

UNIVERSITÉ PARIS NORD

FACULTE DE MEDECINE DE BOBIGNY
« Léonard de Vinci »

Année 2012 n° _____

THÈSE

pour le

Diplôme d'Etat
de
DOCTEUR en MÉDECINE

par

Hortense BINART ECALE

Née le 24 Octobre 1983 à Neuilly sur Seine

Présentée et soutenue publiquement le 30 novembre 2012

**Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la
communication d'informations médicales entre médecins
généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral**

Président de thèse : Professeur Alain KRIVITZKY
Directeur de thèse : Docteur Christophe BEZANSON
Rapporteur de Thèse : Docteur Marie-Eve VINCENS
Membres du Jury : Professeur Antoine LAZARUS
Professeur Olivier FAIN

TABLE DES MATIERES

I. LA COMMUNICATION EN MEDECINE GENERALE.....	8
A. PRESENTATION.....	8
1. Le contexte du travail de cette thèse	8
2. Problématique choisie	9
3. Hypothèses initiales.....	9
4. Objectifs.....	10
5. Clarification des termes employés.....	10
a) Communication.....	10
b) Médecin généraliste.....	11
c) Autres professionnels de santé.....	11
d) Le libéral, en médecine de ville	11
B. UN PEU D'HISTOIRE.....	12
1. Les écrits en médecine à travers les âges et les continents	12
2. Le dossier du patient d'hier à aujourd'hui	14
C. UN PARCOURS DE SANTE POUR LES INFORMATIONS.....	15
1. Le Médecin Généraliste	15
a) ... devenu « médecin traitant ».....	17
b) ... Il répond à des contraintes socio-économiques.....	18
c) ... avec des missions bien définies.....	18
d) ... et devient coordinateur de soins.....	20
2. Le parcours de soin du patient.....	21
a) Une idée pour faire des économies.....	21
b) Des échecs successifs à l'origine de nouvelles initiatives	22
c) Le problème du nomadisme médical	23
d) Des retombées administratives pour le médecin	24
e) Quand il faut faire appel à des compétences de spécialistes	25
3. Les partenaires de soins.....	27
a) Le médecin correspondant ou consultant.....	27
b) Les professionnels paramédicaux.....	29
c) Les réseaux de soins	30
D. COMMUNIQUER DES DONNEES MEDICALES.....	33
1. Communiquer, un concept.....	33
a) Pourquoi communiquer ?.....	34
b) Les différents types d'échanges en médecine générale	36
2. Les outils de communication en médecine générale	39
a) Le courrier	39
b) Le téléphone.....	41
c) Le fax.....	42
d) L'informatique	43
3. Une préoccupation pour divers acteurs.....	44
E. LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION ou TIC	45
1. L'information et les données informatiques	45
2. La messagerie sécurisée.....	46
a) L'e-mail.....	46
b) ... avec la sécurité en plus.....	46
c) Les différentes messageries sécurisées.....	47
3. Le web-médecin.....	47
4. Le plébiscite des médecins généralistes	48
a) La messagerie électronique.....	48
b) Les échanges de fichiers électroniques.....	49
5. Vers une amélioration des pratiques médicales ?	49
6. Limites d'utilisation en médecine générale.....	50

F. Le dossier médical, le dossier du patient	51
1. Mode de gestion actuelle.....	51
2. En voie d'informatisation	52
3. Cadre réglementaire et législatif	53
4. L'émergence du Dossier Médical Personnel : le DMP.....	54
a) Le projet théorique	54
b) Les faits réels	54
c) Les contraintes	57
G. ENCADREMENT LEGAL ET DEONTOLOGIQUE DES ECHANGES	58
1. Textes relatifs à la communication entre professionnels de santé	58
a) Le code de déontologie.....	58
b) La loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST)	59
c) Les rapports ordinaires.....	59
2. Les recommandations pour la tenue du dossier des patients	60
3. Législation informatique.....	60
a) Ordonnances 'Juppé' de 1996.....	60
b) Projet de loi relatif au financement de la sécurité sociale pour 2000 : Equilibres financiers généraux et assurance	61
c) La convention médicale de Février 2005	61
d) La CNIL.....	61
H. QUELQUES PISTES VERS L'AMELIORATION DE LA COMMUNICATION.....	62
1. Communication d'informations médicales en Belgique.....	62
2. Communication et Education Thérapeutique.....	62
3. Le patient diabétique.....	62
II. POPULATION ET METHODE.....	63
A. SYNTHESE DE LA RECENSION D'ECRITS.....	63
B. L'ENQUETE DE TERRAIN	64
1. Choix de la population	64
a) Pourquoi le secteur libéral uniquement ?	64
b) Choix des professions de santé collaborant avec les généralistes	64
2. Les objectifs	67
3. Le questionnaire	67
a) Son élaboration	67
b) Recueil de données	68
III. RESULTATS.....	69
A. ETAT DES LIEUX.....	69
1. Fréquence et temporalité des échanges.....	69
a) Moment choisi pour la rédaction	69
b) Systématiquement rédiger un courrier dans certains cas.....	70
c) Fréquence d'échange avec les autres professionnels de santé	70
d) Des généralistes satisfaits de cette fréquence d'échanges ?	71
e) Disponibilité des informations et suivi des patients	72
2. Correspondants déterminant les caractéristiques de l'échange	73
a) Fréquence des échanges selon les correspondants libéraux	73
b) Format des courriers selon les interlocuteurs.....	74
3. Eléments significatifs d'informations échangées	75
a) Niveau de détail du courrier.....	75
b) Contenu et intentions des courriers.....	76
4. Moyens de communication	78
a) Moyens de transmission du courrier aux confrères	78
b) Outils de rédaction des courriers	81
c) Supports des informations échangées	84

B. LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES.....	87
1. Relatives aux éléments significatifs d'information.....	87
2. Relatives aux moyens de communication	88
a) Moyens matériels.....	88
b) Moyens humains	89
3. Comment améliorer la qualité des échanges finalement ?.....	90
C. CARACTERISTIQUES DU CABINET DES PRATICIENS GENERALISTES LIBERAUX.....	92
1. Mode d'exercice	92
a) Nombre de médecins présents au cabinet.....	92
b) Les réseaux de soins informels.....	93
c) Les réseaux de soins formels	93
2. La patientèle et le parcours de soins	95
a) Le suivi des patients	95
b) Notion de médecin référent	95
c) Influence du concept de parcours de soins sur la communication	96
3. Formation informatique...ou pas	97
D. SYNTHESE DES RESULTATS	99
1. Actuellement.....	99
a) Les échanges impulsés par les médecins généralistes	99
b) Les échanges impulsés par les autres professionnels de santé.....	99
c) Utilisation de l'informatique par les médecins généralistes.....	99
d) Autres éléments interférant dans la communication des généralistes.....	100
2. Dans l'avenir... ..	100
IV. DISCUSSION	101
A. FACTEURS INFLUENCANT LA QUALITE DES ECHANGES	101
1. Profil des correspondants	101
2. La temporalité des échanges.....	102
3. L'environnement informatique.....	102
4. Entre devoir et pouvoir	103
B. QUE PENSER DES MODIFICATIONS APORTEES CES DERNIERES ANNEES.....	104
C. DES MODIFICATIONS A ENVISAGER.....	105
1. Changement de comportement.....	105
2. Evolution des outils.....	105
3. Accessibilité des réseaux de soins	106
D. LIMITES DE L'ETUDE ET BIAIS.....	107
1. A propos de la méthode.....	107
a) Biais de sélection.....	107
b) Taux de non- réponse	107
c) Format du questionnaire	108
d) Définition des termes employés.....	108
2. A propos des résultats.....	109
a) L'outil informatique comme solution ultime ?.....	109
b) Suggestion spontanée d'un médecin, finalement non vérifiée	111
V. PROPOSITIONS.....	112
VI. CONCLUSION	113
VII.BIBLIOGRAPHIE.....	114
VIII. ANNEXES	118
Annexe 1	118
AVENANT N° 12 À LA CONVENTION NATIONALE	
Annexe 2	119
LA GESTION DES INFORMATIONS PAR LE GENERALISTE	
Annexe 3	120
QUESTIONNAIRE DE THESE	
Annexe 4	125
QU'EST-CE QU'APICRYPT ?	
SERMENT D'HIPPOCRATE	128

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Alain Krivitzky, *ancien Chef de service de Médecine interne à l'Hôpital Avicenne de Bobigny,*

Pour l'intérêt particulier que vous témoignez à mon travail en acceptant de présider mon jury de thèse. Votre expérience aux côtés du département de médecine générale apporte un regard pertinent sur ce travail. Et vos critiques constructives sur l'ébauche de présentation de mon travail m'ont été précieuses. Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Antoine Lazarus, *Professeur de médecine en santé publique et médecine sociale et responsable de la direction des enseignements de médecines complémentaires de 2002 à 2012 à l'université Paris-13,*

Qui m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse. Votre expertise en Santé Publique rend essentiel votre jugement sur ce travail. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Olivier Fain, *Professeur et Chef de service de Médecine interne à l'Hôpital Jean Verdier de Bondy, Coordinateur du Troisième Cycle de Médecine Générale et Directeur Adjoint du Département de Médecine Générale,*

Pour avoir accepté de libérer de votre temps pour participer à ce jury. Votre engagement au sein du département de médecine générale témoigne de l'intérêt que vous portez à cette spécialité médicale. Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Rémi Gagnayre, *Professeur des Sciences de l'Education au Laboratoire de Pédagogie de la Santé de l'université Paris 13,*

Pour vos compétences méthodologiques qui m'ont été si précieuses dans l'avancement de cette thèse. Vous m'avez donné la chance de bénéficier d'un enseignement riche et complet dans le cadre du Master d'Education en Santé ... J'espère pouvoir faire bénéficier mes futurs patients d'une médecine générale efficiente.

A Monsieur le Docteur Christophe Bezanson,

Pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse, mais aussi m'avoir 'tutorée' et accueillie en stage dans ton cabinet. Je te suis profondément reconnaissante de m'avoir accompagnée tout au long de ces deux années. Passionné pour la médecine, disponible et investi, toujours de bonne humeur et débordant d'énergie... Ce fut un honneur de travailler à tes côtés et de bénéficier de ton expérience. Merci pour tous ces moments partagés autour de ce phénoménal sujet de travail.

Au Docteur Marie-Eve Vincens, *Maître de Conférence Associé au Département de Médecine Générale de l'université Paris 13,*

Pour m'avoir fait l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse. Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté de vous pencher sur ces pages, et ce, si peu de temps avant l'échéance. Vous m'avez permis d'achever sereinement ce travail.

Au Docteur Pascal Clerc, Directeur de l'Unité Etudes et Recherche de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) et à tous les médecins sociétaires de la SFMG,

Pour tout l'intérêt que vous avez porté à ce sujet de travail, par votre soutien et votre critique constructive. Cette thèse vous doit d'avoir une enquête de terrain aussi conséquente. Votre contribution m'a été très précieuse et je vous en suis profondément reconnaissante.

Aux Docteurs Dore et Angeli

Avec qui j'ai passé six mois de stage extraordinaires. C'est une véritable passion pour votre métier de médecin et une richesse d'expérience que. Autant de valeurs que j'ai appris à aimer (... en prose ou accompagné de millésimes !) j'ai eu vraiment beaucoup de plaisir à partager avec vous tous ces moments. Merci à tous les deux ainsi qu'à vos formidables épouses.

A mes parents et grands parents, vous qui m'avez vue grandir avec ce rêve de devenir médecin ... vous m'avez tant donné pour que j'y parviennne. Ce jour est un peu le vôtre...

A Victoire et Sixtine, vous qui avez suivi mes pérégrinations malgré les décalages horaires et les kilomètres qui nous séparaient... vous avez su rester présentes à chaque instant. Vous êtes mes petits anges gardiens!

A Cathy, ma super marraine qui m'impressionnera toujours par ses performances estudiantines...

A Antoine, Amélie, Agathe, Dorothee, Laetitia, Alix et Nicolas... toujours partants pour les soirées 80's, barbecue, week-end poitevin...L'après-thèse nous réserve encore de bons moments à venir...

A Stéphanie et Julien, pour tous nos petits apéros et dîners aux accents chantants du sud. De bons moments de détente... ou plus studieux... mais toujours sympathiques ! Merci à tous les deux.

A Florence, Agathe, Aline, Ivette, pour votre soutien et tous ces excellents moments passés ensemble durant cette laborieuse préparation de thèse. Une spéciale dédicace à Henri et ses talents d'ingénieur, qui a fait des merveilles avec les tableaux croisés dynamiques d'Excel.

A Jennifer, Vincent, Manu, William, Delphine et Elodie, la fameuse « Pompidou team »... Ah... tous ces souvenirs d'internes qu'on prendra plaisir à évoquer encore un moment autour d'un verre... n'est-ce pas Jenny?

A Jean-François... depuis juin 2004, tu entends parler médecine. Et en avril 2011, on se disait « oui », pour la vie... (si tu avais su ce qui t'attendait !) Aujourd'hui, je sais plus que jamais à quel point j'ai de la chance de t'avoir dans ma vie. Merci d'avoir toujours cru en moi. Merci de m'aimer si fort. Mais... Je t'aime encore plus !

*« Tout ce qu'on peut lire dans les livres a
moins de valeur que l'expérience d'un
médecin qui pense et qui raisonne. »*

Rhazès

I. LA COMMUNICATION EN MEDECINE GENERALE

A. PRESENTATION

La démarche médicale est fondée sur l'observation du malade et s'inscrit dans une transmission basée sur l'oralité.

La mémoire du médecin était autrefois suffisante pour enregistrer les données relatives aux patients et servir l'exercice médical.

Mais les progrès de la médecine, des technologies et des droits des patients ont engendré une nécessaire et inéluctable évolution des pratiques médicales. Dans la société du XXI^{ème} siècle, les informations médicales relatives aux patients sont devenues des données sensibles. Recueillies par les médecins et consignées par écrit, elles sont des preuves juridiques potentielles tandis que les actes médicaux représentent, dans le système de soin actuel, un coût pour la société. Devenues des enjeux à la fois économiques et juridiques, ces données médicales ont fait l'objet de réglementations et de légiférations. Le médecin en est toujours le dépositaire mais doit désormais répondre à certaines obligations et se plier à bon nombre de contraintes administratives.

1. Le contexte du travail de cette thèse

Depuis 2004, le médecin est au cœur du nouveau dispositif de notre système de santé. Instauré « médecin traitant », il est devenu un véritable coordinateur du « parcours de soin » du patient. Ce dispositif a été mis en place en vue de limiter les dépenses de l'Etat dans le domaine de la santé : le médecin généraliste, en récoltant les informations aux différentes sources (patient, confrères spécialistes, administrations, hôpitaux), constitue une véritable base de données médicales pour chacun de ses patients. Ce recueil de données, le dossier du patient, est à la fois un outil de suivi pour le médecin, mais surtout un moyen de lutter contre des consultations redondantes ou des examens itératifs. Le médecin traitant, véritable référent pour le patient, oriente donc son patient au sein du système de soins.

Cette orientation nécessite que le médecin se mette en relation avec des professionnels de santé de toutes spécialités, médicales, chirurgicales et paramédicales, afin de faire bénéficier à son patient d'avis spécialisés ciblés et récupérer en retour, de précieuses informations pour son suivi ultérieur.

2. Problématique choisie

Le médecin généraliste est désormais au cœur du parcours de soins de ses patients et figure comme le correspondant privilégié de tous les professionnels de santé intervenant auprès du patient. Dans le cadre de l'exercice la médecine, il se doit donc d'assurer un lien de qualité entre les différents professionnels de santé. Le parcours de soins a en effet pour objectif, au travers des divers dispositifs qu'il a mis en place ces dernières années, de réduire la redondance des examens et la pluri-consultation tous azimuts. Tout médecin traitant doit désormais présenter des aptitudes de communication afin d'assurer des soins et un suivi de qualité à ses patients.

En s'intéressant de plus près à ce suivi, on s'aperçoit que le médecin traitant rencontre certaines difficultés à centraliser les données concernant ses patients. Le dossier médical du patient se retrouve souvent éparpillé en plusieurs éléments, dispersés dans les dossiers détenus par les différents professionnels de santé ayant interféré dans les soins apportés au patient. Certaines mesures en France, telles que le Dossier Médical Personnel (ou Partagé), la mise en place de la Carte Vitale, ont tenté de remédier à ce problème en proposant que ces données soient informatisées afin d'en faciliter l'accès et la circulation entre les différents professionnels de santé concernés. Mais ces mesures complexes et onéreuses tardent à se généraliser et n'offrent pas, à ce jour, de solution satisfaisante aux médecins généralistes.

3. Hypothèses initiales

Les raisons d'une communication souvent lacunaire pourraient être attribuées à l'usage persistant du courrier manuscrit. Les médecins y ont encore couramment recours. S'il présente des avantages, comme un coût abordable, une disponibilité quasi-universelle, un usage simple, un certain nombre d'inconvénients peuvent lui être reprochés : délai trop long d'acheminement, volume important de stockage, accessibilité difficile dans le dossier du patient...

Progressivement, depuis les années 1980, l'informatique médicale ouvre de nouvelles perspectives dans le domaine de la santé. Ainsi, le Dossier Médical Personnel et la Carte Vitale devaient aider le médecin généraliste et rendre l'information plus accessible à tous les intervenants auprès d'un même patient. Ces outils en théorie très performants sont complexes à mettre en place et ne sont pas pleinement opérationnels à l'heure qu'il est. D'autres problèmes apparaissent, comme l'équipement matériel des médecins, la sécurisation des échanges, l'accès aux données du dossier médical par les patients et leurs médecins, le stockage des données sur de nouveaux supports. Il faut intervenir de nouvelles instances telles que la CNIL, nécessite un encadrement législatif (loi 2002 sur l'information du patient et son droit d'accès à son dossier médical) afin que le secret médical soit respecté en toute circonstance.

Un réel besoin d'optimisation des échanges d'informations médicales entre professionnels de la santé existe donc. Les autorités y réfléchissent depuis un certain temps, sans avoir trouvé de solution satisfaisante à ce jour.

Les travaux entrepris dans cette thèse, sont partis du postulat que les moyens à mettre en œuvre pour remédier à ce problème, pourraient consister en une meilleure utilisation d'Internet et de l'informatique au cabinet. Depuis quelques années, les médecins sont mieux équipés et se familiarisent avec ce nouvel environnement de travail. Avec les nouvelles technologies de communication qui ne cessent d'évoluer, l'échange d'informations médicales entre médecins généralistes et professionnels libéraux du secteur de la santé se voit offrir de nouvelles possibilités. Dématérialiser les documents médicaux, pour les stocker et les communiquer exclusivement par voie électronique, pourrait être une solution aux problèmes rencontrés par les médecins à centraliser les données médicales de leurs patients.

4. Objectifs

Le but de cette étude est double :

- Etablir un bilan de l'état actuel des échanges (dans les deux sens) d'informations médicales entre les médecins généralistes et leurs collaborateurs médicaux et paramédicaux libéraux, afin de mieux cerner les raisons des insatisfactions des médecins généralistes concernant ces échanges d'informations médicales
- Interroger les médecins sur leurs attentes, afin d'identifier les moyens qui pourraient participer à l'amélioration des échanges de données dans le secteur libéral, en adéquation avec les conditions d'exercice actuelles des praticiens libéraux

5. Clarification des termes employés

a) Communication

Quelles que soient les définitions, il y a d'abord une notion d'action pour communiquer, de mise en relation, qui passe par un langage écrit ou oral, parfois aussi par l'utilisation d'un support matériel de télécommunication (téléphone, fax, courrier postal ou électronique). Puis il y a un échange entre deux correspondants, entre un 'locuteur' et un 'interlocuteur', introduisant une notion de réciprocité.

Transmission de données pour informer un collègue, échanges d'idées pour discuter un point de vue, partage d'informations pour une prise en charge efficace... Communiquer est une nécessité pour le médecin généraliste, afin d'assurer un bon suivi à chacun de ses patients.

b) Médecin généraliste

Médecin de famille, spécialiste en médecine générale, spécialiste en soins primaires, médecin traitant, quelle que soit l'appellation retenue, ce sont d'abord les différentes fonctions assumées par les médecins généralistes qui les rendent indispensables. Médecins spécialistes, ils sont formés à une approche globale des patients.

Avec la réforme de l'assurance maladie entrée en vigueur au premier janvier 2006, les français ont été sollicités pour choisir un médecin traitant. Ce dernier pouvait être aussi bien un médecin généraliste qu'un médecin spécialiste, libéral ou hospitalier. Cependant, 98% des assurés sociaux ont choisi un médecin généraliste.¹

c) Autres professionnels de santé

Ce sont tous les professionnels médicaux et paramédicaux, exerçant sur le mode libéral ou salarié, seuls ou en groupe.

d) Le libéral, en médecine de ville

Le qualificatif de libéral ne répond à aucune définition législative (comme définies PARAGRAPHE C.3 P.27) et n'est pas opposé ici au qualificatif de 'salarié'. Les professionnels salariés de petites structures de (centres de santé, des maisons médicalisées, cabinets de groupe...) sont communément assimilés à des praticiens libéraux.

Le fonctionnement complexe des établissements hospitaliers et des cliniques, rend les professionnels qui y travaillent plus difficile d'accès (multiplication des interlocuteurs d'une même spécialité au gré de leur disponibilité, turn-over important des médecins sur un même poste hospitalier, intervention de plusieurs intermédiaires...). Le terme de 'libéral' s'oppose donc ici plus largement au terme 'hospitalier'.

Le concept de 'professionnels de santé libéraux' serait donc celui de praticiens médicaux et paramédicaux, exerçant pour leur compte ou salariés dans de petites structures ; le critère prédominant étant celui d'un interlocuteur bien identifié et accessible pour le médecin généraliste.

Vous trouverez tout au long de ce travail un 'fil rouge'. Il apparaît au gré des pages pour en faciliter la lecture.

B. UN PEU D'HISTOIRE

Historiquement la tradition médicale est inscrite dans l'oralité. L'écrit n'a de place que dans les registres, visant à recueillir le savoir médical et la connaissance, pour le seul usage du médecin.

1. Les écrits en médecine à travers les âges et les continents

La médecine Mésopotamienne détient les textes les plus anciens datés de 1730 avant J-C, avec la loi d'Hammurabi. Découvert en 1901 par l'archéologue français, Jacques de Morvan, il est actuellement exposé au Musée du Louvre. Ce code est en fait gravé en écriture cunéiforme dans une stèle de basalte noir. Ce monument a été réalisé à la demande du roi de Babylone, Hammurabi, en 1730 avant Jésus-Christ. Il s'inspire largement, pour sa rédaction, de la loi du Talion (Œil pour œil, dent pour dent). Les articles 215 à 227 précisent ainsi la rémunération des médecins et chirurgiens en fonction des actes accomplis et les punitions pouvant leur être infligées en cas de mort ou de dommage corporel de leur patient.

L'Ayurveda est une médecine holistique, son nom signifiant 'Connaissance de la vie'. Plus qu'une médecine, c'est tout un art de vivre qui englobe le yoga, la diététique, le massage, la musicothérapie, l'astrologie, le rythme quotidien, le lien avec le cosmos, la méditation. L'Ayurveda est apparue dans la vallée de l'Indus 2500 ans avant J-C. Cette date correspond aux premiers écrits connus : les Vedas, les 4 textes les plus sacrés des Hindous. Ils sont considérés comme la Connaissance et constituent le premier savoir au monde mis par écrit. Plus tard, au cours du VIIe siècle, deux compilations ont été faites, en sanskrit :

- le *charaka samhita* qui aborde les concepts de l'Ayurveda, de la médecine ayurvédique avec ses méthodes de diagnostics et de traitements, ainsi que les plantes utilisées
- et le *susruta samhita* qui traite d'anatomie et de chirurgie (chirurgie prothétique, plastique, chirurgie du cerveau, ou encore césarienne, et aussi des points vitaux (*les marmas*) que les Chinois ont appelés plus tard les points d'acupuncture (qu'il ne fallait pas découper en chirurgie).

Pour la médecine pharaonique, le plus ancien document retrouvé est le Papyrus d'Ebers, daté de 1550 avant J-C. Ce document renferme des passages recopiés d'écrits datant de 3000 ans avant J-C. Il contient des notions d'anatomie, un exposé de cas pathologiques et les traitements correspondants, ainsi que sept cents recettes de médicaments.

Dans la médecine chinoise, c'est vers 3000 ans avant J-C, avec le Huangdi Nei Jing ou Classique de la Tradition ésotérique de l'empereur Jaune que l'on retrouve les plus anciens écrits de médecine chinoise traditionnelle. Il se divise en deux parties : le *Su Wen* et le *Ling Shu*. La rédaction de l'ouvrage est attribuée à l'Empereur Jaune (Huangdi, XXVIII^e siècle avant J-C.) et se présente comme un dialogue entre l'Empereur Jaune et son médecin et ministre Qi Bai. Cet Empereur n'est qu'un mythe mais permet de situer chronologiquement l'ouvrage entre la période des -500 et +220. Ces textes analysent les intrications de l'homme avec son environnement selon la perspective taoïste. L'ouvrage étudie les dérèglements au cours des saisons, les variations du teint, les subtilités des pouls, l'état des cinq organes, des cinq saveurs, des six énergies... Il précise le maniement de l'aiguille, et la pratique des moxas (technique de stimulation des points d'acupuncture par la chaleur) sensés rétablir l'harmonie du haut avec le bas, de l'intérieur avec l'extérieur.

Le développement de la médecine grecque scientifique (bien différenciée des pratiques médicales religieuses) est amorcé avec Hippocrate. Né à Cos dans la famille des Asclépiades (prêtres-médecins) au V^e siècle av. J.-C., il est l'auteur supposé du Corpus hippocratique. Le Serment d'Hippocrate témoigne d'une médecine 'hippocratique', pratiquée par un groupe de médecins professionnels partageant des valeurs éthiques. Les étudiants payaient normalement une taxe pour leur formation et entraient dans une relation quasi familiale avec leur professeur. Cette formation comprenait quelques cours théoriques et une expérience pratique. Le serment impose aussi des limites à ce que le médecin peut ou ne peut pas faire : « *Même si on me le demande, je ne prescrirai pas un médicament mortel* » et laisse déjà entendre l'existence d'une collaboration avec une autre catégorie de professionnels spécialistes : « *Je laisserai effectuer cette opération par des praticiens, spécialistes de cet art* ».

2. Le dossier du patient d'hier à aujourd'hui

Les premières traces de dossier médical remontent au IX^e siècle, époque à laquelle des médecins arabes, (tels que Rhazès (865-925), Avicenne (930-1037) ou Avenzoar (1073-1162)), créent la médecine clinique.

Les cas intéressants y sont ainsi rédigés et conservés dans des registres tels que les «*Observations de l'hôpital*», auxquelles Rhazès fait allusion dans son *Continens*².

La notion de dossier médical rattaché à chaque patient n'apparaît qu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, sous forme de registre du patient, au contenu encore succinct, dans les Hôtel-Dieu mais c'est seulement au XIX^{ème} siècle lors de la création des hôpitaux modernes que le dossier médical apparaît véritablement, incluant des données médicales, sociales et administratives. En médecine de ville (pratique en cabinet ou au domicile des patients), le principe de l'oralité a persisté jusqu'au début du XX^e siècle avec cependant l'apparition progressive de fiches médicales plus ou moins bien remplies selon les praticiens.

En France, dans les années 1950, le dossier évolue peu à peu, d'abord en milieu hospitalier puis en ville, avec un cahier d'observation clinique, un archivage des examens biologiques, un archivage des radios et autres examens complémentaires.

L'histoire du carnet de santé l'enfant illustre bien cette évolution des pratiques. Remontant à Montpellier en 1869, à l'origine il consistait en un livret destiné à l'usage des mères pour les guider dans l'observation de leurs enfants et faciliter le dialogue ensuite avec le médecin. Le premier carnet de santé officiel est édité en 1939, l'Etat se montrant intéressé par le concept d'assurer un suivi à tous les enfants de la nation. Mais il faudra attendre la fin de la Seconde Guerre Mondiale et la création de la Sécurité Sociale en 1945^{*}, pour que ce document soit rendu obligatoire. Remis à jour en 1995, il recèle des informations sur l'état de santé de l'enfant puis de l'adulte. Il a rapidement fait l'objet de débats éthiques : anonymat du carnet, règles de transmission de ce carnet, éléments à y inscrire ou non... Ce carnet de santé de l'enfant existe toujours sous format papier, n'est toujours pas anonyme, mais continue de satisfaire l'ensemble des acteurs et des usagers du système de santé en France. Le carnet de santé adulte lancé en 1993 puis à nouveau en 1996 s'est soldé par un échec. Il fait actuellement l'objet de projets d'informatisation, qui sembleraient pouvoir pallier certaines de ses faiblesses au format papier. Certains projets informatiques ont abouti, comme avec BioStick Technology, qui a permis la mise en ligne de carnets de santé électroniques, gratuitement téléchargeables depuis le 14 avril 2012. Ils sont dits sécurisés, fonctionnent hors connexion, et c'est le patient qui le remplit puis le transfère sur n'importe quel support électronique (clé USB, téléphone portable...).

* Décret n°45/0179 du 29 décembre 1945, article 52

C. UN PARCOURS DE SANTE POUR LES INFORMATIONS

Avant d'aborder la communication en tant que telle en médecine générale, rappelons ce que représentent aujourd'hui les professionnels de santé au sein du parcours de soin...

1. Le Médecin Généraliste ...

En France, au 1^{er} janvier 2012, 213 442 médecins assurent la permanence des soins pour une population de 65 350 181 habitants. Parmi ces professionnels de santé, 103 262 sont des médecins généralistes (Dress 2012).

Définir la médecine générale de façon exhaustive est difficile. Une première tentative avait été faite en 1974 par Leeuwenhorst, mais il faudra attendre 2002 pour que la communauté scientifique internationale parvienne à un consensus autour d'une définition établie par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) Europe³, selon laquelle *«la médecine générale/médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.»* Cette définition prend en compte, tout en les distinguant, les principes fondamentaux de la discipline, et les compétences requises par le spécialiste formé à cette discipline : le médecin généraliste. Onze critères ont ainsi été retenus pour définir la discipline, eux-mêmes pouvant être regroupés en 6 compétences fondamentales.

C'est en 1972 que la WONCA voit le jour. La mission de cette organisation mondiale des médecins généralistes, médecins de famille est de promouvoir et de développer la discipline 'Médecine Générale' pour obtenir et maintenir un haut niveau d'éducation, de formation, de recherche, de pratique clinique au bénéfice individuel des patients et de la communauté. Rejointe actuellement par plus de 200000 médecins dans 80 pays dont la France, la WONCA compte parmi ses membres les organisations académiques nationales de médecine générale de 30 pays européens. Les deux représentants de la France au sein de la WONCA sont le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et la Société Française de Médecine Générale (SFMG), qui sont les deux regroupements de médecins les plus importants de par le nombre de leurs cotisants.

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) créée en 1973, s'oriente plutôt vers la recherche visant la promotion de la médecine générale. Reconnue depuis, 1993 comme société savante par l'Ordre National des Médecins, on lui doit la création de l'Observatoire de la Médecine Générale, source de données essentielle rendant pertinentes les expertises d'organismes comme la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, devenue depuis la Haute Autorité de Santé) (HAS).

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) est plus récent. Créé en 1983, il se concentre sur une approche institutionnelle de la médecine générale au cœur du système de soins français. Ses travaux s'attachent à formaliser pour ensuite enseigner le contenu de la médecine générale à l'université. On lui doit la description des 5 fonctions de la médecine générale :

- Le premier recours
- La prise en charge globale
- La coordination des soins, la synthèse
- La continuité des soins, le suivi au long cours
- La Santé Publique : le dépistage, la prévention

Si la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* désigne les médecins comme « *prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé avec infirmières, (...) et autres fournisseurs de soins* », c'est une étude de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) suivant la méthode Delphi†, qui insiste sur ces changements intervenus au fil du temps dans l'exercice de la médecine générale.

« les évolutions en cours de la médecine générale et l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques posent de nouvelles contraintes en termes notamment (...) de continuité et de coordination des soins. »⁴

* Entérinée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le 22 mai 2001

† Méthode qui vise à recueillir, par l'entremise d'un questionnaire ouvert, l'avis justifié d'un panel d'experts dans différents domaines. La procédure, basée sur la rétroaction, évite la confrontation des experts et préserve leur anonymat. Les résultats d'un premier questionnaire sont communiqués à chaque expert et sont accompagnés d'une synthèse des tendances générales et particulières, des avis et des justifications. Dès lors chacun est invité à réagir et à répondre à un deuxième questionnaire élaboré en fonction des premiers avis recueillis, et ainsi de suite jusqu'à l'obtention d'une convergence aussi forte que possible des réponses.

a) ... devenu « médecin traitant »

Le développement du concept de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et la préoccupation croissante d'apporter des soins de la meilleure qualité possible aux patients ont été à l'origine de la mise en place, dans les deux dernières décennies, de nombreuses mesures visant à modifier les pratiques professionnelles des médecins.

Le concept de médecin traitant a été introduit pour la première fois sous l'intitulé de « médecin référent », dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999⁵, validée par le Conseil Constitutionnel qu'apparaît. Le médecin référent est un dispositif également connu sous l'expression "Contrat de suivi médical patient-médecin généraliste". Considéré alors comme une option, le modèle de médecin référent se définit par la signature d'un contrat entre un patient et son médecin généraliste qui devient alors son médecin référent. La durée de ce contrat est d'une année et se conclue sur la base du volontariat. Pendant cette période, le patient s'engage à ne pas consulter d'autres médecins. L'incitation à l'acceptation de la procédure par les deux parties repose sur un avantage financier : le médecin reçoit une prime annuelle (de 150 FF à l'époque) par contrat et le patient ne paie que le ticket modérateur. Cette réduction de l'avance des frais facilite l'accès aux soins. Cette réforme visait également à assurer un suivi médical du patient dans la durée, avec un historique médical du patient rendu accessible au médecin référent. En ce sens, cette option vient lutter contre le nomadisme médical.

En fait, l'objectif est de faire converger la coordination du patient vers le médecin référent.

Cette option de « médecin référent » va disparaître avec un avenant d'avril 2007 à la convention médicale, au profit du « médecin traitant », sans qu'une réelle convergence entre le médecin référent et le médecin traitant ne soit établie. Les médecins référents ne touchent plus leur rémunération spécifique dès 2009, alors que les obligations du médecin traitant ressemblent étrangement à celles du médecin référent sans leur donner le moyen pour les réaliser : « *Le dispositif du médecin traitant place le médecin généraliste au cœur de l'organisation et de la coordination des soins. Les parties signataires se sont attachées à renforcer les missions du médecin traitant, notamment dans le domaine de la prévention, de la permanence des soins et de la formation professionnelle continue* »⁶. Ainsi, les généralistes doivent continuer d'assurer tout le travail de coordination et de prévention sans la rémunération dédiée de l'Option Référent, qui était une vraie reconnaissance de la fonction du généraliste dans toute son activité hors consultation. Et ce, même si tous les professionnels de santé s'accordent à dire que ces activités 'non-soignantes' ne sont pas du tout valorisantes et très chronophages, à l'instar du travail administratif et du temps d'échange avec les collaborateurs de santé²².

b) ... Il répond à des contraintes socio-économiques...

C'est la loi n°2004-810 du 13 août 2004⁷ relative à l'Assurance maladie qui instaure le concept du «médecin traitant», visant à favoriser la coordination et la qualité des soins. Ce dispositif est une des réponses apportées au déficit de la Sécurité Sociale qui se chiffrait, en 2004, à plus de 13 milliards d'euros. En instaurant un médecin traitant, librement choisi par le patient, l'objectif était de limiter au maximum les rendez-vous médicaux redondants (CF. PARAGRAPHE I-C-2.C)) et inutiles, en orientant les patients vers les spécialistes les plus appropriés. Fin 2008, 85 % des assurés au régime général ont déclaré un médecin traitant qui, dans la plupart des situations, correspondait à un médecin généraliste libéral (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et des Travailleurs Sociaux, 2009). Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006, un français sur huit avait déclaré un médecin traitant 6 mois plus tard (point d'information mensuel de la Cnamts du 6 juin 2006)⁸.

Le préambule de l'avenant n°12 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie* fait un point sur les premières retombées des mesures prises dans les réformes du parcours de soin. Fin décembre 2005, 93% déclarations de médecins traitants, 722 millions d'euros d'économies «sur la part relevant de la responsabilité des médecins généralistes ». (CF. ANNEXE 1). Le gouvernement encourage donc ces mesures, bien conscient que les pratiques professionnelles des médecins généralistes ont été durement bousculées par les réformes successives.

c) ... avec des missions bien définies...

Les missions du médecin traitant sont clairement exposées dans la convention médecins – assurance maladie de 2005⁹ :

- assurer le premier niveau de recours aux soins
- orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient
- assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé
- contribuer à la rédaction du protocole des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants, selon les propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade
- centraliser les avis et favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale
- apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet

* Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°76 du 30 mars 2006 page 4768, texte n° 29, NOR: SANS0621311A

Mais déjà bien des années avant, en 1997, Le collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants avait élaboré un Référentiel Métier du Médecin Généraliste, dont la fiche n°2 est dédiée à la Gestion des informations par le médecin généraliste¹⁰. On y retrouve le souci de la gestion de l'information concernant le patient, que ce soit pour sa transmission au sein de l'équipe soignante, que pour ses conditions de conservation. Les 'problématiques relationnelles et de communication' sont soulevés, en même temps que la gestion des informations à la fois 'sur papier' et 'informatiques'.

Avec quelques années de recul sur ce dispositif de médecin traitant, une enquête¹¹ menée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes en 2010, a interrogé l'opinion générale des généralistes sur leur rôle de médecin traitant. Si les médecins ont indiqué que la mise en place du dispositif du médecin traitant (et les différentes missions qui en découlent) n'avait occasionné aucun changement dans leurs pratiques professionnelles, la moitié d'entre eux avaient un avis général négatif de l'impact de ce dispositif sur leurs *pratiques professionnelles*. Les principaux effets positifs perçus concernent l'orientation du patient dans le parcours de soins coordonnés (point considéré comme négatif par un bon nombre de médecins interrogés également), le suivi médical des patients et la coordination par la synthèse des informations et leur intégration dans le dossier patient.

La mise en place du dispositif du 'médecin traitant' ne semble pas non plus avoir fait évoluer les *activités des généralistes*, à l'exception des tâches administratives dont l'augmentation est massivement perçue comme assez négative (neuf médecins sur dix). Parmi les principales évolutions positives recensées, on retrouve la réduction des recours multiples pour un même problème de santé et les échanges avec les médecins correspondants.

d) ... et devient coordinateur de soins...

Sa mission de coordination des soins a été réaffirmée dans la loi HPST du 21 juillet 2009, où le médecin généraliste est décrit comme un acteur pivot des soins de premiers recours.¹² L'idée étant toujours de fixer les modalités de l'accompagnement du patient, dans son parcours de soins, orienté par son médecin traitant, pour lui garantir la meilleure qualité des soins possible. Cette loi souligne l'importance d'une organisation et d'une utilisation plus cohérentes du système de santé, allant de pair avec une restructuration des intervenants qui y participent.

La Société française de Santé Publique, a communiqué dans ses dossiers de Promotion de la Santé/Education pour la Santé, en date du 19 septembre 2007, un message important en reconnaissant au médecin généraliste devenu médecin traitant, un rôle d'acteur-clé du dispositif de santé. Ces derniers ont une *connaissance inégalable de leurs patients*. Cette connaissance de leurs patients, ils l'acquièrent sur le long terme, dans le cadre d'un suivi consciencieux de leurs patients.

