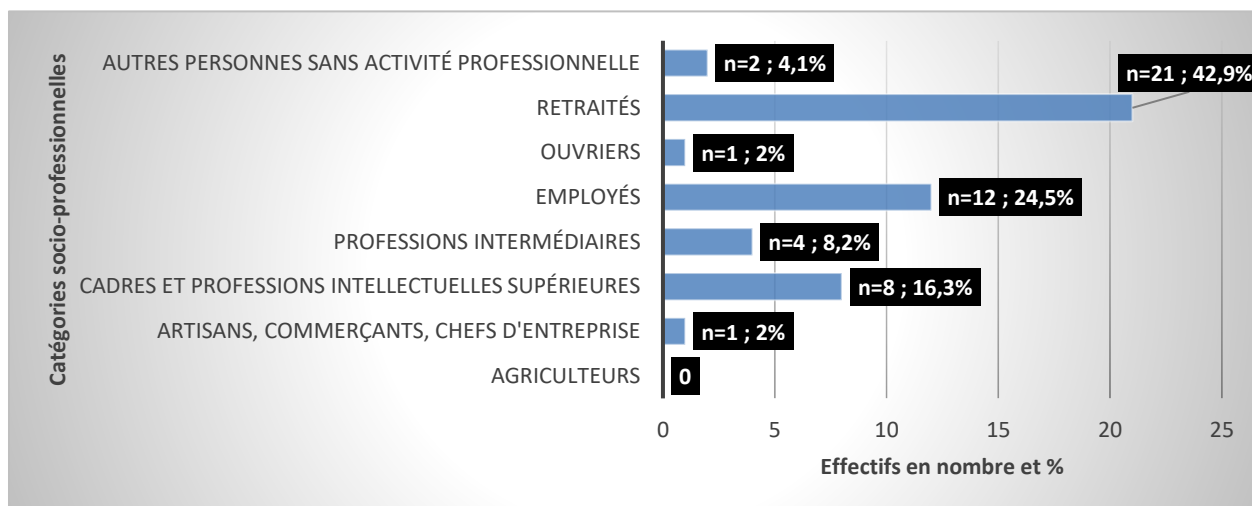


Figure 17 : Répartition des DMP créés selon la catégorie socio-professionnelle.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour les catégories socio professionnelles ( $p=0,89160$ ), entre ceux qui ont créé un DMP et ceux qui n'ont pas créé de DMP (figure 18).

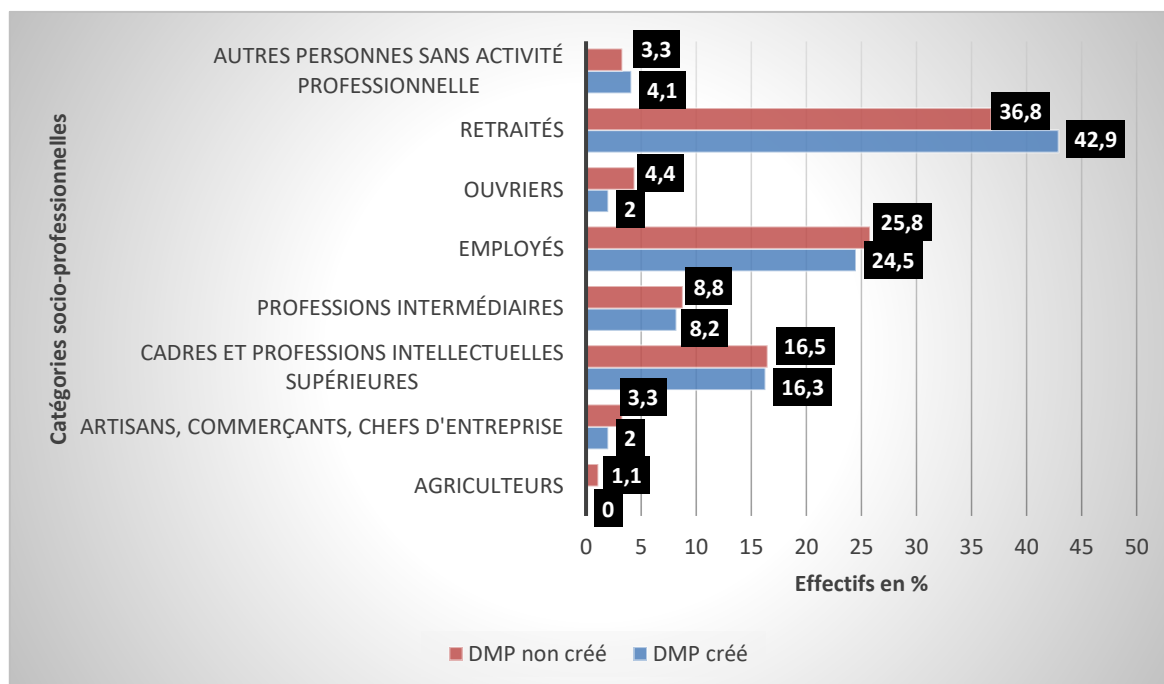


Figure 18 : Comparaison des patients qui ont créé un DMP ou non selon la catégorie socio-professionnelle.

#### IV.7.6. Caractéristiques urbaines, rurales ou semi-urbaines/rurales des patientèles

Parmi les 49 créations de DMP, 14 (28,6%) ont été créés dans des patientèles urbaines, 11 (22,4%) dans des patientèles rurales et 24 (49%) dans des patientèles semi-urbaines/semi-rurales (figure 19).

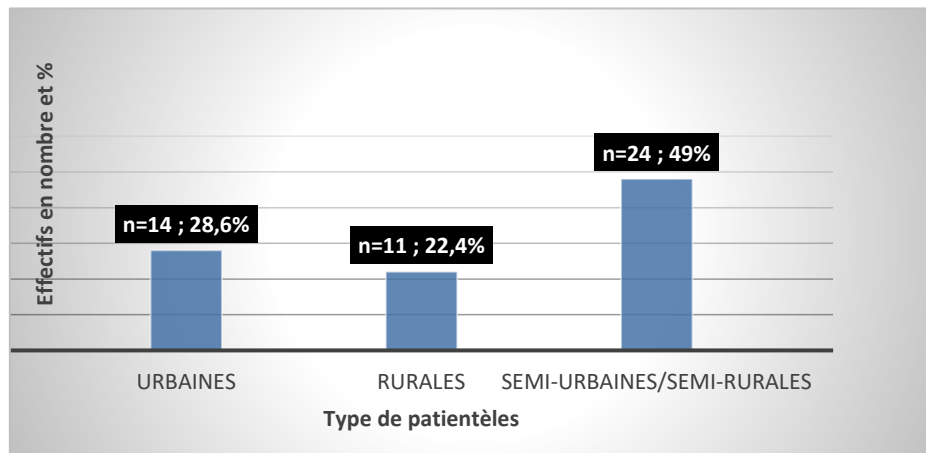


Figure 19 : Répartition des DMP créés selon le type de patientèles

Il y avait une différence statistiquement significative pour les différents types de patientèles ( $p=0.00048$ ) entre ceux qui ont créé un DMP et ceux qui n'ont pas créé de DMP (figure 20).

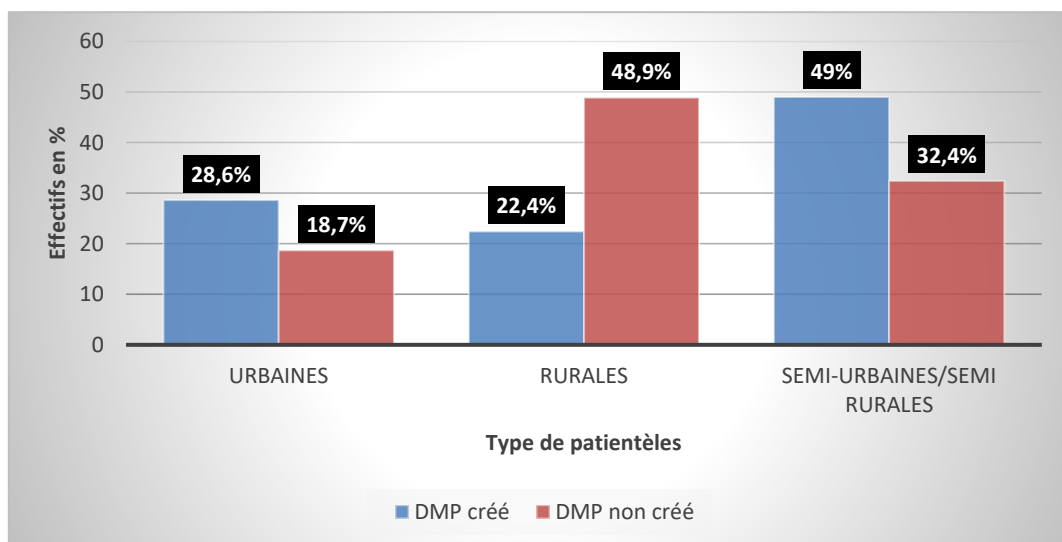


Figure 20 : Comparaison des patients qui ont créé ou non un DMP selon le type de patientèle.

#### IV.7.7. Répartition des DMP créés et du mode de création dans les patientèles

Parmi les 14 patientèles de l'étude, les 49 patients ayant créés leurs DMP suite à la campagne de l'Assurance Maladie se répartissaient de la manière suivante : 6,1% (n=3) sont dans la patientèle du Dr A, 6,1% (n=3) du Dr B, 2% (n=1) du Dr C, 4,1% (n=2) du Dr D, 2% (n=1) du Dr E, 2% (n=1) du Dr F, 6,1% (n=3) du Dr G, 8,2% (n=4) du Dr H, 0 du Dr I, 26,5% (n=13) du Dr J, 0 du Dr K, 6,1% (n=3) du Dr L, 18,4% (n=9) du Dr M, et 12,3% (n=6) dans la patientèle du Dr N (figure 21).

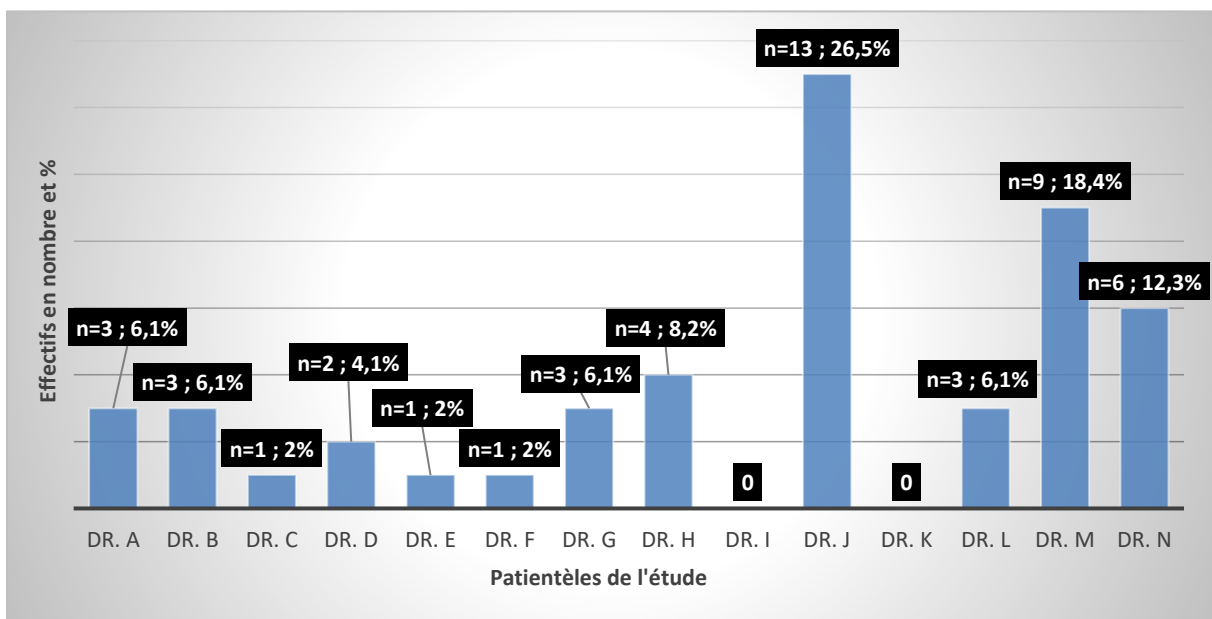


Figure 21 : Répartition des DMP créés selon les 14 patientèles de l'étude.

