



**UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2022

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Etat des lieux de l'utilisation de l'outil informatique par les médecins
généralistes dans les Hauts de France**

Présentée et soutenue publiquement le 22.09.2022 à 18H00
au Pôle Formation
par **Jean DUVENT**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs :

Madame le Docteur Charlotte DAPVRIL

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

LISTE DES ABREVIATIONS

VAD : Visite au domicile

ROSP : Rémunération sur objectif de santé publique

FS : Feuille de soin

FSP : Feuille de soin papier

FSE : Feuille de soin électronique

TPE : Terminal de paiement électronique

CV : Carte vitale

R.G.P.D : Règlement général sur la protection des données

C.N.I.L : Commission nationale de l'informatique et des libertés

IC à 95 % : Intervalle de confiance à 95 %

C.R.A.T : Centre de référence sur les agents tératogènes

M.S.P : Maison de santé pluridisciplinaire

C.G : Cabinet de groupe

C.S : Cabinet seul

R : Rural

SR : Semi Rural

U : Urbain

H.A.S : Haute autorité de santé

S.A.S.P.A.S : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

N1 : Niveau 1 (Stage ambulatoire de niveau 1 en soins primaires)

D.R.E.E.S : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

C.P.T.S : Communautés professionnelles territoriales de santé

C2S : Complémentaire Santé Solidaire

Gs : Code NGAP de la tarification d'une consultation normale en médecine générale

INTRODUCTION

Nous pouvons commencer par donner quelques définitions simples de l'informatisation :

- elle consiste à s'équiper avec des objets électroniques (ordinateurs, tablettes, smartphones...) (1)
- Elle est l'application des méthodes et des moyens de l'informatique à des activités industrielles, de gestion ou de documentation.
- C'est le passage à une économie et à des techniques dans lesquelles l'informatique joue un rôle prépondérant. (2)

Celle-ci est un processus permettant à autrui de se munir d'un outil afin de réaliser des tâches gérées manuellement. Donc logiquement, comme toute invention de l'Homme, devrait lui retirer certaines contraintes et possiblement lui faire gagner du temps et de la sécurité dans son geste intellectuel.

Deux arguments sont les plus fréquemment entendus sur l'intérêt qu'offre cet outil dans notre métier: la possibilité de limiter « l'oubli » dans la prise en charge du patient et favoriser la rapidité d'exécution des tâches, et donc par extension de la consultation.

En résumé, il n'y a que des avantages en apparence : sécurité, rapidité et facilité de tenue du dossier médical.

Un rappel historique s'impose pour une meilleure compréhension.

- En 1981, Les premiers logiciels métier sont nés, comme Medigest ou encore 123Santé en 1982.
- Ordonnances Juppé de 1996, la télétransmission devient obligatoire.
- Le début de la télétransmission et des FSE en juin 1998, 42 % des médecins généralistes ont un ordinateur et 28 % utilisent un logiciel de gestion de cabinet.
- En 2002, la dictée numérique est en plein essor, mais elle est encore peu utilisée par le médecin généraliste (moins de 10000).
- En 2004 : la loi sur l'instauration du DMP est votée.
- En 2006 : apparition des téléservices et de l'espace PRO AMELI. Il permet de vérifier les remboursements puis d'autres services comme la déclaration du médecin traitant, les protocoles de soins, les arrêts de travail.
- En 2009 : Les logiciels d'aide à la prescription doivent être certifiés par la HAS.
- En 2010 : le décret de télémedecine voit le jour.
- En 2012 la ROSP. Permettant aux cabinets informatisés d'accroître leurs revenus à travers des primes exclusives en remplissant certains indicateurs du ROSP.

Nous remarquons que l'introduction d'outils informatiques a été progressive dans nos cabinets médicaux.

Débutée au début des années 80, elle s'est accrue de manière exponentielle il y a maintenant plusieurs décennies grâce aux ordonnances.

La première d'entre elles, dite « Juppé » a permis une montée en puissance de l'informatisation grâce à la télétransmissions des feuilles de soins à partir de 1999, et des primes à l'informatisation des cabinets.

Cependant même si de nombreux médecins sont équipés, il n'en reste pas moins que les utilisations sont hétérogènes, entre les différentes générations et les différents modes d'exercices notamment, dans le potentiel qu'offre cet outil : télétransmission des feuilles de soins, comptabilité, secrétariat, prescriptions médicamenteuses et

paramédicales, courriers entre confrères et consœurs, recherche documentaire, lectures des biologies, reconnaissance vocale, informatisation pour les visites au domicile, comptabilité, secrétariat, renseignements médicaux ...
Les possibilités sont complètes et variées pour travailler de façon presque exclusivement dématérialisée, de façon solitaire ou pas.

L'informatisation est un thème déjà questionné dans certaines thèses, ces dix dernières années notamment sur « L'informatisation du cabinet du médecin généraliste : est-ce que toutes les possibilités du logiciel métier et des autres technologies de l'information et de la communication sont exploitées ? » par le Dr BRAY puis par de Dr DABOUL « Le médecin généraliste au « tout numérique » : Bientôt une réalité ? » et sur « Impact du dossier informatique en visite à domicile sur le suivi du patient » par le Dr TAINE. (3) (4) (5)
ou du point de vue Patient avec « Informatisation des médecins généralistes : qu'en pensent les patients ? » par Dr REMOIVILLE (6)

Evidemment ceci n'est pas qu'un phénomène Français, les anglo-saxons ont déjà été interrogés il y a 10ans sur leur ressenti concernant l'informatisation. (7)
On y retrouve un certain scepticisme pour les tâches « techniques » mais, à contrario, un optimisme pour les tâches « administratives ».

On retrouve cet optimisme dans une autre étude (8) , qui suppose que les interactions numériques sont prometteuses et principalement si l'on prend en compte le trio : patients numériques , médecins numériques, appareils numériques..

Il y a un peu plus de 10ans, alors que l'informatisation n'était encore que débutante et l'ère du numérique aussi, se posait déjà la question de la cybersécurité, comme nous le constatons avec la thèse du Dr BRAMI « Protection des données patients informatisées en médecine générale ». (9)

L'informatisation est un sujet en constante évolution et de grand intérêt car elle est l'outil au centre de notre prise en charge de nos jours, chez tous les praticiens et notamment les médecins généralistes installés en ville. Elle est aussi un outil avec lequel les nouvelles générations de praticiens ont grandi et ont appris à maîtriser et à faire évoluer.

Bientôt trente ans que les cabinets s'informatisent dans le quotidien du praticien, il nous paraît opportun de connaître l'utilisation de l'outil informatique par les médecins généralistes.

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche, nous avons décidé de pratiquer une étude observationnelle transversale multicentrique.

L'enquête descriptive s'est déroulée de début Juin à début Octobre 2021.

Afin de répondre au mieux à notre question, la recherche bibliographique s'est faite sur Thèse.fr , pepite.fr, PubMed, Cochrane, Google Scholar avec les Mesh : « informatisation », « informatique », « Medecine generale », « general practitioner », « computer ». Nous nous sommes limités aux études récentes.

Cette recherche a été effectuée en Avril 2021.

2. Population étudiée

Il s'agit des médecins généralistes installés en cabinet de ville, dans la région des Hauts de France.

Les critères d'exclusions étaient :

- les médecins généralistes non installés en ville
- les médecins remplaçants ou internes
- les médecins non généralistes
- les médecins retraités
- questionnaire non validé en fin de réponse
- les médecins n'exerçant pas dans les Hauts de France

3. Recrutement et déroulement de l'étude

Le questionnaire a été distribué de plusieurs façons:

- Distribution du QR Code, qui renvoie au questionnaire, dans les centres de vaccinations Covid-19 de Orchies, Saint Amand les Eaux, Douai, Valenciennes, Denain, aux médecins généralistes.
- Appels directement et de façon aléatoire par téléphone, aux cabinets de médecins généralistes installés en ville. En cliquant au hasard sur des villes des Hauts de France au travers de l'application Google maps et en affichant la recherche « médecin généraliste ».
- Distribution du QR Code, renvoyant au questionnaire, par courriers postaux aux médecins généralistes installés sur Valenciennes.
- Diffusion du lien URL et du QR code, du questionnaire, par le biais des réseaux sociaux, notamment les groupes d'internes de médecine générale de 2019 à 2021 pouvant le transmettre à leur maître de stage, et les groupes des anciens internes de 2014 à 2018 pouvant potentiellement être installés.
- Diffusion du lien URL, du questionnaire, par mail aux maîtres de stage de la faculté de

médecine de Lille après accord du Professeur BERKHOUT. Démarche similaire pour la faculté de médecine de Amiens, mais refus de diffusion de la part du Professeur BOULNOIS, responsable du département de médecine générale d'Amiens.

4. Construction et contenu du questionnaire

Le questionnaire a été créé sur le site LimeSurvey après avoir recherché quelles sont les différentes fonctionnalités qu'offre les logiciels informatiques de manière directe et indirecte, c'est à dire : les onglets directs sur le logiciel et les « satellites » ou autres personnels pouvant interagir avec comme : Amélipro, le secrétariat, Apicrypt..

A cela a été ajouté des questions relevant des caractéristiques propres du praticien et de son lieu de travail.

Les questions sont qualitatives ou quantitatives.

Celui ci à été créé en 4 parties (questionnaire en annexe 1) :

- Description du soignant
- Description du mode de pratique
- Description de l'utilisation du logiciel
- Intégration de la R.G.P.D

Il comprend au total 94 questions au maximum. Tous les répondants n'ont pas eu les 94 si à certaines d'entres elles la réponse était « non » , la suivante questionnant le sujet avec plus de précision, ne s'affichait pas.