Le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) souligne d'ailleurs à propos du médecin traitant que « *Ses interventions, en particulier celles de première intention, contribuent de façon déterminante à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population. La répétition d'actes redondants doit redevenir l'exception.* »¹³ La deuxième partie de cette assertion confirme la problématique de fond qu'est le coût engendré par des examens jugés inutiles ou redondants du fait d'une coordination insuffisamment efficace des différents professionnels de santé.

Coordinateur de soins au cœur d'un parcours, la communication prend toute son importance pour le médecin généraliste...

2. Le parcours de soin du patient

La redéfinition du parcours de soins s'inscrit dans une exigence de continuité des soins, mais aussi de respect d'une offre de proximité, que ce soit en terme de temps, de distance, de qualité ou de sécurité.

a) *Une idée pour faire des économies...*

Les dépenses de santé ont très fortement augmenté ces quarante dernières années, progressant plus vite que la richesse nationale : la consommation de soins et de biens médicaux atteint ainsi 8,7 % du PIB en 2001 contre 4,2 % en 1960 (source : Comptes de la santé en 2001). En 2006, la France est le quatrième pays industrialisé pour la part des dépenses de santé dans le PIB, derrière les États-Unis, l'Allemagne et la Suisse. Elle dépense plus que ses principaux partenaires européens, mais pour des performances sanitaires assez proches. Une mesure est proposée dès 1972 par l'abaissement du *numerus clausus* à l'entrée dans les études médicales, dont l'impact ne s'est fait ressentir qu'en 1996, après un doublement du nombre de médecins entre 1971 et 1995. Elle s'associe à une volonté d'encadrement des prix des soins ambulatoires et des médicaments.

Mais la maîtrise médicalisée des dépenses de santé vise plutôt à proscrire les comportements abusifs tout en améliorant la qualité des soins. Elle prend essentiellement la forme de 'bonnes pratiques' diffusées auprès des professionnels de santé. Inaugurée avec la mise en place de références médicales opposables en 1993 (référentiels de bonne pratique médicale visant à éviter des actes et des prescriptions inutiles), elle a été prolongée à l'occasion de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2000 par des accords de bon usage des soins. Ceux-ci peuvent être conclus au niveau national ou régional par les partenaires conventionnels et doivent définir des 'objectifs médicalisés d'évolution des pratiques'. Individuellement, les médecins peuvent également adhérer à un contrat de bonnes pratiques. La loi du 6 mars 2002 relative aux relations conventionnelles prévoit le développement de tels dispositifs.

L'ordonnance du 24 avril 1996 a introduit à titre expérimental deux nouveaux dispositifs : les réseaux de soins, qui réunissent autour d'une pathologie plusieurs professionnels de santé, et les filières de soins, organisées autour d'un médecin référent qui décide de l'orientation du patient et assure son suivi médical. Ces modes d'organisation se sont toutefois peu développés en 2006, en particulier les filières de soins, qui regroupent moins de 1 % des patients.

La loi organique du 22 juillet 1996 a instauré le vote annuel d'un objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Celui-ci est réparti ensuite entre les grandes catégories de dépenses : hôpitaux, soins de ville, médico-social. Pour les soins de ville, les caisses de sécurité sociale négocient avec les professionnels de santé la répartition de l'enveloppe dans le cadre d'annexes aux conventions. La loi de financement de la sécurité sociale de 2002 mettait en place un dispositif simplifié d'agrément et de financement des réseaux de santé, ajoutant un nouveau concept de maîtrise médicalisée des dépenses.

b) Des échecs successifs à l'origine de nouvelles initiatives

Malgré tous ces dispositifs, les objectifs ne sont pas tenus : à l'exception de 1997, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) a été dépassé chaque année : de 2,6 milliards d'euros en 2000 et 2001 notamment.

La dernière réforme de maladie, en août 2004, s'est alors efforcée d'accroître l'efficacité de la maîtrise de la dépense, notamment en instaurant un dispositif d'alerte pouvant être déclenché en cours d'année par un comité indépendant, en cas de dépassement supérieure à 0.75% du budget anticipé par l'ONDAM. Mais elle a surtout rationalisé le parcours de soins, en réorganisant la circulation des informations entre médecins traitants et consultants. Malgré ces nouvelles dispositions, les systèmes en places sont face à un échec consternant : dépassement massif de l'ONDAM en 2007, dépassement bien moindre mais mal anticipé en 2009, et ce, principalement du fait des soins de ville et surtout des dépenses de médicaments¹⁴.

Pourtant, tout espoir n'est pas perdu selon le président de la première chambre de la Cour des comptes, Raoul Brie :

« Des marges d'amélioration importantes subsistent même s'il est irréaliste de penser, au regard des caractéristiques mêmes de notre système et des aléas épidémiologiques, que l'ONDAM puisse être respecté chaque année à quelques millions d'euros près... »¹⁵

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 crée le Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM)¹⁶ destiné d'abord à permettre le suivi individuel de l'activité des professionnels de santé libéraux, structures hospitalières publiques et privées ; ensuite à restituer à ces 'offreurs' de soins une image de leur activité au travers des remboursements de l'assurance maladie avec un niveau de détail voulu le plus fin possible. Mais, en même temps que le SNIIR-AM se met en place, la problématique de la régulation continue d'évoluer, en parallèle avec les besoins de santé... quelle est l'efficacité de la réponse que le progrès médical peut apporter à cette évolution ?

L'idée de base est bien qu'une rationalisation de ces parcours serait, à terme, génératrice d'économies. Pour vérifier cette idée, il faudrait suivre le malade tout au long de son traitement. Le suivi et l'analyse des parcours de soins permettraient ainsi d'apporter une réponse à ce que l'on appelle le nomadisme médical. Ce dernier constituerait un facteur important de soins inutiles, redondants ou dispensés à mauvais escient et justifierait une régulation économique du système. La solution retenue à ce jour, est celle du choix d'un médecin traitant : la loi privilégie maintenant l'adressage de médecin à médecin, et se réserve les moyens d'infléchir les comportements actuels en pénalisant financièrement le patient en cas d'accès direct à certains médecins spécialistes.

c) Le problème du nomadisme médical

Le lien retenu entre nomadisme médical et médecin référent est assez simple : un risque de consultations multiples pour une même pathologie contribue à une augmentation des dépenses de remboursements de soins. Afin de contenir ce phénomène, les autorités sanitaires ont mis en place, fin des années 90, un « traçage » des itinéraires et fréquences de soins par l'instauration du système de médecin référent. L'Etat espère ainsi sensibiliser les acteurs à l'enjeu financier que représente ce nomadisme médical, comptant ensuite sur leur collaboration pour modifier leurs habitudes.

Si l'on considère que le « nomadisme médical » est une des causes de dépense superflues dans le domaine de la santé, à laquelle il faudrait remédier, les études sur le sujet sont rares et antérieures à 2000. Un de ces travaux s'est penché sur la modélisation du phénomène¹⁷. Ce travail s'appuie sur plusieurs autres travaux :

➤ une étude de Bohet en 1985¹⁸, qui montre qu'il est important de connaître les raisons pour lesquelles un malade consulte pour une même affection et dans un laps de temps assez court deux médecins d'une même spécialité, car cette attitude engendre des dépenses pouvant s'avérer superflues. En prenant appui sur un échantillon de 14187 malades (EPAS, panel 1983) l'étude révèle une certaine infidélité vis-à-vis des omnipraticiens :

- 34,8% des malades ont vu 2 médecins généralistes dans l'année.
- 10,7% des malades ont vu 2 radiologues ou plus dans l'année.
- 7% des malades ont vu 2 pédiatres ou plus dans l'année.
- 2 à 3% des malades ont vu 2 médecins ou plus d'une autre spécialité.

➤ un document de recherche de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés (Cnamts) en 1992¹⁹ met en exergue un nomadisme médical brut de l'ordre de 37 %. L'étude ne dit pas s'il s'agit d'un changement occasionnel ou définitif de médecin. Mais si on retient une définition stricte du nomadisme, en délimitant la pluri-consultation à un intervalle de 15 jours, parmi les 36.9% de patients qui ont consulté au moins 2 généralistes, 43.1 % l'ont fait dans les 15 jours. Parmi ceux-ci, seuls 10 % sont de vrais nomades, les autres l'ont fait car ils n'avaient pas d'autre choix (cas de force majeure, urgence, nuit, médecin traitant absent, etc.). Donc, uniquement 1.6 % de l'échantillon des assurés doivent être considérés comme de véritables nomades. Le nomadisme authentique, bien que non nul, semble restreint. Ces résultats semblent confirmés par les études portant sur le nombre de séances de médecins, dans les 15 jours, pour un même épisode de soins (Breuil-Genier, 1998-1999). La fréquence de renvoi du malade vers un autre confrère (généraliste ou spécialiste) est faible (moins de 6%).

La conclusion de ce travail¹⁷ est que les rares changements volontaires de médecin plaident plutôt pour une large sédentarité du patient. Il existe une régularité de comportement concernant le recours au médecin : sauf cas de force majeure, le patient consulte 'son' médecin. Ce dernier peut donc être qualifié de médecin de référence. En effet, le patient semble "affilié" à un médecin qui lui sert de référence ("médecin de famille") sans pour autant que cela soit obligatoire. Il s'agit ici d'une affiliation cognitive et non d'une affiliation administrative.

d) Des retombées administratives pour le médecin

Quelles que soient les enquêtes réalisées auprès des médecins généralistes ou spécialistes, nombreux sont ceux qui déclarent les tâches administratives qu'ils supportent trop lourdes. Ainsi, lors de la deuxième vague du panel de généralistes de la Drees, en 2007, près de neuf généralistes interrogés sur dix estimaient que leur charge administrative avait augmenté suite à la mise en place de la réforme relative au médecin traitant²¹.

Dans l'étude réalisée par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) Rhône-Alpes en 2003 auprès de 123 généralistes de la région, seules étaient étudiées les tâches dites 'administratives' et se rapportant aux patients (télétransmission, gestion des tiers payants...)*. Sur ce champ réduit, les généralistes de la région estimaient à 1 heure 47 minutes par journée d'activité le temps consacré à des tâches administratives liées aux patients, soit 18 % de leur activité professionnelle quotidienne. La télétransmission des feuilles de soins électroniques et la gestion du tiers payant constituaient en 2003 les deux tâches les plus prenantes. Un autre grand type de charge administrative concernait la constitution de dossiers pour l'allocation adulte handicapé ou pour l'Allocation personnalisée d'autonomie... Leur simplification et informatisation devraient permettre d'en réduire le temps de remplissage, diminuant le temps de travail. De même, la création en 2007 d'un compte professionnel personnel (AMeliPro) accessible sur le site de l'Assurance maladie, a probablement permis de réduire le temps passé à la gestion des tiers-payants. Enfin, l'établissement de certificats médicaux de tout type constituait pour les généralistes interrogés les autres charges administratives même si elles se déroulaient lors de la consultation et étaient souvent la raison du recours.

Cette étude portant sur un échantillon restreint de praticiens de la région Rhône-Alpes, n'est pas extrapolable, mais permet d'appréhender le contenu des temps que les généralistes interrogés déclarent relever du domaine administratif lié au patient et non rémunéré. À partir de cette enquête, les généralistes de cette région interrogés estimaient la durée hebdomadaire de ces tâches à pratiquement 6 heures. 57 % des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées, interrogés en 2002 (URML Midi-Pyrénées, 2002), et la moitié de ceux de la région Centre, interrogés en 2004 (URML Centre, 2004), estimaient leur temps de travail administratif (sans autre précision) entre 2 et 5 heures par semaine. 30 % d'entre eux déclaraient y consacrer de 5 à 10 heures par semaine et 12 à 15 % moins de 2 heures. Les écarts de temps administratifs déclarés par les médecins de ces deux régions peuvent s'expliquer par la présence ou non d'un secrétariat, ou une définition peu explicite de ces 'tâches administratives'. Cependant, le temps moyen consacré aux tâches administratives est très comparable dans ces deux échantillons : environ quatre heures et demie par semaine.

Une autre source régionale de 527 généralistes interrogés en 2005 dans le cadre du panel MG Provence-Alpes-Côte d'Azur[†], montre que les médecins consacraient en moyenne 6 heures et demie par semaine aux tâches administratives et de gestion.

* Union régionale des médecins libéraux, URML 2004

† Ventelou, Saliba, 2007

e) ***Quand il faut faire appel à des compétences de spécialistes***

(1) *De la théorie...*

Le médecin est tenu de proposer à ses patients la meilleure prise en charge possible. L'article 60 du code de la santé publique* le rappelle en ces termes :

« Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice. S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade. A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient ».

Les traités de déontologie du XIXe siècle et du début du XXe entraînent dans le détail de cette pratique qui existait déjà au Moyen-Age : le médecin traitant devait arriver le premier au rendez-vous, faire les présentations, s'entretenir avec le médecin consultant avant d'assister passivement à l'examen du malade ; puis médecins traitant et consultant se retiraient pour discuter. Le médecin le moins gradé prenait le premier la parole, alors que le plus ancien résumait la situation et proposait les conclusions. Au moment de rédiger l'ordonnance, c'est au médecin traitant de signer le premier ; le consultant contresigne 'au-dessous ou sur la même ligne', donne les explications à la famille et lit l'ordonnance. Puis il sera question des honoraires...

Aujourd'hui c'est plus souvent le patient qui se déplace au cabinet du médecin consultant, que l'inverse. Et, en pratique libérale, le médecin traitant ne rencontre plus en personne le médecin consultant en présence du patient. Mais cela reste un devoir pour tout médecin de proposer une consultation, pour demander l'avis d'un confrère spécialisé, lorsqu'il se trouve lui-même en difficulté, souhaite un avis complémentaire ou estime que l'état du patient requiert une intervention diagnostique spécialisée (tel qu'il est précisé dans l'article 70).

S'il n'en a pas pris l'initiative, il doit accepter une telle consultation demandée par le patient ou par son entourage, avec l'accord de l'intéressé. Le choix du médecin consultant peut être orienté par le médecin traitant sur la demande du patient qui garde sa liberté de choix. Dans tous les cas, il doit de préférence remettre au malade une lettre ou tout document susceptible d'éclairer le consultant ou les lui adresser séparément s'il ne juge pas souhaitable de les remettre en main propre au patient, mais en l'en informant. A la fin de la consultation, le médecin consultant répondra au médecin traitant et l'informerá de ses constatations ou donnera l'avis demandé. En cas d'urgence, cette réponse peut être orale, téléphonique, mais elle sera systématiquement doublée par une lettre écrite, moins soumise à erreur de transmission et laissant une trace de la consultation auprès des deux médecins. Le patient est informé de cet échange et, de préférence, de son contenu.

* article R.4127-60 du code de la santé publique

(2) ...à la pratique

Cet article 60 du code de la santé publique est l'occasion de revoir certaines positions.

Selon la loi, la demande émanant d'un patient, de consulter un médecin spécialiste, doit être entendue par son médecin traitant et faire l'objet de la rédaction d'un courrier. Cela sous-entend que la rédaction d'un courrier à l'adresse du médecin consultant n'est pas une obligation liée au respect du parcours de soin mais bien un devoir du médecin envers son patient et son collaborateur, toujours en vue de permettre une prise en charge du patient adéquate. Le médecin généraliste n'est pas en position d'arbitrage, à décider si la consultation est nécessaire ou non. Il lui reste le droit de se dédire, à condition de proposer au patient une alternative à sa demande ou en le renvoyant vers un confrère qui pourrait accéder à sa demande.

On peut alors légitimement se poser la question du réel rôle du médecin, à réguler - ou tout au moins orienter- les consultations de ses patients. D'autant que chaque pièce constituant le dossier du patient est une potentielle preuve juridique, on voit bien que le médecin traitant se retrouve dans une position assez inconfortable, où un refus de sa part d'accéder à la demande de ses patients pourrait se retourner contre lui.

D'ailleurs, une étude²⁰ TNS Sofres, réalisée 'online' pour la Fédération hospitalière de France du 27 avril au 4 mai 2012, auprès d'un échantillon* national de 803 médecins, a mis en évidence les raisons qui poussent les médecins généralistes à réaliser certains actes médicaux alors qu'ils ne sont pas forcément justifiés :

- les demandes des patients (93% des réponses des médecins généralistes)
- la peur du risque judiciaire (55% des réponses des médecins généralistes)

Pour les médecins généralistes interrogés, seuls 68% des actes réalisés sont justifiés.

Le médecin généraliste est un véritable relai d'informations au sein du parcours de soins, auprès de ses correspondants...

* Echantillon redressé pour que l'ensemble des réponses soit représentatif du corps médical, composé de 402 médecins hospitaliers, 201 médecins spécialistes libéraux, 200 médecins généralistes libéraux

3. Les partenaires de soins

Les professions de santé (médicales et paramédicales) sont réglementées par le Code de la santé publique qui garantit le monopole d'exercice aux titulaires du diplôme d'Etat. Leur exercice peut être salarié ou libéral.

a) *Le médecin correspondant ou consultant*

Maillon important dans le parcours de soins, le médecin généraliste est très fréquemment en contact avec lui

Intervenant en coordination avec le médecin traitant, le médecin correspondant garantit le second recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés. Il constitue un maillon important dans le parcours de soins, avec lequel le médecin généraliste est très fréquemment en contact. Selon une étude de la Drees de 2007²¹, sur une période de quinze jours, 90% des généralistes échangent avec un médecin spécialiste concernant un de leurs patients. Ces spécialistes consultants sont surtout en libéral. Dans 80 % des cas, la dernière fois que le généraliste a orienté un patient vers l'un de ses confrères, le spécialiste consulté était de statut libéral*.

Les missions du médecin spécialiste consultant, à l'instar de celle des médecins traitants, sont redéfinies dans la convention médecins – assurance maladie de 2005⁷ :

- Répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés en tenant compte des informations médicales relatives aux délais transmises par le médecin traitant.
- Tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, tous éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient : résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions.

Conformément à l'article 18 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, le médecin correspondant doit répondre à certaines obligations :

- rendre un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant, ne lui donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.
 - adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi.
- Il pourra bénéficier, ce titre, de l'option de coordination, instaurée afin de favoriser l'accès aux soins et de prendre en compte, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, leur engagement dans la coordination des soins réalisés à tarifs maîtrisés. Cette option de coordination sous-entend un engagement implicite des spécialistes à informer les médecins qui leur ont adressé un patient.

* Ces chiffres sont à rapprocher des données nationales : on compte 41 millions de consultations externes effectuées par les praticiens hospitaliers dans les établissements publics de santé, contre 160 millions de consultations remboursées par l'assurance maladie à des spécialistes exerçant en libéral (SAE, SNIR).

Parallèlement, le médecin spécialiste est très largement choisi sur des critères relevant de la relation professionnelle entre les praticiens :

- la qualité du retour d'information : la dernière fois qu'ils ont adressé un patient à un spécialiste, plus de 80 % des généralistes disent avoir pris en compte *l'habitude de travailler avec ces confrères et la certitude qu'ils les tiendront informés*.
- le délai de réponse : le *dernier compte rendu de consultation spécialisée reçu à leur cabinet est arrivé dans des délais satisfaisants pour assurer la suite de la prise en charge de leur patient*²¹.

Deux autres informations livrées dans cette étude nous permettent de dire que les médecins généralistes connaissent bien les spécialistes à qui ils adressent leurs patients :

- dans 80% des cas, les médecins généralistes indiquent un nom à leur patient.
- dans 95% des cas, les médecins généralistes rédigent un courrier à l'attention de leurs confrères, et une fois sur trois, ils le joignent par téléphone ou par mail afin d'accélérer la procédure.

Les résultats d'une autre étude réalisée entre 2002 et 2004²² sur les réseaux de soins informels, montrait que les généralistes sont également très attentifs à l'opinion de leurs patients à l'égard des spécialistes pour évaluer les compétences techniques de leurs collaborateurs. Les patients ont donc leur rôle à jouer dans le façonnement du réseau de partenaires de santé servant de cadre à leur parcours de soins. Cependant, « *ils attendent des professionnels qu'ils communiquent entre eux et échangent sur leur cas comme une garantie de 'bons' soins* ». Cette même enquête montre que les 'bons' partenaires sont ceux qui savent se rendre disponibles pour leurs patients mais également pour leurs correspondants « *répondre au téléphone, appeler, prendre le temps d'écrire et de rencontrer les autres acteurs* ».

Les médecins généralistes tissent, peu à peu, leurs réseaux de relations avec des professionnels de santé médicaux mais aussi paramédicaux.

b) *Les professionnels paramédicaux*

Les évolutions du système de santé font de la coopération un enjeu prioritaire - au sens de l'article 51 de la loi HPST – afin de garantir aux patients un accès aux soins de qualité sur tout le territoire national.

Les enjeux de la coopération entre professionnels de santé font écho, en partie, à la tâche de coordination des médecins traitants. Ils apparaissent aux articles L. 4011-1 à L.4011-3 du code de la santé publique²³ :

- prise en charge des patients reposant sur une coordination performante entre tous les intervenants de façon à optimiser leur parcours de soins
- évolution de l'exercice professionnel et l'extension des champs d'intervention des professions paramédicales, au regard de la mutation des pratiques professionnelles
- gain de temps médical pour permettre aux professions médicales de centrer leur activité sur des missions d'expertise.

Les échanges entre généralistes et **pharmaciens** sont très fréquents. Avec plus de 85 % des médecins interviewés qui déclarent en avoir eu au cours des quinze derniers jours. Ce résultat est en lien direct avec la forte proportion de consultations faisant l'objet d'une prescription de médicaments.

Même si les consultations avec prescriptions de biologie ou d'actes paramédicaux sont moins fréquentes, les généralistes ont régulièrement des contacts avec les **infirmiers** (entre 63 % et 76 %)- l'importance de ces échanges étant à rapprocher de la prise en charge des personnes âgées à domicile dans leur activité* - ; les contacts sont plus rares avec les **biologistes** (entre 52 % et 67 %) et les **masseurs-kinésithérapeutes** (entre 41 % et 53 %) et se font franchement sporadiques avec les **orthophonistes** (de 5 % à 14 %)²¹.

Moins de 5 % des généralistes indiquent ainsi avoir eu des contacts au cours des quinze derniers jours à propos d'un patient avec une **sage-femme** ou un **diététicien**.

Même si les consultations de psychologues ne font pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie, les généralistes peuvent être conduits à leur adresser des patients. Environ 13 % des médecins interviewés déclarent avoir eu des échanges avec l'un de ces professionnels au cours des quinze derniers jours à propos d'un patient.

Le code de la santé publique décline une typologie en 3 catégories des professions de la santé :

- les professions médicales : médecins*, sages-femmes* et odontologistes*
- les professions de la pharmacie : **pharmaciens***, préparateurs en pharmacie
- les professions d'auxiliaires médicaux: **infirmiers***, **masseurs-kinésithérapeutes***, pédicures-podologues*, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens.

* CNAMTS, 2005 ; Lenormand *et al*, 2001

* professionnels de santé rattachés à un ordre

c) *Les réseaux de soins*

Le médecin établit son réseau de partenaires de soins avec et autour de son patient afin d'assurer le relai des informations.

Les réseaux de santé (englobant les réseaux de soins) sont des modes d'organisation, centrés sur les malades, qui tentent de coordonner l'action d'intervenants partageant le même objectif. Cette coopération réunissant diverses compétences complémentaires n'est envisageable qu'en présence d'une communication fluide entre les intervenants.

(1) Les réseaux Informels

Ils ont donné naissance aux réseaux de soins informels aujourd'hui très encadrés. Moins formalisés, ils reposent sur les relations établies entre divers correspondants pour répondre au coup par coup à une difficulté rencontrée dans leur pratique.

Pour les définir, Marc Fourdrinier* leur consacre les termes d'interpersonnel, d'affinité et de ressource potentielle. Ces réseaux sont constitués de membres entre lesquels des relations personnelles se développent et qui peuvent être mobilisés dans le cadre de leurs fonctions et de leurs rôles professionnels. Ces relations sont propres à chacun et ne reposent pas sur des appartenances institutionnelles. Ces structures informelles peuvent se construire aussi bien dans ses relations privées que dans ses relations professionnelles : c'est l'un des aspects du fonctionnement informel des organisations. Et sont bien souvent, ce sont les arrangements construits par les réseaux qui permettent de faire face aux situations²⁴.

Suite aux ordonnances Juppé de 1996 (cf. ci-dessous), mais avant la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004, une étude²² s'est intéressée à la nature des relations qui unissent les différents acteurs de soins libéraux autour des médecins généralistes dans des réseaux de soins informels identifiés. Alors qu'aucun texte encore ne faisait des généralistes des coordinateurs de soins, la tendance de ces derniers à revendiquer un savoir spécifique sur le patient (biographie, mode de vie, dossier médical) les positionnait d'emblée comme 'pivots' du système de santé. Leur **tendance à se singulariser** dans leur pratique par rapport à leurs confrères rendait parfois la communication difficile avec les autres acteurs soignants. Le médecin généraliste ne coordonnait pas encore véritablement, mais supervisait déjà les projets thérapeutiques et articulait « *les compétences et les actions des autres soignants selon ses propres conceptions du rôle de chacun* » ; et aucun acteur n'était unanimement reconnu comme 'acteur charnière'. Les professionnels de santé n'avaient pas de vision transversale de leurs patients du fait d'un cloisonnement entre les groupes professionnels et des contraintes logistiques (comme le manque de temps).

* Sociologue. Maître de Conférences à l'Université de Reims, Champagne -Ardennes

Pour les médecins généralistes, ces réseaux de soins informels semblaient réunir plusieurs concepts qui leurs sont chers : travail en équipe, autonomie, réciprocité. Mais surtout, les interrelations existantes permettent aux médecins de se prémunir dans certaines situations. Leur exercice de généraliste les confronte quotidiennement aux « *difficultés de la décision solitaire engageant sa responsabilité, aux incertitudes et aux limites du savoir médical, aux risques d'erreur médicale* »²². En se rapprochant de personnes ressources, le médecin généraliste répond à son besoin de « *se protéger juridiquement mais aussi d'être confirmé dans son savoir, d'être rassuré sur ses compétences techniques, relationnelles.* »

(2) Les réseaux Formels

Ils répondent à une définition précise de l'ANAES, « *un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins. Il est composé d'acteurs (...) dont la coopération est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge des personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé. Les réseaux se caractérisent par leurs finalités, leurs objectifs opérationnels, leurs intervenants, leurs modalités d'organisation, leurs modalités de circulation de l'information, leurs modalités de financement des activités du réseau, leurs cadres d'analyse de leur performance* »

Leur émergence récente et formalisée remonte aux années 90 avec la mise en place de réseaux ville-hôpital de 'première génération'. Créés le 4 juin 1991 sur l'initiative de médecins de ville et hospitaliers, initialement pour prendre en charge des patients VIH, ils se sont depuis diversifiés pour de nombreuses pathologies (essentiellement chroniques).

Avec les ordonnances Juppé du 24 avril 1996, ce nouveau type d'organisation obtient un statut officiel et son cadre légal corollaire. Le concept de réseau de santé est alors inscrit dans le Code de la sécurité sociale et dans celui de la santé publique, en impliquant les secteurs sanitaires et sociaux. Ces mesures ont depuis été réaffirmées par de nombreux textes qui favorisent le développement et la structuration des réseaux en renforçant leur cadre d'application. Ainsi l'instauration des fonds d'amélioration de la qualité des soins en ville (FAQSV dans le cadre de la LFSS* pour 1999) la décentralisation au niveau régionale d'agrément des réseaux (LFSS pour 2001) puis une dotation nationale de développement des réseaux inscrite dans l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (LFSS pour 2002).

* Loi de Financement de la Sécurité Sociale

La mise en place de ces réseaux de soins aspire à satisfaire :

- Les usagers, aspirant à une prise en charge plus globale, humanisée, concertée et coordonnée. Ils sont exigeants quant à la qualité des soins et à l'information qui peut circuler les concernant.
- Les médecins qui, face au progrès et à la spécialisation croissante, restreignent leur champ de compétences, devant alors coordonner leurs actions (nécessité croissante d'une communication entre eux et avec les autres professions sanitaires et sociales) et se former continuellement.
- Les financeurs, toujours plus attentifs aux ressources allouées aux dépenses de santé, ils cherchent à mieux réguler et à améliorer l'efficacité du système de soins. La diffusion des réseaux de soins s'explique notamment par l'accroissement des affections chroniques, la diminution du nombre d'établissements, la complexité et la spécificité des soins et la volonté de mieux maîtriser les dépenses de santé.

Au vu de différentes études réalisées après 1996, il apparaît que cette satisfaction reste toute relative. Notamment cet idéal relationnel attribué aux réseaux de soins par les professionnels de santé semble mis à mal par la réalité du terrain. L'organisation, l'existence de barrières hiérarchiques symboliques et la charge de travail de chacun, limitent le temps imparti aux interactions chronophages entre professionnels²².

Les principaux objectifs fixés par les réseaux nécessitent la mise en œuvre de certains outils comme les référentiels de pratiques professionnelles (indispensable pour accroître la qualité des soins, servir de support pour la formation des professionnels engagés dans le réseau et faciliter la réalisation d'audits de pratique). On retrouve évidemment la nécessité d'un dossier de santé commun, qui rendrait possible le partage d'informations relatives aux actes diagnostics ou thérapeutiques déjà entrepris, à l'état de santé du patient et à son évolution ; accessible directement pour les patients il revêt un caractère médico-légal majeur. Mais les réseaux se doivent également d'être communicants et centrés sur un système d'information facilitant l'accès aux connaissances professionnelles et aux dossiers communs des patients tout en respectant la confidentialité des données transmises.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999²⁵, il est clairement reconnu que « *Notre système de santé souffre de cloisonnements excessifs qui nuisent à la qualité des soins et sont source de dépenses inutiles. Le Gouvernement entend soutenir et favoriser les initiatives visant à une meilleure coordination des soins* ».

Oui mais ... comment ?

D. COMMUNIQUER DES DONNEES MEDICALES

La communication, en médecine, peut revêtir différents aspects, qui lui sont bien spécifiques.

On peut communiquer pour **transmettre des connaissances**, comme le savoir médical qui se transmet du maître à l'élève depuis des générations, restant accessibles aux seuls membres de la corporation des médecins. Le savoir se pérennise dans la transmission orale... Depuis plusieurs millénaires, des informations médicales sont inscrites sur des supports physiques tels que des papyrus, des tablettes d'argiles ou plus récemment, du papier ou des bases de données informatiques. Les premiers documents écrits relatifs à la santé sont en fait des compilations de descriptions de pathologies et de remèdes divers et variés. Le premier recueil d'observations de patients est bien plus récent, et remonte au premier siècle de notre ère.

Communiquer, c'est aussi **échanger des informations**, débattre des idées, discuter des points de vue. En prêtant allégeance au Serment d'Hippocrate, le médecin s'engage à transmettre et partager son savoir avec ses pairs à l'exclusion de toute personne n'ayant pas prêté ce même serment. Il s'engage également à taire tout ce qu'il aura vu ou entendu dans le cadre de son exercice. On perçoit déjà la complexité de la communication dans la pratique de l'art de la médecine. Parvenir à partager un savoir sans nuire au patient...

Le malade, qui aspire à une meilleure information, ressent souvent chez les professionnels compétents, qui prennent en charge la maladie dont ils sont spécialistes, l'absence de vision globale de sa situation. Il est conscient des difficultés que rencontrent ces professionnels pour communiquer et s'informer mutuellement du résultat de leurs conclusions et actions respectives. Mais les patients sont obligés de 'faire avec'...

Aux médecins et aux organisations compétentes (gouvernementales ou non) de faire évoluer la situation favorablement, tout en préservant le principe du primum non nocere.

1. Communiquer, un concept

Les théories de la communication sont regroupées classiquement en 3 perspectives²⁶ :

- instrumentale (centrée sur l'étude des techniques de transmission, le canal),
- d'acteurs (focalisée sur l'interprétation de l'échange, la relation)
- interactionniste (fondée sur la construction de sens, l'action sociale qui organise les rôles et les règles de comportement).

Dans la 'Théorie mathématique de l'information' telle qu'elle a été établie par Claude Shannon en 1946, la situation fondamentale consiste en l'acte d'un émetteur qui transforme l'image mentale qu'il possède en une séquence, expédiée vers le lieu récepteur. Le sens est défini avant la transmission.

Dans la ‘Théorie cybernétique du contrôle’ établie par Norbert Wiener en 1950, la situation de base correspond à un émetteur-récepteur qui reçoit des messages en feedback d'un autre émetteur-récepteur. Pour G. Bateson (1940), « *l'information produit un nouveau point de vue sur des événements ou des objets, qui rend visible ce qui était invisible* ». L'école de Palo Alto montrera l'importance centrale de cette notion de feedback dans les relations interindividuelles²⁷. La communication inclut ici tous les types de messages échangés (verbaux/non verbaux; rituels/spontanés...), et le rôle de la méta communication est de pouvoir parler du sens de ces signes. Le sens se définit dans l'échange.

La construction de sens dépend d'un processus d'inférence, qui consiste à sélectionner, les informations qui sont pertinentes par rapport au contexte. Ce qui est à la base de cette construction de sens, c'est la réversibilité de ces schémas d'inférence, et la co-construction du sens est donc progressive, impliquant chacun des interlocuteurs²⁸. La communication est alors une véritable construction sociale.

La communication en médecine, selon les situations, est une alliance subtile de ces trois perspectives : sélectionner une information qui a du sens, en tenant compte du contexte et des retours sur cette information, tout en portant une attention particulière au canal utilisé pour communiquer cette information.

a) Pourquoi communiquer ?

Si les médecins communiquent sur la santé de leurs patients, c'est pour leur offrir une qualité de soins optimale. Ils s'informent mutuellement, en fonction de leurs spécialités, sur des éléments du dossier de leurs patients, afin de permettre un suivi et une connaissance globale du patient. Cela participe à ce ‘décloisonnement’ des professions de santé, pour une meilleure prise en charge du patient. Tout médecin devrait idéalement disposer de tous les éléments pour pouvoir s'insérer au bon moment dans la chaîne de soins, avec des informations disponibles en amont et en aval de son acte.

Communiquer et coordonner font le quotidien du médecin généraliste. Une étude de la SFMG menée en 1994 sur les actes et les fonctions du médecin généraliste²⁹, s'était penchée sur la fréquence des actes, les caractéristiques des interlocuteurs du généraliste, le sens de l'information et les médias utilisés. Communiquer faisait déjà partie des ‘actes et fonctions’ du médecin généraliste.

« Le médecin traitant consacre un temps méconnu mais indispensable à la coordination des soins autour de son patient, notamment par ses relations avec les autres acteurs du parcours de soins »

(1) Deux 'circuits' d'information

Ces informations circulent entre les professionnels de santé avec deux grandes fonctions, décrites par le Dr Jean Michel Lemettré* :

✓ **L'échange**, qui s'inscrit à un temps T, entre deux professionnels de santé, et correspond à une communication d'informations de pair à pair. Ces données échangées sont également l'occasion pour le médecin généraliste d'enrichir ses connaissances, au contact de professionnels maîtrisant un champ d'expertise bien spécifique. Des échanges de qualité (tant en fréquence qu'en contenu), participe effectivement, mais de façon totalement informelle, à la formation du médecin.

✓ **Le partage**, qui consiste à mettre à disposition des informations afin qu'elles soient disponibles à tous les professionnels de santé autorisés, en cas de nécessité.

(2) Une circulation à double sens de l'information

Les médecins traitants orientent leurs patients dans le système de soins au moyen de ces échanges d'informations. Le fait d'adresser le patient à un spécialiste bien ciblé, évite le 'nomadisme médical' (C.F.C.3.C), P.30) et permet au patient de trouver rapidement le bon intervenant qui pourra le prendre en charge. Les éléments de dossier communiqués au spécialiste par le médecin qui lui confie son patient, permettent au premier de mieux connaître le patient et de cerner rapidement son problème.

En retour, le médecin qui a adressé son patient à un confrère, pourrait avoir besoin de certaines informations de la part de son collaborateur telles que :

- le diagnostic retenu
- le traitement prescrit
- les examens complémentaires à réaliser
- les spécialistes à consulter
- les soins paramédicaux à envisager

Indirectement, ces données communiquées en retour, permettent au médecin traitant d'en déduire d'autres informations comme :

- savoir si le patient est bien aller consulter
- avoir la preuve que la prescription a bien été validée

Mais au-delà du contenu purement informationnel, cela lui permet de renforcer le lien entre le généraliste prescripteur et le spécialiste mobilisé pour le patient (notion de mise en réseau)

* Médecin généraliste à Amboise, allocution du 27 septembre 2012 lors du 3eme colloque sur l'erreur médicale, table ronde sur la maîtrise des aides informatiques

b) Les différents types d'échanges en médecine générale

(1) Le médecin pour lui-même : le dossier médical

Le premier type de communication est celui du médecin qui consigne par écrit, des informations relatives à ses patients, constituant ainsi leur dossier médical.

Longtemps, le dossier médical a été la simple matérialisation d'un besoin du médecin qui conservait les notes personnelles lui permettant de pallier un éventuel défaut de mémoire et ainsi, de ne rien oublier de l'histoire de son patient. Il a pu s'y adjoindre les écrits échangés avec d'autres confrères ou avec les proches ou la famille des malades. Ce dossier pouvait être partagé avec d'autres médecins au sein d'équipes soignantes, la morale professionnelle interdisant qu'il en fût autrement.

Avec le Code de déontologie en 1995, la tenue d'un dossier revêt un caractère obligatoire et devient un gage de la qualité de l'exercice professionnel. L'article 45 stipule que « *le médecin **doit** tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle; cette fiche est confidentielle et comporte des éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.* » Le dossier médical est destiné par essence à comporter la trace d'éléments personnels et intimes concernant le malade et donc, à ce titre, couverts par le secret médical. Le juriste s'est donc rapidement penché sur les conditions de sa conservation, de sa transmission et de sa divulgation. La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades précise les conditions de transmission de ce dossier au patient.

L'informatisation des cabinets médicaux a permis d'envisager un recueil plus exhaustif de données et un accès facilité aux informations qu'il comporte. Le transfert d'éléments de dossier à un collègue s'en trouve simplifié. La rigueur qu'il suscite ouvre des perspectives nouvelles pour la recherche ou pour le fonctionnement des réseaux de soins. Cet outil informatique a également permis un important mouvement de dématérialisation* des données personnelles de santé, composants de base du dossier électronique du patient.

Face aux nouvelles contraintes que représente, à terme, la tenue du dossier médical très élaboré, on voit mal comment échapper à l'informatisation. En effet, nombreuses sont les limites du dossier papier : difficulté d'extraction rapide des informations accumulées depuis de nombreuses années, problèmes de classement, de dégradation des supports et d'archivage, risque de multiplier inutilement la prescription des examens complémentaires ou encore de prescrire par inadvertance des traitements n'ayant pas fait leurs preuves ou ayant donné des effets indésirables.

* Transformation de supports d'information matériels (souvent des documents papier, dossiers...) en fichiers électroniques. Elle donne accès à une gestion totalement électronique des données ou des documents. Ceux-ci peuvent transiter dans le cadre d'échanges avec des partenaires. La dématérialisation est une réalité : emails, feuilles de soins électroniques, entrée/sortie des patients dans un établissement de soins...). Le terme de dématérialisation se discute puisque le nouveau support d'information 'électronique' est bien matériel (disque dur, clé USB, carte mémoire, carte Vitale...).

