



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

***Communication de la DGS avec les Médecins Généralistes :
situation actuelle et attentes des praticiens***

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2024 au Pôle
Formation

par **PARIZOT Paul**

JURY

Président : Pr. Olivier ROBINEAU

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Raphael LUBREZ

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Raphael LUBREZ

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
MATERIEL ET MÉTHODE	9
RÉSULTATS	12
DISCUSSION	18
CONCLUSION	21
ANNEXES	22
BIBLIOGRAPHIE	28
SERMENT D'HIPPOCRATE	30

INTRODUCTION

I- DGS-Urgent : création et objectifs

En mai 2003, la Direction Générale de la Santé (DGS) a créé une liste de diffusion par mail appelée DGS-Urgent pour transmettre des informations sanitaires aux professionnels de santé exerçant sur le territoire national, qu'ils soient libéraux comme salariés. Cette initiative a été accompagnée de deux autres listes : MINSANTE destinée à la communication avec les Agences Régionales de Santé (ARS), et MARS, pour les communications avec les établissements de santé. (1)

Sous l'égide du Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS), la liste DGS-Urgent diffuse des informations sur l'état des connaissances des situations d'urgence sanitaire survenant sur le territoire national, ainsi que des recommandations sur la prise en charge. La nécessité de publier un DGS urgent peut émaner de l'ensemble des directions du ministère de la Santé, de toute agence sanitaire, ou d'autres parties prenantes, comme les sociétés savantes. Cette proposition est d'abord examinée par le CORRUSS, puis soumise à l'arbitrage du Directeur Général de la Santé.

À l'origine, l'inscription à cette liste était volontaire et se faisait via une plateforme en ligne, où les professionnels de santé devaient saisir leur numéro Adeli. En 2021, un cadre législatif a été introduit rendant cette inscription obligatoire. La loi du 26 janvier 2021 dispose en effet que « à l'occasion de l'inscription au tableau de l'ordre, les professionnels de santé déclarent auprès du conseil de l'ordre compétent une adresse électronique leur permettant d'être informés des messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires ». (2) Il incombe donc à chaque ordre de professionnels de santé de collecter ces adresses mails, ce qui constitue une base de données permettant au Ministère de la Santé et des Solidarités (MSS), et par extension à la DGS, de communiquer avec les professionnels de santé, notamment par la diffusion de DGS-Urgent. Cette base de données se met à jour

automatiquement, notamment grâce au service MSSanté (Messagerie Sécurisée de Santé), lorsque les professionnels de santé y ont souscrit.

La liste DGS-Urgent reste, encore à ce jour, la seule voie de communication entre le MSS et les professionnels de santé libéraux, et ce quelle que soit l'urgence ou l'importance du message.

II- Situation actuelle et problématiques

Avec l'apparition du SARS-COV 2 et l'épidémie qui en a suivi, la France est entrée dès 2020 dans une crise sanitaire qui a entraîné une évolution progressive de la liste de diffusion DGS-Urgent, tant dans son contenu comme dans sa fréquence. En 2020, 72 messages ont été envoyés, puis 65 l'année suivante, permettant de tenir les professionnels de santé informés de l'évolution de l'épidémie et des fréquents changements des recommandations sanitaires. Si l'efficacité d'une liste de diffusion pour informer les professionnels de santé au cours d'une crise sanitaire est prouvée (3), ce mode de communication possède également plusieurs limites.

La principale limite retrouvée par une revue de littérature de plusieurs listes de diffusion pendant des crises sanitaires est le risque de « message overload » (littéralement « surcharge de messages ») (4) : face à une multitude d'informations, les praticiens finissent par accorder moins d'attention à chaque message et peinent à sélectionner les informations pertinentes dans un contexte de « alert fatigue ». (5) Ce phénomène semble avoir été observé en pratique. (6)

Cette nécessité de filtrer l'information a aussi été relevée par d'autres études (7) (8) notamment sur les alertes de logiciels d'aide à la prescription concernant les interactions médicamenteuses, où une accumulation de messages conduit les utilisateurs à les ignorer. La question de la sélection des messages et de leur pertinence va de pair avec celle du ciblage de l'information qui est compliqué dans le cas de DGS-Urgent, principalement pour des raisons logicielles. Par exemple, on peut se questionner sur l'intérêt de diffuser à l'ensemble des professionnels de santé les évolutions tarifaires des vacations de vaccinations des médecins et infirmiers

libéraux (9) ou de rappeler le protocole d'investigation des cas d'infections invasives à Streptocoques A aux opticiens. (10)

Cela renvoie au concept de chaos informationnel, qui englobe non seulement la surcharge de messages, mais aussi les contradictions, les informations non pertinentes et les fausses nouvelles diffusées durant les crises sanitaires, affectant la performance des praticiens et la sécurité des patients. (11)

Des conclusions similaires ont été retrouvées par un rapport étudiant les communications avec les professionnels de santé durant la crise du COVID-19. Celui-ci met en évidence la pluralité des messages d'informations, parfois contradictoires, reçus par les professionnels de santé qui doivent à la fois analyser les informations, répondre aux questions des patients eux-mêmes submergés d'informations diverses variées, et faire face aux sceptiques et aux complotistes. Ils ont également souffert de la temporalité de la communication avec une diffusion des informations en même temps, voire avant, au grand public par le biais des médias conventionnels et/ou des réseaux sociaux. (12) Or, avant que les données récoltées ne puissent être vérifiées, les médias continuent de diffuser des informations semblant liées à l'épidémie et peuvent ainsi alimenter un sentiment de panique préjudiciable à l'action des pouvoirs publics. Il se pose alors la question du rôle ambivalent des médias conventionnels dans le système d'alerte épidémique, à la fois sources d'information et véhicules de panique. (13)

La difficulté de sélectionner les informations est d'autant plus grande qu'il n'existe pas de frontière nette entre "vraie" et "fausse" information. Une donnée non pertinente peut être présentée de manière professionnelle et largement diffusée, tandis qu'une information scientifique rigoureuse peut être déformée ou simplifiée à l'excès. Les intentions scientifiques, commerciales et politiques s'entremêlent dans le domaine de la santé, rendant la gestion de l'information encore plus complexe en période de crise sanitaire. (14)

Une autre limite observée dans une étude portant sur l'utilisation des listes de diffusion dans le domaine de la santé aux États-Unis est qu'elle touche davantage les praticiens qui actualisent fréquemment leurs connaissances ou qui ont encore un lien avec le cursus universitaire. (15)

Conscient de certaines de ces limites, le MSS a créé une mission en mai 2021 nommée CREA-DIFF afin d'émettre des recommandations concernant la création et la diffusion de contenus destinés aux professionnels de santé en cas de nouvelle urgence sanitaire. Cette mission, co-dirigée par J. Delpech, entrepreneur, et le Pr. E. Vibert, chirurgien, a débuté par le recueil du ressenti d'un panel de professionnels de santé concernant la crise sanitaire liée au COVID-19, permettant de souligner un problème dans les communications entre le MSS et ces derniers malgré un important besoin d'informations. Ce besoin insatisfait pousse les professionnels à se tourner vers de nombreuses autres sources (grands médias généralistes, presse, chaînes d'information continue, groupes de discussion privés, réseaux sociaux), parfois à la véracité et à l'authenticité douteuses.

