UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année :2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Le Dossier Médical Partagé : représentations et utilisation par des médecins généralistes du Nord depuis le Ségur du numérique en santé

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 3 avril 2026 à 16 heures
au Pôle Formation
par Marie BEHELLE

_____

JURY
Présidente :
Madame la Professeure Florence RICHARD
Assesseur :
Monsieur le Docteur David WYTS
Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Antoine CAZEUNEUVE

_____

Avertissement

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

DMP	Dossier Médical Partagé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPU	Couronne périurbaine
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
VSM	Volet de Synthèse Médicale
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
MECSS	Mission d'Évaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Table des matières

Introduction **11**

Matériel et méthodes **13**

1. Type d'étude 13
2. Population 13
3. Recueil des données 13
4. Analyse des données 14
5. Aspects éthiques et réglementaires 15

Résultats **16**

1. Caractéristiques des participants 16
2. Représentations du DMP 17
3. Usages du DMP en pratique 21
4. Freins et limites à l'utilisation du DMP 25
5. Leviers et perspectives d'amélioration 30

Discussion **35**

1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature 35
2. Forces et limites 41
3. Perspectives 42

Conclusion **44**

Références bibliographiques **45**

Annexes **48**

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, la modernisation du système de santé s'est appuyée sur le développement d'outils numériques destinés à structurer le partage d'informations médicales, afin de renforcer la coordination des soins, tout en garantissant la sécurité, la confidentialité et l'interopérabilité (1).

Dans cette perspective, le Dossier Médical Partagé (DMP) a été conçu pour centraliser et sécuriser les informations de santé des patients, afin de permettre aux professionnels de santé d'y accéder facilement (2). Présenté par l'Assurance Maladie comme un « carnet de santé numérique », il vise à renforcer la collaboration entre professionnels, en partageant les données de soins essentielles d'un patient au sein d'un même espace (3).

Institué par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (4), initialement sous l'appellation « dossier médical personnel », le dispositif a connu un déploiement progressif à l'échelle nationale, marqué par plusieurs phases de relance, jusqu'à sa généralisation en 2018 à l'ensemble des assurés (5).

Jusqu'au 1er juillet 2021, l'ouverture d'un DMP reposait sur une démarche volontaire de l'assuré. À cette date, la création de nouveaux DMP a été interrompue afin de préparer son intégration au service Mon espace santé (6).

Déployé au niveau national à partir de 2022, Mon espace santé correspond à un espace numérique personnel ouvert automatiquement pour chaque assuré, sauf opposition expresse (principe de l'opt-out) (7). Conformément au Code de la santé publique, cette ouverture emporte la création automatique d'un DMP, et tout DMP déjà ouvert avant cette date y est intégré (8).

En pratique, l'Assurance Maladie précise que le DMP reste le point d'entrée des professionnels de santé pour alimenter et consulter les dossiers de leurs patients (3). De son côté, l'usager a accès à ses données de santé et à d'autres services numériques au sein de Mon espace santé, présentés en annexe (Figure A1) (9).

Afin de généraliser le partage fluide et sécurisé des informations de santé, les pouvoirs publics ont lancé en 2021 le programme du Ségur du numérique en santé, qui finance la mise à jour des logiciels métiers des professionnels et le renforcement de leur interopérabilité (10).

Au-delà de l'existence de l'outil, désormais mis à disposition à grande échelle via Mon espace santé, l'enjeu porte sur son usage réel en pratique, notamment en soins primaires, où le médecin traitant occupe une place centrale dans le suivi et la coordination des soins. Dans son rapport de mai 2024, la Cour des comptes souligne que Mon espace santé ne pourra connaître le succès si les médecins restent en retrait, alors que de nombreux médecins font preuve de réserve pour alimenter et utiliser le DMP (11).

L'objectif de cette étude était d'explorer l'utilisation du DMP par des médecins généralistes libéraux du Nord, depuis son intégration dans Mon espace santé en 2022.

Matériel et méthodes

1. Type d'étude

L'étude réalisée était une étude qualitative, menée selon une démarche d'analyse thématique inspirée de l'approche décrite par Braun et Clarke (12). Ce type d'analyse permet d'identifier, d'analyser et de synthétiser des thèmes à partir d'un corpus de données.

2. Population étudiée

La population étudiée était composée de médecins généralistes exerçant en libéral dans le département du Nord. Une variation des profils a été recherchée selon le genre, l'âge, le lieu d'exercice, le mode d'exercice et le logiciel métier, afin de favoriser la diversité des pratiques et des points de vue recueillis.

Le recrutement a été réalisé sur la base du volontariat, initialement auprès des médecins généralistes issus du réseau professionnel de l'investigatrice, puis complété par un échantillonnage de type « boule de neige ». Les médecins ont été contactés par téléphone. Un médecin a été recruté à la suite d'une sollicitation par courrier électronique adressée aux maîtres de stage universitaires (MSU) de la faculté.

3. Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé sous la forme d'entretiens semi-dirigés, menés en présentiel dans les cabinets des médecins généralistes.

Un guide d'entretien a été élaboré en amont par l'investigatrice et son directeur de thèse (annexe B). Constitué de questions ouvertes, il a servi de fil conducteur à l'ensemble des entretiens. Selon les propos des participants, l'enquêtrice pouvait recourir à des relances ou reformuler certaines questions.

Au début de l'entretien, les participants étaient invités à répondre à un questionnaire de données sociodémographiques (annexe C). Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone.

Les entretiens se sont déroulés du 16 décembre 2024 au 4 décembre 2025. Au total, 12 entretiens ont été réalisés. Ils ont duré en moyenne 23 minutes et 24 secondes (minimum 15 min 14s ; maximum 37 min 03s).

À l'issue du dixième entretien, l'investigatrice a estimé que la saturation des données était atteinte. Deux entretiens supplémentaires ont été conduits pour confirmer l'absence d'éléments nouveaux significatifs.

4. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement à l'aide du logiciel de traitement de texte Word®, puis anonymisés.

Le codage et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel NVivo 15®. L'analyse a été conduite selon une démarche principalement inductive. Le codage initial des verbatims a été réalisé par l'investigatrice : les unités de sens identifiées dans les verbatims ont été codées, puis les codes ont été regroupés et hiérarchisés en sous-thèmes et en thèmes, en lien avec la question de recherche.

L'analyse a été menée de manière itérative, en parallèle du recueil des données, puis finalisée sur l'ensemble du corpus.

Enfin, l'analyse a bénéficié d'une triangulation des chercheurs par relecture croisée de l'arborescence thématique et d'un échantillon de verbatims avec un second chercheur (CH).

5. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont donné un consentement libre et éclairé pour participer à l'étude, en signant une lettre d'information précisant leurs droits et garantissant l'anonymat et la confidentialité des données recueillies (annexe D).

Les entretiens ont été anonymisés par suppression des noms propres et les participants ont été désignés par un code (M1 à M12).

L'étude a été déclarée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (Annexe E). Cette étude n'entrait pas dans le cadre des recherches impliquant la personne humaine, au sens de la loi Jardé, et n'a donc pas nécessité l'avis d'un comité d'éthique.

Résultats

1. Caractéristiques des participants

Au total, douze médecins généralistes libéraux ont participé à l'étude (8 hommes et 4 femmes), âgés de 33 à 66 ans. L'âge moyen était de 46,5 ans.

Médecin	Sexe	Âge	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Logiciel	MSU
M1	Homme	36	Urbain	MSP	Doctolib	Non
M2	Homme	39	Urbain	MSP	Weda	Oui
M3	Homme	66	Urbain	MSP	Doctolib	Oui
M4	Homme	64	CPU	MSP	Doctolib	Non
M5	Homme	46	Urbain	Cabinet de groupe	Medistory	Non
M6	Homme	33	CPU	Exercice individuel	Weda	Non
M7	Femme	37	Urbain	Cabinet de groupe	Medistory	Non
M8	Femme	46	CPU	Exercice individuel	Weda	Oui
M9	Femme	61	CPU	Exercice individuel	Doctolib	Non
M10	Femme	36	Urbain	Exercice individuel	Medistory	Non
M11	Homme	58	Urbain	Cabinet de groupe	Doctolib	Oui
M12	Homme	36	Urbain	MSP	Doctolib	Non

2. Représentations du DMP

1) Une connaissance partagée du DMP

Tous les médecins interrogés avaient connaissance de l'existence du DMP. La majorité d'entre eux en décrivaient les modalités d'accès, tant sur le plan pratique que réglementaire, ainsi que son contenu.