(2) Médecins – professionnels de santé

Ce deuxième type de communication permet au médecin de réunir toutes les informations nécessaires à un suivi de qualité à chacun de ses patients.

Aucune formation à la communication entre professionnels de santé n'est actuellement intégrée au cursus de formation hospitalo- universitaire des médecins généralistes.

Lorsque le médecin adresse son patient, et afin d'être assuré de la transmission de certaines informations considérées comme importantes pour le destinataire, il peut être amené à rédiger un courrier à son collaborateur. En retour, il serait légitime qu'il obtienne une réponse contenant certaines informations telles que le déroulement de la consultation, le diagnostic, la conclusion, le projet thérapeutique et la prise en charge à proposer au patient. Indirectement, le généraliste pourra en déduire que le patient s'est bien rendu à la consultation demandée ou a fait valider la prescription.

C'est également un bon moyen de renforcer le lien entre le généraliste prescripteur et le spécialiste mobilisé pour le patient (notion de mise en réseau). Lors de la fin de la prise en charge spécialisée, certaines informations supplémentaires pourraient faire l'objet d'échanges, pour vérifier :

- que la qualité et les effets de la prise en charge sont au rendez-vous,
- que les résultats correspondent à la demande du praticien et du patient,
- s'il est nécessaire de poursuivre cette prise en charge spécialisée
- l'adhésion et l'observance du traitement envisagé par le spécialiste consulté

(3) Médecins – patients

Un troisième type de communication à considérer est celui qui permet au médecin d'échanger avec ses patients.

Seul item abordé au cours des études de médecine, la relation médecin-patient permet d'aborder la place de la communication dans la pratique de la médecine. Selon une étude du Cairn³⁰ sur la communication médecin-malade, « *une meilleure communication de la relation médecin-consultant améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients ; elle améliore également leur satisfaction ainsi que celle des médecins. En outre, une plus grande participation des patients aux décisions médicales qui les concernent diminue leur anxiété et améliore leur santé* ». La place de la communication au sein de la relation médecin-malade est énorme. Elle est également très complexe, car dépendante de plusieurs facteurs humains : la qualité d'écoute, le langage corporel, l'expression orale, l'empathie...

Le code de déontologie médicale, puis la loi du 4 mars 2002, ont insisté sur l'importance de l'information du patient. Un médecin spécialiste, consulté à la demande d'un confrère, en urgence ou non, se doit d'informer le patient des résultats de l'examen. Tout comme la signification de l'examen, même s'il est négatif, doit être expliquée au patient afin que responsabilisé, il comprenne l'intérêt de consulter à nouveau le médecin traitant.

En février 2012, un travail de thèse* s'est penché sur la qualité de l'offre de soin perçue par les usagers du système de santé. Elle démontre que les patients évaluent la qualité de l'offre de soins de médecine générale prioritairement sur sa capacité à les informer, à adopter une approche globale de leurs problèmes de santé et à les guider dans leurs recours au système de santé (coordination). Selon ces travaux, il serait même « *probable que l'informatisation des cabinets médicaux soit perçue positivement par les patients. Par exemple en matière de prise en charge du cancer, l'accès du patient à son dossier médical complet permet d'augmenter sa satisfaction pour la prise en charge de 68% par rapport à un patient sans accès (Gravis et al, 2011)* ».

(4) Médecins et services médicaux des administrations, hors Sécurité Sociale

Ce sont essentiellement des échanges à sens unique, via des formulaires ou des courriers-type peu personnalisés ou à compléter, émanant de certaines administrations (La Poste, la SNCF, la RATP, les collectivités locales, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris). Les médecins généralistes sont ainsi sollicités par leurs patients pour remplir des déclarations d'accident du travail, établir une aptitude à certaines fonctions, faire une demande de permis de séjour pour soins... Les médecins généralistes n'attendent pas de réponse en retour de ces formulaires, juste une notification de prise en charge de la demande. Seuls les cas où le médecin généraliste entre en contact avec le médecin du travail (burn-out, maladie professionnelle nécessitant un aménagement de poste) peuvent faire l'objet d'échanges en tant que tels, avec un besoin et une nécessité d'information réciproque pour le bienfait du patient.

La communication des médecins avec les services de l'Assurance Maladie pourrait faire l'objet d'un chapitre complet. Nous ne l'aborderons pas ici dans notre travail.

Quel que soit le type de communication, le médecin généraliste doit pouvoir disposer d'outils adaptés à chaque situation rencontrée.

* Krucien N, Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients, Thèse de Santé Publique, Spécialité : Sciences Economiques, Humaines et Sociales. Février 2012. Université Paris Sud.

2. Les outils de communication en médecine générale

Pour le Professeur Jean de Kervasdoue, le problème de coordination entre les différents médecins et les différentes spécialités, « n'est pas tant de mettre le patient au centre du système de soins ... c'est de lui répondre au téléphone »

a) *Le courrier*

Manuscrit, ses origines remontent à plusieurs millénaires.



Imprimé, il n'est apparu qu'en 1873 avec la première machine à écrire, inventée par l'américain Ratham Sholes, dont le brevet a été racheté par l'armurier Remington qui a permis son industrialisation et sa commercialisation.

Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins³¹, *« le courrier, que les médecins échangent à propos d'un patient, concrétise et consacre le secret médical partagé. Ce secret ne lui étant pas opposable, ce courrier doit lui être accessible et compréhensible.*

Il appartient donc au médecin d'écrire, avec délicatesse et précision, les éléments indispensables à son correspondant, tout en évitant de heurter la sensibilité et de détruire l'espérance du patient.

D'autre part, le libre choix du malade étant un principe d'ordre public, celui-ci garde la liberté de ne pas transmettre cette lettre à son destinataire sans qu'il y ait délit de suppression de correspondance, comme l'a précisé la Cour de Cassation en 1963.

Enfin, il faut garder à l'esprit, en écrivant cette lettre, que celle-ci deviendra une pièce du dossier. »

La confidentialité du courrier 'papier' peut être discutée. Le secret médical doit être respecté alors même que la rédaction du courrier peut être déléguée à une secrétaire médicale, ou que la distribution de ce même courrier peut faire l'objet d'erreurs, conduisant à l'ouverture du courrier par une tierce personne non habilitée à réceptionner ces données confidentielles. Ainsi, la mention 'confidentiel' ou 'secret médical' portée sur l'enveloppe concerne davantage les courriers confiés à la Poste. Il n'est cependant pas inutile de la mettre même sur une lettre remise à un patient.

La notion de secret partagé n'a aucune base juridique, mais elle est ancienne, indispensable et parfaitement admise entre médecins-traitants. Le courrier échangé entre praticiens est une pièce du dossier donc accessible au patient (Seules les notes personnelles peuvent être interdites d'accès au patient). L'auteur du courrier doit être parfaitement identifiable. Ce courrier doit être daté, car c'est un élément essentiel pour le suivi du malade et de l'évolution de sa maladie.

L'article 56 du code de déontologie est là pour nous rappeler les obligations de la confraternité.

+ Avantages

- permet l'envoi de comptes rendus d'hospitalisation (CRH), d'ordonnance, de lettre demandant une démarche diagnostique, de résultats de biologie, de résultats de consultations spécialisées, de feuilles de soins papier, etc.
- gain de temps : moyen de communication asynchrone, les professionnels n'ont pas besoin d'être disponibles au même moment pour communiquer.
- peu onéreux : ne nécessite pas d'investissement coûteux ; mais son prix unitaire se discute en rapport aux messages électroniques (ni papier, ni timbres mais une souscription annuelle de 69€ pour Apicrypt^{*}

- Inconvénients

- perte de place : encombrement de l'archivage
- coût important : coût du papier, affranchissement du courrier
- perte de temps : archivage, accès à l'information...
- manuscrit, il reste souvent moins lisible qu'un autre courrier saisi informatiquement.

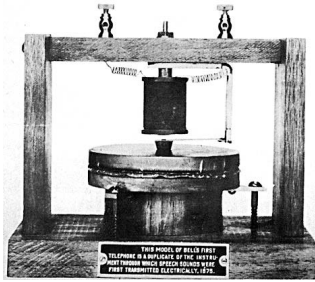
PARENTHÈSE SUR LES COURRIERS REÇUS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les délais de réception des comptes-rendus d'hospitalisation ne répondent que très rarement au délai légal de 8 jours³². L'Union régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France a démontré en enquêtant chez ces médecins, que ce délai de réception correspond à un véritable indicateur de santé³³.

Par ailleurs, lorsqu'ils sont reçus, ces courriers de sortie sont trop peu exploitables au cabinet libéral. Souvent très complets, très longs, dans un langage très spécialisé, ils ne sont pas adaptés à leurs correspondants généralistes.

^{*} CF ANNEXE 4 P.126

b) *Le téléphone*



Il a été inventé en 1877 par un américain. Après avoir découvert que seul un courant régulier pouvait servir à transmettre la voix, Graham Bell produit le premier téléphone capable de transmettre et de recevoir la voix humaine, en respectant la qualité et le timbre.

+ Ses avantages résident en sa simplicité, sa rapidité d'utilisation, permettant un accès quasi-immédiat à l'information souhaitée, sous réserve que l'interlocuteur soit disponible pour répondre, et au risque que l'information délivrée ne soit que partielle, du fait que l'on dérange le correspondant dans son travail. C'est un outil que le médecin généraliste apprécie, surtout lorsque l'appel est à son initiative, notamment pour des demandes urgentes de consultation spécialisée, d'hospitalisation, réception de résultats biologiques)

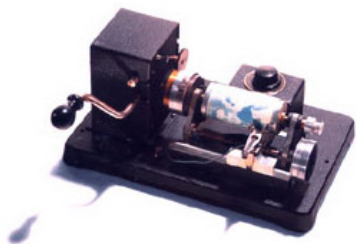
- Ses inconvénients sont les appels que les généralistes reçoivent, ou plutôt subissent... Le téléphone engendre alors des problèmes logistiques, avec de fréquents dérangements pendant les consultations, à moins de disposer d'une secrétaire pour s'occuper du standard. Ces dérangements sont autant de temps 'volé' au médecin. En comparaison avec le courrier, ce moyen de communication est synchrone, nécessite que les deux interlocuteurs soient disponibles au même moment, et cela peut constituer une perte de temps. Il pose également un souci éthique de taille, à savoir la confidentialité des informations échangées en direct, alors que le médecin est en consultation avec un autre patient que celui qui fait l'objet de l'échange téléphonique.

Sans oublier l'arrivée du téléphone portable, qui peut aussi faire office de téléphone professionnel, et qui permet aux praticiens d'être désormais joignables (mais aussi 'dérangeables'), partout et à toute heure du jour et de la nuit.

Inventé par Martin Cooper en 1983, alors directeur de la Recherche et du Développement chez Motorola, le prototype DynaTAC 8000X, mesurait 25 cm (hors antenne) pour un poids de 783 grammes. La batterie intégrée proposait une autonomie de 60 minutes en communication, mais nécessitait 10 heures de charge. Commercialisé en 1984, il était vendu 3995 dollars.



c) *Le fax*



Cette invention française remonte à 1908. Son inventeur, Édouard Belin, lui vaudra son nom de Belinographe. Il permet la transmission à distance de texte, de document, et surtout de photographie.

Encore utilisé aujourd'hui, il présente certains avantages, comme celui d'être facile et rapide d'utilisation. C'est un moyen de transmission asynchrone pouvant permettre d'épargner du temps. Il est par ailleurs bien diffusé dans les cabinets de médecine libérale (plus d'un million en France en 1992).

Mais ses inconvénients, nombreux et variés, font qu'il est de moins en moins utilisé. Outre des échecs itératifs de transmission, sa lenteur de transmission, c'est aussi un moyen de communication coûteux. Il ne résout pas les inconvénients de l'archivage. Il pose également un problème éthique de respect de la confidentialité des informations. En effet, les dates et heures de transmission, les mentions sur l'accusé de réception, le contenu même des documents sont des éléments falsifiables par rapport à l'original. D'ailleurs, la transmission d'information par voie de fax nécessite, comme l'ont rappelé à plusieurs reprises la C.N.I.L. et le Conseil National de l'Ordre, que l'appareil soit dédié, c'est à dire utilisé par la seule personne ou son personnel habilité à qui sont envoyé les messages : *«Compte tenu de la possibilité d'intervention de plusieurs personnes, mêmes habilitées, les règles de rédaction de courriers destinés à un échange entre professionnels de santé doivent être respectées avec plus de rigueur encore. »*

d) *L'informatique*



Apple I, le premier ordinateur Apple ayant vu le jour. Cette machine, taillée à la main et renfermant une mémoire de 8Ko, a été produite par Steve Jobs dans le garage de ses parents en 1976. Il s'en est vendu 200 exemplaires.

C'est IBM France qui, en 1955, propose le mot 'ordinateur' (à l'instar de Dieu qui met de l'ordre dans le monde, ni plus ni moins) comme équivalent au 'computer' anglo-saxon.

La première utilisation des micro-ordinateurs en médecine remonte à 1985. Mais l'entrée de la médecine de ville dans l'ère numérique a été considérablement accélérée par l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui a facilité la généralisation rapide de l'usage des feuilles de soins électroniques. En 2009, près de 90% des médecins utilisaient l'informatique au cabinet à des fins professionnelles³⁴.

L'informatisation des cabinets médicaux a permis d'envisager un recueil plus exhaustif de données et un accès facilité aux informations qu'il comporte. Le transfert d'éléments de dossier à un collègue s'en trouve simplifié. La rigueur qu'il suscite ouvre des perspectives nouvelles pour la recherche ou pour le fonctionnement des réseaux de soins. Elle a également permis un important mouvement de dématérialisation des données personnelles de santé, composants de base du dossier électronique du patient.

Face aux nouvelles contraintes que représente, à terme, la tenue du dossier médical très élaboré, on voit mal comment échapper à l'informatisation. En effet, nombreuses sont les limites du dossier papier : difficulté d'extraction rapide des informations accumulées depuis de nombreuses années, problèmes de classement, de dégradation des supports et d'archivage, risque de multiplier inutilement la prescription des examens complémentaires ou encore de prescrire par inadvertance des traitements n'ayant pas fait leurs preuves ou ayant donné des effets indésirables.

Tout le challenge est là : disposer d'outils avec un haut niveau d'interopérabilité et sans aucune double saisie.

3. Une préoccupation pour divers acteurs

Parce que les échanges entre médecins font l'objet de préoccupations au sein des institutions en charge d'assurer les professionnels de santé, deux axes d'amélioration ont été avancés par le professeur André Vacheron*. Pour améliorer la qualité de prise en charge des patients en soins primaires de ville, il faudrait ainsi aspirer à :

- une **amélioration de la qualité de l'information**, qui nécessite :
 - une formation des étudiants
 - une formation continue chez les professionnels de santé.
- une **amélioration de la communication**, qui devra, elle, passer par :
 - une intégration aux études des futurs médecins et professionnels de santé, de retours d'expériences du terrain par leurs aînés
 - l'élaboration de protocoles de communication entre médecins et autres professionnels de santé pour permettre de déléguer certains actes en toute sécurité (notion de coordination des soins entre médecins et paramédicaux)

Pour d'autres, tels que la Société Française de Médecine Générale, c'est le risque de iatrogénie rencontré en médecine générale, notamment concernant la poly prescription, qui a soulevé le problème de la communication entre médecins. Un des axes de l'étude Polychrome s'est ainsi intéressé à l'organisation du système de soins en cours de transformation en France, et donc à « *l'amélioration des échanges entre médecins (comme) un axe prioritaire*³⁵ ». En effet, cette étude a montré que si certaines mesures telles que le 'médecin traitant' ont amélioré les pratiques de prescription, la communication entre les médecins reste problématique avec à la fois des « *troubles des modes de communication* » et des « *difficultés d'échanges entre médecins du fait de leur organisation professionnelle et d'un manque de temps* »

* Président honoraire de l'Académie de Médecine, dans une allocution du 27 Septembre 2012 au 3^{ème} Colloque de la Prévention Médicale sur l'Erreur Médicale.

E. LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION OU TIC

Afin de suivre les demandes d'évolution de la société, de répondre aux nouveaux droits des patients, de favoriser la coordination des soins et d'encourager l'émergence de nouvelles modalités d'exercice pour les professionnels de santé, il est nécessaire de mettre en place des systèmes d'information de santé plus adaptés. Ces nouvelles modalités doivent concourir à une plus grande responsabilisation des médecins et des patients, devenus davantage acteurs dans des situations touchant à leur santé.

Ces évolutions exigent une mise en commun d'informations entre tous les acteurs du système de santé et le patient afin d'améliorer sa prise en charge, la coordination et la continuité des soins. Le développement récent des technologies de l'information et de la communication permet aujourd'hui de tels échanges.³⁶

1. L'information et les données informatiques

On distingue classiquement l'information au sens usuel de renseignement, et la notion de donnée, information codée et stockée sur un support informatique en vue d'un traitement ultérieur.

L'utilisation des données en informatique médicale tente de répondre à deux objectifs :

- rester proche de la structure naturelle de l'information
- adopter la représentation informatique la plus efficace

Il faut donc :

- organiser les informations de façon à obtenir le système le plus efficace et le plus informatif : *structurer l'information* grâce à des systèmes informatiques de gestion de données
- représenter les informations afin d'en conserver le maximum de richesse sans s'interdire les possibilités de traitement automatique de l'information : *standardiser le langage médical*.

2. La messagerie sécurisée

a) *L'e-mail....*

L'email est un outil qui offre aujourd'hui beaucoup d'attrait dans le traitement du courrier au cabinet de médecine générale.

+ Les avantages : sa facilité d'accès et d'utilisation, pouvant nécessiter un apprentissage bref et rapide. Les messages sont livrés directement dans une messagerie (consultable du lieu de travail ou à domicile) et son coût très modeste. Sans oublier que son format permet une insertion dans le dossier du patient quasi-instantanée.

- Les inconvénients : un abonnement Internet et d'un équipement informatique, peuvent nécessiter un investissement initial important, sans oublier les frais de maintenance et les « bug » informatiques qui peuvent survenir à tout moment. On pourrait également critiquer le format des mails, peu agréable pour un courrier. Une alternative serait d'utiliser des logiciels annexes (Word, PDF...) et de les mettre en pièce jointe au message. Il existe également un risque théorique de piratage ; en effet, tout courrier envoyé peut être rediffusé sans l'accord de son expéditeur.

b) *... avec la sécurité en plus*

L'email sécurisé est un idéal qui reste très théorique. Les messages sont cryptés à la source, transmis cryptés et décryptables par le destinataire uniquement. Cela nécessite cependant un abonnement spécifique. Certaines messageries sécurisées sont coordonnées avec des logiciels médicaux. Dans un travail de thèse dédié à la dématérialisation des données médicales³⁷, plusieurs études réalisées entre 2006 et 2008 ont comparé l'efficacité des outils permettant de faire des échanges sécurisés de données grâce à ces messageries spéciales. Il en ressort que deux solutions s'avèrent plus ergonomiques et interopérables : Easycrypt et Apicrypt.

Les avantages sont les mêmes que ceux de l'email classique, mais permettent de s'affranchir en bonne partie du risque de piratage tout en respectant la confidentialité des données transmises.

En revanche, un inconvénient inhérent s'ajoute à la précédente liste, à savoir que le destinataire doit être équipé de la même messagerie sécurisée pour pouvoir décrypter le mail qui lui est adressé ; il faudrait donc parvenir à s'affranchir de la concurrence pouvant exister entre les différents prestataires présents sur le marché pour offrir une plateforme uniformisée. Selon le Conseil National de l'ordre des Médecins¹⁴, en ce qui concerne le respect du secret, les difficultés concernant le contenu sont en partie résolues par l'obligation de standardisation et de simplification du message.

c) *Les différentes messageries sécurisées*

(1) Le Réseau Santé Social ou RSS

Créé en 1998 avec Cegetel, il a été pendant 6 ans l'unique gestionnaire SESAM-Vitale pour l'Assurance Maladie. C'est un fournisseur de services Internet, dédié au monde médical, proposant des accès Internet haut et bas débit. Ils offrent également des services permettant d'assurer un niveau de sécurité et de confidentialité des échanges et de conservation des données médicales, conformes à la législation en vigueur. Ils utilisent pour cela une combinaison de systèmes élaborés de protection des données et des accès avec notamment : le chiffrement des données médicales et générales (cryptage), la signature et l'authentification par la Carte de Professionnel de Santé. Les professionnels de santé disposent ainsi d'une infrastructure dédiée, assurant une réelle traçabilité des données médicales et générales transitant sur le réseau : feuilles de soins, dossiers patients, résultats d'analyse...

(2) H.PR.I.M "Harmonie et PRomotion de l'Informatique Médicale"

C'est une norme de transmission des examens de Biologie. Initialement développée par les laboratoires d'analyse pour communiquer entre eux, cette norme a été ensuite utilisée pour transmettre les résultats aux médecins prescripteurs. La recommandation H.PR.I.M. santé 2.2 permet l'échange d'informations structurées entre professionnels de santé (laboratoires d'analyses médicales, services cliniques et hospitaliers, cabinets de radiologie et cabinet de médecins) Les données échangées peuvent être médicales (compte-rendu de résultats) ou administratives et financières (éléments d'identité, de facturation ou de règlement). Les codifications pouvant être utilisées pour la dénomination des examens sont définies par la commission technique de H.PR.I.M.

3. Le web-médecin

La loi du 13 août 2004 portant sur la réforme de l'Assurance maladie prévoit que les médecins consultés peuvent, à l'occasion des soins qu'ils délivrent et sous réserve de l'accord du patient, consulter l'historique des remboursements et indemnités journalières versés à ce patient. Les données mises à la disposition des médecins comportent l'identification des actes, des produits et des prestations provenant des soins de ville ou d'établissements de santé, et, pour les patients atteints d'une affection de longue durée, les éléments composant le protocole de soins. Ces données ne comportent pas d'informations nominatives sur les prescripteurs (seule leur spécialité est informée). Aucune information sur les pathologies ou les motifs de recours aux soins n'est disponible.

Le web médecin correspond à la mise en ligne de l'historique des remboursements et indemnités journalières versés à un patient donné par l'Assurance maladie durant les 12 derniers mois. Au cours d'une consultation, et sous réserve de l'accord du patient, le médecin pourra y accéder sur le site 'EspacePro', au moyen de la Carte de Professionnel de Santé et de la Carte Vitale du patient.

Cet outil constitue une première ébauche du DMP pour les médecins, qui peuvent ainsi prendre connaissance d'une partie du parcours de soins du patient. Il consiste en une mise à disposition, pour les médecins, de certaines informations relatives à la consommation de soins du patient. Ces informations sont insuffisantes pour satisfaire pleinement les médecins, puisque ni le diagnostic, ni la pathologie, ni le motif de consultation ne sont accessibles par ce moyen.

4. Le plébiscite des médecins généralistes

Une étude prospective réalisée par le FORMMEL en 2000³⁸ mérite d'être développée. Menée pendant un an en France, à la suite des ordonnances de 1996, elle s'est intéressée à l'apport de l'outil informatique et d'Internet dans la pratique médicale libérale. Il ressort de cette étude, que l'utilisation de l'informatique est essentiellement tournée vers la gestion du dossier patient, la messagerie électronique et l'utilisation de modules informatiques utiles lors de la consultation sans lien avec l'extérieur (hormis la télétransmission des feuilles de soins sécurisées). Les modules indispensables sont l'archivage des antécédents, l'édition et l'impression de documents et l'intégration des éléments relatifs aux consultations.

Deux fonctionnalités apparaissent essentielles dans l'informatique en cabinet de médecine générale: la messagerie électronique et les échanges de fichiers électroniques.

a) La messagerie électronique

L'utilisation de la messagerie est largement prépondérante en ce qui concerne les échanges de données avec les correspondants, dans le cadre de soins :

- Plus d'un médecin sur trois utilise sa messagerie quotidiennement, notamment pour les relations avec les confrères bien équipés (envoi/réception de messages concernant des patients, demandes de renseignements).
- Un médecin sur deux n'utilise sa messagerie que de façon hebdomadaire, estimant ses correspondants peu équipés en 2000.
- Un médecin sur dix utilise sa messagerie mensuellement, essentiellement pour l'envoi et la réception de messages concernant leurs patients.

67% des médecins jugent que la messagerie leur fait gagner du temps et 70% que la messagerie améliore la relation avec le patient. Sept médecins sur six estiment que la messagerie électronique est un outil valable, permettant une amélioration de la communication, dans la mesure où c'est un système d'échanges écrits, sans support papier, donc plus faciles à stocker. Tous ces atouts semblent constituer aux yeux des médecins généralistes, autant d'avantages par rapport aux moyens 'classiques' de communication.

Les médecins informatisés interrogés dans cette enquête étaient nombreux (sept sur dix) à ressentir des craintes pour la sécurité des données. Cette crainte, douze ans après, est toujours présente, mais le risque a été intégré par les utilisateurs d'Internet, qui n'ont d'autre choix de l'accepter, que celui d'abandonner l'utilisation de cet outil.

b) Les échanges de fichiers électroniques

Les deux types de données que les médecins échangent le plus sous format électronique en l'an 2000 sont :

- les résultats d'examens biologiques via des standards tels que H.Pr.i.m : 74% des médecins qui bénéficient de la transmission électronique des résultats biologiques estiment le gain de temps très important.
- les documents numérisés (tracés ECG, imagerie radiologique, documents scannés ou faxés) : Un médecin sur deux estime que le transfert de documents par voie numérique lui fait gagner beaucoup de temps.

Si 27% des médecins interrogés se déclaraient très satisfaits des informations relatives au suivi de leurs patients, 39% se disaient assez satisfaits et 2% pas du tout. In fine, les médecins avaient retenu en grande majorité, un bilan positif de l'informatisation de la pratique médicale. Déjà largement intégré dans les pratiques en 2000, sa prise en main laborieuse dans ses débuts (6 mois-1 an), ne remettait plus en cause son utilisation au-delà de ce délai. Ils jugeaient son apport très bénéfique à plusieurs niveaux : la relation avec le patient, le confort et la qualité de travail et plus de deux médecins sur trois pensaient d'ailleurs que l'informatique allait se développer dans leur pratique.

L'informatique s'annonçait donc déjà, en 2000, comme une solution d'avenir pour favoriser les échanges entre professionnels de santé...

5. Vers une amélioration des pratiques médicales ?

L'Académie Nationale de Médecine s'est penchée sur les difficultés croissantes d'exercice en médecine libérale³⁹, notamment dues au consumérisme ou au mésusage médical de la part des patients et de la multiplicité croissante des tâches administratives. Une de ses propositions, est que les tâches dites 'administratives' des médecins généralistes, qui nécessitent actuellement plusieurs heures par semaine et leur importance, leur multiplicité et leur diversité ne cessent de s'accroître, soient transférées à des collaborateurs non médicaux. Et ce, dans le but d'apporter une amélioration partielle seulement, puisque certaines de ces tâches restent du ressort exclusif du médecin. Mais une amélioration significative de la situation suppose, en réalité, une complète étude critique des tâches administratives demandées aux médecins généralistes, en éliminant les redondances et en simplifiant les procédures qui ont généralement tendance à se superposer et non à se substituer les unes aux autres. Cette tâche pourra être désormais conduite par 'l'instance de simplification administrative' très récemment créée par le Ministère de la Santé. Le recours à l'informatique et la dématérialisation des documents médicaux pourrait être aussi - dans des limites à préciser - une autre source d'améliorations éventuelles, dans la mesure toutefois où seront réellement harmonisés les procédures et les logiciels disponibles.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ne pouvait pas non plus faire abstraction de ce phénomène de plus en plus prégnant au sein de la profession médicale. Réunie en séminaire en mars 2010⁴⁰, les conclusions concernant l'informatisation et l'avenir de la profession libérale ont été de :

- Favoriser l'informatisation de l'exercice de la médecine et la prescription électronique.
- Promouvoir les mises en réseaux communicants des médecins libéraux, des coopérations interprofessionnelles et des relations médecine de soins ambulatoire et soins en établissements par le développement territorial des échanges d'informations médicales de coordination de soins par des messageries sécurisées interopérables dédiées aux exercices des métiers de la santé et des activités médico-sociales.
- Prendre en charge financièrement des systèmes et des adaptations évolutives des solutions logicielles.
- Intégrer à la sécurité informatique et au plan de l'économie numérique en santé les sécurités déontologiques (qualification des professionnels, authentification dans l'espace numérique régional sur des bases nationales, cryptage des données, signature électronique).
- Créer un méta annuaire national de recherche du professionnel, avec des déclinaisons régionales.
- Reconnaître la valeur juridiquement probante des échanges dématérialisés.

6. Limites d'utilisation en médecine générale

L'informatique a permis de réduire considérablement le volume de stockage des dossiers patients. La dématérialisation des données facilite leur accès ainsi que leur transfert par le biais des réseaux de l'information (comme Internet par exemple). Un autre avantage est une meilleure lisibilité des informations. Physiquement, l'information prend donc moins de place. Elle est mieux accessible et se transmet plus facilement.

Malgré ces avantages, on peut se demander si les conditions sont réunies pour assurer l'intégrité des données médicales. L'informatique génère ses propres problèmes. La technique et le matériel évoluent vite alors que l'exercice médical nécessite une conservation de données à long terme. Cette évolution implique une adaptation constante aux nouveaux formats de stockage de données, aux nouveaux matériels et logiciels. D'autre part, on a très peu de données fiables sur la durée de vie des différents supports informatiques. Souvent, celles-ci sont fournies par les constructeurs, ce qui laisse un doute sur leur objectivité. Et, elles laissent à penser que la durée de vie moyenne de ces supports ne dépasse pas une quinzaine d'années. Enfin, la simplification des échanges de données et la miniaturisation des supports exposent celles-ci à être partagées à des tiers non soumis au secret médical.

F. LE DOSSIER MÉDICAL, LE DOSSIER DU PATIENT

Le dossier médical du patient ne doit pas être réduit à sa dimension électronique du Dossier Médical du Patient ou DMP...

La démarche médicale est fondée sur l'observation du malade. Bien avant que ce dossier médical ait été réglementé et légiféré, les informations médicales ont été recueillies depuis des millénaires. Les données médicales étaient rassemblées sous forme d'articles médicaux, de registres à visée épidémiologique, nosologique et administrative, tandis que le dossier était une simple prise de notes destinée à guider la pratique

Cet outil de communication est double : il est à la fois le recueil de tous les éléments pouvant être partagés pour permettre un suivi médical et paramédical optimal du patient, et la base des échanges entre professionnels de santé.

1. Mode de gestion actuelle

En pratique, le contenu des dossiers hospitaliers est très formalisé. Il est défini dans le décret du 29 avril 2002 paru suite à la loi du 4 Mars 2002. On y retrouve des indications sur les informations écrites contenues dans ce dossier et sur son rôle dans la continuité des soins et la coordination entre les différents intervenants. En revanche, son informatisation reste très variable d'un établissement de santé à l'autre. En médecine libérale, il en va différemment. Les dossiers médicaux sont beaucoup plus complets que la succincte fiche dont fait part le code de déontologie, sauf qu'aucun texte de loi ne précise exactement ce qui doit (ou peut) y figurer.

Mais le problème n'est pas là. La gestion du 'dossier patient' est considérablement complexifiée par la dispersion de ses différents éléments dans chacun des dossiers des différents professionnels de santé ou établissements où le patient a été pris en charge. 'Dossier patient' devrait être entendu comme 'dossier DU patient', à savoir un dossier unique pour un patient donné. Aussi bien dans les faits que dans la réglementation les dossiers ont un double rattachement au patient et aux professionnels ou établissements de santé. Il n'est donc pas rare que le dossier d'un patient se retrouve, par petits morceaux, dans les dossiers de plusieurs médecins généralistes, de plusieurs spécialistes ou de plusieurs établissements de santé.

Le partitionnement des éléments du dossier d'un patient et la multiplication des professionnels impliqués dans sa prise en charge, nécessitent la communication d'éléments de dossiers entre ces professionnels pour assurer la continuité des soins.

« Le contenu du dossier et la communication de ses éléments rendent sa gestion sous forme papier de plus en plus difficiles. Le dossier papier présente de nombreuses limites : classement, extraction de données, communication des éléments, archivage... l'informatisation devient une alternative quasi-obligatoire au dossier papier ».*

* Dr Philippe Massari, Médecin responsable de l'Unité d'Informatique Médicale au CHU de Rouen

2. En voie d'informatisation

Le dossier médical, support physique, est né de l'apparition des tablettes d'argile ou des papyrus ; et son informatisation s'est profilée dès l'apparition des systèmes informatiques.

L'informatisation du dossier par la mise sur ordinateur, par la structuration et la standardisation qu'elle suppose devait :

- améliorer le stockage, la disponibilité et la communication des informations ;
- améliorer la lisibilité des informations ;
- éviter les lacunes en systématisant le recueil ;
- permettre une saisie unique et un partage de l'information ;
- mettre en évidence l'évolutivité des informations ;
- rendre comparables les informations d'un patient à un autre ;
- intégrer des données d'origines diverses ou de nature hétérogène (signaux, images) ;
- faciliter l'emploi de systèmes d'aide à la décision ;
- aider au regroupement des données ;
- faciliter la formation ;
- améliorer la protection et la confidentialité des données.

Selon le rapport de l'ANDEM⁴⁷, « *la principale force du dossier informatique est probablement que les informations sont libérées des contraintes liées à une organisation spatiale (support physique, format préétabli) ou temporelle (succession des rencontres). Les informations du dossier informatique peuvent être disponibles à plusieurs endroits quasi simultanément, accessibles à partir de terminaux. Le dossier informatique peut présenter les informations dans n'importe quel ordre et format voulus.* »

Mais la mise en œuvre est complexe : abondance et complexité des connaissances, modélisation des données et du langage médical, problèmes humains d'interface ou de sécurité, coût élevé des matériels et de la formation, évolution technologique incessante.

*« L'évolution vers un dossier de santé électronique, accessible en ligne avec les contraintes fortes de sécurité et de confidentialité, est nécessaire, voire indispensable. Elle est en effet une des conditions de la continuité des soins. »**

* Pr Hoerni B, Bulletin de l'Ordre National des Médecins, Juillet 1998

3. Cadre réglementaire et législatif

Pour le groupe de travail de l'ANAES⁴¹, le dossier patient doit remplir des **critères physiques**: il doit s'agir d'un support formel écrit -papier ou informatisé-, sécurisé et pérenne, de l'ensemble des informations concernant un patient, qu'il s'agisse des données administratives, médicales et de toutes données nécessaires à sa prise en charge. Il doit par ailleurs s'agir d'un outil d'analyse, de synthèse, d'organisation, de traçabilité des soins et de l'ensemble des prestations dispensées à un patient, fiable et exhaustif sur son contenu. Il doit également assurer la connaissance des résultats obtenus.

Pour satisfaire de telles exigences le dossier doit être bien structuré (anamnèse complète, données des examens cliniques et paracliniques, comptes rendus et courriers échangés entre professionnels), bien rédigé (avec une notation à chaque intervention médicale), facilement disponibles et aisément accessibles. L'**accessibilité** au dossier doit être possible à tous les professionnels de santé participant directement aux prises en charge du patient, sauf opposition de ce dernier, de manière à assurer la continuité des soins. La fiabilité des informations contenues dans un dossier médical et la possibilité d'y avoir accès rapidement pour assurer la prise en charge d'un patient doit être sans faille.

Il est redéfini par la loi du 4 mars 2002 en ces termes : « *Ensemble des informations concernant la santé du patient détenues par le professionnel, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé.* » Cette même loi, dans son article L.1110-4, précise que deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des éléments de dossier du patient, à condition que le patient en ait été informé et ne s'y soit pas opposé. Et lorsque le patient est pris en charge par une équipe soignante, une petite dérogation permet de considérer que « *les informations confiées sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe* »

Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue la **durée de conservation** des informations dans le cadre de l'exercice de la médecine libérale individuelle. Les recommandations spécifiques émises par l'ANAES (concernant la tenue des dossiers médicaux en médecine générale) précisent : « *Selon la règle de prescription trentenaire (maintenant décennale) un médecin est effectivement responsable d'un acte commis pendant au moins 30 ans (+ pour les mineurs). Il est donc fortement conseiller de conserver pendant cette période les dossiers médicaux (...). En cas d'informatisation des dossiers il paraît souhaitable d'archiver les documents originaux essentiels afin d'être à même de les produire en cas de litige.* »

Mais c'est le code de déontologie médicale, article 45, qui en 1995, précise pour la première fois, le **caractère obligatoire** du dossier médical : « *tout médecin se doit, à la demande du patient ou avec son consentement, de transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.* »

4. L'émergence du Dossier Médical Personnel : le DMP

a) Le projet théorique

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie prévoit la création du dossier médical personnel. Il a pour objet de :

- favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins,
- améliorer la communication des informations de santé, sous le contrôle du patient concerné, notamment pour ce qui concerne la confidentialité,
- réduire les accidents iatrogènes et les examens redondants afin de diminuer les coûts inutiles.

Ce dossier médical personnel est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé. Seul le patient a le contrôle d'accès à son dossier médical personnel. L'accès au DMP nécessite le consentement explicite du patient qui aura la possibilité d'ouvrir des droits d'accès totaux ou partiels aux seuls professionnels de santé de son choix. L'utilisation simultanée de la carte vitale du patient et de la carte CPS permet aux professionnels de santé concernés d'accéder au DMP du patient.

b) Les faits réels

En avril 2012, on décompte 16 917 DMP ouverts. Au total, en 16 mois, l'ASIP Santé est parvenue à ouvrir 122 459 Dossiers Médicaux Personnels. Le Dossier Pharmaceutique lui, lancé deux ans auparavant (en décembre 2008), approche les 20 millions de dossiers ouverts. On note aussi que sur ces 122 459 DMP ouverts, il n'y en a que 52 469 alimentés. Il y aurait 211 736 documents au total en ligne. On peut donc considérer que le DMP est très peu utilisé.