L'étude de la communication, en particulier de DGS-Urgent, a débouché sur 53 recommandations. Elle préconise notamment de diversifier les modes de communication, mieux adaptés aux alertes sanitaires et aux différentes habitudes de consommation d'information des professionnels. Par exemple, la transformation de l'application TousAntiCovid en un centre de recommandations avec notifications, ou l'utilisation de SMS, qui couvrent en moyenne 96 % des professionnels, sont envisagées. Il est également recommandé de réserver DGS-Urgent aux messages véritablement urgents, en créant une newsletter pour les informations non urgentes, et d'en limiter la fréquence afin de maintenir sa pertinence. Avant la pandémie, DGS-Urgent était utilisé 2 à 3 fois par an, mais pendant la crise, son usage a grimpé à 16 messages par mois. (1) (16)

L'utilisation simultanée de plusieurs modes de communication, afin d'atteindre le plus grand nombre possible de professionnels de santé, en y associant des synthèses sous forme de Webinaires est possible. Cela a été effectuée par l'URPS-ML Hauts-de-France avec un retour d'expérience positif. (17)

L'intérêt d'une méthode de communication efficace avec les médecins généralistes en période de crise sanitaire est majeur. En effet, une étude israélienne révèle qu'en cas de crise sanitaire, deux tiers des patients placent leur médecin généraliste comme première source d'information, et 89% des médecins généralistes interrogés considèrent être la première ligne principale dans le système de santé. (18) Malgré cette place importante des médecins généralistes dans la

réponse aux crises sanitaires, à la fois comme relais de l'information et comme premier contact médical, leur rôle au sein du système de soins dans ces situations demeure à améliorer via une meilleure préparation, tant théorique que pratique, et une meilleure gestion de l'information. (19) (20)

Dans ce contexte, il semble pertinent de vouloir évaluer le niveau de satisfaction des médecins généralistes vis à vis de la liste de diffusion DGS-Urgent, et d'identifier des améliorations possibles de ce service.

MATERIEL ET MÉTHODE

I- Constitution du questionnaire

Il s'agit d'une étude quantitative transversale réalisée via la diffusion d'un questionnaire aux médecins généralistes installés en France. Ce questionnaire (annexe I) comprend 24 questions, accessibles après avoir confirmé que le répondant remplit le critère d'inclusion de l'étude : être un médecin généraliste installé en France. Il a été élaboré en collaboration avec la DGS afin que les propositions restent pertinentes avec les moyens et les objectifs de cet organisme.

Le questionnaire se divise en deux parties. La première, couvrant les questions 1 à 10, vise à décrire le profil du répondant en termes d'âge, de mode de pratique et d'actualisation des connaissances en temps normal et en période de crise sanitaire. La seconde, regroupant les questions 11 à 24, explore leur relation à DGS-Urgent, leur état de satisfaction ainsi que l'identification de pistes potentielles d'amélioration de ce service. Les questions 14 à 20 utilisent des échelles de Likert permettant à la personne interrogée d'exprimer sa satisfaction vis-à-vis de plusieurs caractéristiques de DGS-Urgent, avec la question 16 évaluant la satisfaction globale et correspondant donc à l'objectif principal de cette étude. Les échelles de Likert avaient cinq niveaux de réponse (Pas d'accord - Plutôt pas d'accord - Indifférent - Plutôt d'accord - D'accord) afin de ne pas induire un choix forcé qui aurait pu diminuer la fiabilité de la réponse. (16) Enfin, les questions 21 à 24 visent à identifier des pistes d'amélioration possibles du service DGS-Urgent en s'appuyant sur les recommandations émises par le rapport Delpech-Vibert, afin d'évaluer l'adhésion des médecins généralistes français à ces propositions.

II- Méthodes de diffusion et recueil des données

Le recueil des réponses au questionnaire s'est effectué de manière numérique via l'outil SphinxOnline permettant de répondre directement via un navigateur Internet par l'intermédiaire d'un lien qui leur était communiqué. Le recueil des données a eu lieu entre juin 2024 et septembre 2024.

La diffusion du questionnaire a été effectuée par l'intermédiaire de plusieurs acteurs qui l'ont partagé par mail à leurs réseaux de professionnels de santé respectifs. Ces différents acteurs sont : la Faculté de Médecine, Maïeutique et Science de la Santé de Lille, les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) et les Unions Régionales des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux (URPS-ML).

Les réponses, anonymes, étaient par la suite stockées sous la forme d'un tableau de données sécurisé par mot de passe sur les serveurs de l'outil SphinxOnline.

III- Analyses statistiques

Le risque alpha a été fixé à 5%. Pour une précision à la moyenne désirée de 0,05 et un écart-type estimé à 0,5, le nombre de sujets nécessaires était de 385 médecins.

Toutes les analyses de données ont été réalisées avec l'aide du logiciel IBM SPSS. Un test de Shapiro-Wilk a été réalisé afin de s'assurer de la normalité de la distribution des données et déterminer quelle méthode utiliser pour les décrire au mieux. Le critère de jugement principal, c'est-à-dire la satisfaction globale, ainsi que les critères secondaires ont été décrits de manière univariée. Une pondération a été appliquée sur la source d'information utilisée en cas de crise sanitaire afin de prendre en compte le classement de celle-ci.

Des analyses complémentaires ont également été réalisées afin de rechercher des facteurs pouvant influencer sur les réponses en fonction des caractéristiques du médecin interrogé. Les facteurs analysés ont été notamment

l'âge, le sexe, la région d'origine, le lieu et le mode d'exercice, le type de structure, le statut de Maitre de Stage Universitaire (MSU), l'actualisation des connaissances ainsi que le désir de voir le service DGS-Urgent se concentrer ou non sur l'alerte sanitaire. Les caractéristiques binaires telles que le sexe, le lieu d'exercice et le statut de MSU ont été analysées via un test de Student. Les caractéristiques non binaires ont été analysées grâce à un test de Kruskal-Wallis, à l'exception de l'âge qui a été analysé via une régression linéaire.

RÉSULTATS

I- Description de l'échantillon

Sur les 480 réponses au questionnaire, 58 ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Ce sont donc 422 médecins qui ont été inclus dans l'étude. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau 1. Le test de Shapiro-Wilk n'a pas retrouvé de distribution normale des valeurs pour les données quantitatives étudiées. Les valeurs sont, sauf mention contraire, exprimées avec la médiane (EI) pour les données quantitatives et en nombre (%) pour les données qualitatives. Le nombre de réponses par département est illustré par la figure 1 (annexe II). Des réponses ont été obtenues de 30 départements sur les 96 que compte la France Métropolitaine ; aucune réponse n'a été reçue des Départements d'Outre-Mer (DOM).