- *« C'est un dossier médical numérisé, dématérialisé, rattaché au numéro de sécurité sociale du patient, accessible pour les professionnels de santé avec une CPS et accessible aux patients. » (M2)*
- *« En tant que professionnel, j'y ai accès depuis mon logiciel métier. » (M1)*
- *« Tout médecin en soin du patient peut le consulter avec l'accord du patient. » (M8)*
- *« On peut y mettre les ordonnances, les résultats de biologie, les derniers comptes rendus d'examens, les principaux antécédents. On peut même mettre un volet de synthèse médicale si on veut. » (M6)*
- *« Il peut y avoir aussi des informations de tiers de confiance, de directives anticipées qui peuvent être mises dedans. » (M3)*

Les médecins rapportaient une information principalement relayée par l'Assurance Maladie ou par les éditeurs de logiciels, sans dispositif de formation homogène.

- *« Je dirais la CPAM quand je me suis installé. Après, je dirais peut-être le logiciel métier qui nous a montré la fonctionnalité. » (M2)*
- *« J'ai fait pas mal de visios avec les formations de Doctolib, mais c'était juste « remplissez le VSM, envoyez-le et touchez des sous ». » (M3)*

- *« Informé, par la CPAM. Formé, non. Je n'ai pas senti le besoin d'être formé non plus. » (M5)*
- *« Personne n'est venu ou ne m'a proposé de venir au cabinet pour expliquer le DMP. » (M7)*
- *« Bah informé, ça fait 20 ans qu'on en parle...mais pour le DMP actuel, aucune information, aucune formation, zéro. Je me débrouille. » (M11)*

2) Bénéfices perçus du DMP

a) Un outil de partage sécurisé entre soignants

Les médecins décrivaient le DMP comme un outil favorisant le partage sécurisé des données médicales et la communication entre professionnels de santé.

- *« Le partage de données médicales sécurisé entre soignants, c'est toujours intéressant. » (M10)*
- *« Le gros avantage du DMP, c'est de faciliter la communication entre les professionnels de santé […] si le médecin hospitalier a accès à la liste d'antécédents et des traitements, ça va déjà lui changer la vie. » (M1)*

b) Un espace de centralisation des données de santé

Le DMP était perçu comme un espace centralisé permettant de retrouver des informations médicales.

- *« Il y aura toujours un endroit où les médecins pourront retrouver l'information. » (M10)*
- *« Je dirais que le DMP est le coffre ultime. » (M11)*

- *« Je trouve ça hyper intéressant de retrouver les biologies et les résultats d'imagerie dans le DMP. » (M7)*

Un médecin soulignait que cette centralisation pouvait être utile lorsque les résultats n'étaient pas transmis au médecin traitant via les circuits habituels.

- *« La plupart du temps, ça nous est envoyé par messagerie sécurisée, mais si, par exemple, ce n'est pas toi qui prescris une biologie, tu ne reçois pas les résultats. » (M5)*

Un médecin ajoutait que cette centralisation pouvait contribuer à limiter les prescriptions redondantes.

- « *Pour éviter les redondances […] l'HbA1c prescrit par le diabéto, le médecin traitant, l'ophtalmo… à la fin le patient se retrouve avec six fois l'HbA1c dans l'année. » (M5)*

c) Une utilité lorsque l'information fait défaut

La plupart des médecins considéraient le DMP comme particulièrement utile lorsque les informations médicales n'étaient pas facilement accessibles, en dehors du suivi habituel du patient.

En situation d'urgence, les médecins soulignaient l'intérêt pour les services hospitaliers d'accéder aux informations essentielles.

- *« Pour un patient qui se retrouve hospitalisé en urgence sans avoir vu son médecin traitant, si le médecin hospitalier a accès à la liste d'antécédents et des traitements, ça va déjà lui changer la vie. » (M1)*

- *« Je pense que si on demande aux urgences ou à d'autres services comme médecine polyvalente, où parfois ils ont du mal à repérer des ordonnances ou infos, c'est intéressant pour eux d'avoir accès au DMP. » (M10)*

Lorsque le patient était inconnu du professionnel, le DMP était perçu comme un recours pour récupérer des informations antérieures.

- *« Pour moi, le plus gros avantage, c'est de consulter le DMP d'un patient que tu ne connais pas, soit un patient qui a déménagé, soit que tu vois pour la première fois. » (M4)*
- *« Pour des patients qui ne connaissent pas leurs antécédents et qui viennent te consulter pour la première fois. » (M6)*
- *« Pour les consultations avec des patients dont nous ne sommes pas le médecin traitant, les patients qui déménagent. » (M11)*

Enfin, certains médecins rapportaient un intérêt particulier du DMP chez les patients vulnérables, en cas de troubles cognitifs ou de difficultés de communication, afin de sécuriser leur prise en charge.

- *« Moi, je voyais surtout comme intérêt, pour les personnes âgées avec des troubles cognitifs qui ne savent pas ce qu'ils prennent. » (M2)*
- *« Le gros intérêt, c'est, par exemple, les personnes âgées ou les gens qui n'arrivent pas à s'exprimer, qui sont sourds ou porteurs d'un handicap. » (M7)*

d) Un patient acteur de son dossier

Plusieurs médecins mettaient en avant l'intérêt du DMP pour le patient, en tant qu'espace numérique sécurisé donnant accès à ses informations de santé. Ils évoquaient également un rôle actif attendu du patient dans la gestion du dossier, pouvant l'alimenter et en contrôler le contenu.

- *« Pour le patient, c'est pratique parce que ça lui fait un cloud sécurisé pour ses données de santé. » (M2)*
- *« L'idée, c'est que le patient soit acteur de son dossier médical partagé, donc qu'il puisse lui poster les documents qui sont importants. » (M10)*
- *« C'est le patient qui doit être le maître d'œuvre de son dossier. » (M11)*

3. Usages du DMP en pratique

1) Rôle central du médecin traitant dans l'alimentation du DMP

Plusieurs médecins soulignaient le rôle central du médecin traitant dans l'alimentation du DMP.

- *« Probablement que le médecin traitant, c'est une des personnes les plus importantes pour ce qui est de l'alimentation, puisqu'on va être à la croisée de tous les autres spécialistes. » (M1)*
- *« Je me sens plus concernée pour l'alimenter que pour le consulter. » (M10)*

2) Une alimentation majoritairement automatisée

La plupart des médecins rapportaient alimenter automatiquement le DMP via leur logiciel métier.

- *« Tout ce que je fais, surtout maintenant avec Doctolib, part sur le DMP. » (M4)*
- *« Moi j'alimente automatiquement. Notre logiciel, on peut le configurer pour que l'envoi soit automatique. » (M5)*

- *« Je l'alimente automatiquement, à chaque fois que je fais une ordonnance, maintenant ça part automatiquement sur le DMP. » (M8)*
- *« Moi, si je veux mettre quelque chose dans son DMP, je fais un clic : le document est généré en PDF, et il me met une page d'accueil pour savoir dans quoi je veux le classer : ordonnance, examen de suivi, dépistage. » (M2)*

Cette automatisation apparaissait comme un facteur facilitant l'alimentation du DMP.

- *« Oui je fais en gros le minimal qui ne me rajoute pas de temps, c'est l'envoi des ordonnances au moment où je les fais pour le patient en consultation. » (M1)*
- *« Je trouve que tout est fait pour que ce soit facile à alimenter. » (M4)*
- *« C'est parce qu'il y a une quasi-automatisation du partage que c'est intéressant. » (M12)*

Toutefois, certains médecins indiquaient trier les envois, en sélectionnant les documents transmis, afin d'éviter une accumulation d'informations jugées redondantes.

- *« J'ai décoché l'envoi automatique pour les ordonnances pour éviter que ce soit embouteillé avec les autres ordonnances. » (M2)*
- *« Je mets quand il y a un nouveau traitement, ça ne sert à rien d'avoir quatre ordonnances dans l'année si le traitement de fond ne change pas. » (M3)*

À l'inverse, deux médecins rapportaient une alimentation très limitée du DMP, voire inexistante.