Il y avait une différence statistiquement significative pour les patients du Dr J ( $p=0.00005$ ), du Dr M ( $p=0.00112$ ) et du Dr N ( $p=0.02804$ ), entre ceux qui ont créé un DMP et ceux qui n'ont pas créé de DMP en faveur de ceux qui en ont créé. Il y avait également une différence statistiquement significative pour les patients du Dr I ( $p=0.00065$ ) et du Dr K ( $p=0.00179$ ) en faveur de ceux qui n'ont pas créé de DMP (figure 22).

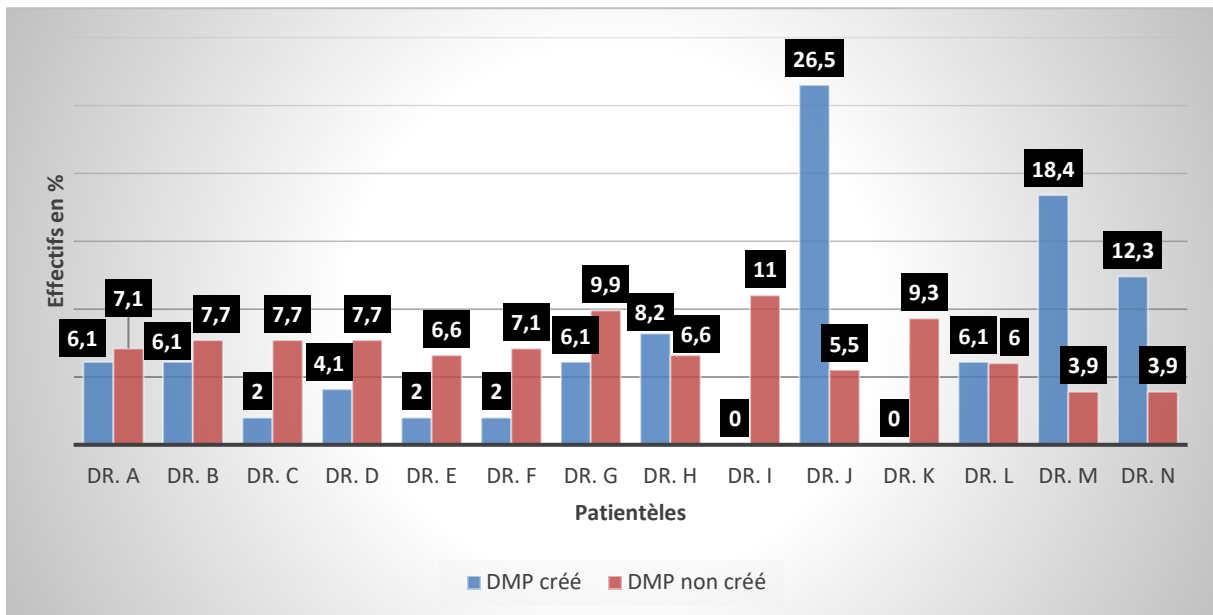


Figure 22 : Comparaison des patients qui ont créé un DMP ou non selon les patientèles.

Dans les 3 patientèles où nous avons observé une différence significative de création de DMP (patientèles Dr J, M, N), nous avons recherché par qui avaient été créés les DMP à la recherche d'une différence significative dans le mode de création de ces DMP entre ces patientèles et les autres patientèles de l'étude.

Parmi les 13 DMP créés dans la patientèle du Dr J, 11 (84,6%) ont été créés par un pharmacien, 2 (15,4%) par le patient lui-même et aucun n'a été créé par un médecin ni par l'Assurance Maladie (figure 23).

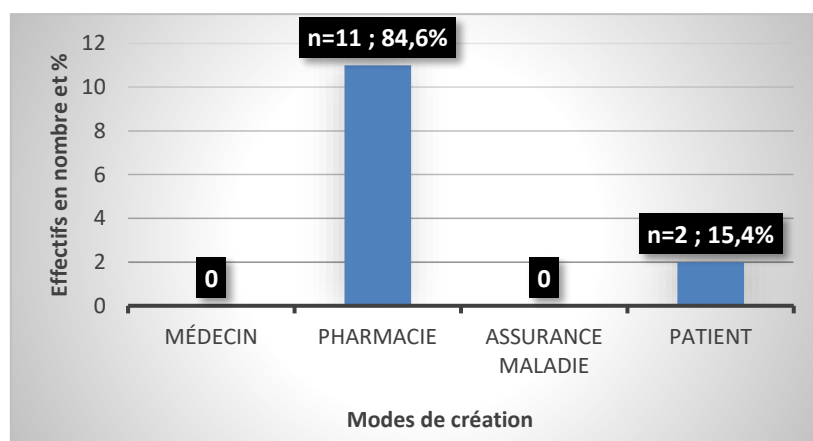


Figure 23 : Modes de création des DMP des patients du Dr J.

Il y avait une différence statistiquement significative sur la création des DMP par la pharmacie ( $p < 0.0000001$ ) entre les DMP créés dans cette patientèle et les DMP créés dans les autres patientèles (figure 24), (flèche noire).

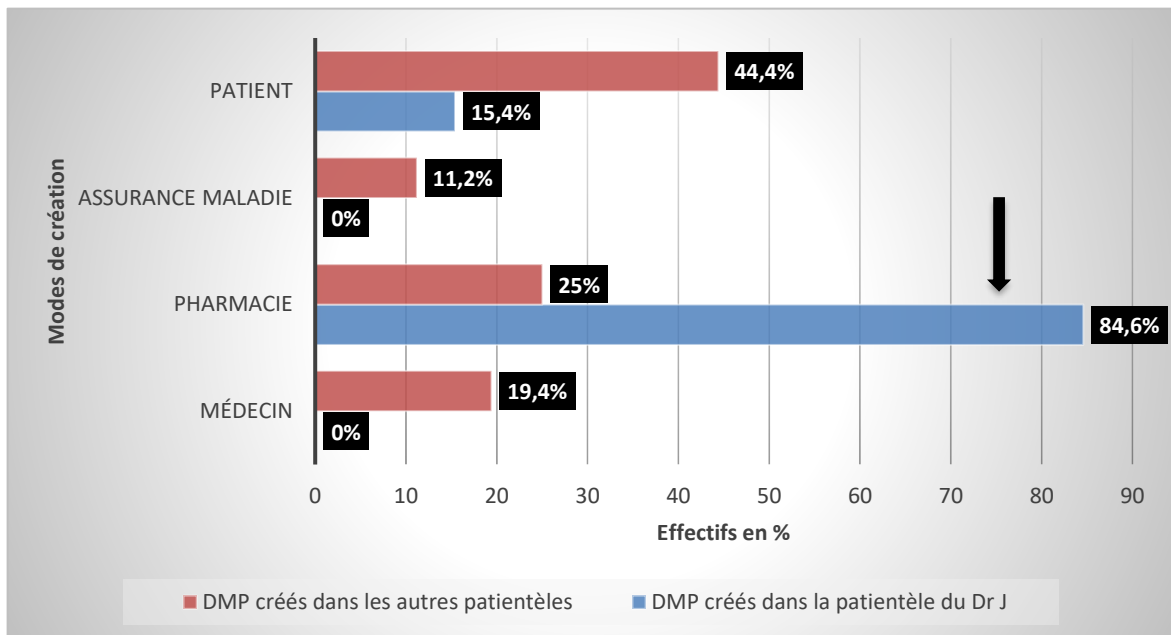


Figure 24 : Comparaison des modes de création des DMP entre la patientèle du Dr J et les autres patientèles.

Parmi les 9 DMP créés dans la patientèle du Dr M, 5 (55,6%) ont été créés par un médecin, 1 (11,1%) par un pharmacien, 1 (11,1%) par l'Assurance Maladie, et 2 (22,2%) par le patient lui-même (figure 25).

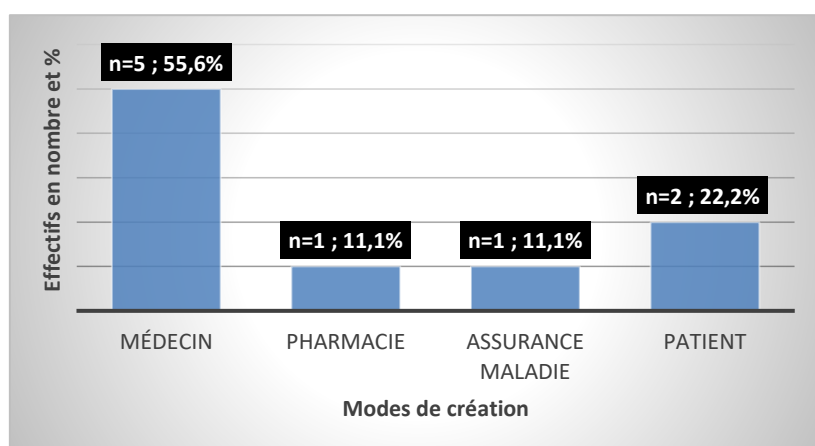


Figure 25 : Modes de création des DMP des patients du Dr M.

Il y avait une différence statistiquement significative sur la création des DMP par le médecin ( $p < 0.0000001$ ) entre les DMP créés dans cette patientèle et les DMP créés dans les autres patientèles (figure 26), (flèche noire).

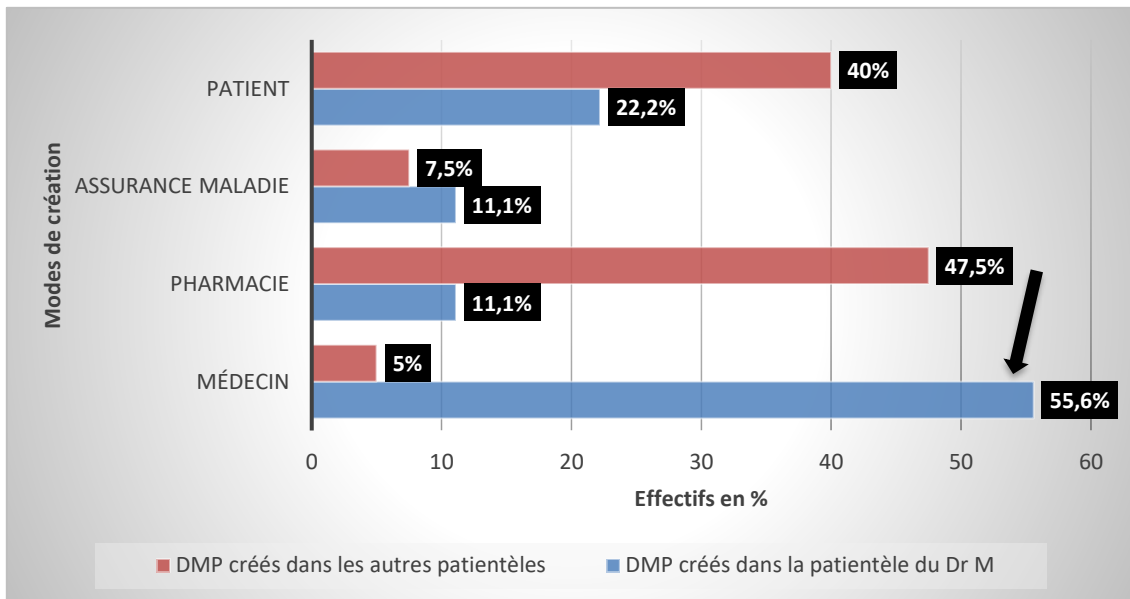


Figure 26 : Comparaison des modes de création des DMP entre la patientèle du Dr M et les autres patientèles.

Parmi les 6 DMP créés dans la patientèle du Dr N, aucun n'a été créé par un médecin, 3 (50%) par un pharmacien, 1 (16,7%) par l'Assurance Maladie et 2 (33,3%) par le patient lui-même (figure 27). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans le mode de création des DMP entre cette patientèle et les autres patientèles ( $p = 0.13550$ ).