Caractéristiques	Valeurs
Âge (en années)	40 (17)
Sexe (en nombre (%) de femmes)	247 (58,9)
Années d'activité post-internat	12 (16)
Lieu d'exercice (en nb (%) exerçant en milieu rural)	233 (55,6)
Mode d'exercice (en nb (%) exerçant en libéral)	408 (96,9)
Type de structure	Nb (%)
Seul	67 (16,1)
Cabinet de groupe	218 (52,3)
MSP	132 (31,7)
Statut de MSU	198 (46,9)
Principale source d'actualisation des connaissances	Nb (%)

Caractéristiques	Valeurs
Groupe d'échange de pairs	26 (6,2)
Abonnement à une revue médicale	113 (26,8)
Mailing institutionnel	28 (6,6)
Recommandations HAS ou collèges de spécialistes	52 (12,3)
Formation continue organisée (cours, conférences)	181 (42,9)
Congrès	16 (3,8)
Non concerné / pas d'actualisation	6 (1,4)

Tableau 1 : Description de l'échantillon

L'échantillon est composé à près de 59% de femmes avec un âge médian de 40 ans et un nombre d'années d'activité post-internat médian de 12 ans. Le mode d'exercice est principalement rural (55,6%) en cabinet de groupe (52,3%), avec une écrasante majorité de praticiens libéraux (96,9%). Moins de la moitié d'entre-eux sont des MSU (46,9%). Concernant la principale source d'actualisation des connaissances, il s'agit des formations continues organisées (42,9%) suivit des revues médicales (26,8%). Le mailing institutionnel, dont fait partie DGS-Urgent n'arrive qu'en quatrième place avec 6,6% des réponses.

Les sources d'information utilisées en cas de crises sanitaires sont décrites dans le tableau 2. Une pondération est appliquée en fonction du rang de classement afin d'obtenir un score allant de 0 à 7, 7 correspondant à une réponse toujours citée en première source d'information. Le mailing institutionnel est la source d'information la plus fréquemment citée toute place confondue (94,8% des médecins l'utilisent) mais aussi en première place, avec 61,8% des médecins interrogés qui le considèrent comme leur première source d'information en cas de crise sanitaire. Il est suivi des médias pour professionnels de santé avec 71,3% d'utilisation et 13,3% en première source d'information.

	Fréquence (%)	Fréquence première place (%)	Score pondéré
Groupe de pairs	221 (52,4)	47 (11,1)	2,74
Réseaux sociaux	175 (41,5)	41 (9,7)	1,99
Mailing institutionnel	400 (94,8)	261 (61,8)	6,06
Notifications d'appli médicales	162 (38,4)	9 (2,1)	1,8
Médias grand public	181 (42,9)	6 (1,4)	1,85
Médias pour professionnels de santé	301 (71,3)	56 (13,3)	4,02
Non concerné	2 (0,5)	2 (0,5)	0,15

Tableau 2 : Sources d'informations utilisées en cas de crise sanitaire

II- Critères de jugement principal et secondaires

3 médecins (soit 0,7%) ont indiqué n'avoir jamais reçu de mail de DGS-Urgent, ils n'ont donc pas été concernés par les questions 12 à 20. Ces questions, incluant l'évaluation de la satisfaction globale, critère de jugement principal de cette étude, ont donc été analysées à partir de 319 réponses.

96 médecins (soit 22,9%) ont indiqué recevoir DGS-Urgent uniquement sur leur messagerie MSSanté, mais seulement 21 d'entre-eux (soit 22,1%) considèrent que cela est un frein pour la lecture.

Concernant la fréquence de lecture du mail (au delà du titre), 136 médecins (soit 32,5%) déclarent le lire systématiquement et 186 (44,4%) le lisent souvent, ce qui correspond ici à une lecture de plus de 50% des messages. 90 médecins (21,5%) disent le lire rarement, soit moins de 50% du temps, et seulement 7 médecins le recevant (1,7%) ne le lisent jamais. Ces données sont récapitulées dans la figure 2 de l'annexe II.

Pour ce qui est des questions 14 à 20, évaluées par des échelles de Likert, on évalue les réponses par le biais d'une médiane représentant un score allant de -2, pas d'accord/insatisfait, à 2, d'accord/satisfait. Le critère de jugement principal de

cette étude, c'est à dire la satisfaction globale vis-à-vis de DGS-Urgent, a une médiane à 0. Le détail des réponses est disponible sur la figure 3 ci contre (aussi présente sur l'annexe II).

Les autres questions à échelles de Likert portant sur la satisfaction sur des points spécifiques ont leurs réponses détaillées sur l'annexe II. Pour ce qui est de la pertinence des contenus (figure 4), la médiane est de 1. L'absence de connaissance antérieure des informations délivrées (figure 5), le ciblage sur la pratique (figure 6), la lisibilité des informations délivrées (figure 7) ainsi que la facilité à les retrouver ultérieurement en cas de besoin (figure 8) obtiennent une médiane de 0. La fréquence de l'information (figure 9) obtient elle une médiane de 1.

Les pistes d'amélioration proposées, explorées des questions 20 à 24, terminent le questionnaire. 218 médecins (soit 51,7%) désirent que DGS-Urgent soit utilisé à la fois pour l'alerte sanitaire et les recommandations de pratique, 191 (45,3%) souhaitent qu'il se concentre uniquement sur l'alerte sanitaire et 13 (3,1%) uniquement sur les recommandations de pratique. 358 médecins, soit 84,8% d'entre eux, seraient intéressés par un dédoublement des formats : en conservant DGS-Urgent pour les alertes sanitaires, et en créant une newsletter spécifique pour les éléments ne relevant pas de l'urgence, qui pourrait alors être sur inscription.

A la question « Sur quel(s) élément(s) voudriez-vous que DGS-Urgent se concentre afin d'être plus utile dans votre pratique ? », les éléments le plus cités sont les éléments médico-légaux avec 285 voix (soit 69% des interrogés) suivi de l'épidémiologie avec 250 voix (soit 60,5% des interrogés). Le détail des réponses est disponible sur la figure 10.

