



UNIVERSITE PARIS DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE

Laboratoire d’Ethique Médicale et de Médecine Légale



THESE – Convention CIFRE

par Hubert MARCUEYZ

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN ETHIQUE BIOMEDICALE

Titre :

**UTILISATION DES OUTILS DE TRAITEMENT DE L’INFORMATION PAR LES
MEDECINS DE RESEAUX DE SANTE :**

Etude de l’évolution des pratiques par l’intervention d’un tiers

Directeurs de Thèse

Pour le Laboratoire d’Ethique Médicale : Michèle RUDLER

Pour la société 2IM : Emmanuel PAVAGEAU

Président du jury : Pr Christian HERVE

Membres du jury :

Pr Catherine QUANTIN (Rapporteur)

Pr Jacques DEMONGEOT (Rapporteur)

M. Bernard PIERRE

« La grandeur d'un métier est peut-être, avant tout, d'unir des Hommes : il n'est qu'un luxe véritable, et c'est celui des relations humaines. »

Antoine de Saint-Exupéry – Terre des Hommes (1938)

« Il ne peut y avoir de totalité de la communication. Or la communication serait la vérité si elle était totale. »

Paul Ricoeur – Soi-même comme un autre (1990)

“The current practice of medicine depends upon the decision-making capacity and reliability of autonomous individual practitioners, for classes of problems that routinely exceed the bounds of unaided human cognition.”

Masys DR (2001)

REMERCIEMENTS

Arrivé au terme de trois ans de recherche permis par une convention CIFRE, mes premiers remerciements vont à l'Association Nationale de la Recherche Technique qui a bien voulu croire en ce projet de recherche.

Je collabore avec Emmanuel Pavageau au sein de la société 2IM depuis plusieurs années, et tiens à le remercier pour le partage constant de son expérience, à souligner sa rigueur intellectuelle et son enthousiasme unique même dans l'adversité.

La collaboration avec le Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale m'a ouvert des horizons sur les enjeux liés aux pratiques médicales. Je tiens tout particulièrement à remercier le Pr Christian Hervé pour m'avoir accueilli dans son laboratoire comme un de ses élèves à part entière, et pour m'avoir guidé dans ses réflexions sur l'évolution de la médecine et de la santé ; le Pr Michèle Rudler pour avoir accepté d'être la directrice de ce travail ; Marie-Françoise Courteau pour son soutien au quotidien ; Nathalie Duchange et Jean-Christophe Coffin pour les échanges que nous avons pu avoir ; le Dr Grégoire Moutel pour le foisonnement de ses idées, et l'ensemble de l'équipe du laboratoire pour son accueil pendant mes trois années de recherche.

Je tiens également à souligner la richesse de la collaboration que nous avons pu construire avec le Dr Anne-Claire Mlinsky. Son sujet de thèse de médecine, recoupant celui de mon travail, nous a amenés à conduire ensemble une partie de nos recherches. La complémentarité de nos visions a nourri nos réflexions, et je la remercie pour ces séances de travail qui resteront de riches expériences.

Je remercie également les promoteurs médicaux et les coordinateurs des réseaux ASDES, REPOP Ile de France et ROFSED, Maya de Saint-Martin, Hélène Brugerolles, le Dr Gilles Frédéric-Moreau, le Dr Sophie Emery, le Dr Kouami Atsou, le Dr Jacques Cheymol, le Dr Amine Arsan, le Dr Sophie Bercovici-Toussain, Nadine Chevallier, Sophie Courdioux, Noëlle

Dernoncourt, le Dr Mariane de Montalembert, Cathy Gaillard, pour leur soutien tout au long de ces années partagées entre une coopération quotidienne avec eux pour le développement de l'activité de ces réseaux et un travail de recherche pour lequel leur disponibilité a été constante. Les membres des équipes de coordination ont également suivi pas à pas l'évolution de ce travail et m'ont offert une motivation toujours renouvelée pour le mener à bien.

Les clients et les partenaires de 2IM qui m'ont donné l'occasion de travailler sur des cas concrets dans un environnement positif et propice à la réflexion : Thérèse Ficatier du GMSIH, Norbert Paquel, Edisanté, les promoteurs médicaux du projet régional TENOR en Basse-Normandie et de la plateforme régionale de santé de Midi-Pyrénées.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance au Pr Catherine Quantin, au Pr Jacques Demongeot et à M. Bernard Pierre d'avoir bien voulu participer au jury en charge de l'évaluation du travail réalisé dans le cadre de cette thèse.

Enfin, je remercie mes proches pour leur tolérance à l'égard de l'obsession qui consume tout doctorant, n'ayant pas fait exception à la règle. Je dédie ce travail à la mémoire de ma mère qui n'aura pas pu en voir la concrétisation.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
TABLE DES MATIERES	5
INTRODUCTION.....	9
I CONSTITUTION DU MATERIEL ETUDIE : LES RESEAUX ASDES ET REPOP ILE DE FRANCE	
.....	14
I.1 RESEAUX DE SANTE ET TRAITEMENT DE L'INFORMATION	17
<i>I.1.1 Inscription des réseaux dans les textes législatifs et réglementaires</i>	<i>17</i>
<i>I.1.2 Transformation de l'informatique.....</i>	<i>22</i>
<i>I.1.3 Une évolution parallèle.....</i>	<i>25</i>
I.2 EXEMPLE DE RESEAU D'APPLICATION MEDICALE GENERALISTE : ASDES.....	30
<i>I.2.1 1. Mise en place de la santé publique clinique</i>	<i>30</i>
<i>I.2.2 Développement du réseau ASDES.....</i>	<i>31</i>
<i>I.2.3 Moyens mis en œuvre par le réseau ASDES</i>	<i>33</i>
<i>I.2.4 Dossier de repérage de facteurs de risque.....</i>	<i>35</i>
I.3 EXEMPLE DE RESEAU DE PREVENTION ET COORDINATION MEDICALE : LE REPOP ILE DE FRANCE	38
<i>I.3.1 Prévention et prise en charge de l'obésité en pédiatrie.....</i>	<i>38</i>
<i>I.3.2 Coordination de la prise en charge des patients.....</i>	<i>41</i>
II METHODES ET RESULTAT POUR UNE EVALUATION LA PERTINENCE DE L'EMPLOI DE	
L'INFORMATIQUE DANS LES RESEAUX DE SANTE	43
II.1 ETUDE DES CHOIX MENES PAR LES RESEAUX DE SANTE FRANÇAIS POUR REpondre AUX PROBLEMATQUES	
LIEES AU TRAITEMENT DE L'INFORMATION AU SERVICE DE LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE DES	
PATIENTS	44
<i>II.1.1 Méthodologie et population étudiée.....</i>	<i>46</i>
II.1.1.1 Caractéristique de l'échantillon de réseaux interrogé.....	46
II.1.1.2 Structuration des entretiens.....	48
<i>II.1.2 Résultats de l'étude</i>	<i>49</i>
II.1.2.1 Caractéristiques des réseaux interrogés	49

II.1.2.2 Analyse des réponses	50
II.1.2.3 Synthèse de l'enquête téléphonique.....	53
II.1.2.4 Accompagnement de la démarche du réseau	57
II.1.3 Synthèse.....	59
II.2 ETUDE DE L'INTEGRATION DES APPLICATIONS INFORMATIQUES DANS LA PRATIQUE MEDICALE DE VILLE AU SEIN D'UNE POPULATION DE MEDECINS ADHERENTS AUX RESEAUX DE SANTE ASDES ET REPOP ILE DE FRANCE.	60
II.2.1 Etude à partir de questionnaires.....	62
II.2.1.1 Méthodologie et population étudiée	62
II.2.1.2 Présentation des résultats de l'enquête	66
II.2.1.3 Synthèse	75
II.2.2 Analyse des sites des réseaux ASDES et REPOP	76
II.2.2.1 Rappel de la construction de ces sites et de leurs missions présumées	76
II.2.2.2 Evaluation de la réalisation des missions en fonction de la fréquentation des pages.....	78
II.3 ETUDE DE LA PERCEPTION DE L'INFORMATIQUE PAR DES MEDECINS ADHERENTS DES RESEAUX ASDES ET REPOP ILE DE FRANCE.....	82
II.3.1 Méthodologie et population étudiée.....	82
II.3.1.1 Échantillonnage des médecins	88
II.3.1.2 Réalisation et exploitation des entretiens.....	88
II.3.2 Présentation des résultats	89
II.3.2.1 A propos de l'informatisation du cabinet médical.....	89
II.3.2.2 Facteurs de motivation à l'adoption de l'outil informatique pour la pratique médicale.....	90
II.3.3 L'utilisation de l'outil informatique.....	93
II.3.3.1 Apport des fonctionnalités informatiques.....	93
II.3.3.2 Informatique et pratique quotidienne.....	95
II.3.3.3 Positionnement vis-à-vis du partage des données.....	101
II.3.3.4 Place de la télétransmission et des institutions dans l'informatisation du cabinet médical.....	102
II.3.4 Vision des professionnels de l'évolution de l'outil informatique.....	103
II.3.4.1 Existence d'une possibilité d'évolution de l'outil	103
II.3.4.2 Attentes vis-à-vis d'applications futures autres que le DMP.....	103
II.3.4.3 Attentes vis-à-vis du DMP pour la pratique médicale.....	104
II.3.4.4 Position dans la mise en place de ce projet politique national.....	104

III DISCUSSION DE LA THESE : LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION FACTEURS	
D'EVOLUTION DES PRATIQUES ET D'EVALUATION DES RESEAUX DE SANTE.....	105
III.1 REPONSES APORTEES PAR LES OUTILS MIS EN PLACE AUX OBJECTIFS D'AMELIORATION ATTENDUS	107
III.1.1 Description de l'ambivalence de la relation entre temps et outils informatiques.....	107
III.1.2 Impact de l'évolution de l'environnement.....	108
III.1.3 Achat de temps par les réseaux de santé et grâce aux outils informatiques	110
III.1.4 Synthèse	111
III.2 IMPACT DE L'INFORMATIQUE SUR L'INTEROPERABILITE ENTRE PROFESSIONNELS	113
III.2.1 Des applications de partage de l'information outils de collecte de données et d'évaluation.....	114
III.2.1.1 Exemple du REPOP IdeF	116
III.2.1.2 Exemple du réseau ASDES	118
III.2.2 Des réponses alternatives apportées par les usages	120
III.2.3 Complémentarité entre coordinations de réseaux et dispositifs techniques.....	123
III.3 FORMATION ET INFORMATIQUE : UNE RELATION RECIPROQUE A MULTIPLES FACETTES.....	129
III.3.1 Formation et appropriation d'outils professionnels pour une utilisation quotidienne	129
III.3.1.1 Réponse à un sentiment de malaise.....	129
III.3.1.2 Prise en main d'un environnement complexe et diversifié	130
III.3.1.3 De la formation à l'accompagnement par le support utilisateur.....	132
III.3.1.4 Meilleure utilisation des technologies de l'information, meilleures pratiques ?.....	134
III.3.2 Accès aux supports d'informations et de formations par les outils technologiques	136
III.4 TRAITEMENT DES DONNEES ET EVALUATION	138
III.4.1 De la traçabilité de l'activité vers l'évaluation.....	138
III.4.2 De la confiance à l'accès aux données.....	141
III.4.3 Evaluation des pratiques et aspects économiques.....	143
CONCLUSION.....	146
BIBLIOGRAPHIE	158
ANNEXE 1 : LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISES	167
ANNEXE 2 : LISTE DES FIGURES UTILISEES	168
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE.....	169

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	172
ANNEXE 5 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS	176
ANNEXE 6 : RESTITUTION DES ENTRETIENS	177
ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR BT, MEDECIN GENERALISTE, LE 08/01/08	177
ENTRETIEN AVEC LE DR B, PEDIATRE LE 21/01/08	188
ENTRETIEN AVEC LE DR BR, PEDIATRE, LE 24/01/2008	196
ENTRETIEN AVEC LE DR BU, MEDECIN GENERALISTE, LE 01/02/08.	206
ENTRETIEN AVEC LE DR E, MEDECIN GENERALISTE, LA 7/02/08.....	211
ENTRETIEN DU DR G, PEDIATRE EN ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION, LE 7/02/08 ...	218
ENTRETIEN AVEC LE DR J, MEDECIN PEDIATRE LE 22/01/08.	226
ENTRETIEN AVEC LE DR L, PEDIATRE, LE 25/01/08.....	232
ENTRETIEN AVEC LE DR LL, PEDIATRE, LE 06/02/08.	241
ENTRETIEN AVEC LE DR M, PEDIATRE EXERÇANT EN CABINET SEUL, LE 28/01/08.	255
ENTRETIEN AVEC LE DR MO, GENERALISTE, LE 29/01/08	262
ENTRETIEN AVEC LE DR N, MEDECIN GENERALISTE, LE 17/01/08.....	274
ENTRETIEN AVEC LE DR S, GASTRO-PEDIATRE LE 30/01/08.....	282
ENTRETIEN AVEC LE DR ST, LE 4/01/07 A 15H30	292
ENTRETIEN AVEC LE DR SE, LE 10/01/07 A 10H	306
ENTRETIEN AVEC LE DR SO, MEDECIN CARDIOLOGUE, LE 16/01/08	311

INTRODUCTION

La présence des thèmes des réseaux de santé et de l'organisation des technologies de l'information et de la communication dans les politiques d'organisation du système de santé et dans les pratiques de terrain est significative d'une évolution dans la conception de la pratique médicale. Celle-ci résulte d'une dynamique imprimée par les professionnels de santé eux-mêmes comme de celle d'autres acteurs du secteur de la santé, patients, pouvoirs publics ou industriels. Il émane en effet de la population une volonté d'autodétermination qui s'exprime par une attente de partenariat entre le professionnel de santé et la personne pour sa prise en charge et par le besoin d'une qualité de communication de la part des professionnels. On assiste donc à un développement important tant de pratiques collaboratives pluridisciplinaires que de nouvelles méthodes de traitement de l'information médicale et médico-sociale. Les réseaux de santé au sein desquels les professionnels de santé promeuvent une vision des pratiques centrée sur la personne : « ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » (loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Les réseaux cherchent en effet à fédérer l'ensemble des professionnels de santé concernés par une problématique de santé. Ils constituent par leur recherche de coordination un des champs d'application des technologies de l'information notamment par la rencontre entre les solutions logicielles orientées métier, telles que les logiciels de gestion de cabinet (LGC), devenus logiciels de professionnels de santé (LPS), et celles de type système de partage d'informations destinées à favoriser le traitement et la circulation des informations entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes.

Dans le registre réglementaire, deux textes législatifs apparaissent fondateurs. La loi du 4 mars 2002 d'une part introduit par son article 84 au sein du titre II du livre III de la sixième

partie du Code de la santé publique un chapitre intitulé « réseaux de santé » qui donne une définition et une description de l'objet des réseaux de santé. Ce texte mentionne également dans son article 3 les règles à respecter concernant les moyens à mettre en œuvre pour garantir la confidentialité des informations médicales nominatives conservées sur support informatique. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients s'inscrit dans la continuité de l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 qui déjà introduisait les notions de coordination des soins et de systèmes d'information de l'Assurance Maladie.

En effet, l'ordonnance n°96-344 indique qu'au « 31 décembre 1998 au plus tard, les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou des prestations remboursables par l'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie doivent être en mesure, chacun pour ce qui le concerne, d'émettre, de signer, de recevoir et de traiter des feuilles de soins électroniques ou documents assimilés conformes à la réglementation. » L'objectif annoncé par le texte de l'ordonnance est de proposer des mesures relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Une des réponses évoquées pour atteindre cet objectif est une amélioration du fonctionnement du système d'information de l'ensemble de l'Assurance Maladie. Il s'agit de fluidifier les échanges d'informations entre les acteurs de santé et l'Assurance Maladie pour accélérer et mieux tracer les remboursements d'actes aux assurés sociaux par la mise en place de la Carte Vitale d'une part et par l'équipement des médecins notamment libéraux pour la télétransmission des feuilles de soins. Autrement dit, la volonté de mettre en place un outil reposant sur les technologies de l'information au sein de l'Assurance Maladie devait avoir une répercussion rapide et forte sur l'équipement informatique des médecins libéraux dans leurs cabinets. Le développement de l'équipement informatique des professionnels de santé s'est fait à un rythme moins soutenu que prévu initialement. Les raisons de ce retard dans le déploiement tant de l'outil informatique au sein

des cabinets de médecine libérale que de la fonctionnalité de télétransmission de feuilles de soins électroniques sont de plusieurs types ainsi que nous l'étudierons au cours de ce travail. Une expérience menée au sein de réseaux de santé pendant plusieurs années a consisté à mettre à disposition des médecins libéraux adhérents une tierce partie pouvant apporter un appui logistique pour le déploiement du système d'information du réseau. Cette aide s'est manifestée en amont par le recensement des besoins des professionnels ou par la fourniture de composants technologiques (connexions haut-débit, fourniture de matériel), et en aval par la formation des utilisateurs et par une action de support de type hotline devant apporter des réponses aux difficultés rencontrées. La participation à la vie de ces réseaux a permis d'observer au quotidien les liens entre outils de traitement de l'information et pratiques médicales, qu'il s'agisse de la pratique de la médecine générale en cabinet de ville ou du suivi en commun des patients par des professionnels adhérents à un même réseau de santé. Dans tous les cas, on retrouve un ensemble composé de la personne prise en charge, le patient, du (des) professionnel(s) et de l'outil.

Hypothèse :

Lors de la relation médecin-malade, l'introduction d'un outil informatique n'est pas anodine. La présence d'une aide logistique apparaît être le facteur de levée de difficultés autant techniques que psychologiques, voire d'éthique professionnelle.

En effet, dans un premier temps nous avons recensé les problèmes techniques fondant la légitimité d'une intervention d'une tierce personne assurant la logistique. Cependant l'obligation d'informatisation apportée par les ordonnances de 1996 concernant la télétransmission (obligatoire à compter du 31 décembre 1998) a laissé bon nombre de retraits vis-à-vis de systèmes informatiques même si la population de médecins est informatisée pour

effectuer cette obligation. Parallèlement des systèmes d'aide à la décision sont apparus sur le marché. Enfin, l'introduction du partage des données n'est pas sans poser problème dans le cadre d'un secret médical vis-à-vis d'autres professionnels notamment non médicaux comme c'est le cas dans les réseaux composés des médecins étudiés, ce malgré la loi du 4 mars 2002 introduisant la notion de partage des données dans le cadre d'une « équipe ». Toutes ces données ne sont pas utiles à la connaissance de tous les professionnels mais souvent utiles à l'évaluation des pratiques ; notamment du réseau lui-même.

Problématique

Les causes du retard du déploiement de l'informatique et de la télétransmission évoquées par différents travaux sur l'informatisation des professionnels de santé portent sur le manque de formation, le déficit d'information sur les valeurs ajoutées de tels outils ou encore la difficulté d'obtenir une maintenance de qualité. Nous essaierons par ce travail d'identifier si ces conclusions sont encore d'actualité en 2006 – 2007.

De plus, nous nous efforcerons de répondre à d'autres questions notamment sur l'influence d'une démarche de mise en place d'un système d'information au sein d'un réseau de santé en termes de structuration du partage d'informations entre professionnels, médecins ou non médecins. En effet, l'adhésion à des principes de prise en charge communs permet-elle une facilitation des échanges entre professionnels notamment par une meilleure acceptation d'un outil informatique de partage de l'information ?

L'intervention d'une tierce partie non médicale au sein d'un projet de réseau de santé pour la gestion du projet de mise en place d'un outil de partage de l'information a-t-elle un effet sur la prise en charge des patients au sein de ce réseau ?

Plan

Pour répondre à ces questions, le présent travail de recherche repose sur plusieurs méthodologies. En effet, ainsi que nous le verrons dans un premier temps, la problématique considérée touchant à la notion générale de l'informatisation des professionnels de santé, un questionnaire a été soumis aux médecins et professionnels adhérents aux réseaux considérés pour avoir un retour sur leur mode d'informatisation au sens large. De plus, étant donné la diversité de l'utilisation de ces outils et les réactions parfois virulentes des professionnels face aux apports ou aux difficultés rencontrés, plusieurs professionnels de chaque réseau ont été vus en entretien. Enfin, une recherche action menée pendant 3 ans au sein des deux réseaux étudiés permettra de bénéficier d'un suivi quotidien de l'évolution des projets de mise en place d'un système de partage de l'information.

Dans un deuxième temps, une fois les motivations à l'origine des choix de méthodes exposées, les résultats de ces explorations seront retranscrits.

Enfin, ces résultats, confrontés notamment aux mesures de politiques de santé prises depuis 2004 et à des expériences décrites au sein de sources bibliographiques françaises et internationales, permettront de discuter des facteurs qui doivent être pris en compte pour assurer le succès de la mise en place d'un système de partage de l'information entre des professionnels de santé divers. Ces facteurs peuvent être inhérents aux praticiens, aux réseaux ou encore aux décisions politiques prises à l'échelle régionale ou nationale.

I CONSTITUTION DU MATERIEL ETUDIE : LES RESEAUX ASDES ET REPOP ILE

DE FRANCE

Dans le domaine de la santé, les réseaux de santé comme les technologies de l'information et de la communication peuvent servir un objectif commun, celui d'une amélioration de la prise en charge de la population en assurant une meilleure coordination des acteurs autour du patient. Les TIC, en tant que support du système d'information du réseau de santé, permettent d'offrir une infrastructure à la circulation de l'information nécessaire dans un contexte de coopération entre professionnels. Comme le dit Gilles POUTOUT dans sa présentation des réseaux de santé lors du Colloque organisé par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports le 16 novembre 2004 (79), le système d'information joue le rôle de « système nerveux » pour cette structure de santé qu'est le réseau.

Ce système d'information doit alors être entendu dans son acception la plus large, c'est-à-dire comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour la circulation et le traitement des informations nécessaires au bon fonctionnement du réseau.

Pour autant, notre étude n'a pas pour objectif de démontrer la valeur ajoutée apportée par les réseaux de santé dans la structuration du système de santé français. Son objet est l'étude des freins rencontrés au niveau des professionnels lors de la mise en place d'un système de partage et d'échange d'informations de santé et les moyens de répondre à ces obstacles. Les réseaux de santé constituent un terrain idéal pour cette étude : « la définition de l'organisation et des modes de fonctionnement du réseau permet de voir comment se met en place le système d'information » (Dusserre L et col., 33) Afin de permettre aux acteurs qui les

composent de communiquer et échanger des informations de santé sur les patients suivis par le réseau, la tendance actuelle penche vers la mise en relation d'acteurs divers eux-mêmes dotés de leurs propres systèmes d'information comme l'indique le schéma suivant issu de l'étude menée par le GMSIH sur la définition du système d'information pour la coordination des soins.