- *« J'ai dû peut-être envoyer un traitement de fond sur le DMP grâce à Médistory. » (M7)*
- « *Bah comme je ne connais pas bien le DMP, je ne l'alimente pas. » (M9)*

3) Partage du Volet de synthèse médicale (VSM)

Le VSM correspond à une synthèse structurée élaborée par le médecin traitant à partir du dossier médical informatisé, visant à résumer la situation médicale du patient et à faciliter son suivi.

La plupart des médecins rapportaient avoir renseigné et partagé les VSM pour leurs patients en ALD, dans le cadre du forfait de rémunération dédié au VSM. Pour certains, cette démarche se poursuivait avec une mise à jour régulière.

- *« Je les ai faits la première année parce qu'il fallait faire autant de pourcentage avant telle date pour avoir la rémunération. » (M8)*
- *« L'année dernière, j'ai rempli le volet de synthèse médicale pour tous les patients en ALD. » (M2)*
- *« À chaque fois que je remplis quelque chose dans le dossier, la synthèse médicale est mise à jour et donc je mets la nouvelle version à chaque fois. » (M5)*
- *« Depuis 2 ans, je les envoie systématiquement annuellement. » (M11)*
- *« Je remets à jour les antécédents, ça permet d'avoir une vraie feuille de route pour le patient et d'avoir tous ses antécédents. » (M12)*

Plusieurs médecins percevaient le VSM comme une synthèse utile, permettant d'avoir rapidement une vue d'ensemble des antécédents, traitements et pathologies, tout en soulignant que son intérêt dépendait de sa consultation effective par les autres professionnels.

- *« Un volet de synthèse, ça c'est intéressant car ça permet d'avoir vite une idée des problématiques du patient, de ses traitements… Je pense que c'est probablement le truc le plus important. » (M3)*

- *« Je trouve que c'est une bonne idée en soi en supposant que l'usage du DMP se démocratise et que quelqu'un regarde ce volet de synthèse médicale, oui c'est effectivement très intéressant*. » *(M1)*

À l'inverse, trois médecins déclaraient ne pas renseigner les VSM, en évoquant des difficultés liées au codage des antécédents ou une méconnaissance de la démarche.

- *« Pour les antécédents, si je ne les ai pas codés, il n'y a rien qui passe dans le VSM. » (M7)*
- *« Moi, les antécédents, ils sont en texte libre […] Il faudrait que je fasse les volets de synthèse pendant toute une journée et j'ai d'autres choses à faire pour l'instant. » (M6)*
- *« Ça, je ne le fais pas, je n'ai jamais appris à le faire. » (M9)*

4) Consultation ponctuelle et ciblée du DMP

La majorité des médecins rapportaient une consultation non systématique du DMP. Celui-ci était surtout mobilisé comme une source d'informations complémentaires lorsque les éléments recherchés n'étaient pas disponibles via les circuits habituels d'information, ou pour des patients inconnus du médecin.

- *« Je n'ai pas le réflexe d'aller sur le DMP... Ce n'est pas dans ma routine » (M7)*
- *« Moi je ne le consulte presque jamais parce que la plupart du temps j'ai déjà toutes les informations disponibles. » (M12)*
- *« J'y vais quand je ne l'ai pas eu par messagerie, par courrier, ou que le patient ne l'a pas […] Je peux être une journée, voire une semaine, sans aller voir le DMP d'un patient. » (M4)*
- *« En général, quand je consulte le DMP d'un patient, c'est pour rechercher un courrier que je n'ai pas reçu parce que je n'étais pas forcément destinataire. » (M8)*

- *« Il m'arrive quand il me manque une information sur quelqu'un que je ne connais pas, d'y aller, proactivement pour essayer de trouver les informations. Ça m'arrive ponctuellement. » (M11)*

5) Évolutions récentes perçues comme positives

Plusieurs médecins évoquaient une amélioration récente du DMP, qu'ils associaient à une meilleure intégration dans les logiciels métiers. Ils rapportaient un fonctionnement désormais plus opérationnel qu'auparavant.

- *« Moi ça fait 11 ans que je suis installé, et je vois que depuis deux ans ça marche vraiment. » (M2)*
- *« Ça fait peut-être maintenant un an que j'ai cette option-là dans mon logiciel, et qui fonctionne assez bien. C'est avec le Ségur qu'ils ont activé tout ça. » (M10)*
- *« Les versions précédentes étaient nulles et n'avaient aucun intérêt : personne ne l'alimentait et, de toute façon, on ne pouvait pas y aller, c'était hyper compliqué. Mais depuis que la dernière version est en place, je trouve que c'est une bonne chose. » (M4)*

4. Freins et limites à l'utilisation du DMP

1) Un accès dépendant du logiciel métier

L'accès au DMP semblait conditionné par le logiciel métier utilisé. Les dysfonctionnements techniques (lenteurs, bugs) apparaissaient comme des freins importants à la consultation et pouvaient conduire à un abandon de la démarche. À l'inverse, lorsque l'intégration au logiciel métier était jugée fluide, les médecins décrivaient une expérience plus favorable.

- *« Les quelques fois où je m'en suis servi, j'ai trouvé que c'était lent, le temps d'accès, le chargement des pages étaient extrêmement lents. » (M1)*
- *« Je l'ai lancé à partir de mon logiciel, ça a bugué et ça ne marchait pas. J'ai essayé quatre fois puis après j'ai laissé tomber. » (M12)*
- *« Le logiciel joue beaucoup. Avant, quand le patient arrivait, j'allais chercher sur MSSanté ou Apicrypt […] Maintenant je fais un clic dans le DMP et je retrouve son document : ça va beaucoup plus vite. » (M2)*

Un médecin imputait les difficultés de consultation non pas au DMP lui-même, mais au logiciel métier utilisé.

- *« Le gros problème aujourd'hui, c'est la consultation, mais qui, à mon avis, n'est pas due au DMP mais à Doctolib. » (M4)*

2) Une charge administrative supplémentaire

Plusieurs médecins percevaient le DMP comme une contrainte supplémentaire à intégrer dans un temps de consultation déjà limité. Le frein tenait à la fois au temps supplémentaire généré et au sentiment de double saisie.

- *« J'y suis très favorable dans l'idée, mais dans la pratique je pense que tout ce qui rajoute une couche supplémentaire et une double saisie, même si on essaie d'automatiser les saisies, est quand même une charge qui ne paraît pas toujours indispensable. » (M3)*
- *« Mais alors c'est très chronophage parce que du coup j'enregistre les vaccinations sur Doctolib, sur leur carnet de santé pour les enfants et les adultes... c'est très chronophage de le faire en plus sur le DMP. » (M11)*

- *« C'est encore un truc en plus auquel il faut qu'on pense, et il faut dire qu'en médecine générale on a déjà pas mal de trucs à penser : entre le dépistage, les soins, la prévention… et on va rajouter maintenant en plus le DMP. » (M10)*
- *« Ça nous rajoute de la charge administrative. » (M1)*

3) Un contenu jugé incomplet

Certains médecins mettaient en avant un contenu peu renseigné, réduisant l'intérêt perçu d'aller consulter le DMP.

- *« Les quelques dossiers que j'avais pu regarder, j'avais l'impression que ce n'était pas spécialement renseigné par d'autres professionnels. » (M1)*
- *« Ça marche vraiment pour nous facilement, mais pour l'instant pas encore chez les autres professionnels, donc ça limite l'intérêt. » (M2)*
- *« Et ça m'énerve parce qu'il n'y a pas ce que je veux, donc ce n'est pas très positif comme expérience en général. » (M8)*

Cette impression de dossier « vide » pouvait être d'autant plus décourageante pour l'alimentation du DMP :

- *« C'est toujours la question que pour l'instant l'adoption elle n'est pas folle et que si j'envoie des choses sur le DMP bah je sens que ça ne va jamais être vu par personne. » (M1)*
- *« Je pense que tu as envie d'y mettre des choses quand t'y trouves des choses. » (M3)*

4) Des circuits d'information déjà structurés

Plusieurs médecins rapportaient un faible recours au DMP, en raison d'un sentiment de double emploi avec les outils déjà utilisés au cabinet, notamment les messageries sécurisées et leur dossier médical informatisé.