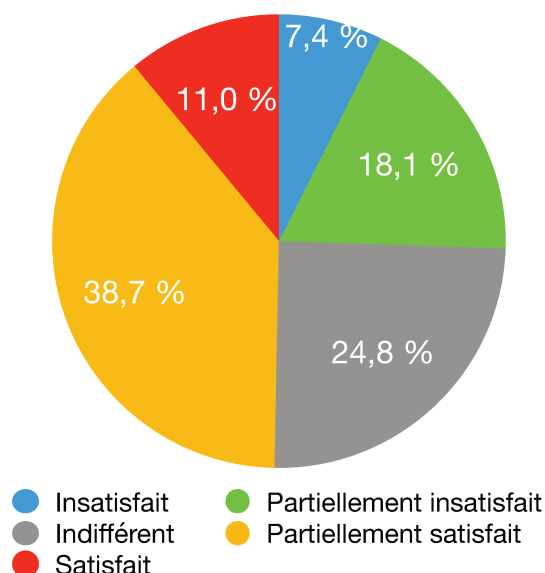


Fig. 3 : Satisfaction globale

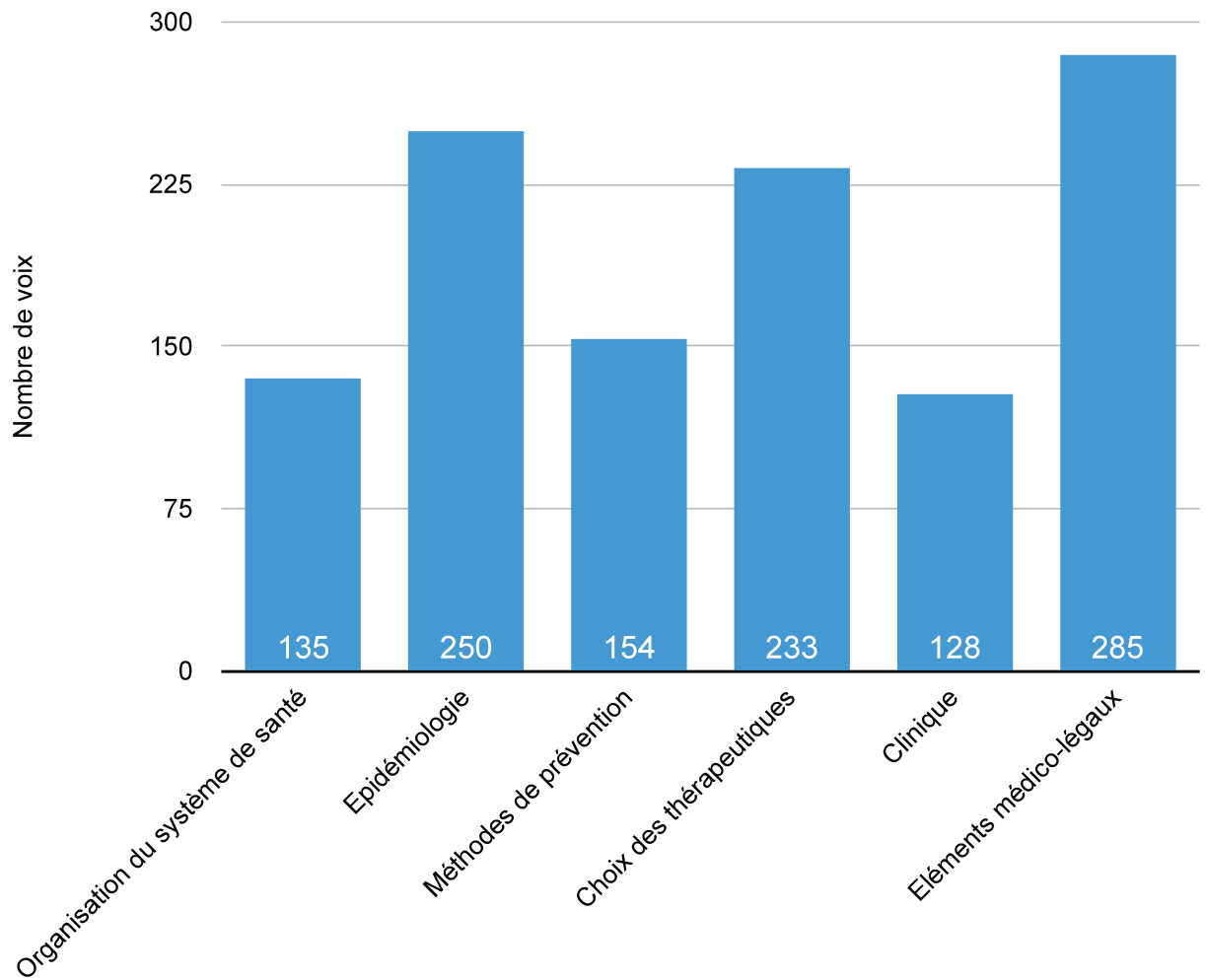


Fig. 10 : Eléments choisis afin de rendre DGS-Urgent plus utile dans la pratique

III- Analyses multivariées

Afin de mieux comprendre les résultats obtenus, des analyses complémentaires ont été réalisées pour rechercher le lien entre les différentes variables étudiées. Il s'agit principalement de rechercher une influence des caractéristiques des médecins interrogés sur leur réponse au critère de jugement principal, c'est-à-dire la satisfaction globale vis-à-vis de DGS-Urgent.

Il n'y a pas de lien retrouvé entre l'âge et le niveau de satisfaction ($p = 0,235$) alors que, pour le sexe, être une femme est associé significativement à une meilleure satisfaction (moyenne de 0,07 chez les hommes contre 0,42 chez les femmes, $p = 0,001$).

Concernant le lieu d'exercice, après groupement des départements en régions, celui-ci ne semble pas influencer significativement sur la satisfaction. Le fait d'exercer en zone rurale ou urbaine semble par contre influencer sur la réponse avec une satisfaction plus élevée en zone urbaine (moy = 0,41) qu'en zone rurale (moy = 0,16) et ce, de manière significative ($p = 0,025$). La satisfaction ne semble pas être influée ni par le mode d'exercice ($p = 0,786$), ni par le type de structure ($p = 0,069$), ni par le statut de MSU ($p = 0,269$).

La principale source d'information utilisée pour actualiser ses connaissances au quotidien ne semble pas avoir d'incidence sur le niveau de satisfaction ($p = 0,112$). Cependant, concernant les sources d'informations utilisées lors des crises sanitaires, les 22 médecins n'utilisant pas DGS-Urgent à cet effet sont significativement plus insatisfaits de ce service ($p = 0,001$) avec un rang moyen de 132 contre 214 pour les médecins l'utilisant.

Les médecins ayant répondu qu'ils préféreraient que DGS-Urgent se concentre à la fois sur les recommandations de pratique et sur l'urgence sanitaire sont plus satisfaits que les autres de ce service ($p < 0,001$), avec un rang moyen de 251,4 contre 166,8 pour l'alerte sanitaire seule et 153,5 pour les recommandations de pratique seules.

Par ailleurs, l'âge des médecins ne semble pas influencer le choix de la forme de communication désirée ($p = 0,181$) (figure 12, annexe II).

DISCUSSION

I- Interprétation des résultats

Bien que la liste de diffusion DGS-Urgent ne semble pas être la source d'information privilégiée par les médecins pour actualiser leurs connaissances au quotidien, elle joue un rôle crucial dans l'information en cas de crise sanitaire. En effet, près de deux tiers des médecins interrogés la considèrent comme leur première source d'information dans ce contexte, et elle est utilisée de manière générale par près de 95% d'entre eux. Ce constat souligne l'importance de DGS-Urgent pour informer les médecins en temps de crise, au delà même de son rôle initial de moyen de communication institutionnel.

DGS-Urgent parvient à toucher presque tous les médecins généralistes, avec seulement 0,7% des répondants indiquant ne l'avoir jamais reçue. L'envoi via la messagerie MMSanté ne semble pas être un frein à sa diffusion.

Près de 77% des médecins déclarent lire ces mails plus de la moitié du temps, un taux d'engagement élevé et au-delà des attentes. Ce résultat est néanmoins probablement surestimé par le fait que les médecins ayant répondu à cette étude diffusée par mail soient peut-être aussi plus enclins à lire leurs autres messages.

Concernant la satisfaction globale, la médiane de satisfaction à 0 montre que les médecins ne sont généralement pas satisfaits de ce service et que des améliorations peuvent être faites. Celles-ci semblent principalement souhaitées sur le ciblage, la lisibilité des informations et l'amélioration de leur disponibilité ultérieure, critères secondaires ayant une médiane à 0. En revanche, ils sont plus satisfaits de la fréquence (médiane à 1) et, ce, malgré l'augmentation du nombre d'envois depuis la crise de la Covid-19. Cela tend à rassurer quant au risque de désensibilisation aux alertes ou, au moins, celle-ci ne semble pas suffisamment importante pour qu'ils en aient conscience.