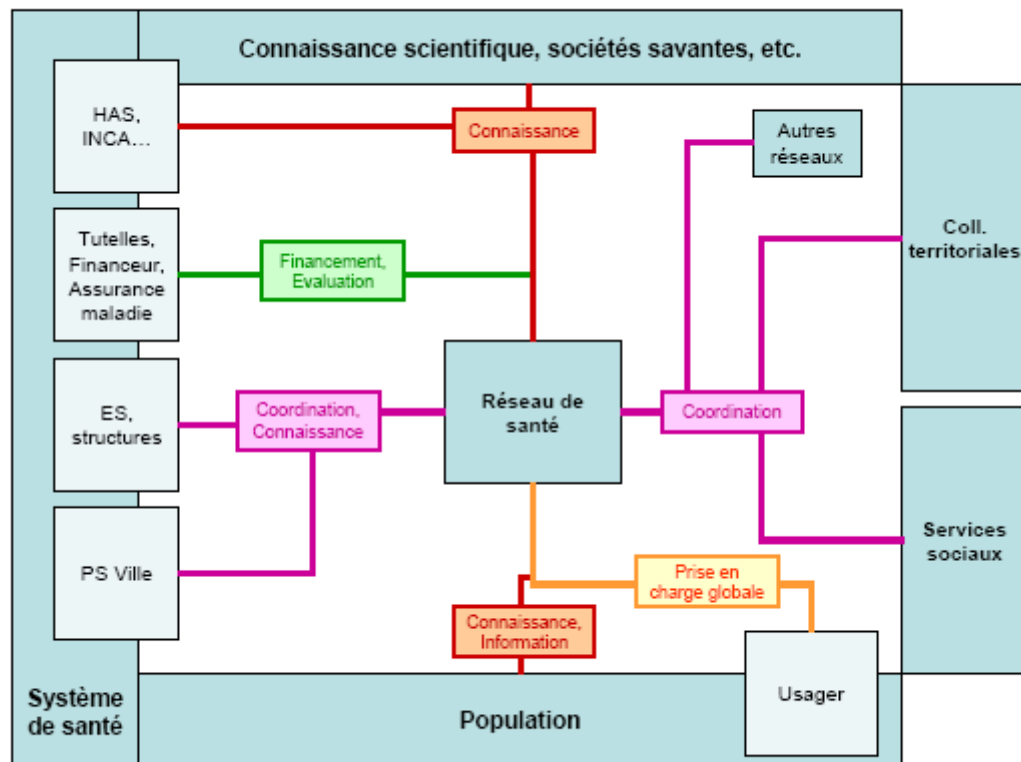


Figure 1 : Illustration du positionnement du SI des réseaux

Les réseaux dont nous vous proposons d'analyser les projets sont constitués de médecins libéraux, de médecins hospitaliers, de paramédicaux travaillant tant au sein des équipes de coordination qu'au sein d'équipes hospitalières partenaires, et de personnels administratifs assurant la logistique et l'organisation des réseaux. Ils ont également en commun d'avoir fait appel à un prestataire extérieur pour assurer un accompagnement dans la structuration de l'organisation et dans leurs projets de mise en place d'outils de traitement de l'information.

Ces professionnels sont donc utilisateurs de l'outil informatique pour leur travail quotidien et ont pris part à des projets de mise en place d'outils de partage de l'information reposant sur des technologies de l'information et de la communication.

Un des enjeux de cette étude a consisté à différencier les différentes composantes de l'outil informatique et des technologies de l'information et de la communication. L'Académie Française définit l'informatique comme « la science du traitement rationnel et automatique de l'information ou l'ensemble des applications de cette science ». Le matériel électronique ou les applications bureautiques sont ainsi liés à l'informatique mais restent des disciplines ou des applications séparées. Cette assimilation qui se retrouve dans le langage courant se retrouve également dans le langage de nombreux acteurs de la santé. L'appellation Sciences et Technologies de l'Information et de la Communication (STIC) ou autrement appelées Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) traduisent l'apparition de la notion d'échange ou de traitement à distance de l'information. Toutefois, pour les acteurs de la santé, comme dans d'autres secteurs, la circulation des informations peut être assurée par d'autres média. Ainsi, comme Christian BOURRET (2), nous considérerons le système d'information dans son acception la plus large : « un outil majeur de coordination, de gestion et de transfert d'informations. Il faut en avoir une vision très large : il inclut non seulement l'équipement informatique et les télécommunications du réseau (ordinateurs, logiciels d'aide à la prescription et au diagnostic, bases de données associées, sites Internet et même centres d'appel pour les réseaux les plus importants), mais aussi tous les autres vecteurs de communication interpersonnelle (charte, bulletins, comptes rendus...) — le facteur humain étant déterminant. »

C'est la raison pour laquelle nous commencerons par présenter les éléments caractéristiques des réseaux de santé avant d'aborder les parallèles que l'on peut retrouver entre la chronologie du développement des réseaux de santé et celle du cheminement de l'intégration des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé. Enfin, les réseaux de santé objets de notre étude, le réseau ASDES (Accès aux Soins, aux Droits et Education à la Santé) et le REPOP Ile de France (réseau de Prévention et de prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Ile de France) seront brièvement présentés.

I.1 réseaux de santé et traitement de l'information

I.1.1 Inscription des réseaux dans les textes législatifs et réglementaires

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a rendu officielle l'existence des structures de santé de coopération pluridisciplinaire appelées réseaux de santé. Toutefois, le concept de coordination pluridisciplinaire de la prise en charge des patients pour des pathologies spécifiques ou pour la santé de la population d'un territoire est l'aboutissement d'un phénomène qui prend son origine dès le début du XX^{ème} siècle. En effet, des professionnels de santé ont depuis longtemps cherché des moyens de répondre au cloisonnement du système de santé. Ainsi dans les années 20 déjà, les professionnels ont élaboré des dispositifs coordonnés pour la lutte contre la tuberculose, en 1945, l'ordonnance du 1^{er} octobre officialisait la création d'une douzaine de centres de lutte contre le cancer qui, selon les centres, « spécificités ou complémentarités existent en liaison avec le centre hospitalier régional ou universitaire (CHU) auquel les relient des conventions de coopération »¹. Mais les réseaux de santé ont connu leur développement principal dans les années 80 face à l'émergence du sida. Confrontés à cette épidémie, les patients ont développé

¹ Cf site de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) : http://www.fnclcc.fr/fr/patients/dico/definition.php?id_definition=312

un activisme associatif tant pour faire connaître cette maladie que pour devenir acteurs de leur prise en charge (4). Les professionnels ont construit avec eux des modes d'intervention jusqu'alors inédits afin d'accompagner les patients tout au long de leur prise en charge. Ces interventions reposent sur une collaboration entre les professionnels libéraux, médecins comme infirmiers, les hôpitaux et les pharmaciens. En effet, le schéma reconnu alors reposait sur un clivage entre l'expertise des établissements opposée à la médecine libérale regroupant des compétences insuffisantes. Le changement demandé alors a consisté à apporter une aide à la médecine et aux paramédicaux de ville pour une assistance à domicile.

Revenons à la nature d'un réseau, il s'agit comme son nom l'indique d'une coordination formalisée (de professionnels de santé et/ou de tous les intervenants sur le parcours d'un patient dans le cadre de sa prise en charge médico-sociale) ou de coopération de ces mêmes professionnels autour du patient afin de :

- établir des objectifs communs et concrets orientés vers l'amélioration de la prise en charge du patient
- optimiser l'accès aux soins de l'ensemble de la population ciblée
- accroître la compétence individuelle et collective des intervenants et des partenaires du réseau
- optimiser le recours à l'expertise au sein des établissements de santé
- être un lieu d'observation et d'évaluation de santé publique (par exemple pour dépister et mieux comprendre la pathologie)
- faciliter et simplifier la pratique quotidienne de chaque intervenant

Afin d'atteindre ces objectifs, les moyens à mettre en place concernent l'élaboration de référentiels thérapeutiques, l'éducation à la santé des soignés et la formation des soignants afin

d'accroître les compétences des acteurs et valoriser les pratiques des professionnels, les outils de coordination tel que le dossier médical partagé ..., la construction et la mise en place de protocoles validés par le réseau et enfin une évaluation reposant sur l'exploitation de données de qualité collectées au fil de l'eau par le réseau et analysées par un évaluateur externe ainsi que le présentent les recommandations établies par l'ANAES dans le guide d'évaluation des réseaux de santé publié en juillet 2004.

Sur le plan juridique, après une première circulaire, Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH, ce sont les ordonnances d'avril 1996 dites ordonnances Juppé qui ont officialisé la création de 2 types de réseaux :

- des réseaux pouvant être initiés par les acteurs « de ville » dans le cadre de la médecine libérale, mais avec la possibilité de collaborer avec des établissements de santé et des institutions sociales ou médico-sociales de maintien à domicile.
- des réseaux inter-hospitaliers initiés par des établissements de santé auxquels des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale peuvent collaborer.

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a amené la modification du Code de la Sécurité sociale par l'insertion de l'article L. 162-31 -1 qui stipule que :

« Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance

maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention ».

Ces actions peuvent consister à mettre en œuvre :

- Des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins;
- Des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques;
- Tous autres dispositifs répondant aux objectifs énoncés au premier alinéa.

« Les projets d'expérimentation peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Ils sont agréés par l'autorité compétente de l'Etat, compte tenu de leur intérêt médical et économique, après avis d'un conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professions et établissements de santé ».

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée introduit dans le Code de la Santé publique l'article L.712-3-2 du Code de la Santé publique :

« En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L.712-2 (carte sanitaire), ou à certaines pathologies. Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres

professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale. Les établissements de santé peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale (actions expérimentales sur les réseaux de ville). La convention constitutive du réseau de soins est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation »

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit l'article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique qui offre une définition des réseaux de santé :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

La reconnaissance par le législateur de la nature des réseaux de santé est une étape fondamentale, mais l'article L. 1110-1 du Code de la Santé Publique introduit également une dimension d'obligation de mise en œuvre de moyens : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires

contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

1.1.2 Transformation de l'informatique

Les facteurs de légitimité des réseaux de santé tels que décrits dans les textes mentionnés ci-dessus reposent sur une recherche de meilleure coordination des acteurs de la santé. En parallèle du développement de ce type d'organisation de la prise en charge des personnes, la technologie a évolué pour mettre aujourd'hui à disposition de l'ensemble de la population comme des professionnels de santé les technologies de l'information et de la communication, ou TIC. Connues dans les années 90 comme les Nouvelles Technologies de l'information et de la Communication, elles sont entrées dans la vie quotidienne tant au niveau matériel qu'en termes d'applications de bureautique, de communication ou plus récemment de multimédia. On assiste ainsi à une convergence de ces applications au sein des foyers comme au sein des organisations et secteurs professionnels. Le panorama GFK (8) de la micro-informatique a publié une étude en janvier 2008 dénombrant l'acquisition de 4,9 millions d'ordinateurs pour la seule année 2007. Le taux d'équipement des foyers s'élève désormais à 60% soit 15,5 millions de foyers. Le taux d'équipement en connexion internet a augmenté pour atteindre 12,6 millions de foyers. Cette étude révèle également que l'utilisation d'internet est souvent indissociée de l'utilisation de la micro-informatique, pour 85% des foyers équipés d'un ordinateur il s'agit de sa principale utilisation. Cette étude illustre l'évolution des habitudes d'utilisation de l'informatique jusque dans les foyers de la population.

L'intégration de ces technologies de l'information dans les pratiques professionnelles de santé peut être vue comme une tendance naturelle répondant à une évolution de l'ensemble de la

société française. Toutefois cette transformation soulève la question du type d'utilisation qui est faite des applications de l'informatique pour la prise en charge des personnes.

Sur le plan de la formalisation juridique, les ordonnances du 24 avril 1996 ont là aussi marqué un tournant avec l'obligation pour les acteurs de santé, notamment les professionnels de santé libéraux, de se doter d'outils permettant « l'émission, la signature, la réception et le traitement des feuilles de soins électroniques ». L'infrastructure alors mise en place repose sur 3 outils :

- le réseau Santé Social (RSS) : outil polyvalent donnant accès à Internet en assurant un rapport qualité-prix aux professionnels de santé identique en tout point du territoire.
Le RSS dispose d'une exclusivité de raccordement des organismes d'assurance maladie. Il a été mis en place pour mettre les médecins en capacité de télétransmettre leurs feuilles de soins électroniques (FSE)
- les cartes à puce :
 - cartes vitales pour les usagers bénéficiant de la sécurité sociale : clés d'accès pour la caractérisation des FSE transmises par les professionnels,
 - Les cartes professionnels de santé (CPS) : clés d'accès au système pour les professionnels de santé pratiquant des soins ou des actes de santé, objet d'une couverture ou de remboursement par la Sécurité sociale.
- le poste de travail du professionnel

Pour les médecins libéraux, cette obligation implique non seulement de pouvoir générer les feuilles de soins sous forme électronique mais également de pouvoir les traiter à l'aide d'outils spécifiques. Les demandes de l'assurance maladie impliquent que les médecins libéraux télétransmettent les feuilles de soins électroniques par un terminal de traitement de l'acte de soins réalisé. La plupart des solutions de télétransmission disponibles requièrent

l'utilisation d'un poste informatique relié sur le plan matériel à un terminal permettant l'identification du patient par la lecture de sa carte Vitale et la signature du médecin par sa carte professionnelle. Pour que les FSE puissent parvenir jusqu'à l'organisme d'assurance maladie concerné, le professionnel a la possibilité de faire appel à tout fournisseur d'accès internet (FAI). Il doit donc souscrire un abonnement auprès de ce prestataire et en faire l'installation sur son poste informatique. Il s'agit du même réseau que celui utilisé pour l'échange de courriers électroniques ou la navigation sur Internet bien que le RSS, ainsi que nous l'avons mentionné précédemment ait l'exclusivité au niveau des organismes d'assurance maladie.

A l'occasion de cette réforme, les pouvoirs publics ont montré une conscience des enjeux en termes d'accompagnement des professionnels de santé pratiquant en ville en créant le Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale, le FORMMEL. En effet, les deux missions de ce fonds portaient sur l'aide à la cessation anticipée d'activité des médecins libéraux et sur le soutien à l'informatisation des cabinets médicaux. Le rapport présenté par M. Jean-Jacques JEGOU (78) devant le Sénat lors de la séance du 3 novembre 2005 indique toutefois que « si les médecins libéraux en cabinet ou en clinique, généralistes et spécialistes, sont informatisés en forte proportion (80 à 85 % seraient équipés, notamment grâce aux aides accordées par l'assurance maladie en 2000-2002 et à la mise en place du projet SESAM-Vitale), seuls 40 à 60 % d'entre eux ont recours à un dossier informatisé et peu d'entre eux disposent d'un dossier patient réellement ouvert, communicant et utilisant une application moderne ». Les médecins ont en effet la possibilité de transmettre les feuilles de soins électroniques sans avoir recours à un LGC ou LPS. L'utilisation d'un logiciel métier implique une gestion des dossiers patient de manière informatisée et donc une modification en profondeur des pratiques des médecins. Suivre une trame de consultation prédéfinie par un

fournisseur de solutions informatiques est perçu par certains médecins comme entrant en conflit avec leurs habitudes.

1.1.3 Une évolution parallèle

Les réseaux offrent un terrain d'enquête privilégié pour l'étude des processus de mise en place d'un système commun de traitement de l'information dans la mesure où ils regroupent un ensemble hétérogène de professionnels qui s'associent dans un objectif commun d'amélioration de la coordination et de la qualité de la prise en charge de patients présentant certaines caractéristiques communes. De plus, pour que les outils développés dans le cadre de ces réseaux répondent aux objectifs et aux besoins, ceux-ci doivent être réellement opérationnels et surtout acceptés et utilisés.

Comme l'indique le Dr MOUTEL, à l'origine, la relation médecin – patient était dans l'oralité puis est apparue la notion de dossier médical sous la forme de commentaires notés par le médecin suite à son examen du patient. Au XXème siècle s'est développé le dossier médical structuré sous sa forme actuelle. Dans les établissements hospitaliers, il est composé d'un ensemble de documents contenant les observations faites lors du passage du patient dans les différents services ainsi que les résultats d'examens complémentaires. La législation précise le contenu d'un dossier médical d'établissement tel que le patient est en droit d'en demander la communication depuis 2002. Toutefois la notion de dossier médical reste un ensemble vague. Par exemple, le dossier tenu par un médecin généraliste de ville comprend un ensemble d'observations faites lors de consultations, les prescriptions médicamenteuses et ordonnances correspondantes ainsi que les résultats d'examens complémentaires lorsque le professionnel les saisit ou bien lorsqu'il bénéficie d'une fonctionnalité lui permettant l'intégration de ces données directement sous format électronique. Le professionnel peut également ajouter d'autres éléments tels que les courriers envoyés par les correspondants participant à la prise

en charge du patient ou bien les comptes-rendus d'hospitalisation s'il en existe qui lui ont été communiqués.

Nous voyons donc à ce stade que le contenu du dossier du patient dans un cabinet de médecine de ville dépend de plusieurs facteurs : l'utilisation du professionnel d'un logiciel de gestion de cabinet, LGC (maintenant appelé LPS : Logiciel de Professionnel de Santé), quel usage il en a, de quelles fonctionnalités supplémentaires est-il doté : connexion au réseau internet, messagerie sécurisée, quel usage ont ses correspondants de leurs outils informatiques. Dans le cas des réseaux de santé, une des préoccupations des acteurs impliqués consiste à s'assurer que chacun des acteurs bénéficie d'un retour d'informations sur la situation du patient. Pourquoi a-t'il été inclus, qui me l'adresse, pour quelles raisons, quelles sont les actions que je dois réaliser si je respecte les référentiels et protocoles de prise en charge du réseau ? Il s'agit, pour reprendre un terme déjà utilisé précédemment, de doter chacun des outils nécessaires à la coordination de la prise en charge du patient. Nous entendons par là la définition du parcours du patient au sein du réseau. Cette notion de parcours prend tout son sens au sein d'un réseau de santé comme ASDES qui, comme nous le verrons, a pour objectif de repérer et contrôler les facteurs de risques médicaux et médico-sociaux pour les populations vulnérables. Il s'agit alors de déterminer les moyens qui doivent être mis en œuvre (consultations et examens complémentaires, éducation thérapeutique, orientation vers une association de proximité), le rythme auquel ce dispositif peut être réalisé.

Cette mise à disposition d'informations communes requiert que les acteurs utilisent le même langage ; pour des éléments comme les unités de mesure, la taille est-elle exprimée en centimètres ou en mètres, pour l'hypertension artérielle, l'unité est-elle en centimètres ou millimètres de mercure, à partir de quel IMC parle-t-on de surpoids, à partir duquel parle-t-on

d'obésité ? Dans le cadre d'un réseau de santé de prise en charge de l'obésité en pédiatrie, il est important que lors de l'orientation d'un patient présentant une obésité de degré 2 d'un professionnel vers un autre, celui qui prend le relais de la prise en charge sache ce que signifie les termes utilisés pour décrire la situation du patient. Pour ce faire, les réseaux de santé ont recours à la formation des professionnels, à la reprise des référentiels et recommandations de bonnes pratiques établies par les organismes de référence (Haute Autorité de Santé, sociétés savantes) et aux référentiels et protocoles que le réseau élabore par lui-même. La transmission de données exprimées dans un langage commun est également assurée par l'utilisation d'outils communs. L'outil principal pour cet exercice est le dossier médical commun que les réseaux mettent le plus souvent en place.

Il s'agit donc de la mise en œuvre d'un outil d'harmonisation du mode de communication entre des acteurs divers. Cet objectif correspond à l'objet d'un système d'information. Quelle que soit sa forme, un système d'information est en effet l'ensemble des outils qui, assemblés les uns aux autres, permettent production, enregistrement et circulation de l'information entre les acteurs constitutifs d'un ensemble. Bien que les technologies de l'information et de la communication puissent apporter un support à ces systèmes d'information, il peut également s'agir comme nous le verrons d'une addition d'outils hétérogènes. Chacune des composantes sera sélectionnée en fonction de facteurs d'influence liés à la nature du réseau, de la (des) pathologie(s) adressée(s), des acteurs impliqués, du niveau de financements disponibles...

Les médecins se sont orientés depuis plusieurs siècles vers une pratique fondée sur une démarche diagnostique et thérapeutique utilisant comme support un dossier médical qui recense les informations considérées comme essentielles par le médecin responsable de la prise en charge. En médecine de ville, ce dossier est souvent particulier à chaque médecin, il y

a quelques années encore, ce dossier était constitué d'un ensemble de fiches papier contenant les observations du professionnel, les résultats d'examens complémentaires et les courriers des correspondants. A ce jour, il est matérialisé pour de nombreux praticiens par un dossier informatisé au sein du logiciel métier ou logiciel de gestion de cabinet. On y retrouve : les antécédents, l'observation clinique, les résultats d'examens complémentaires, les courriers des correspondants, les comptes-rendus d'hospitalisation. La configuration varie selon les médecins. Les auteurs du rapport « FORMMEL » sur « l'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale » menée en 2000 mettent en avant les différences de pénétration des différentes fonctionnalités des logiciels de gestion de cabinet au sein de la médecine de ville. Chaque médecin utilise les différents outils informatiques dont il dispose de manière différente. Ainsi, est étudiée l'utilisation des fonctions informatiques. Il en ressort que la « gestion informatique du dossier du patient » et « l'aide au diagnostic et à la prescription » sont les fonctions que les professionnels utilisent le plus. Il est également signalé dans le rapport « qu'entre le début et la fin de l'enquête, on note une très forte progression pour les fonctions les plus répandues. Si la gestion informatique du dossier du patient est la première étape commune à tous les utilisateurs de l'informatique, des fonctions plus émergentes voient leur utilisation augmenter pendant la durée de l'enquête. »

En pratique hospitalière, le dossier du patient doit être un facteur fédérateur par la possibilité de transmettre entre les services les informations collectées auprès du patient durant son parcours au sein de l'établissement. Toutefois, chaque établissement comprend de nombreux services hospitaliers, souvent dotés chacun de « son logiciel » métier. Le système d'information hospitalier est l'outil informatique dont l'objet consiste à agréger les différentes composantes logicielles utilisées au sein de l'établissement pour apporter une cohérence dans l'ordonnancement des informations relatives aux patients. Cette organisation des données peut

aboutir à un dossier patient. Le retard du développement des systèmes d'information hospitaliers (SIH) en France est dénoncé notamment par les industriels du marché de l'informatique hospitalière, et selon les sources (77), en 2003, un tiers des établissements de santé français est équipé d'un dossier médical patient unique. Toutefois, les études menées pour le Health Information Network Europe (81) révèlent une tendance à la hausse du taux d'équipement des établissements.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, afin de répondre à l'évolution de la relation soignant-soigné, aux besoins de prévention et d'éducation à la santé et de mettre en place une prise en charge de la personne tant sur le plan sanitaire que social, des acteurs médicaux et paramédicaux se sont réunis au sein de réseaux de santé. On y retrouve notamment la médecine de ville et des établissements. La mise en commun des informations entre ces acteurs au sein d'un contenant commun revient à trouver un outil permettant de faire une compilation des informations collectées et saisies par l'ensemble des acteurs. Le réseau de santé assure une coordination des acteurs intervenant autour du patient, le dossier médical commun du réseau est l'outil qui permet de répondre au besoin de partage de l'information. Concrètement, ce dossier peut prendre différentes formes. En effet, il peut s'agir d'éléments papiers qui, copiés, peuvent être transmis par fax ou par courrier aux intervenants. Mais l'informatique intègre avec le développement d'internet une dimension nouvelle avec la possibilité de créer des systèmes d'information dont l'accès peut se faire depuis tout poste informatique relié à Internet pourvu que l'application réponde aux règles de sécurité et de confidentialité.

Ainsi, tandis que les pratiques se sont orientées vers l'utilisation d'un dossier médical de plus en plus structuré et complexe selon le nombre d'acteurs impliqués, les technologies de

l'information et de la communication ont elles-aussi connu une évolution permettant d'intégrer cette complexité par l'émergence de systèmes d'information conviviaux. Toutefois ce glissement depuis une juxtaposition de dossiers par métier ou par professionnel vers un dossier patient partagé est un changement d'état progressif qui nécessite certains pré-requis : la levée des freins encore persistants à l'utilisation de tout outil informatique par certains professionnels, la capacité à décrire les processus de prise en charge et leurs événements en prévoyant notamment les modalités de recueil et de saisie des informations de manière structurée et standardisée dans le respect de protocoles et référentiels communs entre les professionnels de santé quelles que soient leurs disciplines, tout en assurant à l'utilisateur une disponibilité et une fiabilité constantes de l'outil qu'il utilise. On retrouve dans ces éléments critiques certaines caractéristiques des réseaux de santé : protocoles communs, coordination de la prise en charge pluridisciplinaire des patients, ... C'est pourquoi dans notre étude, nous nous intéresserons en particulier à deux réseaux de santé présentés ci-dessous.

I.2 Exemple de réseau d'application médicale généraliste : ASDES

I.2.1 1. Mise en place de la santé publique clinique

Le réseau ASDES (Accès aux soins, aux Droits et Education à la Santé) a été créé en 2001 afin de répondre à des besoins de santé publique identifiés par les médecins généralistes du bassin de vie de Nanterre et des communes avoisinantes et par les médecins du service de la polyclinique de l'hôpital de Nanterre. Ces professionnels de santé ont en effet constaté d'une part que les médecins généralistes étaient de plus en plus confrontés à des patients présentant de multiples facteurs de risques et que nombre de ces patients que l'on qualifiera de vulnérables allaient en consultation au sein du service de consultations externes de l'hôpital plutôt que d'aller voir leur médecin généraliste.