- *« Je m'en sers extrêmement peu, aussi parce que ça fait double emploi : la plupart des comptes rendus de spécialistes, on les reçoit déjà par messagerie sécurisée. » (M1)*
- *« Pour moi, en tant que médecin généraliste, l'utilité elle est marginale, parce que notre dossier médecin est assez complet. J'ai toutes les informations nécessaires et je peux les récupérer facilement auprès des messageries sécurisées. » (M11)*
- *« Moi je ne l'utilise presque jamais parce que la plupart du temps j'ai déjà toutes les informations disponibles. » (M12)*

Certains médecins évoquaient aussi le recours à d'autres plateformes pour échanger ou récupérer des documents, ce qui renforçait l'idée d'un outil supplémentaire et pouvait réduire le recours au DMP.

- *« Moi j'utilise Doctolib […] Tous les documents qu'on envoie sont sécurisés » (M2)*
- *« Il y a de plus en plus de patients qui utilisent Doctolib pour partager des documents et pour stocker des documents. » (M10)*
- *« Le patient reçoit l'ordonnance sur l'application Doctolib directement. C'est sécurisé car ce n'est pas un envoi par mail directement. » (M5)*

Au-delà de ces outils numériques, certains médecins mettaient en avant une pratique centrée sur l'échange en consultation et les documents apportés par le patient, rendant la consultation du DMP moins prioritaire.

- *« Je pense que ça peut être un outil accessoire pour certaines choses, mais il ne faut pas que ça devienne la première ressource de documentation quand on fait connaissance avec un patient. » (M10)*
- *« Moi j'ai un logiciel qui fonctionne bien, j'ai des patients qui sont cortiqués, participatifs et qui ramènent leur document... donc finalement moi mon DMP c'est le patient qui vient. » (M12)*

5) Une appropriation contrastée par les patients

Plusieurs médecins décrivaient des patients peu informés et peu impliqués dans la gestion de leur dossier.

- « *Alors il n'y a absolument aucun patient qui m'a parlé de son DMP. » (M1)*
- *« Les patients sont très peu au courant qu'ils ont accès au DMP... rares sont les patients qui déposent des informations ou des comptes rendus médicaux sur leur DMP […] rares sont ceux qui se l'approprient j'ai l'impression. » (M11)*
- *« Les patients n'ont pas le réflexe d'aller le consulter et voir si le spécialiste a mis leur courrier. » (M2)*

Un médecin soulignait que l'absence d'évocation du DMP en consultation pouvait limiter l'expression spontanée des patients sur le sujet.

- *« Après je pense que ça vient de moi aussi : comme je n'aborde pas le sujet, ils ne m'en parlent pas. » (M6)*

À l'inverse, certains évoquaient des patients plus curieux et actifs, qui mentionnaient ponctuellement Mon espace santé, le plus souvent parmi les plus à l'aise avec le numérique.

- *« Il y en a qui alimentent leur espace santé, mais pas beaucoup. » (M4)*
- *« Il y a certains patients qui me disent qu'ils consultent leur espace santé. » (M7)*
- *« J'en ai quelques-uns qui m'en parlent spontanément en disant qu'ils vont consulter leur espace santé à chaque fois qu'ils reçoivent une notification […] C'est très mitigé, les patients qui ne sont pas très connectés, ce ne sont pas eux qui l'utilisent. » (M5)*
- *« Il faut quand même que ce soient des gens assez connectés, acteurs dans leur santé. » (M8)*

6) Sécurité et confidentialité des données

La question de la confidentialité et de la sécurité des données était peu évoquée spontanément au cours des entretiens. Lorsqu'elle était évoquée, elle renvoyait à des inquiétudes sur la protection des données, ainsi qu'à l'importance du consentement du patient et des modalités d'accès au dossier.

- *« J'avoue que je reste un peu sceptique sur la protection des données avec la crainte que ça fuite et qu'on se retrouve avec des usurpations d'identité ou des reventes de données. » (M6)*
- *« C'est quand même extrêmement important de faire attention aux conditions dans lesquelles on accède au DMP, d'avoir bien l'accord du patient, ça reste son dossier médical à lui […] Ce sont des avancées technologiques qui sont géniales et qui ont aussi des mauvais côtés, qu'on doit chercher à réguler, mais qui ne peuvent pas être parfaitement régulés. » (M1)*

5. Leviers et perspectives d'amélioration

1) Améliorer l'accès au DMP

Dans la continuité des difficultés d'accès rapportées, plusieurs médecins exprimaient le besoin d'un accès au DMP plus simple et plus rapide, avec un dossier mieux structuré, via une meilleure intégration au logiciel métier.

- *« On a surtout besoin que l'intégration dans nos logiciels soit mieux faite, plus rapide, pour qu'on n'y perde pas toujours énormément de temps à chaque fois. » (M1)*
- *« Ce qu'il faudrait, c'est qu'en un clic on puisse accéder à la fenêtre du DMP […] L'amélioration, c'est la fluidité, là, ce n'est pas fluide. » (M3*)

- *« Améliorer la présentation des documents et que la consultation soit plus rapide, parce que ça mouline toujours. » (M8)*
- *«* Le DMP, je veux bien y aller, mais il faut que ce soit rapide et qu'il y ait les choses essentielles. » (M9)
- *« Je ne pense pas que ce soit un mauvais outil, je pense juste qu'il n'est pas assez bien intégré et automatisé. » (M12)*

2) Formation à l'utilisation du DMP

Si certains médecins se disaient à l'aise avec les outils numériques, d'autres exprimaient un besoin d'accompagnement, avec une préférence pour des formats en présentiel, jugés plus interactifs et plus adaptés que les formats proposés.

- *« Je suis d'une jeune génération, donc je suis très à l'aise avec l'informatique donc en soi pour moi c'est très intuitif. » (M1)*
- *« Moi j'aimerais qu'il y ait quelqu'un, je ne sais pas... un délégué informatique peut-être, qui passe au cabinet et qui nous explique via notre logiciel. » (M7)*
- *« Une formation en présentiel. Je trouve que c'est plus agréable, il y a plus d'interactivité. » (M9)*
- *« Ce n'est pas normal que l'Agence du numérique en santé ne fasse pas des formations correctes et pas juste des webinaires avec 100 personnes à l'autre bout. Je pense que ça doit passer par une vraie formation avec interactivité. » (M3)*

Plus marginalement, deux médecins proposaient de rendre cette formation au DMP obligatoire, sur le modèle des obligations de formation continue.

- *« On nous demande bien de faire des DPC obligatoires, pourquoi ne pas instaurer aussi l'obligation de suivre une formation sur le DMP ? » (M9)*

3) Délégation des tâches administratives

Certains médecins proposaient de déléguer une partie des tâches administratives, notamment le codage d'antécédents nécessaire au remplissage du Volet de Synthèse Médicale (VSM), par exemple à une assistante médicale.

- *« Pourquoi ne pas mettre quelqu'un à disposition pour coder les antécédents ? Comme à l'hôpital, il y a des codeuses pour les actes. » (M6)*
- *« Je pense que, quand tu as une assistante médicale, ça peut être hyper pratique, tu peux lui demander de tout coder. » (M7)*

4) Incitation financière

Plusieurs médecins identifiaient l'incitation financière (via la ROSP) comme un levier d'appropriation, ayant favorisé et accéléré le remplissage des VSM.

- *« Ce n'est pas innocent que l'année dernière il y ait eu une grosse incitation financière au niveau de la ROSP... C'est pour qu'on les remplisse. » (M1)*
- *« Mais c'est sûr que la rémunération a fait que j'ai rempli plus rapidement les VSM. » (M2)*
- *« Je les ai faits la première année parce qu'il fallait faire autant de pourcentage avant telle date pour avoir la rémunération. » (M8)*

Cette rémunération était aussi perçue comme une reconnaissance du travail administratif réalisé hors consultation.

- *« Je pense que ça représente aujourd'hui une reconnaissance du travail que fait le médecin traitant hors consultation » (M3)*

5) Adhésion collective

Plusieurs médecins soulignaient que l'utilité du DMP reposait sur une adoption large par l'ensemble des professionnels de santé.

- *« Il faut que ça continue à se développer avec les autres professions et acteurs de santé, notamment les hôpitaux. Ce sera vraiment utile si tout le monde s'y met, et aussi les autres généralistes qui ne l'utilisent pas encore. Plus l'outil est nourri, plus il est efficace. » (M2)*
- *« Il faut vraiment que tous les professionnels s'y mettent. » (M3)*

Un médecin insistait sur la nécessité d'un travail de pédagogie auprès des patients, afin de favoriser leur adhésion.