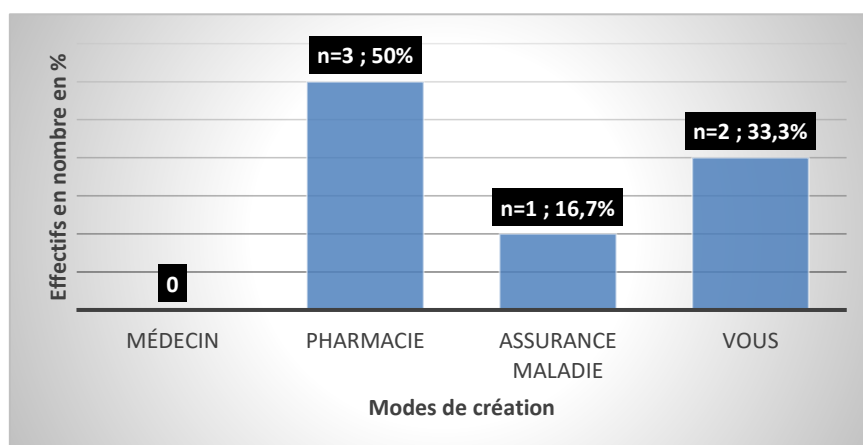


Figure 27 : Mode de création des DMP des patients du Dr N.



#### IV.7.8. Moyens de connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie

Parmi les 49 patients ayant créé un DMP suite à la campagne de l'Assurance Maladie, 20,8% (n=14) ont eu connaissance de cette campagne par la télévision, 6% (n=4) par la radio, 10,5% (n=7) par internet, 29,8% (n=20) par un pharmacien, 13,4% (n=9) par l'Assurance Maladie, 7,5% (n=5) par un médecin de ville, 4,5% (n=3) par l'hôpital, 4,5% (n=3) par l'entourage personnel, et 3% (n=2) par l'entourage professionnel (figure 28).

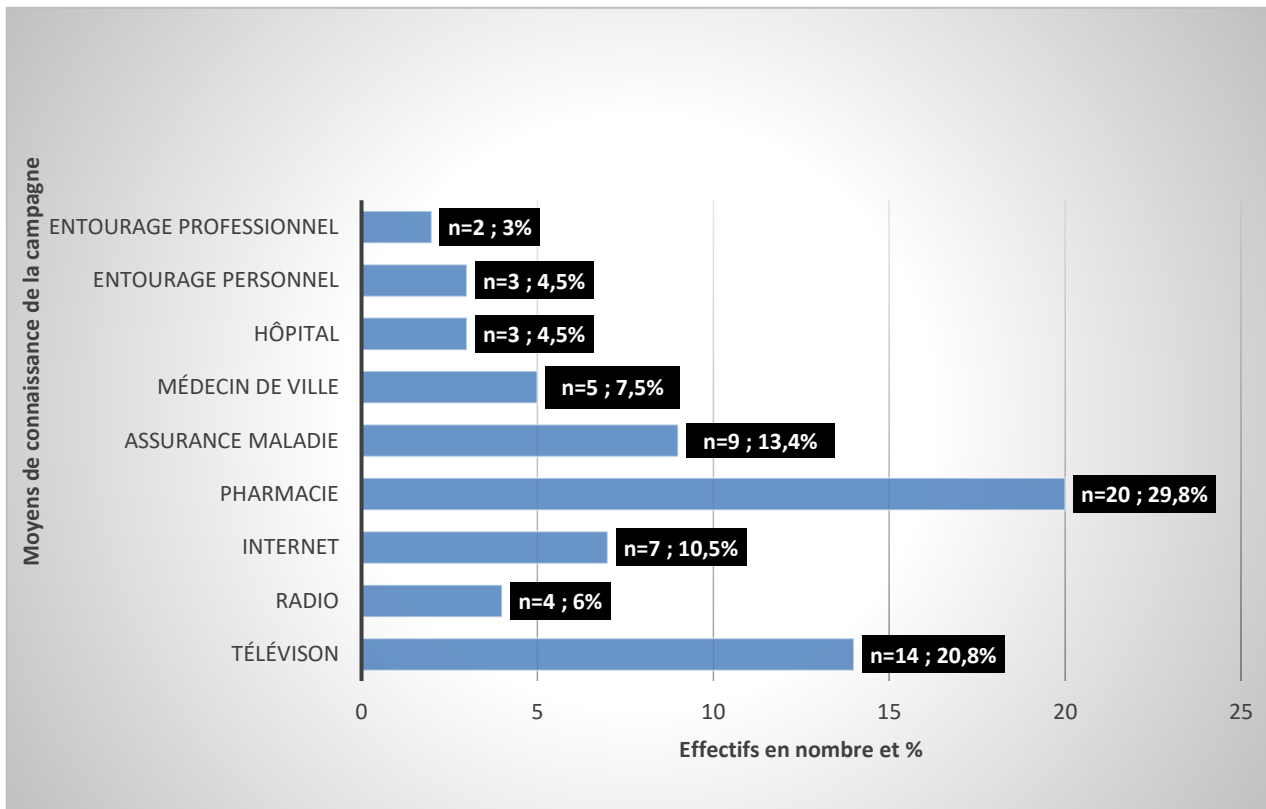


Figure 28 : Moyens de connaissance de la campagne des patients qui ont créé leur DMP.

Cette différence était statistiquement significative pour la télévision ( $p=0.00004$ ), et pour la pharmacie ( $p=0.000005$ ), entre ceux qui ont créé un DMP et ceux qui n'ont pas créé de DMP (figure 29).

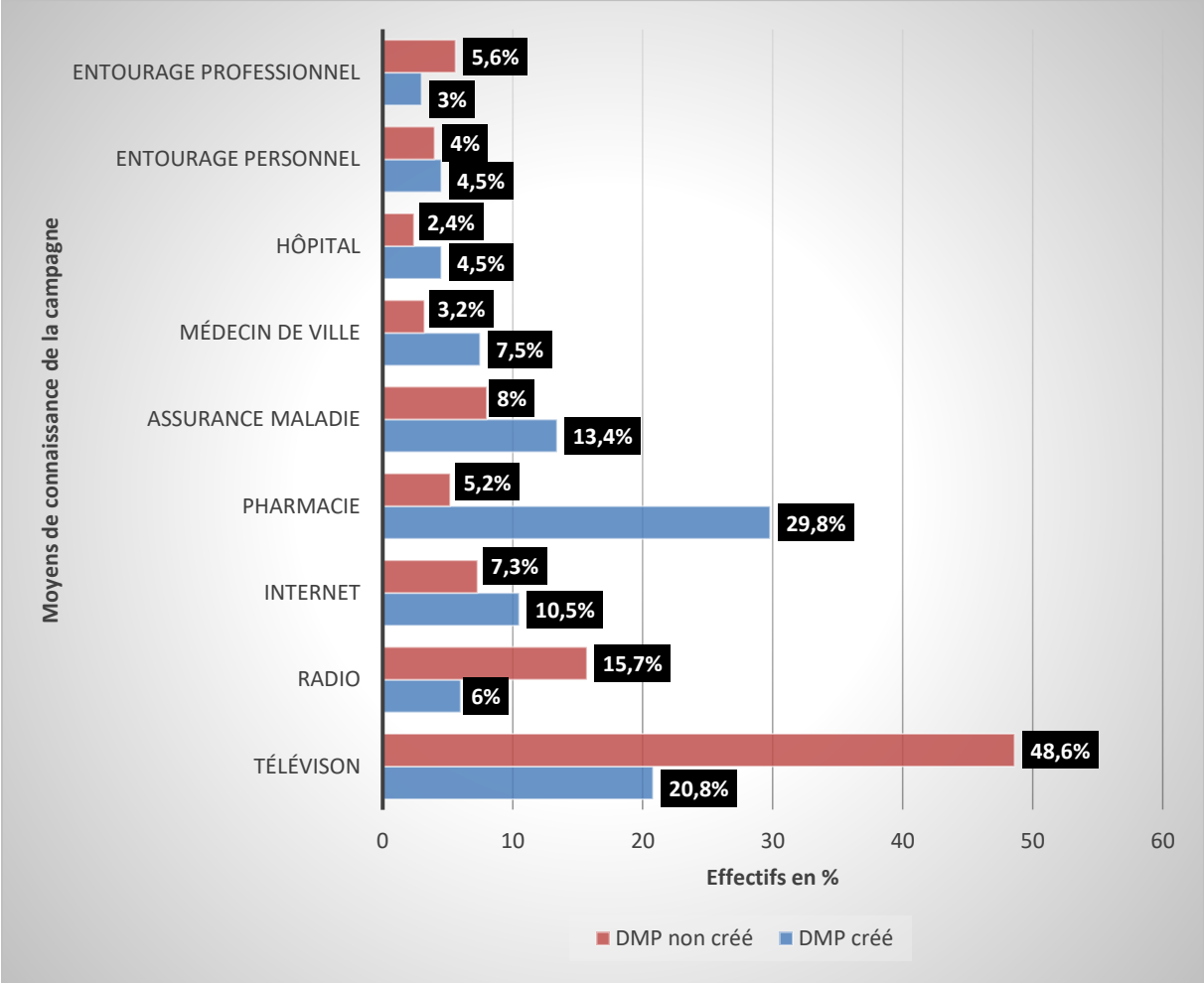


Figure 29 : Comparaison des moyens de connaissance de la campagne entre ceux qui ont créé un DMP et ceux qui n'ont pas créé de DMP.

#### IV.8. Les bénéfices à la création d'un DMP

La question « Quels bénéfices attendez-vous à la création de votre DMP ? » a été posée aux 49 patients ayant créés leur DMP et aux 129 patients qui ne l'ont pas créé mais qui envisagent de le faire.

Parmi ces patients :

- 31% (n=180) ont répondu que le SAMU puisse y accéder en cas d'urgence.
- 29% (n=167) ont répondu qu'il permettrait d'éviter les contre-indications et interactions médicamenteuses.
- 18% (n=108) ont répondu qu'il permettrait d'éviter les prescriptions médicales redondantes.
- 13% (n=78) ont répondu qu'il permettrait de dématérialiser les documents médicaux.
- 8% (n=49) ont répondu qu'il permettrait au patient d'être acteur de sa santé en pouvant déposer lui-même des documents médicaux dans son DMP.
- 1% (n=2) ont répondu le choix « autres » (figure 30).

Les réponses « autres » sont les suivantes : une personne a répondu que le DMP la rassurerait en cas de perte de mémoire ou de déclin cognitif, ses informations médicales étant sur son DMP. Une autre personne a répondu que le DMP permettrait d'augmenter la rapidité des informations médicales entre professionnels de santé et entre les professionnels de santé et le patient

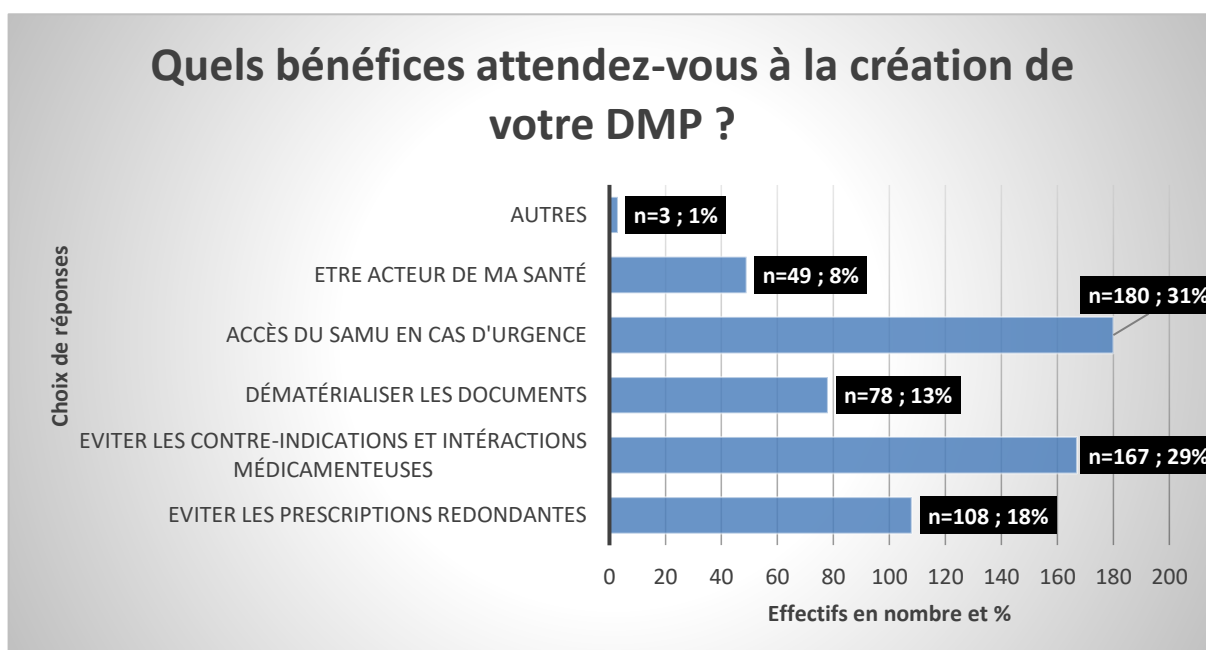


Figure 30 : Quels bénéfices attendez-vous à la création de votre DMP ?