A partir de ce constat de besoins, un groupe de médecins a décidé de créer un réseau de soins (terme employé à cette époque ainsi que nous l'avons vu précédemment) afin d'apporter un support aux médecins dans la prise en charge de ces patients difficiles, et de développer un mode de prise en charge pluridisciplinaire et globale des patients.

Il s'agit donc d'un réseau de santé publique clinique qui s'adresse à deux populations types :

- des personnes en grandes difficultés sociales associées à des retards ou impossibilité de soins et/ou à des déficits de prise en charge en termes de prévention et d'éducation à la santé.
- des personnes encore insérées, mais présentant un cumul de facteurs de risques qui les fragilise et/ou des déficits de prise en charge en terme de prévention et d'éducation à la santé.

1.2.2 Développement du réseau ASDES

Devant le constat des besoins des populations évoquées ci-dessus, les médecins généralistes de Nanterre et communes avoisinantes et les médecins du service de la polyclinique de l'Hôpital de Nanterre ont créé une association loi de 1901 et ont soumis leur projet à l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie pour solliciter des financements de type Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville dont l'objectif comme nous l'avons vu était notamment le développement d'initiatives de collaboration ville-hôpital.

Dès 2001, cette association a obtenu les moyens nécessaires pour développer ce support par la création d'un réseau de soins ville-hôpital. Fort de ces financements, les promoteurs du réseau ASDES ont pu mobiliser les médecins généralistes du bassin de vie de Nanterre et communes avoisinantes pour leur offrir des formations sur le repérage des facteurs de risques et une

indemnisation pour des consultations longues destinées à mettre en œuvre les protocoles liés à ce mode de prise en charge.

Les objectifs principaux du réseau ASDES consistent en effet à développer une activité de santé publique clinique, de prévention et de dépistage avec accès aux droits sociaux et à aider tout professionnel du réseau à consacrer du temps et des moyens à la prise en charge des patients concernés par l'activité d'ASDES. Les professionnels bénéficient de moyens pour améliorer la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité par le cumul de facteurs de risques qu'ils présentent.

Ainsi que le rappelle le rapport d'activité remis par le réseau ASDES en juillet 2006 en fin de période de financement DRDR, le réseau a connu 3 grandes phases de développement : une première phase entre 2001 et 2003 durant laquelle les promoteurs du réseau ont pu tester les idées fondatrices de cette initiative grâce aux financements FAQSV. Au terme de cette première période ASDES a sollicité auprès du Secrétariat Conjoint composé de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF) et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile de France (URCAMIF) un financement au titre de la dotation de développement des réseaux. Dans un deuxième temps, fort d'un financement au titre de la Dotation Régionale pour le Développement des réseaux attribué pour une période de 18 mois, le réseau a étendu son activité vers le Sud du département des Hauts de Seine (92) et ajouté le bassin de vie autour de l'hôpital Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux à celui de Nanterre. Le nombre de patients pris en charge ainsi que le nombre de professionnels adhérents a ainsi augmenté, conformément aux objectifs fixés par le réseau. C'est durant la troisième période de financement de 18 mois allant de mai 2005 à octobre 2006 que le réseau a mis un accent particulier sur la structuration de son activité et insisté sur

l'accès aux soins, le suivi des parcours patients et la coordination des acteurs de santé du territoire concerné. Après un avis favorable du Comité Régional des réseaux rendu en septembre 2006, le réseau ASDES a fait face à une période de transition budgétaire et poursuivi le renforcement de son action de coordination des parcours patients en insistant sur le support apporté aux professionnels libéraux adhérents du réseau : recrutement d'une secrétaire médicale, utilisation d'une fiche de parcours patient. En mai 2007, une décision conjointe a été signifiée au réseau indiquant qu'il serait financé au titre de la DRDR devenue Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins pour une période de 3 ans allant de janvier 2007 à décembre 2009. Il peut être noté à ce stade la difficulté pour le réseau ASDES d'obtenir des décisions de financement claires pour des périodes permettant une stabilité nécessaire pour renforcer la professionnalisation du fonctionnement et la pérennisation de l'activité. Après la période de transition de la fin de l'année 2006, à la fin du premier semestre 2008, le montant du budget annuel reste inconnu malgré la fourniture par le réseau des éléments prévus par la Décision Conjointe tels qu'un bilan de consommation budgétaire, un rapport intermédiaire d'activité ou encore un budget prévisionnel pour l'exercice en cours.

1.2.3 Moyens mis en œuvre par le réseau ASDES

Le rapport d'évaluation établi par le CNEH en juillet 2006 (82) rappelle qu'il existe une « difficulté intrinsèque à définir une population vulnérable : il y a des publics précaires ou vulnérables partout. Ces notions sont par nature relatives, d'où la mise en œuvre par les acteurs du réseau de pratiques médicales ou sociales différenciées par rapport à la perception globale d'une situation de vulnérabilité, de fragilité sanitaire et sociale. L'état « médico-social » du patient vulnérable est en général correctement perçu par le professionnel, sans qu'il puisse en fournir une conceptualisation reproductible, transmissible. »

Les études montrent que les médecins libéraux ressentent un isolement dans leurs pratiques. Une enquête menée par la Commission Prévention et Santé publique de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France en juin 2007 (13) sur « L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives » révèle que 47% des professionnels ont une sensation d'isolement fort dans leurs pratiques. Ainsi, dans un contexte de pression et dans des situations complexes telles que la confrontation des patients présentant un cumul de facteurs de risques, certains professionnels, impuissants, éviteront le problème ou le contourneront en laissant ainsi un terrain propice à la dégradation de l'état de santé des patients. Cette détérioration pouvant être évitée, notamment par une prise en charge médico-sociale pluridisciplinaire, ASDES offre la possibilité aux médecins adhérents de poursuivre l'investigation de ces situations complexes à partir des facteurs de risques répertoriés dans les protocoles du réseau.

La poursuite de cette investigation peut être menée par le professionnel lui-même à partir des référentiels mis à sa disposition par le réseau, ou par d'autres professionnels tels que ceux de l'équipe de coordination. Devant la prégnance des problèmes diététiques, l'importance de l'environnement pour une santé maîtrisée et le nombre de personnes présentant une suspicion de souffrance psychique, le réseau ASDES a sollicité et obtenu des financements pour le recrutement de professionnels paramédicaux et sociaux : diététicienne, psychologue et assistante sociale. Le médecin libéral adhérent peut orienter le patient inclus au sein du réseau vers l'un de ces professionnels pour adresser un problème particulier ou bien approfondir l'évaluation de la gravité des facteurs de risques repérés comme avec la psychologue pour laquelle le protocole mis en place au sein d'ASDES prévoit une série de 3 consultations d'évaluation avant, si besoin, orientation vers un spécialiste ou une structure spécialisée.

Dès la naissance du réseau, les promoteurs ont perçu comme essentielle la problématique des moyens à mettre en œuvre pour permettre aux professionnels, qu'ils soient médecins libéraux adhérents ou bien membres de l'équipe de coordination, de mettre à disposition des autres les informations nécessaires à une bonne coordination de la prise en charge. C'est pourquoi, le réseau a créé le « dossier médical patient », permettant de dépister les facteurs de risque médicaux et sociaux et de programmer la prise en charge.

1.2.4 Dossier de repérage de facteurs de risque

Afin d'optimiser l'organisation de la prise en charge, les professionnels de santé ou du domaine social intervenant autour du patient doivent avoir accès à des informations concernant ses facteurs de vulnérabilité, médicaux ou médico-sociaux. De telles données sont réunies à l'occasion des consultations réalisées dans un but de repérage des facteurs de risques au sein d'un dossier médical commun. Dans un premier temps, la coordination médicale a mis en place un dispositif afin d'assurer la mise en données informatique des dossiers remplis par les médecins. La base de données ainsi constituée permet de répondre aux besoins de la coordination du réseau de disposer des informations que les médecins libéraux ont noté lors des consultations d'inclusion et de réaliser une évaluation systématique par la coordination médicale des facteurs de risque un an après l'inclusion des patients pour faciliter leur suivi par les professionnels de santé adhérents.

La logistique informatique utilisée par ASDES repose sur une plate-forme sécurisée offrant un accès à l'ensemble des adhérents depuis un simple navigateur Web. Les professionnels de santé et acteurs de santé adhérents intervenant pour la prise en charge des patients peuvent consulter ou alimenter le dossier du patient. Les informations sont structurées par fiches :

l'identifiant, les données sociales, les fiches de facteur de risque (habitus, risque de cancer, risques cardio-vasculaires, affections respiratoires et pulmonaires, maladie transmissible, souffrance mentale, état buccodentaire).

Offrant aux utilisateurs différentes fonctionnalités accessibles de manière sécurisée, le système d'information du réseau ASDES permet de faciliter l'action des professionnels participant à l'activité du réseau envers le patient, en apportant une valeur ajoutée dans les trois domaines suivants :

- la coordination des acteurs intervenant autour du patient,
- la qualité et la disponibilité de l'information médicale, notamment en cas d'urgence,
- l'évaluation des pratiques engendrées par le réseau.

En respect de la loi du 4 mars 2002, le patient est informé et donne son consentement pour l'informatisation des informations le concernant. Le médecin ayant procédé à son inclusion est la personne responsable de ces informations, il a donc un accès complet et peut, au moment de l'inclusion, en liaison avec le patient, préparer et enregistrer une liste du personnel de santé dûment autorisé à intervenir au cours des soins du patient, et à accéder en conséquence aux données de soins.

Une diététicienne pourra ainsi disposer d'informations ciblées utiles lors de la consultation diététique et donner un retour d'information au professionnel de santé sur le suivi qui a été donné. Les différents niveaux de droits d'accès ont été définis par la coordination médicale avec la participation de représentants des différents acteurs. Une convention signée entre l'Assistance Publique — Hôpitaux de Paris et le réseau ASDES prévoit un partenariat notamment pour un service d'hébergement sécurisé des données nominatives du dossier médical partagé (DMP) du réseau et en particulier les données nominatives contenues dans le

dossier patient informatisé. L'hébergement est assuré sur un matériel serveur installé dans la zone informatique « démilitarisée » des locaux de la direction des Systèmes d'information. En ce qui concerne l'application elle-même, la plateforme HealthWeb distribuée par la société ARES prévoit la protection à l'accès des données stockées en utilisant des bases de données codées et en assujettissant l'accès au service au renseignement d'un login et mot de passe ou à l'authentification par carte CPS (carte de professionnel de santé) qui sera exigée pour l'accès à la fonction DMP (Dossier Médical Personnel) par les professionnels de santé dûment autorisés au cas par cas, suivant les enregistrements nominatifs. Gérées par l'équipe de coordination ASDES, les procédures de création et d'utilisation des mots de passe sont définies en tenant compte des recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Enfin, les données conservées au centre de coordination du réseau sont placées sur des ordinateurs dont l'accès est protégé par un mot de passe. Les fichiers sensibles, notamment la base de données des professionnels de santé, est elle-même protégée par *login* et mot de passe. Nous voyons bien là le rôle que la coordination joue tant en termes d'expertise et de suivi des patients qui sont orientés vers eux que par le rôle d'intermédiation que les membres de l'équipe peuvent jouer dans le déploiement des outils déployés reposant sur une vision technicienne. Une telle vision promue par un premier fournisseur de plateforme de partage de l'information a été un des facteurs à l'origine de la décision des instances du réseau ASDES en 2003 de rompre les relations avec celui-ci pour faire appel à un autre. En effet, le premier prestataire sélectionné considérait comme faisant partie du périmètre de sa prestation la simple mise à disposition d'une application de partage de l'information. L'accès aux données pour traitement statistique, par exemple, devenait alors une prestation supplémentaire obligeant le réseau à rémunérer le dit prestataire. La situation de conflit générée par ce

positionnement a résulté en une rupture du contrat. Les relations avec le deuxième prestataire ont permis de répondre aux besoins du réseau tant en termes de partage de l'information que d'accès aux données de la base. Toutefois, contraint par la difficile croissance du marché français de l'informatique médicale à réduire son activité dans ce secteur, ce fournisseur a causé parmi les professionnels du réseau un sentiment de frustration et de blocage. Devant la demande de renégociation du contrat par la société prestataire, les instances du réseau ASDES ont revu leurs objectifs en termes d'utilisation de la plateforme et ont exprimé le souhait de faire appel à une autre société. Cette nouvelle mouture du dossier médical informatisé insiste sur des fonctionnalités de traitements automatisés des données saisies plus que sur l'alimentation des dossiers en temps réel et en direct par les médecins libéraux. La vision promue consiste donc en une mise à disposition d'informations aux médecins libéraux auxquelles sont ajoutés des services de rappel, de liens avec les référentiels, etc.

I.3 Exemple de réseau de prévention et coordination médicale : le REPOP Ile de France

I.3.1 Prévention et prise en charge de l'obésité en pédiatrie

L'association REPOP Ile-de-France a pour but d'organiser un réseau de santé ville-hôpital interdisciplinaire autour de l'enfant ou de l'adolescent atteint d'obésité. Elle se donne comme objectif de promouvoir la prise en charge en réseau des enfants et des adolescents obèses, par la mise en place d'actions de prévention, un dépistage précoce, une mise en route d'actions thérapeutiques afin d'éviter les complications de cette pathologie.

Elle a comme mission l'organisation et la gestion d'un réseau de soins territorial au sens de l'article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale. Il s'agit d'un réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie, ouvert à tous les professionnels de santé dont les

patients sont domiciliés dans l'aire géographique concernée (départements de Paris, des Hauts-de-Seine, des Yvelines et de la Seine-Saint-Denis en Île-de-France) ou dépendant des trois établissements hospitaliers parisiens participant à ce jour à l'activité du réseau, l'Hôpital Necker – Enfants Malades, l'Hôpital Armand Trousseau et l'Hôpital Robert-Debré.

Les professionnels de santé interviennent dans le respect des valeurs et principes inscrits dans le règlement intérieur du réseau. La gestion de l'activité du réseau, et en particulier la gestion de l'inclusion des patients, du contrôle du suivi médical des jeunes patients et de l'organisation de l'évaluation externe de la pertinence du réseau, de la communication et des relations avec les professionnels de santé adhérents, l'enfant et la famille, est organisée par l'équipe de coordination REPOP qui regroupe un coordinateur médical et un coordinateur administratif. Le rôle de cette équipe est d'animer le réseau de soins, de valider l'inclusion de tout patient dans le réseau, de gérer et comptabiliser les visites auprès des patients inclus, ceci dans le but d'assurer le suivi des soins de qualité autour du patient, et l'indemnisation des professionnels libéraux pour le surcroît de travail que représente pour eux la consultation en elle-même et l'alimentation du dossier sur lequel s'appuient les protocoles du réseau. Par exemple, pour chaque patient inclus dans le réseau, le centre de coordination assure l'enregistrement de l'acte médical puis l'archivage de l'information pour traçabilité, depuis la demande (éventuellement par appel téléphonique qui sera identifié avec origine, motif, date et heure) jusqu'à l'alimentation de la fiche patient et le suivi éventuel de type de prescription ou de nouvelle demande d'intervention d'un professionnel de santé.

Travaillant en coordination étroite avec le secteur hospitalier représenté par quatre établissements de l'AP-HP (Necker – Enfants Malades, Robert-Debré, Armand Trousseau, Ambroise Paré), le centre hospitalier de Versailles et des établissements partenaires dans les

départements de l'Essonne et de la Seine St Denis, une proportion importante de l'inclusion de patients dans le réseau provient de ce secteur. Une autre proportion importante d'inclusion provient des campagnes de prévention et d'information organisées par la médecine scolaire. Aussi, le dossier patient informatisé est prévu pour recueillir une information minimale sur l'origine de l'inclusion du jeune patient, ainsi que le descriptif de son état lors de son inclusion, qu'elle ait été déclenchée depuis la base de l'information hospitalière ou de l'activité de la médecine scolaire. Le but du réseau est de prévenir l'obésité chez les enfants et de prendre en charge les jeunes patients obèses, dans les meilleures conditions possibles de qualité de soins, en assurant la coordination des différents intervenants habituels. Pour ce faire le réseau a mis en place une équipe de coordination qui propose une coordination de l'accompagnement pluridisciplinaire entre l'équipe libérale déjà existante (médecin généraliste, pédiatre, kinésithérapeute, diététiciens, etc.) et les équipes des établissements. Les membres de cette équipe répartie sur les différents sites orientent les patients extérieurs en demande de prise en charge obésité vers les médecins du réseau ou fournissent à la demande des acteurs libéraux une expertise aux patients inclus.

Les objectifs généraux du réseau sont de :

- promouvoir et mettre en place le dépistage précoce de l'obésité chez l'enfant,
- promouvoir la prise en charge en réseau des enfants et des adolescents obèses,
- promouvoir la formation et l'information sur l'obésité infantile,
- développer et mettre en commun des outils pour améliorer la prise en charge des patients,
- promouvoir une recherche clinique,
- favoriser l'implication de tous les professionnels au contact des enfants,
- assurer les liens avec les différentes instances institutionnelles et associations concernées.

1.3.2 Coordination de la prise en charge des patients

Le réseau REPOP utilise plusieurs recueils d'information pour assurer le bon fonctionnement :

- un dossier réservé à l'équipe de coordination du réseau REPOP, installé sur les ordinateurs réservés à l'usage interne de cette équipe pour le suivi des professionnels de santé de la zone géographique concernée et pour le suivi administratif de chaque patient avant ou après son inclusion,
- un dossier médical partagé (DMP) permettant d'offrir plusieurs services fournis par la plate-forme HealthWeb de la société ARES, notamment la collection des données médicales concernant le traitement et l'évolution de l'état du patient,
- un dossier d'exploitation *a posteriori* contenant diverses données administratives et médicales pour l'évaluation médico-économique demandée par les organismes financeurs du réseau.

Ces trois recueils donnent lieu à différents traitements particuliers détaillés ci-dessous :

- stockage de données accessibles par le centre de coordination pour le dossier de coordination,
- stockage de données sur la plate-forme ARES pour le dossier médical partagé (DMP) du patient,
- saisie de données de questionnaires et enquêtes pour l'évaluation.

Comme pour le réseau ASDES, une convention a été signée entre l'association REPOP Île-de-France et l'Assistance Publique — Hôpitaux de Paris prévoyant notamment un service d'hébergement sécurisé des données, dépendant de la direction centrale des services informatiques, sans être connecté aux systèmes informatiques existants et desservant les établissements hospitaliers de l'AP-HP. Seuls le médecin du patient inclus et les médecins du centre de coordination (parce qu'ils auront avalisé l'inclusion du patient suivant les critères définis par le réseau) sont appelés à connaître l'état du patient et son dossier médical. Au moment de l'inclusion, en liaison avec le patient et avec la famille, le médecin responsable

pourra également préparer et enregistrer une liste du personnel de santé dûment autorisé à intervenir au cours des soins du patient, et à accéder en conséquence aux données de soins.

L'informatisation du dossier médical du patient, dont les données stockées ont été définies par des médecins experts en nutrition infantile, et sa mise en ligne par des moyens sécurisés permettra au médecin traitant de réaliser un suivi de qualité et d'obtenir les informations pertinentes sur le dossier de son patient lorsque nécessaire. Conformément aux principes de la loi du 4 mars 2002, le patient disposera de l'accès intégral aux données administratives le concernant et aux données qu'il aura lui-même renseignées. Le patient aura accès aux données médicales intégrées par la réflexion des professionnels de santé, en liaison avec un médecin qu'il aura lui-même désigné. Lors de son adhésion au réseau REPOP, le professionnel de santé est informé des modalités de cette mise à disposition des données de son patient et il conserve, quelles que soient les modalités de communication des informations issues de son fichier, la maîtrise de cette communication.

La mise en place du système informatique du réseau REPOP s'est déroulée selon le même schéma que pour ASDES : constitution d'un groupe pilote sur volontariat des professionnels de santé adhérents pour étudier la faisabilité du déploiement généralisé. Des entretiens en cours d'expérimentation avec les professionnels de santé ont amené à organiser une réunion de travail intermédiaire pour apporter au plus vite des modifications sur plusieurs aspects bloquants. La généralisation de l'utilisation du système d'information est faite progressivement. La coordination du réseau forme régulièrement des groupes de 2 ou 3 professionnels de santé volontaires pour leur permettre, soit de réaliser la saisie de leurs dossiers eux-mêmes, soit de savoir au moins comment accéder aux informations saisies par la coordination du réseau.

II METHODES ET RESULTAT POUR UNE EVALATION LA PERTINENCE DE

L'EMPLOI DE L'INFORMATIQUE DANS LES RESEAUX DE SANTE

Nous avons évoqué en première partie l'évolution parallèle de la médecine symbolisée par le développement des réseaux de santé et celle des technologies de l'information et de la communication avec une ouverture des applications de l'informatique vers une plus grande intégration et surtout vers des échanges d'informations via ce type d'outils. Nous nous proposons à présent d'étudier l'impact que les choix de modes de communication peuvent avoir sur les pratiques médicales individuelles ou en réseau. Les réseaux de santé sont menés par des professionnels de santé, médecins, paramédicaux, psychologues, cadres de santé dont la préoccupation est concentrée sur les moyens disponibles en l'état des connaissances pour assurer une amélioration de la qualité de prise en charge des patients. Soucieux de pouvoir partager les informations collectées par les différents acteurs intervenant autour de la personne, ces professionnels peuvent avoir recours aux outils reposant sur les technologies de l'information. La mise en place de tels outils requiert une sensibilité à une démarche structurée orientée vers la réalisation d'un projet dont les objectifs sont liés au traitement de l'information. C'est la raison pour laquelle les réseaux ASDES et REPOP IdeF ont fait appel à la société 2IM pour assurer le rôle d'assistance à maîtrise d'œuvre technique. Cette position tout à la fois centrale et extérieure a permis de confronter nos hypothèses concernant le besoin d'interprofessionnalité entre les différents métiers du secteur sanitaire et social mais également avec celui d'un acteur susceptible de fédérer les connaissances de ces professionnels, de les traduire en besoins fonctionnels et de les assister lors de la mise en place des outils.

Pour ce faire, nous reprendrons le travail mené dans le cadre de l'étude mandatée et conduite avec le Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers sur la définition des systèmes d'information des réseaux de santé (80). En effet, une enquête a été réalisée auprès d'un panel de 10% des réseaux de santé français afin de bénéficier d'un retour de leur part sur les moyens utilisés pour l'échange et le partage des informations sans oublier la démarche à l'origine de ces choix.

Puis, bénéficiant du retour de ces réseaux de santé, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'utilisation faite de l'informatique, au sens que lui donne l'Académie, par les professionnels libéraux acteurs de deux réseaux de santé. Dans un premier temps des questionnaires ont été soumis à 117 médecins libéraux adhérents de ces réseaux, puis des entretiens ont été menés auprès d'un échantillon de ces professionnels.

Enfin, afin de compléter notre étude et bénéficier de résultats sur le déroulement d'un projet de partage d'information au sein d'un réseau de santé et sur l'impact que l'intervention d'un tiers peut avoir sur le succès ou l'échec de la mise en place d'un système d'information au sein d'un réseau de santé, nous avons mené un travail de recherche-action durant 4 ans au sein des réseaux ASDES et REPOP IdeF.

II.1 Etude des choix menés par les réseaux de santé français pour répondre aux problématiques liées au traitement de l'information au service de la coordination de la prise en charge des patients

Au-delà des pathologies ou problématiques de santé auxquels ils s'attaquent, les réseaux de santé français présentent des caractéristiques d'objectifs, d'organisation et de composition. L'un mettra l'accent sur le développement de l'éducation thérapeutique par une intervention forte de personnels du réseau dans la continuité d'une dynamique imprimée par un groupe de

médecins libéraux. Un autre émanera d'une initiative d'un service hospitalier préoccupé par la poursuite de la prise en charge du patient une fois sorti de l'établissement après traitement de l'épisode aigu de sa pathologie. Quelque soit l'objectif de ces réseaux, tous réunissent autour de la personne un groupe hétérogène de professionnels qui présentent une complémentarité dans les compétences qu'ils peuvent apporter. Chacun peut apporter au patient un service particulier générant des informations spécifiques qui peuvent être nécessaires aux autres professionnels pour le suivi du patient dans son parcours.