- *« Le dossier appartient au patient, c'est donc lui qui doit être le maître d'œuvre de son dossier. Il faut faire un gros travail de pédagogie avec les patients. » (M11)*

6) Une efficacité attendue à long terme

Plusieurs médecins estimaient que l'efficacité du DMP ne pouvait s'apprécier qu'à long terme, le temps que les pratiques évoluent et que l'adhésion progresse. Par ailleurs, la persistance de représentations négatives liées aux expériences passées était mentionnée, avec l'idée qu'un travail de « déconstruction » serait nécessaire pour permettre une appropriation durable.

- *« On sait bien que ça ne va pas se faire du jour au lendemain, c'est un changement tellement énorme dans la façon d'aborder le suivi de la santé de manière générale. » (M1)*
- *« Laissons-nous 10-20 ans... Il y a des gens qui sont réfractaires à la nouveauté. » (M5)*

- *« C'est aussi parce ça a été un énorme bins à être lancé […] Le temps qu'il y ait l'adhésion des gens, il va se passer 5 ou 10 ans. Je pense que dans 10 ans ce sera complètement différent. » (M12)*
- *« C'est pour ça que je pense qu'il faut d'abord déjà déconstruire toutes les représentations qu'on s'est faites du DMP pour repartir sur de bonnes bases. » (M10)*

Discussion

Notre étude avait pour objectif d'explorer l'utilisation du DMP par les médecins généralistes libéraux du Nord.

Nos résultats montraient une adhésion globale aux finalités du dispositif, mais une appropriation contrastée en pratique. L'alimentation, facilitée par l'automatisation via le logiciel métier, contrastait avec une consultation plus opportuniste, dans un contexte de freins techniques, de contraintes de temps et de circuits d'information déjà structurés.

Ces résultats sont discutés au regard des objectifs du dispositif, de la place du médecin traitant et des déterminants concrets de l'usage du DMP en soins primaires.

1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

1) Finalités perçues en cohérence avec les objectifs du DMP

Dans notre étude, les bénéfices attribués au DMP (partage sécurisé, centralisation et disponibilité de l'information) rejoignaient les objectifs du dispositif, conçu pour faciliter la coordination des soins, en rendant accessibles, au même endroit, des informations utiles à la prise en charge (13).

Les médecins mettaient notamment en avant l'intérêt de retrouver des éléments structurants du suivi (comptes rendus, résultats d'examens de biologie et d'imagerie, traitements, antécédents et allergies éventuelles, directives anticipées), en cohérence avec le contenu attendu du DMP (3).

Enfin, la représentation d'un patient « acteur » de sa santé retrouvée dans notre étude s'inscrivait dans le cadre institutionnel de Mon espace santé, conçu comme un espace numérique personnel permettant à l'usager de consulter ses documents de santé, d'en déposer et de les partager avec les professionnels de santé (14).

2) Le médecin traitant, acteur central de l'alimentation

Dans notre étude, plusieurs médecins se percevaient comme des acteurs clés de l'alimentation du DMP. Ce constat rejoint une thèse qualitative antérieure, dans laquelle les médecins se décrivaient comme le « pivot » et le « principal responsable de l'alimentation du DMP » (15).

Cette place du médecin traitant est cohérente avec le cadrage institutionnel : le Code de la santé publique prévoit que le médecin traitant verse périodiquement, au moins une fois par an, une synthèse dans le DMP, et qu'il dispose d'un droit d'accès lui permettant d'accéder à l'ensemble des informations qu'il contient (7).

3) Une dissociation entre alimentation et consultation

Nos résultats mettaient en évidence une dissociation entre alimentation et consultation du DMP : l'alimentation, facilitée par l'automatisation des envois via le logiciel métier, contrastait avec une consultation ponctuelle, parfois absente.

Cette tendance était cohérente avec les données d'usages publiées : en décembre 2024, près de 95 000 professionnels de santé libéraux, dont 67 000 médecins (hors radiologie), 293 groupements de laboratoires, 3 700 établissements de santé, et plus de 6 500 établissements sociaux et médico-sociaux avaient déposé des documents dans Mon espace santé (16).

En parallèle, les pratiques de consultation par les professionnels apparaissaient plus modestes : en ville, près de 32 000 médecins avaient consulté Mon espace santé en novembre 2024 (17).

4) Une consultation en second recours, au bénéfice limité en routine

Dans notre étude, le DMP apparaissait principalement comme une ressource complémentaire, mobilisée lorsque l'information n'était pas disponible via les circuits habituels ou en cas de patient inconnu. Cette place en « second recours » s'expliquait par l'existence d'autres circuits d'information déjà en place et jugés suffisants au quotidien, rendant la consultation du DMP moins spontanée.

De façon concordante, une thèse qualitative récente rapportait que plusieurs médecins généralistes le décrivaient comme « une béquille cognitive » ou un « filet de sécurité » dans des situations complexes face à des patients peu connus du cabinet médical (18).

5) Une structuration des dépôts nécessaire

Concernant l'alimentation du DMP, certains médecins rapportaient sélectionner les documents afin d'éviter une accumulation et de préserver un dossier facilement exploitable. Cette préoccupation faisait écho à des données qualitatives rapportées dans une thèse de médecine générale (2021), où les médecins insistaient sur la nécessité d'un DMP organisé, et non d'un simple « fourre-tout » (19).

Elle rejoignait également les mises en garde formulées au niveau parlementaire : la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) soulignait la nécessité d'évoluer d'un « coffre-fort » vers une base personnelle de données de santé et rappelait que « le DMP ne doit pas être un empilement de documents non ordonnancés » (20).

6) Une appropriation des patients encore limitée

Au-delà des circuits professionnels, l'appropriation par les patients conditionne l'atteinte d'un des objectifs centraux du DMP, intégré à Mon espace santé : favoriser le partage et la circulation de l'information entre le patient et les professionnels.

Or, dans notre étude, l'outil était rarement évoqué par les patients. Cette faible mobilisation des usagers pouvait limiter l'installation du DMP comme support d'échanges et de transmission d'informations.

Ces constats sont à mettre en perspective avec le déploiement national : si près de 97 % des assurés disposent d'un profil Mon espace santé du fait de l'ouverture automatique, environ un quart l'avait activé, soit près de 17 millions de personnes, trois ans après son lancement (21). Cela souligne l'écart entre l'ouverture automatique et l'activation effective.

Enfin, les entretiens suggéraient une concurrence d'usage avec des plateformes comme Doctolib, utilisées par certains patients et par certains cabinets pour transmettre des documents, et parfois échanger via la messagerie intégrée. Cette coexistence d'outils pouvait contribuer à maintenir Mon espace santé (et sa messagerie) au second plan.

7) Un dossier encore perçu comme incomplet

Même si l'alimentation de Mon espace santé progresse, les médecins généralistes de notre étude rapportaient encore la perception d'un dossier insuffisamment alimenté par les autres professionnels de santé.

Ce constat est également retrouvé dans une thèse qualitative de 2022, dans laquelle la grande majorité des médecins mettaient en avant le contenu peu informatif des dossiers consultés (22).

Cette situation pouvait entretenir une boucle de découragement : l'anticipation de ne pas trouver l'information attendue réduisait l'intérêt de consulter le DMP, ce qui renforçait ensuite l'impression d'un outil peu utile en pratique.

Le travail du Dr Froment décrivait une logique similaire, avec des médecins réticents à consulter le DMP par crainte de ne pas y retrouver l'information recherchée (18).

8) Une ergonomie perfectible

Les difficultés techniques décrites dans les travaux qualitatifs antérieurs concernaient principalement l'interopérabilité insuffisante entre le DMP et les logiciels métiers, freinant l'intégration des documents (15,19).

Les évolutions récentes portées par le Ségur du numérique ont contribué à rendre l'alimentation du DMP plus fluide grâce à une meilleure intégration aux logiciels métiers.

Dans notre étude, plusieurs médecins rapportaient d'ailleurs une amélioration récente du dispositif, qu'ils attribuaient à une intégration devenue plus opérationnelle, contrastant avec l'expérience d'un DMP auparavant peu fonctionnel.