Les médecins exerçant en zone urbaine semblent plus satisfaits du service. Il peut être intéressant de réaliser une étude complémentaire afin de confirmer cette tendance et d'essayer d'en trouver les causes le cas échéant. On peut supposer, par exemple, que certaines alertes et informations diffusées par DGS-Urgent apparaissent plus pertinentes aux médecins exerçant en milieu urbain, davantage exposés aux risques sanitaires liés aux fortes densités de population.

Une faible majorité des médecins interrogés est en faveur d'une poursuite de la double fonction alerte sanitaire et actualisation des pratiques ; ces médecins sont donc logiquement plus satisfaits de la situation actuelle que les autres. Cependant, il semble plus adapté de le faire via un dédoublement des formats. En effet, la proposition de création d'un autre support spécifique aux recommandations de pratique avec un système d'inscription remporte près de 85% des suffrages. Cela permettrait notamment d'améliorer le ciblage en laissant aux médecins le choix des thématiques qui les intéressent le plus. Cela permettrait également un gain en impact des messages relevant de l'alerte sanitaire qui seraient réservés aux situations exceptionnelles.

Trois thématiques semblent intéresser davantage les médecins : les éléments médico-légaux, l'épidémiologie et le choix des thérapeutiques. Cependant, même le sujet le plus populaire n'a pas été sélectionné par 30% des médecins, ce qui renforce l'importance de proposer une information personnalisée, adaptée aux besoins spécifiques de chacun.

La poursuite du format par mails semble être plébiscitée par les médecins interrogés. Par ailleurs, le manque de disponibilité ultérieure des informations est un point d'insatisfaction, pouvant ouvrir la voie à la création d'une plateforme regroupant les informations qui pourraient être archivées et consultées ultérieurement à l'aide d'un moteur de recherche.

II- Forces et faiblesses de l'étude

Il s'agit de la première étude cherchant à évaluer la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de DGS-Urgent sur le territoire national. Cela peut amener à

faire évoluer ce service en fonction des désirs et des besoins de ses utilisateurs, et ainsi lui permettre une meilleure pertinence, notamment dans l'hypothèse d'une future crise sanitaire. De plus, avec 422 médecins inclus dans l'étude, les résultats sont statistiquement interprétables.

De nombreuses analyses complémentaires ont été réalisées permettant l'identification de pistes d'amélioration mais aussi de spécificités en fonction des caractéristiques des médecins interrogés.

Néanmoins, avec 66 départements métropolitains non représentés et une présence importante des MSU (près de 47% dans l'étude contre 17% en national), cette étude souffre sans doute d'un problème de représentativité. Cette problématique est en lien avec son mode de diffusion, dépendant du bon vouloir des organismes locaux et de l'intérêt des médecins généralistes sollicités.

Certaines thématiques n'ont pas été abordées dans le questionnaire. C'est notamment le cas du micro-learning et du multi-support qui étaient recommandés dans le rapport Delpech-Vibert. (16) La possibilité de faire des retours sur les informations délivrées n'a pas non plus été évaluée bien que cela soit identifié comme un élément augmentant la pertinence des listes de diffusion en cas de crise sanitaire. (3)

III- Perspectives futures

Les médecins généralistes ne sont pas pleinement satisfaits de DGS-Urgent. Une amélioration de ce service est possible, notamment via une séparation des recommandations de la partie crise sanitaire, un ciblage individualisé des informations et une plus grande disponibilité ultérieure.

Il pourrait être intéressant de réaliser des études complémentaires pour comprendre les spécificités trouvées dans cette étude, notamment concernant la différence de satisfaction retrouvée en fonction du sexe et du caractère rural ou urbain de la pratique. Il en est de même avec une extension de cette étude à d'autres spécialités médicales, ou aux professions paramédicales.

CONCLUSION

La liste de diffusion DGS-Urgent occupe une place prépondérante dans l'information des médecins généralistes en cas de crise sanitaire. Cette place est moins importante pour son versant recommandations de pratique. Les médecins généralistes ne sont pas pleinement satisfaits de ce service et plusieurs pistes d'amélioration ont été identifiées afin de renforcer sa pertinence.

Si les médecins sont plutôt favorables au maintien du double rôle alerte sanitaire et recommandations de pratique, ils semblent privilégier un dédoublement du support. Il semble y avoir un désir d'un meilleur ciblage, une possibilité de personnalisation pour satisfaire la pluralité des pratiques et des besoins, ainsi qu'une amélioration de la disponibilité ultérieure des informations.

ANNEXES

Annexe I – Questionnaire

1) Quel est votre âge ?

2) Quel est votre sexe ?

Homme – Femme – Autre/ne souhaite pas répondre

3) En quelle année avez-vous fini l'internat ?

4) Quel est votre département d'exercice ?

Liste des départements

5) Quel est votre lieu d'exercice principal ?

Rural – Urbain

6) Quel est votre mode d'exercice principal ?

Libéral – Salariat

7) Dans quel type de structure travaillez-vous ?

Seul – Cabinet de groupe – Maison de santé pluridisciplinaire

8) Êtes-vous Maître de Stage Universitaire ?

Oui – Non

9) Quelle est la principale source d'information que vous avez utilisée pour actualiser vos connaissances au cours de la dernière année ?

Groupe d'échange de pairs – Abonnement à une revue – Mailing institutionnel (DGS-urgent, info.amélie.fr...) – Recommandations HAS/ collègues de spécialistes – Formation continue organisée (cours, conférences...) – Congrès – Non concerné/je n'ai pas actualisé mes connaissances

10) Quelles sources d'information utilisez-vous afin de vous tenir informé lors de crises sanitaires (classez-les par ordre d'importance) ?

Groupe d'échange de pairs – Réseaux sociaux - Mailing institutionnel (DGS-urgent, info.améli.fr...) – Notifications sur des applications médicales (MSD, Pulse Life, Prescrire...) – Médias grand public – Médias pour professionnels de santé (Quotidien du Médecin, Prescrire, La Revue du Praticien...) – Non concerné/je ne me tiens pas informé

11) Recevez-vous régulièrement des mails de la liste de diffusion DGS-urgent ?

Oui – Non, je n'en ai jamais reçu

Si Jamais reçu, passage à la question 21

12) Les recevez-vous uniquement sur votre messagerie MSSanté ?

Oui – Non

Si oui : 12b) Cela représente-il un frein à leur lecture ?