#### IV.9. Les freins à la création d'un DMP

La question « Quels sont vos freins quant à la création de votre DMP ? » a été posée aux 53 patients qui n'ont pas créé leur DMP et qui n'envisagent pas de le faire.

Parmi ces patients :

- 49% (n=37) ont répondu qu'ils n'étaient pas assez informés sur le DMP concernant les caractéristiques et les modalités de fonctionnement.
- 20% (n=15) craignent une mauvaise sécurisation de leurs données de santé stockées en ligne.
- 15% (n=11) trouvent que le DMP est un projet trop récent malgré le fait qu'ils soient informés sur son fonctionnement.
- 15% (n=11) craignent de donner accès à leurs informations médicales à une personne dont elle ne souhaite pas qu'elle y accède.
- 1% (n=1) a répondu le choix « autres » (figure 31).

La réponse autre est la suivante : la personne ne se sent pas concernée pour le moment car n'a pas de problème de santé.

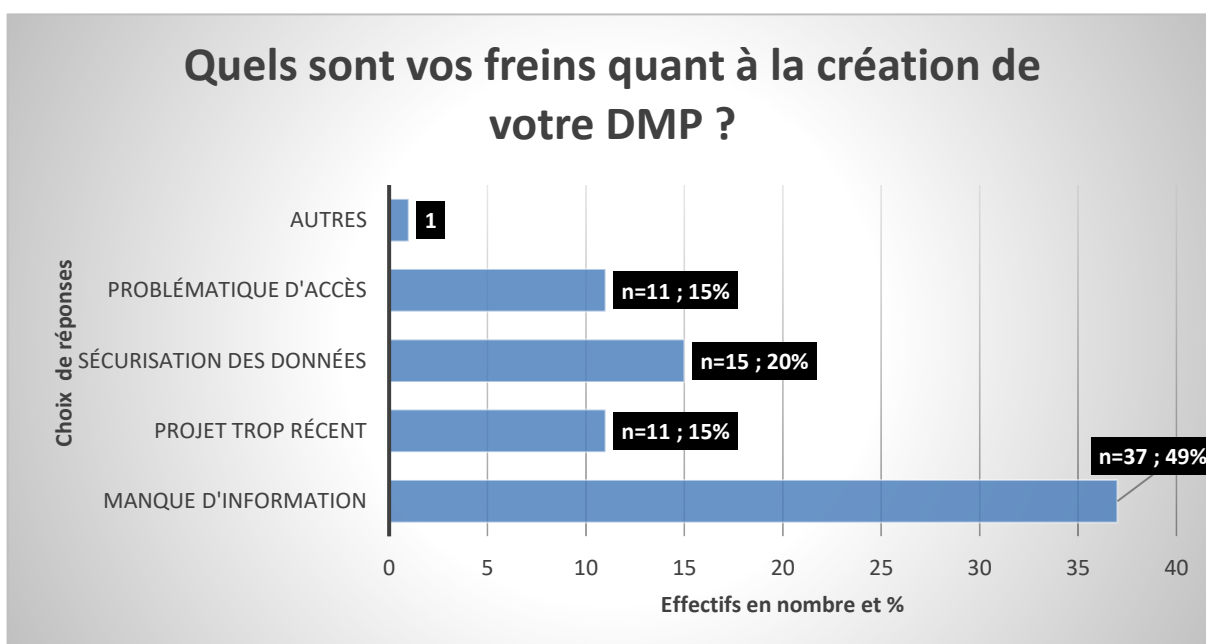


Figure 31 : Quels sont vos freins quant à la création de votre DMP ?

## V. Discussion

---

### V.1. Forces de l'étude

Le Dossier Médical Partagé est situé au cœur du plan « Ma Santé 2022 » du gouvernement, ce qui témoigne de son actualité et de la volonté politique de déploiement de ce service qui a un rôle prépondérant dans le suivi médical de tous les Français.

Le choix de la réalisation de cette étude s'est porté sur plusieurs patientèles de médecins généralistes de la Haute-Vienne, dans des communes différentes. Cela a permis de prendre en compte plusieurs médecins et pharmacies dans des localités différentes et ainsi se soustraire du degré d'implication d'un seul médecin ou d'une seule pharmacie. Cela a été fait de manière à ce que les résultats soient plus représentatifs. Les pharmacies semblent pouvoir être un acteur important de la création de DMP du fait de leur proximité avec les patients. La réalisation de cette étude dans une seule patientèle de médecin généraliste aurait été biaisée par l'opinion et le degré d'implication dans le DMP de ce seul médecin et par conséquent, d'un nombre limité de pharmacies. En effet, il est fréquent que les patients consultants un médecin dans une commune aillent, quand il y en a, dans la pharmacie de cette même commune. Cet effet-là est fréquemment retrouvé en zone rurale où les patients disposent souvent de moins de choix de pharmacies qu'en zone urbaine. A travers cette étude nous tenons donc compte des influences de plusieurs médecins généralistes et de plusieurs pharmacies sur le patient afin qu'il crée ou non un DMP.

Cette étude a également été réalisée sur des patientèles urbaines, rurales, et semi-urbaines/semi-rurales, certes en proportions inégales, mais permettant ainsi d'avoir une meilleure représentativité des patients de la Haute-Vienne. Les patients habitant en milieu rural sont souvent plus âgés, ont donc plus de comorbidités qu'en milieu urbain (29) (30) et de ce fait se sont des « profils » de patients plus à même de disposer d'un DMP car ce sont des patients qui vont être amenés à consulter davantage les médecins spécialistes, à avoir davantage d'examens complémentaires et potentiellement plus d'hospitalisations. Il est donc intéressant dans cette étude d'avoir pris en compte différents types de patientèles à la recherche d'une différence significative de création de DMP entre celles-ci.

La réalisation des questionnaires par des confrères médecins généralistes et par nous-même dans 3 de ces 14 patientèles a permis de ne pas trop étaler dans le temps le recueil des données et ainsi éviter un biais de diffusion de l'information qui aurait éventuellement permis aux patientèles interrogées plus tardivement d'avoir eu davantage connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie sur le DMP au risque d'obtenir des écarts importants de nombres de DMP ouverts dans ces patientèles. Cette méthode nous a permis de recueillir les 401 questionnaires en un mois, là où tout seul cela aurait probablement mis plusieurs mois.

Tous les questionnaires ont été rendus complets. Globalement le questionnaire a semblé de bonne qualité du fait des réponses adéquates. Une difficulté retrouvée cependant, pour ceux remplissant les questionnaires, concernait les patients qui avaient connaissance du DMP avant la campagne de l'Assurance Maladie et qui avaient déjà créé un DMP avant cette campagne. En effet, nous redemandions par la suite à la question 7, « Avez-vous créé votre DMP ? », mais cela sous entendait « dans les suites de la campagne ». Il en est de même

pour la question 7.1 avec le mode de création du DMP. Cela n'a toutefois en rien perturbé l'analyse des résultats car pour ces patients, nous n'avons pas tenu compte de leurs réponses à ces questions-là.

Les questionnaires ont été réalisés directement avec le patient en fin de consultation ce qui a permis un recueil d'informations beaucoup plus fiable qu'un questionnaire laissé dans une salle d'attente. Cela a permis aussi de discuter du DMP avec les patients et de sensibiliser ceux qui ne connaissaient ni son existence ni ses fonctionnalités.

## **V.2. Limites de l'étude**

Il s'agissait d'un questionnaire patient avec un possible biais de recueil d'information dans la mesure où ce questionnaire était rempli en présence et par le soignant. De même, il peut exister un biais de réponse du fait d'une part de subjectivité des réponses données ne révélant pas le reflet de la réalité. Le patient pouvait se sentir coupable de ne pas connaître cette campagne d'information et se sentir ainsi « jugé » par le médecin.

Cette étude comporte également un biais de sélection du fait du nombre de patientèles étudiées et d'une participation sur la base du volontariat. En effet, les questionnaires ont été réalisés dans 14 patientèles là où les données les plus récentes publiées par le Conseil National de l'Ordre des médecins font état de 450 médecins généralistes en Haute-Vienne en 2015 (27). Et même si cet atlas de la démographie médicale du Limousin de 2015 estimait à 425 le nombre de médecins généralistes pour 2020, nous en sommes loin dans cette étude.

Une autre limite a été le délai de 5 mois entre le début de la campagne du DMP de l'Assurance Maladie auprès des Français et la réalisation des questionnaires. En effet, ce délai n'a probablement pas été suffisant pour laisser le temps à l'information de bien diffuser auprès des patients mais aussi des professionnels de la santé. Il aurait probablement fallu attendre 3 à 4 mois de plus. Nous aurions ainsi eu probablement plus de créations de DMP et l'analyse des résultats en aurait été d'autant plus significative.

## **V.3. Taux de participation**

La méthodologie choisie pour cette étude permettait de connaître approximativement le nombre de questionnaires qui allaient être recueillis en demandant aux médecins de réaliser 30 questionnaires chacun. Le nombre de 401 questionnaires recueillis correspond ainsi pratiquement au nombre attendu de 420. Cette différence tout à fait acceptable tient compte du fait que la réalisation des questionnaires par les différents médecins s'ajoutait à une activité de médecine générale parfois bien remplie et l'on peut comprendre qu'une petite partie des questionnaires n'ait pu être réalisée sur une période de temps donné.

#### V.4. Données socio-démographiques

Parmi les 401 patients ayant réalisé le questionnaire, nous retrouvons une proportion de 60% de femmes et 40% d'hommes ce qui est cohérent avec les données démographiques les plus récentes de 2016 présentées par l'INSEE (31). En effet, la population de la Haute-Vienne compte à cette période-là, une proportion un peu plus importante de femmes que d'hommes (52% de femmes et 48% d'hommes). Concernant le genre, notre échantillon de patients de l'étude paraît donc être représentatif de la population de la Haute-Vienne.

Concernant l'âge des patients de l'étude, la proportion la plus importante des patients se situe entre 60 et 79 ans (38,7% des patients de l'étude). Cela paraît cohérent et s'explique par le fait que plus une personne est âgée, plus elle a de risque d'avoir des problèmes de santé en comparaison avec une personne plus jeune et de ce fait, cette personne sera amenée à consulter plus fréquemment son médecin généraliste. En suivant ce même raisonnement, cette forte proportion de patients plus âgés dans cette étude est d'autant plus intéressante, que le DMP qui est utile à tous, présente un intérêt certain pour ces patients ayant potentiellement plus souvent recours aux soins.

Ensuite nous pouvons constater une chute nette de l'effectif des patients de 80 ans et plus (7%) de cette étude. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'à plus de 80 ans nous arrivons à des âges où le taux de mortalité est plus important (32). Les données récentes de l'INSEE établissent à 79.7 ans l'espérance de vie des hommes à la naissance et à 85.6 ans celle des femmes (33). Les résultats sur cette tranche d'âge sont comparables aux données de l'INSEE de 2016 qui retrouve une proportion de personnes âgées de 75 ans et plus de 12%, soit la proportion la plus faible de toute la population de la Haute-Vienne à cette période-là (31).