Néanmoins, nos résultats indiquaient que la consultation restait entravée par des lenteurs, des bugs et des parcours d'accès jugés complexes, avec une expérience variable selon les logiciels utilisés.

Ces constats plaçaient l'ergonomie au premier plan des leviers d'amélioration.

En parallèle, la Cour des comptes soulignait en 2024 que « l'ergonomie des logiciels pour l'alimentation des dossiers médicaux partagés est parfois mise en cause » et qu'« une simplification de ces logiciels apparaît souhaitable (…) ce qui lèverait les contraintes opérationnelles pesant sur les médecins » (11).

9) Une charge administrative difficilement compatible avec le temps de consultation

Dans notre étude, plusieurs médecins décrivaient le DMP comme une tâche administrative supplémentaire, difficile à intégrer dans un temps de consultation déjà contraint, notamment lorsqu'il impliquait des actions de double saisie (par exemple pour les vaccinations) ou la mise à jour des VSM en dehors du temps clinique.

Cette perception s'inscrit dans un contexte de forte charge de travail en médecine générale : d'après le panel de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), les médecins généralistes déclaraient en 2019 un temps de travail hebdomadaire moyen d'environ 54 heures, dont 5 h 30 consacrées à des tâches de gestion et de coordination (23).

Dans ce cadre, l'incitation financière associée au VSM peut être comprise à la fois comme un levier d'appropriation et comme une forme de reconnaissance d'un travail réalisé hors consultation.

10) Adoption du DMP : un changement de pratique encore inachevé

Au-delà des freins techniques, nos résultats suggéraient que l'adoption du DMP relevait aussi d'une dynamique de changement de pratique. Bien que l'outil soit globalement connu et que ses finalités soient jugées pertinentes, son usage restait souvent secondaire au regard des contraintes de consultation et de l'existence des circuits d'information déjà bien installés.

Le modèle des stades du changement (type Prochaska & DiClemente) peut servir ici de cadre interprétatif : une partie des médecins pourrait se situer dans un stade de contemplation, où l'outil est connu et perçu comme potentiellement utile, sans être priorisé ni intégré comme réflexe en routine (24).

Cette posture rejoint l'idée d'une efficacité surtout attendue à long terme, conditionnée par une appropriation progressive et par l'alimentation du dossier par l'ensemble des acteurs. Elle pouvait aussi être influencée par l'empreinte d'expériences antérieures négatives, susceptibles d'entretenir une réserve durable, sans exclure une évolution avec la poursuite du déploiement et l'amélioration des usages.

11) Des besoins d'accompagnement persistants

Dans une étude menée en 2018 auprès de 16 médecins généralistes, près de la moitié exprimaient un besoin d'accompagnement et de formation (15). Dans notre étude, la demande de formation au DMP était moins explicite, une minorité de médecins exprimant une méconnaissance des modalités pratiques.

Ces éléments suggéraient que, si l'outil pouvait paraître plus accessible pour une partie des médecins, des besoins d'accompagnement persistaient, notamment chez ceux dont l'usage restait faible ou absent.

Ces résultats renvoyaient à la question de l'organisation de la formation : entre l'Assurance Maladie, les éditeurs de logiciels et les acteurs institutionnels du numérique en santé, l'information apparaissait hétérogène et sans cadre homogène.

Se posait alors la question de l'acteur le plus légitime pour former, ainsi que des formats les plus adaptés aux contraintes de soins primaires (formation courte, accompagnement au cabinet, tutoriels intégrés au logiciel métier, etc.).

2. Forces et limites

Nous avons confronté cette étude aux critères de qualité de la grille COREQ (Annexe F) et aux recommandations de la grille SRQR (Annexe G).

Le caractère actuel du sujet, dans un contexte de déploiement de Mon espace santé et d'évolutions des outils numériques, constituait une force de l'étude, en permettant d'explorer des représentations et des usages au plus près des pratiques.

Le recours à des entretiens semi-dirigés en présentiel était particulièrement adapté pour explorer en profondeur les représentations et recueillir les expériences des médecins généralistes vis-à-vis du DMP.

Une triangulation de l'analyse par un second médecin généraliste réalisant également une étude qualitative a contribué à renforcer la crédibilité des résultats.

L'expérience initialement limitée de l'investigatrice en recherche qualitative a pu influencer la conduite des premiers entretiens (maîtrise imparfaite des temps de silence, relances et transitions parfois précipitées).

Le recrutement sur la base du volontariat, via le réseau de l'investigatrice puis par effet boule de neige, a pu introduire un biais de sélection, en favorisant l'inclusion de médecins plus accessibles et en limitant l'accès à certains profils, ce qui peut réduire la transférabilité des résultats.

3. Perspectives

Il serait pertinent d'appliquer un questionnement similaire à d'autres acteurs du système de soins (autres spécialistes libéraux, médecins hospitaliers), dont les contraintes et les modalités d'usage pourraient différer de celles des médecins généralistes. Cette ouverture permettrait notamment de mieux comprendre la perception d'un dossier incomplet rapportée par les médecins généralistes de notre étude.

La reconduction de cette étude dans quelques années permettrait d'apprécier l'évolution des représentations et des pratiques, dans un contexte de déploiement progressif des dispositifs issus du Ségur du numérique. La première vague a principalement soutenu l'alimentation du DMP via une meilleure intégration dans les logiciels métiers, tandis que la vague 2 vise désormais à faciliter la consultation, par les professionnels de santé, des informations disponibles dans Mon espace santé, ce qui pourrait modifier les usages observés et la place du DMP en pratique (25).

Enfin, l'intégration du DMP - Mon espace santé dès la formation initiale des internes pourrait favoriser l'acquisition de réflexes d'usage. Cette dynamique devrait toutefois s'accompagner d'une offre de formation continue, afin d'accompagner les médecins déjà installés, d'harmoniser les pratiques et de répondre aux besoins d'accompagnement exprimés par certains médecins.

Conclusion

Au terme de cette étude, le DMP apparaît comme un levier potentiel de coordination des soins, en facilitant le partage et l'accès aux informations médicales utiles à la prise en charge.

Si ses finalités sont globalement partagées par les médecins généralistes interrogés, son appropriation reste contrastée : l'alimentation du DMP par les médecins généralistes semble progresser, tandis que la consultation demeure opportuniste, freinée par une ergonomie encore imparfaite et par des pratiques déjà structurées.

La participation de l'ensemble des acteurs de santé et l'intégration du DMP aux logiciels métiers constituent des leviers essentiels pour renforcer son usage en pratique.

À terme, les évolutions portées par le Ségur du numérique, associées à un accompagnement renforcé des professionnels de santé et des patients, pourraient faire du DMP un outil pleinement opérationnel, au service de la coordination des soins, de la qualité et de la sécurisation des prises en charge.

Références bibliographiques

1. Légifrance. Code de la santé publique. Chapitre II : Interopérabilité et sécurité des services numériques en santé (articles L1470-5 à L1470-6) [Internet]. [cité le 20 févr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000043497487/

2. Agence du Numérique en Santé. DMP [Internet]. [cité le 20 févr 2026]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/doctrine/dmp

3. Assurance Maladie. Le Dossier Médical Partagé (DMP) en pratique [Internet]. [cité le 28 sept 2025]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique

4. France. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 13 août 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158

5. Assurance Maladie. DMP : un service désormais disponible pour tous [Internet]. 6 nov 2018 [cité le 22 avr 2025]. Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2018-11-06-dp-dmp-pour-tous

6. Vie-publique.fr. Du dossier médical partagé à Mon espace santé [Internet]. 2023 [cité le 22 avr 2025]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/eclairage/18471-du-dossier-medical-partage-mon-espace-sante

7. Légifrance. Code de la santé publique. Section 3 : Espace numérique de santé, dossier médical partagé et dossier pharmaceutique (articles L1111-13 à L1111-24) [Internet]. [cité le 20 févr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020889011/

8. France. Décret n° 2021-1048 du 4 août 2021 relatif à la mise en œuvre de l'espace numérique de santé [Internet]. 4 août 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043914270

9. Agence du Numérique en Santé. Conférence JNI 2021 – Mon espace santé [Internet]. 5 oct 2021 [cité le 20 févr 2026]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media/document/jour1_7_jni_monespacesante_vf.pdf

10. Agence du Numérique en Santé – Portail Industriels. Le Ségur du numérique pour les entreprises du numérique en santé [Internet]. [cité le 2 févr 2026]. Disponible sur: https://industriels.esante.gouv.fr/segur-numerique-sante

11. Cour des comptes. Mon espace santé [Internet]. 29 mai 2024. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240529-Ralfss-2024-Mon-espace-sante.pdf

12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101.