5. Aspect éthique et réglementaire

Une déclaration simplifiée auprès de la faculté de médecine de Lille a été faite. Ceci permettant d'être en conformité avec la CNIL.

Elle a été enregistrée sous le numéro : n°2020-252 au registre des traitements de l'Université de Lille

6. Analyse statistique

L'analyse statistique descriptive uni variée a été faite selon la loi binomiale avec calcul des IC à 95 % ou à partir du théorème central limite avec un IC à 95 % selon le type de question, afin de retrouver ou non des différences statistiques grâce à la collaboration avec les internes de santé publique de la faculté de Lille.

Les tests de student ou de Khi2 ont été utilisés pour la recherche de différence significative entre les études uni variées qualitatives, avec un intervalle de confiance de 95 % et un risque alpha de 5 %.

RESULTATS

Description uni variée de la population :

Nous avons recueilli 301 réponses à notre questionnaire durant la diffusion. Parmi celles ci, seulement 120 sont jugées « complètes ». Elles ont été jugées ainsi, de manière informatique, si le praticien a cliqué sur « valider » à la fin du questionnaire.

Nous pouvons les répartir ainsi :

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
25-30	8	6.8 %	6.8 %
32-35	24	20.3 %	27.1 %
36-40	19	16.1 %	43.2 %
41-45	9	7.6 %	50.8 %
46-50	13	11.0 %	61.9 %
51-55	9	7.6 %	69.5 %
56-60	10	8.5 %	78.0 %
61-65	19	16.1 %	94.1 %
66-70	6	5.1 %	99.2 %
71-75	1	0.8 %	100.0 %

Tableau 1: répartition de l'échantillon selon l'âge

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Nord	77	64.7 %	64.7 %
Pas de Calais	42	35.3 %	100.0 %

Tableau 2 : répartition de l'échantillon selon le département

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Rural	14	12.0 %	12.0 %
Semi Rural	46	39.3 %	51.3 %
Urbain	57	48.7 %	100.0 %

Tableau 3 : répartition de l'échantillon selon la zone

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Mac	31	26.3 %	26.3 %
Windows	87	73.7 %	100.0 %

Tableau 4 : répartition de l'échantillon selon le système d'exploitation

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Aucun des deux	28	23.7 %	23.7 %
des Externes	2	1.7 %	25.4 %
des Externes ET des Internes	5	4.2 %	29.7 %
des Internes N1 et/ou SASPAS	83	70.3 %	100.0 %

Tableau 5 : répartition de l'échantillon selon la présence d'étudiants

Frequencies of EXERCICE

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
En Maison de Santé Pluridisciplinaire	37	31.4 %	31.4 %
En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	56	47.5 %	78.8 %
Seul(e)	25	21.2 %	100.0 %

Tableau 5' : répartition de l'échantillon selon le mode d'exercice

Description multi variée de la population :

Frequencies of SEXE

SEXE	EXERCICE	AGE									
		25-30	32-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
F	En Maison de Santé Pluridisciplinaire	1	4	1	0	2	2	0	0	0	0
	En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	2	6	6	2	2	1	1	2	0	0
	Seul(e)	0	0	2	0	1	1	1	0	0	0
M	En Maison de Santé Pluridisciplinaire	0	5	3	3	1	0	3	7	0	0
	En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	1	3	4	0	5	4	1	3	0	0
	Seul(e)	1	4	1	1	0	0	3	2	4	1

Tableau 6 : répartition de l'âge selon le sexe et le mode d'exercice

Frequencies of SEXE

SEXE	EXERCICE	ETUDIANT			
		Aucun des deux	des Externes	des Externes ET des Internes	des Internes N1 et/ou SASPAS
F	En Maison de Santé Pluridisciplinaire	2	0	0	8
	En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	10	0	0	12
	Seul(e)	1	0	0	4
M	En Maison de Santé Pluridisciplinaire	2	1	1	18
	En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	3	0	0	18
	Seul(e)	5	1	1	10

Tableau 7 : répartition de la présence d'étudiant selon le sexe et le mode d'exercice

Frequencies of EXERCICE

EXERCICE	ZONE	AGE									
		25-30	32-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
En Maison de Santé Pluridisciplinaire	Rural	1	4	2	0	0	0	0	0	0	0
	Semi Rural	1	0	1	2	0	2	1	4	0	0
	Urbain	0	5	2	2	3	0	2	3	0	0
En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	Rural	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
	Semi Rural	3	4	6	3	4	2	0	2	1	0
	Urbain	1	6	4	1	5	4	3	3	0	0
Seul(e)	Rural	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
	Semi Rural	1	1	0	1	0	0	3	2	2	0
	Urbain	1	2	2	0	1	0	1	1	2	1

Tableau 8 : répartition de l'âge selon le mode et la zone d'exercice

En fonction des tranches d'âges :

Frequencies of SEXE

SEXE	AGE									
	25-30	32-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
F	3	10	9	2	5	4	2	3	0	0
M	2	12	8	4	6	4	7	12	4	1

Frequencies of DEPARTEMENT

DEPARTEMENT	AGE									
	25-30	32-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
Nord	6	14	14	5	10	4	8	12	4	0
Pas de Calais	2	10	5	4	3	5	2	7	2	1

Frequencies of ZONE

ZONE	AGE									
	25-30	32-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
Rural	1	6	3	0	0	1	0	2	0	0
Semi Rural	5	5	7	6	4	4	4	8	3	0
Urbain	2	13	8	3	9	4	6	8	2	1

Frequencies of EXERCICE

EXERCICE	AGE									
	25-30	32-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
En Maison de Santé Pluridisciplinaire	2	9	6	4	3	2	3	7	0	0
En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	4	11	10	4	9	6	3	8	1	0
Seul(e)	2	4	3	1	1	1	4	3	5	1

Tableaux 9.A, 9.B, 9.C et 9.D : répartition de l'âge selon le sexe, le département, la zone et le mode d'exercice.

Concernant la présence d'étudiants :

- 85 % des 25-30 n'en accueillent pas. ($p < 0,05$),
- 37 % pour les 31-35ans, 10 % pour les 36-40ans, 15 % pour les 46-50ans, 21 % pour les 56-60 et 61-65ans, 16 % pour les 66-70ans et 100 % pour notre praticien >70ans.
- 0 % pour les autres tranches.
- L'accueil de N1 ou SASPAS est de 70 % en moyenne toutes tranches d'âges confondues, avec 0 % pour les 26-30 et >70ans.

Le nombre de consultations moyen à l'année varie :

- entre 3598 pour les 25/30ans et jusqu'à 8906 pour les 36/40ans

Le pourcentage moyen de visite à domicile est compris entre :

- 4 et 12 % des actes à l'année

La téléconsultation est pratiquée :

- entre 37,5 % d'entre eux pour les 25-30ans et jusque 88,9 % pour les 51-55ans ($p < 0,02$)

Frequencies of SITE REFERENCE

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
	22	18.3%	18.3%
VIDAL AUTRE	1	0.8%	19.2%
ANTIBIOCLIC VIDAL AUTRE	1	0.8%	20.0%
HAS VIDAL AUTRE	1	0.8%	20.8%
HAS ANTIBIOCLIC VIDAL AUTRE	2	1.7%	22.5%
HAS ANTIBIOCLIC DIABETOCLIC VIDAL AUTRE	1	0.8%	23.3%
CRAT AUTRE	1	0.8%	24.2%
CRAT VIDAL AUTRE	1	0.8%	25.0%
CRAT ANTIBIOCLIC	3	2.5%	27.5%
CRAT ANTIBIOCLIC AUTRE	10	8.3%	35.8%
CRAT ANTIBIOCLIC VIDAL	13	10.8%	46.7%
CRAT ANTIBIOCLIC VIDAL AUTRE	7	5.8%	52.5%
CRAT ANTIBIOCLIC DIABETOCLIC AUTRE	2	1.7%	54.2%
CRAT ANTIBIOCLIC DIABETOCLIC VIDAL	1	0.8%	55.0%
CRAT HAS DIABETOCLIC AUTRE	1	0.8%	55.8%
CRAT HAS ANTIBIOCLIC	6	5.0%	60.8%
CRAT HAS ANTIBIOCLIC AUTRE	6	5.0%	65.8%
CRAT HAS ANTIBIOCLIC VIDAL	18	15.0%	80.8%
CRAT HAS ANTIBIOCLIC VIDAL AUTRE	15	12.5%	93.3%
CRAT HAS ANTIBIOCLIC DIABETOCLIC	1	0.8%	94.2%
CRAT HAS ANTIBIOCLIC DIABETOCLIC VIDAL	4	3.3%	97.5%
CRAT HAS ANTIBIOCLIC DIABETOCLIC VIDAL AUTRE	3	2.5%	100.0%

Tableau 10 : Répartition de l'échantillon selon les sites de références utilisés

Parmi les sites de référence décrit dans le tableau 10, la répartition entre les différentes tranches d'âges montre une différence significative. Les 30-45ans sont moins de 5 % à ne pas les utiliser contre 20 % pour les 56-60ans, 42 % pour les 61-65ans, 50 % pour les 66-70ans.

Nous noterons que notre septuagénaire n'utilise que le site du VIDAL.

Au Cabinet l'ordinateur est utilisé :

- entre 95,8 % et 100 % de la population (module fixe à 67 %)
- entre 0 % et 36,8 % pour une utilisation en visite à domicile

Le support papier, pour les visites est utilisé pour 27,1 % de la population totale, 17,8 % utilisent un smartphone et 16,8 % n'ont aucun support.

Window est l'interface utilisée par 73,5 % des cas tout âge confondu.

La base de donnée est utilisée :

- entre 88 et 100 % du total de répondant parmi les tranches,
- 58 % pour le Vidal et 42 % pour Claude Bernard en moyenne toutes tranches confondues.