Les résultats obtenus concernant les catégories socio-professionnelles des patients de notre étude semblent être représentatifs de la population de la Haute-Vienne si l'on compare nos résultats aux données de l'INSEE de 2016 (31) à l'aide du graphique ci-dessous (figure 32). Nous avons moins de professions intermédiaires (cassure de la courbe par rapport à celle des données de l'INSEE symbolisée par une flèche) peut être par un biais de manque de connaissance de ce que cette catégorie englobe comme professions et ce malgré un tableau détaillé des catégories socio-professionnelles fournis aux médecins ayant participé à cette étude et joint aux questionnaires. En effet, après discussion avec certains médecins ayant participé à l'étude, l'identification de « professions intermédiaires » n'a pas toujours été aisée. Ceci pourrait expliquer par conséquent, la proportion un peu plus importante de la catégorie des « employés ». Il est à noter également dans notre étude, une proportion plus faible que la population réelle de la Haute-Vienne de patients dans la catégorie « Autres personnes sans activité professionnelle » (symbolisé par une flèche) s'expliquant peut-être par le fait que cette catégorie représenterait une proportion importante de personnes plus jeunes composée d'élèves et d'étudiants consultant moins leur médecin généraliste.

D'une manière globale nous pouvons donc dire que les 401 patients de l'étude sont plutôt représentatifs de la population de la Haute-Vienne et d'une population de patients de médecine générale.

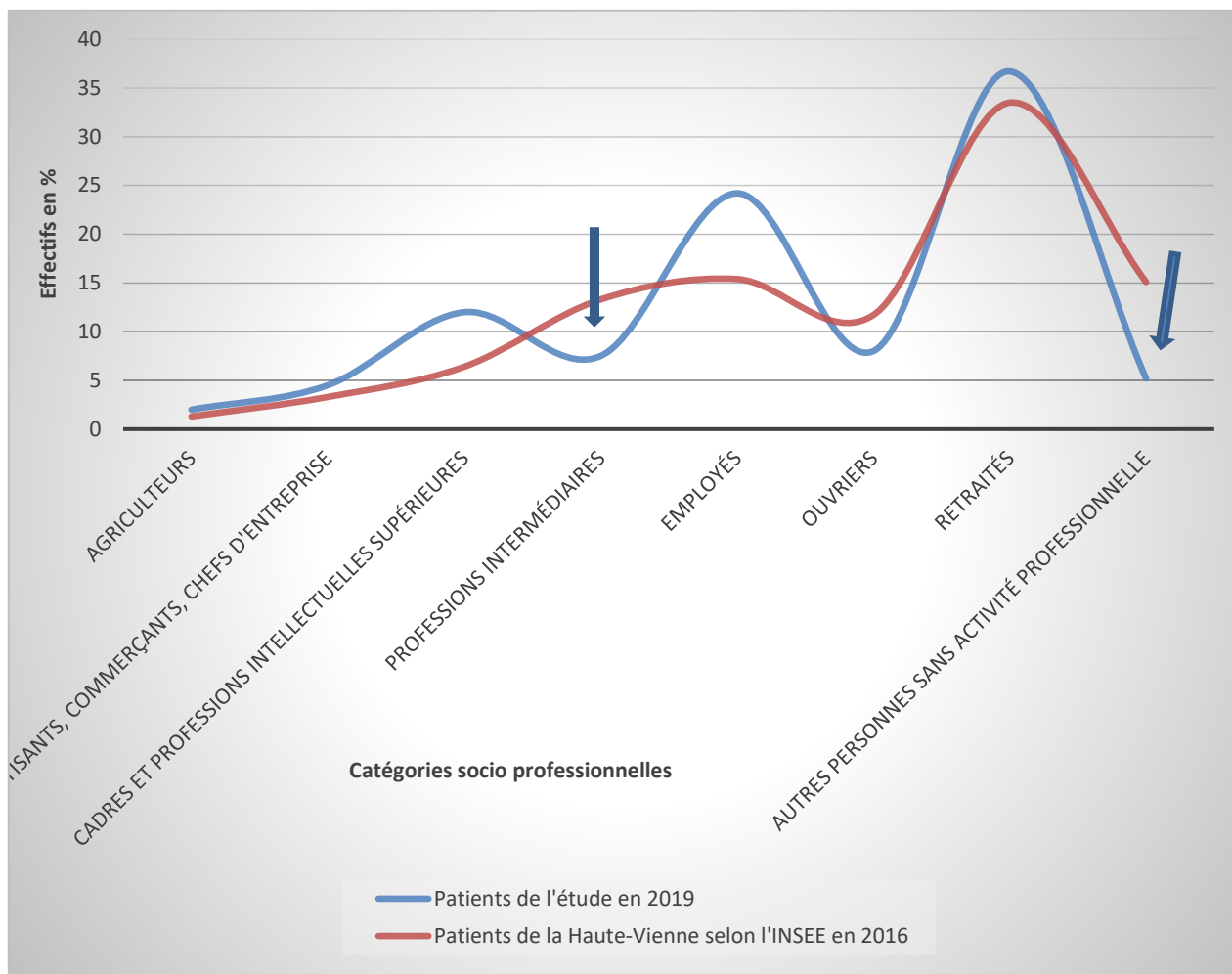


Figure 32 : Comparaison des catégories socio-professionnelles des patients de l'étude avec celles issues des données de l'INSEE de la population de la Haute-Vienne en 2016.

### V.5. Repérage des DMP ouverts avant la campagne de l'Assurance Maladie

Afin de recueillir uniquement les patients ayant ouvert leur DMP à la suite de la campagne de l'Assurance Maladie du 9/11/2018, il a fallu identifier ceux qui en avaient créés avant cette campagne pour les soustraire du nombre total d'ouvertures de DMP.

Nous pouvons constater qu'une certaine proportion des patients de l'étude (31%) connaissaient déjà l'existence du DMP avant la campagne de novembre 2018. En effet, rappelons brièvement que la première expérimentation du DMP sur le terrain a eu lieu au début de l'année 2011, initialement dans 4 régions, sous la gestion de l'ASIP santé (Agence des Systèmes d'Information Partagée de santé), puis s'est étendue à 10 autres régions en 2012 dont le Limousin pour se terminer en fin d'année 2012. Par la suite en 2016, la récupération de la gestion du projet du DMP par la CNAMTS a permis un lancement d'une nouvelle expérimentation dans 9 CPAM de régions dont le Limousin ne faisait cette fois pas partie. Il



paraît donc probable que ces 31% de patients qui connaissaient déjà le DMP en aient eu connaissance depuis la phase d'expérimentation de 2012. Cette proportion de patients paraît relativement faible ce qui pourrait être expliqué par le fait que durant cette phase d'expérimentation, ont été essentiellement ciblés des professionnels de santé, des établissements de santé, des laboratoires et plateaux techniques (11) sans à priori de notion retrouvée de diffusion d'information directement auprès des patients comme cela a pu être le cas avec la campagne de novembre 2018.

Par rapport au nombre de patients qui connaissaient le DMP avant la campagne de 2018, une faible proportion d'entre eux (19%) avaient créé leur DMP à cette période-là. Cela est cohérent avec les données de la fin de l'expérimentation de 2012 qui se conclue par un constat d'échec en termes de nombre d'ouverture de DMP qui est bien loin à l'époque des objectifs escomptés par l'ASIP. En témoigne également le rapport de la Cour des Comptes en 2012 qui fait état d'une défaillance de stratégie et de pilotage du projet, d'un manque d'évaluation rigoureuse de son utilité et d'une insuffisance de suivi financier (1). Il est à noter qu'à cette époque, les différentes structures sollicitées pour mener à bien le projet du DMP avaient des objectifs à atteindre notamment en termes de chiffres. Chaque établissement devait attester de la création et de l'alimentation de DMP pour 30% des patients éligibles et chaque professionnel de santé devait effectuer un minimum de 10 créations et de 10 alimentations (11). Ceci a très probablement participé en partie à expliquer cet échec. En effet, le rapport de novembre 2007, réservé à l'époque sur la capacité du projet du DMP à atteindre les objectifs attendus, émettait déjà le fait que l'objectif d'utilité du DMP doit passer avant celui de sa généralisation à tout prix (6). Par la suite, après 2012, durant plusieurs années, les choses n'ont pas grandement avancé. Le projet du DMP a été repris par l'Assurance Maladie en 2016, mais nous avons vu que le Limousin ne faisait pas partie des 9 régions sélectionnées pour la phase d'expérimentation et cela n'a donc pas contribué à augmenter la création de DMP des patients de cette région. Cette faible proportion de patients de notre étude ayant créé leur DMP avant la campagne de lancement national du DMP paraît donc cohérent.

## **V.6. Connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie**

L'étude recherche à travers l'objectif principal et les objectifs secondaires à évaluer l'impact de la campagne d'information de l'Assurance Maladie sur les patients de Haute-Vienne. Il fallait donc que nous sélectionnions les patients qui avaient eu connaissance de cette campagne. Ceux n'en n'ayant pas eu connaissance, ne nous permettaient pas de répondre à ces objectifs et leurs questionnaires ont été stoppés à cette question.

Nous avons vu que 62% des patients ont eu connaissance de la campagne d'information, ce qui représente une proportion importante des patients. Cela est cohérent au vu de l'ampleur des canaux de diffusion de cette campagne que nous avons détaillés précédemment. En plus de solliciter les professionnels de santé, médecins de ville, hôpitaux, pharmaciens, accueils de caisses d'Assurance Maladie, le grand public à lui aussi été ciblé via des canaux de grandes affluences que sont la télévision, la radio et de nos jours la place prépondérante qu'occupe internet dans notre société. Il est donc cohérent qu'une majorité de personnes ait été sensibilisée sur l'existence du Dossier Médical Partagé.

## V.7. Moyens de connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie

Compte tenu des résultats obtenus à la question « Comment avez-vous eu connaissance de la campagne d'information sur le DMP ? », nous pouvons dire que la télévision est le meilleur moyen de diffusion de l'information et de sensibilisation auprès des patients de l'étude (43,8%) sur l'existence du DMP et la possibilité d'en créer un. Cela est cohérent car environ 94% des foyers Français disposent d'un téléviseur d'après les données de 2016 du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) (34). L'information s'est donc répandue à grande échelle via ce canal de diffusion.

Il en est de même pour la radio qui arrive en seconde place (13,4%) qui est un très bon canal de diffusion de par les 79% de Français qui écoutent la radio quotidiennement (35).

Les pharmacies (9,8%) et les caisses d'Assurance Maladie (9,2%) viennent en troisième et quatrième place dans ce classement des moyens de diffusion de l'information de la campagne. Ils arrivent cependant en premier dans ce classement en ce qui concerne les professionnels de santé devançant les médecins de ville (4,5%) et l'hôpital (3%).

Il semble cohérent que l'Assurance Maladie, administration bien connue de la population, à la tête du projet du DMP, soit un moyen efficace de diffusion de l'information. Les pharmaciens sont également un bon moyen de diffusion du fait de l'existence d'une réelle relation pharmacien-patient à l'instar de la relation médecin-patient. La rémunération de 1 euro qui leur est attribuée pour chaque création de DMP (19) a pu aussi favoriser l'implication de ces derniers.

Internet (7,4%) est en cinquième position de ce classement.

Viennent ensuite les médecins de ville (4,5%) et l'hôpital (3%) dans les dernières positions notamment en ce qui concerne les professionnels de santé. Cela est contradictoire avec le fait que les médecins de soins primaires sont en première ligne pour la gestion de la santé des patients et donc seraient à même d'être les principaux acteurs de la diffusion de l'information, de la gestion et de l'alimentation des DMP. Les hôpitaux qui sont en deuxième ligne sont dans la même posture. On aurait donc pu attendre une proportion plus importante de ces professionnels de santé dans la diffusion de l'information concernant le DMP auprès des patients de la Haute-Vienne. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils aient été moins ciblés par l'Assurance Maladie dans cette campagne, par l'absence d'une pleine adhésion de ces derniers dans le projet du DMP, ou bien par le fait qu'aucune indemnisation supplémentaire n'ait été prévue pour eux pour la création et l'alimentation des DMP. En effet, concernant les médecins généralistes, la somme versée annuellement dans le cadre du forfait patientèle médecin traitant établie selon l'âge des patients et la présence ou non d'une ALD (affection de longue durée) semble suffisamment importante à la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) pour qu'elle estime recouvrir aussi le travail d'alimentation du DMP (36).

Le « bouche à oreille » représenté par la diffusion de l'information par l'entourage professionnel (4,8%) et personnel (4,2%) semble être tout aussi efficace que l'information diffusée par les médecins de ville et les établissements de soins auprès des patients Haut-Viennois.