Cette diversité soulève la question du type de réponse qui peut être apporté aux besoins des professionnels de disposer des informations produites lors du passage du patient. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2006 a confié au GMSIH une cinquième mission (article L. 6113-10 du code de la santé publique), la définition des différents services d'« échanges d'informations au sein des réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social ». Dans ce contexte, le GMSIH a entrepris en 2007 de mener une étude relative au système d'information pour la coordination des soins entre la médecine de ville, les établissements et les réseaux de santé. Durant cette étude, nous avons réalisé une enquête téléphonique auprès d'un panel représentatif des réseaux de santé français afin de connaître l'existant en termes d'outils de traitement et de partage de l'information. L'objectif que nous nous sommes fixé pour l'élaboration du guide d'entretien téléphonique était de dresser un état des lieux des solutions choisies par les réseaux, d'identifier quels liens ces solutions offrent entre les acteurs et les réflexions que ces expériences suscitent en termes de perspectives.

En effet, le type de solution choisi peut fournir des indications sur les aspects considérés comme critiques par les réseaux pour apporter une réponse pertinente aux besoins de partage

d'information entre les professionnels. De telles informations peuvent également apporter des renseignements sur le degré d'intégration des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé en particulier dans un secteur ayant pour objet d'optimiser la coordination de la prise en charge de la personne. La technologie est-elle considérée comme pouvant apporter un service supplémentaire aux professionnels impliqués ? Quels sont les arguments en sa faveur ? Les réseaux se perçoivent-ils comme compétents pour élaborer une réponse adaptée aux besoins de partage de l'information ? Les technologies de l'information sont-elles un but en soi ou bien un outil au service d'un objectif de prise en charge ? Comment la question du partage de l'information est-elle abordée : l'outil puis son utilisation ou bien les informations à partager puis la sélection de l'outil ?

Sur le plan méthodologique, la sélection du panel de réseaux interrogés a été menée en plusieurs temps. Les données de référence prises en compte pour cette opération sont issues des informations publiées par l'Observatoire National des réseaux de Santé, service d'observation de l'activité des réseaux de santé sous tutelle du Ministère de la Santé et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. L'ONRS estime à 610 le nombre de réseaux financés au titre de la Dotation Nationale de Développement des réseaux. Nous avons choisi de mener l'enquête auprès de 10% de ces réseaux soit 60 réseaux à interroger.

II.1.1 Méthodologie et population étudiée

II.1.1.1 Caractéristique de l'échantillon de réseaux interrogé

La sélection de ces 60 réseaux s'est effectuée à partir d'un regroupement des réseaux en fonction de leur étendue géographique, ou leur ancrage territorial, et de leur objet principal. La répartition de référence pour définition de l'échantillon est la suivante :

- réseaux régionaux :

- Répondant à un schéma national (périnatalité, cancer)
- Présentant des spécificités régionales
- réseaux à zone géographique d'activité locale :
 - Apportant une réponse à la prise en charge d'une pathologie spécifique avec un accent mis sur la liaison entre la médecine de ville et les établissements
 - Assurant un accès aux soins avec une dimension sociale importante
 - Répondant à un besoin d'expertise par exemple dans le cas de maladies rares
 - Portant sur plusieurs pathologies avec une liaison forte créée avec le médecin traitant

Pour chaque catégorie un nombre de réseaux à contacter a été déterminé en tenant compte de la quote-part que chacune représente à l'échelle nationale. Les autorités de tutelle, Agences Régionales de l'Hospitalisation et Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, de 5 régions ont été sollicitées pour identifier certains des réseaux de l'échantillon en particulier des réseaux présentant des particularités en termes de problématique adressée et sous l'angle du système d'information. On peut citer par exemple le ROFSED, réseau Ouest Francilien de Soins des Enfants Drépanocytaires, en Ile de France, ou encore le réseau SphereS en Ile de France dont l'objectif est le maintien à domicile de patients présentant des pathologies lourdes. Le diagramme suivant illustre la répartition obtenue dans le cadre de l'enquête et permet de comparer le prévisionnel et le réalisé, cf Fig.1.

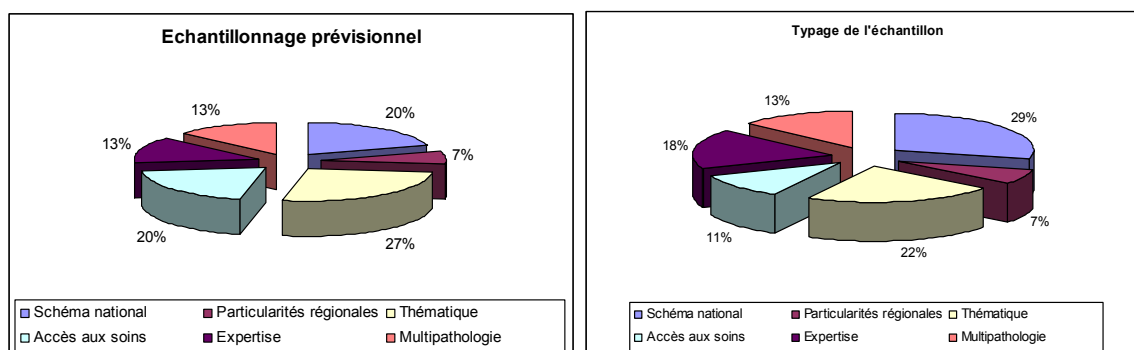


Figure 2 : Répartition des types de réseaux interrogés

II.1.1.2 Structuration des entretiens

Afin de répondre aux questions que nous nous posons sur les moyens mis en œuvre par les réseaux pour faire face à leurs besoins de collecte et de traitement des informations et sur les facteurs ayant pu avoir une influence sur leurs choix, les questions ont porté sur les points suivants :

- Caractéristiques et fonctionnement du réseau,
- Systèmes d'information en place,
- Perspectives d'évolution et objectifs opérationnels,
- Conséquences sur les processus et le SI du réseau

Le guide d'entretien permet ainsi de dresser une fiche d'identité du réseau puis l'inventaire des moyens utilisés pour apporter des réponses aux 8 fonctions principales d'un système d'information. Le système d'information est ainsi que tout au long de notre étude entendu dans son sens le plus large. Ces 8 fonctions sont les suivantes :

- Identification des patients du réseau,
- Gestion du répertoire des acteurs du réseau,
- Informations de liaison avec le secteur social,
- Production de documents,
- Echanges de documents et/ou d'informations,

- Organisation du parcours de soins
- Indicateurs d'activité pour évaluation interne et externe
- Sécurisation des accès au réseau et des échanges

II.1.2 Résultats de l'étude

II.1.2.1 Caractéristiques des réseaux interrogés

Les caractéristiques des réseaux telles que leurs dimensions (nombre de structures partenaires, nombre de professionnels adhérents et nombre de patients pris en charge) ont été rapidement abordées durant les entretiens.

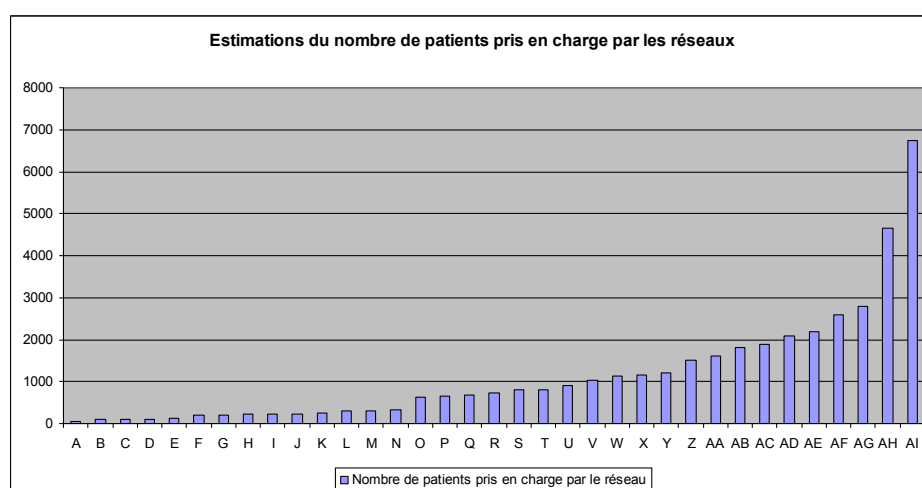


Figure 3 : Estimation du nombre de patients pris en charge par les réseaux interrogés

La nature des réseaux influe de manière significative sur leurs dimensions. Un réseau de périnatalité présente par exemple une spécificité par son rôle de suivi épidémiologique de la population des femmes enceintes et jeunes mamans plus que par un suivi individualisé des patientes. Le nombre de structures partenaires et de professionnels adhérents pourra être beaucoup plus élevé que pour un réseau multipathologique de proximité. Cette différence se retrouve également en termes de besoins de traitement de l'information. L'un requiert un outil

de recueil d'informations déterminées et limitées tandis que l'autre demande une collecte d'informations sur le long cours avec une transmission entre les acteurs intervenant autour du patient. Dans le cas d'un réseau d'addiction par exemple, les acteurs impliqués sont les médecins généralistes, les médecins ayant acquis une compétence dans le domaine de l'addictologie, les professionnels du secteur social lorsque les patients présentent des caractéristiques d'exclusion ou de précarité sociale. Les informations recueillies par ces derniers lors des consultations sociales doivent alors être mises à disposition des médecins responsables du suivi des patients.

II.1.2.2 Analyse des réponses

Dans le cadre de cette étude, il est apparu que tous les réseaux interrogés font appel à des outils « reposant sur l'informatique » (réf. Figure 3). Toutefois, il apparaît qu'un certain nombre d'entre eux maintiennent une communication par des moyens autres que les technologies de l'information et de la communication. Les réseaux de santé dont l'objectif est un recensement de population à visée épidémiologique seront écartés de notre étude, les échanges et le partage des informations restant notre sujet principal. Or, leur système d'information a pour finalité de consolider des données externes au réseau afin de les exploiter. Il s'agit principalement, comme nous l'avons déjà évoqué, des réseaux de périnatalité.

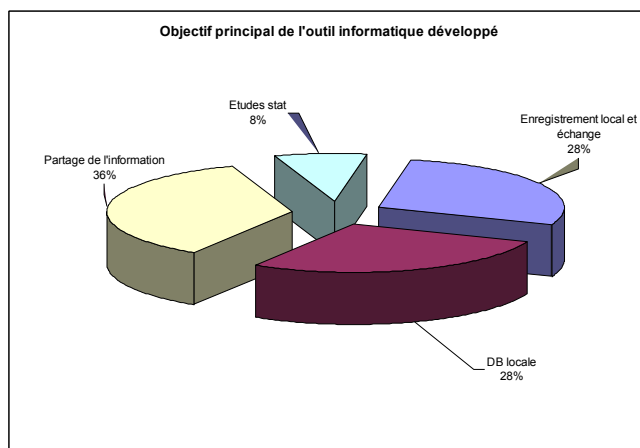


Figure 4 : Objectif de l'outil informatique

Lorsque les réseaux utilisent des moyens autres que les technologies de l'information pour la circulation des données entre les acteurs, alors ils assurent le plus souvent un enregistrement local de l'inscription initiale ou inclusion du patient et de l'adhésion du professionnel qui sont en quelque sorte constitutives d'un réseau. Une proportion moindre recense les consentements signés et / ou envoyés par les professionnels à la coordination qui assure la gestion des fichiers de suivi de l'activité du réseau. L'évaluation de l'efficacité médicale requiert pour ces réseaux un travail « manuel » fastidieux et lourd dont les acteurs interrogés, membres des équipes de coordination des réseaux, soulignent la charge qu'il représente dans leur fonction. La gestion du dossier médical du patient est assurée sous format papier et repose sur deux types de dispositifs principaux :

- Utilisation de fiches que la coordination récupère auprès des professionnels par plis postaux ou en mains propres
- Transmission du dossier médical par l'intermédiaire du patient, soit par sa conservation au domicile du patient lorsque l'intervention des professionnels a lieu sur place, soit parce qu'il est alors demandé au patient de l'apporter avec lui. Dans ce deuxième cas de figure, les professionnels interrogés ont à plusieurs reprises mentionné l'impact que cette méthode pouvait avoir sur la mobilisation du patient dans sa propre prise en charge. Il a même été fait état du souhait du réseau de

conserver ce type de support pour maintenir ce facteur d'implication particulier de la personne dans le suivi de son parcours de « rétablissement ».

Une deuxième catégorie de réseaux fait appel aux technologies de l'information et de la communication pour l'échange des informations. Il s'agit de la catégorie caractérisée par un enregistrement des données sur un support local mais avec un outil complémentaire permettant les échanges entre les professionnels. La quasi-totalité des 8 fonctions évoquées précédemment est prise en charge en particulier pour les inscriptions initiales, le suivi des parcours de prise en charge, la gestion de la sortie des patients du réseau et la gestion des protocoles et des référentiels. Toutefois, pour ces réseaux aussi, les personnes interrogées ont mentionné des difficultés pour assurer une évaluation optimale des ressources de l'environnement. Le dossier médical partagé repose dans plusieurs cas sur l'utilisation d'outils bureautiques permettant l'enregistrement de fiches de suivi sous format informatique qui peuvent ensuite être au choix imprimées sous format papier ou bien envoyées par des outils de télécommunication. Ce type d'usage se retrouve dans le projet promu par les instances de l'Ile de France dans le cadre de la préparation de la généralisation du DMP en Ile de France comme nous le verrons ultérieurement. L'outil de messagerie sécurisée est mentionné par 20% des réseaux interrogés. Il est également ressorti des entretiens menés que certains professionnels utilisaient des messageries électroniques non sécurisées malgré la réglementation en vigueur comme nous l'avons vu précédemment lors de l'exploitation des questionnaires.

Enfin, 36% des réseaux concernés par cette enquête font état de l'utilisation d'une plateforme de partage de l'information. Il s'agit d'un outil dont l'accès est restreint aux utilisateurs référencés, d'où une nécessaire rigueur dans le suivi des inscriptions tant des patients que des

professionnels. Ces applications permettent le plus souvent aux professionnels adhérents ou membres de la coordination d'accéder aux informations nominatives des patients tant en lecture qu'en écriture. Cette tenue informatique du dossier médical et/ou médico-social du patient est un élément distinctif par rapport aux autres catégories de réseaux.

II.1.2.3 Synthèse de l'enquête téléphonique

On constate une différence notable entre le SI du réseau thématique (nombre important de patients inclus, spécifications existantes sur RCP par exemple) et le SI du réseau territorial local : système artisanal mais « *répondant exactement à nos besoins* », file active relativement faible ; et en définitive faiblesse voire absence de partage informatique de l'information.

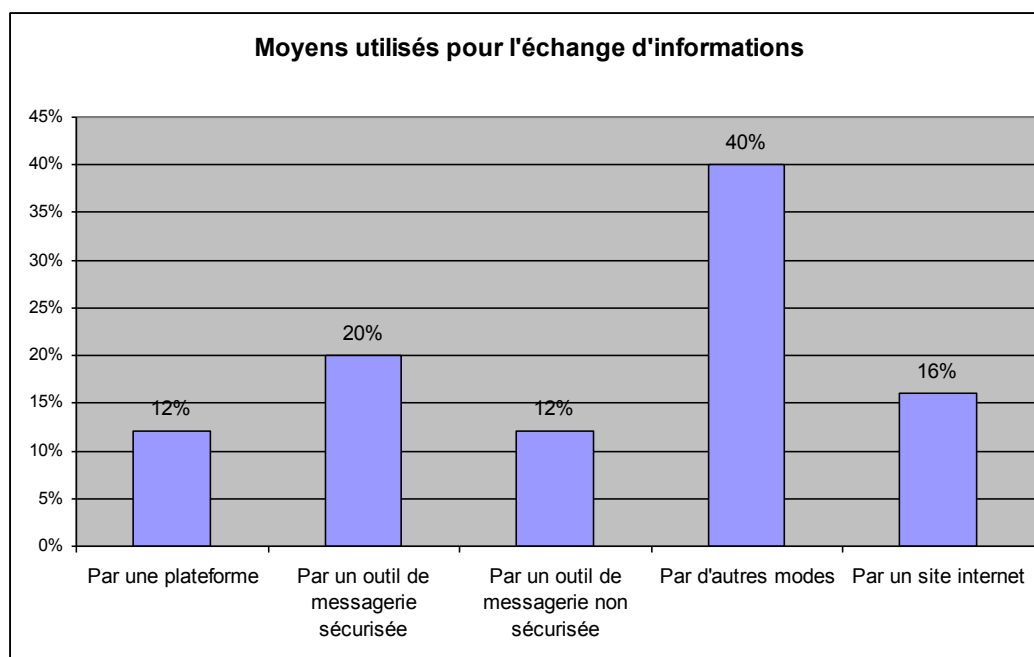


Figure 5 : Moyens utilisés pour l'échange d'informations

Les utilisateurs des réseaux de proximité doivent être sensibilisés à l'utilisation des outils informatiques. Les spécifications mentionnées comme à l'origine des choix faits par les réseaux conduisent à la définition d'outils simples, faciles d'emploi, avec une ergonomie

adaptée aux usages des professionnels de santé. La figure 5 illustre ainsi le taux élevé de réseaux utilisant d'autres média que les technologies de l'information pour assurer la circulation de l'information entre les acteurs. On trouve parmi les autres modes :

- Le courrier,
- Le fax,
- Les périphériques de sauvegarde,
- Le téléphone,
- Le dossier patient papier.

Les professionnels interrogés ont fait ressortir quelques messages forts sur ce qu'ils considèrent comme des facteurs de succès pour l'évolution d'un SI de réseau de santé :

- « *l'objectif consiste à modéliser le parcours des patients* »
- « *le projet de système d'information peut aide à formaliser et structurer les processus* »
- « *la messagerie sécurisée : un premier niveau permettant d'amener les professionnels de santé à utiliser un système d'information* »
- « *l'interopérabilité avec les logiciels de gestion de cabinet et les systèmes d'information hospitaliers est essentielle* »
- « *La structuration des modes de prise en charge est fondamentale pour la mise en place d'un système d'information de réseau.* »

Tableau 1 : Besoins exprimés par les réseaux interrogés

Typologie informations	Dossier de soins partagés au domicile du patient – principe de la mobilité	Base de données des services d'aide à la personne	Service de fiches navettes d'aide à la personne et messagerie	Création assistée d'une fiche de synthèse	Définition d'alertes pour le suivi du patient
Connaissance		X		X	
Informations personnelles	X			X	X
Ressources et disponibilités					X
Organisation parcours patient	X	X	X		X
Données santé publique				X	
Evaluation				X	

Typologie informations	Gestion de l'agenda et des rendez-vous pour le réseau	Serveur des résultats et messagerie sécurisée	Serveur d'astreinte et messagerie sécurisée	Ouverture du SIH vers la ville : serveur de résultat hospitalier et messagerie sécurisée
Connaissance				X
Informations personnelles		X	X	X
Ressources et disponibilités	X		X	
Organisation parcours patient	X	X	X	X
Données santé publique				
Evaluation				

Le tableau 1 révèle les besoins exprimés par les personnes interrogées afin de répondre aux besoins qu'ils ressentent pour le traitement de l'information générée par le réseau dans le cadre de son activité quotidienne. Chaque expression de besoin est mise en relation avec le(s) type(s) d'information concerné(s). En effet, durant la phase de l'étude menée pour le GMSIH précédant l'enquête, 6 types d'informations avaient été identifiées :

- Connaissance : référentiels, connaissances scientifiques sur une thématique particulière

- Informations personnelles du patient : dossier médical du patient rempli avec les informations collectées par le médecin adhérent
- Ressources & disponibilité : informations sur les ressources disponibles dans l'environnement du réseau pour répondre aux besoins d'orientation pour prise en charge
- Organisation des activités et du parcours médico-social : informations nécessaires pour définir quelle sera la trajectoire du patient durant son suivi au sein du réseau
- Données de santé publique : informations permettant d'avoir une meilleure vision de l'état de santé de la population en général
- Évaluation : informations requises pour que les réseaux soient en mesure de procéder à une évaluation de leur activité.

Le dépouillement de l'enquête permet d'identifier l'importance de la problématique des fiches aidant à organiser la trajectoire des soins, entendues sous l'angle de la circulation de l'information :

- « fiche navette » (3 occurrences)
- « fiche de parcours » (2 occurrences)
- « fiche de suivi » (7 occurrences)
- « fiches de liaison » (6 occurrences)
- « fiche de transmission » (1 occurrence).

L'expression des besoins de « fiches navettes » est exprimée par de nombreux réseaux et de manière plus particulièrement explicite par les réseaux à ancrage territorial de type accès aux soins et multipathologie, bien structurés, et fonctionnant essentiellement avec la participation de praticiens libéraux. Pour le libéral « isolé » ou « multiréseau » la messagerie sécurisée

constitue l'outil de base ; dans le cadre du fonctionnement par réseau, cet outil est insuffisant. Le réseau aide à gérer le flux des informations transitant par messagerie, au vu des usages de ce réseau ; le service de fiches navettes couplé à l'annuaire des intervenants définit l'outil informatique minimum des réseaux, hors établissements. Le souhait d'utiliser un tel outil, bien qu'il ne repose pas sur les technologies les plus modernes, est révélateur du besoin de fluidité et de flexibilité dans la circulation de l'information entre les acteurs des réseaux.

II.1.2.4 Accompagnement de la démarche du réseau

Les résultats de l'enquête téléphonique ont également démontré une attente des utilisateurs des réseaux de santé sur un support de proximité pour aider à la mobilisation sur le terrain, et également pour assister les équipes de la coordination du réseau. Les 4 paragraphes ci-dessous classifient les différents types de service qui ont été évoqués :

- Accompagnement des médecins libéraux et professionnels de santé

Les professionnels de santé participant à une activité de coopération médicale, et devant accéder et utiliser un SI commun, sont demandeurs d'information. Il s'agit d'un service apporté par l'assistance à maîtrise d'œuvre : mobilisation des professionnels, formation initiale adaptée aux besoins des libéraux et support de proximité – quelques sociétés locales ont essayé de proposer ce service, qui avait été identifié comme important par la CNAM lors du déploiement initial de la feuille de soins électroniques. Le rapport de l'IGAS a également identifié la nécessité de professionnaliser et structurer ce type d'offre.

- Connecteur entre le logiciel du professionnel de santé et le dossier médical informatisé des réseaux

Le médecin libéral souhaite utiliser son logiciel de gestion de cabinet comme point d'accès unique à un système de traitement de l'information en santé. Il refuse toute double saisie ; cette problématique est citée régulièrement dans le contexte des réseaux de santé en mentionnant le concept de plateforme régionale. Il s'agit d'une question d'infrastructure et d'architecture informatique.

- Outils d'organisation du site Web du réseau

Régulièrement citée comme fondamentale par les acteurs de la coordination du réseau, les annuaires des différentes structures médicales, médico-sociales, les annuaires des ressources disponibles, suscitent souvent méfiance et incompréhension.

Une réponse à la demande exprimée par le terrain consiste en la mise à disposition d'outils destinés à aider à la structuration, à la formalisation de sites véritablement professionnels. Les sites d'information des réseaux comportent une partie grand public, et une partie sécurisée.

Chaque partie présente :

- une information de type « connaissance » (informations médicales générales dans la partie grand public, protocoles médicaux dans la partie sécurisée réservée aux PS)
- une information de type « ressources » : pour la partie grand public, les simples points d'accès au réseau ; pour la partie réservée aux adhérents, des annuaires complets des professionnels et des structures adhérentes, idéalement avec des indications de disponibilité – très difficile à maintenir dans la pratique quotidienne.

- Dossier de soins partagés au domicile du patient – principe de la mobilité

- Création assistée d'une fiche de synthèse

La notion de synthèse provient de deux concepts, celui de la « fiche d'inclusion » (7 occurrences) et directement depuis celui de « fiche de synthèse » (2 occurrences). A partir d'un dossier patient structuré ou non, le PS demande l'établissement d'une fiche de synthèse pour faciliter le tri de l'information par le médecin utilisateur. Il apparaît que les systèmes commercialisés ne répondent pas aux attentes des utilisateurs médecins.