L'utilisation d'un logiciel d'aide au diagnostique varie :

- entre 16 % pour les 36-40 et >61ans
- 0% pour les autres
- 90 % du total des répondants ne l'utilisent pas

La maintenance informatique est plébiscité par 64 % des praticiens.

- 89% pour les 51-55ans
- 60 % pour les 56-60ans
- 89 %pour les 61-65ans
- 66 % pour les 66-70ans
- 100 % concernant le seul praticien à plus de 70 ans

Lors d'un remplacement ou pour un interne, l'utilisation d'une session informatique est :

- conjointe avec le médecin pour 79,3 % des répondants

Les praticiens utilisent un TPE pour 83 % d'entre eux, avec :

- 75 % d'entre eux sur une location
- les tranches de 25 à 35ans ont une tendance pour l'achat à 35 %
- Notre septuagénaire a aussi choisi l'achat

Contingency Tables

AGE		COMPTABILITE			Total
		Comptable	Logiciel	Seul	
25-30	Observed	3	5	0	8
	% within row	37.5%	62.5%	0.0%	100.0%
32-35	Observed	11	11	1	23
	% within row	47.8%	47.8%	4.3%	100.0%
36-40	Observed	12	7	0	19
	% within row	63.2%	36.8%	0.0%	100.0%
41-45	Observed	4	5	0	9
	% within row	44.4%	55.6%	0.0%	100.0%
46-50	Observed	6	5	2	13
	% within row	46.2%	38.5%	15.4%	100.0%
51-55	Observed	5	4	0	9
	% within row	55.6%	44.4%	0.0%	100.0%
56-60	Observed	4	4	2	10
	% within row	40.0%	40.0%	20.0%	100.0%
61-65	Observed	12	7	0	19
	% within row	63.2%	36.8%	0.0%	100.0%
66-70	Observed	3	3	0	6
	% within row	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
71-75	Observed	1	0	0	1
	% within row	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total	Observed	61	51	5	117
	% within row	52.1%	43.6%	4.3%	100.0%

Tableau 11 : répartition de l'âge selon le mode de comptabilité

Le lecteur de carte vitale est :

- mobile à 85 %,
- 65 % des praticiens utilisent le lecteur carte vitale à domicile.

Pour le secrétariat :

- 39 % ont choisi le distanciel
- 39,8 % en présentiel
- 10 % ont les deux
- 11% n'en ont pas du tout.

La tenue du planning se répartie ainsi entre le distanciel et la secrétaire en physique :

- respectivement 41 % et 46 % des praticiens l'ont choisi ainsi
- 12 % disent le gérer eux même.

Parmi les praticiens ayant choisi le secrétariat présentiel, 95,8 % ont aussi choisi de laisser la secrétaire gérer leur planning.

Pour le secrétariat à distance, il est aussi choisi par 91 % des praticiens ayant une plateforme planning.

Concernant le stockage :

- des biologies, la messagerie sécurisée est choisie pour 98 % des praticiens
- des comptes rendus médicaux : la numérisation et messagerie cryptée sont utilisées à respectivement 87 % et 39 % en moyenne

Les ordonnances modèles sont utilisées parmi toutes les tranches d'âges :

- pour les ordonnances de pathologies fréquentes : 37 % des 25-35ans, 50 % des 35-50ans, 11 % des 51-55ans, 70 % des 56-60ans, et 30 % après 60ans
- pour les courriers modèles d'adressage : plus de 75 % entre 25 et 65ans les utilisent
- pour les ordonnances paramédicales : plus de 80 % des praticiens tout âge confondu les utilisent.

Concernant Amélipro, il est utilisé par 100 % des praticiens.

Levels	Counts	% of Total
	7	5.8%
Autre	1	0.8%
A.L.D	1	0.8%
A.L.D Statut patient	1	0.8%
A.L.D Prescription de Transport	1	0.8%
Medecin traitant A.L.D Statut patient	1	0.8%
Medecin traitant A.L.D Prescription de Transport Statut patient	1	0.8%
A.T A.L.D	1	0.8%
A.T A.L.D Statut patient	1	0.8%
A.T A.L.D Prescription de Transport Statut patient	1	0.8%
A.T Medecin traitant A.L.D	2	1.7%
A.T Medecin traitant A.L.D Autre	1	0.8%
A.T Medecin traitant A.L.D Statut patient	7	5.8%
A.T Medecin traitant A.L.D Prescription de Transport	1	0.8%
A.T Medecin traitant A.L.D Prescription de Transport Autre	2	1.7%
A.T Medecin traitant A.L.D Prescription de Transport Statut patient	8	6.7%
A.T Medecin traitant A.L.D Prescription de Transport Statut patient Autre	2	1.7%
Historique Remboursement A.L.D Statut patient	2	1.7%
Historique Remboursement A.L.D Prescription de Transport Statut patient	2	1.7%
Historique Remboursement Medecin traitant A.L.D Statut patient	1	0.8%
Historique Remboursement A.T A.L.D Prescription de Transport Statut patient	1	0.8%
Historique Remboursement A.T Medecin traitant A.L.D	3	2.5%
Historique Remboursement A.T Medecin traitant A.L.D Statut patient	23	19.2%
Historique Remboursement A.T Medecin traitant A.L.D Statut patient Autre	11	9.2%
Historique Remboursement A.T Medecin traitant A.L.D Prescription de Transport	3	2.5%
Historique Remboursement A.T Medecin traitant A.L.D Prescription de Transport Statut patient	26	21.7%
Historique Remboursement A.T Medecin traitant A.L.D Prescription de Transport Statut patient Autre	9	7.5%

Tableau 12 : répartition de l'échantillon selon l'utilisation de Amélipro

Tableau 13 : répartition des différents renseignements dans le logiciel selon l'âge

	25_30 N=8	31_35 N=24	36_40 N=19	41_45 N=9	46_50 N=13	51_55 N=9	56_60 N=10	61_65 N=19	66_70 N=6	71_75 N=1
Adresse :										
Jamais	0 (0.00%)	2 (8.33%)	2 (10.5%)	0 (0.00%)	1 (7.69%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	1 (16.7%)	0 (0.00%)
Parfois	2 (25.0%)	2 (8.33%)	0 (0.00%)	1 (11.1%)	1 (7.69%)	3 (33.3%)	2 (20.0%)	1 (5.26%)	0 (0.00%)	1 (100%)
Souvent	2 (25.0%)	5 (20.8%)	3 (15.8%)	0 (0.00%)	4 (30.8%)	2 (22.2%)	0 (0.00%)	4 (21.1%)	1 (16.7%)	0 (0.00%)
Toujours	4 (50.0%)	15 (62.5%)	14 (73.7%)	8 (88.9%)	7 (53.8%)	4 (44.4%)	8 (80.0%)	13 (68.4%)	4 (66.7%)	0 (0.00%)
Téléphone :										
Jamais	0 (0.00%)	1 (4.35%)	1 (5.26%)	0 (0.00%)	1 (7.69%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Parfois	1 (12.5%)	1 (4.35%)	1 (5.26%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (10.0%)	0 (0.00%)	1 (16.7%)	1 (100%)
Souvent	2 (25.0%)	3 (13.0%)	2 (10.5%)	0 (0.00%)	3 (23.1%)	3 (33.3%)	2 (20.0%)	4 (21.1%)	1 (16.7%)	0 (0.00%)
Toujours	5 (62.5%)	18 (78.3%)	15 (78.9%)	9 (100%)	9 (69.2%)	6 (66.7%)	7 (70.0%)	15 (78.9%)	4 (66.7%)	0 (0.00%)
Sécurité Sociale :										
Jamais	0 (0.00%)	1 (4.35%)	1 (5.26%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (10.0%)	0 (0.00%)	1 (16.7%)	0 (0.00%)
Parfois	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (11.1%)	1 (10.0%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Souvent	1 (12.5%)	3 (13.0%)	1 (5.26%)	1 (11.1%)	3 (23.1%)	2 (22.2%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Toujours	7 (87.5%)	19 (82.6%)	17 (89.5%)	8 (88.9%)	10 (76.9%)	6 (66.7%)	8 (80.0%)	18 (94.7%)	5 (83.3%)	1 (100%)
Situation personnelle :										
Jamais	1 (12.5%)	2 (8.33%)	2 (10.5%)	1 (11.1%)	1 (7.69%)	1 (11.1%)	2 (20.0%)	1 (5.26%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Parfois	3 (37.5%)	12 (50.0%)	5 (26.3%)	3 (33.3%)	1 (7.69%)	3 (33.3%)	3 (30.0%)	4 (21.1%)	3 (50.0%)	1 (100%)
Souvent	2 (25.0%)	5 (20.8%)	7 (36.8%)	2 (22.2%)	6 (46.2%)	5 (55.6%)	3 (30.0%)	10 (52.6%)	1 (16.7%)	0 (0.00%)
Toujours	2 (25.0%)	5 (20.8%)	5 (26.3%)	3 (33.3%)	5 (38.5%)	0 (0.00%)	2 (20.0%)	4 (21.1%)	2 (33.3%)	0 (0.00%)
Situation professionnelle :										
Jamais	0 (0.00%)	2 (8.33%)	2 (10.5%)	0 (0.00%)	1 (7.69%)	0 (0.00%)	2 (20.0%)	2 (10.5%)	1 (16.7%)	0 (0.00%)
Parfois	2 (25.0%)	11 (45.8%)	2 (10.5%)	4 (44.4%)	3 (23.1%)	4 (44.4%)	2 (20.0%)	6 (31.6%)	3 (50.0%)	1 (100%)
Souvent	3 (37.5%)	4 (16.7%)	11 (57.9%)	1 (11.1%)	6 (46.2%)	4 (44.4%)	3 (30.0%)	8 (42.1%)	1 (16.7%)	0 (0.00%)
Toujours	3 (37.5%)	7 (29.2%)	4 (21.1%)	4 (44.4%)	3 (23.1%)	1 (11.1%)	3 (30.0%)	3 (15.8%)	1 (16.7%)	0 (0.00%)
Situation administrative :										
Jamais	0 (0.00%)	5 (20.8%)	1 (5.26%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (20.0%)	1 (5.26%)	1 (16.7%)	0 (0.00%)
Parfois	2 (25.0%)	5 (20.8%)	3 (15.8%)	2 (22.2%)	0 (0.00%)	3 (33.3%)	2 (20.0%)	3 (15.8%)	1 (16.7%)	1 (100%)
Souvent	3 (37.5%)	10 (41.7%)	11 (57.9%)	1 (11.1%)	7 (53.8%)	4 (44.4%)	4 (40.0%)	5 (26.3%)	1 (16.7%)	0 (0.00%)
Toujours	3 (37.5%)	4 (16.7%)	4 (21.1%)	6 (66.7%)	6 (46.2%)	2 (22.2%)	2 (20.0%)	10 (52.6%)	3 (50.0%)	0 (0.00%)