Selon l'ASip Santé*, « *les principaux documents déposés dans le DMP sont des documents classiques : comptes rendus de consultation (37%), compte-rendu de séjour ou lettre de sortie (14%), compte-rendu d'examens et d'actes qu'ils soient diagnostiques ou thérapeutiques (16%).* »

* L'agence des systèmes d'informations partagés de santé

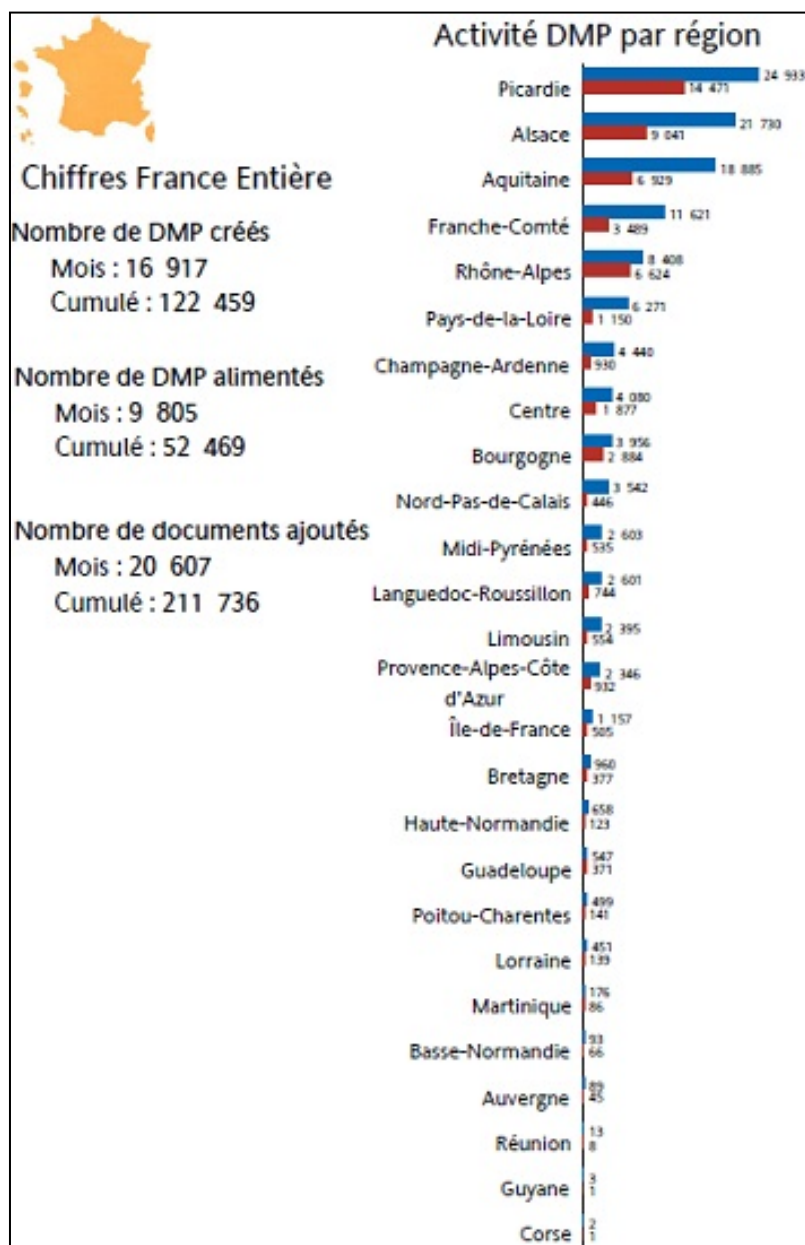


Tableau n°1 - i-med - Dossier Médical Personnel : Un succès homéopathique plombé par des logiciels archaïques. Disponible sur : <http://www.i-med.fr/spip.php?article46>

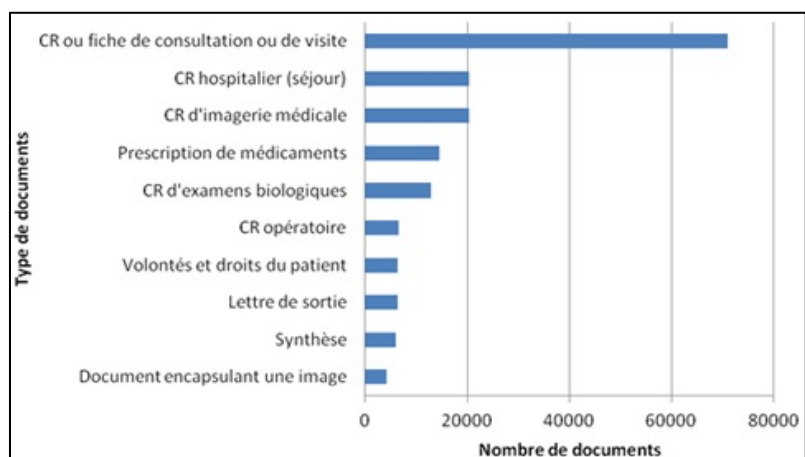


Tableau n°2 - Les 10 documents les plus fréquemment déposés sur le DMP.

On lit dans le journal Les Echos du 7 mai 2012, qu'«*en améliorant la circulation et le partage des informations, l'Etat espère réaliser entre 5 et 6 milliards d'euros d'économies par an, notamment en évitant la répétition d'examens et d'opérations coûteuses, dès lors que le diagnostic est connu*». Cette promesse émane de Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la santé, avant même le vote de la loi sur le DMP en août 2004...

Parallèlement, et en réaction à «*la multiplication dans la presse d'interprétations sommaires du résumé du rapport de la Cour des comptes sur les coûts du Dossier Médical Personnel*», l'ASIP Santé a publié un communiqué, en trois volets, le 30 août 2012⁴² afin d'apporter des explications sur un sujet complexe évoluant maintenant depuis plus de 7 ans.

Les deux premiers volets détaillent l'estimation de 210 millions d'euros des coûts totaux du DMP cumulés de 2004 à 2011 :

€ 100 millions d'euros ont été consacrés à des expérimentations du GIP-DMP, créé en 2005, et qui se sont prolongées jusqu'en 2009 (l'ASIP Santé ayant repris les missions du GIP-DMP à partir de juillet 2009). Cette période qui, si elle n'a pas permis de mettre en œuvre le DMP de façon pérenne, aura du moins permis de «*clarifier les problèmes juridiques, organisationnels et techniques*».

€ 95 millions d'euros ont été ensuite investis dans le nouveau dispositif, mis en place par l'ASIP Santé depuis 2010, «*avec succès*» et «*qui fonctionne actuellement*». Ce budget s'explique par la construction du système, son exploitation et les actions de déploiement. Ces coûts sont dits par l'ASIP Santé «*parfaitement conformes aux coûts informatiques d'un système de cette nature et sont connus puisque publiés chaque année par l'ASIP Santé dans son rapport d'activité*».

€ Le troisième volet examine les facteurs d'incertitudes quant aux coûts induits par le DMP. Les difficultés rencontrées pour réaliser des évaluations médico-économiques fiables sur le DMP devront faire l'objet de retours d'expériences. En attendant, il faut travailler au renforcement de la cohérence entre politiques publiques et les acteurs, qui pourrait passer «*par exemple, par la prise en compte du DMP dans la convention médicale et le suivi des patients porteurs de pathologies chroniques*».

Finalement «*Le DMP est un facteur de transformation de notre système de santé avant d'être un projet technique et nécessite du temps et de la constance. Tous les pays développés s'y sont engagés et l'informatique de santé doit constituer une opportunité d'excellence pour la France*».

Selon un travail de thèse réalisé en 2007⁴³, si le Dossier Médical Personnel est un « idéal peut-être inatteignable », il aura au moins eu « le mérite de mettre le doigt sur les difficultés de communication des données médicales malgré les avancées technologiques de notre société. »

c) *Les contraintes*

(1) L'archivage

En l'absence de prescription juridique déterminant la durée de conservation des archives des médecins libéraux, il a été d'usage de conseiller un archivage de 30 ans aux médecins libéraux, durée essentiellement alignée sur le délai de prescription en matière civile.

L'article L.1142-28 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars a ramené ce délai à 10 ans à compter de la consolidation du dommage. Cette réduction de la prescription de 30 à 10 ans ne s'applique, pour les médecins libéraux, qu'aux actes où figurent des préjudices causés à compter de la publication de la loi au Journal officiel, c'est-à-dire du 5 mars 2002.

(2) L'hébergement des données informatisées

Avec l'utilisation de nouveaux outils dans le domaine de la santé, de nouvelles prestations et de nouveaux métiers apparaissent : les "infomédiaires" (contraction de *informatique* et *intermédiaire*).

Ces prestataires de stockage et de mise à disposition des informations sur les patients sont des entreprises privées qui ont été mises en place bien avant toute réglementation. Ce sont des groupements d'industriels d'horizons différents regroupés en consortium. Les coordonnateurs de ces consortiums sont des professionnels de l'informatique médicale (Thales Cegedim, Santeos, France Telecom) associés à des professionnels beaucoup plus disparates (La Poste, Sun Microsystems, Microsoft par exemple). Leur cahier des charges très précis et complexe. Ce type d'entreprise est très répandu aux États-Unis. Son développement en France est ressenti par le Comité Économique et Social comme le glissement progressif d'une mission de service public qui devrait être exercée par des médecins vers une prestation privée, et c'est en cela un risque de restriction des libertés individuelles.

Un premier niveau de réglementation des infomédiaires semble apparaître dans la loi de mars 2002 où les hébergeurs de données sont soumis à un certain nombre d'obligations : l'hébergement est soumis au consentement des personnes concernées, les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par le Conseil d'État après avis de la CNIL, des conseils de l'ordre des professions de santé, ainsi que du conseil des professions médicales. Seuls, ils ne peuvent accéder aux données nominatives ni à celles des professionnels de santé ou des établissements de santé. De plus, quand cet hébergeur met fin à l'hébergement, il doit restituer les données aux professionnels sans en faire de copie. Ces structures détiennent en effet des données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'elles et doivent rester à la disposition de ceux qui les leur ont confiées, sans pouvoir les utiliser à d'autres fins.

Les pouvoirs publics souhaitent ainsi garantir la gestion des données par les médecins et réglementer l'activité des "infomédiaires" pour bien encadrer ce glissement de l'information médicale vers des structures privées qui l'exploitent à titre lucratif.

G. ENCADREMENT LEGAL ET DEONTOLOGIQUE DES ECHANGES

Les textes de lois et règles ayant déjà été largement citées précédemment, cette partie n'en reprendra que les grandes lignes.

Les médecins relèvent du Code de la sécurité sociale et du Code de la santé publique. Ils appartiennent aussi à un ordre professionnel. Créés par l'Etat en leur conférant des prérogatives de puissance publique pour veiller au respect de la loi et de la déontologie, les ordres sont des personnes morales chargées de la gestion d'un service public qui définissent l'étendue des garanties de moralité, de probité et de dévouement exigées de ses membres*. L'ordre des médecins est l'un des plus anciens d'entre eux†.

1. Textes relatifs à la communication entre professionnels de santé

a) *Le code de déontologie*

Le code de déontologie médicale, surtout dans ses articles 45, 50, 58, 59, 60 et 64, puis la loi du 4 mars 2002, soulignent l'importance d'une bonne communication entre professionnels de santé. L'envoi du compte rendu dactylographié directement au praticien correspondant apparaît justifié et conforme au code de déontologie (article 60). Les frais d'envoi souvent évoqués pour justifier de la remise du compte rendu au seul patient peuvent être allégés par l'envoi par fax ou e-mail dans des conditions de confidentialité définies. En définitive, au-delà de la courtoisie et de la bonne confraternité, l'information entre confrères est un gage de la qualité des soins du patient pris en charge conjointement et tous les médecins se doivent de respecter la règle posée à l'article 64 du code de déontologie : « *Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.* »⁴⁴

Depuis les lois de janvier et juillet 1978, tous les textes législatifs et réglementaires prévoyant le recueil et la transmission d'informations nominatives imposent la possibilité, pour l'individu concerné, d'avoir accès à cette information. En ce qui concerne les informations médicales, celles-ci doivent être transmises par l'intermédiaire d'un médecin à qui il appartiendra de mettre en œuvre les règles de l'article 35, à savoir l'appréciation en conscience de ce qui peut et ne peut pas être dit.

* En vertu de l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique pour les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes habilités à exercer

† Créé le 7 octobre 1940, puis dissous le 27 août 1944. Il est rétabli par l'ordonnance du 24 septembre 1945, signée par M. Billieux, ministre communiste de la santé à cette époque et définit l'Ordre actuel sous sa forme définitive.

En situation de "secret partagé", le médecin traitant, ne doit donc échanger avec le spécialiste que les informations médicales nécessaires pour son intervention diagnostique ou thérapeutique. Rappelons que le courrier peut servir de preuve par présomption dans le cadre du consentement éclairé et d'autre part que les faux certificats, y compris par omission, sont sévèrement réprimés par l'article 441-8 du Code pénal. Cette interdiction porte aussi bien sur un texte libellé sous forme de certificat que de lettre.

La Cour de Cassation, toutes chambres réunies le 16 mai 1963, a estimé que : *"Du principe d'ordre public du libre choix du médecin par le malade, il résulte que le client recevant une lettre destinée à lui servir d'introduction auprès d'un autre praticien, n'est tenu ni de consulter ce dernier, ni, par suite, de lui remettre ladite lettre d'introduction"*. Il n'y a donc pas délit de suppression de correspondance au sens de l'article 187, alinéa 2 de l'ancien code ou 226-15 du nouveau code pénal.

Dans leur analyse de cet arrêt, cette lettre n'est pas considérée comme correspondance véritable, malgré le fait que la présentation sous enveloppe cachetée et les formules courantes de politesse encadrant le texte lui donnent l'apparence d'une lettre. Les renseignements qui y figurent concernant fondamentalement le malade, cela reste une information qui pourrait être donnée oralement au destinataire, mais qu'il est préférable d'écrire en termes précis, techniques, définitifs.

Le médecin traitant devrait donc pouvoir bénéficier de la collaboration de tous les partenaires de santé qu'il sollicite et mobilise dans le parcours de soins de chacun de ses patients pour :

- compléter l'information délivrée au patient sur les examens spécialisés demandés
- être informés en retour des résultats et du déroulement de la consultation spécialisée réalisée à sa demande.

b) La loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST)

Cette loi promulguée en 2009⁴⁵ stipule que *«les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées, avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux »*. Ils doivent participer à :

- « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux [...] ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social. »

c) Les rapports ordinaires

Le médecin doit pouvoir orienter son patient vers des structures et des équipes dédiées de proximité. Il devra être tenu informé par cette équipe des résultats du programme de l'évaluation individuelle. Les auteurs du rapport ordinal⁴⁶ précisent que si le médecin traitant est acteur, il reste souhaitable *« que soit mise en place une réflexion sur l'instauration d'un lien entre les caisses d'assurances maladies qui disposent de l'information des pratiques thérapeutiques du malade, les assurés atteints de maladies chroniques et les médecins traitants.»* C'est ce qui se met progressivement en place avec les logiciels de Web médecin notamment.

2. Les recommandations pour la tenue du dossier des patients

Les recommandations publiées en 1996 par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) donnent des repères pour structurer les dossiers. L'objectif recherché est que l'interaction utilisateur-dossier contribue à la qualité des soins.⁴⁷

Nous ne citerons ici que les items les plus proches de notre problématique des échanges entre professionnels de santé :

- améliorer la démarche médicale en interagissant avec le dossier lors du recueil des données
- optimiser les différentes utilisations possibles des données déjà enregistrées
- planifier et assurer un suivi médical personnalisé prenant en compte les pathologies, les problèmes de santé, les facteurs de risque, les facteurs psychologiques et environnementaux
- favoriser la transmission à un autre soignant (associé, remplaçant, successeur, confrère en ville ou hospitalier, intervenant paramédical) des informations permettant d'optimiser l'efficacité, la sécurité et l'efficacité de son intervention ;
- minimiser le risque iatrogène en disposant, lors de la prescription, des informations suivantes : âge, pathologies chroniques ou aiguës, facteurs de risque, données biologiques éventuelles (créatinine chez les personnes âgées par exemple), traitements en cours (prescrits par les différents médecins et / ou auto prescrits), allergies et intolérances médicamenteuses antérieures - documenter les faits liés à la prise en charge des patients.

3. Législation informatique

a) Ordonnances 'Juppé' de 1996

Elles ont permis la création du FORMMEL (Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale). Les dépenses de l'Assurance Maladie ne respectant pas les budgets fixés par l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie), le gouvernement Juppé a décidé de fixer une 'contribution exceptionnelle' des médecins libéraux. Confronté au mécontentement des professionnels libéraux et de leurs syndicats, le gouvernement a fini par limiter cette mesure à un an et s'est engagé à réinjecter l'argent prélevé dans un 'fonds de modernisation' de la profession libérale. L'enveloppe se montait à la fin de l'été 1997, à 50 millions de Francs, destinés à financer études et expérimentations « *visant à élaborer ou à tester des outils informatiques adaptés à la pratique médicale et sanitaire ouverte aux évolutions technologiques et le soutien à la diffusion de tels outils.* »

b) *Projet de loi relatif au financement de la sécurité sociale pour 2000 : Equilibres financiers généraux et assurance*

Dans ce rapport du Sénat de 1999^{*}, il apparaît qu'en 1998, les dépenses pour les actions d'accompagnement de l'informatisation des cabinets médicaux se sont élevées à 408 millions de francs (plus de 62 millions d'euros). En 1999, il reste un reliquat de dépenses à ce titre de 27,9 millions de francs (4,2 millions d'euros). Il n'y avait alors pas de dépenses prévues pour l'année 2000, puisque les aides à l'investissement pour l'acquisition du matériel devaient cesser à cette échéance. En revanche, une aide pérenne pour la transmission des feuilles de soins électroniques devait continuer à être accordée aux professionnels.

c) *La convention médicale de Février 2005*

Tout un paragraphe (4.2.3.3) y est consacré à l'aide à l'équipement informatique : « *Les parties signataires conviennent de réserver prioritairement le montant excédentaire du FORMMEL pour le versement d'une aide à l'équipement informatique des praticiens conventionnés, sous réserve qu'ils n'aient pas bénéficié de l'aide précédente et qu'ils s'engagent à télétransmettre. Le montant de cette aide sera défini en fonction du solde du FORMMEL qui reste à évaluer.* »[†]

d) *La CNIL*

Au niveau du territoire français, la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté), a pour mission de protéger la vie privée et les libertés individuelles ou publiques pour faire face aux dangers de l'informatique dans ce domaine. En toute logique, la CNIL a donc investi le champ de l'informatique dans la santé

Selon Mireille Faugère[‡] « On ne gère pas la complexité de la coordination des hôpitaux pas des textes. » Si cela est vrai pour les hôpitaux, cela ne l'est pas moins pour la médecine libérale....

^{*} Disponible sur <http://www.senat.fr/rap/199-058/199-0589.html>

[†] Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

[‡] directrice générale de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

H. QUELQUES PISTES VERS L'AMELIORATION DE LA COMMUNICATION...

1. Communication d'informations médicales en Belgique

En 2005, des chercheurs belges ont entrepris une revue exhaustive de littérature et l'analyse des modèles d'organisation des soins aux patients diabétiques dans différents pays⁴⁸ pour répondre à une question : Quelles seraient, en Belgique, les modalités optimales de prise en charge des patients diabétiques? Il en ressort entre autre, qu'une utilisation des systèmes d'information cliniques de qualité, et notamment de l'outil informatique, permettrait une meilleure communication entre soignants.

Cependant, comme le dit le Professeur Jean Kervasdoué :*
« On ne fait pas la même médecine en France »

2. Communication et Education Thérapeutique

En 2011, une thèse de médecine générale a permis de mettre en évidence auprès de 11 médecins de la Somme, non formés à l'éducation thérapeutique, que seuls le courrier et le patient permettent de faire le lien entre le généraliste et les structures dédiées à l'éducation thérapeutique. Cette étude qualitative ouvre une perspective sur un nouveau travail qui pourrait améliorer l'interrelation entre chaque professionnel de santé dans la prise en charge des maladies chroniques⁴⁹.

3. Le patient diabétique

L'étude Entred s'est intéressée aux pratiques actuelles, aux besoins et attentes des personnes diabétiques et des médecins concernant l'information et le soutien (qu'ils reçoivent ou délivrent), et concernant la démarche éducative dans laquelle ils sont impliqués ou souhaiteraient s'impliquer, pour un meilleur suivi et une meilleure qualité de vie des personnes diabétiques⁵⁰. Dans cette même étude, les médecins se déclarent globalement satisfaits de la prise en charge de leurs patients diabétiques, mais notent des lacunes en diététique, en conseils concernant l'activité physique et en soutien psychologique qu'ils prodiguent. *Les raisons* évoquées à cette insatisfaction sont : 1) le *manque de temps* et 2) le *manque de matériel approprié*.

* directeur de l'Ecole Pasteur/Cnam de Santé publique et membre de l'Académie des technologies,

II. POPULATION ET METHODE

A. SYNTHÈSE DE LA RECENSION D'ÉCRITS

Pour retracer l'évolution des pratiques en médecine générale, et plus particulièrement des modalités de communication entre médecins, le travail de lecture n'a cessé de s'étoffer, essentiellement autour de deux pôles:

* l'évolution des pratiques médicales, les interventions de l'Etat pour constituer un système de soins avec ses textes de lois, avec des remaniements réguliers et de nouvelles responsabilités qui incombent aux médecins généralistes,

* l'émergence de l'informatique et son utilisation en médecine et les réglementations éthiques pour pérenniser la confidentialité de ces données médicales dorénavant livrées aux systèmes informatiques,

Au vu de cette recension d'écrits, il apparaît d'une part, que l'outil informatique est aujourd'hui, en 2012, bien rentré dans les mœurs et équipe une large majorité des cabinets de médecine générale sur le territoire français. Des travaux ont été réalisés en nombre sur l'arrivée dans le domaine de la santé des technologies d'informations, et avec elles, l'informatisation du dossier médical du patient (DMP).

D'autre part, le système de soin, récemment remodelé, modifie les parcours du patient au sein du vaste réseau de professionnels de santé présent sur le territoire. Des réseaux de soins émergent. De nouveaux challenges sont à relever par ces médecins traitants nouvellement nommés : réunir les données médicales de leurs patients, les centraliser à leur niveau afin d'orienter leur patientèle plus efficacement au sein du système de santé. Les textes de lois et règlements sont nombreux, émanant de diverses instances (CNIL, Ordre des médecins, Assemblée nationale...)

Peu nombreuses sont les études qui ont cherché à mettre en relation ces deux problématiques, à savoir les difficultés rencontrées aujourd'hui par les médecins (malgré ces technologies d'information et de communication omniprésentes dans leur pratique) pour communiquer efficacement au sein d'un système de santé remanié (Parcours de soin, médecin référent, dossier médical personnel...) avec leurs partenaires, les autres professionnels de santé.

Restent quelques questions non encore documentées : Quel usage est fait de ces technologies d'information modernes dans la pratique courante des généralistes? Quel regard ont les médecins sur ces outils, au regard des exigences qui leur sont maintenant demandées? Qu'attendent réellement les praticiens de ces nouvelles prouesses technologiques dans leur exercice quotidien ?

B. L'ENQUETE DE TERRAIN

Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une étude quantitative descriptive exploratoire.

1. Choix de la population

Nous avons souhaité interroger un large échantillon de médecins généralistes, exerçant en libéral, en France. Ceci nous a été rendu possible grâce au soutien de la SFMG qui dispose d'un réseau de sociétaire très représentatif des pratiques de la médecine générale sur le territoire français.

a) Pourquoi le secteur libéral uniquement ?

Une très large majorité de médecins généralistes exercent sur le mode libéral. Leurs partenaires de santé également, notamment les médecins spécialistes (CF P. 27)

Les difficultés de relation entre médecins généralistes et hôpitaux ont déjà fait l'objet de travaux. Privés ou publiques, les établissements de soins n'ont pas retenu notre attention comme correspondants des médecins traitants dans ce travail. Ces structures ont une dimension, un financement et une organisation qui leur sont propres et différent beaucoup du fonctionnement de la médecine de ville.

Rappelons ici que le but de ce travail n'est pas d'être exhaustif, mais représentatif du mode d'exercice des praticiens libéraux en cabinet de ville en 2012.

b) Choix des professions de santé collaborant avec les généralistes

(1) Les médecins spécialistes

Le panel des professions médicales proposées en choix au questions 3, 5 et 20 du questionnaire, a été orienté par le travail de l'Insee*. Ce choix ne se voulait pas exhaustif, mais représentatif des praticiens exerçant en secteur non hospitalier.

Certaines spécialités médicales n'apparaissent donc pas dans le questionnaire, telles que l'anesthésie et la médecine interne. Les seules spécialités chirurgicales figurant dans la proposition de choix sont celles ayant un versant médical (et donc plus adaptées à des consultations de type libéral) à l'instar de l'ophtalmologie, de la gynécologie et de l'oto-rhino-laryngologie. Les spécialités de biologie médicale†, de médecine du travail et de santé publique n'apparaissent pas non plus, du fait de l'aspect très spécifique de ces professions non-prescriptrices.

* Tableau complet Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102

† L'article 18 de la loi n°2007-127 a supprimé l'alinéa de l'article L.6221-9 du Code de la santé qui permettait des «prescriptions pharmacologiques directement liées à l'exercice de la biologie» en laboratoires d'analyses. L'art. R.5132-6 qui consacrait un droit de prescription aux pharmaciens biologistes n'a donc plus de support juridique.

Par ailleurs, les échanges entre biologistes et médecins généraliste sont très particuliers : une prise de sang réalisée ne se passe pas de résultats, ceux-ci étant de plus en plus communiqués automatiquement par voie électronique au médecin prescripteur.

Tableau n°3 - Répartition des Médecins suivant le statut et la spécialité en 2012

Au 1er janvier 2012		
	France métropolitaine (1)	dont libéraux ou mixtes (2)
	Nombre	Nombre
Ensemble des médecins	208 727	122 791
Omnipraticiens	100 666	67 843
Spécialistes	108 061	54 948
Spécialités médicales	59 489	30 599
<i>dont :</i>		
<i>anesthésiologie réanimation</i>	10 313	3722
<i>radiodiagnostic et imagerie médicale</i>	7 966	5534
<i>pédiatrie</i>	7 033	2914
<i>cardiologie</i>	6 281	4121
<i>dermatologie et vénéréologie</i>	4 090	3458
<i>gastro-entérologie hépatologie</i>	3 412	1960
<i>pneumologie</i>	2 727	1085
<i>rhumatologie</i>	2 608	1832
<i>médecine interne</i>	2 221	348
<i>neurologie</i>	2 016	745
Spécialités chirurgicales	25 494	16 699
<i>dont :</i>		
<i>ophtalmologie</i>	5 656	4 821
<i>gynécologie obstétrique</i>	5 537	3 301
<i>chirurgie générale</i>	3 694	1 444
<i>oto-rhino laryngologie</i>	2 919	2 163
<i>chirurgie orthopédique et traumatologie</i>	2 620	1 737
Biologie médicale	2 993	1 134
Psychiatrie	13 645	6 417
Médecine du travail	5 099	78
Santé publique	1 341	21
(1): pas de données disponibles pour la France, y compris les DOM-TOM		
(2): les médecins mixtes peuvent être en partie des médecins hospitaliers au titre d'une activité secondaire.		
Source : Drees.		

(2) Les autres professions de santé

Notre choix s'est appuyé sur des données de l'Insee *. Nous n'avons pas souhaité représenter les professions médicales et pharmaceutiques dans le panel de choix aux questions 3, 5 et 20 du questionnaire. Celles-ci ne font pas partie en tant que telles, du parcours de soin coordonné du patient.

Concernant les auxiliaires médicaux, nous avons fait le choix de ne proposer que ceux se rattachant à un Ordre professionnel, comme les médecins. Ce choix est arbitraire. Le panel ne se prétend pas exhaustif et devait rester limité afin de permettre aux médecins interrogés un remplissage plus rapide du formulaire en ligne.

Tableau n°4 - Répartition des professionnels paramédicaux au 1^{er} janvier 2011

Professions de santé en 2011	
Effectifs en France	
Professions médicales et pharmaceutiques	
Chirurgiens-dentistes	41 836
Sages-femmes	18 835
Pharmaciens	73 298
Auxiliaires médicaux	
Infirmiers diplômés d'État et autorisés	547 861
Masseurs-kinésithérapeutes	72 850
Pédicures-podologues	11 747
Orthophonistes	20 523
Orthoptistes	3 480
Opticiens-lunetiers	23 675
Psychomotriciens	7 992
Manipulateurs E.R.M	29 352
Ergothérapeutes	7 695

Sources : Drees ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2009.

* Tableau complet disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103

2. Les objectifs

Nous souhaitons obtenir des médecins généralistes libéraux, deux types d'informations :

- les difficultés qu'ils rencontrent pour communiquer des données médicales concernant leurs patients, dans le cadre de leur exercice actuel en ville
- les améliorations qu'ils souhaiteraient voir mettre en place pour y remédier

3. Le questionnaire *

a) *Son élaboration*

Il comprend 32 questions, très majoritairement fermées, afin d'en faciliter le remplissage par les médecins généralistes.

Ces questions sont regroupées en deux grandes parties :

- ✓ une première, à visée exploratoire, afin de connaître les conditions actuelles d'exercice des médecins, la place des échanges avec leurs partenaires de soins en l'état, et les moyens dont disposent les médecins dans leur pratique courante pour communiquer ;
- ✓ la deuxième partie plus prospective, interroge les médecins sur leurs souhaits, la vision qu'ils ont dans un futur proche, de leur pratique en cabinet libéral, avec les nouvelles directives et la restructuration du parcours de soins du patient.

Chacune de ces parties a été subdivisée en 4, pour faciliter le recoupement entre l'état actuel des choses et les attentes des médecins généralistes :

- fréquence et densité des échanges
- correspondants
- éléments significatifs d'informations échangées
- outils de communication

D'abord travaillé sous format Word, le formulaire a ensuite été transposé et adapté sur Google Documents puis testé auprès d'une poignée de médecins et soumis à l'approbation de la Société Française de Médecine Générale avant d'être diffusée.

Cette diffusion s'est faite via Internet auprès de 945 médecins généralistes : 902 médecins généralistes adhérents à la SFMG et 43 médecins maîtres de stage de Bobigny. Le choix d'une diffusion exclusivement via Internet a limité le choix des destinataires à ceux dont on disposait des adresses mail.

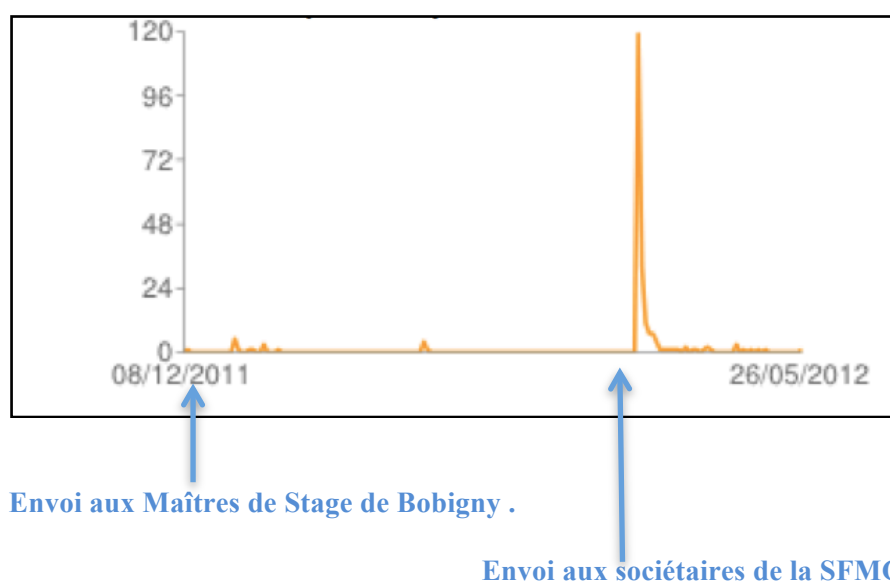
* Disponible en ANNEXE 3

b) Recueil de données

Le recueil de données s'est fait au moyen d'un questionnaire .Ce dernier a été construit pour interroger des médecins généralistes exerçant en libéral afin de connaître leur mode d'exercice actuel et de recueillir leurs attentes concernant la qualité de communication avec leurs partenaires du secteur de la santé libérale.

Entre décembre 2011 et mai 2012, 220 formulaires ont été recueillis : 18 en retour des maîtres de stage de la faculté, 202 en retour des sociétaires de la SFMG.

Figure A - Graphique représentant le nombre de réponses quotidiennes



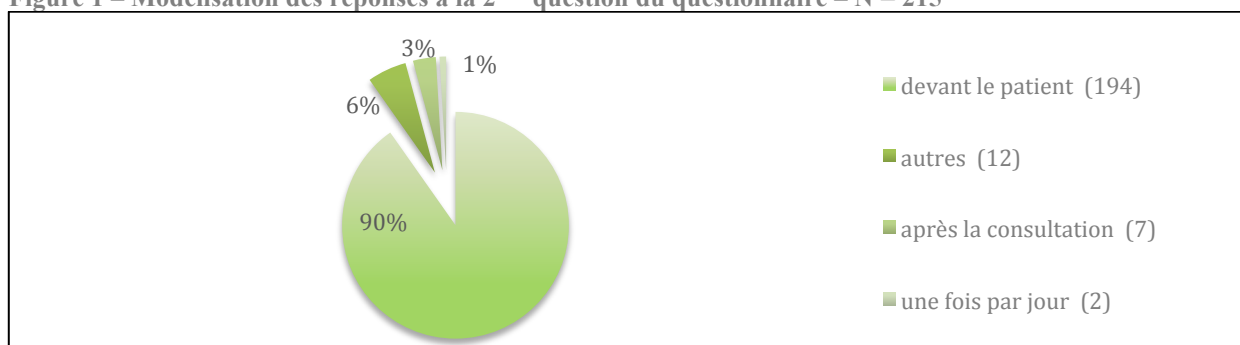
III. RESULTATS

A. ETAT DES LIEUX

1. Fréquence et temporalité des échanges

a) *Moment choisi pour la rédaction*

Figure 1 – Modélisation des réponses à la 2^{ème} question du questionnaire – N = 215



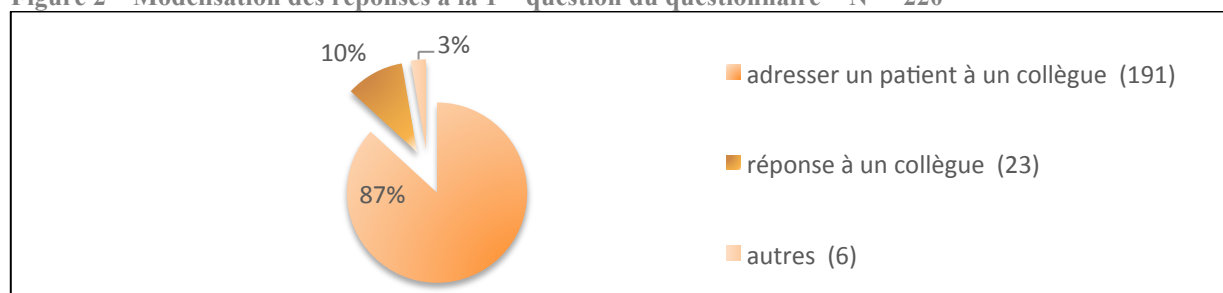
Les résultats montrent clairement que le temps de rédaction des courriers n'est pas unique dans la journée du médecin puisque 90% des médecins interrogés rédigent leurs courriers devant le patient... donc plus d'une fois par jour.

Dans les 6% ayant donné une autre réponse, on trouve un complément de réponse intéressant : le **temps** joue un rôle primordial dans la rédaction des courriers. Il apparaît que les médecins rédigent ces courriers sur leur temps libre, le soir, le week-end ou sur leurs jours de congés. Un autre élément la **complexité** du courrier joue un rôle dans le moment où le courrier est rédigé : un courrier simple se fera avec le patient, un courrier plus complexe se fera à un autre moment. On peut raisonnablement penser qu'un courrier complexe prendra plus de temps à rédiger et amènera donc le médecin à reporter le moment de sa rédaction.

Cette question permet de montrer à quel point la rédaction des courriers est chronophage, allant jusqu'à empiéter sur la vie personnelle du médecin qui y consacre ses soirées, week-end et jours de congés...

b) *Systematiquement rédiger un courrier dans certains cas*

Figure 2 – Modélisation des réponses à la 1^{ère} question du questionnaire – N = 220



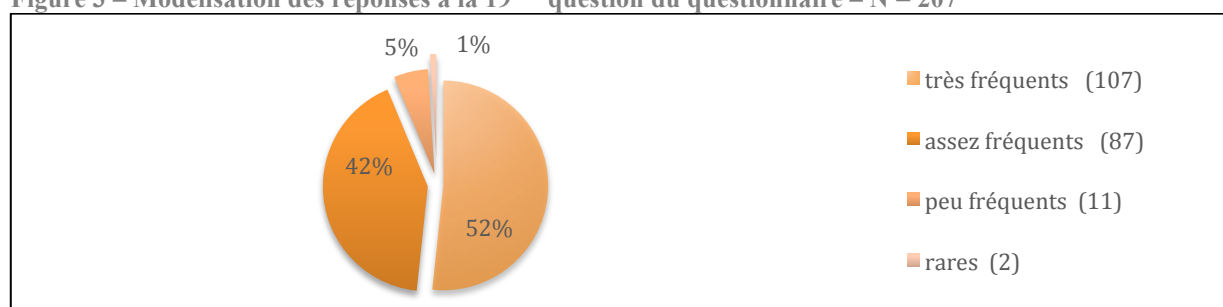
On note que 87% des médecins rédigent des courriers systématiquement lorsqu'ils adressent leur patient à un collègue médecin. « Quasi » serait une nuance à apporter, comme l'a suggéré un des médecins répondants : « *très souvent...de là à dire systématique...* »*.

Pour 10% des généralistes, la rédaction systématique d'un courrier ne se fera que pour répondre à un collègue, à une question.

Dans les 3% ayant répondu 'autre' chose, il apparaît qu'un événement nouveau marquant ou une première fois ou « *une pathologie lourde chez un patient qui part en congé* »* soient nécessaires pour motiver la rédaction d'un courrier ; à l'opposé, 2 autres médecins pensent qu'un courrier attend une réponse et prend donc un caractère « obligatoire » pour le médecin généraliste.

c) *Fréquence d'échange avec les autres professionnels de santé*

Figure 3 – Modélisation des réponses à la 19^{ème} question du questionnaire – N = 207



Cette question a été posée aux médecins, à la fois pour les courriers émis et reçus, tous types confondus.

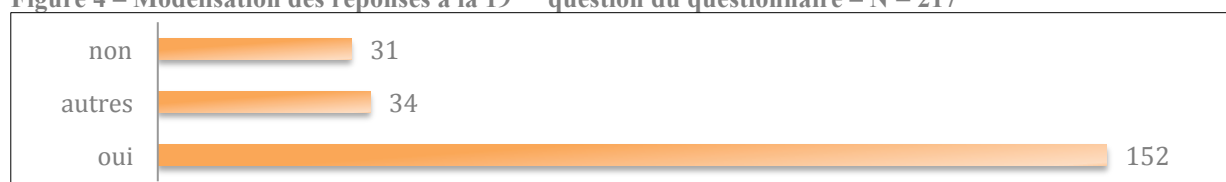
52% des médecins considèrent que leurs échanges avec leurs correspondants habituels sont très fréquents. Ils restent assez fréquents pour encore 42% des médecins. 6% décrivent leurs échanges comme peu fréquents ou rares[†].

* Citation de réponses de médecins généralistes

† Ces qualifications sont subjectives et ne visent aucunement une quantification précise de la fréquence des échanges. L'appropriation des termes reste soumise à l'appréciation de chacun des praticiens interrogés.

d) Des généralistes satisfaits de cette fréquence d'échanges ?

Figure 4 – Modélisation des réponses à la 19^{ème} question du questionnaire – N = 217



On remarque un taux de satisfaction des médecins de 70% concernant la fréquence de leurs échanges avec leurs partenaires du système de santé.