## V.8. Patients qui ont créé un DMP suite à la campagne de l'Assurance Maladie

### V.8.1. Nombre de DMP créés

Afin de répondre à l'objectif principal de notre étude qui est d'estimer le nombre de DMP créés par les patients de la Haute-Vienne dans les suites de la campagne de l'Assurance Maladie, 231 patients étaient interrogés. Cela correspond aux 247 patients qui ont eu connaissance de la campagne soustrait du nombre de DMP créés avant celle-ci (voir diagramme de flux) dans le but de ne recueillir que les DMP créés suite à la campagne.

Parmi les patients qui ont été sensibilisés par la campagne sur l'existence du DMP dans notre étude (231 patients), seulement 21% ont créé un DMP. Parmi l'ensemble de l'échantillon de notre étude (401 patients), le nombre de DMP créés représente 12%.

D'après les données du comité de pilotage SNAC (Services Numériques d'Appui à la Coordination) et celles de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Vienne nous observons :

- Pour la Haute-Vienne, 4,9% de la population couverte par un DMP au 1<sup>er</sup> janvier 2019, contre 9,5% au 31 décembre 2019.

- Pour la Nouvelle Aquitaine, 5,1% de la population couverte par un DMP au 1<sup>er</sup> janvier 2019, contre 12% au 31 décembre 2019.

- A l'échelle Nationale, 5,2% de la population couverte par un DMP au 1<sup>er</sup> janvier 2019, contre 12% au 31 décembre 2019 (37).

On observe donc une proportion faible de la population ayant créé un DMP à l'échelle départementale, régionale et nationale malgré une croissance avec en moyenne un doublement de la part des personnes ayant créé un DMP entre le début et la fin de l'année 2019.

A l'échelle Nationale, on observe une tendance à une plus forte création de DMP dans le quart Nord-Est de la France (37).

Les résultats de notre étude qui retrouvent une faible proportion de DMP créés chez les patients de la Haute-Vienne (12%), apparaissent cohérents avec ces données.

Comment nous l'avons vu, les informations données sur l'existence du DMP, sa généralisation à tous les Français et ses modalités de fonctionnement ne semblent pas avoir été majoritairement véhiculées par les médecins et les établissements de soins ce qui pourrait expliquer la faible proportion de DMP créés dans la population d'une manière générale. Les professionnels de santé et plus précisément les médecins, qu'ils exercent en ville où à l'hôpital, qu'ils exercent une spécialité de médecine générale ou une autre, sont des personnes en qui les Français ont majoritairement confiance. Le médecin généraliste de par son accès de premier recours, ses compétences en matière de coordination des soins et de suivi du patient occupe une place centrale dans ce projet du DMP (38). Il paraît ainsi probable que si l'information avait d'avantage été transmise par ces professionnels de santé, nous aurions pu observer plus de création de DMP.

Il reste donc à comprendre ce qui freine ces professionnels de santé à diffuser les informations concernant le DMP. A ce sujet, les données de plusieurs études et notamment d'une étude récente de décembre 2018 menée sur plusieurs patientèles de médecins généralistes des

Pyrénées-Atlantiques font états des freins à l'utilisation du DMP par ces médecins. La surcharge de travail, la perte de temps à utiliser un outil pas assez simple et fluide, le manque de connaissance sur le DMP, la complexité de l'outil et ses dysfonctionnements techniques étaient des freins retrouvés. Les craintes sécuritaires, juridiques et éthiques ne semblaient pas être des freins majeurs à l'utilisation du DMP. Malgré cela, les médecins interrogés étaient globalement favorables au DMP (39).

### **V.8.2. Modes de création des DMP**

Dans notre étude, les DMP étaient principalement créés par la pharmacie (41%), puis par le patient lui-même par internet (37%), puis par un médecin ou une structure hospitalière (14%) et enfin en accueil des caisses d'Assurance Maladie (8%).

Les données transmises par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Vienne font état au 31 décembre 2019, à l'échelle régionale, de 32% de création par les pharmacies, 27% par les accueils des caisses, 20% par le patient par internet, 13% par un établissement de santé et 7% par un professionnel de santé libéral.

A l'échelle Nationale la répartition est la suivante : 38% de création par les accueils des caisses d'Assurance Maladie, 28% par les pharmacies, 21% par le patient par internet, 7% par un établissement de santé et 5% par un professionnel de santé libéral.

Là encore on constate une forte implication des pharmacies et de l'Assurance Maladie dans les créations de DMP par rapport aux médecins et établissements de santé. Comme nous l'avons vu précédemment les pharmacies et les accueils des caisses diffusent plus les informations aux patients sur le DMP, il paraît donc normal qu'elles en créent plus.

Les résultats de notre étude sont donc cohérents sur le fait que les pharmacies sont à l'échelle départementale de la Haute-Vienne le mode de création principal des DMP. Pour le reste, les résultats sont biaisés par le fait que notre échantillon de population étudié est faible.

### **V.8.3. Sexe**

Nos résultats retrouvent une proportion plus importante de femmes qui ont créé un DMP (63%) que d'hommes (37%) mais en réalité cette différence apparaît uniquement du fait que dans notre échantillon initial des 231 patients nous avons plus de femmes que d'hommes, en témoigne la figure 13. On retrouve la même proportion de femmes qui ont créé un DMP que celles qui n'ont pas créé de DMP et idem pour les hommes. Il n'y a donc, statistiquement, pas plus de femmes que d'hommes qui ont créé un DMP.

#### **V.8.4. Age**

On observe une tendance globalement à moins de création de DMP jusqu'à l'âge de 60 ans avec une différence statistiquement significative pour la classe d'âge [30-39 ans]. Cela peut s'expliquer par le fait que plus une personne est jeune, moins elle a de probabilité d'avoir des problèmes de santé et de ce fait cette personne risque de se sentir moins concernée personnellement par l'utilité d'avoir un DMP. Après 60 ans, on constate un inversement de cette tendance, avec plus de création de DMP même si l'on ne retrouve pas pour ces classes d'âge de différence statistiquement significative. Cela peut s'expliquer pour la raison inverse à savoir que plus une personne avance en âge, plus elle a de probabilité d'avoir des problèmes de santé et peut se sentir d'avantage concernée dans l'intérêt d'avoir un DMP.

#### **V.8.5. Catégories socio-professionnelles**

Nos résultats concernant les catégories socio-professionnelles retrouvent une tendance à un peu plus de création de DMP que de non-crédation dans la catégorie « retraités ». Cette différence n'était cependant pas statistiquement significative. Cela pourrait sembler cohérent tout de même en raison de nos arguments cités précédemment. Une personne retraitée en France tout sexe confondu, part à la retraite en moyenne à 63,4 ans comme en témoigne les statistiques de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) en 2018 (40). Et nous avons vu que les patients de ces âges semblent se sentir plus concernés et impliqués dans le DMP, probablement en raison d'un risque plus important qu'ils présentent d'avoir des problèmes de santé par rapport à des patients plus jeunes.

Il n'y a pas non plus de différence statistiquement significative pour les autres catégories socio-professionnelles.

#### **V.8.6. Caractéristiques urbaines, rurales ou semi-urbaines/rurales des patientèles**

Les résultats de notre étude sur notre échantillon de patients de la Haute-Vienne nous montrent que de manière statistiquement significative nous avons plus de création de DMP pour les patients de patientèles urbaines et semi-urbaines/semi-rurales que pour les patients de patientèles rurales. En d'autres termes, nous observons significativement plus de création de DMP en ville qu'en campagne.

Cela prête à interrogation étant donné le fait que la population de patients de nos campagnes est globalement plus âgée que celle de nos villes (29) et serait donc plus à même de disposer d'un DMP. Nous nous serions attendus à ce que les patients de patientèles de campagne en créés davantage. Le phénomène des déserts médicaux, observé depuis plusieurs années, n'est certes pas l'apanage des campagnes mais force est de constater qu'il est plus marqué dans les campagnes. On peut donc penser que les médecins exerçant en milieu rural pourraient avoir une activité de travail un peu plus élevée que les médecins exerçant en milieu urbain. De ce fait, une hypothèse serait de penser que leur charge de travail les freinerait par

manque de temps à s'impliquer dans la diffusion de l'information sur le DMP auprès des patients et dans son utilisation au quotidien.

Une autre hypothèse serait de penser que la population rurale de la Haute-Vienne souvent plus âgée qu'en ville se déplacerait moins en accueil des caisses d'Assurance Maladie qui sont situées pour une majorité à Limoges. Etant donné, comme nous l'avons vu, que les accueils des caisses d'Assurance Maladie sont à l'échelle départementale un mode important de création de DMP, cela pourrait participer au fait que les patients en campagne créés moins de DMP.

Nous pourrions également penser à la problématique d'accès à internet qui est parfois plus difficile en campagne et également plus difficile à utiliser chez des patients qui seraient en moyenne plus âgées. A l'échelle régionale, internet représente 20% des modes de création de DMP par le patient lui-même ce qui est important, d'autant plus si l'on compare ce chiffre avec celui des professionnels de santé libéraux qui est de 7%.

### **V.8.7. Répartition des DMP créés et du mode de création dans les patientèles**

Concernant la répartition des DMP créés au sein des 14 patientèles de médecine générale de l'étude et en comparaison avec les patients qui n'avaient pas créé de DMP, nous avons constaté une différence statistiquement significative dans 3 patientèles en faveur de plus de création de DMP dans celles-ci que dans les autres. Nous avons ensuite recherché ce qui pouvait expliquer cela en regardant le mode de création des DMP de ces patientèles.

Pour une de ces 3 patientèles (Dr J), nous avons retrouvé une différence statistiquement significative dans son mode de création des DMP en comparaison avec les modes de création des autres patientèles, en faveur de plus de création par la pharmacie.

Dans une autre de ces 3 patientèles (Dr M), la différence était également statistiquement significative, en faveur de plus de création de DMP par le médecin.

Pour une autre patientèle, il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative par rapport aux autres.

Ces différences nous amènent donc à la conclusion que la création des DMP chez les patients de la Haute-Vienne et vraisemblablement partout sur notre territoire, est très dépendante de l'engagement et du degré d'implication individuel d'un professionnel de santé à un autre, pour des raisons que nous avons pu exposer précédemment. Nous observons donc un phénomène aléatoire où nous pourrions constater de fortes créations de DMP dans certaines communes car le médecin de cette commune est très impliqué dans le DMP et dans d'autres communes ce sera plutôt le pharmacien.

### **V.8.8. Moyens de connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie**

Les résultats de notre étude concernant les moyens de connaissance de la campagne de l'Assurance Maladie des patients qui ont créé un DMP en comparaison avec les patients qui

n'ont pas créé de DMP permettent d'établir un classement des moyens de communication qui ont facilité la création des DMP des patients de la Haute-Vienne.

Cet ordre est le suivant en commençant par le plus facilitateur : les pharmacies, l'Assurance Maladie, internet, les médecins dont les médecins généralistes, les établissements de santé et l'entourage personnel.

Les pharmacies arrivent en première place de ce classement où nous retrouvons une différence statistiquement significative entre ceux qui ont créé un DMP et ceux qui n'ont pas créé de DMP par rapport aux autres moyens de connaissance, en faveur d'une plus grande création de DMP. Lorsque l'information concernant le DMP est donnée aux patients par les pharmacies cela aboutit à davantage de création de DMP que les autres moyens. Les pharmaciens sont des acteurs de santé de proximité et ont la confiance des patients. Une étude réalisée par l'ordre des pharmaciens en 2009, met en avant la facilité d'accès aux pharmacies pour les patients quel que soit le milieu urbain ou rural et la place qu'ils occupent en étant les seconds professionnels de santé avec qui les Français sont le plus souvent en contact derrière le médecin généraliste. Ils répondent à de nombreuses demandes de conseils qu'il s'agisse d'un médicament ou d'un problème de santé (41) (42). Cette première place paraît donc leur revenir à juste titre.

L'ordre de ce classement est cohérent avec celui que l'on observe concernant les acteurs de création des DMP. Là encore, les médecins et notamment les généralistes ne semblent pas être facilitateurs de la diffusion de l'information sur le DMP auprès des patients très probablement en lien avec les nombreux freins exposés précédemment. Si l'adhésion au DMP de tous les médecins était totale, il semblerait probable que la diffusion de l'information et les créations de DMP seraient majoritairement réalisées par ces médecins.