Oui – Non

13) Vous lisez le contenu de ces mails (au-delà du titre) :

Jamais – Rarement (< 50% des mails) – Souvent (> 50%) – Toujours

14) « Je trouve que les sujets abordés dans les mails sont pertinents. » Par rapport à cette affirmation, vous êtes :

Pas d'accord – Plutôt pas d'accord – Indifférent – Plutôt d'accord – D'accord

15) « Je ne connaissais pas déjà les informations contenues dans les mails DGS-Urgent. » Par rapport à cette affirmation, vous êtes :

Pas d'accord – Plutôt pas d'accord – Indifférent – Plutôt d'accord – D'accord

16) « Je suis satisfait du service DGS-Urgent. » Par rapport à cette affirmation, vous êtes :

Pas d'accord – Plutôt pas d'accord – Indifférent – Plutôt d'accord – D'accord

17) « L'information délivrée par la Direction générale de la Santé (DGS) est ciblée sur ma pratique. Par rapport à cette affirmation, vous êtes :

Pas d'accord – Plutôt pas d'accord – Indifférent – Plutôt d'accord – D'accord

18) L'information délivrée par la DGS est assez lisible. Par rapport à cette affirmation, vous êtes :

Pas d'accord – Plutôt pas d'accord – Indifférent – Plutôt d'accord – D'accord

19) L'information délivrée par la DGS est facilement accessible en cas de besoin ultérieur. Par rapport à cette affirmation, vous êtes :

Pas d'accord – Plutôt pas d'accord – Indifférent – Plutôt d'accord – D'accord

20) L'information délivrée par la DGS est assez fréquente. Par rapport à cette affirmation, vous êtes :

Pas d'accord – Plutôt pas d'accord – Indifférent – Plutôt d'accord – D'accord

21) Pour vous, les mails DGS-Urgent devraient se concentrer uniquement sur :

L'alerte sanitaire – Les recommandations de pratique – Les deux

22) Seriez-vous intéressé par un dédoublement des formats : DGS-Urgent pour les alertes sanitaires, et la création d'un DGS-Info pour les éléments qui ne relèvent pas de l'urgence et qui pourraient relever d'une newsletter sur inscription ?

Oui – Non

23) Sur quel(s) élément(s) voudriez-vous que DGS-Urgent se concentre afin d'être plus utile dans votre pratique ?

L'épidémiologie – La clinique – Le choix des thérapeutiques – La disponibilité des thérapeutiques – Les méthodes de prévention – Des éléments médico-légaux (déclarations obligatoires, changements législatifs) – L'organisation du système de santé

24) Quelle forme de communication vous paraît la plus adaptée pour la communication entre la DGS et les Médecins Généralistes ?

Liste de diffusion par mail – Application mobile avec système de notification – Site internet – SMS résumés avec un lien internet vers le contenu détaillé

Annexe II - Figures

Fig. 1 : Nombre de réponses par département

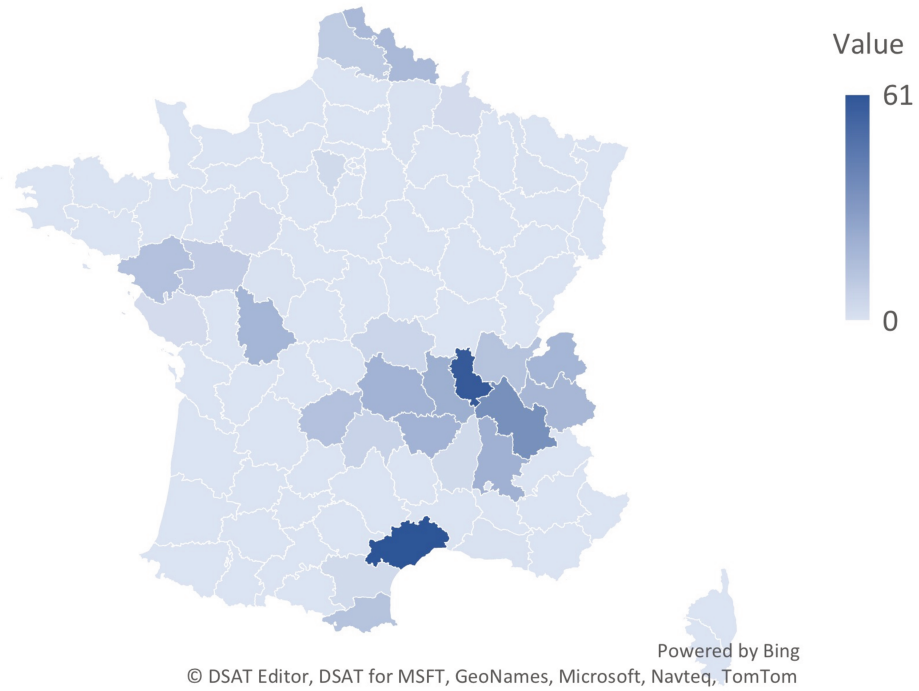


Fig. 2 : Fréquence de lecture

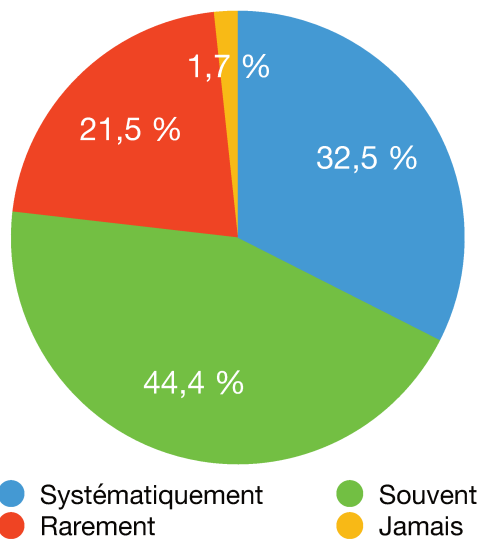


Fig. 3 : Satisfaction globale

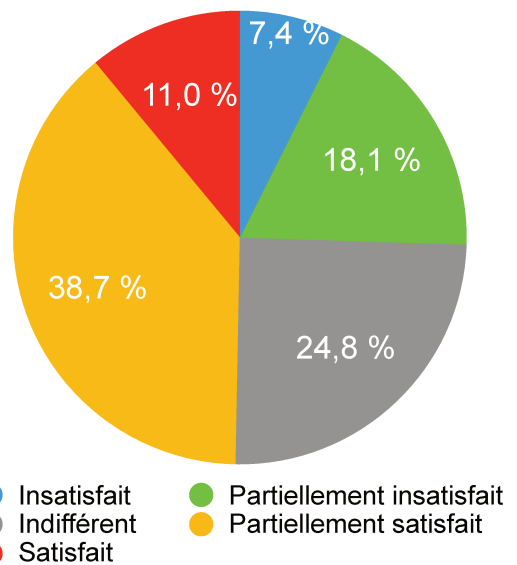
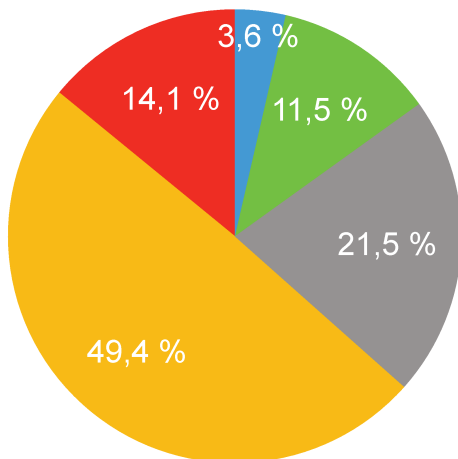
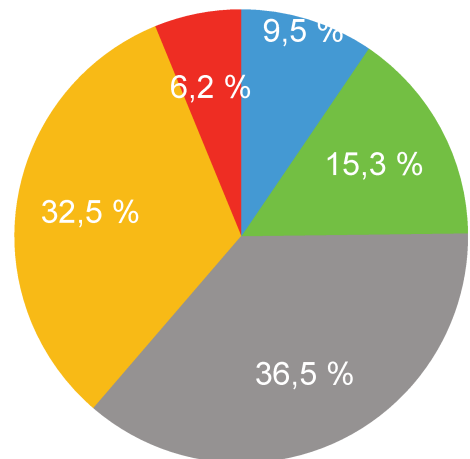