Comme dans le tableau 13 : d'autres questions concernant l'utilisation du logiciel ont été posées, ainsi on constate que :

- les commandes vocales ne sont « Jamais » utilisées pour 100 % des praticiens
- la personne de confiance, le rôle des intervenants dans la prise en soin, les directives anticipées sont notifiés « jamais » pour 98 % des praticiens et « parfois » pour les autres.
- la rédaction d'observation médicale, les antécédents, la biométrie, les allergies sont notifiés « toujours » par plus de 97 % des praticiens
- le suivi vaccinale est notifié « souvent » à 64 % et « toujours » à 8 % par les praticiens

En fonction des zones d'exercice:

AGE		ZONE			Total
		Rural	Semi Rural	Urbain	
25-30	% within row	12.5 %	62.5 %	25.0 %	100.0 %
32-35	% within row	25.0 %	20.8 %	54.2 %	100.0 %
36-40	% within row	16.7 %	38.9 %	44.4 %	100.0 %
41-45	% within row	0.0 %	66.7 %	33.3 %	100.0 %
46-50	% within row	0.0 %	30.8 %	69.2 %	100.0 %
51-55	% within row	11.1 %	44.4 %	44.4 %	100.0 %
56-60	% within row	0.0 %	40.0 %	60.0 %	100.0 %
61-65	% within row	11.1 %	44.4 %	44.4 %	100.0 %
66-70	% within row	0.0 %	60.0 %	40.0 %	100.0 %
71-75	% within row	0.0 %	0.0 %	100.0 %	100.0 %
Total	% within row	11.3 %	40.0 %	48.7 %	100.0 %

SEXE		ZONE			Total
		Rural	Semi Rural	Urbain	
F	% within row	23.7 %	39.5 %	36.8 %	100.0 %
M	% within row	5.1 %	44.1 %	50.8 %	100.0 %
Total	% within row	12.4 %	42.3 %	45.4 %	100.0 %

Tableau 14.A et 14.B : répartition en pourcentage de l'âge et sexe selon la zone d'exercice

Le support électronique (tablette, ordinateur, smartphone) est plébiscité à hauteur de 16/36

71 %, 71 % et 70,5 % que vous soyez en R, SR ou U,
L'ordinateur fixe représente 71 %, 63 % et 63 % des choix dans les zones R,SR et U.

Concernant les supports au domicile :

- « rien » représente 21 % R, 17 % SR, 18% en U
- « support papier » représente 21 % en R, 32 % en SR, 24 % en U

Le logiciel d'aide diagnostique n'est pas utilisé avec une moyenne de 89 % pour les trois zones.

La maintenance informatique est choisie à 72% en moyenne (78 % en R, 73 % en SR et 65 % en U).

Le TPE est utilisé à plus de 84 % en moyenne (85 % en R, 87 % en SR, 84% en U).

A propos du lecteur carte vitale :

- il est retrouvé à 100 % mobile en R et 71,4 % en U ($p < 0,001$)
- la location représente 75 % en moyenne dans les différents groupes sans différence significative.

Concernant la FS en VAD :

- le lecteur CV est utilisé à 78 %, 80 % et 51 % pour respectivement R, SR et U
- la FSP est utilisée à 0 %, 2 % et 24 % respectivement pour R, SR et U ($p < 0,001$).

La session commune informatique est choisie par plus de 78 % de praticiens dans les différentes zones.

A propos du prix du logiciel, il n'y a pas non plus de différence avec une moyenne à 133, 110 et 106euros respectivement en R, SR et U.

La comptabilité est faite :

- à plus de 80 % par un comptable dans les différentes zones
- et entre 40 à 57 % en moyenne par les praticiens aussi une comptabilité sur logiciel.

Concernant le secrétariat :

- en présentiel il représente 42 % en R, 39 % en SR et 38 % en U
- en téléphonique ou plateforme , il représente 42 %, 45 % et 31%

Concernant le planning :

- en milieu rural, il est tenu à 21 % par le médecin lui même, à 70 % par une plateforme à distance, mais aussi à 50 % par le secrétariat en présentiel.
- On ne retrouve pas de différence significative avec les autres zones de travail, bien qu'il soit tenu à 40 % par les médecins eux même en semi rural et urbain.

NOM du LOGICIEL		ZONE			Total
		Rural	Semi Rural	Urbain	
ALMA PRO	Observed	0	1	0	1
	% within column	0.0 %	2.2 %	0.0 %	0.9 %
Autre	Observed	1	3	5	9
	% within column	7.1 %	6.5 %	8.9 %	7.8 %
AxiSanté MSP	Observed	2	0	3	5
	% within column	14.3 %	0.0 %	5.4 %	4.3 %
Chorus	Observed	1	0	2	3
	% within column	7.1 %	0.0 %	3.6 %	2.6 %
Crossway / Galaxie	Observed	0	1	1	2
	% within column	0.0 %	2.2 %	1.8 %	1.7 %
Crossway / JFSE	Observed	1	6	5	12
	% within column	7.1 %	13.0 %	8.9 %	10.3 %
HYPERMED	Observed	0	1	1	2
	% within column	0.0 %	2.2 %	1.8 %	1.7 %
Hellodoc	Observed	2	10	13	25
	% within column	14.3 %	21.7 %	23.2 %	21.6 %
Médimust	Observed	1	0	2	3
	% within column	7.1 %	0.0 %	3.6 %	2.6 %
Médistory	Observed	0	5	12	17
	% within column	0.0 %	10.9 %	21.4 %	14.7 %
Weda / Vitalzen	Observed	3	15	10	28
	% within column	21.4 %	32.6 %	17.9 %	24.1 %
monLogiciel Medical.com	Observed	3	4	1	8
	% within column	21.4 %	8.7 %	1.8 %	6.9 %
éO	Observed	0	0	1	1
	% within column	0.0 %	0.0 %	1.8 %	0.9 %
Total	Observed	14	46	56	116
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Tableau 15 : répartition des logiciels utilisés selon la zone

En fonction du mode d'installation:

EXPLOITATION		EXERCICE			
		En Maison de Santé Pluridisciplinaire	En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	Seul(e)	Total
Mac	Observed	12	12	7	31
	% of total	10.2 %	10.2 %	5.9 %	26.3 %
Windows	Observed	25	44	18	87
	% of total	21.2 %	37.3 %	15.3 %	73.7 %
Total	Observed	37	56	25	118
	% of total	31.4 %	47.5 %	21.2 %	100.0 %

SEXE		EXERCICE			
		En Maison de Santé Pluridisciplinaire	En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	Seul(e)	Total
F	Observed	10	22	5	37
	% of total	10.3 %	22.7 %	5.2 %	38.1 %
M	Observed	22	21	17	60
	% of total	22.7 %	21.6 %	17.5 %	61.9 %
Total	Observed	32	43	22	97
	% of total	33.0 %	44.3 %	22.7 %	100.0 %

ZONE		EXERCICE			
		En Maison de Santé Pluridisciplinaire	En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	Seul(e)	Total
Rural	Observed	8	3	3	14
	% of total	7.0 %	2.6 %	2.6 %	12.2 %
Semi Rural	Observed	11	25	10	46
	% of total	9.6 %	21.7 %	8.7 %	40.0 %
Urbain	Observed	17	27	11	55
	% of total	14.8 %	23.5 %	9.6 %	47.8 %
Total	Observed	36	55	24	115
	% of total	31.3 %	47.8 %	20.9 %	100.0 %

Tableau 16.A , 16.B et 16.C : répartition du système d'exploitation, sexe et zone selon mode d'exercice.

Dans la question interrogeant la présence d'étudiants au cabinet, on constate :

- les cabinets seuls prennent 4 % d'externes de façon exclusive et 12 % ont internes et externes, alors que parmi les MSP et CG nous retrouvons 2 % d'externes et 10 % d'internes et externes.

- concernant les internes 81 %, 67 % et 60 % des praticiens en ont, respectivement dans les MSP, CG et CS.

Concernant la téléconsultation :

- le logiciel Doctolib est choisi par 76 % des praticiens en MSP, 41 % des CG et 43 % des CS.

Les sites de référence sont utilisés dans les 3 catégories à hauteur de 87,3 %, 88,3 % et 81,9 % selon respectivement, que vous soyez en cabinet de groupe, en maison de santé ou seul.