13. Agence du Numérique en Santé. Dossier médical partagé (DMP) [Internet]. [cité le 20 sept 2025]. Disponible sur: https://gnius.esante.gouv.fr/fr/reglementation/fiches-reglementation/dossier-medical-partage-dmp

14. Service-Public.fr. Qu'est-ce que Mon espace santé (dossier médical partagé) ? [Internet]. [cité le 30 sept 2025]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F36151

15. Renault PO. Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé : enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018 [Thèse d'exercice de médecine générale]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2019.

16. Ministère chargé de la Santé. Mon espace santé a 3 ans et déjà plus de 2,5 millions d'utilisateurs tous les mois [Internet]. [cité le 18 févr 2026]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiques-de-presse/article/mon-espace-sante-a-3-ans-et-deja-plus-de-2-5-millions-d-utilisateurs-tous-les

17. Ministère chargé de la Santé. État d'avancement – Au 17 décembre 2024 [Internet]. 2024 [cité le 2 mars 2026]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_etat_avancement_feuillederoute.pdf

18. Froment T. Appropriation du Dossier Médical Partagé (DMP) par les médecins généralistes : étude qualitative de leurs usages et perceptions depuis l'intégration dans les logiciels métiers référencés Ségur [Thèse d'exercice de médecine générale]. Marseille : Aix-Marseille Université ; 2025.

19. Jogessur PS. Motivations et freins à l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes [Thèse d'exercice de médecine générale]. Lille : Université de Lille ; 2021.

20. Assemblée nationale (France)**.** Commission des affaires sociales. Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. Rapport d'information n° 3231 : Dossier médical partagé et données de santé [Internet]. Paris : Assemblée nationale ; 22 juill 2020 [cité le 18 févr 2026]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/mecss/l15b3231_rapport-information

21. Assurance Maladie. 3 ans après le lancement de Mon espace santé, 17 millions d'assurés ont activé leur profil [Internet]. 2025 [cité le 2 févr 2026]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/infirmier/actualites/3-ans-apres-le-lancement-de-mon-espace-sante-17-millions-d-assures-ont-active-leur-profil

22. Roy F. État des lieux des connaissances et de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes du territoire Dracénois dans le Var: étude qualitative auprès des médecins généralistes du territoire Dracénois dans le Var [Thèse d'exercice de médecine générale]. Nice: Université Côte d'Azur; 2022.

23. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. [cité le 2 févr 2026]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler

24. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. Am Psychol. 1992;47(9):1102-1114.

25. Agence du Numérique en Santé. Ségur du numérique en santé – Vague 2 : dispositifs et référencement [Internet]. [cité le 2 févr 2026]. Disponible sur: https://industriels.esante.gouv.fr/segur-numerique-sante/vague-2

Annexes

Annexe A – Mon espace santé

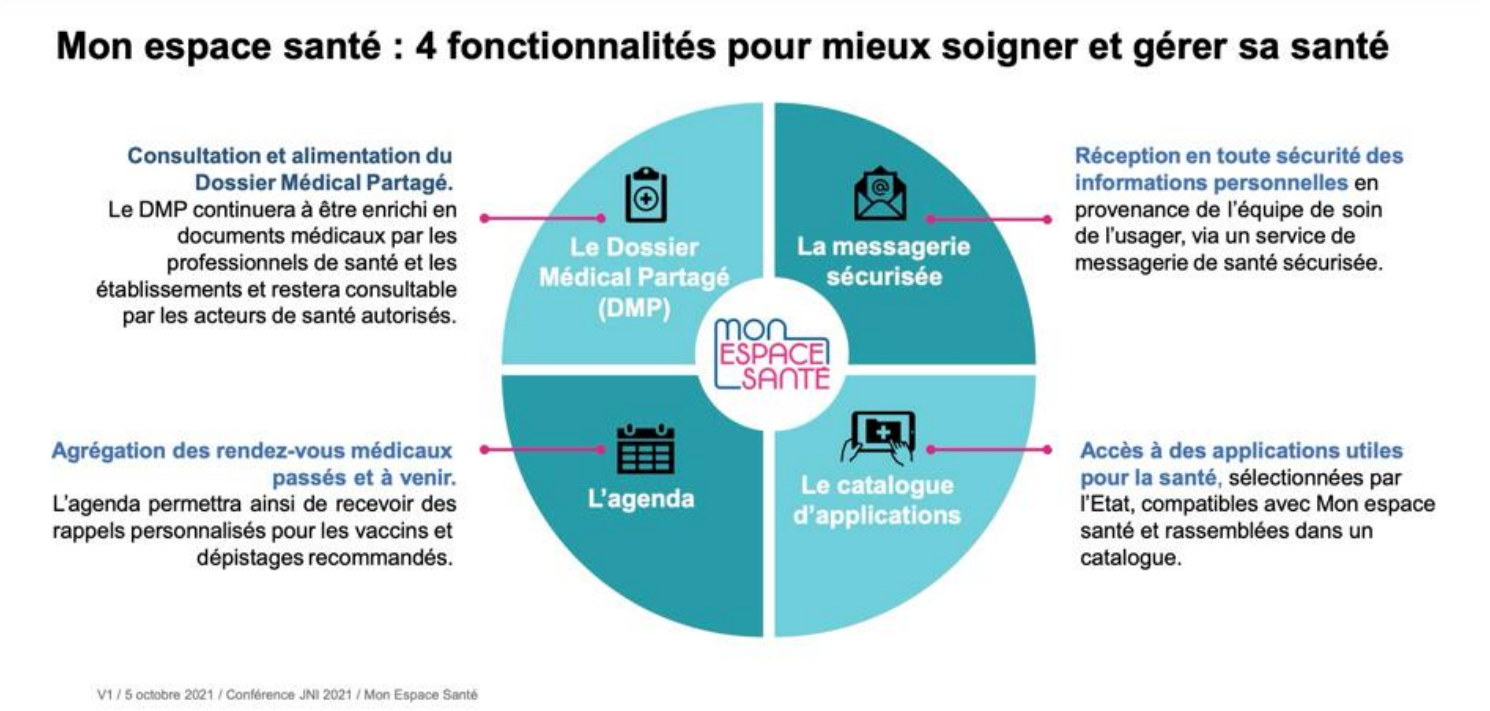


Figure A1 – Mon espace santé : 4 fonctionnalités pour mieux soigner et gérer sa santé (DMP, messagerie sécurisée, agenda, catalogues d'applications). Source : Agence du Numérique en Santé, support « Conférence JNI 2021– Mon espace santé », 5 octobre 2021.

Annexe B – Guide d'entretien

Guide d'entretien

Pour commencer, pouvez-vous me décrire votre dernière expérience avec le Dossier Médical Partagé ?

1. **Que pourriez-vous me dire du DMP ?**
   - Que contient-il ? Comment y accède-t-on ?

2. **Comment avez-vous été informé(e) de l'existence du DMP ?**
   - Avez-vous bénéficié d'une formation ?

3. **Dans votre pratique, comment utilisez-vous le DMP aujourd'hui ?**
   - Alimentez-vous le DMP ?
   - Avez-vous déjà consulté le DMP d'un patient ?
   - Connaissez-vous le VSM ? Avez-vous partagé les VSM de vos patients ?

4. **Dans quelles situations le DMP vous paraît-il utile ?**

- En tant que médecin généraliste, vous sentez-vous concerné(e) par cet outil ?
- Et du point de vue des patients, qu'observez-vous ?

5. **Quelles difficultés ou freins rencontrez-vous avec le DMP ?**

6. **Quelles améliorations proposeriez-vous pour encourager son utilisation ?**

Pour terminer, y a-t-il un point important que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez mentionner concernant le DMP ?