Fig. 4 : Pertinence des sujets abordés



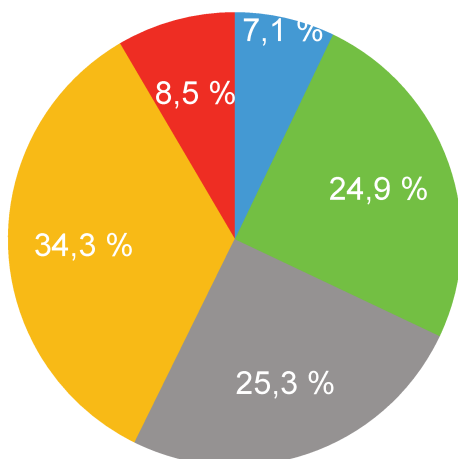
● Pas d'accord ● Plutôt pas d'accord
● Indifférent ● Plutôt d'accord
● D'accord

Fig. 5 : Absence de connaissance antérieure des informations



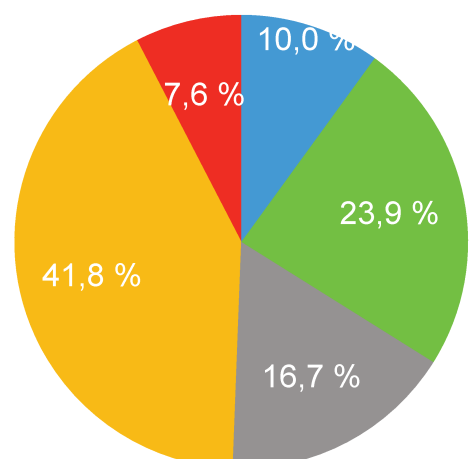
● Pas d'accord ● Plutôt pas d'accord
● Indifférent ● Plutôt d'accord
● D'accord

Fig. 6 : Ciblage de l'information sur la pratique



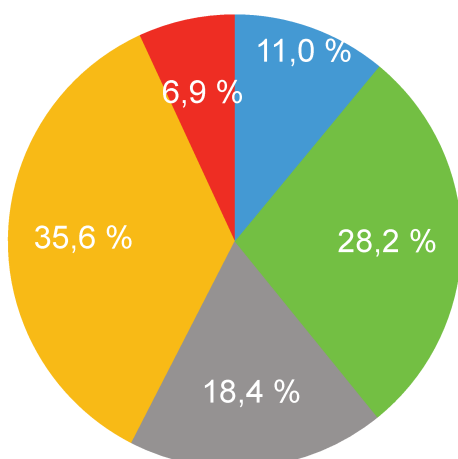
● Pas d'accord ● Plutôt pas d'accord
● Indifférent ● Plutôt d'accord
● D'accord

Fig. 7 : Lisibilité de l'information



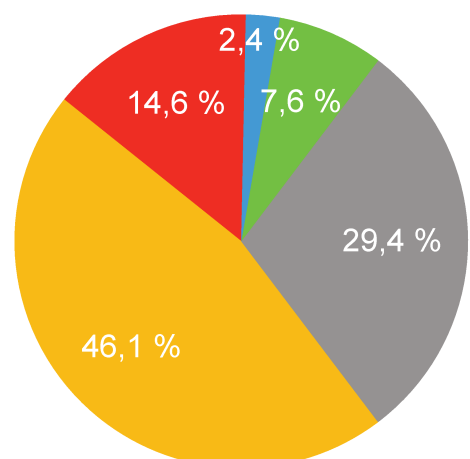
● Pas d'accord ● Plutôt pas d'accord
● Indifférent ● Plutôt d'accord
● D'accord

Fig. 8 : Facilité à retrouver l'information ultérieurement



● Pas d'accord ● Plutôt pas d'accord
● Indifférent ● Plutôt d'accord
● D'accord

Fig. 9 : Bonne fréquence de l'information



● Pas d'accord ● Plutôt pas d'accord
● Indifférent ● Plutôt d'accord
● D'accord

Fig. 11 : Forme de communication désirée

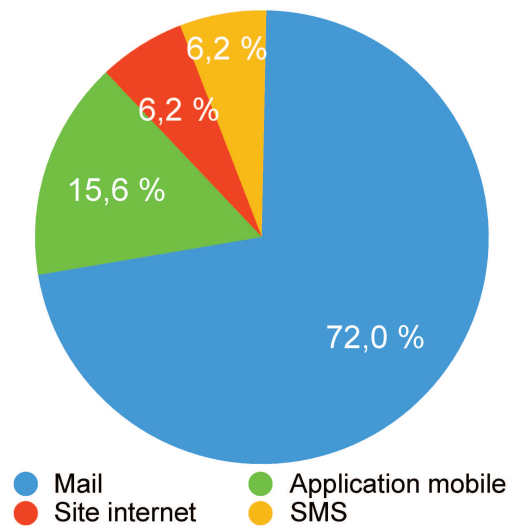
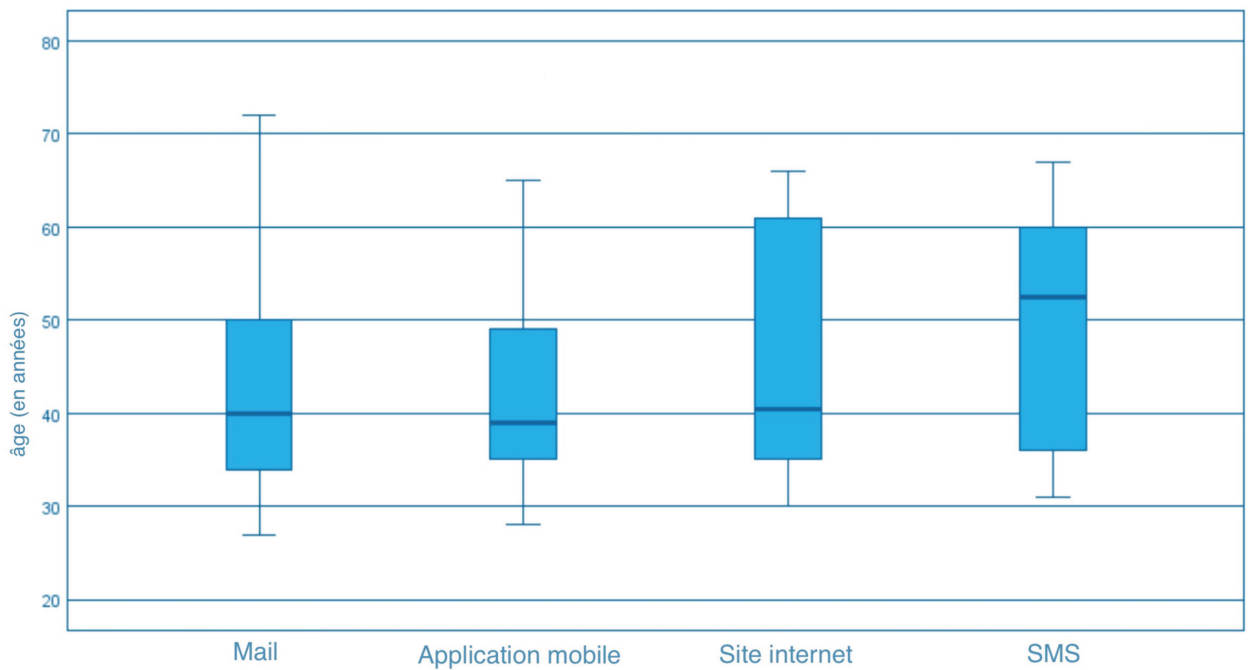