Parmi ces médecins se disant globalement satisfaits, certains nuancent leur réponse. Ainsi, 16% de médecins ont souhaité apporter un complément de réponse, répartis ainsi :

- 4% trouvent que la fréquence des échanges est plus ou moins satisfaisante, très variable en **fonction des correspondants**. Les libéraux choisis par les médecins semblent plus respectueux des délais de réponse que les hospitaliers ; et là encore une nuance pour certains selon les services et les hospitaliers.
- 4% trouvent que **le délai reste trop long**, même si la fréquence des échanges leur semble correcte ; ces délais trop longs concernent essentiellement les hôpitaux, avec des compte-rendu d'hospitalisations reçus parfois plusieurs semaines ou mois après la sortie du patient.
- 3% pensent que la fréquence des échanges **pourrait être améliorée**.
- 3% des médecins mentionnent spontanément **l'utilisation d'une messagerie électronique** comme un moyen d'améliorer la fréquence de ces échanges dont ils ne sont pas pleinement satisfaits : « *Si tout passait par Internet ca serait plus direct* », « *satisfait quand la réception est faite par messagerie électronique* », « *faible utilisation de la messagerie* », et « *trop d'échange de papier ; La plupart des confrères utilisent un ordinateur pour imprimer un courrier, il serait plus simple et économique de l'adresser par mail, que par la poste* » ou encore « *Attente d'un système gratuit, universel et électronique* »
- Les 2% de réponses restant méritent d'être commentées séparément : un médecin a profité de cette question pour dire qu'il n'était pas satisfait du contenu des courriers, alors que la forme et la fréquence semblent lui convenir ; un autre médecin précise qu'il a fait le choix de ne conserver que les correspondants qui lui répondent ; un dernier médecin s'est dit mécontent à la fois de la fréquence des échanges et des délais de réponse.

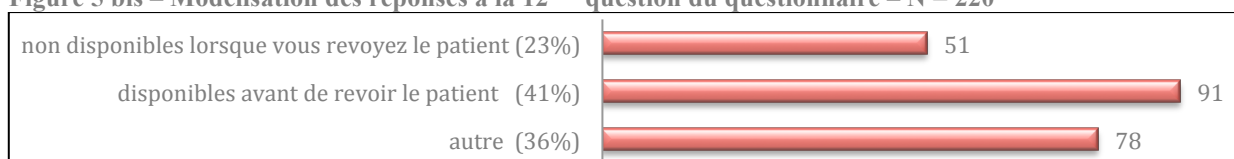
e) Disponibilité des informations et suivi des patients

Figure 5 – Modélisation des réponses à la 7^{ème} question du questionnaire – N = 217



Le délai de réponse des correspondants est un critère important dans le suivi des patients pour 93% des médecins interrogés. La qualité des soins apportés au patient dépend largement des informations dont dispose le médecin, en amont et en aval de chacune de ses consultations, pour intervenir au bon moment dans la chaîne de soins.

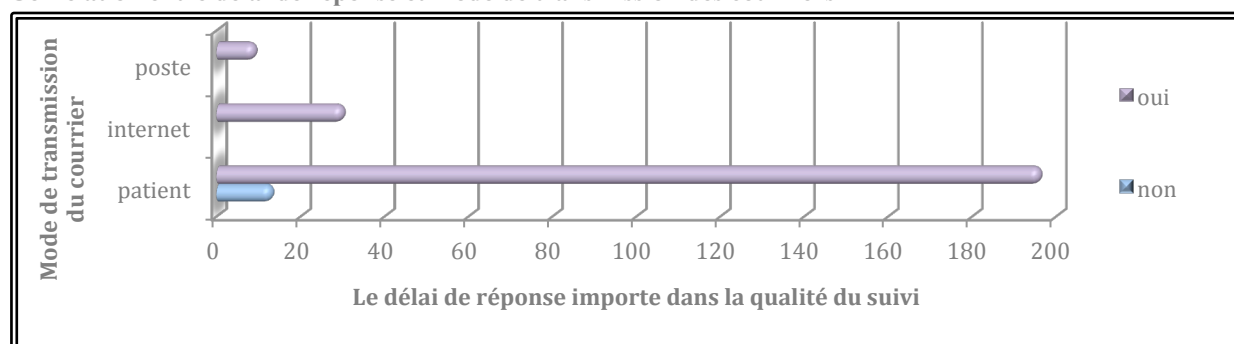
Figure 5 bis – Modélisation des réponses à la 12^{ème} question du questionnaire – N = 220



41% des médecins disposent de la réponse du spécialiste auquel ils ont adressé le patient, avant de revoir ce dernier. Seuls 23% n'ont pas cette chance. Les 36% restants correspondent à des médecins qui rencontrent indifféremment les 2 situations dans leur correspondance avec les autres professionnels de santé.

Figure 5 ter - Croisement des questions 4 et 7 – N = 248

Corrélation entre délai de réponse et mode de transmission des courriers

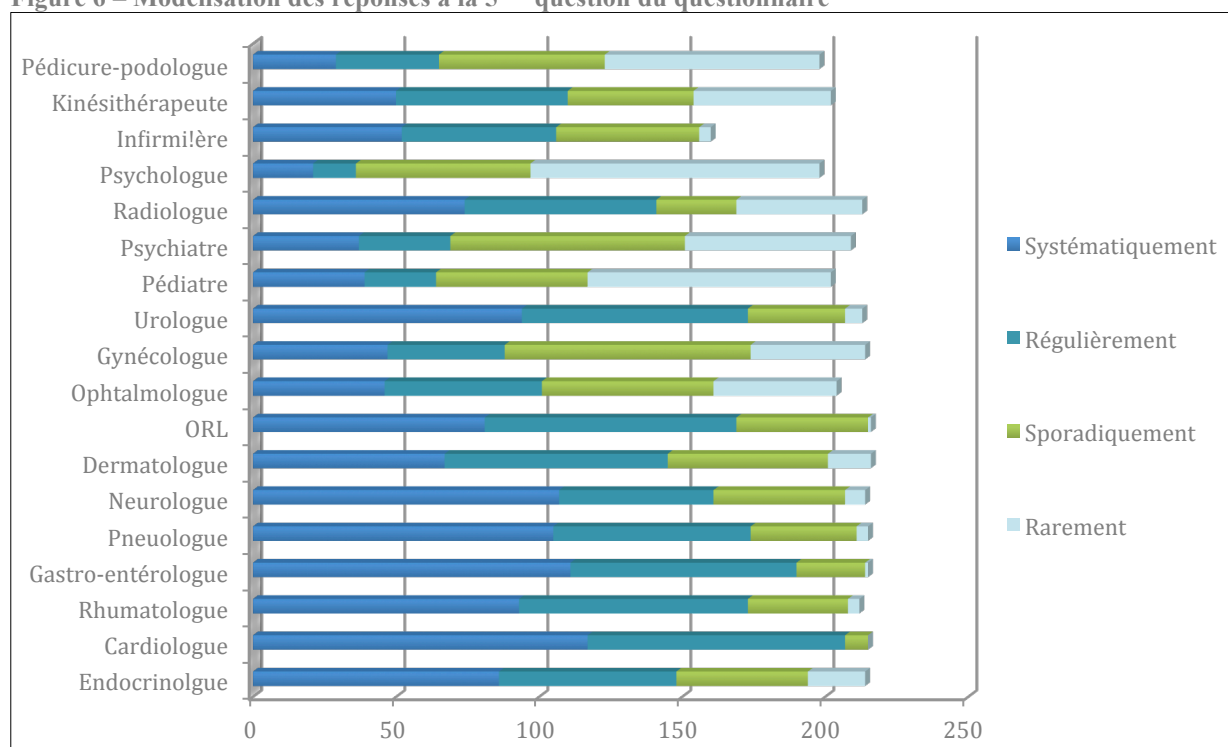


On note que le peu de médecins généralistes qui n'accordent pas beaucoup d'importance au délai de réponse ont tous choisi comme mode de transmission du courrier à leurs partenaires de santé : le patient.

2. Correspondants déterminant les caractéristiques de l'échange

a) Fréquence des échanges selon les correspondants libéraux

Figure 6 – Modélisation des réponses à la 5^{ème} question du questionnaire



Les échanges ne sont pas rares lorsque le médecin a recours à un avis d'endocrinologue, de cardiologue, de rhumatologue, de gastro-entérologue, de neurologue, de neurologue, d'urologue. Pour les échanges avec les radiologues, les médecins disent échanger moins systématiquement » : 20% n'échangent que rarement avec eux.

On observe que lorsqu'il s'agit d'échanger avec les dermatologues ou les ORL, une légère prédominance se dessine pour décrire les échanges comme 'réguliers' (35 et 40% respectivement). Cependant 31 à 37% des médecins continuent d'échanger systématiquement avec ces deux spécialités. 32% des médecins interrogés n'échangent que sporadiquement avec les ophtalmologues. La différence est plus nette pour les gynécologues et les psychiatres* pour lesquels respectivement 39% et 37% des médecins disent n'échanger que sporadiquement. Concernant la pédiatrie, les échanges avec ces spécialistes se font rares pour 39% des médecins généralistes interrogés†.

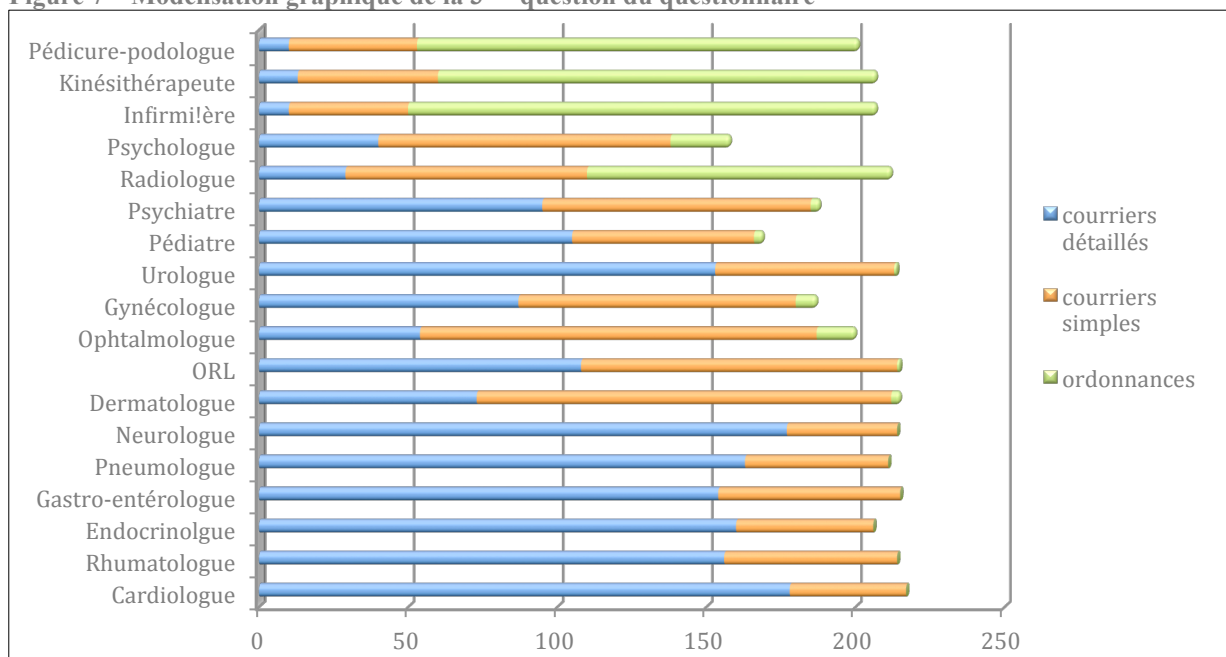
Chez les paramédicaux, les réponses données concernant les échanges avec les infirmières et les kinésithérapeutes ne permettent pas de qualifier la fréquence des échanges (répartition très homogène des réponses). Quant aux pédicures-podologues, les échanges sont considérés comme rares pour 34% des médecins interrogés.

* ces trois spécialités sont en accès direct pour le patient dans son parcours de soins avec la stomatologie et la pédiatrie.

† ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'en pratique courante, médecins généralistes et pédiatres offrent une prise en charge assez similaire dans le suivi de leurs jeunes patients.

b) Format des courriers selon les interlocuteurs

Figure 7 – Modélisation graphique de la 3^{ème} question du questionnaire



Les courriers sont majoritairement ‘détaillés’ (70 à 81% des médecins), dès qu’il s’agit d’orienter le patient vers les endocrinologues, les cardiologues, les gastro-entérologues, les pneumologues, les neurologues et les urologues. Le profil des courriers change ; ils resteront détaillés pour 24 à 48% des médecins, mais se feront plus ‘simples’ pour 23 à 49% des médecins, lorsqu’ils adressent leurs patients à un dermatologue, un ORL, un ophtalmologue, un gynécologue, un pédiatre ou un psychiatre.

Les courriers à l’adresse des radiologues sont essentiellement des ordonnances (46%) ou des courriers simples (33%). Les psychologues bénéficient de courriers simples dans 34% des cas, mais aussi de courriers détaillés (18%), de mots de courtoisie (11%) et d’ordonnances (9%)

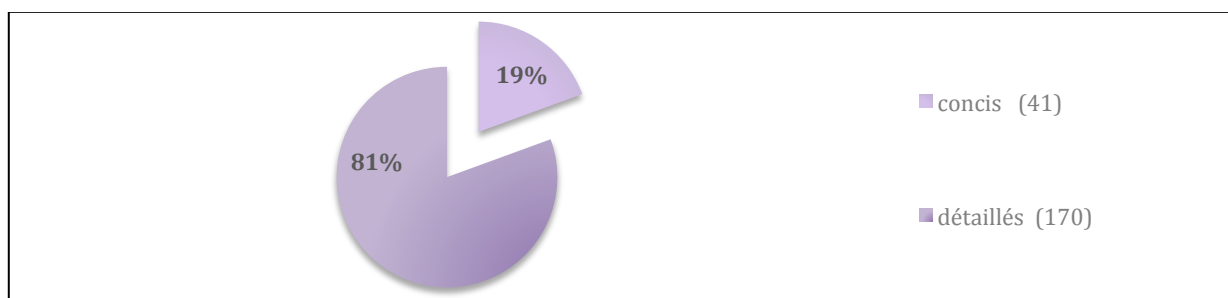
Infirmières, kinésithérapeutes et pédicures-podologues reçoivent de la part des médecins généralistes, essentiellement des ordonnances (67-71%) ou de courriers simples (11-16%)

3. Eléments significatifs d'informations échangées

a) Niveau de détail du courrier...

(1) ... rédigé par le médecin généraliste lui-même

Figure 8 – Modélisation des réponses à la 8^{ème} question du questionnaire – N = 211

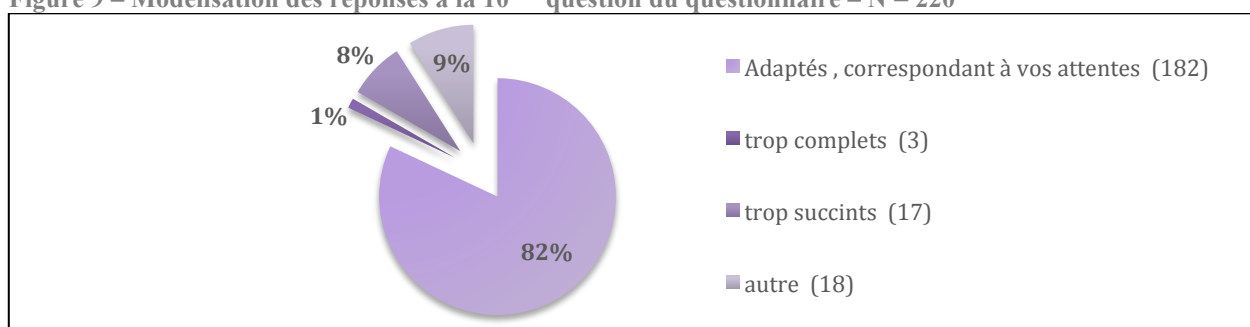


La très large majorité (81%) des courriers que les médecins généralistes rédigent à l'attention du spécialiste, sont dit « détaillés » et reprennent au minimum les antécédents et l'histoire de maladie du patient.

Alors que pour 19% des médecins ayant répondu à cette question, les courriers sont plus concis, ne rapportant que les symptômes et le motif de la demande d'avis spécialisé.

(2) ... rédigé par le correspondant du généraliste

Figure 9 – Modélisation des réponses à la 10^{ème} question du questionnaire – N = 220

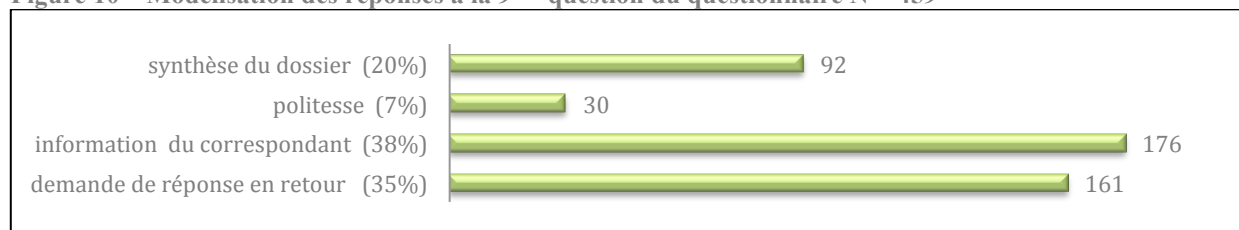


80% des médecins interrogés se disent satisfaits du contenu des courriers qu'ils reçoivent. Seuls 17 médecins considèrent les courriers de leurs confrères libéraux trop succints.

b) Contenu et intentions des courriers

(1) ... émanant des médecins généralistes eux-mêmes

Figure 10 – Modélisation des réponses à la 9^{ème} question du questionnaire N = 459



Les médecins pouvaient donner plusieurs réponses. Les pourcentages ont été calculés sur le nombre total de réponses faites.

38% des courriers rédigés par les médecins généralistes interrogés, le sont dans le but d'informer leur destinataire ; en écho, 35% de médecins rédigent un courrier pour s'assurer, en retour, des informations relatives aux soins apportés à leur patient par leurs collaborateurs de soins. Parallèlement, 20% des courriers sont rédigés en vue de synthétiser le dossier du patient et seulement 7% des courriers sont de simples formalités de politesse.

Cette question laissait la possibilité aux médecins de donner plusieurs réponses. Des combinaisons de réponses apparaissent avec plus ou moins de prépondérance. A noter que 15 médecins se sont abstenus de répondre.

Tableau n°3 – Réponses combinées à la question n°9 du questionnaire

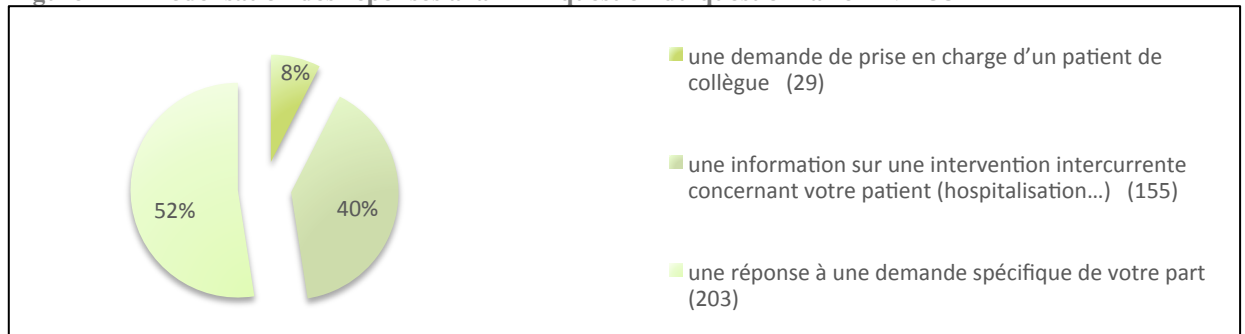
	synthèse du dossier	demande de réponse en retour	information du correspondant	politesse
synthèse du dossier	5 (5%)	8 (7%)	19 (17%)	X
demande de réponse en retour	X	20 (18%)	66 (59%)	8 (7%)
information du correspondant	38 (34%)		31 (28,5%)	
politesse	21 (19%)			0

On remarque qu'une large majorité des médecins (59%) qui rédigent un courrier pour renseigner leur correspondant sur leur patient et le problème rencontré, sont également très avides d'une réponse en retour de leur courrier.

Ils ne sont que 28.5% à se contenter d'informer simplement leur correspondant du motif pour lequel ils adressent leur patient. 19% des médecins ont répondu que leurs courriers étaient rédigés pour les 4 raisons proposés en réponse à la question. Aucun ne rédige de courrier uniquement par politesse.

(2) ... émanant des correspondants des généralistes

Figure 11 – Modélisation des réponses à la 11^{ème} question du questionnaire – N = 387



Les médecins pouvaient donner plusieurs réponses. Les pourcentages ont été calculés sur le nombre total de réponses faites.

52% des courriers sont des réponses que les médecins reçoivent suite à leurs demandes d'avis spécialisés, et 40% correspondent à des prises en charge inopinées ou ponctuelles et dont le médecin est tenu informé.

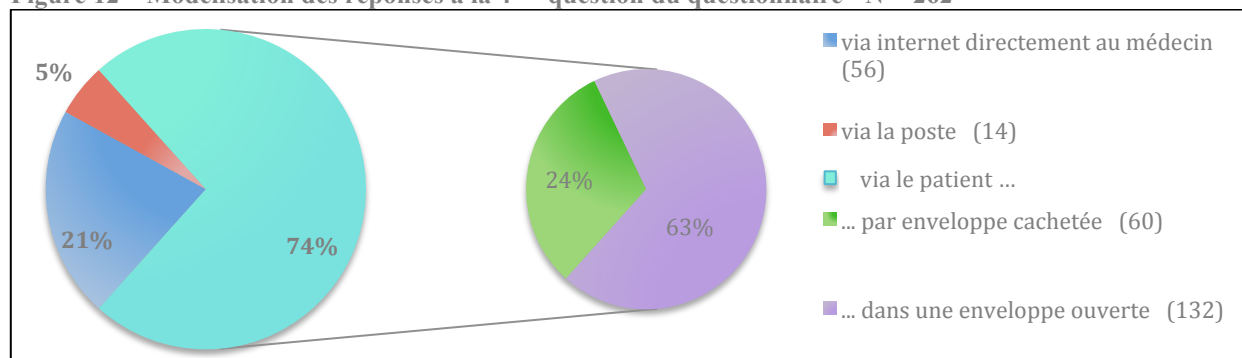
Seuls 8% des courriers sont des demandes formulées par les collaborateurs à l'attention des médecins généralistes, pour qu'ils prennent en charge leurs patients pour des problèmes bien spécifiques*.

* On peut supposer qu'il s'agit ici de médecins généralistes agréés par la DASS, par des fédérations de sport, pour de actes particuliers tels que les IVG...

4. Moyens de communication

a) Moyens de transmission du courrier aux confrères

Figure 12 – Modélisation des réponses à la 4^{ème} question du questionnaire - N = 262



Les médecins pouvaient donner plusieurs réponses. Les pourcentages ont été calculés sur le nombre total de réponses faites.

Cette question met en évidence que 74% des échanges d'informations entre professionnels de santé, se fait par l'intermédiaire du patient concerné, sous forme d'un courrier. Parmi ces 208 médecins montrant une volonté de faire transiter les données par leurs patients, seuls 132 laissent l'enveloppe ouverte, avec son contenu librement accessible au patient, 60 de ces médecins fermant cette enveloppe avant de la remettre à leur patient, rendant la prise de connaissance du courrier par le patient plus délicate.

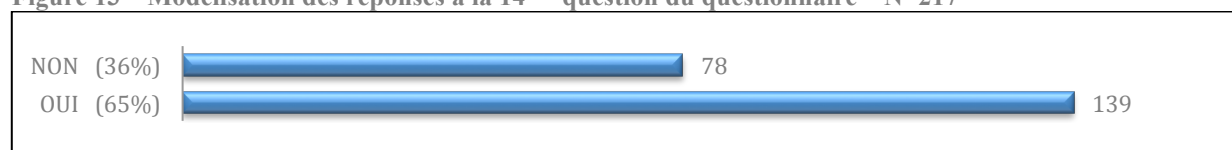
Parallèlement, 26% des médecins interrogés ont choisi de ne pas communiquer d'informations par le biais de leurs patients. Parmi eux, 56 ont opté pour des échanges informatisés, grâce aux outils actuellement disponibles en cabinets de ville, par le biais d'Internet et de messageries électroniques. Et seuls 14 disent avoir encore recours à des courriers postaux.

Il apparaît que seuls 63% des médecins ont la volonté de faire transiter une information à leurs confrères, dont le patient peut prendre connaissance dans l'intervalle.

21% des échanges se font via Internet, directement au médecin correspondant, et seulement 5% par voie postale. Ces deux modes de transmission seront détaillés plus loin dans une autre question (CF P.82)

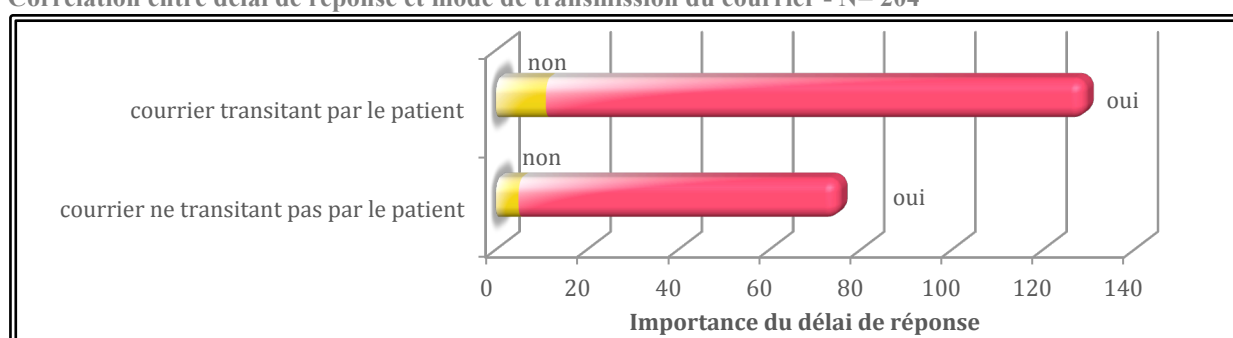
Importance que le courrier transite par le patient

Figure 13 – Modélisation des réponses à la 14^{ème} question du questionnaire – N=217



Quel que soit le circuit du courrier (émis ou remis au médecin généraliste), il apparaît ici vraiment important pour 65% des médecins que l'information passe par le patient.

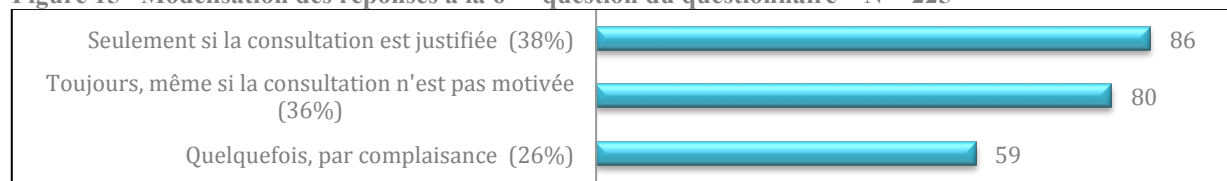
Figure 14 – Croisement des questions 7 et 14 –
Corrélation entre délai de réponse et mode de transmission du courrier - N= 204



Il n'y a pas de corrélation évidente entre l'importance accordée par les médecins au délai de réponse (comme critère de qualité du suivi de leurs patients) et l'importance qu'ils accordent à ce que le courrier transite par le patient (dans les deux sens).

Et si un patient demande au médecin un courrier pour voir un spécialiste...

Figure 15– Modélisation des réponses à la 6^{ème} question du questionnaire – N = 225



Les médecins pouvaient donner plusieurs réponses. Les pourcentages ont été calculés sur le nombre total de réponses faites.

Les médecins sont souvent confrontés à une demande de leurs patients, de consulter un spécialiste. Le respect du parcours de soins les contraint à passer par leur médecin traitant auparavant. C'est à ce dernier qu'incombe la tâche d'évaluer la pertinence d'une consultation spécialisée.

Cette question explore deux potentiels facteurs extérieurs qui pourraient influencer la rédaction de courriers à des collaborateurs du secteur de la santé, à savoir : le **parcours de soins** et la **demande du patient**. Il apparaît que 62% des courriers seront rédigés par les médecins traitants, que la demande de leur patient leur semble justifiée ou non :

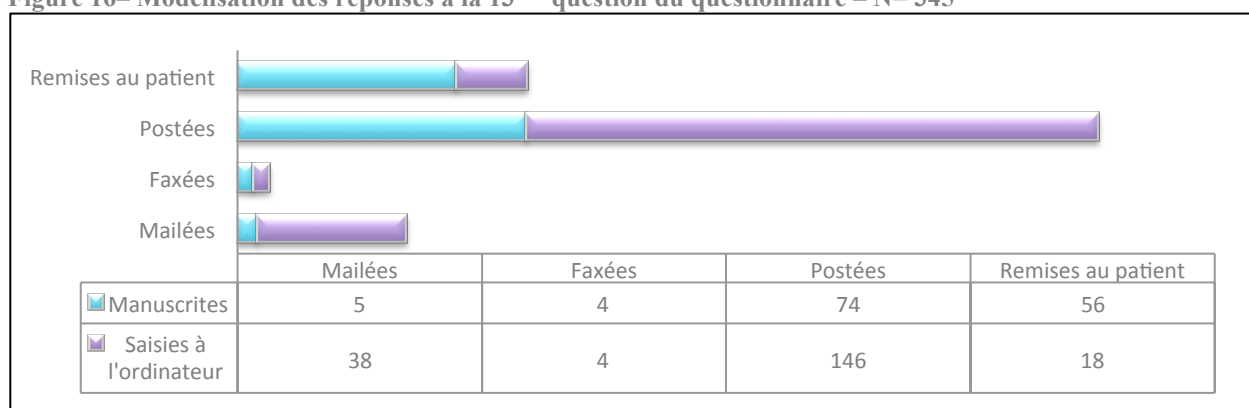
- 38% des courriers ne seront rédigés que si la demande du patient semble légitime pour le médecin traitant.
- 36% des courriers seront rédigés à la simple demande du patient, même si la consultation spécialisée sollicitée ne leur semble pas justifiée (et donc uniquement pour permettre au patient de rester dans le cadre du parcours de soins)
- Seuls 26% des courriers seront rédigés à la demande du patient, par complaisance du médecin traitant.

b) Outils de rédaction des courriers

Cette question (n°13) était posée aux médecins sous forme de tableau croisé à choix multiples. En fonction du format sous lequel le courrier était rédigé (manuscrit/saisie informatique /dictée puis saisi par une secrétaire), les médecins devaient préciser leur mode de transmission : mail/fax/courrier/remis au patient. Puis la question a été dupliquée pour préciser ces informations selon qu'elles étaient émises ou reçues.

(1) ...Utilisés par les correspondants des généralistes

Figure 16– Modélisation des réponses à la 13^{ème} question du questionnaire – N= 345



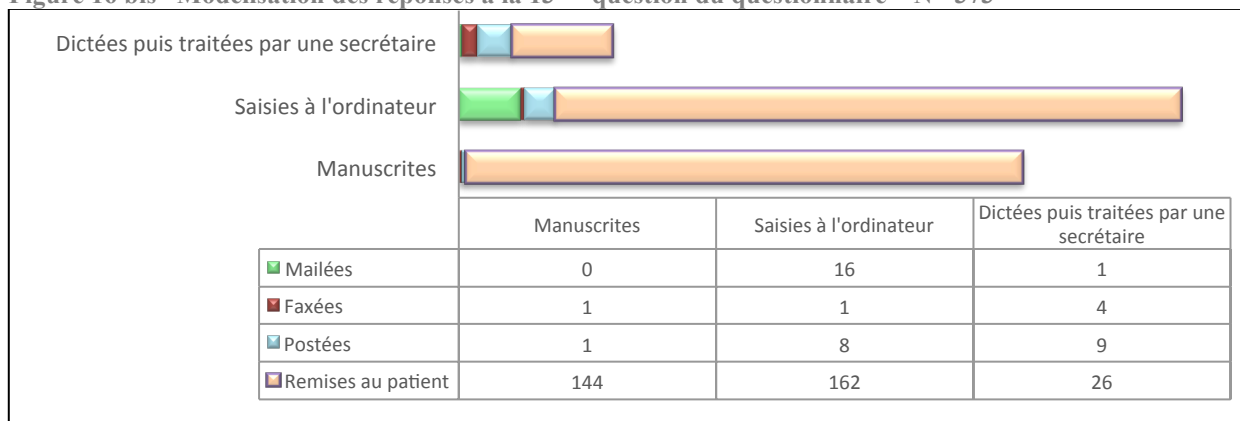
Les médecins pouvaient donner plusieurs réponses. Les pourcentages ont été calculés sur le nombre total de réponses faites.

206 médecins ont répondu recevoir des courriers saisis informatiquement de leurs collègues, et 139 des courriers manuscrits. Le nombre total de médecins interrogés étant de 220, au moins 125 médecins reçoivent les 2 types de courriers. Si l'on calcule les proportions de chacun des types de courriers reçus par les généralistes, on trouve 60% de courriers saisis informatiquement, contre 40% de courriers manuscrits.

Le plus marquant concerne les courriers saisis informatiquement : les médecins les reçoivent majoritairement (71%) par la poste, et non par leurs patients (9%). Mais il est intéressant de noter que 18% de ces courriers leurs sont adressés par e-mail. Concernant les courriers manuscrits qu'ils reçoivent, ceux –ci sont harmonieusement distribués entre la voie postale (53%) et les mains des patients (40%).

(2) ...Utilisés par le médecin généraliste

Figure 16 bis- Modélisation des réponses à la 13^{ème} question du questionnaire – N= 373



Les médecins pouvaient donner plusieurs réponses. Les pourcentages ont été calculés sur le nombre total de réponses faites.

Il est intéressant ici de souligner que, pour transmettre des données concernant leurs patients, les médecins généralistes commencent timidement à préférer l'ordinateur (50% des réponses) à la plume (40% des réponses).

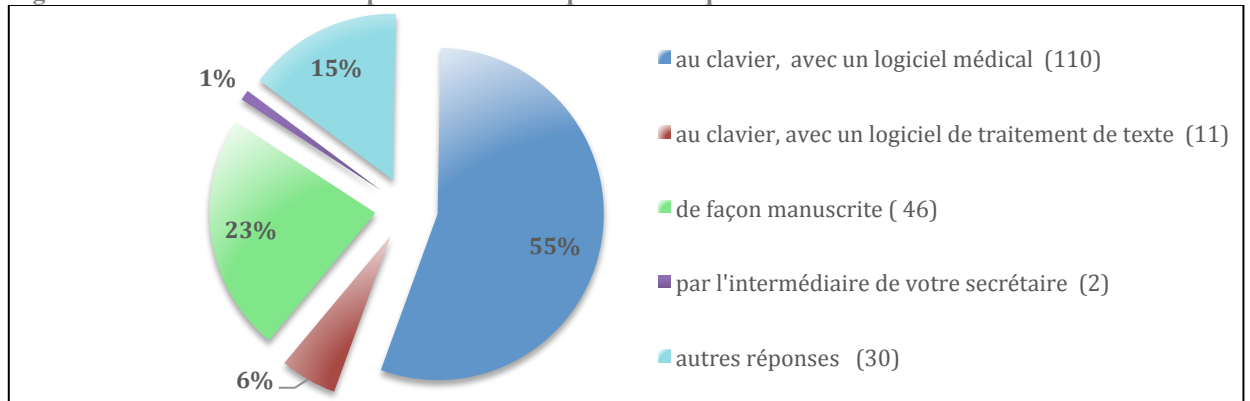
Les courriers, qu'ils soient rédigés à l'ordinateur ou sur papier par le médecin lui-même, sont encore majoritairement remis au patient afin d'être transmis au destinataire.

Pour le **courrier rédigé informatiquement**, soit pour 187 médecins, 86% passeront dans les mains des patients, 8,5% seront transmis par e-mail et 4% par voie postale. Pour le **courrier manuscrit**, soit pour 146 médecins, 98% transiteront par le patient.

Ces résultats sont complétés par ceux qui suivent, notamment sur l'usage fait de l'outil informatique pour la rédaction des courriers : traitement de texte ou association à un logiciel médical ?

Support de rédaction utilisé par les médecins généralistes

Figure 17 – Modélisation des réponses à la 15^{ème} question du questionnaire – N=199



Contrairement à la question précédente, les médecins ne pouvaient donner ici qu'une seule réponse. Les pourcentages sont donc calculés ici sur le nombre de médecins répondants.

Plus de la moitié (55%) des généralistes saisissent leurs courriers en ayant recours au logiciel métier présent sur leur ordinateur. Un ordinateur avec un simple traitement de texte ne concerne que 6% des généralistes interrogés. 23% des médecins généralistes rédigent encore leurs courriers à la main et 1% seulement ont recours à une secrétaire.

15% des médecins ont choisi de donner d'autres réponses, souvent pour préciser leur pensée. Une réponse relevée témoigne de l'influence du moment de rédaction sur son mode de saisie : «100% manuscrite à domicile et 100% par logiciel médical au bureau »

Cette question laissait la possibilité aux médecins de donner des **pourcentages de répartition entre chacun des modes de saisie**. Voici les 5 réponses sous forme graphique, laissant apparaître une hétérogénéité importante dans la répartition des différents modes de saisie des courriers :

Figure 16 bis – Représentation graphique des réponses de 5 médecins

Précisions statistiques sur le mode de saisie des courriers pour cet échantillon de généralistes. N = 5

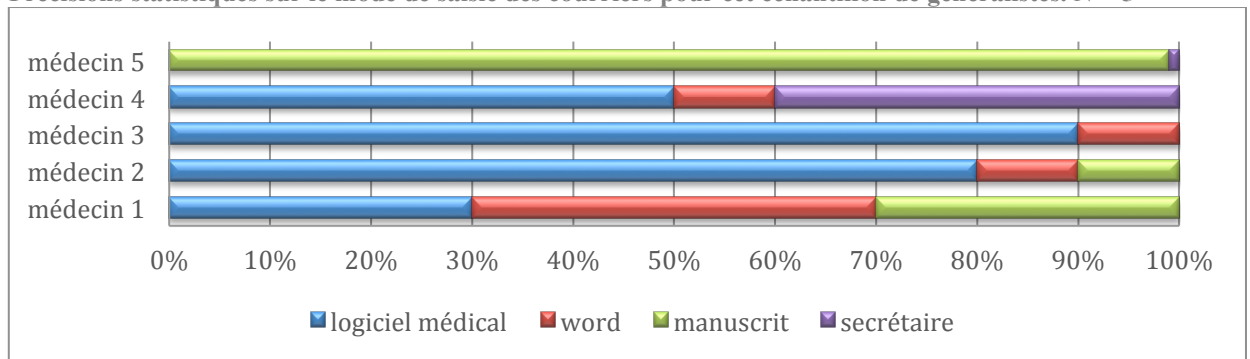
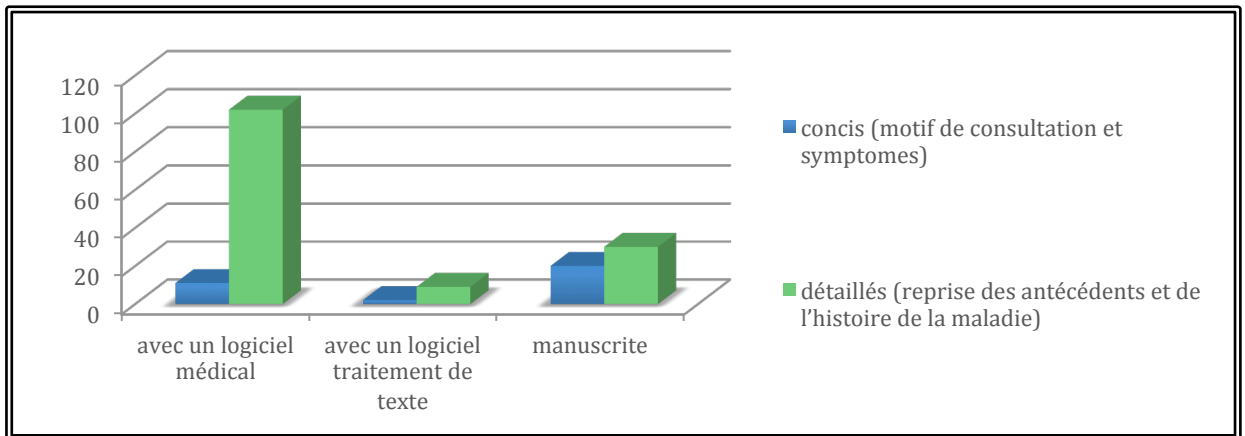


Figure 17 bis – Croisement des questions 8 et 15 –
Corrélation entre support de rédaction et niveau de détail des courriers - N = 174

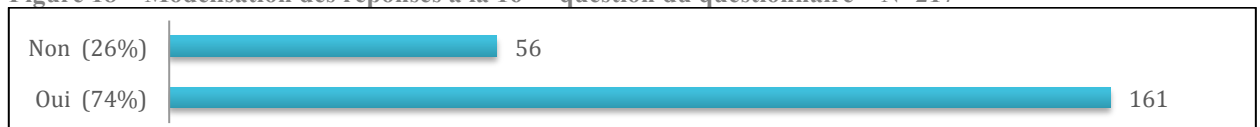


Les courriers ont tendance à être plus détaillés lorsque les médecins généralistes ont recours à un logiciel médical pour les rédiger.

c) *Supports des informations échangées*

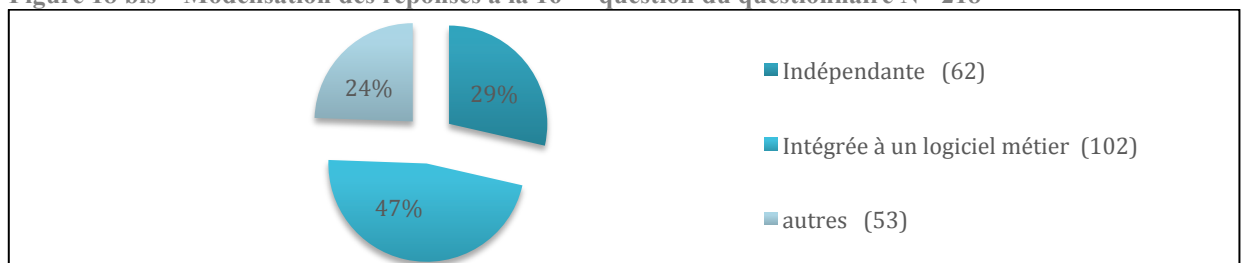
(1) *Messagerie sécurisée*

Figure 18 – Modélisation des réponses à la 16^{ème} question du questionnaire – N=217



74% des médecins répondants possèdent une messagerie **sécurisée** (avec un cryptage afin de protéger la confidentialité des données qu'ils échangent sur le web). Or 100% d'entre eux possèdent une boîte aux lettres électronique puisque le questionnaire leur a été adressé par e-mail.