- Définition d'alertes pour le suivi du patient

La fonction d'alerte permet de rappeler une action à réaliser ou une obligation dans le calendrier. Elle constitue une fonction de base pour différents utilitaires de gestion du calendrier. Par exemple une fonction informatique existe dans la suite ® Microsoft Outlook. La demande du terrain consiste à rendre la fonction d'alerte utilisable dans le cadre de l'activité quotidienne d'un réseau.

- Gestion de l'agenda et des rendez-vous pour le réseau

De telles fonctionnalités sont existantes, mais toujours difficiles à utiliser dans le secteur médical. Il existe des logiciels de prise de rendez-vous directement accessibles par les personnes concentrées (clients de services commerciaux, de commerce). Ce type d'application ne semble pas adapté au monde de la santé.

II.1.3 Synthèse

Il ressort des entretiens menés auprès d'une soixantaine de réseaux de santé français que la double saisie, souvent considérée comme facteur de détournement de l'utilisateur du système proposé l'est une fois encore. Plusieurs réseaux ont mentionné la compensation par la messagerie sécurisée ou bien le besoin d'intégration avec les systèmes d'information.

Par ailleurs, au-delà de la technologie elle-même, les usages ressortent comme un facteur essentiel qui a un impact dimensionnant sur l'utilisation ou non de l'outil déployé. Ainsi, l'utilisation d'un dossier papier qui pourrait apparaître fastidieuse peut répondre dans certains cas comme pour un réseau de prise en charge de la souffrance mentale au besoin des acteurs de mobilisation du patient. Un autre exemple a été donné par une coordinatrice de réseau de soins palliatif qui explique l'échec de la première tentative de déploiement d'un système d'information parce que celui-ci « demandait une modification de la vision du réseau de soins palliatifs. Or, la structuration du dossier doit rentrer dans la logique des pratiques au quotidien. »

Les personnes interrogées se rejoignent sur l'importance d'un tel outil pour un réseau de santé : « le système d'information des réseaux doit être considéré comme une entité indissociable de l'identité des réseaux ». Toutefois, tandis que pour certains, la mise en place du système d'information joue un rôle structurant pour le réseau par une clarification des processus, d'autres considèrent que « le travail en réseau repose sur un réseau humain avant tout. Souvent l'erreur a été de favoriser l'outil au détriment de fondement humain » et alertent sur le risque qu'il y aurait de développer et déployer un système d'information sans avoir au préalable clarifié les procédures de fonctionnement et les protocoles de prise en charge.

II.2 Etude de l'intégration des applications informatiques dans la pratique médicale de ville au sein d'une population de médecins adhérents aux réseaux de santé ASDES et REPOP Ile de France.

11 des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête menée auprès des réseaux de santé ont mentionné l'importance de l'accompagnement des professionnels dans la prise en main de

l'outil en ajoutant même qu'une sous-estimation de ce facteur pouvait être à l'origine d'une sous-utilisation du système d'information. Qu'en est-il au niveau individuel chez des professionnels qui démontrent une sensibilité à la dimension de partage de l'information par leur implication dans un réseau de santé ? Nous avons essayé de répondre à cette question en faisant passer des questionnaires aux médecins adhérents des réseaux ASDES et REPOP Ile de France.

L'accompagnement de ces réseaux de santé depuis plusieurs années pour la gestion de projets de traitement de l'information de ces réseaux nous a incités à réaliser une étude sur le thème des facteurs de succès et/ou d'échec de la mise en place d'outils reposant sur les technologies de l'information et de la communication au sein d'un réseau de santé en tant que vecteur de coordination des soins.

Nous avons émis plusieurs hypothèses :

- La coordination de la prise en charge des patients par un réseau de santé nécessite une circulation des informations
- La fluidité de la circulation de l'information repose sur une acceptation des patients que les informations soient partagées,
- Et sur un accord des professionnels de santé, pour les uns de mettre à disposition les informations qu'ils ont collectées et pour les autres d'y accéder et de les utiliser
- Le meilleur moyen de partager des informations déterminées pour une utilisation en temps réel (ou presque) consiste à utiliser un système de traitement de l'information

Afin d'identifier les facteurs de réticence et d'adhésion à l'utilisation de ce nouveau type d'outils par les professionnels de santé, il a semblé qu'une étude en deux temps permettrait

d'avoir un retour objectif sur l'utilisation qui est faite de l'informatique aujourd'hui, et sur la perception de cet outil par les professionnels concernés.

Une enquête par questionnaire a été menée. Elle aborde les questions suivantes :

- Présentation du médecin
- Etat de l'informatisation des professionnels
- Type d'utilisation de l'outil informatique
- Positionnement vis-à-vis de l'informatique
- Utilisation des moyens mis à disposition par les réseaux auxquels ils adhèrent

II.2.1 Etude à partir de questionnaires

II.2.1.1 Méthodologie et population étudiée

La structuration du questionnaire a été déterminée par les questions que nous avons rencontrées au cours de notre étude bibliographique et par celles auxquelles nous souhaitons pouvoir apporter des éléments de réponse. Ainsi, la présentation du médecin évoque l'âge et le type d'exercice. En effet, nous avons pu lire que les habitudes des médecins en termes d'utilisation de l'outil informatique évoluent en particulier avec les nouvelles générations qui, habitués très tôt à manipuler un ordinateur, se sentent beaucoup plus à l'aise. Les réponses qui nous intéressent en premier lieu sont celles des médecins libéraux, nous devons connaître le type d'exercice des professionnels interrogés. De plus, l'étude menée par l'observatoire des pratiques en médecine générale en région Provence Alpes Côte d'Azur fait ressortir une différence dans l'abord qu'ont les médecins généralistes en association ou en exercice individuel dans leur abord des questions liées aux investissements, or, l'acquisition d'un système informatique représente un investissement qui peut effectivement bénéficier d'une mutualisation entre professionnels par exemple pour la mise en place d'un réseau interne au cabinet de groupe. Le taux d'équipement des médecins libéraux apparaît polémique et est un

argument utilisé pour démontrer la difficulté d'un projet tel que le Dossier Médical Personnel. Nous avons donc voulu nous faire une idée de ce qu'il en était au niveau de la population étudiée. Notre étude portant également sur les freins à l'informatisation. La troisième partie du questionnaire porte sur le type d'utilisation faite de l'informatique. Par ces questions, nous avons souhaité nous faire une idée des fonctionnalités les plus utilisées parmi celles qu'offrent les technologies de l'information, en particulier la gestion des dossiers patient et le courrier électronique. Les fonctionnalités évoquées dans ce questionnaire sont des outils professionnels. Afin d'avoir un premier retour préalable aux entretiens, nous avons interrogé les médecins sur leur ressenti face à leur utilisation. Les indicateurs objectifs voire quantitatifs concernant l'usage qui en est fait sont différents du positionnement subjectif du professionnel vis-à-vis de son outil de travail, d'autant plus si celui-ci peut avoir un impact sur la pratique professionnelle. Enfin, nous étions intéressés par la façon dont se situent les médecins libéraux dans l'activité du(des) réseau(x) de santé dont ils sont adhérents et de la compréhension qu'ils peuvent avoir des moyens mis à leur disposition par ces structures.

Les études menées sur l'informatisation des médecins libéraux comme l'enquête réalisée par l'URML Ile de France en 2007 – 2008 ont généralement pour objectif de dresser un état des lieux objectifs du niveau d'informatisation de ces professionnels. Quelle proportion de médecin possède un ordinateur ? Quelle proportion possède un logiciel de professionnel de santé ? De quelles fonctionnalités les professionnels sont-ils dotés ? Comment les utilisent-ils ? Ces études permettent d'établir les tendances d'utilisation de l'outil informatique et plus particulièrement celle de la fonctionnalité de dossier médical au sein des cabinets de médecine libérale en général et de médecine générale en particulier.

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes adressé à des professionnels ayant déjà révélé une inclination à une pratique coordonnée des soins et de la prise en charge des patients par leur adhésion et leur participation aux réseaux de santé ASDES et REPOP Ile de France pour bénéficier de leur part d'un retour sur leur positionnement vis-à-vis des outils informatiques. Le déroulement de cette enquête a eu lieu lors de séances de staffs et réunions de formations médicales organisées par les réseaux ASDES et REPOP Ile de France. Lors de ces réunions, les organisateurs ont laissé la possibilité en introduction de faire une présentation rapide de l'enquête menée. Des questionnaires papier vierges ont ensuite été distribués aux médecins et professionnels présents en début de séance pour être récupérés en fin de réunion ou bien ultérieurement par courrier, des enveloppes timbrées avaient préalablement été préparées à cet effet. Ces questionnaires pouvaient rester anonymes si le professionnel le souhaitait ; si, en revanche le médecin généraliste exprimait son accord pour un entretien semi-directif en complément de l'étude par questionnaire, il lui était demandé de préciser son nom et ses coordonnées.

Pour le réseau ASDES, ces questionnaires ont été soumis lors de deux séances de formation, l'une dans le nord du département des Hauts de Seine, le jeudi 8 novembre 2007, et la seconde dans le sud du département, le mercredi 17 octobre 2007. Pour le réseau REPOP Ile de France, des staffs sont organisés dans les départements du 78, du 92, du 91 et dans les trois établissements du 75, partenaires du réseau. Des questionnaires ont été soumis lors des séances organisées durant la période de l'enquête, soit dans les départements du 78, du 91 et lors de deux staffs organisés dans le 75 à l'Hôpital Robert-Debré et à l'Hôpital Armand Trousseau. Au terme de cette enquête, le taux de réponse a été de 91,41% avec 149 réponses pour 163 professionnels sollicités. Parmi ces professionnels, 15 sont des diététiciens, 7 des psychologues et 1 travailleur social. Leurs réponses ont été écartées de l'étude ; en effet,

l'implication de professionnels paramédicaux libéraux dans la prise en charge des patients est limitée au REPOP 78 et a débuté très récemment dans le cadre d'un projet financé par le PRSP, Programme Régional de Santé Publique, depuis 2007. Nous resterons donc focalisés sur les informations apportées par les médecins, toutefois après un ou deux ans de recul, il sera essentiel de mener une étude sur les modalités d'implication des professionnels paramédicaux et sociaux libéraux dans la collecte des informations nécessaires à la prise en charge des patients au sein d'un réseau de santé. Une telle étude pourra apporter des enseignements importants pour le projet de Dossier Médical Personnel dont la généralisation est en cours de préparation par des projets locaux tels que les réseaux ASDES et REPOP.

Etant donnée la méthodologie employée et la population sollicitée, les résultats obtenus par notre enquête pourraient être contestés s'ils étaient utilisés pour une généralisation sur le taux d'équipement de l'ensemble des médecins libéraux et sur les utilisations faites des outils informatiques en pratique libérale. Toutefois les objectifs de cette enquête portent sur une identification des difficultés rencontrées par des professionnels a priori enclins à une meilleure acceptation de l'idée de partage des informations patient. Cela résulte d'un double choix : celui de s'adresser à une population concernée par les autres parties de l'étude, les médecins adhérents aux réseaux ASDES et REPOP Ile de France, et celui d'étudier les réponses apportées par des professionnels ayant accepté les principes de prise en charge des réseaux auxquels ils participent notamment la prise en charge globale de la personne et par conséquent la pluridisciplinarité et le partage d'informations relatives au patient. Les réseaux de santé ASDES et REPOP Ile de France ont imprimé une dynamique de développement de l'utilisation d'outils de partage et de mise à disposition d'informations reposant sur les TICC. Dans le cadre d'un projet pilote en 2002, le réseau ASDES a assuré l'équipement d'une quinzaine de médecins libéraux en matériel informatique, et en connexions internet ainsi

qu'en matériel de télétransmission. Les réseaux ASDES et REPOP Ile de France apparaissent donc comme un contexte favorable à l'utilisation des technologies de l'information par les médecins libéraux dans le cadre de leurs pratiques et leurs adhérents comme des professionnels susceptibles de fournir des éléments de réflexion intéressants sur cette problématique de l'utilisation des technologies de l'information dans le cadre des pratiques médicales et sur l'impact qu'un consultant peut avoir.

II.2.1.2 Présentation des résultats de l'enquête

II.2.1.2.1 Analyse des questionnaires

A la date de l'enquête, le réseau ASDES comprenait 109 professionnels de santé adhérents dont 99 médecins généralistes, 7 médecins spécialistes et 3 pharmaciens, parmi eux 74 sont considérés comme actifs par la coordination du réseau. Le réseau REPOP Ile de France quant à lui en comptait 263 dont 194 considérés comme actifs au sein du réseau (les indicateurs tenus de manière mensuelle par le REPOP Ile de France présentent en effet une différence entre les médecins adhérents ayant signé la charte d'adhésion et ceux ayant effectivement inclus au moins un patient et participant aux formations organisées par le réseau).

L'enquête a bénéficié de 117 réponses dont 40 provenant de professionnels adhérents du réseau ASDES et 77 adhérents du réseau REPOP Ile de France. Les personnes interrogées étant des adhérents actifs, pour le taux de réponse nous considérerons comme population globale le nombre de professionnels actifs. Le taux de personnes ayant répondu aux questionnaires s'élève donc à 49,38% des professionnels adhérents actifs d'ASDES et 39,69% des professionnels adhérents actifs du REPOP Ile de France.

Afin de disposer de quelques informations sur la répartition de la population interrogée, quelques questions ont été posées sur le type d'exercice, l'âge, le nombre d'années d'exercice

de la médecine, et la possession d'un poste informatique comme critère général d'évaluation de l'état de l'équipement informatique des professionnels. Il en ressort que 99 des 117 médecins ayant répondu, soit 84,62%, exercent en cabinet de ville. Et parmi eux, 30 (30,93%) sont associés à d'autres professionnels. Les médecins de ville ayant répondu ont pour une très grande majorité plus de 45 ans (83,15%, 74), 20 des 23 autres médecins ont entre 35 et 45 ans, et 3 seulement ont moins de 35 ans.

Tous sont adhérents à au moins un réseau de santé. Nous savons également pour avoir eu accès aux listes des médecins adhérents aux deux réseaux ASDES et REPOP Ile de France que certains des médecins généralistes ayant répondu sont adhérents à ces deux réseaux. Toutefois, nous avons l'assurance par la vérification qui a été faite avant la distribution des questionnaires que ces professionnels ont répondu une seule fois. Parmi les questions posées, une concernait le nombre d'années d'adhésion. 10 (8,55%) médecins se sont abstenus de répondre. 76 (64,96%) sont adhérents depuis plus de 2 ans, dont 24 depuis plus de 5 ans. Ces derniers peuvent être considérés comme faisant partie des « pionniers » des réseaux de santé ainsi qu'ils ont été mentionnés dans le cadre de l'étude menée par le GMSIH.

Pour connaître l'état de l'équipement informatique des médecins interrogés, une question leur était posée sur la possession ou non d'un poste informatique. Toutes les personnes interrogées ont répondu être dotées d'un tel outil. Pour préciser l'état de l'informatisation des médecins dans le cadre de leurs pratiques professionnelles, une question demandait d'indiquer si ce poste était installé à leur cabinet, leur domicile ou bien les deux. La figure 6 indique que 93% des médecins ayant répondu à cette question sont dotés d'un poste informatique à leur cabinet, 79% à leur cabinet uniquement, et 14% à leur domicile et leur cabinet. Toutefois, parmi les 4 (7%) des professionnels indiquant n'être équipés qu'à leur domicile, 2 utilisent les

technologies de l'information dans le cadre de leur pratique professionnelle ; les réponses suivantes de l'un révèlent l'utilisation d'un logiciel de gestion de cabinet pour le suivi des patients et celles du second un usage de télétransmission des feuilles de soins électroniques.

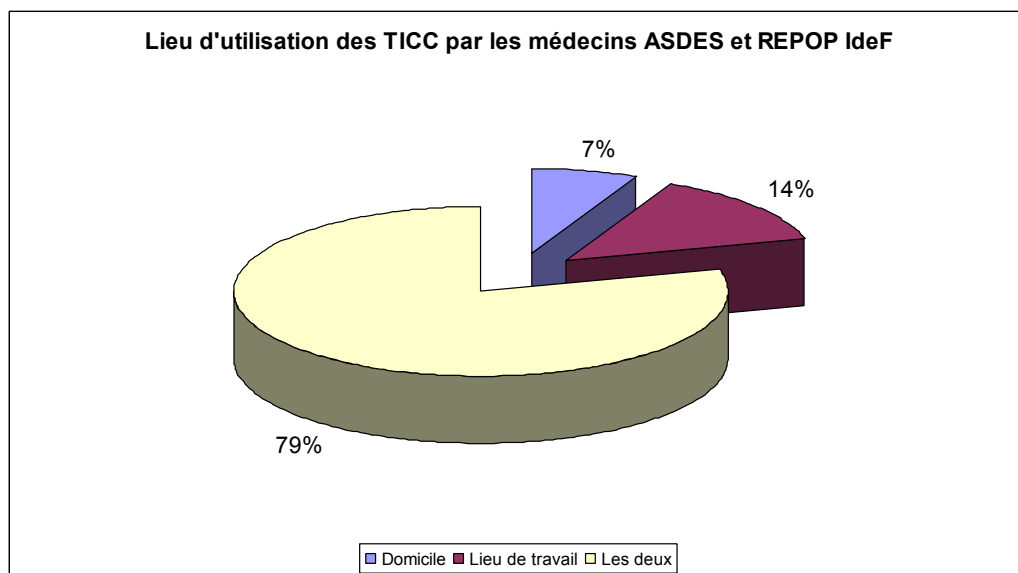


Figure 6 : Lieux d'utilisation des TICC par les médecins ASDES et REPOP IdeF interrogés

II.2.1.2.2 Etat de l'informatisation et son utilisation par les professionnels

Nous avons évoqué le taux de pénétration très élevé de l'informatique chez les médecins libéraux interrogés. Par informatique nous avons entendu la présence d'un poste informatique. Toutefois comme nous l'avons évoqué en première partie, l'informatique étant la science du traitement de l'information, nous avons cherché à obtenir des informations plus détaillées sur les applications que les professionnels en ont. Après la question concernant le matériel, nous avons de ce fait interrogé les professionnels sur l'utilisation d'une application logicielle spécifiquement conçue pour l'exercice de leur métier de médecin de ville (anciennement appelées logiciels de gestion de cabinet, ces applications sont aujourd'hui connues sous le nom de logiciels de professionnels de santé, LPS) puis sur l'acquisition ou non d'un moyen de communiquer à l'aide de l'outil informatique. Une fois, ces aspects évoqués de manière

générale, il leur a été demandé de spécifier les usages qu'ils ont de ces différentes fonctionnalités.

83 (83,84%) des médecins de ville utilisent un logiciel métier dans le cadre de leur pratique professionnelle, 16 (16,16%) ont répondu « non ». Une série d'options permettait de préciser les raisons de ce choix avec la possibilité d'ajouter des commentaires. Les options étaient les suivantes : absence d'interlocuteur pour les questions liées à l'informatique, difficile compatibilité entre pratiques médicales et informatique, coûts trop importants et manque de temps pour intégrer un tel outil dans les pratiques. L'absence d'interlocuteur apparaît nettement avant les autres options étant mentionnée par 62,50% des médecins ayant fait le choix de ne pas se doter d'un logiciel métier. Vient ensuite la difficulté de faire coïncider pratiques médicales et informatique pour 37,50%, les coûts pour 25,00%, le manque de temps pour 25,00%. Les commentaires ajoutent également « le peu d'apport à la relation médecin / malade », l'absence d'informatique dans le cabinet où le professionnel remplace le médecin titulaire ou encore le besoin d'un « déclic ». 50% des médecins n'utilisant pas de logiciel métier indiquent utiliser des applications logicielles bureautiques (type traitement de texte, tableur, logiciel de présentation).

Le développement des technologies de l'information de ces dernières années a amené le développement d'une nouvelle dimension aux applications possibles pour le traitement de l'information : la communication. En effet, les technologies réseau et en particulier internet, le réseau des réseaux, se sont largement répandues tant au niveau de la population générale que de la population des médecins. Tous les médecins de ville ayant pris part à l'enquête ont ainsi indiqué être dotés d'un accès internet.

Il apparaît donc que les médecins de ville ayant répondu à cette enquête sont tous dotés d'un poste informatique même si 2 en sont équipés uniquement à leur domicile. Une très grande majorité utilise un logiciel métier, toutefois un sixième des médecins environ a fait le choix encore aujourd'hui d'utiliser les outils informatiques hors des applications spécifiques offertes par le marché. L'utilisation de l'informatique pour accéder à internet et / ou échanger des informations par voie électronique s'est très largement généralisée. La suite du questionnaire avait donc pour objectif d'obtenir des informations complémentaires sur les utilisations faites des fonctionnalités TICC dont les médecins sont dotés.

II.2.1.2.3 Utilisation des fonctionnalités offertes par les outils informatiques

Pour obtenir des réponses sur les utilisations faites des outils dont les médecins sollicités dans le cadre de l'enquête sont équipés, une liste de choix avec possibilité de commentaires était proposée. Cette liste a été établie en fonction des études réalisées dans le cadre du FORMMEL et en fonction des fonctionnalités dont sont dotés les logiciels de gestion de cabinet (LGC) nouvellement appelés logiciels de professionnels de santé (LPS) auxquelles ont été ajoutées la dimension de communication avec le courrier électronique.

Les options de choix proposées sont les suivantes :

- Gestion des dossiers patient
- Communication avec d'autres professionnels de santé
- Récupération de résultats d'examens complémentaires de biologie
- Réception d'autres informations
- Echanges avec les patients
- Réalisation de tâches administratives
- Télétransmission des feuilles de soins électroniques

Utilisation des TICC par les médecins	
Gestion des dossiers médicaux	76,1%
Communiquer entre professionnels	73,5%
Récupération résultats de biologie	25,6%
Recevoir d'autres informations	43,6%
Echange avec des patients	22,2%
Tâches administratives	38,5%
Télétransmission des FSE	53,8%

Figure 7 : Utilisations des TICC par les médecins ASDES et REPOP IdeF

Comme nous l'avons vu, les professionnels sont dotés de postes informatiques reliés à internet avec la possibilité d'accéder à la messagerie électronique, aux bases de données de références médicales telles que les RMO et référentiels émis par la HAS ou les sociétés savantes. La majorité a installé ou fait installer un LGC sur leurs postes informatiques. Les applications principales de ces applications logicielles sont la gestion des dossiers médicaux des patients suivis, l'archivage des antécédents, l'aide au diagnostic et à la prescription, le suivi de données physiologiques des patients, la gestion de la comptabilité du cabinet, l'édition, l'impression et la transmission de documents tels que l'émission des feuilles de soins électroniques pour télétransmission vers l'Assurance Maladie.

Dans le cadre de notre étude, nous avons cherché à savoir dans quelle mesure ces fonctionnalités sont utilisées afin d'évaluer le degré d'intégration des outils informatiques dans leurs pratiques professionnelles. La figure 7 indique la proportion des médecins qui les utilise. Il en ressort que la gestion des dossiers médicaux est l'application la plus utilisée, ce qui correspond aux résultats des études FORMMEL ou encore à la restitution faite par le Dr HAMON de l'étude menée par l'URML Ile de France en 2008 sur l'informatisation de la médecine libérale en Ile de France. Il apparaît que la deuxième utilisation la plus répandue est celle des courriers électroniques pour la communication entre professionnels. En effet, 72 (73,50%) indiquent utiliser les TIC pour échanger entre professionnels parmi lesquels 54 (75,00%) font référence au courrier électronique comme moyen d'échange dont 48 comme

outil exclusif, 14 (19,44%) utilisent une messagerie sécurisée permettant ainsi de rentrer dans le cadre de la réglementation relative à l'informatique et aux libertés.

II.2.1.2.4 Impact sur les pratiques et formation

Alors que 84,62% des médecins ont recours quotidiennement aux outils informatiques dans le cadre de leurs pratiques de médecine libérale, nous constatons que seuls 47,47% déclarent se sentir à l'aise dans l'utilisation de ces outils. 48,48% estiment ne pas être à l'aise, et 4,05% se sont abstenus. Afin d'examiner l'accompagnement dont les médecins ont pu bénéficier dans leur prise en main de ces outils, nous les avons interrogés sur le cadre dans lequel ils en ont fait la découverte, contexte personnel ou professionnel, et nous leur avons demandé s'ils avaient eu l'occasion de suivre une formation.