Suite aux résultats de notre étude, la télévision est considérée comme un excellent moyen de diffusion de l'information mais pas un moyen majeur de facilitation de création de DMP en comparaison avec les autres moyens de connaissance de la campagne. En effet, nous constatons une proportion plus importante de patients de l'étude ayant eu connaissance de la campagne d'information de l'Assurance Maladie via la télévision et qui n'ont pas créé de DMP par rapport à ceux qui ont créé un DMP.

### **V.8.9. Les bénéfices et les freins à la création d'un DMP**

Nous avons fait le choix pour cette question d'identification des bénéfices attendus par le patient à la création d'un DMP, de fermer les réponses avec différents choix possibles tout en laissant également le patient libre d'ajouter une autre réponse. Ce choix a été fait de manière à ne pas confondre les bénéfices à la création d'un DMP avec les objectifs mêmes du DMP à savoir partager les données de santé entre les médecins, améliorer la coordination des soins et la qualité des soins.

Les patients ont majoritairement répondu parmi les bénéfices attendus à la création d'un DMP, le fait que dans une situation d'urgence, le SAMU puisse accéder au DMP du patient. Cela permettra aux médecins régulateurs et urgentistes, dans une situation d'urgence où le patient n'est parfois pas à même de donner ses informations de santé, d'accéder à des données importantes concernant ses antécédents médicaux, ses traitements en cours, et divers comptes rendus médicaux afin d'assurer une meilleure prise en charge du patient. Cela se

déroule sans la carte vitale du patient via un accès en mode « bris de glace » tracé dans le DMP. Le patient aura auparavant permis cet accès en urgence ou non, il s'agit d'ailleurs de l'une des premières demandes lorsqu'un patient crée un DMP.

Les patients de l'étude ont également majoritairement répondu que le DMP permettrait d'éviter les contre-indications et interactions médicamenteuses dans la situation où le patient serait amené à être pris en charge par un médecin ou un établissement de santé qui ne le connaîtrait pas.

On constate donc que les principaux choix de réponses des patients se portent avant tout sur des éléments qui impactent directement leur prise en charge médicale ce qui est tout à fait compréhensible. Éviter les prescriptions médicales redondantes, la dématérialisation des documents médicaux, la gestion du DMP par le patient lui-même permettant une participation active de celui-ci dans sa santé sont également des éléments importants que peut apporter le DMP mais cela ne paraît pas être la priorité des patients de l'étude.

Concernant les freins à la création d'un DMP, les patients de l'étude qui ne souhaitent pas créer de DMP ont majoritairement répondu que malgré la connaissance de l'existence du DMP, cela restait plutôt vague pour eux et ne connaissaient pas très bien ses caractéristiques et modalités de fonctionnement. Cela peut s'expliquer par le fait que malgré un projet remontant à 2004, sa généralisation à tous les Français était très récente au moment où ont été réalisés les questionnaires. Une majorité des patients ont entendu parler du DMP mais l'information n'a probablement pas eu le temps de bien diffuser pour que les patients s'intéressent aux fonctionnalités du DMP. Rappelons qu'avant la création d'un DMP, en accueil d'Assurance Maladie ou en pharmacie, les informations sur les fonctionnalités du DMP doivent être données au patient avec entre autres remise d'un dépliant explicatif et obtention du recueil de son consentement.

Enfin une autre réponse concernant les freins était celle de la sécurisation des données de santé stockées en ligne avec la peur du patient de voir ses informations de santé piratées et divulguées à des personnes ou sociétés qui ne devraient pas y avoir accès. Cela a longtemps été un frein éthique au développement du DMP mais l'Assurance Maladie nous assure actuellement un très haut niveau de sécurisation au niveau des hébergeurs de données.

Malgré une information correcte sur le DMP, le côté trop récent du projet était également un frein pour certains patients. Il en est de même pour certains patients qui avaient peur en dehors de tout piratage, qu'un médecin ou autre professionnel de santé soit informé de certaines données de santé qu'il ne souhaite pas divulguer. Pour cela, le DMP comprend une fonctionnalité de masquage d'informations de santé envers certains professionnels de santé, qui peut être réalisé par le « médecin traitant DMP » ou le patient lui-même.

Cette étude nous montre tout de même qu'au vu du nombre de patients qui ont créé un DMP et de ceux qui envisagent de le faire, les patients de la Haute-Vienne voient globalement plus de bénéfices à créer un DMP que de freins.



## VI. Conclusion et perspectives

---

Cette étude réalisée sur des patients de la Haute-Vienne a permis d'évaluer l'impact de la campagne d'information du Dossier Médical Partagé, qui est venue accompagner le lancement National du projet quatorze ans après ses débuts. Cette campagne, menée par l'Assurance Maladie, a été diffusée à grande échelle à travers les médias et par la sollicitation de différents professionnels de santé. Elle a permis de sensibiliser une majorité des patients de la Haute-Vienne sur l'existence du DMP, ses fonctionnalités et la possibilité d'en créer.

Le nombre de créations de DMP reste faible en proportion des patients qui ont été sensibilisés par la campagne. Toutefois, les patients y sont globalement favorables puisqu'une majorité qui n'en a pas créé envisage de le faire. La télévision est le meilleur moyen de diffusion de l'information auprès des patients. Les pharmacies sont également un excellent moyen de véhiculer l'information et facilitatrices de création de DMP. Les médecins et les établissements de santé ne semblent pas avoir participé grandement à la diffusion de l'information et à la création des DMP. Ces professionnels de santé sont pourtant les premiers concernés par le projet.

Les médecins généralistes occupent une place centrale dans la gestion du DMP de par le suivi régulier des patients et la coordination des soins avec les différents médecins spécialistes libéraux ou hospitaliers. La création des DMP n'est qu'une étape qui devra ensuite passer par l'alimentation des informations médicales. Les résultats de notre étude témoignent d'un manque d'implication de ces professionnels dans le projet. Si ces derniers ne sont pas des acteurs majeurs de diffusion de l'information et de création de DMP, ils ne seront pas non plus majoritaires à les utiliser et les alimenter. Plusieurs travaux soulignent que le DMP est très peu utilisé par les médecins généralistes alors qu'ils sont globalement tous favorables à son développement. Des freins humains et techniques semblent être au premier plan avec cette crainte persistante de la surcharge de travail et de la perte de temps à utiliser un outil pas assez simple et fluide. Malgré un travail de l'Assurance Maladie, d'amélioration de l'ergonomie du DMP pour en faciliter son utilisation au quotidien par les médecins et établissements de santé, cela ne semble encore pas suffisant pour dépasser ces freins et faire du DMP une évidence pour tous. Il faudra laisser au DMP du temps et la possibilité de s'améliorer pour qu'il puisse rentrer dans les pratiques comme cela avait été fait lors de l'introduction de la carte vitale et des feuilles de soins électroniques.

Il ne semble pas bon de louer la réussite du projet au nombre de créations de DMP. C'est pourtant dans cette dynamique d'augmentation des créations de DMP durant la phase d'expérimentation de 2016 que le projet a été lancé à l'échelle nationale. Cela est en effet une « fausse » réussite puisque le véritable succès du projet sera l'alimentation de ces DMP et leurs utilisations rendues évidentes au quotidien par les médecins et établissements de santé. On peut ainsi s'interroger sur l'intérêt des pharmacies et des caisses d'Assurance Maladie à créer des DMP puisqu'elles n'en seront pas les acteurs majeurs de son alimentation par la suite. En effet, elles contribuent à augmenter le nombre de créations de DMP et à louer au projet une réussite en termes de chiffre plus que d'utilité. Cette réussite passera, rappelons-le, par une pleine adhésion au DMP des premiers acteurs concernés par sa gestion, en particulier les médecins généralistes.

Peut-être aurait-il fallu lancer cette campagne d'information à tous les Français dans un second temps après avoir recherché l'adhésion massive au projet de l'ensemble des acteurs principaux en réglant progressivement les freins cités et en dépit du fait que cela aurait très probablement mis du temps ? Les pharmacies et caisses d'Assurance Maladie auraient alors pu être sollicitées pour diffuser l'information mais pas pour la création de DMP. Les créations auraient ainsi pu être laissées aux patients le souhaitant et voulant alimenter leur DMP, et aux médecins généralistes et établissements de soins qui sont les acteurs de son fonctionnement.

En effet, le déroulement actuel des choses avec la diffusion de l'information sur le DMP à tous les Français laisse penser que celui-ci est pleinement opérationnel alors que la majorité des acteurs de son fonctionnement, qui est certes pour, ne l'utilise pas en raison des freins exposés. Cela ne fait que confirmer la place politique qu'occupe ce projet avec des décisions prises par « le haut ». Il semblerait plus logique que de telles décisions émanent de personnes concernées directement sur le terrain.

Le numérique prend son envol dans de nombreux domaines, la santé numérique ou « e-santé » n'échappe pas à cette évolution. La télémédecine commence à être exploitée comme de nombreux autres services numériques. Il serait dommage que le projet avorte une nouvelle fois.

L'implication de médecins auprès des éditeurs de logiciels et de l'Assurance Maladie, ainsi que l'implication des conseillers informatiques, délégués d'Assurance Maladie et des médecins conseils auprès des praticiens pourraient être des solutions pour faciliter l'utilisation et l'usage du DMP en donnant les informations ou formations nécessaires.

Il semble en tous les cas qu'il faille se concentrer davantage et tout faire pour rechercher la pleine adhésion au projet des médecins généralistes et établissements de soins pour que l'on puisse espérer le succès que ce projet mérite.

## Références bibliographiques

---

1. Odeh S. Du dossier médical personnel au dossier partagé. Vers un dispositif de médiation documentaire. LCN. 30 juin 2016;12(1-2):31-49.
2. Jean-Marc Font, Jean-Claude Quiniou. Les ordinateurs. Mythes et réalités. Gallimard. 1968. 192 p. (Idées).
3. Gramfort, Malinaud. Mémoire. Le Dossier Médical Personnel: Quels enjeux et quel avenir ? [Internet]. (UNAF - Union nationale des associations familiales). 2006. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/spip.php?article3926>
4. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. Articles n°3 et 23. [Internet]. 2004-810, SANX0400122L août 13, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
5. Christophe Bezanson. Le Dossier Médical Partagé. Revue Francophone d'Orthoptie. déc 2017;10(3-4):122-4.
6. Boaretto Yann, Gagneux Michel, Cholley François. Le dossier médical personnalisé (DMP) [Internet]. Inspection générale des Finances. Inspection générale des Affaires Sociales. Conseil général des Technologies de l'Information.; 2007 nov. Report No.: 2007-M-068-01 / 2007-157 / I-3.4-2007. Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=367008>
7. Bachelot Roselyn, Woerth Eric. Communiqué de presse. Remise au Gouvernement du rapport sur le dossier médical personnel [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.economie.gouv.fr/archives-presse-budget/communiques?communique\\_created\\_from=&communique\\_created\\_to=&persons\\_nid=&search\\_api\\_fulltext=&page=291](https://www.economie.gouv.fr/archives-presse-budget/communiques?communique_created_from=&communique_created_to=&persons_nid=&search_api_fulltext=&page=291)
8. Gagneux Michel. Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé. Mission de relance du projet de dossier médical personnel [Internet]. 2008 avr p. 118. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000279.pdf>
9. Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé. Avis n°104 [Internet]. 2008 mai p. 16. Disponible sur: [https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis\\_104.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_104.pdf)
10. ASIP Santé. Point d'avancement de l'activité DMP et DMP compatibilité [Internet]. Santé & Médecine présenté à; 2011 oct 6 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: [https://fr.slideshare.net/esante\\_gouv\\_fr/avancement-activite-dmpetdmpcompatibilite](https://fr.slideshare.net/esante_gouv_fr/avancement-activite-dmpetdmpcompatibilite)
11. « DMP en région » : l'Asip financera 14 projets [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ticsante.com/story/1151/dmp-en-region-l-asip-financera-14-projets.html>
12. Plus de 166.000 DMP créés à la fin juin [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ticsante.com/story/1293/plus-de-166000-dmp-crees-a-la-fin-juin.html>
13. El Matouat Alae. Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne [Internet] [Thèse d'exercice]. Rennes 1; 2018. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/97677dd1-ecbd-4ba9-9a8d-821050e5eba4?inline>