SUPPORT ELECTRONIQUE												
EXERCICE				TABLETTE	ORDINATEUR	ORDINATEUR SMARTPHONE	ORDINATEUR TABLETTE	ORDINATEUR TABLETTE SMARTPHONE	Total			
En Maison de Santé Pluridisciplinaire	% within row	0.0 %		0.0%	70.3 %	16.2%	10.8%	2.7%	100.0 %			
En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	% within row	1.8 %		1.8%	69.6 %	17.9%	1.8%	7.1%	100.0 %			
Seul(e)	% within row	0.0 %		0.0%	76.0 %	16.0%	8.0%	0.0%	100.0 %			

SUPPORT EN VAD												
EXERCICE		RIEN	DOSSIER PAPIER	DOSSIER PAPIER RIEN	SMARTPHONE	SMARTPHONE RIEN	SMARTPHONE DOSSIER PAPIER	TABLETTE	TABLETTE DOSSIER PAPIER	TABLETTE SMARTPHONE	TABLETTE SMARTPHONE DOSSIER PAPIER	
En Maison de Santé Pluridisciplinaire	% within row	0.0 %	10.8 %	24.3%	5.4%	18.9%	2.7%	8.1%	8.1%	2.7%	8.1%	0.0%
En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	% within row	1.8 %	14.3 %	35.7%	1.8%	19.6%	0.0%	3.6%	7.1%	0.0%	3.6%	1.8%
Seul(e)	% within row	0.0 %	32.0 %	8.0%	4.0%	12.0%	4.0%	4.0%	8.0%	4.0%	0.0%	0.0%

Tableau 17.A et 17.B : répartition des supports utilisés au cabinet et en V.A.D selon le mode d'exercice

Le vidal est la base de donnée choisie à 58 % pour l'ensemble des modes d'installation.

Le logiciel d'aide diagnostique montre une différence significative ($p < 0,05$) :

- 24 % dans les CS l'utilisent. Elle est de 5,4 % et 3,6 % pour les MSP et les CG.

Concernant la maintenance informatique :

- elle est utilisée chez : 60 %, 75 % et 66,7 % pour respectivement les CG, MSP et CS.

La session commune entre médecin et remplaçant/interne représente 74 % en moyenne, toute installation confondue.

La comptabilité sur le logiciel est pratiquée :

- en MSP, à hauteur de 27 % alors qu'elle est à 50 % et 56 % en CG et en CS. ($p < 0,05$)
 - L'utilisation d'un comptable stricte montre une différence significative avec 70,3 %, 42,9 % et 40 % pour la MSP, le CG et CS, alors que la gestion de sa comptabilité seule, sans logiciel et sans comptable n'en montre pas (5,36 %, 2,70 % et 4 %, pour CG, MSP et CS).

L'utilisation d'un lecteur carte vitale mobile est de 84 % de l'ensemble des modes d'installations.

Le TPE est utilisé par 83 % des praticiens en moyenne, toutes installations confondues avec une infériorité pour les CS à hauteur de 68 % contre 92 % des MSP et 83 % des CG. ($p < 0,05$)

La location reste privilégiée à 75 % de l'ensemble des pratiques.

Nous retrouvons trois autres différences significatives dans le domaine du secrétariat.

- La présence d'une secrétaire physique est choisie à 55,4 %, 73 % et 8 % respectivement pour CG, MSP et CS, ($p < 0,001$)

- La non présence de secrétariat (ni physique ni distanciel) est choisie par 7 %, 2,7 % et 28 % respectivement pour CG, MSP et CS. ($p < 0,001$)

Alors que nous ne retrouvons pas de différence parmi l'utilisation d'un secrétariat distanciel : 48,2 %, 40,5 % et 64 % respectivement pour CG, MSP et CS.

- La troisième différence significative se trouve sur le coût : la moyenne des dépenses pour le secrétariat est de 1 256 euros, 1 192 euros et 466 euros respectivement pour CG, MSP et CS. ($p < 0,05\%$)

Le contrat de cyber assurance est souscrit par :

- 13 %, 8,82 % et 0 % selon respectivement le CG, MSP et CS.

Contingency Tables

EXERCICE		PLANNING			Total
		Médecin géré	plateforme strict	secrétaire	
En Maison de Santé Pluridisciplinaire	Observed	2	8	27	37
	% within row	5.4%	21.6%	73.0%	100.0%
En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	Observed	4	25	27	56
	% within row	7.1%	44.6%	48.2%	100.0%
Seul(e)	Observed	8	15	2	25
	% within row	32.0%	60.0%	8.0%	100.0%
Total	Observed	14	48	56	118
	% within row	11.9%	40.7%	47.5%	100.0%

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	30.0	4	<.001
N	118		

Tableau 18 : répartition du mode de détention du planning selon le mode d'exercice

Tableau 19 : répartition des logiciels utilisés selon le mode d'exercice

NOM du LOGICIEL		EXERCICE			Total
		En Maison de Santé Pluridisciplinaire	En cabinet de groupe (pluridisciplinaire)	Seul(e)	
ALMA PRO	% within column	0.0%	0.0%	4.0%	0.8%
Autre	% within column	5.4%	10.7%	4.0%	7.6%
AxiSanté MSP	% within column	2.7%	5.4%	0.0%	3.4%
Chorus	% within column	8.1%	0.0%	0.0%	2.5%
Crossway / Galaxie	% within column	0.0%	1.8%	4.0%	1.7%
Crossway / JFSE	% within column	0.0%	21.4%	0.0%	10.2%
HYPERMED	% within column	0.0%	1.8%	4.0%	1.7%
Hellodoc	% within column	18.9%	17.9%	36.0%	22.0%
Médimust	% within column	0.0%	3.6%	4.0%	2.5%
Médistory	% within column	16.2%	10.7%	24.0%	15.3%
Weda / Vitalzen	% within column	37.8%	23.2%	8.0%	24.6%
monLogiciel Medical.com	% within column	8.1%	3.6%	12.0%	6.8%
éo	% within column	2.7%	0.0%	0.0%	0.8%
Total	% within column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Respect de la R.G.P.D. :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	p
	N=1	N=6	N=12	N=27	N=24	N=28	N=12	N=8	N=2	
Sexe:										0.128
Féminin	0 (.%)	4 (66.7%)	7 (70.0%)	10 (45.5%)	5 (29.4%)	9 (37.5%)	2 (16.7%)	1 (20.0%)	0 (0.00%)	
Masculin	0 (.%)	2 (33.3%)	3 (30.0%)	12 (54.5%)	12 (70.6%)	15 (62.5%)	10 (83.3%)	4 (80.0%)	2 (100%)	
age:										0.342
25_30	0 (.%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (7.41%)	3 (13.0%)	1 (3.57%)	2 (16.7%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
31_35	0 (.%)	2 (33.3%)	0 (0.00%)	6 (22.2%)	3 (13.0%)	7 (25.0%)	2 (16.7%)	4 (50.0%)	0 (0.00%)	
36_40	0 (.%)	2 (33.3%)	1 (8.33%)	5 (18.5%)	3 (13.0%)	7 (25.0%)	1 (8.33%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
41_45	0 (.%)	0 (0.00%)	1 (8.33%)	3 (11.1%)	0 (0.00%)	4 (14.3%)	1 (8.33%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
46_50	0 (.%)	1 (16.7%)	2 (16.7%)	3 (11.1%)	3 (13.0%)	2 (7.14%)	0 (0.00%)	2 (25.0%)	0 (0.00%)	
51_55	0 (.%)	0 (0.00%)	1 (8.33%)	2 (7.41%)	4 (17.4%)	1 (3.57%)	1 (8.33%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
56_60	0 (.%)	0 (0.00%)	2 (16.7%)	1 (3.70%)	0 (0.00%)	2 (7.14%)	4 (33.3%)	1 (12.5%)	0 (0.00%)	
61_65	0 (.%)	0 (0.00%)	4 (33.3%)	4 (14.8%)	4 (17.4%)	4 (14.3%)	1 (8.33%)	0 (0.00%)	2 (100%)	
66_70	0 (.%)	1 (16.7%)	1 (8.33%)	1 (3.70%)	2 (8.70%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (12.5%)	0 (0.00%)	
71_75	0 (.%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (4.35%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0.266
Département:										
Nord	0 (.%)	6 (100%)	9 (75.0%)	13 (48.1%)	14 (58.3%)	19 (67.9%)	9 (75.0%)	6 (75.0%)	1 (50.0%)	
Pas de Calais	0 (.%)	0 (0.00%)	3 (25.0%)	14 (51.9%)	10 (41.7%)	9 (32.1%)	3 (25.0%)	2 (25.0%)	1 (50.0%)	
Zone d'exercice:										0.254
Rural	0 (0.00%)	2 (33.3%)	2 (16.7%)	5 (18.5%)	2 (8.33%)	2 (7.69%)	1 (8.33%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
Semi Rural	0 (0.00%)	0 (0.00%)	6 (50.0%)	9 (33.3%)	15 (62.5%)	9 (34.6%)	6 (50.0%)	1 (14.3%)	0 (0.00%)	
Urbain	1 (100%)	4 (66.7%)	4 (33.3%)	13 (48.1%)	7 (29.2%)	15 (57.7%)	5 (41.7%)	6 (85.7%)	2 (100%)	

Tableau 20 : Nombre de critères R.G.P.G respectés selon : Age, département, zone d'exercice

Nous avons cherché à connaître le nombre de praticiens respectant certains critères (8 au total) de la R.G.P.D présents dans notre questionnaire, à savoir :

- mot de passe session ordinateur
- mot de passe logiciel médical
- pare feu
- routeur internet
- VPN sur le réseau
- utilisation WPA 1 ou 2
- suppression régulière des données du disque dur de l'imprimante/fax
- cyber assurance

L'intégration du wifi publique avec le renouvellement du mot de passe était importante, mais très peu de praticiens le proposent, ce critère n'a donc pas été incorporé à ce tableau.