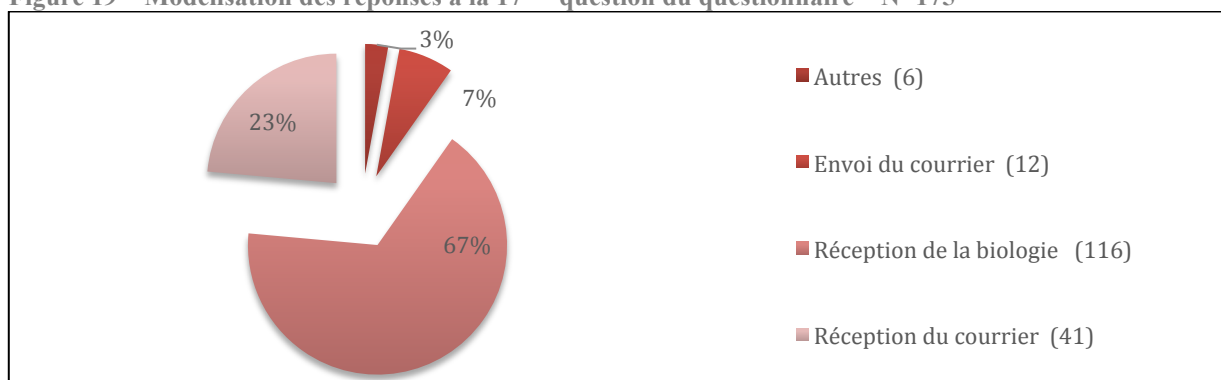
Figure 18 bis – Modélisation des réponses à la 16^{ème} question du questionnaire N= 218



Pour 47% des généralistes, la messagerie se trouve **intégrée au logiciel métier** qu'ils utilisent. 29% utilisent leur messagerie indépendamment de tout logiciel médical. Pour les 24% « d'autres réponses », il s'agit d'absence de précision concernant cette caractéristique de leur messagerie sécurisée. Seuls 161 ont répondu juste avant posséder une messagerie sécurisée.

Utilisations de cette messagerie sécurisée

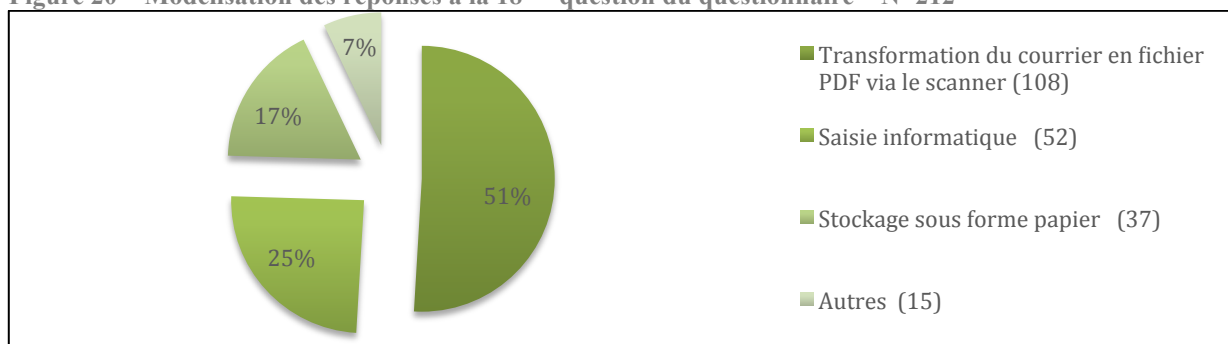
Figure 19 – Modélisation des réponses à la 17^{ème} question du questionnaire – N=175



Les usages de la messagerie électronique, correspondent en large majorité à la réception de la biologie (67%). Concernant l'utilisation de la messagerie pour le courrier, les médecins préfèrent encore le recevoir (23%) que l'envoyer (7%). Les 3% restant utilisent cette messagerie pour des prises de contact urgentes, des transferts d'ordonnance. Seuls 3 médecins mentionnent l'absence totale d'utilisation de ce type de messagerie (dont un médecin qui précise qu'il trouve cette messagerie « *inadaptée* »).

(2) Intégration des courriers au dossier patient

Figure 20 – Modélisation des réponses à la 18^{ème} question du questionnaire – N=212

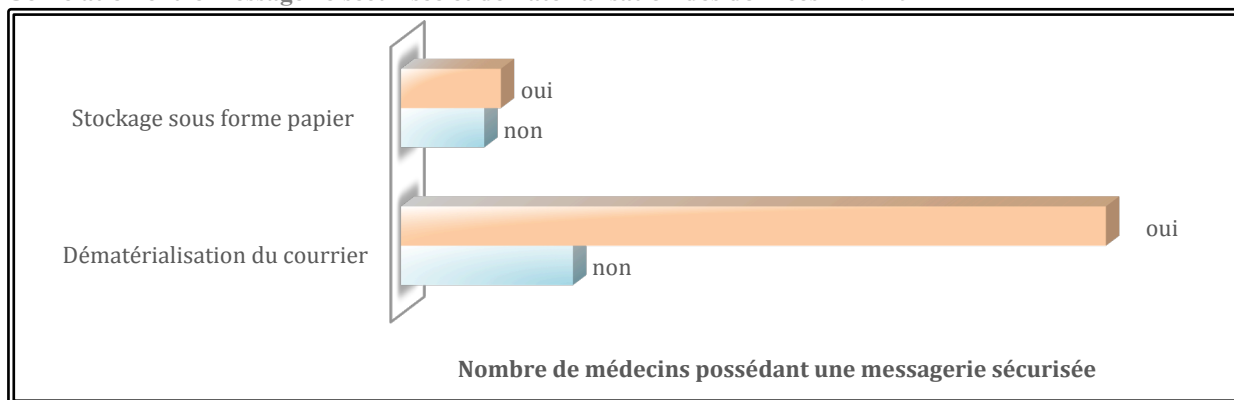


La moitié des médecins interrogés ont recours au scanner pour dématérialiser les courriers « papier » en documents .PDF. Un autre quart de médecins a recours à la saisie informatique (sous Word ou directement dans le logiciel médical) pour dématérialiser également les données reçues sous format « papier ». Seuls 17% continuent de conserver les données sous forme papier.

Parmi les « autres réponses », on retrouve surtout des précisions quant à l'intégration des données aux dossiers informatisés des patients. Six médecins mentionnent l'utilisation du scanner avec un logiciel *OCR* (Optic Character Recognizing). Un médecin notifie l'utilisation de *H.Pr.i.m.2* *, et un autre celle d'*Apicrypt*, tous deux des logiciels de cryptage de données. Seul un médecin précise qu'il n'a pas de scanner.

* Harmonie et PRomotion de l'Informatique Médicale : norme de transmission des examens de Biologie. Initialement développée par les laboratoires d'analyse pour communiquer entre eux, elle a été ensuite utilisée pour transmettre les résultats aux médecins prescripteurs.

Figure 20 bis - Croisement des questions 16 et 18
Corrélation entre messagerie sécurisée et dématérialisation des données – N= 191



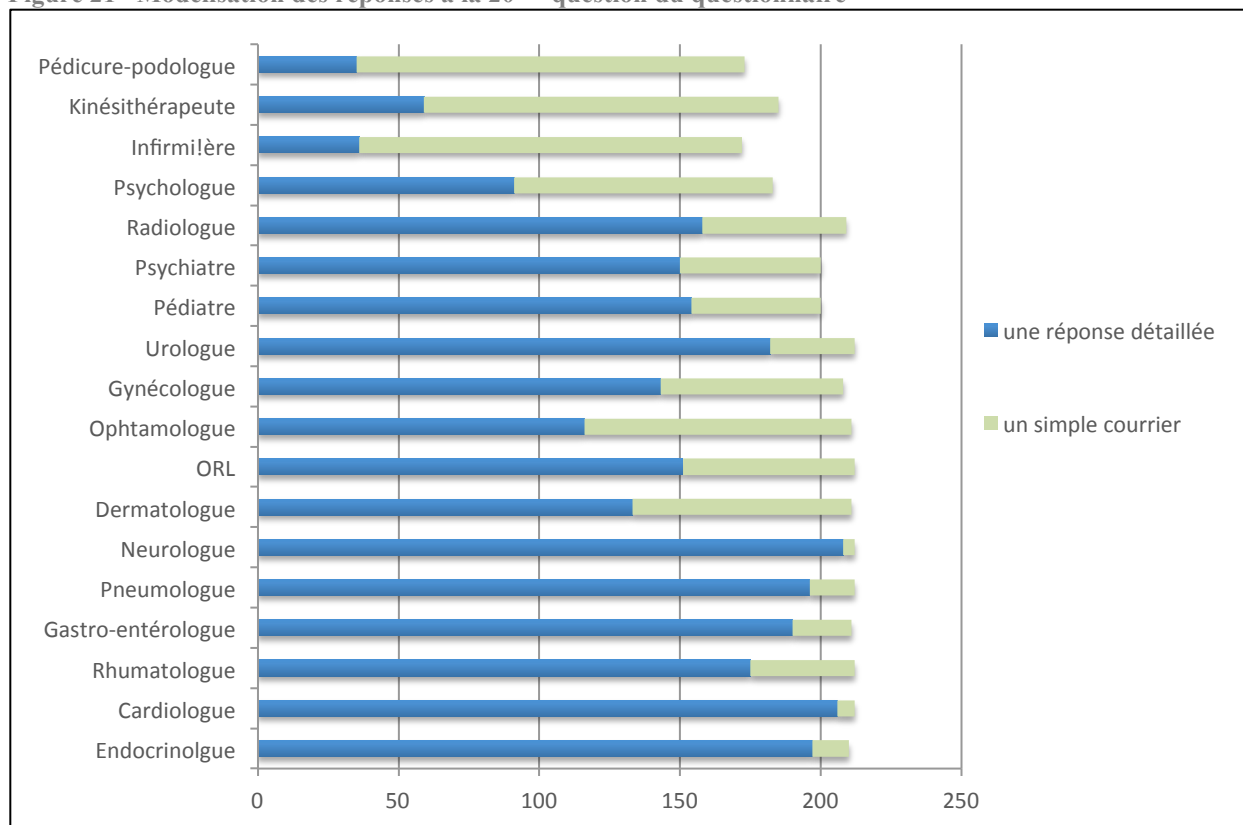
Il apparaît que les médecins utilisant une messagerie sécurisée ont recours beaucoup plus fréquemment à la dématérialisation des courriers (scanner, OCR, PDF, confondus) que les médecins qui n'en sont pas équipés. Il existe donc une corrélation positive entre l'utilisation d'une messagerie sécurisée et la dématérialisation des échanges.

B. LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES

1. Relatives aux éléments significatifs d'information

Quelle réponse souhaite obtenir le médecin généraliste de ses correspondants ?

Figure 21– Modélisation des réponses à la 20^{ème} question du questionnaire



Quel que soit le professionnel de santé considéré, les médecins généralistes attendent de leur part, avec une large préférence, des courrier-réponse détaillés plutôt que de simples courriers.

On observe cependant de petites variations selon les spécialistes médicaux concertés :

- les médecins généralistes préfèrent largement (pour plus de 75% d'entre eux) une réponse détaillée, venant des endocrinologues, des cardiologues, des rhumatologues, des gastro-entérologues, des pneumologues, des neurologues et des urologues.
- 25% à 45% des médecins se contentent plus facilement d'un simple courrier venant des radiologues, des psychiatres, des pédiatres et des ORL

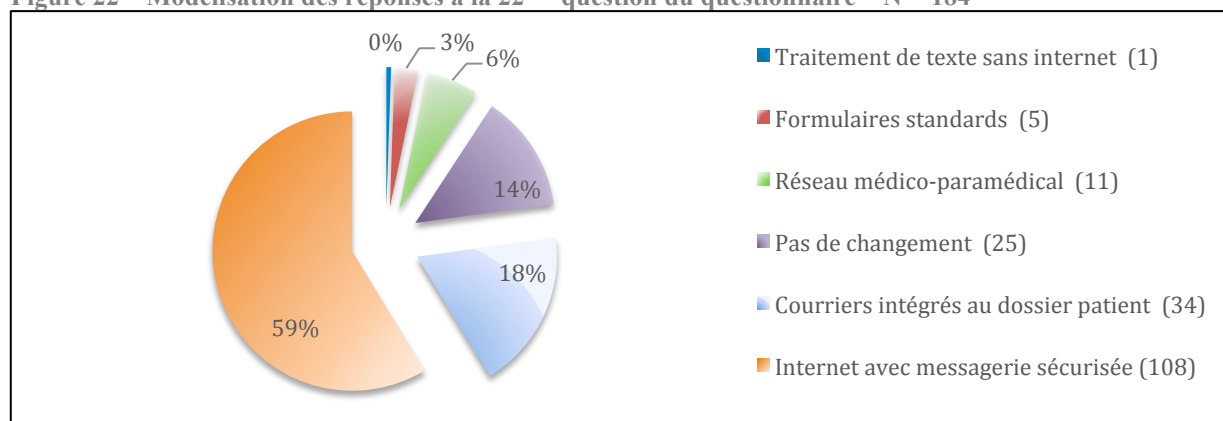
Une différence plus marquée apparaît, entre les partenaires de santé médicaux d'une part, et les paramédicaux (psychologues, kinésithérapeutes, infirmières et pédicure-podologues) d'autre part, pour lesquels de simples courriers semblent suffire, pour 50% à 75% des généralistes, pour le suivi de leurs patients.

2. Relatives aux moyens de communication

a) Moyens matériels

Quels outils de communication pourraient améliorer la qualité des échanges?

Figure 22 – Modélisation des réponses à la 22^{ème} question du questionnaire – N = 184



Parmi les médecins interrogés, 59% pensent que c'est Internet, avec l'utilisation d'une messagerie sécurisée facile d'utilisation, qui leur permettrait d'améliorer la qualité des échanges avec leurs partenaires dans le cadre du parcours de soins.

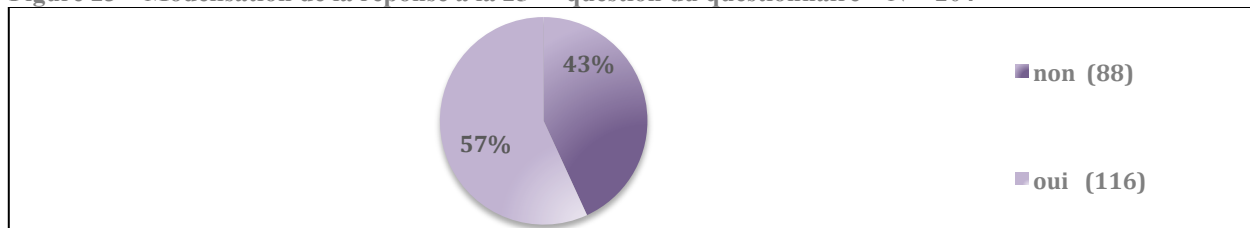
18% pensent que des courriers doivent être facilement stockables dans le dossier informatisé des patients, tout en pensant nécessaire que les courriers et les résultats de biologie continuent d'être conservés sous leur format originel 'papier'. 6 % misent sur les réseaux médico-paramédicaux pour améliorer les échanges d'informations. Seuls 3% évoquent un mode de recueil standardisé manuscrit pour les informations médicales, comme pouvant leur faciliter la communication avec les autres professionnels de santé.

14% ont répondu qu'aucun changement d'outil ne leur paraît nécessaire ou susceptible d'améliorer la qualité des échanges avec leurs confrères.

b) Moyens humains

Combien de médecins ont une secrétaire ?

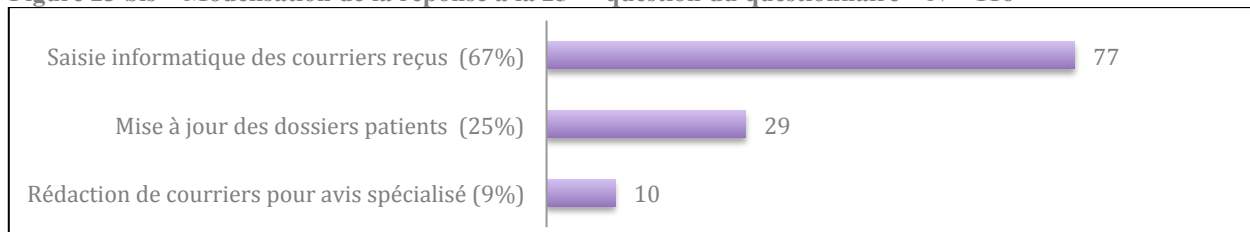
Figure 23 – Modélisation de la réponse à la 25^{ème} question du questionnaire – N = 204



Une majorité des médecins répondants ont une secrétaire (présente physiquement ou non au cabinet) Retenons simplement pour la figure suivante, que 116 médecins disposent d'une secrétaire à leur cabinet

Quelles sont ses missions ?

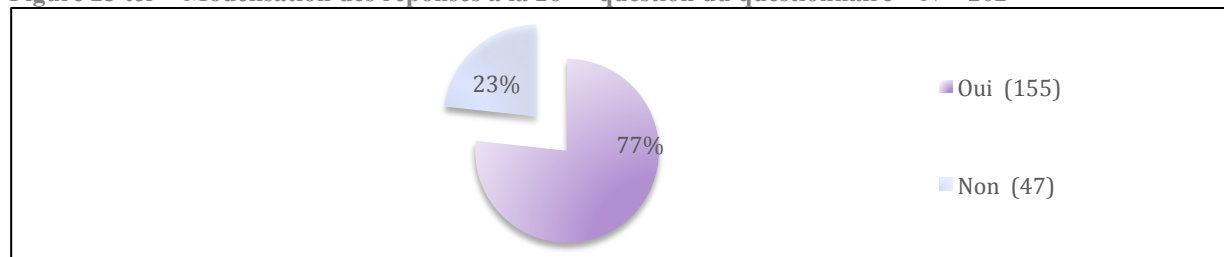
Figure 23 bis – Modélisation de la réponse à la 25^{ème} question du questionnaire – N = 116



La secrétaire est chargée par les médecins qui l'emploient, principalement (67%) de la saisie informatique des courriers reçus, mais également (25%) de mettre à jour les dossiers des patients. La rédaction de courriers pour demander des avis spécialisés semble rester par ailleurs, peu délégué à la secrétaire par les médecins généralistes (9% seulement)

Permettrait-elle un meilleur suivi des patients ?

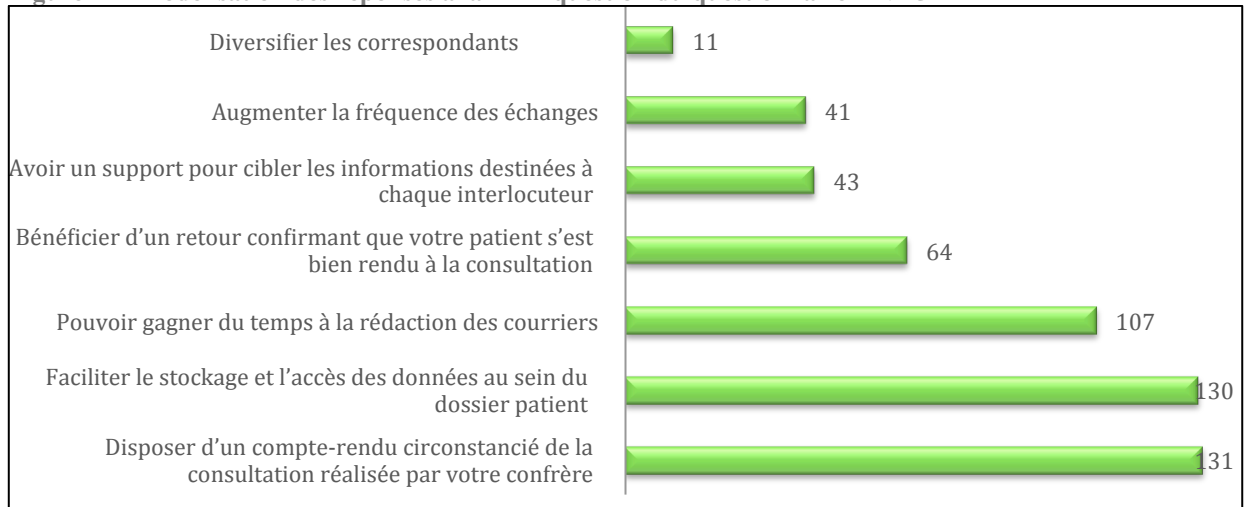
Figure 23 ter – Modélisation des réponses à la 26^{ème} question du questionnaire – N = 202



La réponse d'un médecin répondant illustre bien ce graphique : « la secrétaire allège la charge de travail du médecin dans la mise à jour du dossier du patient, la saisie des données et l'accueil du patient. Indirectement, elle permet donc un meilleur suivi du patient. »

3. Comment améliorer la qualité des échanges finalement ?

Figure 24– Modélisation des réponses à la 21^{ème} question du questionnaire – N= 527



Les médecins pouvaient donner plusieurs réponses. Les pourcentages ont été calculés sur le nombre total de réponses obtenues.

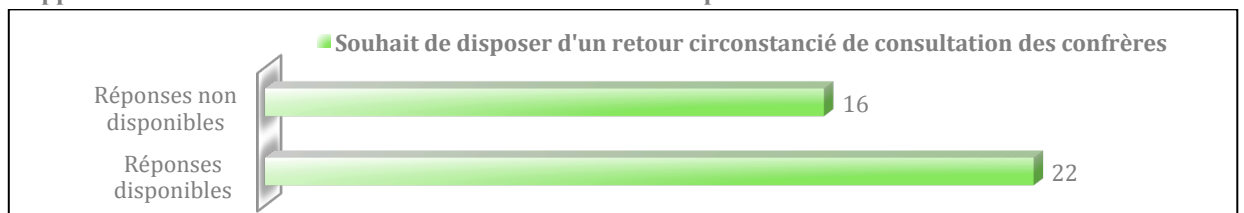
Nous allons essayer de préciser dans les figures suivantes, certaines des réponses faites par les médecins généralistes :

○ **bénéficier d'un compte rendu** du confrère auquel le patient a été adressé (25%)

Les médecins qui souhaitent une amélioration sur ce point particulier de la communication, sont-ils ceux qui ont répondu ne pas disposer de réponse lorsqu'ils revoient leur patient ? Les résultats sur cet échantillon de 38 médecins répondants, ne permet pas de mettre en évidence de corrélation entre les deux.

Focus 1 – Croisement des questions 21 et 12 –

Rapport entre le souhait des médecins de bénéficier d'une réponse et la situation actuelle - N= 38

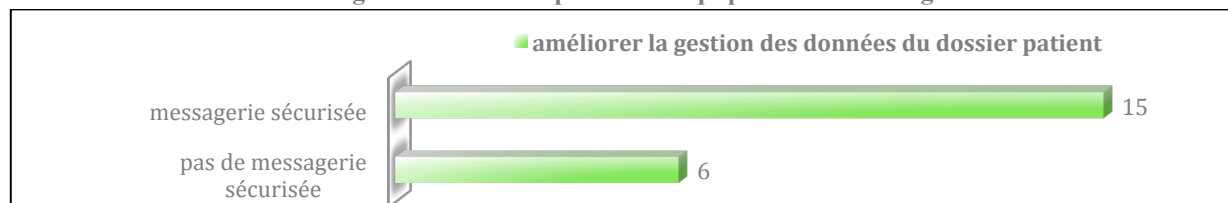


- **améliorer la gestion des données** du dossier du patient (25%)

Les généralistes possédant une messagerie, sont-ils plus demandeurs d'une amélioration du stockage et de l'accessibilité des données au sein du dossier patient ? Les résultats figurés ci-après, à partir d'un échantillon de 21 médecins, montrent que les médecins souhaitant voir s'améliorer cet élément de leurs échanges sont, pour les deux tiers, déjà équipés d'une messagerie sécurisée.

Focus 2 – Croisement des questions 21 et 16 -

Relation entre désir de mieux gérer les données patients et équipement en messagerie sécurisée - N=21



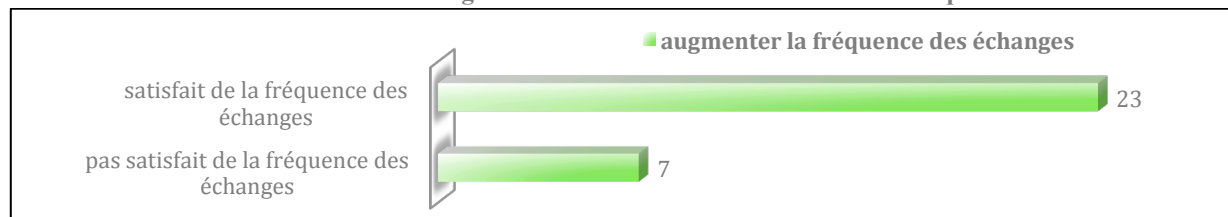
- avec 20% des réponses, les médecins souhaiteraient ensuite **perdre moins de temps** à rédiger des courriers tels qu'ils le font actuellement. Puis vient le souhait, plus modeste, de bénéficier d'un simple retour attestant que le patient s'est bien rendu chez le professionnel de santé auquel il a été adressé (12% des réponses).

- **augmenter la fréquence des échanges** avec les partenaires de soin (8% des réponses)

En croisant les résultats de cette question avec celle concernant la satisfaction des généralistes sur l'état actuel de la fréquence de leurs échanges, il apparaît que la majorité des 30 médecins souhaitant une amélioration de la fréquence de leurs échanges, sont déjà satisfaits de la situation au moment de l'enquête.

Focus 3- Croisement des questions 21 et 19 -

Croisement entre satisfaction des échanges actuels et souhait d'améliorer cette fréquence - N = 30



- 8% des réponses sont en faveur d'un **support pré-formaté** pour cibler les informations destinées à chaque interlocuteur.

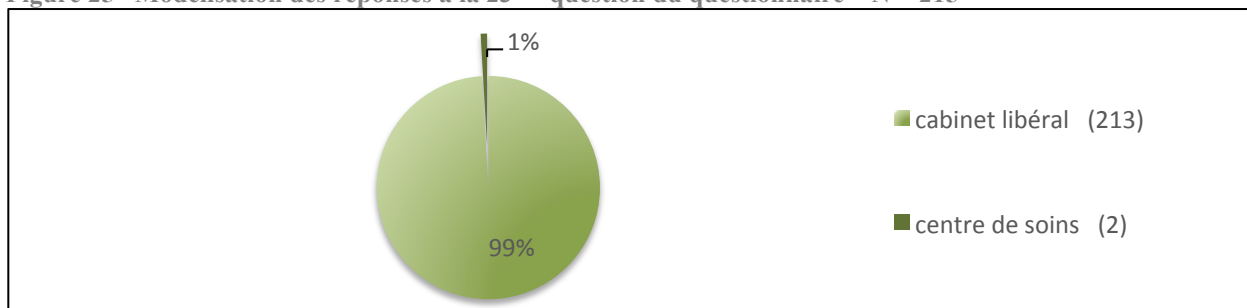
Et en toute fin de liste, les médecins généralistes interrogés suggèrent une diversification de leurs correspondants, un enrichissement de leur carnet de contacts (2% des réponses)

C. CARACTERISTIQUES DU CABINET DES PRATICIENS GENERALISTES LIBERAUX

Cette partie du questionnaire se propose d'explorer jusqu'ou l'environnement du médecin peut impacter la qualité de ses échanges...

1. Mode d'exercice

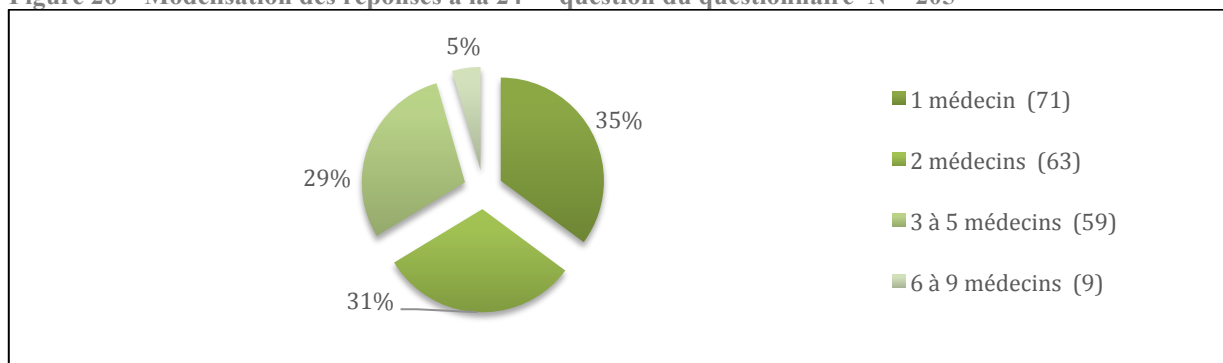
Figure 25– Modélisation des réponses à la 23^{ème} question du questionnaire – N = 215



99% des médecins interrogés exercent en cabinet libéral et seulement 1% en centre de soin. Retenons juste pour la figure suivante, que seuls 2 médecins exercent en centre de soins, les autres étant tous en cabinet libéral.

a) Nombre de médecins présents au cabinet

Figure 26 – Modélisation des réponses à la 24^{ème} question du questionnaire N = 205

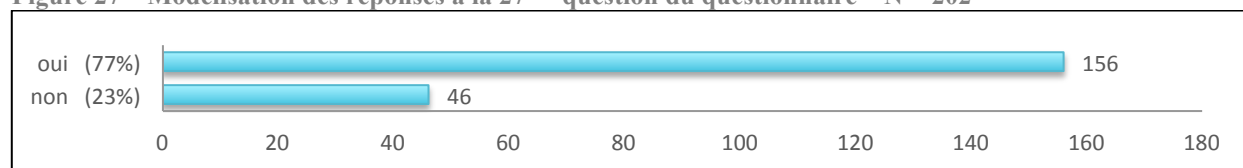


Les deux tiers des médecins interrogés sont soit seul (35%) soit à deux (31%) à exercer dans leur cabinet de médecins libérale. 29% se partagent les locaux à 3, 4 ou 5 médecins.

Les 5% restant exercent à 6 et plus. Or seuls 2 des médecins interrogés exercent en structure de centre de soin. Un seul médecin a répondu que 10 médecins généralistes et 15 spécialistes exerçaient dans le cabinet de médecine libérale (probablement en centre de santé).

b) Les réseaux de soins informels

Figure 27 – Modélisation des réponses à la 27^{ème} question du questionnaire – N = 202

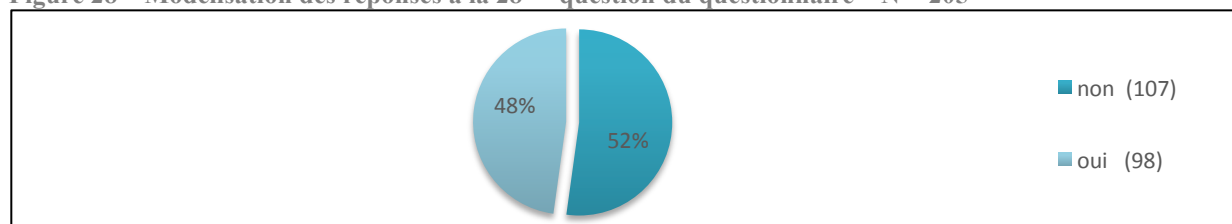


Une très large majorité de médecins généralistes interrogés disposent, d'un réseau de professionnels de santé, qui sont leurs correspondants habituels.

c) Les réseaux de soins formels

(1) Travail avec des réseaux de soins structurés

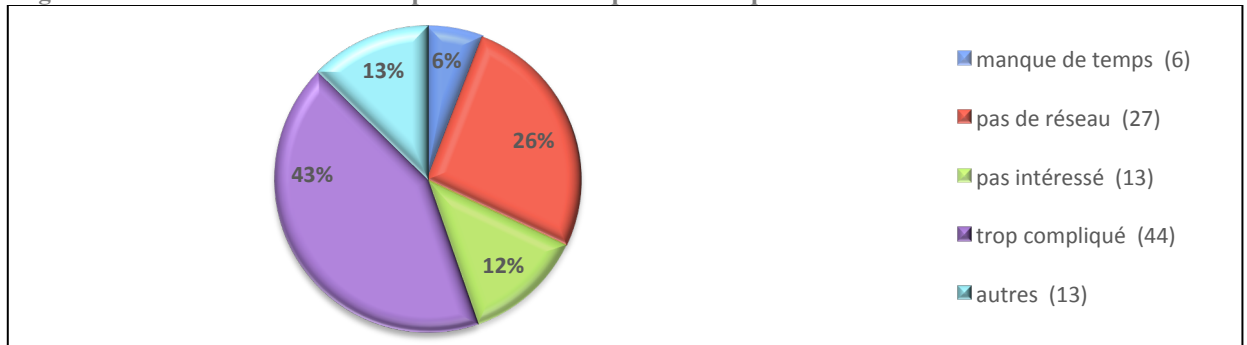
Figure 28 – Modélisation des réponses à la 28^{ème} question du questionnaire – N = 205



Les médecins généralistes sont répartis de façon très homogène entre ceux qui appartiennent à des réseaux de soins formels, et ceux qui n'en font pas partie.

(2) Raisons de l'absence de collaboration avec ces structures de soins institutionnelles

Figure 28 bis – Modélisation des réponses à la 28^{ème} question du questionnaire – N = 103



52% des médecins interrogés ne participent pas à des réseaux de soins structurés. 43% d'entre eux estiment les réseaux trop compliqués, 26% ne disposent pas de réseau accessible et 12% se déclarent non intéressés.