Annexe C – Questionnaire de données sociodémographiques

1) Êtes-vous :
    - Une femme
    - Un homme
    - Autre
    - Je préfère ne pas le dire

2) Quel âge avez-vous ?
    -

3) Quel est votre mode d'exercice ?
    - Exercice individuel
    - Cabinet de groupe
    - MSP

4) Quelle est votre zone d'activité ?
    - Rurale
    - Urbaine
    - Périurbaine

5) Avez-vous un secrétariat ?
    - Si oui :
        - Télésecrétariat
        - Cabinet
    - Non

6) Êtes-vous informatisé(e) ?
    - Oui
    - Non

7) Quel est votre logiciel métier ?
    -

8) Êtes-vous maître de stage ?
    - Oui
    - Non

Date :
N° d'identification :

Annexe D – Lettre d'information

Cette étude, réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale, vise à mieux comprendre l'utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP) dans la pratique des médecins généralistes.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré afin de permettre une retranscription fidèle.

Votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions, interrompre l'entretien et/ou retirer votre consentement à tout moment, sans avoir à vous justifier.

Votre identité ne sera pas mentionnée. Vos propos seront anonymisés et tout élément permettant de vous identifier sera supprimé lors de la retranscription. Les informations recueillies seront traitées de manière strictement confidentielle.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles (RGPD), vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Je vous remercie une fois de plus pour votre participation.

Je soussigné(e) ……, déclare avoir pris connaissance des informations concernant cette étude avant l'entretien, avoir pu poser mes questions, et confirme mon accord pour participer à l'étude.

Fait à : …….

Le : …… / …… / ……

Signature du/de la participant(e) : _____

Signature de l'investigatrice : _____

Annexe E – Déclaration de conformité

CNIL.
COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE & LIBERTÉS

Référence CNIL :
2236713 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004
reçue le 3 décembre 2024

Madame Marie BEHELLE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Madame BEHELLE Marie	**N° SIREN/SIRET :**	
Service :		**Code NAF ou APE :**	
Adresse :		**Tél. :**	0648556908
CP :	59130	**Fax. :**	
Ville :	LAMBERSART		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 4 décembre 2024

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : https://www.cnil.fr/donnees-personnelles

Annexe F – Grille de lecture COREQ

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? *E.g. PhD, MD*
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. *personal goals, reasons for doing the research*
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. *Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic*
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? *e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis*
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? *e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball*
11.	Method of approach	How were participants approached? e.g. *face-to-face, telephone, mail, email*
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. *home, clinic, workplace*
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? *e.g. demographic data, date*
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findingsz		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. *participant number*
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Source: Tong A, Sainsbury P, Craig J. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups.* Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-357.

Annexe G – Grille de lecture SRQR

Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* - version française

Titre et résumé

Titre – Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Identifier l'étude comme qualitative ou indique l'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretiens, focus group) est recommandé.

Résumé – Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format de la publication visée ; typiquement introduction, objectif, méthodes, résultats et conclusions.

Introduction

Formulation du problème – Description et significativité du problème/phénomène étudié ; revue des théories pertinentes et des travaux empiriques ; formulation du problème.

But ou question de recherche – But de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.

Méthodes

Approche qualitative et paradigme de recherche – Approche qualitative (ex : ethnographie, théorisation ancrée, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et théories sous-jacentes si approprié ; identifier le paradigme de recherche (ex : post-positivisme, constructivisme/interprétativisme) est également recommandé ; justification*.

Caractéristiques du chercheur et réflexivité – Caractéristiques du chercheur qui peuvent influencer la recherche, en incluant les attributs personnels, qualifications et expérience, relations avec les participants, préjugés et présupposés ; potentielle ou réelle interaction entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, approche, méthodes, résultats et/ou transférabilité des résultats.

Contexte – Déroulé, lieu et facteurs contextuels saillants ; justification*

Stratégie d'échantillonnage – Comment et pourquoi les participants, les documents ou évènements ont été sélectionnés ; critères permettant de décider à quel moment arrêter l'échantillonnage (ex : saturation) ; justification*

Questions éthiques relatives aux sujets humains - Documentation de l'approbation par un comité d'éthique approprié et du consentement du participant, ou explication de l'absence de consentement ; autres questions de confidentialité et de sécurité des données

Méthodes de collecte des données - Types de données collectées ; détails des procédures de collecte des données, y compris (le cas échéant) les dates de début et de fin de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif, la triangulation des sources/méthodes et la modification des procédures en fonction de l'évolution des résultats de l'étude ; justification*

Instruments et technologies de collecte de données - Description des instruments (par exemple guides d'entretien, questionnaires) et des dispositifs (par exemple, enregistreurs audio) utilisés pour la collecte de données ; le cas échéant comment le ou les instruments ont changé au cours de l'étude

Unités d'étude - Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude ; niveau de participation (pourrait être indiqué dans les résultats)

Traitement des données - Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris la transcription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de l'intégrité des données, le codage des données et l'anonymisation/identification des extraits
Analyse des données - Processus par lequel des inférences, des thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris les chercheurs impliqués dans l'analyse des données ; fait généralement référence à un paradigme ou une approche spécifique ; justification*

Techniques visant à renforcer la fiabilité - Techniques visant à renforcer la fiabilité et la crédibilité de l'analyse des données (par exemple, vérification des membres, chemin d'audit, triangulation) ; justification*

Résultats

Synthèse et interprétation - Principaux résultats (par exemple, interprétations, inférences et thèmes) ; peut inclure l'élaboration d'une théorie ou d'un modèle, ou l'intégration avec une recherche ou une théorie antérieure

Liens avec des données empiriques - Éléments de preuve (par exemple, citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies) pour étayer les résultats de l'analyse

Discussion

Intégration avec les travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine - Bref résumé des principaux résultats ; explication de la manière dont les résultats et les conclusions sont liés à des travaux antérieurs, les soutiennent, les développent ou les remettent en question ; discussion du champ d'application/généralisation ; identification des contributions uniques à l'érudition dans une discipline ou un domaine

Limites - Fiabilité et limites des résultats

Autres

Conflits d'intérêts - Sources potentielles d'influence ou d'influence perçue sur le déroulement et les conclusions de l'étude ; comment celles-ci ont été gérées

Financement - Sources de financement et autres aides ; rôle des financeurs dans la collecte, l'interprétation et la communication des résultats

---

Référence : *O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Academic Medicine, Vol. 89, No. 9 / Sept 2014*
DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388

AUTEURE : Nom : BEHELLE **Prénom : Marie**

Date de soutenance : 3 avril 2026

Titre de la thèse : Le Dossier Médical Partagé : représentations et utilisation par des médecins généralistes du Nord depuis le Ségur du numérique en santé

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine générale

Mots-clés : Dossier Médical Partagé ; Mon espace santé ; médecine générale ; étude qualitative ; Ségur du Numérique

Résumé :

Introduction : Le Dossier Médical Partagé (DMP), intégré à Mon espace santé depuis 2022, vise à faciliter le partage sécurisé des informations de santé au service de la coordination des soins. Malgré son déploiement, son appropriation par les médecins généralistes demeure hétérogène. Dans le contexte du Ségur du numérique et de l'intégration du DMP aux logiciels métiers, cette étude avait pour objectif d'explorer l'utilisation du DMP par des médecins généralistes libéraux du Nord.
Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes installés dans le département du Nord. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement et analysés selon une approche thématique inductive.
Résultats : Les médecins exprimaient une adhésion globale aux finalités du DMP, mais une appropriation contrastée en pratique. L'usage dépendait de l'intégration au logiciel métier : une intégration fluide facilitait l'alimentation et la consultation, tandis que des lenteurs et dysfonctionnements constituaient des freins majeurs. Le recours au DMP restait ponctuel, en complément des circuits d'information, perçus comme suffisants au quotidien. Les médecins identifiaient comme leviers principaux l'amélioration de l'ergonomie et l'implication de l'ensemble des acteurs de santé. Ils soulignaient enfin que l'efficacité de l'outil ne pourrait s'apprécier qu'à plus long terme, le temps que les pratiques évoluent.
Conclusion : Le DMP apparaît comme un levier potentiel de coordination des soins, dont l'usage semble progresser, notamment grâce aux évolutions portées par le Ségur du numérique. Son intérêt en pratique demeure conditionné par la levée de freins techniques persistants et par une adoption plus large de l'outil par l'ensemble des acteurs de santé.

<u>Composition du Jury</u> :

Présidente : Madame la Professeure Florence RICHARD

Assesseur : Monsieur le Docteur David WYTS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Antoine CAZEUNEUVE