Afin d'être en règle avec la R.G.P.D il fallait répondre « oui » aux 8 questions ci-dessus. Ainsi on constate que 2 praticiens sur les 120 remplissent les critères de la R.G.P.D proposés dans ce questionnaire. Que se sont des hommes en milieu urbain de 61 à 65ans.

DISCUSSION

Le questionnaire de recherche, diffusé au travers d'un lien URL essentiellement, nécessitait pour une partie des praticiens d'être nécessairement informatisé. Bien que l'ère du numérique n'étant pas que informatique, il était tout à fait possible de consulter ses mails depuis son smartphone et de répondre aux questions sur le même format.

Cependant ceci a joué un biais particulier dans notre recrutement.

Les réponses étaient jugées « complètes » à partir du moment où le questionnaire était validé en toute fin, en cliquant sur l'icône « Valider ». Par conséquent il était tout à fait possible de ne pas répondre à toutes les questions, mais fallait-il valider en fin de parcours. Inversement, il était possible de répondre à toutes les questions, mais ne pas cliquer sur « valider » empêche la comptabilité.

Le questionnaire était destiné aux médecins généralistes installés, cependant des praticiens ou internes peu intéressés par la démarche médicale et curieux de connaître la suite des questions ont pu répondre tout à fait au hasard et « valider » le questionnaire.

Dans cette étude, la première difficulté a été d'étendre le recueil de données aux départements de l'Oise, Somme, Aisne. L'étude devant se dérouler dans les Hauts de France, a été amputée de 3 départements.

Cependant, le Nord est celui de la région qui a le plus de personnel de santé, dans chacune des disciplines, selon un rapport de l'A.R.S transmis en 2021, suivi du Pas de Calais. Nous pouvons retrouver les mêmes chiffres sur la D.R.E.E.S (10)

Ceci explique peut-être aussi les difficultés de recrutement. Nous avons pu constater donc 100 % des réponses dans le Nord et le Pas de Calais réparties en respectivement 64,7 % et 35,3 %.

Notons que dans le Nord et le Pas de Calais, un grand taux de participation a pu être permis notamment par la diffusion du questionnaire aux maîtres de stage universitaire de Lille, grâce au département de médecine générale. Ceci a été refusé par le département de médecine générale de Amiens.

Nous avons donc un biais concernant les praticiens et l'accueil chez eux d'internes et externes en médecine. Nous avons constaté que 23,7 % des répondants n'étaient pas pourvus d'étudiants.

La répartition selon le mode d'exercice nous montre que l'activité en pluridisciplinarité est préférée.

Le travail en équipe prend donc une importance considérable aujourd'hui si l'on ajoute M.S.P et cabinet pluridisciplinaire.

Cependant il n'y a pas de différence dans la répartition du mode de travail selon l'âge, bien que dans notre population, le travail seul est représenté par 25 praticiens seulement.

Nous pouvons retrouver cette motivation au travail en équipe, ou tout du moins dans des locaux partagés, lorsque nous discutons sur les bancs de la faculté avec les jeunes

internes en médecine générale.

La M.S.P n'est pas la méthode la plus plébiscitée contrairement à ce que l'on pourrait croire devant les efforts financiers que propose l'A.R.S par exemple, puisque ceci est jugé trop lourd administrativement, avec un cahier des charges assez conséquent (11)

Cette réflexion émane plutôt des jeunes médecins généralistes installés ou en remplacements avec qui j'ai pu soulever ce questionnement.

L'A.R.S des Hauts de France dénombre plus de 200 M.S.P, et plus de 840 médecins au 1^{er} février 2022.

Notons que le mode de pratique est important, mais que celui ci diffère de la C.P.T.S qui elle est un regroupement de plusieurs acteurs de santé, afin de coordonner les prises en charges.(12)

On constate que la répartition des âges est plutôt équitable dans notre population, avec une tendance à avoir des répondants plutôt dans leur première partie de carrière si l'on considère 50 ans comme étant l'âge médian dans la carrière d'un médecin généraliste.

Ainsi 61,9 % des répondants ont moins de 50 ans, dont 43,2 % de moins de 40 ans.

Par conséquent nous ne pouvons pas certifier que l'informatisation du cabinet ne touche que les plus jeunes, d'autant plus que nous n'avons pas trouvé de différence significatives.

Les zones de travail sont quant à elles peu rurales avec seulement 12 % des répondants et ont une tendance à être plutôt urbaines avec 48,7 %.

Peut être y a t'il un lien entre, être M.S.U et pratiquer en milieu urbain ?

Parmi les questions avec une réponse numérique demandée, comme le coût du secrétariat, comptable, TPE, pourcentage de V.A.D à l'année, quelques réponses données ne sont pas en rapport avec la réalité. Justifiées peut être par une mauvaise compréhension de la question ou par la méconnaissance de la tarification.

Les moyennes ont donc été faussées et ne sont pas interprétables.

Cependant, aucune différence significative n'a été retrouvée parmi les sous groupes lorsqu'une réponse numérique était exigée.

Ceci permet de soulever un questionnement concernant l'aspect financier en médecine. Souvent tabou, il est très difficile de recueillir de réelles informations auprès de nos praticiens lors des stages, et on le constate ici encore une fois.

Est ce que l'on ne souhaite pas partager ses coûts, ses bénéfices par méfiance du jugement ? Ou ceci exprime une réelle incapacité du médecin généraliste à s'intéresser à l'aspect financier de son travail et de son entreprise ?

Le questionnement autour de l'argent, dans sa globalité, (dépenses ou revenus) est une réelle interrogation des jeunes médecins généralistes (internes principalement).

Administrativement très compliquée, financièrement obscure, les raisons du frein à l'installation sont aussi présentes à ce niveau.

Le tabou autour de l'argent, la crainte d'être mal perçu par ses pairs, plusieurs jeunes médecins m'ont confié ne pas demander de peur d'être perçu comme un « mercenaire »

du soin.

Concernant la téléconsultation, nous pouvons peut être corrélérer un rebond de l'utilisation de celle ci en période COVID-19. Très largement déployée en 2020 lors du début de la pandémie, l'étude se réalisant plus de un an plus tard, les praticiens et les patients ont pu commencer à intégrer ce mode de consultations dans leurs pratiques, ici 65 % des praticiens ayant répondu.

Nous ne savons pas s'ils utilisent la téléconsultation pour leurs patients ou à partir de plateforme nouvellement créées pour répondre au besoin médical dans d'autres régions moins pourvues de médecin.

Pour ce dernier point, nous constatons un début de déploiement de « cabine de téléconsultation » dans les pharmacies et supermarchés. Ce qui pose la question du secret médical dans certains cas et du conflit d'intérêt dans d'autres.

Nous pouvons remarquer, souvent, qu'une cabine de téléconsultation dans une pharmacie n'a pas obtenue d'autorisation de la part des médecins du secteur ni de la C.P.T.S si il y a. Ceci pose donc un problème aussi sur le plan du suivi. La question de la téléconsultation est un point de réflexion pour l'Ordre des médecins (13) et pour lequel les médecins attendent du soutien et un cadre.

Quelques résultats, non commentés montre un réel non intérêt ou méconnaissance de la fonction par les praticiens, nous avons ici deux exemples :

- la non utilisation et faible utilisation du D.M.P est de 92,3 %

Malgré l'intérêt que celui ci peut avoir, les praticiens ne l'utilisent donc pas. Il n'est cependant plus possible de l'utiliser depuis le 1^{er} juillet 2021, cette clôture permet l'introduction de Mon Espace Santé. Nouvelle plateforme permettant au patient d'être acteur de sa santé (14).

Si ce mode de partage n'était que peu utilisé, quelles sont les améliorations que nous pouvons envisager afin de partager au mieux les informations médicales entre acteurs de santé et patients ?

- L'utilisation des commandes vocales, 95 % des praticiens ne les utilisent pas.

A ce jour il est très difficile de comprendre l'intérêt de celles-ci dans nos consultations.

Cependant nous pouvons remarquer que la jeune population, adepte de smartphones, consoles, utilisent nettement plus les commandes vocales à ce jour pour la rédaction de simples textos (Siri de Apple) ou pour la domotique au domicile (Alexa de Amazon).

Je pense que les interfaces de santé ne sont simplement pas assez performantes aujourd'hui pour réaliser une classement d'une donnée dans son encart informatique, lorsqu'elle est donnée vocalement pendant une consultation.

Ceci pourrait être une aide importante pour le médecin, évitant ainsi les oublis de notations, les « clics » à répétition sur son écran pour insérer une tension artérielle, une mesure, un vaccin fait ce jour, un frottis à programmer, et aussi augmenter le temps de contact visuel avec son patient. C'est ce que met en avant, par exemple le créateur du logiciel Dragon Médical(15)

D'autres résultats montrent un intérêt dans les pratiques , mais tous ne semblent pas convaincus , prenons en exemple le codage :

- 38,5 % ne codent pas du tout, 47 % le font toujours.

Nous constatons presque une population médicale coupée en deux sur ce point.

Le codage pourtant semble jouer un rôle important pour les internes et les jeunes médecins. Certains se laissent à facturer Gs lorsqu'ils ne savent pas, mais la plupart sont très au fait des nouvelles cotations et celles pouvant se noter régulièrement dans notre pratique(16).

Cependant nous remarquons très vite avec quelques semaines de pratiques que les cotations sont très, voir trop nombreuses et que les conditions pour l'obtention sont très souvent limitatives.

Dans ce cadre ou la cotation n'intéresse pas tous les praticiens, mais que les Gs ne sont pas réévalués, même en période d'inflation grandissante, comment octroyer au médecin libéral un salaire à la mesure de son travail et de ses compétences ?