Il apparaît que 41,43 % ont découvert l'informatique dans un contexte de vie personnelle tandis que 52,53% durant leur vie professionnelle. Cette information mise en relation avec le ressenti des médecins vis-à-vis de l'informatique indique une différence notable. En effet, 56,09% des médecins ayant découvert les outils informatiques dans un contexte personnel déclarent se sentir à l'aise pour 46,15% de ceux ayant été amenés à utiliser l'informatique directement dans un contexte professionnel.

Avoir bénéficié d'une formation semble avoir un impact relatif sur le positionnement vis-à-vis de l'informatique ; cela pourrait même être un indicateur concernant le sentiment du médecin dès l'origine. En effet, 43,75% des médecins ayant reçu une formation indiquent se sentir à l'aise tandis que 52,38% des médecins n'ayant suivi aucune formation expriment le même sentiment. Nous pouvons penser qu'avoir bénéficié d'une formation résulte d'une démarche ou d'une demande personnelle de la part de médecins pour qui l'informatique constitue une

nouveauté. Ceci est confirmé par le nombre de médecins, 41,67%, qui, bien qu'ayant déjà bénéficié d'une formation, souhaite un appui supplémentaire.

Il ressort à ce jour un manque d'harmonisation des moyens pour les professionnels de pouvoir bénéficier d'une formation. En effet, les organismes qui en ont dispensé aux médecins interrogés sont diverses et peuvent être réunis en plusieurs catégories comme l'indique la figure 8. Ce manque d'harmonisation ajoutée à l'impression de manque d'interlocuteur largement mentionnée par les professionnels réticents à l'utilisation de l'informatique souligne les besoins existants dans ce domaine.

Organismes formateurs	
Editeur/Revendeur	39,29%
Société savante	28,57%
Relation personnelle	17,86%
FMC/organisme formation	21,43%

Figure 8 : Typologie des organismes ayant apporté une formation à l'informatique

Enfin, les retours donnés par les médecins font ressortir une note positive concernant l'intégration des outils informatiques dans leurs pratiques médicales quotidiennes. En effet, 40,01% indiquent que les technologies de l'information ont apporté une amélioration à leurs pratiques et seuls 6,10% évoquent une connotation négative.

II.2.1.2.5 Etude de l'utilisation des outils mis à disposition par les réseaux

Les questions posées aux médecins sur ce point portaient sur l'existence ou non d'un dossier médical informatisé partagé au sein du réseau dont ils sont adhérents. Nous pouvons commencer par noter que 22,1% des professionnels interrogés indiquent qu'une telle fonctionnalité est absente du panel d'outils proposé par le réseau alors même que nous savons

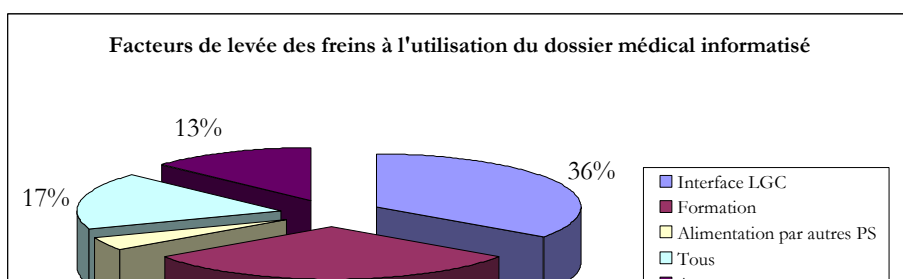
que les deux réseaux ASDES et REPOP IdeF ont fait l'acquisition d'une plateforme de partage de l'information. Parmi ces médecins, la moitié ignore l'existence d'un dossier médical commun et l'autre indique qu'il est exclusivement sous « format papier ». Un manque de communication sur ces outils peut expliquer au moins en partie ces réponses.

Parmi les 79 médecins ayant connaissance de l'existence du dossier médical commun des réseaux, 79,7% l'utilisent. Ils se répartissent de la manière suivante :

- « Tout papier » : 63,5%
- « Tout informatique » : 33,3%
- Mixtes : 3,2%. Pour ces médecins, la saisie est effectuée par un membre de la coordination du réseau permettant ainsi au professionnel d'accéder aux informations.

Parmi les médecins « tout papier », 80% ont bien voulu indiquer ce qui pourrait les amener à utiliser le dossier médical informatisé, ce que nous avons autrement appelé les facteurs de levée des freins. L'interfaçage avec leur logiciel métier apparaît comme le premier facteur. En effet, c'est par une interopérabilité leur LGC et d'autres outils informatiques que les professionnels auront la possibilité d'accroître l'étendue de leurs fonctionnalités de traitement de l'information tout en continuant à travailler dans leur environnement familial. Dans le cas présent, cela permettrait de limiter les opérations nécessaires pour la saisie des informations depuis une application Web séparée. La formation à l'utilisation de cet outil ressort comme le deuxième facteur incitatif. Parmi les autres facteurs apparaissent la certitude que d'autres professionnels de santé accèdent aux informations et les alimentent ; un médecin mentionne la rémunération du temps passé, et 5 évoquent simplicité du dossier et convivialité du système.

Facteurs de levée des freins	
Interface LGC	34,78%



Formation	30,43%
Alimentation par autres PS	4,35%
Tous	17,39%
Autres	13,04%

Figure 9 : Facteurs de levée des freins à l'utilisation du dossier médical informatisé

II.2.1.3 Synthèse

Les professionnels interrogés sont dans leur ensemble familier avec l'existence de l'outil informatique dans son acception la plus large. Entre domicile et cabinet, 100% ont un poste informatique. De plus, nombreux sont ceux qui utilisent un logiciel métier, fonctionnalité que l'on retrouve chez 83,84% des médecins libéraux interrogés. D'autres facteurs indiquent le niveau de pénétration des technologies de l'information dans l'environnement de travail quotidien des médecins libéraux : 100% sont dotés d'une connexion internet, 73,50% utilisent ces moyens pour échanger avec d'autres professionnels. Une telle proportion de professionnels révèle qu'un projet tel que la mise en œuvre d'un système de traitement de l'information au sein d'un réseau de santé ou tel que le Dossier Médical Personnel peut s'avérer un succès.

Toutefois, nous avons identifié des besoins forts en termes de formation et d'accompagnement. Ces besoins sont d'autant plus forts que les professionnels les moins à l'aise requièrent un processus d'apprentissage continu plus qu'une formation unique et ponctuelle. De plus, les réseaux de santé comme les autorités nationales assurant la maîtrise d'ouvrage de projets reposant sur les technologies de l'information ont un effort particulier à déployer pour communiquer sur les objectifs et les services rendus. En effet, bien que les

réseaux ASDES et REPOP IdeF aient procédé à l'acquisition et à la mise en œuvre d'un dossier médical informatisé, nous rappelons à ce stade que 22,1% des médecins interrogés ignoraient l'existence d'une telle fonctionnalité au sein d'un réseau dont ils sont membres actifs.

II.2.2 Analyse des sites des réseaux ASDES et REPOP

II.2.2.1 Rappel de la construction de ces sites et de leurs missions présumées

En 2001-2002 déjà, le Réseau ASDES a sollicité le spécialiste en communication et graphisme et la société 2IM pour mener un travail de réflexion sur le site Internet du réseau. Ce site avait alors pour objectif de présenter l'activité du réseau en mettant l'accent sur la promotion de la santé publique clinique, c'est-à-dire le repérage des facteurs de risques médicaux et médico-sociaux dans un contexte de consultation de médecine libérale. Le travail matérialisé par la création d'un CD-Rom a été perçu comme nécessitant un complément pour répondre pleinement aux attentes des promoteurs médicaux du réseau. C'est en 2004 que le fournisseur de la plateforme de partage de l'information a offert l'opportunité de réaliser le travail nécessaire pour atteindre cet objectif, compléter le dossier médical informatisé par un site mettant à disposition des professionnels les informations techniques nécessaires à la bonne prise en charge des patients et apportant les réponses soulevées par les événements repérés lors de(s) la consultation(s) d'inclusion. Lorsqu'un médecin généraliste libéral se retrouve confronté à une femme de plus de 45 ans, il doit avoir un recours facile au référentiel lui permettant de connaître les procédures recommandées par les autorités et les sociétés savantes en matière de dépistage du cancer du sein. L'objectif du réseau consiste donc à mettre à disposition des médecins adhérents un accès facilité aux sources d'informations professionnelles de référence et les référentiels et protocoles du réseau lui-même. Les moyens envisagés pour ce faire sont de mettre un lien entre le dossier médical informatisé et le site Web et à défaut de créer un espace professionnel servant de passerelle.

Le processus de construction du site s'est déroulé en plusieurs temps. Dans un premier temps, la société 2IM a élaboré un projet de charte graphique fondé sur les couleurs utilisés pour le logo du réseau. Une fois ce projet validé par les instances, ont été soumis pour approbation un projet d'arborescence à trois niveaux et un projet de procédure de validation et de mise à jour du site. L'arborescence repose sur une répartition entre trois parties, des rubriques contenant elles-mêmes les articles. Les trois parties ont été définies en fonction du public visé : l'espace de présentation institutionnelle de l'activité du réseau, l'espace destiné aux patients et celui destiné aux professionnels. Le site est accessible en ligne à l'adresse www.asdes.fr.

Les objectifs fixés par le REPOP IdeF sont différents ; le site a pour premier objectif de servir de vitrine à une structure offrant un abord différent de l'obésité pédiatrique, problématique de santé publique à laquelle la population a été sensibilisée par des campagnes médiatiques à grande audience et par des plans nationaux tels que le Programme National Nutrition Santé. Les promoteurs médicaux du site du REPOP IdeF ont également souhaité la création d'un espace sécurisé accessible aux professionnels de santé habilités pour leur mettre à disposition des informations pratiques sur la vie du réseau : dates de réunions de staffs, dates de réunions des instances, annuaire des correspondants médicaux et paramédicaux. La construction du site REPOP IdeF est intervenue de manière concomitante avec l'élaboration du dossier médical informatisé, le fournisseur de la plateforme de partage de l'information proposant là encore un service connexe à sa prestation principale par la mise à disposition d'une plateforme légère d'administration du site. La société 2IM s'est vue confier la gestion de ce projet et l'administration du site, rôle de webmestre. Le calendrier du Réseau au premier semestre 2004 prévoyait un colloque d'information sur l'obésité pédiatrique et sa prise en charge par le

REPOP IdEF. L'objectif consistait à assurer la conception et la mise en ligne avant ce colloque.

Le processus d'élaboration a été comparable à celui du réseau ASDES. Après que sur le plan graphique la reprise de la charte a été décidée par le groupe de travail en charge de la communication, une première proposition d'arborescence accompagnée d'une procédure de mise à jour a été soumise à l'examen de la coordination médicale. Une fois ces documents validés, une première maquette a été élaborée. Le contenu rédigé par la coordination administrative et le support à maîtrise d'œuvre a été validé par la coordination médicale malgré la difficulté de mobiliser celle-ci sur la production même des textes. Par la suite, une procédure de fonctionnement a été mise en place entre les différentes antennes de la coordination médico-administrative et la société 2IM assurant le rôle de webmestre pour que soient régulièrement mises à jour les informations relatives aux réunions de staffs organisées dans l'ensemble de la région par les acteurs du REPOP IdEF, aux indicateurs mensuels de l'évolution de l'activité du réseau et aux supports de communication interne tels que les newsletters. Le site du REPOP IdEF est également particulier par sa structuration qui a évolué à la création de la Coordination Nationale des REPOP. En effet, le nom de domaine initialement acquis par le REPOP IdEF est www.repop.fr. Or, plusieurs réseaux se développant à travers la France, les instances régionales et nationale ont décidé que cette adresse URL devait permettre d'accéder à l'ensemble des sites de ces réseaux. Ainsi, le site du REPOP IdEF lui-même est dorénavant accessible par cette première page nationale servant de passerelle vers une URL spécifique à la région francilienne www.idf.repop.fr.

II.2.2.2 Evaluation de la réalisation des missions en fonction de la fréquentation des pages

Après l'ouverture du site du réseau ASDES, trois phases ont suivi. Dans un premier temps, la mise en ligne de nouveaux contenus a résulté d'une dynamique externe à la coordination

médicale : projets promus par le consultant, prise en compte des remarques d'auditeurs ou de partenaires du réseau. Dans un deuxième temps, face à la stagnation de la fréquentation le médecin coordinateur des médecins libéraux s'est impliqué dans la détermination du contenu à mettre en ligne en particulier les informations d'ordre médical à destination des professionnels et des patients. Une troisième phase débutée récemment repose sur l'implication d'autres professionnels de la coordination avec un transfert de compétences depuis la société 2IM, webmestre vers eux pour les opérations de mise à jour de routine.

Durant la première phase, la fréquentation est restée à un niveau limité en raison de l'aspect statique du site et de l'opération technique nécessaire pour chaque utilisateur lors du premier aspect à l'espace sécurisé. En effet, tout navigateur internet a des mesures de sécurité configurées par défaut à un niveau moyen qui bloque l'enregistrement de « cookies », entités informatiques permettant le traçage d'un utilisateur sur un site Internet. Le processus d'identification / authentification des utilisateurs utilisé par la première plateforme reposait sur l'utilisation de cookies. Chaque accès depuis un poste informatique dont le niveau de sécurité du navigateur était encore configuré par défaut requerrait une modification de ces paramètres. Entre les réseaux ASDES et REPOP IdeF, 17 appels de support vers 2IM ont concerné ce point. Plusieurs des médecins utilisateurs se sont montrés inquiets de devoir baisser un paramètre de sécurité. Des retours de médecins lors des réunions médicales ont indiqué se sentir bloqués par ce point. Devant la stagnation de la fréquentation du site et ces retours des utilisateurs, les instances des réseaux ASDES et REPOP IdeF ont pris la décision de faire appel à une autre plateforme d'hébergement et d'administration. A cette occasion, la coordination médicale du réseau ASDES s'est mobilisée autour de la problématique de la fréquence des mises à jour de contenu. Grâce aux efforts du médecin coordinateur « ville » du réseau, le rythme de mises à jour est passé de 16 actions durant les quatre derniers mois de

l'année 2007 à 24 pour les quatre premiers mois de l'année 2008. Toutefois malgré une augmentation de la fréquentation du site suite à deux opérations ponctuelles de communication interne vers les médecins adhérents lors de réunions de formation médicale, depuis la fin de l'année 2007, le nombre de visites reste aux alentours de 200 visiteurs uniques par mois, pour une moyenne de 1,26 visite par visiteur et 4,79 pages par visite.

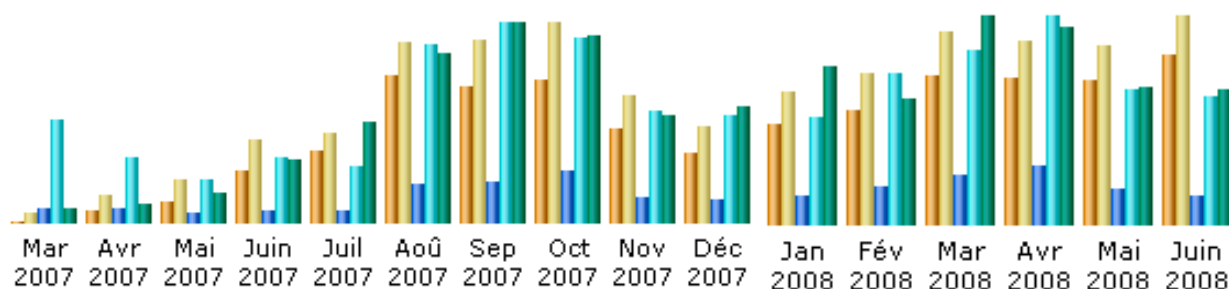


Figure 10 : Evolution de la fréquentation du site Web du réseau ASDES

Le nombre de connexions à l'espace professionnel à partir duquel les informations médicales sont accessibles a lui aussi atteint un niveau plafond illustré par un nombre quasi-constant de 35 connexions par mois au dossier médical informatisé par l'intermédiaire du site et d'une soixantaine de connexions à l'espace professionnel dans son ensemble. Cette évolution marque le besoin de communication vers les membres du Réseau ASDES. Ce type d'opération a montré son efficacité, ainsi, après une mise à jour importante des pages à destination des patients et une diffusion de la part du réseau d'informations vers ses partenaires tels que les associations de proximité, la fréquentation de cette partie du site a connu une augmentation significative du nombre de visites et de pages vues. Afin d'atteindre son objectif de mise en relation entre le dossier médical informatisé et les recommandations de bonnes pratiques, la coordination du réseau ASDES doit donc poursuivre son effort de fréquence des mises à jour et insister sur son message à destination des professionnels sur l'importance de passer par le site Web du réseau pour accéder aux informations médicales

patient. La mobilisation de l'équipe de coordination sur le besoin d'implication de leur part dans la vie du site a demandé du temps mais une complémentarité s'est développée entre le médecin coordinateur pour les informations médicales et un professionnel paramédical assistée de la coordinatrice administrative pour les informations pratiques et actualités du réseau.

Une telle complémentarité entre le site Web et la plateforme de partage de l'information essentielle pour assurer la liaison entre les informations patient et les recommandations et protocoles qui y sont liés n'est rendue possible que par le travail d'harmonisation de la procédure de création de profils d'identification pour ces deux outils et par la centralisation de ces opérations au niveau d'un acteur unique. Pour les deux réseaux, lors de l'adhésion d'un médecin libéral, ses informations d'état civil et ses coordonnées lui sont demandées. Elles sont alors transmises à la société 2IM qui les enregistre dans une base de données tenue à jour grâce aux informations reçues de la coordination, puis procède à la création des deux profils utilisateur en s'assurant que chaque médecin ne possède qu'un seul même couple identifiant / mot de passe. Il est à noter l'importance du rôle de la coordination par la suite dans la diffusion de ces informations vers les utilisateurs. Il arrive fréquemment que lors de contacts informels avec les médecins adhérents, des membres de la coordination apprennent que ces informations ont été égarées. Dans la promotion de l'utilisation du site et sa mise à jour régulière, bien que pouvant être aidée d'un support d'administration, seuls les professionnels, acteurs en contact direct avec les médecins adhérents, peuvent imprimer la dynamique nécessaire pour atteindre les objectifs. Cette étape demande de la part du consultant en charge du projet une démarche de longue haleine de sensibilisation, de formation et d'accompagnement.

Ceci se vérifie également pour le REPOP IdF. En effet, bien que la remontée d'informations organisationnelles et administratives soit procéduralisée et provoque des actions de mise à jour régulières, l'absence relative de mobilisation des professionnels de santé sur ce site a provoqué un statisme du contenu médical. Sensibilisé à cette problématique et retrouvant un certain dynamisme, le groupe de travail communication du réseau a demandé qu'un projet de refonte de l'arborescence soit mené. Un guidage du visiteur du site vers les informations qui le concernent directement est la première des priorités fixées à ce projet en cours à ce jour. Ainsi le site reprend la répartition du réseau entre les départements franciliens. La première page du site servira de passerelle vers les différents départements, puis vers une navigation « personnalisée » selon le profil du visiteur selon qu'il est un acteur institutionnel, un professionnel ou un patient. L'orientation donnée à ce projet repose sur une volonté de mettre à disposition des informations pratiques susceptibles d'améliorer la mobilisation des professionnels et des patients. Pour les premiers, les articles leur donneront des informations sur la vie du réseau et sur les pratiques liées à la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie. Pour les familles et patients, l'espace qui leur est consacré tentera de répondre aux principales questions qu'ils peuvent se poser et de leur présenter le service que le réseau peut leur apporter.

II.3 Etude de la perception de l'informatique par des médecins adhérents des réseaux ASDES et REPOP Ile de France

II.3.1 Méthodologie et population étudiée

Les études par questionnaire à propos de l'utilisation de l'outil informatique dans une démarche de thèse de médecine générale ont été très nombreuses entre la mise en place de la télétransmission et l'approche de la mise en place du DMP. Mais aucun n'utilise la méthode choisie ici : l'analyse qualitative par entretiens. Or cette méthodologie présente des

caractéristiques qui permettent de trouver des éléments non appréhendés par un questionnaire. Ainsi I.Paillé et A. Mucchielli dans leur livre, « l'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » (14) soulignent : « l'être humain crée constamment des formes en assemblant les diverses portions de son expérience de soi des autres et du monde. Cet assemblage se manifeste principalement à travers la représentation du monde qu'entretient le sujet et qui a comme caractéristique principale d'être structurée ». Plus qu'une analyse de phénomènes individuels il s'agit de comprendre par le récit individuel une évolution plus globale : « ...les récits de vie s'attachent à saisir l'individu dans son espace temporel, dans son histoire et dans sa trajectoire, pour atteindre à travers lui la dynamique du changement social. L'interviewé est appelé comme témoin de l'histoire, celle-ci ne se faisant ni d'en haut, ni en dehors de lui, mais par lui et avec sa contribution. »(14) (L'enquête et ses méthodes). L'analyse qualitative permet donc de comprendre la structuration d'une pensée et son retentissement sur des phénomènes globaux. Cette méthode est appropriée à l'étude de l'outil informatique car il s'agit d'un outil présentant comme le montrent les questionnaires une utilisation très différente selon les professionnels et il s'agit par l'étude de son utilisation de comprendre les modalités et les impacts de son utilisation.

Le recueil des données s'est fait par entretiens semis directifs en vue d'une analyse thématique. Cette technique d'analyse ignore la cohérence singulière de l'entretien, et recherche une cohérence thématique inter-entretiens en découpant ce qui d'un entretien à un autre se réfère au même thème. L'identification des thèmes et la construction de la grille d'analyse s'effectue à partir des hypothèses descriptives de la recherche, éventuellement reformulées après la lecture des entretiens. C'est un noyau de sens repérable en fonction de la problématique et des hypothèses de la recherche. Mais une fois sélectionnés pour l'analyse du corpus, les thèmes constituent le cadre stable de l'analyse de tous les entretiens.

La grille d'entretien a été élaborée conjointement pour l'élaboration des deux thèses. Elle est subdivisée en trois parties. Les questions étaient en partie déterminées par les réponses données lors du questionnaire. Il existait un temps approximatif pour la gestion du temps de l'entretien. Les questions sont présentées ci-après avec une explicitation de l'idée directrice sous-jacente.

MODALITES D'INFORMATISATION ET UTILISATION DE L'OUTIL INFORMATIQUE PAR LE MEDECIN (10 MIN)

MODALITES D'INFORMATISATION (5MIN)

- Comment avez-vous découvert l'informatique ?
 - Il s'agissait alors de connaître les premiers pas en informatique, s'il y avait eu une influence de l'entourage et dans quelle mesure les proches avaient pu être aidant.
- Quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?
 - Il s'agissait de savoir de replacer la démarche d'informatisation du cabinet (ou de la l'institution) dans la découverte individuelle de l'informatique.
- Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?
 - Il s'agissait de savoir comment cette ordonnance avait été perçue notamment à propos de la télétransmission qu'elle imposait et quelles avaient été les conséquences à sa mise en place.
- En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?
 - Il s'agissait de connaître les modalités d'informatisation du cabinet, l'existence d'un accompagnement pour cette démarche dans quelle mesure il avait été présent ainsi que la vision rétrospective de cette période et la réflexion qui en découlait (recommencerait-il selon les mêmes modalités ?).

- En terme de fonctionnalités logicielles (gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, ...), laquelle a été la plus utile, la plus utilisée ? Pourquoi ?
 - Il s'agissait de connaître l'utilité primordiale pour le professionnel de santé de l'outil informatique, à quoi cet outil était lié.
- En quel sens l'outil informatique a-t-il été appréhendé par vos patients ?
 - Il s'agissait de savoir s'ils avaient eu un retour de cette démarche d'informatisation par leurs patients et comment l'outil informatique était évoqué par les patients au sein de la relation médecin-patient.
- Comment qualifiez-vous le passage du papier à l'informatique ? Y a-t-il eu une raison à ce passage ? (télétransmission, puis usage du logiciel métier)
 - Il s'agissait de connaître leur opinion sur un phénomène plus global, sur la généralisation de cet outil notamment au niveau administratif.
- Si le médecin exerce dans le cadre d'un cabinet de groupe : en quoi la pratique en cabinet de groupe incite-t-elle ou non l'usage de l'informatique ? (logiciel métier, base de données commune, dossiers patient communs)
 - Il s'agissait de savoir si la pratique de groupe était en faveur d'une utilisation de l'informatique ou si le fait d'être en groupe était un frein.