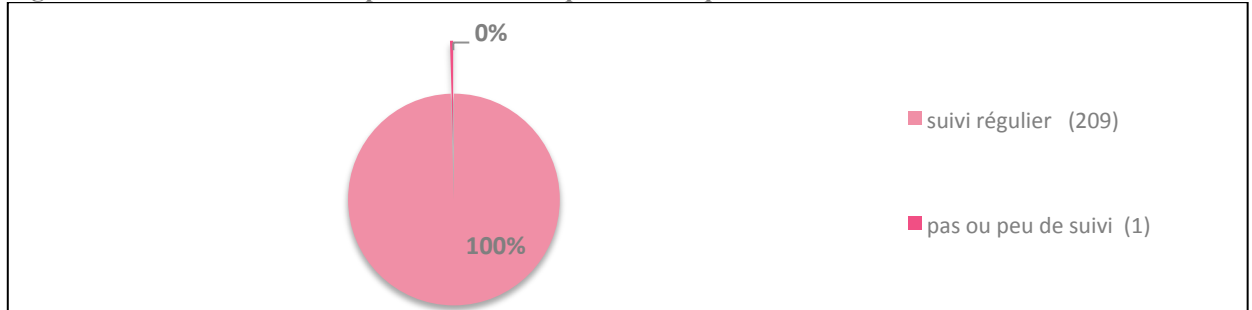
Les 19% restant invoquent d'autres raisons, non envisagées dans le questionnaire, mais tout aussi riches d'informations :

- le manque de temps **10%**
- un caractère trop « hospitalo-centré », vécue comme une « pompe à alimenter les consultations de l'hôpital » faisant que « le réseau n'est pas une panacée mais bien souvent qu'une vision hospitalière de la médecine de ville » ; les réseaux sont perçus comme un « détournement de fonds qui appartiennent au premier recours » avec des médecins qui peuvent avoir l'impression, comme ce médecin généraliste qui s'est « vu comme le recruteur et non comme un partenaire » **5.5%**
- une demande de cotisation « un comble ! » **2.5%**
- une augmentation des tâches administratives **2.5%**
- le manque d'opportunité
- un trop grand nombre de réseaux
- déjà impliqué dans d'autres choses (FMC, groupes de pairs)
- une négligence
- la suppression d'un réseau « diabète »
- le manque de transversalité de ces structures
- une opposition pure et simple à ce genre de structures
- « Je sélectionne les compétences professionnelles et humaines pour mes patients »
- « pas convaincu par l'usage »
- « le travail avec les réseaux laisse un peu à désirer: c'est un peu scléreux! (dans le sens lourd et lent) »
- « très peu sur diabète, pas intégré à la pratique généraliste mais le généraliste doit se greffer dessus, c'est un autre système qui se rajoute pour une seule pathologie. »
- « perte de temps manifeste et 'mode à la con' ; Correspondant = interlocuteur unique que l'on connaît bien ! le reste est une vaste foutaise qui masque maladroitement le saccage du système de santé pour des raisons d'économies de santé staliniennes ! »

2. La patientèle et le parcours de soins

a) *Le suivi des patients*

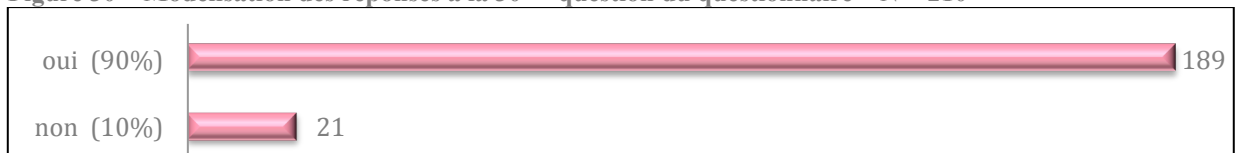
Figure 29 – Modélisation des réponses à la 29^{ème} question du questionnaire – N = 210



Un seul médecin interrogé a répondu que sa patientèle avait, pour l'essentiel, pas ou peu de suivi. Ce médecin exerce dans un cabinet avec un seul collègue, gynécologue, et participe à un réseau de santé dans le Nord, avec lequel les échanges ne sont pas tout à fait satisfaisants. Pas d'argument donc pour penser que le fait d'exercer à plusieurs ou que faire partie de réseaux de soins influence le type de patientèle, qui est donc à 99% considérée par les médecins interrogés comme régulièrement suivie

b) *Notion de médecin référent*

Figure 30 – Modélisation des réponses à la 30^{ème} question du questionnaire – N = 210

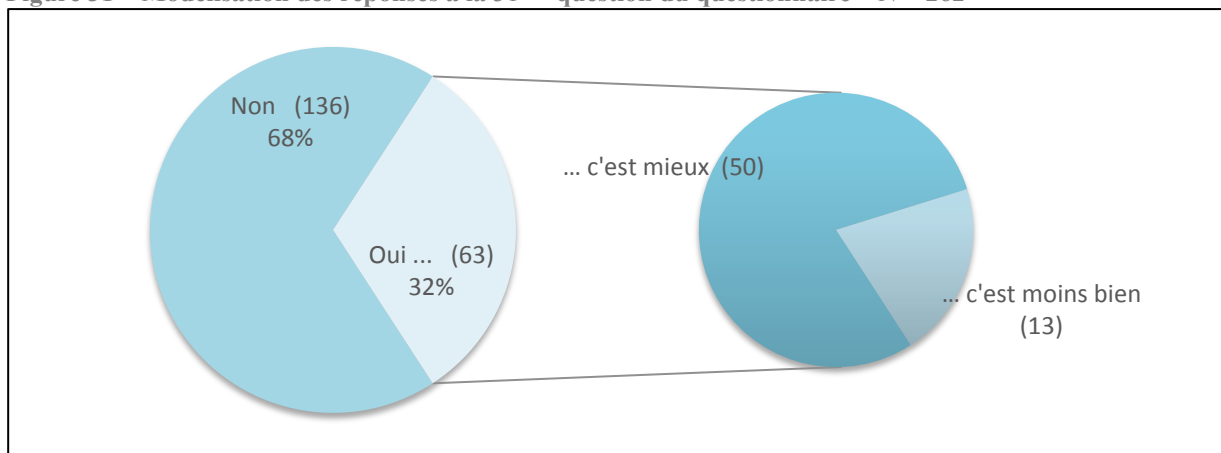


Seuls 90% des médecins interrogés pensent être le seul médecin, le médecin traitant de référence, pour les patients qu'ils suivent.

Ces deux questions donnent une idée du type de patientèle des généralistes interrogés, à savoir si les patients avaient un suivi au long cours ou pas. Il importait en effet de savoir si les médecins répondants sont impliqués dans cette problématique de communication, à savoir les échanges et la conservation de ces derniers au sein du dossier de leurs patients.

c) Influence du concept de parcours de soins sur la communication

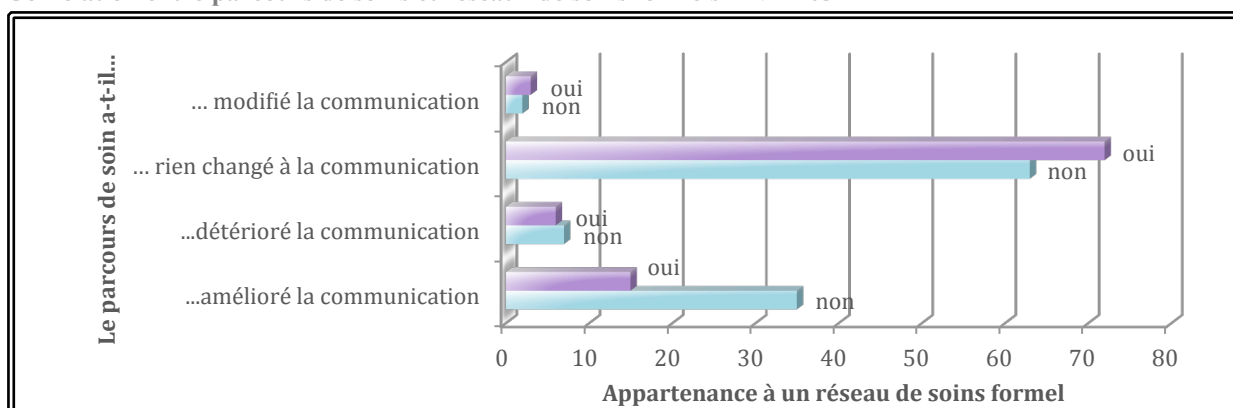
Figure 31 – Modélisation des réponses à la 31^{ème} question du questionnaire – N = 262



La notion de parcours de soin n'a rien changé aux échanges d'informations pour 68% des médecins interrogés.

Une minorité de médecins (32%) a noté un changement dans ses échanges depuis que le concept de parcours de soin a été redéfini. Et parmi eux, 79% notent une amélioration de la situation, concernant la communication avec les autres professionnels de santé. 13 médecins restent cependant déçus de ce changement, trouvant que cette situation s'est détériorée.

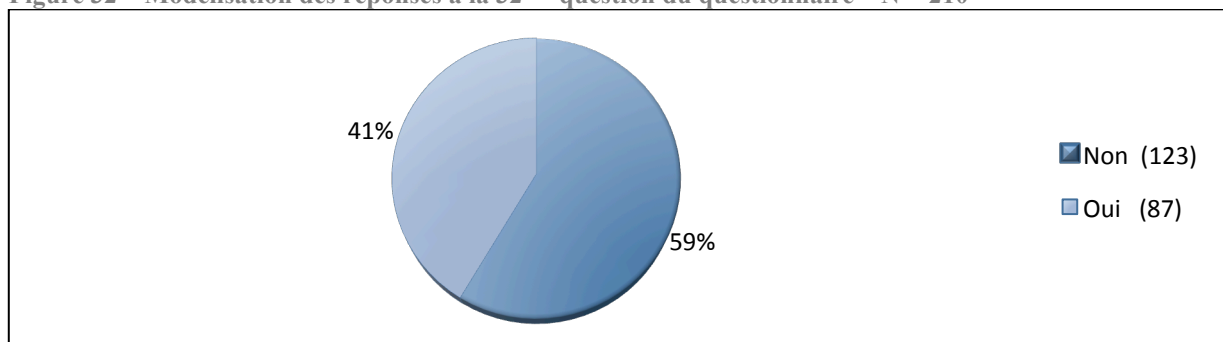
**Figure 31 bis - Croisement des questions 28 et 30 –
Corrélation entre parcours de soins et réseaux de soins formels – N = 203**



On remarque que pour la plupart des médecins, qu'il travaillent ou pas avec des réseaux de soins formels, la notion de parcours de soins n'a rien changé à leurs échanges avec leurs partenaires de soins. On note même que pour les médecins ayant trouvé une amélioration de ces échanges depuis que le parcours de soins a été redéfini, la plupart n'appartient pas à un réseau de soins formels. Dans cette enquête, on ne retrouve pas de corrélation positive entre parcours de soins et appartenance à un réseau de soins formels .

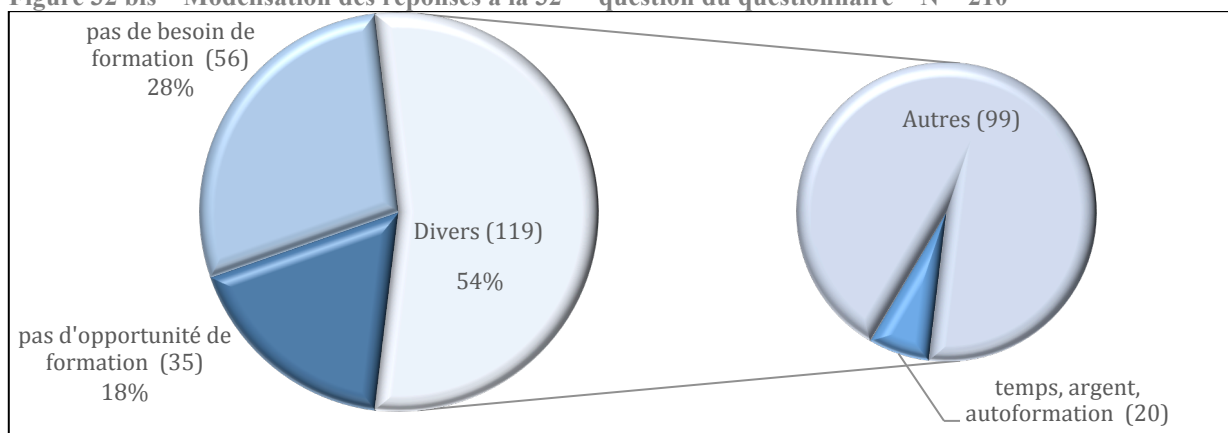
3. Formation informatique...ou pas

Figure 32 – Modélisation des réponses à la 32^{ème} question du questionnaire – N = 210



Sur 100% de médecins équipés d'informatique, seuls 41% ont suivi une formation à l'utilisation de l'informatique au cabinet médical. Reste 59% de médecins à n'avoir pas suivi de formation, pour des raisons qui ont été explorées dans les questions suivantes.

Figure 32 bis – Modélisation des réponses à la 32^{ème} question du questionnaire – N = 210

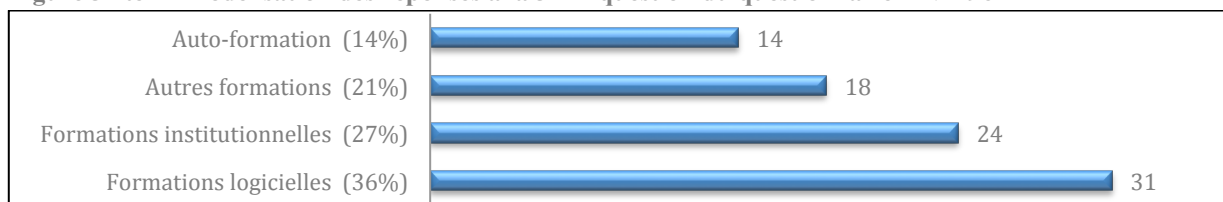


Rappelons que 123 médecins ont répondu n'avoir pas bénéficié de formation informatique. Parmi eux, 28% estimaient n'avoir pas besoin de formation, et 18% n'auraient pas trouvé d'opportunité pour se former.

Sur les 119 médecins qui ont invoqué d'autres raisons pour l'absence de formation (soit 54% des médecins qui n'ont pas suivi de formation informatique), on retrouve :

- le manque de temps (7 réponses)
- l'auto-apprentissage, sur des durées plus ou moins longues, le recours à un confrère «*plus débrouillard*» et la formation informelle (7 réponses).
- le coût (*ex : 180€/heure par le prestataire de l'ordinateur*) (2 réponses)
- l'autosatisfaction (« *je pense que je me débrouille bien* »)

Figure 32 ter – Modélisation des réponses à la 32^{ème} question du questionnaire – N = 96



Parmi les 87 médecins ayant répondu qu'ils avaient suivi une formation en informatique, la plupart (36%) a bénéficié d'une formation par le truchement des prestataires de logiciels professionnels (Medistory, Hellodoc, Crossway, Xmed, Mediclic...) et 27% a suivi une formation institutionnelle (GRETA*, SFMG, MGFORM, FPC**, FMC). Ensuite viennent 21% qui ont suivi d'autres formations (Word, Excel, Powerpoint) et 14% qui se sont auto-formés, faisant appel à leurs confrères plus débrouillards ou à Internet.



* Un Greta est un GRoupement d'ETAbissements publics d'enseignement qui mutualisent leurs compétences et leurs moyens pour proposer des formations continues pour adultes. Il s'appuie sur les ressources en équipement et personnel de ces établissements pour construire une offre de formation adaptée à l'économie locale.



Organisme gestionnaire conventionnel (OGC) – Formation Professionnelle Continue (FPC)**

Depuis la parution de la loi HPST en juillet 2009, l'OGC se prépare à être l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) de toutes les professions de santé.

En 2011, l'OGC gère la formation des médecins libéraux et a entamé une collaboration avec les pharmaciens, les pédicures-podologues et les centres de santé.

Le financement d'actions de FPC et de DPC a pour objectif d'améliorer la santé publique en permettant aux professionnels de santé de se former et d'évaluer leurs pratiques pendant leur temps de travail sans perte de ressources.

D. SYNTHÈSE DES RESULTATS

La quasi-totalité des médecins ayant répondu exercent en cabinet libéral, seuls ou à deux. La moitié seulement dispose d'une secrétaire. Leur patientèle fait l'objet d'un suivi régulier, dont ils sont pour la plupart le médecin de référence.

1. Actuellement...

a) Les échanges impulsés par les médecins généralistes

Il ressort de notre enquête que des **courriers de synthèse** assez détaillés accompagnent, dans 87% des cas, l'adressage du patient à un partenaire de santé, que ce soit à l'initiative du médecin ou sur demande (in)justifiée du patient*. C'est un moyen pour les généralistes de mettre toutes les chances de leur côté pour obtenir une **réponse en retour** et de s'assurer ainsi une **fréquence d'échange satisfaisante**.

Ils sont rédigés pendant la consultation et transmis au correspondant souhaité par l'intermédiaire du patient (le plus souvent sous enveloppe non cachetée). Plus de la moitié sont **rédigés informatiquement** (50%), avec un logiciel médical. Ce mode de rédaction est corrélé à la complexité du courrier : plus les médecins ont recours à des logiciels médicaux pour rédiger, plus le contenu des courriers est détaillé.

b) Les échanges impulsés par les autres professionnels de santé

Une réponse du praticien sollicité est obtenue par plus de la moitié des médecins généralistes. Son **délai** d'obtention est important pour les généralistes afin de suivre leurs patients mais à peine la moitié d'entre eux en dispose avant de revoir le patient. Ces courriers majoritairement **saisis informatiquement** (60%), parviennent au médecin généraliste beaucoup plus largement par voie postale que par mail, et encore moins par le biais de leur patient.

Les généralistes semblent attachés à ce que les courriers venant de leurs confrères spécialistes soient détaillés, de simples courriers suffisant de la part de leurs collaborateurs paramédicaux. Dans l'ensemble (80% des cas), **le contenu des courriers** est conforme aux attentes des médecins qui les reçoivent.

c) Utilisation de l'informatique par les médecins généralistes

100% des généralistes interrogés disposent d'une messagerie électronique, mais seule les deux tiers d'entre eux possèdent une **messagerie sécurisée**, pour la plupart intégrée à un logiciel métier Elle est très majoritairement pour la réception de résultats de biologie. Concernant son utilisation pour des échanges de courrier, les généralistes préfèrent en recevoir qu'en envoyer par ce biais.

* Les résultats de l'étude TNS Sofres d'avril 2012 abondaient en ce sens. Le critère qu'ils avaient retenu, était la réalisation d'un acte ; nous avons retenu de celui de la rédaction d'un courrier. Cette étude ne précisait pas, si la réalisation de ces actes médicaux avait donné lieu à des échanges entre le médecin traitant et le médecin consultant réalisant l'acte.

L'utilisation la plus fréquente de l'outil informatique reste, pour les généralistes, la **dématérialisation** des courriers papiers en données électroniques au moyen de logiciels informatiques. Peu ont recours à la saisie manuelle. Le stockage sous forme papier est très minoritaire. Environ un médecin sur deux a suivi une formation informatique, souvent par le truchement du logiciel métier qu'ils utilisent à leur cabinet.

Il existe une corrélation positive entre l'utilisation de la messagerie et la dématérialisation des courriers chez les médecins généralistes.

d) Autres éléments interférant dans la communication des généralistes

Les **réformes du parcours de soins** n'ont rien changé à la circulation des informations pour 68% des médecins généralistes, et quand elles ont eu un impact sur les échanges, c'est bien souvent positif.

La **secrétaire**, pour les médecins en ayant une, est chargée de la mise à jour des dossiers des patients et de la saisie informatique des courriers reçus (très peu de la rédaction de courriers pour demande d'avis spécialisé). En allégeant les tâches administratives des médecins, elle participe à l'amélioration du suivi du patient.

Les **réseaux de soins** auxquels les médecins généralistes font appel sont essentiellement des réseaux informels. Les réseaux formels font l'objet de nombreuses critiques de leur part et n'ont pas apporté d'amélioration dans les échanges entre professionnels de santé.

2. Dans l'avenir...

Les priorités sont à mettre sur **l'amélioration du contenu des courriers** qu'ils reçoivent de leurs confrères et sur une **optimisation de la gestion des données** appartenant au dossier du patient. Gagner du temps sur la rédaction des courriers est également un de leur souhait les plus chers.

L'informatique pourrait améliorer la qualité de leurs échanges, mais uniquement équipé d'Internet et d'une **messagerie électronique sécurisée** (le traitement de texte seul ne présentant alors par vraiment d'intérêt). **L'intégration des courriers** au dossier du patient est également mentionnée, mais avec conservation du format papier des originaux. Développer les réseaux de santé ou des formulaires standardisés de recueil d'informations n'apparaissent pas comme des solutions d'amélioration du relai de l'information.

Paroles de médecins interrogés dans notre enquête :

« Si tout passait par Internet ça serait plus direct », « satisfait quand la réception est faite par messagerie électronique », « faible utilisation de la messagerie », « trop d'échange de papier ; la plupart des confrères utilisent un ordinateur pour imprimer un courrier, il serait plus simple et économique de l'adresser par mail, que par la poste » « Attente d'un système gratuit, universel et électronique »

IV. DISCUSSION

A. FACTEURS INFLUENCANT LA QUALITÉ DES ECHANGES

1. Profil des correspondants

Ces variations sont particulièrement marquées pour les professionnels de santé non médicaux et les radiologues, avec une diminution de la fréquence des échanges et des courriers peu détaillés (voire de simples ordonnances). On pourrait ici invoquer comme raison à ces résultats, la nécessité d'une prescription pour ces professionnels de santé : une ordonnance pour obtenir une radiographie, un prélèvement sanguin, une séance de rééducation ou une semelle orthopédique. Le format de l'ordonnance est peu propice à la rédaction d'un texte détaillé en dessous de la prescription, et l'ajout d'un courrier en plus de l'ordonnance n'est pas une priorité, étant donné que le plus important reste la prescription en tant que telle.

A l'instar d'une étude menée sur la prescription de séances de kinésithérapie par les médecins généralistes⁵¹, on pourrait s'expliquer ce phénomène par la méconnaissance du champ d'expertise non partagé. La rééducation d'une cheville, c'est un peu comme l'interprétation d'une échographie, la réfection d'un pansement complexe, l'analyse posturale... les connaissances des généralistes ont des limites qui ne leur permettent pas de rédiger de courriers circonstanciés appropriés. Ils préfèrent se contenter d'une prescription simple mais efficace.

Les résultats de notre étude soulignent la difficulté de la tâche pour les médecins généralistes, de devoir en permanence s'adapter à leur environnement, pour répondre au mieux aux besoins des patients. Leurs échanges en sont la preuve manifeste : un courrier à l'adresse d'un confrère médecin ne sera pas le même que celui à l'adresse d'un collaborateur paramédical. Informatique ou non, le problème restera le même, à moins de disposer d'outils intégrés à l'informatique, tels des courriers préformatés à compléter en fonction de la spécialité de chacun des correspondants.

Ces variations de la qualité des échanges en fonction de la spécialité des correspondants ont déjà été mises en évidence dans une étude antérieure⁵⁷, dans laquelle on retrouvait que les médecins hospitaliers délivraient des informations de moins bonne qualité que leurs confrères libéraux.

2. La temporalité des échanges

Il apparaît à plusieurs reprises dans notre enquête, que les médecins sont limités dans leur capacité à libérer suffisamment de temps pour établir un contact avec leurs collaborateurs, du fait qu'ils en consacrent déjà beaucoup aux tâches administratives de leurs cabinets libéraux.

Un autre critère intervient : le moment où le courrier à l'adresse de leurs partenaires de soins est rédigé. Si la plupart des médecins le font devant le patient, certains le font une fois par jour, voire une fois par semaine, et pas nécessairement au cabinet mais parfois à leur domicile. Enfin... lorsqu'ils trouvent un moment pour le faire.

D'ailleurs, à la question de savoir s'il existerait un moyen d'améliorer la qualité de leurs échanges avec les autres professionnels de santé exerçant comme eux en secteur libéral, une large majorité parle d'une 'optimisation du temps de travail' nécessaire, que l'outil informatique semblerait pouvoir leur apporter.

Un autre élément temporel intervient : le délai de réponse des partenaires soignants. Ce délai ne satisfait pas les médecins interrogés dans notre enquête. Or il est un critère de qualité dans la communication entre professionnels de santé. Cette insatisfaction n'est pas récente et a déjà été mise en évidence à plusieurs reprises dans différentes études^{21,52,53,51}.

La réflexion d'un médecin généraliste à la question 31 : « *informatique =obligatoire mais aucun goût pour cet outil* » pourrait donner un éclairage nouveau à cette problématique du manque de temps. Invoqué par les médecins, ce motif pourrait cacher en fait un manque d'intérêt pour l'informatique, qui reste, pour certains, difficile à manier, comme en témoignent ces deux réponses : « *les logiciels sont plutôt faits pour des joueurs et pas très faciles d'utilisation* » et « *trop compliqués par rapport au bénéfice* »

3. L'environnement informatique

100% des médecins interrogés dans notre enquête sont équipés d'internet, puisque le formulaire a été diffusée par l'intermédiaire de leurs boîte aux lettres électronique. Or il n'y a pas 100% d'utilisation de messagerie sécurisée, cette messagerie qui permet une circulation des données médicales avec tout le respect de confidentialité qu'elles nécessitent. Pourtant notre étude a bien montré que l'utilisation d'une messagerie est corrélée à une dématérialisation des données médicales, considérées par les médecins interrogés comme un des facteurs qui pourrait permettre une amélioration de la qualité de leurs échanges avec les autres professionnels de santé libéraux.

Une explication pourrait venir de la différence à faire entre environnement informatique du médecin au cabinet, et son utilisation pour la gestion des données de patients. L'enquête du GIP-DMP réalisée en 2007^{*}, montrait que si 86 % des médecins sondés disposaient d'un équipement informatique sur leur lieu d'exercice pour un usage professionnel, seuls 78 % des médecins généralistes s'en servaient pour des dossiers patients (58% des médecins, toutes spécialités confondues). En revanche, seulement 19 % des médecins généralistes interrogés (18% des médecins toutes spécialités confondues) déclaraient utiliser une messagerie sécurisée.

4. Entre devoir et pouvoir

Outre l'obligation de retour d'information et de retour du patient, les généralistes sont aussi très attachés à « *l'obligation de communiquer* » (*information, avis, résultats, suivi du patient*), obligation trop peu respectée aux yeux des généralistes interrogés dans l'enquête sur les réseaux de soins²². Or là encore, les médecins généralistes n'ont pas le pouvoir de remédier à ce problème venant de leurs partenaires de soins. Si les médecins généralistes de notre étude mettent un point d'honneur à accompagner leurs patients d'un courrier lorsqu'ils les adressent à leurs partenaires de soins (87% en rédigent systématiquement selon notre enquête), ils attendent un juste retour d'information.

Il ressort de notre travail que la grande majorité des généralistes (87%) adresse ses patients vers ses partenaires de soins avec un courrier d'accompagnement. Des résultats similaires antérieurs ressortent d'un travail de thèse de 2006⁵³, qui avait trouvé que 80% des médecins généralistes joignent une lettre d'accompagnement systématique lors d'une demande d'avis spécialisé.

^{*} Le Dossier médical personnel (DMP) et les médecins - Ipsos Marketing | Ipsos.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-marketing/actualites/dossier-medical-personnel-dmp-et-medecins>

B. QUE PENSER DES MODIFICATIONS APPORTÉES CES DERNIÈRES ANNÉES...

Dans notre enquête, nous mettons en évidence que la réforme d'Assurance Maladie instaurant le médecin généraliste comme 'médecin traitant', n'a pas eu d'impact majeur sur la qualité des échanges entre professionnels de santé et médecins généralistes. Nous retrouvons des résultats similaires dans d'autres études.

Ainsi l'enquête d'opinion réalisée pour un travail de thèse en 2006, auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, montre que ces derniers ont le sentiment de se conformer aux exigences de l'assurance maladie, sans en retirer une quelconque reconnaissance ni avantage⁵⁴. Un autre travail de thèse plus récent (2010)⁵⁷ qui s'est intéressé à la satisfaction des généralistes concernant la qualité de l'information transmises par leurs partenaires de soins, a montré que les généralistes n'ont pas mis en évidence de changement dans la qualité de leurs échanges depuis cette réforme du parcours de soins.

Une autre enquête menée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes en 2010¹¹ a interrogé l'opinion générale des médecins généralistes sur leur rôle de médecin traitant. Il apparaissait que cette réforme ne semblait pas avoir modifié leurs pratiques professionnelles dans l'ensemble, et que les principaux effets positifs perçus concernaient l'orientation du patient dans le parcours de soins coordonnés (point considéré comme négatif par un bon nombre de médecins interrogés également), le suivi médical des patients et la coordination par la synthèse des informations et leur intégration dans le dossier patient.

De notre étude se dégage un sentiment d'insatisfaction des médecins concernant les réseaux de soins formels. Ces résultats concordent avec des études menées en 2005^{55,56}, montrant que le succès des réseaux de santé n'est pas à la hauteur des attentes : l'offre de soins n'a pas été révolutionnée et les médecins n'ont pas adhéré en masse. En fait, ils sont perçus par les professionnels de santé comme un prolongement de leur activité, ne modifiant en rien l'organisation de leur travail.

C. DES MODIFICATIONS A ENVISAGER

1. Changement de comportement

Meilleure communication entre praticiens, intégration d'une formation spécifique au cursus d'études médicales... les médecins interrogés dans une étude réalisée auprès de généralistes bretons en 2011⁵⁷, considèrent qu'une amélioration de la qualité de transmission des informations ne se fera pas sans une prise en compte de ces facteurs directement liés à leur personne et à leur formation initiale.

2. Evolution des outils

Dans notre étude, 14% des médecins généralistes ont répondu qu'aucun changement d'outil ne leur paraît nécessaire ou susceptible d'améliorer la qualité des échanges avec leurs confrères. Un travail effectué en 2010⁵⁷ montrait que « *beaucoup semblent dubitatifs quant à une potentielle amélioration significative par rapport à la situation actuelle* ». Sont-ils satisfaits de l'état actuel de choses ou pessimistes sur une possibilité d'amélioration de la situation? Cette même étude a montré que la généralisation à court termes des systèmes électroniques sécurisés et de télétransmission semble importante aux yeux des généralistes.

Sans transiger avec la déontologie et les droits des patients, peut-être faudrait-il revoir les priorités des médecins généralistes. L'outil informatique et Internet sont indéniablement utiles aux généralistes mais leur posent des cas de conscience. S'ils permettent d'éviter des accidents de iatrogénie, reste qu'ils amènent un risque de piratage des données et de plantage du système avec un risque de perte de données. Cette étude a interrogé les médecins sur les utilisations qu'ils font de l'outil informatique à leur cabinet. Si le questionnaire ne les a pas explicitement interrogés, leurs frustrations se sont exprimées, signe de leurs réticences face à cet outil assez récemment entré dans leur pratique quotidienne.

3. Accessibilité des réseaux de soins

La politique de santé publique française vise à encourager le travail avec les réseaux de santé, avec tout ce que cela implique de modifications dans la coordination des soins. Cette coordination est devenue une compétence à part entière du médecin généraliste, devenu médecin traitant. Elle nécessite une communication entre professionnels de santé qui repose sur une information adaptée à la pratique de la médecine générale.

Partant de ce constat, un travail de thèse réalisé en 2010 à Nice⁵⁸ s'était fixé pour but de créer un outil répondant aux besoins de cette communication : un annuaire technique des réseaux de santé des Alpes-Maritimes, comme un premier pas vers une information mutualisée, au sein d'un espace partagé par les professionnels de santé travaillant dans le secteur ambulatoire. La troisième phase de cette étude a consisté en des entretiens ouverts avec des médecins généralistes, afin de cerner les besoins et les difficultés réelles du terrain en termes de communication, liés à la prise en charge de patients pouvant être inclus dans un réseau de santé. Cette étude avait montré l'utilité de la constitution d'un support technique, à la fois pour les généralistes travaillant avec les réseaux de santé (besoin de complément d'information pour améliorer leur connaissance des réseaux de santé et diversifier leur utilisation), et pour ceux qui ne travaillent pas en réseau (moyen d'améliorer la pratique de la médecine en réseau et de favoriser l'utilisation des réseaux de santé).

Or ici, notre enquête n'a pas montré d'impact positif des réseaux de soins formels sur la qualité des échanges entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé.

D. LIMITES DE L'ÉTUDE ET BIAIS

1. A propos de la méthode

a) Biais de sélection

Afin de minimiser les contraintes logistiques et financières, le questionnaire a été diffusé via des adresses électroniques, ce qui excluait d'emblée de cette étude, les médecins non-informatisés. Ce biais peut toutefois être nuancé du fait que ce travail a été réalisé à un moment charnière, un moment de transition, où les médecins généralistes sont de mieux en mieux équipés en informatique, celui-ci semblant être véritablement amené à s'inscrire dans la pratique courante de tout médecin généraliste dans les années à venir.

On notera aussi dans notre étude, l'absence de plusieurs catégories de professionnels de santé non médicaux.

- Concernant les pharmaciens, la Drees²¹ rapporte des échanges très fréquents (85% dans les quinze derniers jours) avec les généralistes. Le choix était délibéré ici de ne pas les inclure. La typologie des contacts avec les médecins se fait exclusivement par téléphone ou sur des ordonnances. La traçabilité du parcours du patient dans les officines est désormais bien connue des généralistes par le biais de l'Historique de Remboursement. Il ne nous a pas semblé pertinent ici d'explorer les échanges entre ces professionnels.

- Concernant les odontologistes et les professions médico-sociales, nous avons volontairement omis de les inclure dans l'enquête. Les chiffres fournis par le Drees montrent que ces professionnels sont peu impliqués dans les échanges avec les médecins généralistes.

- Concernant les biologistes, nous n'avons pas souhaité faire apparaître ces professionnels dans les choix proposés aux médecins généralistes. Les échanges entre eux sont essentiellement des ordonnances ou des résultats de biologie, ces derniers étant -pour un nombre croissant de laboratoires médicaux- adressés par voie électronique directement au médecin prescripteur.

b) Taux de non-réponse

18 sur 45 médecins et maîtres de stage de ma faculté d'origine (université Paris 13) ont répondu soit un taux de non-réponse de 60%. Ces médecins ont fait l'objet de deux relances. Cependant, l'identification des médecins par leurs initiales a permis d'éviter tout double remplissage du questionnaire par un même médecin.

202 sur 902 sociétaires de la SFMG ont participé à l'enquête, soit un taux de non-réponse de 67%. Ils n'ont pas fait l'objet de relance, le nombre de réponses restant satisfaisant pour les besoins de l'enquête.

c) Format du questionnaire

Le choix fait dans notre étude, d'explorer les difficultés que les médecins généralistes rencontrent à communiquer avec leurs partenaires du secteur de la santé par des questions fermées (QCM, QCS, Croc), était délibéré. Ce choix se fondait sur la nécessité logistique d'un formulaire simple et rapide à remplir sur Internet, afin d'obtenir un taux de participation de médecins généralistes le plus large possible. Ce n'était nullement un parti pris de notre part, mais plutôt une volonté d'alléger au maximum le temps pris au médecin pour participer à l'enquête, sachant que les tâches administratives et leurs activités de formation annexes leur prennent déjà beaucoup de temps personnel.

Ce choix ne pouvant contenter tous les médecins, certains ont pu ressentir une certaine frustration face à des réponses proposées parfois trop binaires, ne laissant pas la possibilité au médecin de nuancer leurs idées ni de s'exprimer en texte libre. Ceci peut expliquer que certains médecins se soient abstenus de répondre à certaines questions.

Par exemple à la question 24, interrogeant les généralistes sur le nombre de médecins présents à leur cabinet, le généraliste n'avait pas la possibilité d'indiquer quelle spécialité exerçait son ou ses collaborateurs. Or on peut imaginer qu'avec les professionnels de santé partageant les mêmes locaux, le généraliste n'aura pas recours à des courriers ou à un échange d'e-mail comme il aurait pu le faire avec d'autres partenaires soignants du secteur libéral.

d) Définition des termes employés

Dans le travail de la SFMG sur les actes et fonctions des médecins généralistes³⁰, **les actes de communication** et de coordination avaient été clairement séparés des échanges ayant lieu au cours des consultations et relevant directement du contenu de ces séances. En revanche, les certificats ou documents divers avaient été comptabilisés comme des actes de communication.

Notre travail s'est concentré sur les **échanges** et la **communication** entre les généralistes et les professionnels de santé. Seul les éléments d'information relatifs au patient et transmis à un partenaire de santé devaient donc entrer en ligne de compte. Dans notre étude, ces précisions n'avaient pas été apportées aux médecins interrogés, pouvant introduire une confusion et donc une abstention de réponses.

Par exemple, à la question 26 interrogeant les médecins généralistes sur les missions confiées à leur secrétaire, les médecins semblent bien distinguer la simple saisie informatique des courriers reçus, de la mise à jour des dossiers. Car si ces deux réponses n'obtiennent pas le même suffrage, c'est peut-être que cette dématérialisation des courriers ne constitue pas la seule mise à jour des dossiers des patients ; ou bien que les médecins n'assimilent pas la saisie informatique de ces courriers à une mise à jour des dossiers des patients.

2. A propos des résultats

a) *Des généralistes globalement satisfaits, mais pas complètement...*

(1) Fréquence des échanges

En croisant les réponses aux questions 21 (quelles sont les améliorations à envisager pour améliorer la qualité de leurs échanges) et 19 (satisfaction des médecins de la fréquence de leurs échanges), il apparaît qu'une majorité des 30 médecins qui souhaitent une amélioration de la fréquence de leurs échanges, sont déjà satisfaits de la situation au moment de l'enquête. Ce résultat peut paraître paradoxal, mais pourrait sous-entendre, que les généralistes qui sont déjà satisfaits de la fréquence de leurs échanges, souhaiteraient la voir encore améliorée. L'échantillon de médecins répondants restant modeste, ces résultats sont à interpréter avec retenue.

(2) Délai de réponse

En recoupant les réponses obtenues aux questions 7 (sur l'importance accordée au délai de réponse comme critère de qualité du suivi de leurs patients) et 14 (sur l'importance que le courrier soit remis par le patient à son destinataire), il ressort que **l'importance accordée par les médecins au délai de réponse n'est pas corrélée à l'importance qu'ils accordent à ce que le courrier transite par le patient**. Ce résultat est complété par le croisement des réponses aux questions 4 (relative au mode de transmission du courrier) et 7 (interrogeant les généralistes sur l'importance du délai de réponse comme critère de qualité du suivi de leurs patients). Ce recoupement montre que les seuls généralistes n'accordant pas beaucoup d'importance au délai de réponse de leurs correspondants, ont opté pour une transmission de leur courrier à leurs partenaires de santé par l'intermédiaire du patient (et non par la poste ou par voie informatique). On aurait pu s'attendre à ce que les médecins qui accordent une importance plus grande au délai de réponse, préfèrent faire transiter le courrier par informatique, mais ce n'est pas le cas. Nos résultats ne permettent pas de conclure à une corrélation entre un mode de transmission (par voie informatique ou par le patient) et un degré d'importance accordé au délai de réponse. Ceci pourrait relever du fait que la quasi-totalité des médecins considère le délai de réponse comme important dans la qualité du suivi des patients.

En croisant les réponses aux questions 21 (quelles sont les améliorations à envisager pour améliorer la qualité de leurs échanges) et 12 (disponibilité actuelle d'une réponse du confrère avant de revoir le patient) on ne met pas en évidence sur cet échantillon de 38 médecins répondants, de corrélation entre les deux paramètres. **Les médecins disposant d'une réponse avant de revoir leur patient, sont plus nombreux à vouloir que ce critère s'améliore** ; et les médecins qui n'en disposent pas, sont paradoxalement moins nombreux à vouloir en disposer avant de revoir leur patient dans le futur. Là encore, on pourrait penser que même si, dans l'ensemble, les médecins se sont accommodés de l'état actuel des choses, ils pensent globalement que la situation peut encore être améliorée. Ces résultats sont à pondérer, dans la mesure où l'échantillon de réponse est très petit (38 réponses).

b) L'outil informatique comme solution ultime ?

Dans un souci d'impartialité, nous n'avons pas voulu induire de réponses par nos questions aux médecins généralistes. La tendance actuelle à une utilisation de plus en plus large de l'informatique et de l'Internet dans le domaine de la santé nous laissait pourtant penser que ces derniers invoqueraient ces outils comme moyens d'améliorer leurs échanges avec les autres professionnels de santé.

Nos médecins répondants sont tous équipés en informatique et souhaiteraient voir cet outil plus largement utilisé dans le cadre de leurs échanges avec les autres professionnels de santé. Au terme de l'analyse des résultats, nous avons d'une part identifié les points d'insatisfactions des médecins généralistes concernant les échanges de données, et d'autre part, une formulation assez nette de la part des généralistes, de voir la messagerie électronique et l'intégration des courriers au dossier informatique des patients se généraliser.

Or nous n'avons pas interrogé les médecins généralistes, point par point, sur les améliorations que l'informatique leur aurait apporté dans chacune des tâches entrant en ligne de compte dans leurs échanges avec leurs partenaires de soins. Ceci découle du fait que nous n'avons pas souhaité imposer aux médecins d'emblée une option pressentie comme une réponse à leurs problèmes. Nous souhaitions les amener à nous signifier leur préférence pour cet outil informatique.