Notons qu'une infirmière libérale, travaillant dans une ville de taille moyenne peut avoir un chiffre d'affaire similaire à celui d'un médecin généraliste. Cependant, elles sont bien plus au fait des cotations dans leur branche de métier.

Si nous revenons à nos résultats, nous constatons par sous groupe :

Concernant la répartition selon les tranches d'âges :

Nous avons constaté une différence significative parmi les utilisations de sites de références, de 30 à 40 ans , les praticiens sont les plus utilisateurs.

Nous constatons que 67 praticiens parmi les moins de 50ans (73 au total) utilisent les sites de référence.

A partir des 60 ans, ils sont peu nombreux à les utiliser. On constate aussi que notre septuagénaire préfère rester sur le VIDAL uniquement.

On constate que 15 % des répondants utilisent préférentiellement 4 sites : le CRAT, ANTIBIOCLIC, HAS, VIDAL.

Nous remarquons par ailleurs que le CRAT et ANTIBIOCLIC reviennent très régulièrement dans les sites choisis, ils sont donc incontournables dans la pratique du médecin généraliste en ville.

L'utilisation des sites de référence constitue donc un incontournable dans la pratique du médecin de ce jour, cependant nous devons nous poser la question de leur mise à jour et de l'adéquation avec les données de la science avant de suivre leur recommandation.

Ils ne sont, à ce jour, pas intégrés aux logiciels, peut être le devront il dans l'avenir ?

Nous avons interrogé sur des sites divers, cependant nombreux d'entre eux existent. Certains sont regroupés sur des plateformes comme KITMEDICAL (17)

Elle permet de proposer des aides pour les praticiens, mais aussi les patients. Parmi les services, gratuits, proposés nous retrouvons le moteur de recherche Doocteur(18), facilitant les recherches iconographiques par exemple ou autres sujets médicaux.

Si les praticiens éprouvent le besoin d'une aide dans l'introduction d'une thérapeutique ou la délivrance de conseils, en revanche ils ne le sont pas dans le diagnostique, puisqu'ils sont très peu à utiliser un logiciel à cet effet.

Nous n'avons pas retrouvé de différences significative concernant la répartition selon le sexe, la zone de pratique, le département ni le mode d'exercice.

La base de donnée médicamenteuse est un grand classique, mais le match est serré entre Claude Bernard et le VIDAL.

En revanche on constate une très nette différence concernant le matériel avec une préférence pour Windows ($p < 0,005$) et le module fixe. On note une préférence au recours à une maintenance informatique, majoritairement pour les plus de 50 ans.

Est ce que le jeune praticien est plus habile dans les manœuvres logiciels, ou que le praticien plus expérimenté trouve un intérêt à déléguer cette tâche et poursuivre son activité de soin ?

Les ordonnances/courriers modèles sont tout de même très utilisés.

Certains logiciels proposent leurs propres modèles à ce niveau, facilitant peut être la prise en main plus rapide de celui ci par le client.

Si l'on poursuit dans l'utilisation du logiciel même, dans la partie « rédaction », on note que peu de praticiens enregistrent les informations concernant l'environnement du patient. Ainsi la personne de confiance, le rôle des intervenants extérieurs, les directives anticipées ne sont jamais enregistrées. Nous pouvons nous poser la question sur la nécessité de prise en charge globale du patient et le rôle du médecin traitant dans ce domaine, si l'on constate que ceci n'est pas noté, il n'est donc pas demandé ?

Rappelons qu'aujourd'hui, tout est fait pour organiser la prise en charge du patient dans sa globalité, comme l'atteste la création des C.P.T.S.

A l'inverse, les observations médicales, les antécédents, la biométrie, les allergies sont presque toujours demandés. Ceci peut sembler suffisant, mais rappelons la nécessité de création d'un bon dossier. Ceci pour le confort de la prise en charge mais aussi en cas de conflit juridique. Nous aurions donc du avoir dans ces rubriques un 100 % de « Toujours ».

Le T.P.E est plébiscité principalement à la location. Compte tenu de l'exercice en groupe favorisé par les plus jeunes, y a t'il une possibilité de réduction des coûts à ce niveau ?

La différence entre les tranches pour l'accueil des étudiants s'explique par la demande de 2 années de pratique pour devenir maître de stage universitaire et de ne pas être remplaçant. Ainsi, si l'on commence ses études de médecine à 18 ans, il est difficile de devenir formateur avant 30 ans, d'autant plus que l'installation directement après son internat reste peu fréquente, il est préférable d'accumuler l'expérience avant de la partager.

Amélipro est un incontournable. 100 % des praticiens l'utilisent (mais 7 d'entre eux n'ont pas répondu sur l'objet de cet utilisation) environ 60 % l'utilisent au moins pour un package de 4 fonctionnalités : l'historique des remboursements, la déclaration accident et arrêt de travail, déclaration médecin traitant, la prise en charge en affection longue durée.

Il est donc essentiel que l'interface soit efficace, rapide et accessible instantanément. A l'avenir, elle devra se corréliser automatiquement avec les logiciels médicaux pour permettre un suivi dans le dossier patient plus facile.

C'est déjà ce que propose certains logiciels.

Concernant la répartition selon la zone de pratique :

Il n'y a pas de différence de répartition selon l'âge ou le sexe. On constate donc que la répartition globale des soignants est homogène selon ces caractéristiques. Les jeunes ne sont donc pas plus attirés par le milieu urbain.

Les résultats montrent que les praticiens en milieu ruraux ont un lecteur carte vitale plus mobile que ceux en milieu urbain. Est ce que ceci montre que les visites au domicile sont préférées en milieu rural ? On retrouve une préférence pour l'utilisation du lecteur CV en milieu rural ou semi rural par rapport au milieu urbain et une nette préférence pour la feuille de soin papier en milieu urbain lors des visites.

Précisions que certains logiciels proposent leur propre lecteur vital (ex : Doctolib) celui ci n'est pas portatif et ne peut donc pas être utilisé pour les visites au domicile. Une feuille de soin est donc nécessaire.

A ce propos, concernant les logiciels médicaux, Doctolib a fait son entrée après le recueil de données, il n'a donc pas été référencé dans le questionnaire. Ici 3 logiciels sont préférés : WEDA, Medistory et Hellodoc.

Nous avons retrouvé une différence dans l'acquisition du lecteur CV. Préférentiellement fixe en milieu urbain. Ceci est corrélé avec la feuille de soin plutôt papier en milieu urbain aussi lors des visites au domicile. Ceci n'affecte pas spécifiquement le pourcentage de visites à l'année ni le nombre d'actes par an.

Concernant la répartition selon le mode d'installation :

Les pratiques solitaires ont tendance à ne pas avoir de support lors des visites au domicile. Aucune justification ne permet de comprendre cela ce jour sachant que les possibilités sont multiples : papier, logiciel sur smartphone en sont un exemple.

A l'heure du numérique s'installant à grande vitesse dans le cabinet, on constate tout de même que le papier reste un choix pour plus de 20 à 35 % des praticiens exerçant en groupe.

Comment assurer le suivi des pathologies si aucune note n'est prise ? Comment justifier administrativement et juridiquement la prise en charge ?

L'utilisation du logiciel d'aide au diagnostique s'est montré plus utilisé par les praticiens en cabinet seul. Ceci peut s'expliquer par le manque d'échange entre les différents praticiens au sein d'un cabinet ou de la ville, ne permettant pas la progression et la mise à jour des connaissances. Ceci pourrait aussi s'expliquer par le manque de formation possible durant la carrière, puisque le praticien seul ne peut laisser sa clientèle à d'autres praticiens du cabinet. Ceci mériterait peut-être une investigation.

La comptabilité est plus sujette à être donnée à un comptable en maison de santé (70 % d'entre eux) moins faite par le praticien sur son logiciel, contrairement aux cabinets de groupe de cabinet seul (50 % d'entre eux environ). Ceci peut s'expliquer par le coût de la comptabilité par la structure. Généralement organisée en société, un coût global, moins important par praticien peut être demandé pour la comptabilité de la structure et des praticiens.

Les TPE ont tendance à être moins utilisés par les praticiens seuls en cabinet.

Ils n'ont pas tendance à être en milieu rural où la population se renouvelle peut être moins vite et aurait une plus grande proximité avec ses patients. Par conséquent ceci ne trouve pas de réponse claire à ce jour, sachant que les tarifications d'achats ou de locations et de surcoûts liés au transfert d'argent ne dépendent pas du mode d'installation du praticien, mais de la banque.

La location/achat de plusieurs T.P.E entraîne une réduction des coûts significatives ?

Le praticien seul en cabinet a-t-il tendance à avoir plus de patients ne nécessitant pas de paiement (exemple patient en A.L.D ou bénéficiant de la C2S)

Pour le secrétariat nous constatons que les praticiens solitaires profitent moins du présentiel. Ceci peut s'expliquer par les coûts que peuvent peser sur le bénéfice d'un seul cabinet. En MSP ou en cabinet de groupe, le secrétariat peut être supporté par plusieurs praticiens.

Nous constatons que les coûts sont plus élevés pour les MSP et cabinets de groupe, ceci peut s'expliquer par la durée du contrat. Si le secrétariat est temps plein il coûte plus cher que quelques heures par semaine. Cependant ceci nécessiterait une corrélation entre le coût au mois, la durée du contrat et le mode d'exercice pour en affirmer la véracité.

Très fréquemment dans les cabinets solitaires nous retrouvons un secrétariat plutôt administratif, quelques heures par jour afin de scanner, imprimer les documents et de ce fait la majeure partie du temps il n'y a pas de secrétariat ou une plateforme à distance.