14. Riviere Jean-Philippe. Marisol Touraine confirme le recentrage et l'évolution à venir du DMP (dossier médical personnel) [Internet]. VIDAL. 2014 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/actualites/14022/marisol\\_touraine\\_confirme\\_le\\_recentrage\\_et\\_l\\_evolution\\_a\\_venir\\_du\\_dmp\\_dossier\\_medical\\_personnel/](https://www.vidal.fr/actualites/14022/marisol_touraine_confirme_le_recentrage_et_l_evolution_a_venir_du_dmp_dossier_medical_personnel/)
15. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 96 [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
16. Hacquin L, Ghersinick A. Le dossier médical partagé au service de la coordination des soins. Caisse Nationale d'Assurance Maladie; 2015 oct p. 8.
17. Assurance Maladie. 18 questions pour tout savoir sur le dossier médical partagé. Conférence de presse. [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DMP\\_en\\_18\\_questions-06112018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DMP_en_18_questions-06112018.pdf)
18. INSEE. Personnels et équipements de santé – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2019 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676711?sommaire=3696937>
19. Arrêté du 14 décembre 2017 portant approbation de l'avenant 11 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. JORF n°0293. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036209951&categorieLien=id>
20. Assurance Maladie. Le Dossier Médical Partagé est désormais disponible pour tous [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DMP-CP-national-06102018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DMP-CP-national-06102018.pdf)
21. Stratégie de Transformation du Système de Santé : Ma Santé 2022. Revue Francophone d'Orthoptie. 1 oct 2018;11(4):203-4.
22. Assurance Maladie. 5 millions de personnes ont ouvert leur DMP. Le Dossier Médical Partagé poursuit son ascension [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_5\\_millions\\_de\\_DMP.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_5_millions_de_DMP.pdf)
23. Assurance Maladie. Plus de 8 millions de DMP désormais ouverts [Internet]. 2019 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/plus-de-8-millions-de-dmp-desormais-ouverts>
24. Avenant n°6 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance Maladie signée le 22 juin 2007 [Internet]. SSAS1916881V mars 29, 2019. Disponible sur: <https://www.urps-infirmiere-paca.fr/wp-content/uploads/2019/06/JO13062019-AVENANT-N-6.pdf>
25. Laforge P. Le dossier médical partagé. Actualités Pharmaceutiques. mars 2019;58(584):29-30.
26. Assurance Maladie. DMP : Foire aux questions [Internet]. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/patient/faq>

27. LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaelle. La démographie médicale en région Limousin, situation en 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hv1wl4/atlas\\_limousin\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hv1wl4/atlas_limousin_2015.pdf)
28. INSEE. Recensement de la population. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2020. HAUTE-VIENNE 87. [Internet]. 2019. Disponible sur: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/dep87%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/dep87%20(1).pdf)
29. Sabau C, Blasquet-Revol H. Les personnes âgées dans les territoires ruraux : une double opportunité pour la création d'activités et d'emplois de service. *Gerontologie et societe*. 2010;33 / n° 135(4):239-58.
30. Gucher C. le vieillissement des populations et des territoires au prisme d'une ruralité transformée. *Gerontologie et societe*. 28 oct 2013;36 / n° 146(3):11-20.
31. Dossier complet – Département de la Haute-Vienne (87) | Insee [Internet]. 2016 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-87>
32. Taux de mortalité par sexe et âge [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2017 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/taux-mortalite-sexe-age/>
33. Espérance de vie à divers âges | Insee [Internet]. 2019 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#graphique-figure1>
34. Conseil Supérieur de l'Audiovisuel. Observatoire de l'équipement audiovisuel des foyers [Internet]. 2016. Disponible sur: <file:///C:/Users/Asus/Downloads/Observatoire%20de%20l'equipement%20audiovisuel%20des%20foyers-2016-T2.pdf>
35. Brulhatour. 43 millions de Français à l'écoute de la radio [Internet]. La Lettre Pro de la Radio & des Médias - La Puissance du Média Radio. 2018. Disponible sur: [https://www.lalettre.pro/43-millions-de-Francais-a-l-ecoute-de-la-radio\\_a17564.html](https://www.lalettre.pro/43-millions-de-Francais-a-l-ecoute-de-la-radio_a17564.html)
36. TALBOT Richard. 4 minutes de temps médecin [Internet]. Fédération des Médecins de France. 2019. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/4-minutes-de-temps-medecin.html>
37. Comité de pilotage des services numériques d'appui à la coordination (SNACs). Déploiement du DMP [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/2019\\_09\\_19\\_\\_comite\\_pilotage\\_snacs\\_vf\\_2.pdf](https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/2019_09_19__comite_pilotage_snacs_vf_2.pdf)
38. Compagnon L, Bail P. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):8.
39. Renault P-O, Edouard L, Cossin S. Perception des freins et des leviers à l'utilisation du Dossier médical partagé par les médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mars 2020;68:S51.
40. Statistiques, recherches et prospective de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Âge de départ à la retraite. [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/age-de-depart-a-la-retraite.html>
41. Caddeo B. Communication pharmacien-patient à l'officine: situation actuelle et édition d'un guide pratique. 2017;115.

42. Ordre des pharmaciens. Image et attachement des français à la profession de pharmacien - enquête quantitative réalisée pour l'Ordre national des pharmaciens [Internet]. 2009. Disponible sur: <file:///C:/Users/Asus/Downloads/Image-et-attachement-des-francais-a-la-profession-de-pharmacien-Vision-critical-2009.pdf>

**Annexes**

---

Annexe 1. Questionnaire de l'étude .....72

## Annexe 1. Questionnaire de l'étude.

### LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP)

Madame, monsieur,

Je vous sollicite dans le cadre de la réalisation de mon travail de thèse sur le DMP (dossier médical partagé). Une vaste campagne d'information a été diffusée le 09/11/2018 afin de promouvoir le lancement officiel du DMP dans tout notre territoire, celui-ci n'étant qu'à l'état expérimental auparavant dans certains départements tests. L'objectif de mon travail est de percevoir l'impact de cette campagne sur la création du DMP par le patient.

1. Sexe : homme / femme

2. Age : < 20 / 20-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / 60-69 / 70-79 / > ou = 80

3. Catégorie socio professionnelle :

Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants, chefs d'entreprise / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Professions intermédiaires / Employés / Ouvriers / Retraités / Autres personnes sans activité professionnelle.

4. Le DMP existe depuis 2011. Avez-vous connaissance de son existence avant la campagne d'information du 09/11/2018 ? oui / non

4.1. Si oui, avez-vous créé votre DMP à l'époque ? oui / non

5. Avez-vous eu connaissance de la campagne d'information concernant le DMP, menée le 09/11/2018 par l'Assurance Maladie ? (Télévision, radio, internet, pharmacie, Assurance Maladie, médecin).

oui / non

→ **si réponse « non », le questionnaire est stoppé.**

→ **si réponse « oui », poursuivez le questionnaire.**

6. Comment avez-vous eu connaissance de cette campagne d'information sur le DMP ?

télévision / radio / internet / pharmacien / assurance maladie / médecin de ville / hôpital / entourage personnel / entourage professionnel



7. Avez-vous créé votre DMP ?      oui / non

→ **Si « oui » :**

7.1. Qui a créé votre DMP ?

médecin / pharmacien / Assurance Maladie / vous

7.2. Quels bénéfices attendez-vous à la création de votre DMP ? **(Cocher les 3 principaux et la case « autres » si besoin)**

- Eviter les prescriptions médicales redondantes (biologie, imagerie...)
- Eviter les contre-indications et interactions médicamenteuses par la connaissance de mes antécédents médicaux et allergies ainsi que mon traitement en cours
- Dématérialiser tous mes documents médicaux (courriers, comptes rendus, biologies, imageries...)
- Permettre au SAMU (15) d'avoir accès à mes informations médicales dans une situation d'urgence pouvant engager mon pronostic vital (ex : accident de la voie publique, douleur thoracique, déficit moteur...)
- Être acteur de ma santé en pouvant déposer moi-même des documents médicaux me concernant dans mon DMP
- Autres :

→ **Si « non » :**

7.3. Envisagez-vous de le créer ?      oui / non

→ **si oui**, se reporter à la question 7.2.

→ **si non**, quels sont vos freins quant à la création de votre DMP ? **(Une ou plusieurs réponse(s) possible(s))**

- Je ne me suis personnellement pas assez renseigné(e) sur le DMP (fonctionnement, utilité...)
- Je suis assez bien informé(e) sur le DMP mais je trouve le projet trop récent, je n'ai pas assez de recul
- La peur d'une mauvaise sécurisation de mes données de santé stockées en ligne (piratage...)
- La peur de donner accès à mes informations médicales à une personne dont je ne souhaite pas qu'elle y accède.
- Autres :

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## **DOSSIER MEDICAL PARTAGE : IMPACT DE LA CAMPAGNE DU 9 NOVEMBRE 2018 SUR LES PATIENTS DE LA HAUTE-VIENNE**

---

Introduction : Le lancement national du DMP a été officialisé le 6 novembre 2018. Le 9 novembre, une vaste campagne d'information a été lancée pour promouvoir le DMP. Notre travail a consisté à évaluer l'impact de cette campagne.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive quantitative dont la population étudiée était celle de 14 patientèles de médecine générale de la Haute-Vienne. L'objectif principal était d'estimer le nombre de DMP créés suite à la campagne. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les moyens de communication ayant facilité la création des DMP, de recueillir les bénéfices et les freins à la création d'un DMP par le patient.

Résultats : 62% des patients ont été sensibilisés par la campagne et 12% ont créé un DMP dans les suites. 71% des patients qui n'ont pas créé de DMP, envisagent de le faire. 43,8 % des patients de l'étude ont entendu parler de la campagne par la télévision. 29,8 % des patients qui ont créé un DMP en ont entendu parler par la pharmacie, 13,4 % par l'Assurance Maladie, 7,5 % par un médecin de ville, 4,5 % par l'hôpital.

Discussion : Les patients ont été majoritairement sensibilisés par la campagne, et favorables au DMP malgré une proportion faible de création. La télévision est le meilleur moyen de diffusion de l'information. Les pharmacies sont le meilleur moyen pour diffuser l'information et faciliter les créations de DMP. Les médecins et établissements de santé ne semblent pas avoir participés grandement à la diffusion de l'information et à la création des DMP.

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier la place des différents moyens de communication et acteurs de cette campagne et d'apprécier une ébauche du ressenti des patients dans ce projet. Il serait nécessaire de rechercher une meilleure adhésion des médecins généralistes et établissements de santé pour la réussite du DMP.

---

Mots-clés : dossier médical partagé, campagne, Assurance Maladie

## **SHARED MEDICAL RECORD : 9<sup>th</sup> OF NOVEMBER 2018 CAMPAIGN'S IMPACT ON PATIENTS FROM HAUTE-VIENNE, FRANCE.**

The National launch of the SMR was formalized on November 6, 2018. On November 9, an extensive information campaign was launched to promote SMR. Our work focuses on evaluating the impact of this campaign. It dealt with a quantitative descriptive epidemiological study whose population studied included 14 patients lists on general practitioners. Our main goal was to evaluate the number of patients that created their SMR following the campaign. Secondary goals were to identify communications means which facilitated the creation of SMR, to collect advantages and obstacles to the creation. 62% of the patients have been made sensitive by the campaign and 12% have created a SMR consecutively. 71% of the patients that did not create a SMR consider doing it. 43,8% of the patients in our study heard of the campaign through television. 29,8% of the patients that created a SMR heard of this program through pharmacies, 13,4% through Health Insurance, 7,5% through a town doctor, 4,5% through the hospital. Patients were in majority sensitised by the campaign, and favourable to a SMR despite of a weak proportion of creation. Television is the best information propagation tool. Pharmacies are the best tool to spread the information and facilitate SMR creations. General practitioners and health structures do not seem to have had an active role in the diffusion of the information and in SMR creations. This study allowed to identify the role of different communication tools and actors of this campaign and to draw a first draft of patients' perception of this project. It would be necessary to search for a better support from general practitioners and health structures for the SMR success.

---

Keywords : shared medical record, campaign, Health Insurance