Cependant, dans notre enquête, en recoupant les réponses obtenues aux questions 19 et 21, nous avons mis en évidence que **les courriers ont tendance à être plus détaillés lorsqu'ils sont rédigés à l'aide d'un logiciel médical**. Ceci pourrait s'expliquer par la possibilité offerte par ces logiciels, d'inclure automatiquement dans les courriers des informations du dossier médical du patient tels que son âge, son poids, ses antécédents... Ainsi, les logiciels médicaux, en permettant aux médecins de faciliter la rédaction de courriers détaillés, participent à une meilleure qualité de communication entre professionnels de santé.

c) Possibilités offertes par les messageries sécurisées

En croisant les résultats des questions 16 et 18, on observe dans notre enquête, que **l'utilisation d'une messagerie sécurisée est plus fréquemment associée à une dématérialisation des courriers** chez les médecins interrogés dans notre enquête. Est-ce parce que les médecins équipés d'une messagerie sécurisée sont sensibilisés à une dématérialisation des données des patients, ou bien parce que le fait d'utiliser cette messagerie les incite à transférer toutes les données sur un même support informatique... Un complément d'information est apporté par un petit groupe de 21 médecins, dont nous avons pu recouper les réponses aux questions 16 (relative à l'équipement des généralistes en messagerie sécurisée) et 21 (sur leur souhait de voir améliorée la gestion des informations relatives à leurs patients). Il apparaît que **les médecins souhaitant voir s'améliorer la gestion des données de leurs patients sont très majoritairement** (deux généralistes sur trois) **déjà équipés d'une messagerie sécurisée**. Ce résultat laisse à penser que les médecins équipés de messageries sécurisées souhaitent voir s'améliorer cet outil pour leur permettre de mieux gérer les données de leurs patients. Ou encore voir se généraliser ces messageries sécurisées auprès de leurs partenaires de santé afin de fluidifier les échanges avec ces derniers.

Ces résultats nous amènent à dire que les messageries sécurisées offrent aux médecins un certain nombre de solutions pour améliorer la qualité de leurs échanges. Elles sont associées à une meilleure gestion des informations relatives aux patients, et à une dématérialisation des données échangées pour les transférer sur un même support, informatique.

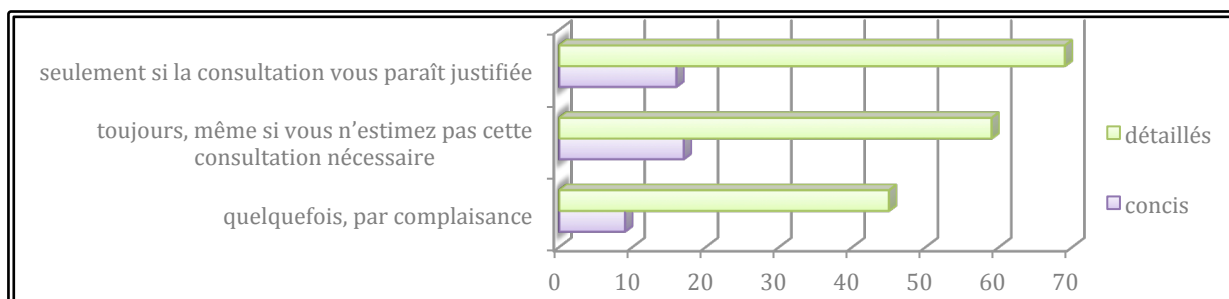
d) Suggestion spontanée d'un médecin, finalement non vérifiée

A la question 8 portant sur le degré de détail des courriers, un médecin a pris la liberté de préciser, à l'occasion d'une question plus loin dans le formulaire, mais qui laissait une fenêtre de texte libre : « *un patient qui veut seulement une lettre pour être remboursé reçoit de ma part un courrier type sans détail particulier. Par contre si la consultation est justifiée, je fais un courrier détaillé.* ». Ceci dénote de la part des généralistes, une volonté de précision de leur réponse, qui ne leur était pas toujours donnée à chaque question de ce formulaire en ligne.

Ce recoupement entre le niveau de détail des courriers et la justification de la consultation n'avait pas été envisagé an amont, mais nous avons souhaité vérifier cette proposition. Le résultat n'est pas concluant, comme le montre la figure ci-dessous :

Figure 33 - Croisement des questions 6 et 8 du questionnaire

Niveau de détail des courriers en fonction de la nécessité estimée de la consultation d'un confrère – N = 217



On trouve une discrète tendance à faire des courriers moins détaillés et plus succincts lorsque le médecin accède à la demande de son patient sans tergiverser. Cette réflexion d'un des médecins n'est donc pas extrapolable à l'ensemble de la population de généralistes, bien que cette réflexion puisse paraître justifiée.

V. PROPOSITIONS

Nous ne pouvons pas prétendre, en conclusion de ce travail, avoir fait le tour de ce problème complexe de communication que les médecins généralistes rencontrent dans leur pratique quotidienne. Les réactions de quelques médecins confortent l'idée de prolonger ce travail par une enquête qualitative reposant sur des entretiens semi-dirigés au cabinet des médecins généralistes. Ce format de recueil de données permettrait de cumuler, avec les données quantitatives récupérées dans ce travail, des données qualitatives plus fines et nuancées.

Cette thèse a cependant permis de constater d'un côté, que les omnipraticiens optent pour une généralisation de l'outil informatique dans leurs cabinets pour optimiser leurs échanges avec leurs partenaires de soins libéraux ; et de l'autre, que si les échanges les satisfont globalement, ils restent perfectibles à différents niveaux. Ce constat fait, nous pourrions poursuivre ce travail en cherchant plus précisément quel élément rentrant en ligne de compte dans ces échanges, bénéficierait d'une amélioration notable grâce à l'informatique : fréquence des échanges, contenu des échanges, délai de réponse, sécurisation des données, interopérabilité... Les résultats de ce complément d'étude permettraient de repenser un outil informatique évolutif à la lumière des exigences de leurs utilisateurs : les médecins généralistes.

Dans notre étude, nous avons fait le choix de n'interroger que les médecins généralistes, à la fois sur leurs pratiques, mais également sur celles de leurs collaborateurs paramédicaux notamment. Un autre axe de travail serait celui d'une enquête de satisfaction auprès des médecins spécialistes, des paramédicaux, éventuellement aussi des pharmaciens, biologistes, odontologistes et des travailleurs médicaux, à propos de la qualité des informations qu'ils reçoivent des médecins traitants. En effet, si les médecins généralistes adressent leurs patients accompagnés d'un courrier, 'l'effet miroir' voudrait qu'ils obtiennent une réponse en retour.

VI. CONCLUSION

Cette étude descriptive a permis de pointer la complexité de la mise en application de certains idéaux de communication dans le secteur libéral, notamment concernant les échanges d'information entre les médecins généralistes leurs correspondants spécialistes.

Les difficultés rencontrées demeurent, année après année, alors que l'informatisation des cabinets de médecine générale progresse. Les médecins généralistes sont satisfaits du développement de l'informatique et d'Internet dans leur pratique quotidienne. Ces moyens de communication ont considérablement amélioré la qualité de leurs échanges (fréquence, contenu, archivage) avec leurs partenaires de santé libéraux, notamment en leur faisant gagner du temps lors de la rédaction de leurs courrier, et en facilitant l'intégration de ces échanges au dossier des patients. L'utilisation et l'optimisation de ces nouvelles technologies doit se poursuivre dans les années à venir, afin de répondre à ces besoins d'amélioration exprimés.

Ce travail exploratoire et descriptif s'intègre dans une démarche globale du système de soins français visant à optimiser la prise en charge des patients tout en ménageant les dépenses de santé. S'il s'inscrit dans le cadre d'une étude préliminaire, il nous fournit néanmoins l'occasion d'une réflexion sur l'état des relations entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la santé en milieu libéral, à travers la circulation de l'information médicale. Il s'agit d'une photographie des pratiques actuelles en 2012 et d'une esquisse des évolutions attendues dans les années à venir.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- ¹ SFMG, Le patient et son médecin généraliste « traitant », Editorial de Septembre 2010
- ² Sourmia JC, Histoire de la médecine et des médecins, Editions Larousse, 1991, pp. 59-201.
- ³ WONCA. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. WONCA-EUROPE 2002
- ⁴ Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N (Cermes-Prosper), Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la santé n°163, 2011. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>
- ⁵ Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 ; Version consolidée au 01 juillet 2012
- ⁶ Avenant n° 18 à la convention médicale, paru au Journal Officiel du 17 avril 2007
- ⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 et n° 2004-810 du 13 août 2004, relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- ⁸ Dourgnon P, Guillaume S, Naiditch M, Ordonneau C, Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme, Question d'économie de la santé n°124, juillet 2007
- ⁹ Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, paru au JORF n°35 du 11 février 2005, page 2275, texte n° 4
- ¹⁰ Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants, Pour un Référentiel Métier du Médecin Généraliste, 1997:69
- ¹¹ Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes, Une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes et du Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire, Rapport n°661; 2010.
- ¹² La médecine Générale, Résumé des principaux enseignements ; Prérapport 2006-2007 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- ¹³ Le Syndicat des Médecins Libéraux, Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie 2010-2015. 2008
- ¹⁴ La maîtrise des dépenses de santé - Approfondissements Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2006. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/maitrise-depenses-sante.html>
- ¹⁵ Briet R, à la demande du Premier Ministre François Fillon, Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'Assurance-Maladie, avril 2010. Disponible sur : http://www.elysee.fr/president/root/bank_objects/20.05_Rapport_Briet.pdf

-
- ¹⁶ Lenormand F, Le Système d'information de l'assurance maladie, le SNIIR-AM, et les échantillons de bénéficiaires, *Courrier des statistiques* n° 113-114, mars-juin 2005
- ¹⁷ Abecassis P, Batifoulier P, Gannon F, Haag A. Nomadisme médical et médecin de référence : Une modélisation de la dynamique de choix des patients.
- ¹⁸ Bohet P, La fidélité des malades à leur médecin, Département de Statistiques, CNAMTS, Dossier Etude et recherches, n°1, Décembre 1985.
- ¹⁹ CNAMTS, Quelques aspects du “ nomadisme ” de la clientèle des omnipraticiens, Dossier Etudes et Statistiques, n°21, 1992
- ²⁰ Auteurs TNS Sofres : Bouvier R, Sawaya Z, Pour FHF : Lussiez C, Les médecins et la réforme du système de santé. 2012.
- ²¹ Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F, les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Drees, Etudes et résultats n°649. Août 2008.
- ²² Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M, Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels, *Revue d'Épidémiologie de Santé Publique*, 2008, 56S : S197-S206
- ²³ Elaboration d'un protocole de coopération entre professionnels de santé, article 51 de la loi HPST, guide méthodologique, Tome II, validé par la Haute Autorité de Santé en juillet 2010
- ²⁴ M. Fourdrinier. Du réseau aux réseaux. 2008.
- ²⁵ JORF n°300 du 27 décembre 1998 page 19646, LOI n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999
- ²⁶ Fallery Bernard. Théories de l'apprentissage et pratiques de standardisation dans la formation ouverte. *Actes du colloque Initiatives 2005* [en ligne], Débat thématique 1, 2 mars 2007. Disponible sur : <http://www.initiatives.refer.org/Initiatives-2005/document.php?id=151>.
- ²⁷ Mattelard M. et A, Histoire des théories de la communication, Paris, La Découverte, 1995
- ²⁸ Bouchindhomme C, Le vocabulaire de Habermas, Paris : 2002, Ellipses
- ²⁹ SFMG. Actes et fonctions du médecin généraliste. La lettre de la médecine générale n°45. Réédition Juin 1997.p26-28.
- ³⁰ Fournier C, Kerzanet S, Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, *Santé publique* 2007, volume 19, n° 5, pp. 413-425
- ³¹ Mercat F.X, Les Courriers entre Médecins, Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des médecins lors de la session du 30 janvier 1998
- ³² Article R.710-2-6 du Code de Santé Publique – Article 9 du Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002

-
- ³³ Enquête sortie établissement de santé (La continuité des soins en ville après une hospitalisation) - 2006 – URML IdF
- ³⁴ Brami G. Protection des données patient informatisées en médecine générale : étude transversale, département du Val-d'Oise, septembre-décembre 2007 [Internet] [Thèse d'exercice]. 2009. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/13793260X>
- ³⁵ Clerc P, Etude Polychrome, Rapport final de l'Inserm du 30 octobre 2009. p.8 ; 66-67
- ³⁶ Fieschi M, Les données du patient partagées: la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées (janvier 2003). Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/fieschi/sommaire.htm>. 2003.
- ³⁷ Dufrenne J, Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins : la Messagerie Sécurisée de Santé utilisée par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université des Antilles et de la Guyane, 2011
- ³⁸ Dourgnon P, Grandfils N, Le Guellec M, Zimina M, L'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. Étude FORMMEL avec la participation du CSSIS (Conseil Supérieur des Synthèses d'Information en Santé) et du CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé), 2000 ; 139 p.
- ³⁹ Ambroise-Thomas P, Rapport au nom de la Commission XVI, La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. Adopté le 10 mai 2011.
- ⁴⁰ L'avenir de la médecine libérale : conclusions du séminaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins des 18, 19 et 20 mars 2010. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-avenir-de-la-medecine-liberale-conclusions-du-seminaire-du-cnom-965>
- ⁴¹ Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les Etablissements de santé, Dossier du patient, Réglementation et Recommandations, ANAES, Service d'évaluation des pratiques, juin 2003.
- ⁴² Le DMP : des coûts maîtrisés pour un réel enjeu de santé publique | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 2012 sept 11]. Disponible sur internet : <http://www.d-m-p.org/actus/politique-publique/le-dmp-des-couts-maitrises-pour-un-reel-enjeu-de-sante-publique>
- ⁴³ Bucquet S, Le Dossier Médical : Intérêts et problématiques de son évolution vers un Dossier Médical Informatisé et Partagé. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 7 Denis Diderot (Paris); 2007.
- ⁴⁴ Legmann M, Stefani F, rapport adopté à la session du Conseil national de l'Ordre des médecins le 30 janvier 2004, Comptes rendus d'examen spécialisés - Communication au médecin traitant, au patient
- ⁴⁵ Loi n° 2009-879 «Hôpital, Patient, Santé, Territoire » votée le 21 juillet 2009
- ⁴⁶ Hecquard P, Rapport de l'Ordre National des Médecins, L'Education thérapeutique, 3 avril 2009
- ⁴⁷ Agence Nationale pour le Développement Médical, La tenue du dossier en médecine générale : état des lieux et recommandations, Paris : ANDEM, septembre 1996 (80p) – p.57

-
- ⁴⁸ Mathieu C, Nobels F, Peeters G et al. Qualité et organisation des soins du diabète de type 2. KCE reports vol. 27B. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; mai 2006. Ref. D/2006/10.273/08. Disponible sur : <http://www.centredexpertise.fgov.be>
- ⁴⁹ Cauvin L, Inter relations entre médecins généralistes de la Somme et structures dédiées à l'éducation thérapeutique du patient : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie (Amiens); 2011.
- ⁵⁰ Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques), France, 2007
- ⁵¹ Bonnal C, Mathal J, Micheau J, La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux, Rapport d'étude de la Drees et de l'Observatoire National de la Démographie médicale, Décembre 2009
- ⁵² Levasseur G, Schweyer F.X, Hugué S, Campeon A, Treguer C, Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne. Rapport Université Rennes1. ENSP. URCAM Bretagne. URML Bretagne. UBO. P235. Octobre 2004
- ⁵³ Hubert G, La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris Nord (Bobigny); 2006
- ⁵⁴ Regis V. Le vécu de la réforme de l'assurance maladie 2004 par les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2006.
- ⁵⁵ Schweyer F.X, Levasseur G, Gardin G, Les non adhérents aux réseaux de santé, Lapss, Université de Rennes 1, 2005. Disponible sur : <http://resmed.univrennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/SyntheserapportNonAdherent.pdf>
- ⁵⁶ Schweyer F.X, Levasseur G, Pawlikowska T, Créer et piloter un réseau de santé, Rennes, Edition de l'ENSP, 2002.
- ⁵⁷ Gaigneur C. La qualité des informations transmises aux médecins traitants par leurs partenaires de soins : enquête de satisfaction auprès des généralistes bretons [Thèse d'exercice]. [France]: Rennes 1; 2011.
- ⁵⁸ Doukan E, Amélioration de la coordination des soins ambulatoires : proposition d'un annuaire technique destiné à promouvoir la communication entre médecins généralistes et réseaux de santé, Thèse d'exercice. Université de Nice, 2010. Disponible sur Internet: <http://www.sudoc.fr/153662131>

VIII. ANNEXES

Annexe 1

AVENANT N° 12 À LA CONVENTION NATIONALE

ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE
SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

*Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;
Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance
maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au Journal officiel du 11 février 2005,*

Préambule

Les partenaires conventionnels constatent, un an après la signature de la convention nationale du 12 janvier 2005, que la mise en œuvre du dispositif de médecin traitant a été un véritable succès qui s'est traduit par une adhésion de plus des trois quarts des assurés.

Le choix des patients s'est porté sur les médecins généralistes, avec **93 % de déclaration de médecins traitants**, plaçant la médecine générale au cœur même du dispositif d'organisation des soins. Ainsi, on constate d'ores et déjà une évolution de l'organisation du système de soins ambulatoire, les médecins traitants assurant les soins de premier recours et la coordination des soins, tout en permettant de conserver une liberté d'accès aux médecins spécialistes. Ces derniers sont amenés à se concentrer progressivement sur la prise en charge de soins véritablement spécialisés, permettant une utilisation de leur temps médical plus cohérente avec les évolutions démographiques. Par ailleurs, **la mise en place de la maîtrise médicalisée a permis de diminuer les dépenses injustifiées sur plusieurs postes**, notamment les arrêts de travail et certaines classes thérapeutiques, en respectant mieux les conditions de prise en charge des patients en affection de longue durée. Les économies estimées se montent à **722 millions d'euros, fin décembre 2005, sur la part relevant de la responsabilité des médecins libéraux**. Cet effort, qui se traduit par une évolution des dépenses de soins de ville inférieure à 3 %, a participé au respect de l'enveloppe « soins de ville » de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie votée par le Parlement pour l'année 2005. Ainsi, **la constatation de ces premiers résultats témoigne de la dynamique engagée à la fois par les médecins libéraux, les assurés et les caisses d'assurance maladie**.

Toutefois, les partenaires conventionnels constatent que **la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés s'est traduite par des modifications substantielles des conditions d'exercice de la médecine libérale, nécessitant d'accompagner ces évolutions**, tout particulièrement pour certaines spécialités cliniques et certains modes d'exercice particulier.

Ils rappellent que **l'objectif du parcours de soins est aussi de valoriser à la fois les rôles de médecin traitant, médecin correspondant et de médecin consultant** et le souci de conserver à ce parcours un caractère médicalisé. Ils décident de mener une communication adaptée sur l'ensemble des règles de fonctionnement du parcours de soins à la fois auprès des médecins, des caisses locales et des assurés sociaux.

Dans ce contexte, ils s'accordent sur la nécessité de renforcer les actions mises en œuvre dans la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004.

Ils conviennent en premier lieu de **finaliser le déploiement du médecin traitant et de conforter son rôle dans l'organisation du système de soins, prioritairement dans le domaine de la prévention et de la coordination des soins**.

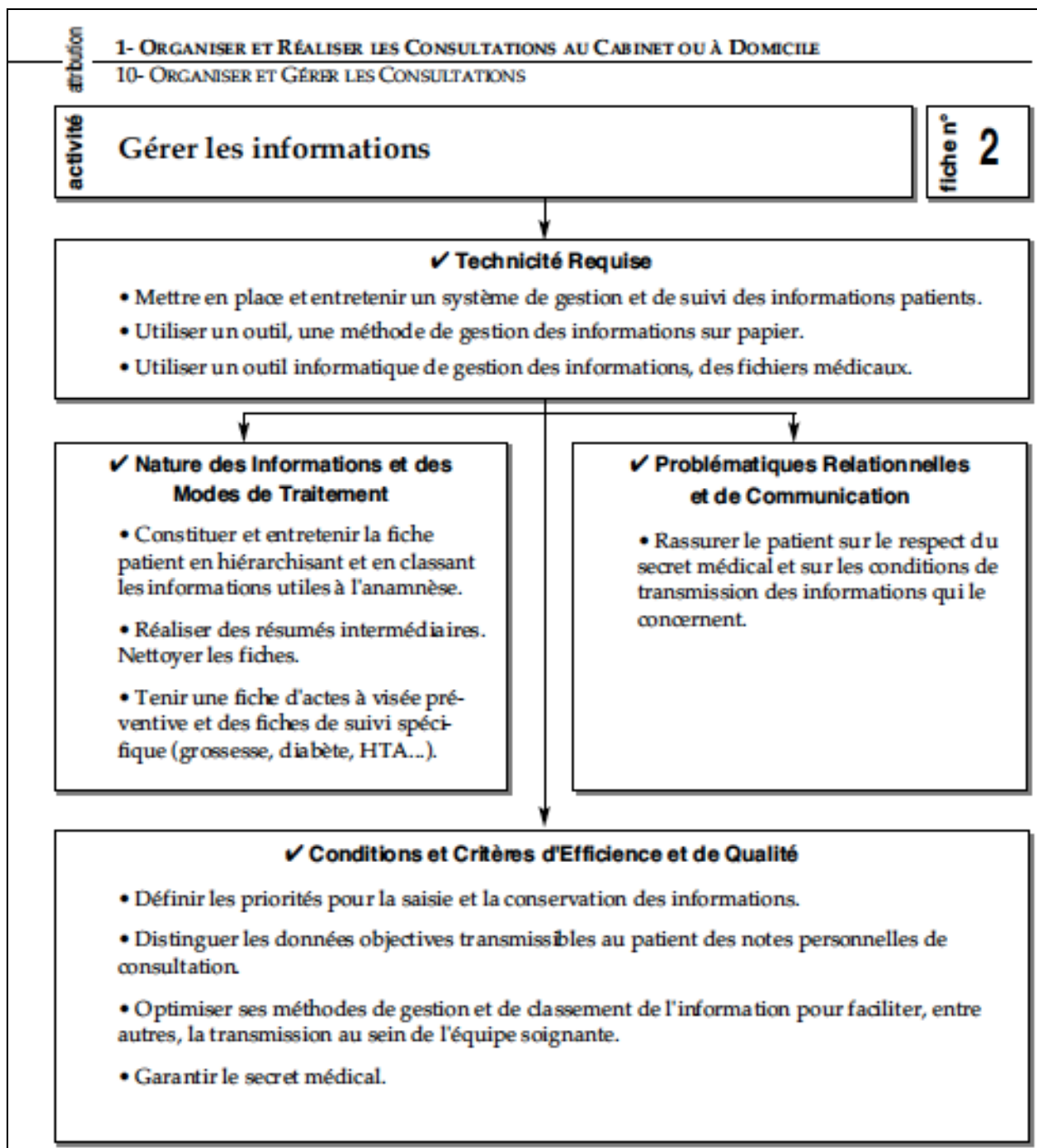
Ils proposent d'accompagner les spécialités dont les conditions d'exercice ont été substantiellement modifiées par la mise en place du parcours de soins coordonnés par des mesures structurelles en accélérant la nécessaire valorisation de certains de leurs actes déjà prévue dans la nouvelle Classification commune des actes médicaux et en s'inscrivant dans la perspective de la mise en place de la CCAM clinique prévue dans la convention du 12 janvier 2005. Ils souhaitent poursuivre sur deux ans la dynamique engagée pour la maîtrise médicalisée sur les thèmes déjà retenus en 2005 et l'élargir à de nouveaux thèmes en 2006 et 2007, dans le souci de permettre, grâce aux économies ainsi dégagées, de favoriser le maintien d'une assurance maladie solidaire et d'améliorer la prise en charge des patients.

Ils s'accordent pour mettre en œuvre les revalorisations prévues à l'article 1er-5 de la convention nationale. **Ils réaffirment enfin leur souhait de revaloriser progressivement les conditions d'exercice de la médecine libérale et d'améliorer la prise en charge des soins grâce aux économies dégagées dans le cadre de la maîtrise médicalisée**.

Annexe 2

LA GESTION DES INFORMATIONS PAR LE GENERALISTE

Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants. Pour un Référentiel Métier du Médecin Généraliste. Fiche n°2. 1997.



Annexe 3

QUESTIONNAIRE DE THESE

Pour respecter votre anonymat et améliorer l'analyse, vos initiales :

ACTUELLEMENT...

Fréquence et Densité des échanges :

1) Faites-vous systématiquement un courrier :

- lorsque vous adressez un patient ? oui non
- en retour à un collègue qui vous a adressé un patient ? oui non
- autre _____

2) A quel moment faites vous vos courriers :

- devant le patient
- après la consultation
- une fois par jour
- autre _____

Correspondants

3) Avec quels confrères échangez-vous principalement?

	Cardiologue	Rhumatologue	Endocrinologue	Gastro-entérologue	Pneumologue	Neurologue	Dermatologue	ORL	Ophthalmologue	Gynécologue	Urologue	Pédiatre	Psychiatre	Psychologue	Infirmière	Kinésithérapeute	Dentiste	Pédicure-podologue
Courriers détaillés																		
Courriers ciblés																		
Mots de courtoisie																		
Ordonnance simple																		

4) Comment transmettez-vous le courrier à vos confrères :

- via le patient
 → Enveloppe cachetée ? → enveloppe ouverte ?
- via la poste
- via Internet au médecin

5) A quelle fréquence échangez-vous avec ces professionnels de la santé libéraux ?

	Cardiologue	Rhumatologue	Endocrinologue	Gastro-entérologue	Pneumologue	Neurologue	Dermatologue	ORL	Ophthalmologue	Gynécologue	Urologue	Pédiatre	Psychiatre	Radiologue	Psychologue	Infirmière	Kinésithérapeute	Pédicure-podologue	
Systématiquement																			
Réguliers																			
De temps en temps																			
Rarement																			

6) Dans le cadre du parcours de soins, si un patient vous réclame un courrier pour aller voir un spécialiste, le rédigez-vous ?

- toujours, même si vous n'estimez pas cette consultation nécessaire
- quelquefois, par complaisance
- seulement si la consultation vous paraît justifiée

7) Le délai de réponse est-il pour vous un critère important pour le suivi du patient ?

oui non

Eléments significatifs d'informations échangées

8) Lorsque vous adressez un patient pour prendre en charge un problème spécifique, vos courriers sont-ils plutôt :

- concis (motif de consultation et symptômes)
- détaillés (reprise des antécédents et de l'histoire de la maladie)

9) Quelle est l'intention de vos courriers :

- politesse
- information du correspondant
- demande de réponse en retour
- synthèse du dossier

10) Concernant le contenu des courrier-réponses que vous recevez, diriez-vous qu'ils sont :

- adaptés , correspondant à vos attentes
- trop complets
- trop succincts

11) Les courriers que vous recevez des professionnels de la santé libéraux sont-ils :

- une réponse à une demande spécifique de votre part _____%
- une information sur une intervention intercurrente concernant votre patient (hospitalisation...) _____%
- une demande de prise en charge d'un patient de collègue _____%

12) Les réponses obtenues sont-elles:

- disponibles avant de revoir le patient _____%
- non disponibles lorsque vous revoyez le patient _____%

Outils de communication

13) Concernant la plupart de vos échanges avec vos interlocuteurs libéraux dans le domaine de la santé :

Informations émises	Mailées	Faxées	Postées	Remises au patient
Manuscrites				
Saisies à l'ordinateur				
Dictées puis traitées par une secrétaire				

Informations reçues	Mailées	Faxées	Postées	Remises au patient
Manuscrites				
Saisies à l'ordinateur				

14) Est-il important pour vous que le courrier vous soit remis ou soit transmis à votre correspondant par le patient ?

oui non

15) Quel pourcentage de courriers rédigez-vous :

- de façon manuscrite ? _____ %
- au clavier ? _____ %
 - avec un logiciel de traitement de texte
 - avec votre logiciel médical
- par l'intermédiaire de votre secrétaire ? _____ %

16) Possédez-vous une messagerie sécurisée ?

oui non

Si OUI, est-elle :

- Intégrée à un « logiciel métier »
- Indépendante
- Autre

17) Pour quelles tâches utilisez-vous votre messagerie sécurisée ?

- Réception de la biologie
- Réception du courrier
- Envoi du courrier
- Autres _____

18) Comment les courriers sont-ils intégrés au dossier du patient ?

- Stockage sous forme papier
- Saisie informatique
- Transformation du courrier en fichier PDF via le scanner
- Autre

VOS ATTENTES...

Fréquence et densité des échanges

19) Diriez-vous que vos échanges avec vos correspondants habituels sont :

- Très fréquents > 90 %
- Assez fréquents > 60 %
- Peu fréquents < 50 %
- Rares < 20%

En êtes-vous satisfaits ? Oui Non Autre _____

Correspondants

20) De quels spécialistes de la santé attendez-vous :

	Cardiologue	Rhumatologue	Endocrinologue	Gastro-entérologue	Pneumologue	Neurologue	Dermatologue	ORL	Ophthalmologue	Gynécologue	Urologue	Pédiatre	Psychiatre	Radiologue	Psychologue	Infirmière	Kinésithérapeute	Pédicure-podologue
une réponse détaillée ?																		
un simple courrier?																		

Eléments significatifs d'information

21) Si vous pouviez améliorer la qualité de vos échanges avec vos interlocuteurs libéraux, vous souhaiteriez :

- Augmenter la fréquence des échanges
- Diversifier les correspondants
- Avoir un support pour cibler les informations destinées à chaque interlocuteur
- Pouvoir gagner du temps à la rédaction des courriers
- Bénéficier d'un retour confirmant que votre patient s'est bien rendu à la consultation
- Disposer d'un compte-rendu circonstancié de la consultation réalisée par votre confrère
- Faciliter le stockage et l'accès des données au sein du dossier patient

Outils de communication

22) De quels moyens voudriez-vous disposer pour améliorer les échanges d'informations avec vos interlocuteurs médicaux et paramédicaux ?

- Informatique
 - Avec Internet (messagerie sécurisée facile d'utilisation)
 - Sans Internet (traitement de texte)
- Courriers facilement stockables dans le dossier patient informatisé, en gardant le format classique « papier » du courrier et de la biologie
- Réseau médico-paramédical
- Formulaire manuscrits standardisés de recueil d'informations
- Pas de changement

Présentation du cabinet

23) Quel est votre mode d'exercice :

- Cabinet libéral
- Centre de soin
- PMI

24) Combien de médecins travaillent dans votre cabinet ? _____

25) Avez-vous une secrétaire ? oui non

Si oui, s'occupe-t-elle :

- de la saisie informatique des courriers reçus
- de la mise à jour des dossiers des patients
- de la rédaction des courriers de demandes d'avis spécialisés

26) Pensez-vous que la présence d'une secrétaire permet un meilleur suivi de vos patients ?

Oui pourquoi ? _____

Non pourquoi ? _____

27) Disposez-vous de réseaux informels de professionnels médicaux et paramédicaux pour assurer le suivi de vos patients ?

oui non

28) Participez-vous à des réseaux structurés de santé (diabète, oncologie...) ?

oui non

Si OUI, lesquels ? _____

Si NON, pourquoi ?

- Pas intéressé
- Trop compliqué à organiser
- Pas de réseau accessible
- Autre raison : _____

29) Concernant votre patientèle :

_____% bénéficie d'un suivi régulier

_____% bénéficie de consultations occasionnelles ou sans suivi particulier

30) Pensez-vous être, pour la plupart de vos patients, le seul médecin généraliste consulté régulièrement ?

oui non

31) La notion de Parcours de Soins a-t-elle modifié votre attitude de communication avec vos confrères?

▪ oui ... c'est mieux ... c'est moins bien

▪ non

32) Avez-vous suivi une formation en informatique ?

• oui → laquelle ? _____

▪ non

→ pas besoin de formation

→ pas d'opportunité de formation

→ Autre réponse : _____

QU'EST-CE QU'APICRYPT ?

C'est un des cinq outils proposés par l'APICEM en 1996 pour faire des technologies de l'INTERNET, un outil au service des médecins.

L'association pour la promotion de l'informatique et de la communication est née fin 95 début 96 autour d'un noyau d'une dizaine de médecins ou informaticiens avec pour objectif de favoriser l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans l'exercice de la médecine.

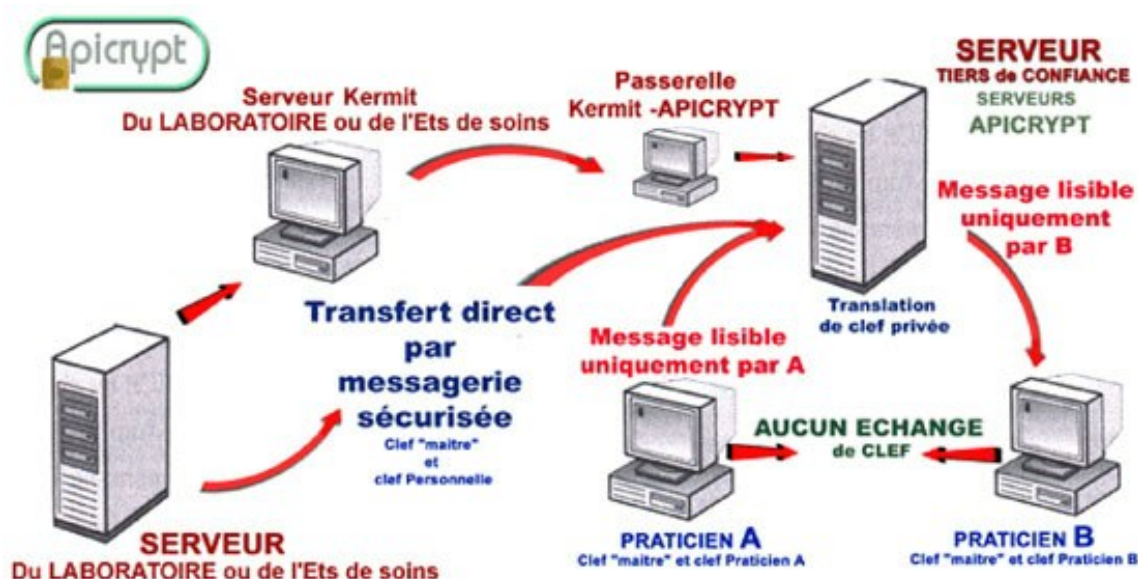
APICRYPT a pour objectif de faire communiquer entre eux les médecins et les établissements de soins par une méthode simple et peu coûteuse, universelle qu'est la messagerie électronique tout en préservant par un cryptage de haut niveau la confidentialité des informations transmises

Le partage confraternel d'information autour du dossier d'un patient vise à rapprocher les différents intervenants, partenaires d'une prise en charge globale du patient en veillant à ce que les coûts restent compatibles avec les possibilités de chacun et que l'éthique de la démarche en soit préservée par un cadre associatif.

Logiciel utilisant les ressources TCP/IP, reposant sur la messagerie Internet classique mais complètement sécurisé. Multi plateforme, Windows 95 , 98, 2000, NT, XP, MacOS 8.6, 9.x; MacOSX, Unix, Linux et aussi VMS (portage Codat Informatique), le professionnel de santé a la totale liberté du choix de l'équipement informatique et l'abonnement Internet chez un fournisseur d'accès internet quelconque.

APICRYPT est une plugin (module additionnel) des logiciels de messagerie ou de navigateurs Internet qui permet le cryptage et le décryptage de textes ou de fichiers d'une manière transparente pour l'utilisateur, et qui utilise un cryptage a deux couches successives en se servant de clés très lourdes que les utilisateurs ne doivent pas s'échanger au préalable, sans même que ceux-ci aient à connaître les adresses e-mail réelles de leurs correspondants.

Principe de fonctionnement du système apicrypt :



1) Sécurité du cryptage

APICRYPT utilise un système de cryptage à clés non cycliques et privées (pas d'expédition de clé publique nécessaire entre correspondants). A chaque message envoyé, une nouvelle portion de clé est utilisée interdisant ainsi toute tentative de décryptage par quelqu'un disposant d'une forte puissance de traitement et d'un temps illimité. Cette méthode permet également de limiter la taille des données transitant : un document d'une page représente environ 3ko une fois crypté (environ 30% de plus qu'un message non crypté)

2) Sécurité du transit.

Les messages transitent par Internet. Ils ne sont pas stockés sur les serveurs APICRYPT et ne font que transiter pendant quelques secondes. En cas d'indisponibilité des serveurs APICRYPT, les messages devant transiter via ces serveurs restent en attente (toujours sous forme cryptée) sur les serveurs de courrier des fournisseurs d'accès des utilisateurs, pendant 3 jours, selon les conventions en usage pour les serveurs de courrier.

3) Fiabilité des serveurs

Les serveurs APICRYPT sont tous redondants, les messages APICRYPT à router sont automatiquement distribués vers les serveurs en service pour garantir une disponibilité maximale du système. Un nouveau serveur peut être ajouté dans le cluster APICRYPT en 15 minutes. Le nombre de serveur augmentera proportionnellement au nombre d'utilisateurs, en fonction des besoins.

4) Fiabilité de la connexion Internet

Le cluster de serveurs APICRYPT est relié à Internet par une double boucle européenne à fibres optiques d'une capacité potentielle supérieure à 48Giga bits par seconde. En cas de rupture des fibres d'un côté de la boucle, en 50 millisecondes, le trafic serait basculé vers l'autre côté de la boucle. Les installations ne dépendent pas de liaisons spécialisées conventionnelles jugées trop peu fiables. Le fournisseur d'accès choisi est UUNET/MCI WORLD COM, en raison de sa réactivité et de sa position de leader mondial en matière d'Internet. La bande passante du cluster APICRYPT peut techniquement être augmentée en une dizaine de minutes, toutefois le système ne nécessitant aucune interactivité temps réel, le système ne serait pas sensible à une augmentation brutale des volumes échangés. L'interconnexion avec les fournisseurs d'accès des utilisateurs se fait directement à Paris sur les boucles d'échanges nationales pour garantir la plus grande efficacité et les meilleurs débits.

5) Sécurité du site.

Les serveurs APICRYPT sont hébergés dans un local sécurisé au même titre que les installations d'UUNET et de MCI/WORLD COM. Les accès sont contrôlés et surveillés par Caméra. Le vol hypothétique des installations ne serait toutefois d'aucun intérêt car les messages ne sont pas stockés sur les serveurs APICRYPT. Les sévères recommandations de la CNIL concernant la sécurité des installations en charge de données médicales ont été respectées : Les machines sont dépourvues de tout moyen d'accès physiques et logiques

6) CNIL

Le système est déclaré à la CNIL (conformément à la réglementation qui impose une procédure déclarative) et possède une autorisation du SCSSI

7) Facilité d'utilisation.

APICRYPT est conçu pour que l'utilisateur puisse choisir le fournisseur d'accès de son choix (Chacun ayant ses préférences ou contraintes à ce sujet). Les messages cryptés via APICRYPT sont reçus comme des messages normaux et ne nécessitent pas de logiciel spécifique pour leur réception. Seule la partie décryptage nécessite une extension. Aujourd'hui, le choix s'est porté sur le logiciel Eudora qui est utilisé par des millions d'Internautes depuis 1988 et qui a donné preuve de sa viabilité. Il est toutefois possible d'utiliser d'autres logiciels comme Outlook 2000 ou XP , ou d'autres utilitaires selon les systèmes d'exploitation utilisés (APICRYPT est aussi disponible sous Unix et Lin.). En dehors de la configuration du logiciel de courrier électronique, APICRYPT ne nécessite aucune configuration pour une utilisation standard. Un utilisateur ayant déjà un accès Internet configuré peut installer APICRYPT en moins de 10 minutes.

9) Evolutivité

APICRYPT évolue selon les demandes et les besoins des utilisateurs. Les dernières évolutions concernent le transit des pièces jointes cryptées ajoutées aux courriers cryptés (actuellement en phase de test). L'usage de la Carte de Professionnel de Santé pour assurer la signature des documents, une garantie supplémentaire d'intégrité du document, et également la non répudiation.

Pour les médecins :

Cotisation à l'association APICEM ou à une association fille, typiquement 29 euros TTC par an (pour le fonctionnement des associations) + 40 euros de frais techniques (ces 40 euros regroupent : gestion technique du système, technicien de la hotline, hébergement du système et d'une manière générale, tout ce qui concerne l'intendance autour d'apicrypt, la gravure et l'expédition des CD).

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