Fig. 12 : Forme de communication désirée en fonction de l'âge du médecin



BIBLIOGRAPHIE

1. Rigaud M, Prevost Sansac De Traversay L, Creach M, Lazarus C, Salomon J. La communication destinée aux professionnels de santé au cœur de la gestion de crise de la pandémie de COVID-19 par le ministère des Solidarités et de la Santé. *Infectious Diseases Now*, août 2021;51(5):S116.
2. Article L. 4001-2 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (J.O. 27 janvier 2016)
3. Bailey DN, Sanfilippo F. Communication during a global pandemic: The utility of a professional society listserv and journal. *Academic Pathology*. 2022;9(1):100043.
4. Revere D, Nelson K, Thiede H, Duchin J, Stergachis A, Baseman J. Public Health Emergency Preparedness and Response Communications with Health Care Providers: A Literature Review. *BMC Public Health*. déc 2011;11(1):337
5. Baseman JG, Revere D, Painter I, Toyoji M, Thiede H, Duchin J. Public health communications and alert fatigue. *BMC Health Serv Res*. déc 2013;13(1):295
6. MG France . DGS-urgent : l'overdose [Internet]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/3013-dgs-urgent-l-overdose>
7. Van Der Sijs H, Aarts J, Vulto A, Berg M. Overriding of Drug Safety Alerts in Computerized Physician Order Entry. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 1 mars 2006;13(2):138-47
8. Weingart SN, Toth M, Sands DZ, Aronson MD, Davis RB, Phillips RS. Physicians' Decisions to Override Computerized Drug Alerts in Primary Care. *Arch Intern Med*. 24 nov 2003;163(21):2625
9. Direction Générale de la Santé, CORRUSS. Ajustement des rémunérations des effecteurs dans les centres de vaccination [en ligne]. DGS-Urgent N°2021_113, octobre 2021 [cité le 12 juin 2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_covid-19_dgs-urgent_no2021_113.pdf
10. Direction Générale de la Santé, CORRUSS. Recrudescence d'infections invasives à STREPTOCOQUE A - Protocole d'investigation des cas [en ligne]. DGS-Urgent N°2022_83, décembre 2022 [cité le 12 juin 2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_83_strepto_a_reply-2.pdf
11. Beasley JW, Wetterneck TB, Temte J, Lapin JA, Smith P, Rivera-Rodriguez AJ, et al. Information Chaos in Primary Care: Implications for Physician Performance and Patient Safety. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 1 nov 2011;24(6):745-51.
12. Kouchner J, Lefort L, Clausener M. Les effets d'une communication dans l'urgence, dans un contexte d'incertitude. *Actualité et dossier en santé publique*. 15 déc 2021;N° 116(4):53-5.
13. Messner L. *Santé internationale*. Presses de Sciences Po; 2011. p. 417-22.
14. Postel-Vinay N. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Presses de Sciences Po; 2009. p. 469-76.
15. Schoch NA, Shooshan SE. Communication on a listserv for health information professionals: uses and users of MEDLIB-L. *Bull Med Libr Assoc*. janv 1997;85(1):23-32.

16. Delpech J, Vibert E. Création et diffusion de contenus destinés aux professionnels de santé en cas de nouvelle urgence sanitaire. Ministère de la Santé et des Solidarité; 2021 oct.
17. Grimonprez A, De Pauw C. Circulation de l'information aux médecins libéraux en période COVID : stratégie en Hauts-de-France: Santé Publique. 11 juill 2022;Vol. 34(HS1):6d-6d.
18. Kahan E, Fogelman Y, Kitai E, Vinker S. Patient and family physician preferences for care and communication in the eventuality of anthrax terrorism. Family Practice. août 2003;20(4):441-2.
19. Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. Medical Journal of Australia. nov 2006;185(S10).
20. Hashikawa M, Gold KJ. Disaster Preparedness in Primary Care: Ready or Not? Disaster med public health prep. oct 2018;12(5):644-8.
21. Alwin DF, Krosnick JA. The Reliability of Survey Attitude Measurement: The Influence of Question and Respondent Attributes. Sociological Methods & Research. août 1991;20(1):139-81.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis 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 sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. 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. »

AUTEUR : Nom : PARIZOT

Prénom : Paul

Date de soutenance : 13 décembre 2024

Titre de la thèse : Communication de la DGS avec les Médecins Généralistes : situation actuelle et attentes des praticiens

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Communication savante ; Diffusion de l'information ; Compétence informationnelle en santé ; Courrier électronique ; Médecine générale

Résumé :

En mai 2003, la DGS a créé une liste de diffusion par mail appelée DGS-Urgent pour transmettre des informations sanitaires aux professionnels de santé. Avec l'apparition du SARS-COV2 et l'épidémie qui en a suivi en 2020 en France, la fréquence des messages a augmenté pouvant montrer les limites de ce support notamment via un risque de « alert fatigue » bien décrit dans la littérature. L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de ce service, puis secondairement d'en identifier des pistes d'amélioration.

Il s'agit d'une étude quantitative transversale réalisée via un questionnaire diffusé en ligne aux médecins généralistes installés en France. Le recueil des données a eu lieu de juin 2024 à septembre 2024.

422 médecins issus de 30 départements ont été inclus dans l'étude. Si le mailing institutionnel ne semble pas être la source d'information privilégiée pour l'actualisation des connaissances, il est, et de loin, la première source d'information en cas de crise sanitaire. La médiane de satisfaction vis-à-vis de DGS-Urgent est de 0 sur une échelle de Likert allant de -2 à 2. Les médianes de satisfaction sont également de 0 concernant le ciblage des informations, leur lisibilité et leur disponibilité ultérieure. La création d'un deuxième support dédié aux recommandations de pratique et sur inscription remporte près de 85% des suffrages.

Les médecins généralistes ne sont pas pleinement satisfaits de DGS-Urgent. Une amélioration de ce service est possible, notamment via une séparation des recommandations de la partie crise sanitaire, un ciblage individualisé des informations et une plus grande disponibilité ultérieure.

Composition du Jury :

Président : Pr. Olivier ROBINEAU

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Raphael LUBREZ

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Raphael LUBREZ