UTILISATION DE L'OUTIL (5MIN)

- Comment percevez-vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ? – pour de connaître leur impression face à cet outil : se sentent-ils à l'aise, contraints, perdant du temps...
- Avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnements ? Si oui, comment avez-vous pu résoudre les problèmes ? – pour connaître la place des problèmes dans leur quotidien et s'ils les ressentaient comme pesant au quotidien
- Pour quelle partie de votre patientèle utilisez-vous votre logiciel de gestion du dossier médical ? Si c'est de manière sélective, sur quels critères ? – pour savoir si toutes les données des patients étaient traitées de la même façon par rapport à l'outil informatique.
- Pour les médecins déclarant que leur pratique a été améliorée par l'utilisation de l'outil informatique : quels sont les éléments de la pratique qui ont été améliorés ? Quel sentiment avez-vous en termes de rapport coûts (financiers, temps et énergie

consacrés) / bénéfiques ? – pour connaître dans quel secteur les praticiens ressentent une valeur ajoutée dans leur pratique à l'utilisation de l'outil informatique

- Les visites à domicile, sont-elles informatisées sur place au cabinet à votre retour ? – pour connaître l'opinion des médecins interrogés sur l'utilisation nomade ou non de leur outil métier et sur l'utilité que le dossier patient représente en complément ou à la place du dossier au pied du malade.
- Avez-vous déjà des idées d'évolutions de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ? – pour avoir des informations sur la vision de l'évolution fonctionnelle que les professionnels pourraient avoir.

ENTREE ET PRATIQUE EN RESEAU (8 MIN)

ENTREE DANS LE RESEAU (3 MIN)

- L'entrée dans le réseau REPOP/ASDES c'était quand et pourquoi ? Appartenez-vous à d'autres réseaux de santé ? – pour connaître la motivation et les modalités d'adhésion et l'ancienneté dans le réseau ainsi que leur habitude du travail en réseau.
- L'implication au sein du REPOP / réseau ASDES, d'un réseau de santé en général a-t-elle un impact sur votre pratique ? – pour connaître leur ressenti par rapport à la participation au réseau, à leurs attentes initiales et à des conséquences qui auraient pu ne pas être imaginées au départ.
- Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ? – pour connaître quelle est la vision des médecins du service principal qu'un réseau de santé peut leur apporter ou bien aux patients.
- Vous sentez-vous impliqué dans la vie du réseau ? Comment ? – pour connaître leur implication dans le recueil des données, le suivi des protocoles et leur ressenti à ce sujet
- Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau ? – pour savoir si le professionnel collecte uniquement les informations médicales et médico-sociales auprès des patients suivis dans le cadre du réseau ou bien s'il est impliqué autrement dans la vie du réseau (groupes de travail, instances).

PARTAGE DES DONNEES MEDICALES (5MIN)

- Comment percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins ? d'autres professionnels de santé ? Comment percevez-vous cette possibilité ? – pour connaître leur opinion d'une manière générale sur le partage des données médicales et les appréhensions qui peuvent y être liées.
- Votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet, dans quel sens ? – pour savoir si la pratique en réseau peut engendrer une réflexion sur le partage des données.
- Comment pensez-vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau : (dossier patient papier structuré, fiches de suivi patient, dossier patient informatique, système de partage d'information ou messagerie sécurisée pour échange d'informations confidentielles entre professionnels de santé) ? – pour en savoir plus sur la connaissance des professionnels sur ces notions et sur les modalités envisagées pour le partage de l'information.
- Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non, cette distinction est-elle théorique, pratique ? – pour savoir si un passage à une utilisation « exclusive » de l'informatique est envisagé et envisageable.
- Si le professionnel de santé a mentionné lors du questionnaire qu'il n'utilisait pas l'outil mis à disposition par le réseau, la question suivante pourra lui être posée : Vous avez dit ne pas utiliser le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau de santé, pourriez-vous expliquer pourquoi ? (options de réponses proposées le cas échéant : le temps, la difficulté, le faible nombre de patients et donc la fréquence très irrégulière d'utilisation du dossier, la crainte de partager des informations avec d'autres professionnels de santé au risque de se voir contrôler, le manque de sécurité) – pour mieux comprendre les freins à l'utilisation du dossier patient partagé papier ou informatisé.

L'AVENIR DE L'OUTIL INFORMATIQUE

- Le DMP, qu'en savez-vous ? Qu'en pensez-vous ? Comment pensez-vous l'utiliser, en parler avec vos patients ? Vos patients vous en parlent-ils ? Comment ? Que leur répondez-vous ? – pour connaître leur niveau de connaissance à ce sujet, le type d'utilisation envisagé et savoir si ce sujet est évoqué par les patients.

- Pensez-vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution à votre système informatique ? Laquelle ? – pour connaître l'état de leur réflexion et savoir si une influence sur l'évolution de leurs outils informatiques leur semble possible
- À plus long terme comment voyez-vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ? – pour évoquer avec eux une vision de l'outil informatique à long terme.

II.3.1.1 Échantillonnage des médecins

Les médecins sélectionnés pour les entretiens étaient des médecins présents lors des réunions REPOP du 11 octobre 2007 ou du 13 novembre 2007 ou lors des les staffs de l'hôpital Armand Trousseau du 23 octobre 2007 ou de l'hôpital Robert Debré du 29 novembre 2007. Ils avaient répondu au questionnaire et acceptaient d'être contactés pour un entretien sur « l'appropriation des technologies de l'information par les professionnels de santé ». Les médecins ont été alors contacté par téléphone pour une prise de rendez vous et une explication du sujet de l'entretien.

II.3.1.2 Réalisation et exploitation des entretiens

Les 24 entretiens ont été réalisés entre le 4 janvier 2008 et le 12 avril 2008 sur les lieux de travail des médecins interrogés bien que parfois hors de leur bureau de consultation. Ils ont été enregistrés et retranscrits intégralement pour permettre leur analyse.

Après lecture de deux premiers entretiens et leur analyse thématique continue, la grille d'analyse annexée au présent document (cf annexe 5) a été élaborée. Quelques compléments ont été apportés au fil de l'eau. Notre objectif était de réaliser une analyse thématique qualitative d'une quinzaine d'entretiens réalisés pendant le premier semestre 2008 dans le cadre de 2 thèses afin de comprendre les modalités, l'utilisation et la vision de l'avenir de l'outil informatique mais surtout de pouvoir découvrir à la suite de cette analyse des pistes de réflexion qui ne pouvaient être mises en évidence par une analyse quantitative.

II.3.2 Présentation des résultats

II.3.2.1 A propos de l'informatisation du cabinet médical

Nous avons considéré l'informatisation du cabinet médical comme la présence d'un ordinateur au sein du cabinet sans que cela comprenne toujours la saisie informatique des données médicales. L'objectif était d'en apprendre plus sur les modalités de découverte de cet outil, quel avait été le(s) facteur(s) déclenchant(s) de la décision d'utiliser l'outil informatique dans leur pratique professionnelle et quels avaient été les facteurs aidant et les freins à l'adoption de l'outil et à son utilisation en général.

Plusieurs démarches ont été possibles :

- Curiosité personnelle face à un gadget ou utilisation comme support de jeu. Il faut noter que deux des médecins interrogés ont essayé de faire un DU d'informatique au début des années 1980 et ont été « effrayés » par cet outil. Les autres ont poursuivi leur apprivoisement de l'outil jusqu'à l'utiliser au niveau professionnel.
- Motivation d'un tiers familial, mais cette entrée dans la sphère familiale de l'outil informatique n'entraîne pas d'utilisation de l'outil initialement. C'est par l'apport de l'information (médicale ou non médicale) et la possibilité de communication que représentent Internet que les médecins ont commencé à utiliser l'informatique.
- Nécessité en fin de cursus des études de médecine, soit lors de la rédaction de la thèse soit lors d'un remplacement où les dossiers patients étaient informatisés. Les médecins ont eu alors une opinion positive de l'outil informatique et l'ont facilement adopté dans leur pratique médicale quotidienne.
- Motivation professionnelle, dans les deux cas, il s'agissait d'une démarche d'informatisation de cabinet de groupe après un court temps d'installation.

II.3.2.2 Facteurs de motivation à l'adoption de l'outil informatique pour la pratique médicale

Diverses motivations sont évoquées dans le choix d'introduire un ordinateur au sein du cabinet médical :

- Pour les médecins exerçant en cabinet :
 - Une facilité de gestion comptable.
 - Une grande capacité de stockage pour des dossiers médicaux qui deviennent de plus en plus importants.
 - Une clarté des dossiers médicaux qui comprennent de nombreux examens complémentaires au sein des dossiers médicaux.
 - Une fiabilité de la mémoire de l'ordinateur par rapport à la mémoire humaine et une accessibilité plus rapide que dans le cas du classement papier.
 - Une volonté d'économie (pas d'engagement de secrétaire).
 - Une déception par rapport à d'autres outils (Minitel)
 - Une incitation par l'Assurance Maladie après l'ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, financière ou non : « on sentait que ça allait devenir important dans nos rapports avec l'assurance maladie »

Pour les 2 médecins hospitaliers, l'outil informatique a été introduit suite à l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 qui a entraîné la généralisation de l'utilisation du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I.), dans les cliniques privées comme dans les hôpitaux publics, pour optimiser l'allocation des ressources par l'ARH. L'informatique y reste un outil administratif mais la rédaction des comptes-rendus d'hospitalisation commence à se développer. Pour le médecin de PMI, l'informatisation des données médicales en est à ses débuts ; les formations des personnels ont commencé récemment.

II.3.2.2.1 Facteurs favorisant l'adoption de l'outil informatique

L'utilisation est favorisée par un sentiment d'appropriation de l'outil :

- Utilisation antérieure de l'informatique médicale dans le cadre d'examen complémentaires (pHmétrie, manométrie)
- Proposition de formation lors de démarchages par les laboratoires pharmaceutiques, ou vendeurs de logiciel de gestion de cabinet.
- Intégration d'une formation et d'un accompagnement lors de l'acquisition d'un logiciel de gestion de cabinet.

Les apports ressentis immédiatement aident à l'utilisation de l'outil :

- Une facilité d'archivage
- L'intérêt d'Internet et de son accessibilité à l'information notamment médicale
- Facilité de communication avec les autres professionnels par l'utilisation du courrier électronique

La présence de circonstances propices facilite l'utilisation. Parmi ces circonstances on peut retrouver une installation récente : « autant c'était possible dans les premiers mois d'installation autant après ça ne devenait pas gérable », ou encore un changement de matériel suite à un dysfonctionnement ou une panne d'un autre type de matériel (Minitel), et enfin la démocratisation de l'outil dans la population générale, et son image positive dans un contexte médical pour les patients.

II.3.2.2.2 Freins à l'adoption de cet outil

Liés à l'informatique en général :

- Essai dans un cadre non-médical avant démocratisation de l'informatique.
- L'émergence de l'informatique médicale peut entraîner un refus devant la complexité.

- Sensation d'être rapidement dépassé par l'évolution technologique rapide.
- Crainte des failles de sécurité
- Temps d'adoption et de formation pour arriver à utiliser cet outil dans le cadre d'une pratique professionnelle quotidienne

Liés à la consultation :

- Controverse entre utilisation du papier et apport de l'informatique en consultation.
- Difficultés lors du passage du papier à l'informatique avec une nécessaire cohabitation des deux systèmes.
- Dysfonctionnements nombreux à la mise en place alors que les médecins ne connaissent pas l'outil. Il devient la cause de nombreux maux qui nécessitent une volonté de poursuite de la mise en place. Un des médecins a abandonné (suite à un vol) l'idée d'informatiser ses dossiers médicaux, un autre utilise la comptabilité manuelle alors que tout le reste est informatisé.
- Pratique quotidienne complexifiée lors d'un dysfonctionnement quand l'outil a été intégré à celle-ci : « le stylo Bic tombe moins souvent en panne que l'informatique »
- Coût important et aide inappropriée des hotlines.
- Rapport à l'écriture et à la culture du papier : « J'aime bien écrire », « Je fais l'ordonnance à la main ! D'abord ça me permet d'écrire, parce qu'on perd l'habitude d'écrire sinon ! », « Le problème c'est qu'on n'est pas vraiment encore passé, à l'informatique dans le sens où, c'est un support pour écrire sur le papier ».

Liés au dossier médical partagé du réseau :

- Dossier médical partagé du réseau non interfaçable avec le dossier médical informatisé du patient, il est alors plus évident pour des médecins d'utiliser la plateforme de

partage de l'information du réseau (pour REPOP et ASDES : Healthweb®) alors qu'ils n'utilisent pas de dossiers médicaux informatisés.

- Manque de convivialité et ergonomie non-intuitive de l'application Web utilisée pour le partage de l'information
- Lenteur liée à l'utilisation de l'outil dossier médical informatique du réseau : « le faire en version papier avec quelqu'un en face de moi ça me prend 15 à 20 minutes et ça me prenait 45 à 50 minutes avec l'ordinateur »

II.3.3 L'utilisation de l'outil informatique

II.3.3.1 Apport des fonctionnalités informatiques

Il existe des capacités optimisant la gestion du cabinet :

- Diminution de la masse de papier, par la numérisation et le transfert électronique des données, notamment l'intégration des résultats d'examens complémentaires directement au sein du logiciel de gestion de cabinet.
- Efficacité du classement des dossiers médicaux.
- Facilité de gestion du secrétariat (prise de rendez-vous, édition de comptes-rendus)
- Couplement de fonctions : comptabilité et télétransmission
- Choix de logiciels interfaçables pour une utilisation complémentaire, par exemple : alimentation du logiciel de comptabilité à partir de données extraites du logiciel de professionnel de santé.

1. L'architecture du dossier médical informatique entraîne :

- Une meilleure gestion du dossier patient : « Je crois que l'informatique est l'avenir de la gestion du dossier patient »
- Une efficacité dans les rappels des consultations et des examens complémentaires antérieurs

- Une augmentation du nombre d'informations « C'est souvent plus complet », à propos des ordonnances, des paramètres médicaux
- Une accessibilité à l'information recueillie antérieurement, « Je deviens plus lisible, je retrouve plus facilement mes notes »

L'agencement des différentes unités structure l'activité de consultation en :

- Permettant une trame commune de consultation
- Poussant à un remplissage exhaustif des items
- Entraînant un gain de temps
- Améliorant la prise en charge notamment des patients souffrant de pathologies chroniques, par les rappels qui existent
- Déchargeant du souci de la comptabilité

2. L'outil informatique ouvre des possibilités de communication particulières :

- Par la codification des données qu'il engendre, l'outil informatique est un bon moyen de partager des données compréhensibles par tous
- Par sa rapidité sans immédiateté (contrairement au téléphone) c'est un bon moyen de communication entre collègues. Un message envoyé par voie électronique permet de ne pas déranger pendant une consultation et laisse au professionnel sollicité le temps de répondre à son rythme
- Par la fonctionnalité de réception des comptes-rendus et des résultats d'examens complémentaires et d'intégration au dossier médical du patient
- Par son apport dans la prescription et la communication avec la pharmacie.

3. Accès à la documentation médicale

L'outil informatique permet un accès :

- Aux référentiels de bonne pratique
- Aux bases de données médicamenteuses
- À des articles médicaux concernant l'évolution du diagnostic ou de la prise en charge des pathologies
- À des outils de formation sous forme de CD-Rom ou de DVD

II.3.3.2 Informatique et pratique quotidienne

1. Outil informatique dans le dialogue médecin/patient

Les utilisateurs de logiciel de gestion de cabinet ont indiqué qu'ils n'ont pas rencontré de réticence de la part des patients. Au contraire, les patients expriment plutôt une impression de progrès par rapport aux médecins utilisant un format papier pour le recueil des données médicales.

De plus, quand il existe une fluidité de saisie, l'utilisation d'un poste informatique n'empêche pas la continuité du regard, et la saisie informatique ou le temps d'écriture ne change rien au recueil de données, seul le support change. 3 médecins ont exprimé une inquiétude lors du passage du papier à l'informatique notamment une crainte de dégradation de la relation médecin-patient, mais cela ne s'est pas produit : « Ce qui compte c'est que le patient reste au centre de sa consultation ».

L'informatisation des consultations et des ordonnances peut même avoir des avantages dans la relation entre professionnels et patients, ainsi l'ordonnance est plus lisible et c'est plus aisé pour les patients et les pharmaciens. Un des médecins a indiqué qu'initialement il demandait aux patients s'il pouvait utiliser ce support pour stocker leurs données médicales. Après plus

de 15 ans d'utilisation de l'informatique, une seule de ses patientes a refusé et refuse toujours. Ce médecin précise qu'avec le temps et les usages (« le patient ne regarde même pas l'informatique. Il est habitué maintenant ») il ne pose quasiment plus la question à ses patients. Un des autres médecins indique qu'il appartient au professionnel de choisir le support : « les patients n'ont pas le choix du support ». Les patients peuvent également apprécier la fonctionnalité de télétransmission (d'autant plus que le médecin s'y est mis plus récemment) qui facilite les remboursements. Même si 2 professionnels ont indiqué qu'ils avaient ressenti plus d'inquiétude de la part de leurs patients concernant la télétransmission elle-même plus que l'informatisation du dossier au sein du LGC / LPS.

Un des médecins a dit qu'il n'avait aucune idée de ce que pensent ses patients à ce sujet.

Les médecins n'utilisant pas de recueil de données médicales informatisées trouvent l'ordinateur incongru dans la relation médecin-patient. Un des médecins remarque que la démocratisation de l'accès aux informations médicales par le biais d'**Internet** a été déstabilisante au début de son apparition dans la relation médecin-patient.

2. Place du geste médical technique

Il ressort des entretiens menés que le cœur du métier de médecin reste indépendant de l'outil utilisé pour l'enregistrement des données relatives aux patients :

- Dans les décisions médicales, il existe une indépendance vis-à-vis de l'outil : « Dans les décisions diagnostiques et thérapeutiques, l'informatique n'a rien changé. On est heureusement encore complètement indépendant de cet appareil. »
- L'informatique ne remplacera pas le geste médical technique : l'examen, l'auscultation...

- L'informatique ne remplace pas le raisonnement médical
- La « pratique est toujours la même » ; la séquence reste : interrogatoire, examen, conclusions, rédaction d'ordonnances et commentaires des ordonnances. Donc l'introduction d'une informatisation des données médicales n'a pas modifié

3. Télétransmission

Un des médecins refuse violemment le fait de télétransmettre : « la télétransmission, je m'assois dessus ».

Pour les médecins informatisés avant la télétransmission, cela représente :

- Peu de changement avec la rédaction d'une feuille de soin
- Une notion d'efficacité et de gain de temps lorsque la mise en place de la télétransmission intervient au moment d'un changement de matériel.
- Une mise aux normes (nouvelle codification) aux changements de matériel surtout dans un contexte de location longue durée avec acquisition finale du matériel.

Pour un des médecins s'étant informatisé au moment de la mise en place de la télétransmission alors que ses dossiers étaient papiers l'informatique sert uniquement pour télétransmettre

Pour les médecins s'étant informatisés après la mise en place de la télétransmission, la télétransmission peut être perçue différemment :

- Pour un des médecins, la mise en place de la télétransmission a été faite pour « faire plaisir » à ses patients

- Elle peut représenter un gain de temps mais après investissement en temps et en matériel
- Mais il existe un coût de fonctionnement qui n'existait pas avant la télétransmission

Certains signalent que les patients sont persuadés qu'il y a une transmission des informations médicales malgré les démentis des médecins, et qu'il existe un intérêt dans la tenue de la comptabilité.

4. Relation entre outil informatique et temps

Dans le contact entre collègues :

- C'est chronophage, mais un médecin indique « maintenant je me suis habituée et ça me manquerait »
- La communication par messagerie électronique permet d'être plus respectueux du temps de l'autre, notamment par rapport au téléphone.

Dans le cadre de la pratique individuelle:

- L'informatique accélère les choses, facilite les choses et fait souvent gagner du temps.
- Il existe une opposition entre les jeunes générations qui connaissent particulièrement bien l'outil et l'utilisent intuitivement et celles plus âgées qui n'ont plus la disponibilité pour assimiler cet outil, chaque nouvelle fonctionnalité disponible demande du temps pour son appropriation
- Quand il existe une panne informatique cela représente du temps perdu à rattraper
- Il n'y a pas eu de véritable gain de temps : certaines tâches étaient plus longues mais il n'existait pas de pannes demandant du temps

- On peut toujours s'en passer si l'outil devient chronophage pour une raison ou une autre

Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire (réseau ou autre)

- La standardisation que représente l'outil informatique est un gain de temps.
- Une messagerie sécurisée ferait gagner du temps

5. Mobilité et informatique

Aucun des médecins interrogés n'utilise l'outil informatique en visite. Mais certains évoquent des confrères qui le font et utilisent une synchronisation des dossiers avant et après leurs visites à domicile sur un portable.

L'outil informatique est parfois utilisé au retour de visite pour le suivi (les mots suivants ont été employés : évolution, décision prises ou en cours, faits marquants), le stockage des examens complémentaires et/ou la facturation, mais souvent il n'est pas utilisé du tout dans ce cadre là, un dossier papier au pied du patient est préféré.

Un des médecins évoque la possibilité de dupliquer les informations sur deux sites : « comme ça je pourrais travailler de chez moi ».

6. Limites perçues

Il existe des limites ressenties à propos :

- De l'outil en général :

- Il crée une dépendance dans son utilisation qui rend la pratique difficile dans le cadre d'une prise en charge au long cours (les urgences et les pathologies aiguës ne posent pas le même problème)
- Il existe une complexité croissante de l'outil ce qui rend son « dépannage » complexe
- Des logiciels utilisés :
 - En cas d'impossibilité d'intégration des examens complémentaires
 - Absence de vision de l'ancienneté de prescription (médecin hospitalier)
 - Évolution rapide qui ne permet pas de suivre si on ne s'y intéresse pas tout le temps
 - Certaines extensions sont inadaptées : les logiciels comptables dans les logiciels médicaux ne sont pas bons
- Des communications par messagerie électronique :
 - Certains médecins disent préférer la communication directe, la messagerie étant pour eux révélatrice d'une phobie relationnelle
- De l'assistance à l'utilisation du logiciel :
 - Le fait, de ne pas faire l'installation soi-même ou de faire uniquement comme spécifié par la personne présente n'aide pas à comprendre le fonctionnement ou à utiliser des fonctionnalités qui n'ont pas été évoquées au départ.
- Concernant l'application Healthweb® du REPOP:
 - Il n'est pas du tout convivial et pas du tout pratique à utiliser, certains médecins après avoir essayé de l'utiliser ont abandonné
 - Les différents intervenants sont dépourvus d'informations si tout le monde n'utilise pas Healthweb®.

II.3.3.3 Positionnement vis-à-vis du partage des données

Le partage des données médicales d'un patient est ressenti pour la plupart des médecins comme étant très positif voire indispensable à l'avenir. Toutefois le partage des données a pour origine l'intérêt commun des professionnels pour une pathologie et non pas pour une meilleure prise en charge du patient.

Le partage de données n'étant pas une diffusion simple, il faut que chaque intervenant puisse laisser une trace.

Le partage des données est nécessaire dans le cadre du travail en réseau. En effet, certains professionnels interrogés indiquent qu'il permet une rapidité d'interaction avec mise à disposition d'une information quasiment en temps réel. Toutefois le partage des données ne remplace pas le récit de l'histoire du patient à des collègues. Cet échange permet une amélioration de la prise en charge individuelle du patient mais aussi collective par les problématiques qu'il peut poser et par l'intégration des réflexions des différents soignants. Il faut par ailleurs que le transfert des données soit sécurisé.

Un des médecins pense que le partage d'informations médicales est un sujet délicat. Pour elle, s'il y a partage, il doit se faire par l'intermédiaire du soignant connaissant le dossier tout en prenant garde à une éventuelle intrusion dans le dossier médical du médecin. De plus un partage d'information n'est souvent pas à l'avantage du patient qui ne bénéficie pas de son droit à l'oubli.