L'option « pas de secrétariat » est de ce fait plus plébiscitée par les médecins seuls, probablement en lien avec les contraintes financières.

Concernant la R.G.P.D :

On constate que seulement 2 praticiens remplissent convenablement les quelques points proposés dans notre questionnaire. Ceci pose un véritable problème sur la sécurité de nos données patients.

Peut-être sont-ils non informés ou mal informés ? Ceci demande de prendre en

considération certaines mesures logistiques qui ne sont pas du temps médical pur alors que le médecin en manque déjà cruellement.

Devrions nous former les secrétariats à ces mesures de R.G.P.D afin qu'elles puissent nous en soulager lorsque c'est possible ? Devrions nous être formés directement aux mesures R.G.P.D ? Pouvons nous être mis en confrontation avec des « gentils hackers » pour montrer l'ampleur du problème si un piratage informatique localisé s'opère ?

Le travail des années à venir après l'informatisation doit sans doute être la sécurité de celle-ci et pour cela l'Ordre, le gouvernement, les commerciaux en matière d'ordinateurs, de logiciels médicaux, ont sans doute un rôle à jouer.(19).

Conclusion :

Cet état des lieux montre que l'informatisation des cabinets de médecins généralistes installés en ville est devenue incontournable dans la prise en charge du patient. Il est en interaction permanente avec le personnel de santé et permet de prendre des rendez vous, avoir une consultation tracée, des données pertinentes sauvegardées et sécurisées, utiliser des connaissances thérapeutiques à jour, maintenir une comptabilité, un planning, être en interaction permanente avec son secrétariat..

Tout ceci a été mis en place pour le patient, afin que sa consultation et son suivi soient optimales mais aussi pour le praticien, qu'il puisse se reposer sur son coeur de métier, c'est à dire : soigner avec efficacité.

La « paperasse » administrative a été compartimentée et facilitée par l'aménagement des logiciels et des interactions de la machine avec les plateformes en ligne de secrétariats et plannings si besoin.

Parmi les compétences les plus utilisées, il y a la rédaction d'observations, notifications des allergies, les antécédents, la prescription, la rédactions de courriers, le stockage de documents.

Des satellites non intégrés aux logiciels montrent aussi un réel intérêt pour les praticiens, comme Amelipro, les sites comme le C.R.A.T, Antibioclic, Vidal.. et devraient dans un avenir proche être corrélé dans les logiciels pour une plus grande rapidité d'exécution des tâches et une meilleure prise en charge.

A l'inverse, dans les grandes notions abandonnées, nous retrouvons le D.M.P, non utilisé, pourtant très utile au partage d'informations. Qu'en sera t'il de son successeur ?

Nous constatons aussi les commandes vocales, très peu utilisées. Mais est ce « too much » encore aujourd'hui ? Est ce que le médecin ou le patient ne voit pas cette fonctionnalité comme trop « robotisée » pour une consultation ou l'humain est au coeur du problème ?

D'autres items sont mitigés à ce jour, comme la télémédecine. Découverte pour la plupart pendant la période covid. Elle se développe notamment par des industriels ou pharmaciens ayant un intérêt peut être plus financier. Nombreux sont les praticiens et les payants souhaitant garder un « contact physique » avec leur soignant ou soigné.

Puis à notre plus grande surprise, nous constatons le codage, écarté par une partie non négligeable des soignants. Pourtant celui ci justifie nos compétences, aide à justifier notre pratique dans certains domaines, et aussi sur le point de vue financier, permet d'augmenter ses revenus. Malgré cela, il est vrai que les conditions sont parfois très strictes et floues, et d'autres fois le codage recherché et précis est moins intéressant qu'une consultation classique.

Cette étude nous a confirmé que le phénomène de travail de groupe, en MSP ou en cabinet pluridisciplinaire prend une place nettement plus importante dans la vie des médecins généralistes. Ceci, en ville ou à la campagne, femme ou homme, jeune ou plus âgé. Nous ne remarquons pas de discrimination sur la répartition entre le milieu rural et urbain, ce qui montre que les jeunes ne sont pas plus attirés par la grande ville contrairement à ce que l'on pourrait penser.

L'informatisation s'est développée en cabinet, elle est maintenant omniprésente. Cependant un très grand et lourd retard se constate en visite à domicile. Ceci est un des points à améliorer dans les années à venir.

Remarquons malgré tout, la possibilité qui nous est offerte de travailler en sécurité et en rapidité (que l'on acquiert avec le temps), peut se jouer contre nous si toutes les cases ne sont pas convenablement remplies parmi les plus importantes, en cas de conflits juridiques, c'est avec un grand étonnement, nous ne constatons pas 100 % de réponses « toujours » sur la réfection d'une observation médicale ou encore pour le référencement des allergies.

Cette étude a pu aussi nous permettre d'ouvrir les yeux sur un point important, sociétale et sécuritaire, à l'heure où le numérique est omniprésent dans notre société, de plus en plus compétent pour remplacer l'Homme à ses tâches physiques et mentales, ou de plus en plus utile pour le partage de l'information et la communication, il ne faut pas oublier qu'il fait aussi les beaux jours de moins nobles prétentions comme le piratage à des fins obscures bien trop souvent, ceci nous pouvons le constater assez régulièrement dans les médias, des sociétés et des hôpitaux en font les frais.

Par conséquent il est du devoir du praticien, recueillant des informations personnelles, les stockants, de respecter au maximum les règles R.G.P.D pour se protéger et protéger ses patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Informatisation : Définition simple et facile du dictionnaire [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/informatisation/>
2. Définition de informatisation | Dictionnaire français [Internet]. La langue française. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/informatisation>
3. Guillaume D. Le médecin généraliste au « tout numérique » : Bientôt une réalité ? :52.
4. FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/17983571-Faculte-de-medecine-henri-warembourg.html>
5. 2018LILUM007.pdf [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM007.pdf
6. Remoiville M. Informatisation des médecins généralistes: qu'en pensent les patients? Enquête auprès de 150 patients au sein de trois cabinets médicaux informatisés. 2011;76.
7. Sci-Hub | Computerization and the future of primary care: A survey of general practitioners in the UK. PLOS ONE, 13(12), e0207418 | 10.1371/journal.pone.0207418 [Internet]. [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <https://sci-hub.mkسا.top/>
8. Sci-Hub | Mobile technology and the digitization of healthcare. European Heart Journal, 37(18), 1428–1438 | 10.1093/eurheartj/ehv770 [Internet]. [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <https://sci-hub.mkسا.top/>
9. Grégory PB. [Thèse pour le Doctorat en Médecine]. :94.
10. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
11. Créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-16>
12. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
13. Téléconsultation : comment éviter les mésusages [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2021 [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/sante/telemedecine/teleconsultation-eviter-mesusages>
14. DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>
15. Dragon Médical : le meilleur logiciel de reconnaissance vocale | MG Santé [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: https://mg-pro.fr/dragon-medical-logiciel-reconnaissance-vocale/?dragon-adtracking=google-ads&gclid=EAIAIQobChMIgOvZ1aut-QIVRoxoCR0C3QFsEAAYAiAAEglu3_D_BwE
16. plaquette-generale.pdf [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/images/telechargements/plaquette-generale.pdf>

17. KitMédical - Simplifiez votre pratique [Internet]. KitMédical. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://app.kitmedical.fr/>
18. Doocteur - Le moteur de recherche des médecins généralistes [Internet]. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://doocteur.fr>
19. Le RGPD appliqué au secteur de la santé | CNIL [Internet]. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/le-rgpd-applique-au-secteur-de-la-sante>

AUTEUR : Nom : DUVENT

Prénom : Jean

Date de soutenance : 22 Septembre 2022

Titre de la thèse : Etat des lieux de l'utilisation de l'outil informatique par les médecins généralistes installés dans les Hauts de France

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : informatique, médecine générale, informatisation

Résumé :

Introduction : *L'ordinateur est devenu un incontournable dans nos cabinets, il n'en reste pas moins que les utilisations sont hétérogènes, entre les différentes générations et les différents modes d'exercices notamment, dans le potentiel qu'offre cet outil : télétransmission des feuilles de soins, comptabilité, secrétariat, prescriptions médicamenteuses et paramédicales, courriers entre confrères et consœurs, recherche documentaire, lectures des biologies, reconnaissance vocale, informatisation pour les déplacements chez les patients... Les possibilités sont complètes et variées pour travailler de façon presque exclusivement dématérialisée, de façon solitaire ou pas. Il nous paraît opportun, après 30 années, de savoir comment le médecin généraliste des Hauts de France, se l'est approprié.*

Méthode : *Un questionnaire a été distribué aux médecins généralistes de la région, avec 96 questions au maximum. 301 réponses ont été notifiées, seulement 120 d'entre elles ont été sélectionnées car jugées « complètes ». N'ont été visés que les médecins, généralistes, installés en activité libérale, dans les Hauts de France entre Juin et Octobre 2021.*

Résultats : *Parmi les 120 réponses on constate quelques différences significatives dans nos résultats selon les répartitions d'âge, de zone, de mode d'exercice notamment. Nous remarquons que l'utilisation de l'outil dans le quotidien n'est pas encore à son maximum dans aucun domaine : observation médicale, notification des allergies, antécédents.. La R.G.P.D est encore abstraite, le D.M.P n'est pas encore à l'ordre du jour dans les pratiques.*

Discussion : *Le stockage et le traitement des données de santé prend une place considérable, en constante évolution avec des répercussions dans la pratique médicale et en matière économique. Le D.M.P, en cours d'évolution, ajouté à la fin du modèle paternaliste médicale, doivent maintenant prendre plus de place dans notre pratique. La R.G.P.D, montre un début de prise en compte, mais bien loin des attentes que nous pourrions avoir dans un cyber monde comme le notre.*