II.3.3.4 Place de la télétransmission et des institutions dans l'informatisation du cabinet médical

Si l'informatisation était antérieure à la mise en place de la télétransmission, les idées à propos de l'institution portaient sur un sentiment de contrôle plus important des prestations et une impression d'isolement du médecin face à l'évolution du système de soin (pas d'accompagnement, pas de communication).

Si l'informatisation avait eu lieu au moment de la mise en place de la télétransmission les principaux éléments mentionnés pour caractériser le lien entre l'institution et l'informatisation sont l'incitation financière par le FORMMEL et une « absence de résistance » à la demande de l'institution.

Lorsque l'informatisation est postérieure à la mise en place de la télétransmission, elle a entraîné une facilité de gestion des feuilles de soins des patients pris en charge par la Couverture Maladie Universelle (CMU) mais également un surcoût lié au matériel et à son fonctionnement supporté par les médecins.

Durant plusieurs entretiens, les professionnels interrogés ont mentionné l'intérêt que cette fonctionnalité avait pour les patients eux-mêmes notamment par une accélération des remboursements. Toutefois, il apparaît que la carte Vitale est encore aujourd'hui souvent perçue comme une carte de paiement ou encore comme le support de données personnelles de santé.

II.3.4 Vision des professionnels de l'évolution de l'outil informatique

II.3.4.1 Existence d'une possibilité d'évolution de l'outil

Dans les propos tenus par les professionnels interrogés, j'ai cherché à savoir si les praticiens envisageaient l'outil comme évolutif c'est-à-dire offrant d'autres possibilités par rapport à ce qu'ils utilisaient ou s'ils arrivaient à un niveau qu'ils estimaient satisfaisant dans leur utilisation.

Certains envisagent une évolution concrète à court terme dans l'utilisation de fonctionnalités dont ils sont dotés mais n'utilisent pas pour le moment, en pensant qu'ils seront alors plus efficaces. Toutefois cela apparaît comme un investissement en temps et en énergie au départ. D'autres répondent non au départ et quelques secondes plus tard expliquent qu'ils envisagent l'acquisition d'un nouveau matériel ou logiciel. D'autres n'arrivent pas « à sortir de leur logiciel » et pour l'instant n'en voit pas l'intérêt. D'autres encore, informatisés depuis plus de 15 ans n'envisagent plus d'évolution ayant acquis toutes les possibilités offertes à leur sens par l'informatique mais pratiquant des mises à jour régulières et ouverts à d'autres utilisations qui ne leur semblent pas concrètes pour le moment. D'autres enfin se sentent débordés par l'évolutivité de l'outil et n'envisagent pas d'évolution.

II.3.4.2 Attentes vis-à-vis d'applications futures autres que le DMP

Certains envisagent très concrètement des évolutions dans leurs pratiques :

- Utiliser la plateforme de partage d'information du réseau REPOP
- Utiliser de manière plus approfondie leur logiciel de gestion médicale
- Faire la mise à jour de la codification des actes de la sécurité sociale pour la télétransmission.

D'autres spéculent sur l'évolution que pourrait avoir l'outil dans la pratique médicale :

- Majoration de l'utilisation de l'informatique pour la formation médicale continue, et pour l'aide à la décision
- Communication avec d'autres médecins à partir du logiciel de gestion médicale avec envoi du dossier patient
- Réception et classement immédiat des examens complémentaires reçus par voie informatique avec création d'un lien vers le dossier concerné lors de la réception
- Élaboration au sein du logiciel de professionnel de santé de « critiques » en rapport avec la prise en charge choisie par rapport à des référentiels de bonne pratique dans un but de formation et d'évaluation des pratiques.
- Démocratisation du diagnostic à distance, de la télémédecine.

II.3.4.3 Attentes vis-à-vis du DMP pour la pratique médicale

Il s'agit de connaître les attentes exprimées envers le DMP ainsi que la connaissance du projet qu'ont les médecins :

- Le DMP nécessite une sécurisation importante
- Le masquage des informations par le patient non accompagné de son médecin n'est pas forcément opportun, de plus il s'agit d'une lacune dans la relation de confiance qui existe entre le médecin et son patient.
- Pouvoir récupérer le travail effectué au préalable par des confrères
- Avoir une interface en ligne permanente entre le dossier patient et le DMP
- Pouvoir organiser la collection d'examens et de comptes-rendus qu'il présage d'être

II.3.4.4 Position dans la mise en place de ce projet politique national

Les médecins perçoivent la mise en place du DMP comme :

- Difficile ainsi que l'atteste pour eux le retard pris par rapport à ce qui était prévu
- Très coûteux et n'aboutissant pas prochainement

- Dangereux dans le cadre du monde du travail
- L'opportunité de la réintroduction d'une vérité dans la relation, celle-ci ayant été perdue par la récente possibilité via la carte SESAM-Vitale de consulter sans accord du patient les prestations médicales enregistrées par la caisse primaire d'assurance maladie pour celui-ci.
- Une mesure radicale dans le système de soins qui n'aurait pas été nécessaire si d'autres mesures avaient été prises auparavant.

Il s'agit aussi de savoir comment les médecins en parleront avec leurs patients lors de sa généralisation et quelle place ils pensent avoir dans ce projet:

- Malgré les réticences qu'il y aura, essayer de faire comprendre l'intérêt que représente ce DMP pour les patients
- Lorsqu'il existera, il y aura une obligation de l'utiliser donc les patients s'adapteront et les médecins aussi.

III DISCUSSION DE LA THESE : LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

FACTEURS D'EVOLUTION DES PRATIQUES ET D'EVALUATION DES RESEAUX DE SANTÉ

Les réseaux de santé ASDES et REPOP IdeF ont initié depuis plusieurs années une dynamique de prise en charge de patients de manière coordonnée et pluridisciplinaire. Pour être aidés dans cette démarche, ils ont fait appel à une société de conseil spécialisée dans l'accompagnement des réseaux de santé et dans la problématique du traitement de l'information. Ainsi impliqué au cœur de la direction et de la vie quotidienne de ces deux

réseaux de santé, le consultant a bénéficié d'une position privilégiée pour mener un travail de recherche au contact direct des médecins et professionnels de santé adhérents. Une intervention focalisée au départ vers le déploiement de l'informatique dans les réseaux de santé soulève et aborde des problématiques situées au cœur même des pratiques médicales et de la politique de santé française. Le cadre réglementaire que nous avons resitué en première partie révèle l'évolution de la vision à l'origine de sa définition entre les ordonnances de 1996, dites ordonnances Juppé, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et la loi portant réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004. Centrée dans un premier temps sur une logique gestionnaire de maîtrise médicalisée des dépenses de soins, elle a évolué pour être tournée vers le patient appelé usager en tant que personne acteur de sa santé, aboutissant ainsi dans la loi du 4 mars 2002 à la création de réseaux de santé qui, parmi leurs attributions, ont l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et les soins, et dans la loi d'août 2004 à la notion de médecin traitant et à la création du DMP. Toutefois, des aspects communs ressortent de ces différents textes : la coordination de la prise en charge, la promotion de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, la nécessité de bénéficier d'une évaluation constante des dispositifs mis en œuvre.

Chacun des textes mentionnés ci-dessus évoque la nécessité de faire évoluer les outils de communication, notamment en termes de remontées d'informations afin de permettre un contrôle des dépenses de soins, maîtrise médicalisée dans les ordonnances d'avril 1996. Toutefois, ainsi que l'illustre le texte ci-après, d'autres facteurs doivent être pris en compte pour permettre la mise en place d'un système d'information de santé. Ainsi, dans son rapport d'activité 1998, le Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé faisait état des points qui deviendront fondateurs lors de l'inscription du Dossier Médical Personnel dans la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie : « l'informatisation et la mise en

réseau des professionnels du monde sanitaire et social sont la condition sine qua non de la construction en France d'un véritable Système d'Information de Santé qui réponde aux objectifs annoncés c'est à dire qui favorise à la fois la maîtrise des dépenses médicales, un meilleur suivi des patients, l'amélioration des conditions et outils de travail des professionnels de santé ainsi que la communication entre eux, enfin la mise en place d'outils de santé publique ».

Par l'étude menée auprès des professionnels adhérents des réseaux de santé ASDES et REPOP Ile de France et par l'analyse des interventions d'un acteur tiers non-médical au sein de ces structures pour les accompagner dans leurs démarches, nous avons vérifié en quoi la propagation des outils reposant sur l'informatique a permis ou non d'améliorer l'environnement de travail des professionnels, l'interopérabilité entre les acteurs et la qualité du traitement de l'information.

III.1 Réponses apportées par les outils mis en place aux objectifs d'amélioration attendus

III.1.1 Description de l'ambivalence de la relation entre temps et outils informatiques

L'étude menée par l'Observatoire Régional de la Santé, l'URML de la région PACA avec le soutien de l'INSERM révèle et souligne un sentiment fort au sein de la population des médecins généralistes libéraux de manque de temps (*Référence*). Les médecins répondant à l'enquête mettent le manque de temps et les tâches administratives en tête des causes de stress, respectivement 80,8% et 79,8%. Ce sentiment est également souligné dans l'étude menée par l'URML Ile de France auprès des médecins libéraux concernant le burn-out (*Référence*). Un gain de temps et d'efficacité dans l'exercice quotidien est une des

améliorations envisagées par l'adoption d'outils reposant sur l'informatique et les technologies de l'information dans le cadre des pratiques quotidiennes. Parmi les points abordés au sein du questionnaire diffusé dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressés aux motifs pouvant être à l'origine d'une réticence à utiliser l'outil informatique dans le cadre de la pratique quotidienne de médecine libérale. 25% des professionnels concernés par cette réticence ont indiqué le manque de temps comme facteur. Lors de l'analyse des entretiens, il nous a été possible d'approfondir cette relation entre le temps et le traitement de l'information par outil informatique pour les médecins libéraux. Apporter une prestation de soins de qualité est la préoccupation principale des professionnels et les lourdeurs administratives sont perçues comme des obstacles à un bon exercice de leur métier. Cette ambivalence entre temps et outils informatiques ressort des entretiens menés. En effet, alors que certains médecins évoquent cette dimension comme un frein à l'intégration de ces outils dans leur pratique quotidienne, notamment lors de l'adoption de nouveaux outils, de nouvelles fonctionnalités ou de nouveaux usages, d'autres soulignent le gain de temps et d'efficacité comme un des apports principaux de l'utilisation des technologies de l'information.

III.1.2 Impact de l'évolution de l'environnement

En effet, intégrer un nouvel outil dans sa pratique requiert une période de réflexion en amont pour déterminer le(s) outil(s) à utiliser, puis une période d'installation, de transition et d'apprentissage. Un des médecins interrogés fait référence au décalage entre les générations et ajoute que pour les « jeunes générations » les freins seront d'autant moins importants que l'utilisation de l'informatique leur sera devenue naturelle. L'évolution des projets menés par le réseau ASDES illustre bien ces propos. Ainsi, en cours d'année 2001, le réseau a initié un projet de mise en place d'un dossier médical partagé permettant de répondre aux besoins du réseau de structurer la base de données patient, avec possibilité d'impliquer les médecins dans

la saisie des dossiers patient. Si l'on reprend les domaines d'information et leur articulation ainsi que nous les avons vus lors de l'étude menée pour le GMSIH, ce projet avait pour objectif de permettre un accès aux médecins adhérents aux « informations patient », et à celles concernant « l'organisation des activités et du parcours médico-social » du patient et ainsi fournir au réseau les informations nécessaires à « l'évaluation ».

Fin 2001, le réseau a reçu un retour de plusieurs médecins sur leur besoin d'être équipés afin de pouvoir accéder à cette fonctionnalité de dossier médical partagé, en effet le taux d'équipement en matériel informatique et en connexions haut débit en particulier restait limité. Un projet pilote a été entrepris avec le support du consultant support à maîtrise d'œuvre prévoyant la mise à disposition de postes informatiques et de connexions internet haut débit. Les médecins volontaires pour faire partie de ce groupe pilote prenaient en contrepartie l'engagement de tester l'application de partage d'information et de saisir les dossiers patient directement par ce biais. Les opérations d'installation et de réception de matériel informatique ont été lancées au début du mois de décembre. Le support de la société 2IM a permis durant cette opération d'assurer une coordination entre les professionnels de santé, le fournisseur de matériel, le fournisseur de connexion internet et le fournisseur de la plateforme de partage de l'information. Ainsi, en deux séances d'installation maximum, chaque médecin était en capacité d'accéder à l'application déployée par le réseau. Bien que les professionnels se soient portés volontaires, et malgré les efforts financiers consentis par le réseau à ces médecins, l'inscription des sessions de déploiement a constitué un enjeu particulier. Par exemple, l'installation d'une connexion internet a eu lieu pendant une consultation. Le nombre de personnes dans la salle d'attente du cabinet était trop important pour que le professionnel prenne le risque de retarder encore les consultations. Les

professionnels deviennent l'objet d'une « mobilisation infinie »² et en viennent à percevoir l'insertion d'un nouvel outil ou d'une nouvelle fonctionnalité comme une perte de temps, quand bien même celui-ci a pour missions d'apporter des gains de temps et efficacité. Notons que la transformation des habitudes entre les générations mentionnée par l'un des professionnels provoque un déplacement de la perception de la nouveauté des outils. Ainsi dans l'exemple mentionné ci-dessus, en 2001 être abonné auprès d'un fournisseur d'accès pour une connexion haut-débit était encore peu répandu. Les réponses apportées par les médecins interrogés aux questionnaires qui leur ont été soumis révèlent un taux d'équipement de cette population en connexion internet de 100%.

III.1.3 Achat de temps par les réseaux de santé et grâce aux outils informatiques

Or, les réseaux de santé ASDES et REPOP IdeF, comme les autres réseaux de santé, demandent aux professionnels de repenser la question du temps et l'interprétation qu'ils en ont. Sans nous attarder sur le temps de réflexion, de coordination et d'organisation que les professionnels impliqués dans les instances consacrent au réseau, celui-ci demande aux médecins d'accorder un temps particulier aux patients suivis dans le cadre du réseau. Il s'agit des consultations d'inclusion et de suivi qui font l'objet d'une compensation versée aux médecins pour le surcroît de temps accordé aux patients. Par ce dispositif, le réseau cherche à induire un changement de pratique chez le professionnel par une incitation financière. En effet, le fait déclencheur du versement de l'indemnisation étant la réception de la « preuve » de cette consultation par la coordination administrative du réseau : le dossier rempli lors de la consultation. Le réseau offre ainsi du temps aux patients et professionnels, mais en demande dès lors qu'il incombe aux médecins de remplir les éléments du dossier. Le bon remplissage du dossier requiert le suivi de la trame du dossier ; pour le réseau ASDES un passage en revue

² P. Sloterdijk, *La mobilisation infinie*, Paris, Bourgois, 2000

de l'ensemble des facteurs de risques potentiels, pour le réseau REPOP IdeF un point précis sur l'évolution des comportements nutritionnels de l'enfant suivi. Afin d'optimiser le temps consacré par les médecins aux patients et de réduire les tâches administratives induites par l'utilisation du dossier papier, les réseaux ASDES et REPOP IdeF ont opté pour l'utilisation d'un outil de partage de l'information.

Toutefois, avec plusieurs années de recul, un pourcentage limité de professionnels utilise l'application déployée par les réseaux pour la saisie de leurs dossiers : 15,8% pour le réseau ASDES, et 26,5% pour le réseau REPOP IdeF. Un des freins identifiés durant notre étude réside dans le temps estimé de prise en main et donc le temps « perdu » au moment de l'appropriation. Or, les études menées ces dernières années révèlent qu'après un temps de prise en main, les outils apportant une automatisation au moins partielle du traitement de l'information permettent de gagner en efficacité et en temps consacré aux aspects administratifs (Keshavjee, 2001). Pour être plus précis, les médecins vus en entretien ont souligné les gains en termes d'efficacité soit dans le traitement de certaines tâches, soit dans l'accès aux informations essentielles comme les résultats d'examens ou les antécédents lorsque le médecin reçoit un patient qu'il suit déjà dans le cadre de son activité.

III.1.4 Synthèse

C'est en amont de l'intégration d'un outil reposant sur l'informatique dans leur pratique quotidienne que les médecins le perçoivent comme entrant en situation de tension avec le manque de temps ressentie de manière presque chronique. Toutefois, les professionnels interrogés comme les études menées au niveau international révèlent que l'utilisation d'outils informatiques permet de gagner en temps et en efficacité. Le processus de sélection mais surtout l'apprentissage demandent en effet aux professionnels d'accepter d'investir du temps. Les technologies actuelles permettent à des réseaux de santé de déployer des solutions de

partage de l'information qui apportent les mêmes bénéfices que les LPS aux médecins libéraux. Ainsi, pour assurer le traitement des informations collectées auprès d'un enfant suivi dans le cadre du REPOP IdeF, un pédiatre libéral pourra accéder à l'application mise en place sans craindre une inertie due à un accès délocalisé. A l'inverse, l'application de partage de l'information sélectionnée par le réseau ASDES, bien qu'identique à celle utilisée par le REPOP IdeF, a rencontré de nombreux problèmes de performances. Ceci a constitué un frein majeur pour la généralisation de cet outil au sein du réseau ASDES qui peut expliquer la différence que l'on retrouve entre les proportions de médecins adhérents de ces deux réseaux utilisateurs de l'application.

Afin de répondre à la perception de manque de temps à consacrer par les médecins à l'adoption d'un nouvel outil informatique, les réseaux de santé assurent un accompagnement à deux niveaux : une formation initiale à l'utilisation de l'outil, et un support qui permet aux professionnels de se sentir suffisamment en confiance pour essayer. En effet, l'apprentissage intervient au moment de la prise en main mais également au fil de l'eau lorsque les professionnels rencontrent des situations nouvelles qui demandent de faire appel à d'autres fonctionnalités. Ainsi, une part significative des appels de demandes de support reçus au nom du REPOP IdeF par le consultant concernent l'utilisation de l'application comme par exemple l'affichage des courbes de corpulence. Ainsi comme le dit l'un des médecins rencontrés, « l'informatique est l'avenir de la médecine, pas de la médecine en tant que telle mais de la gestion du dossier patient ». Sur ce point, les outils informatiques, qu'il s'agisse des LPS ou des applications de partage de l'information déployées par les réseaux répondent aux attentes de gain d'efficacité et de temps des professionnels et préservent la qualité de la relation entre professionnels et patients. Ils induisent également des changements de pratiques, ainsi, en bénéficiant d'un accès plus direct aux antécédents, aux résultats d'examens ou aux

consultations précédentes, les professionnels sont en mesure de se focaliser sur les informations les plus pertinentes durant la consultation. Les réseaux par leurs équipes de coordination et par les consultants auxquels ils peuvent faire appel ont les moyens d'atténuer ce frein que la perte de temps peut représenter par un accompagnement des professionnels.

III.2 Impact de l'informatique sur l'interopérabilité entre professionnels

L'un des objets des réseaux de santé est d'assurer une meilleure coopération entre les professionnels de santé intervenant autour du patient. Dans le cadre du réseau REPOP IdeF, on retrouve comme professionnels des médecins libéraux et hospitaliers, généralistes et pédiatres, des médecins scolaires, des diététiciens, des psychologues. Au sein du réseau ASDES des médecins généralistes, des pharmaciens, des psychiatres, des chirurgiens dentistes, des infirmiers, des diététiciens, des psychologues, des assistantes sociales. Dans leur étude Robelet, Serré et Bourgueil, en 2005, s'intéressent à la formalisation de la coordination de la prise en charge des patients dans le cadre des réseaux de santé. Ceux-ci font en effet « de la fonction de coordination la principale spécificité de ces nouveaux modes de prise en charge ». L'une des missions dévolues aux technologies de l'information et de la communication est comme nous l'avons vu d'apporter un support aux médecins pour la collecte d'informations et les guider dans leur processus de prise en charge. Une autre mission consiste à faciliter la communication entre les acteurs et ainsi faciliter ce que nous appellerons l'interopérabilité entre les acteurs. Ce terme est utilisé habituellement comme une terminologie à consonance technologique lorsque se pose la question de la communication entre différentes applications. Lorsqu'un médecin saisit une consultation dans son logiciel de gestion de cabinet, s'il lui est possible de transférer automatiquement les données vers une autre application, alors l'interopérabilité est assurée entre ces deux logiciels. Dans notre étude, les technologies de l'information nous intéressent par les applications qu'elles peuvent trouver dans le cadre de la médecine de ville pratiquée au sein de réseaux de santé. Or, par la mise en

place d'une application de partage de l'information au sein du système d'information du réseau, les promoteurs médicaux attendent la possibilité d'assurer une meilleure interopérabilité entre les acteurs intervenant autour du patient : prescription de consultations paramédicales par les médecins généralistes avec accès aux informations par les professionnels concernés, retour d'informations vers le médecin après la consultation... Dans le cadre de notre recherche, nous avons cherché des éléments permettant d'évaluer les apports des technologies de l'information à la coopération entre les professionnels impliqués dans les réseaux étudiés.

III.2.1 Des applications de partage de l'information outils de collecte de données et d'évaluation

Un système d'information de réseau de santé peut être constitué de composantes de natures différentes. Celui du réseau REPOP IdeF par exemple repose sur plusieurs éléments :

- Application de partage de l'information,
- Base de données locale pour le suivi de la file active de patients,
- Base de données locale pour les ressources disponibles : professionnels de santé adhérents et partenaires, associations partenaires et autres partenaires institutionnels,
- Courrier électronique pour les échanges non-sécurisés,
- Site web pour la mise à disposition d'informations professionnelles et grand public

Les réseaux de santé ASDES et REPOP IdeF, avec l'assistance de la société 2IM, assistant à maîtrise d'ouvrage, ont mené une réflexion similaire concernant le partage de l'information à l'aide d'outils informatiques. Ces deux réseaux utilisaient un dossier médical donnant aux professionnels de santé adhérents une trame fixe pour les consultations d'inclusion et de suivi. Dans les faits, cela se traduisait par un processus de type :

- Remplissage du dossier papier par le professionnel lors de la consultation,

- Remise du dossier à la coordination,
- Saisie du dossier par la coordination dans une base de données et insertion des formulaires dans le dossier du patient.

Afin d'amener un accès à l'information de manière plus rapide, les réseaux de santé ont cherché à adopter une solution permettant une saisie directement par les professionnels de santé depuis leur environnement de travail. Depuis 2004, grâce au soutien de l'AP-HP et du Ministère de la santé par l'initiative e-s@anté 2002, les réseaux ont pu se doter d'une plateforme de partage de l'information. Elle part du principe simple de rendre possible un accès sécurisé aux dossiers des patients dont il est responsable à tout professionnel adhérent depuis un navigateur internet ; ce type de logiciel est appelé application Web. Rentrant dans le cadre du partenariat avec l'AP-HP, celle sélectionnée pour les réseaux ASDES et REPOP IdeF est fournie par le même prestataire.

Après 4 ans d'utilisation par le REPOP IdeF, les statistiques d'utilisation en janvier 2008 sont les suivantes :

- 2 487 dossiers patients saisis
- Correspondant à 7 380 consultations de suivi
- Dont 587 dossiers saisis directement par 52 médecins adhérents

A la même date, après moins de 3 ans d'utilisation, les statistiques d'utilisation pour le réseau ASDES sont les suivantes :

- 2 385 dossiers patients saisis,
- Dont 377 dossiers saisis directement par 11 médecins adhérents,
- 941 fiches de consultations spécialisées ont été saisies :
 - 511 par des diététiciennes,

- 332 par l'assistante sociale,
- 98 par la psychologue.

III.2.1.1 Exemple du REPOP IdeF

Le projet original des promoteurs de ces réseaux était de permettre aux médecins adhérents de saisir directement leurs dossiers patients pour mettre ces informations à disposition des professionnels vers lesquels les patients sont orientés puis que ces professionnels puissent mettre les comptes-rendus de leurs consultations directement au sein du dossier patient informatisé. Les statistiques rappelées ci-dessus montrent une réalité bien différente. Les applications de partage de l'information déployées par ASDES et par REPOP IdeF servent de facto principalement de support de saisie des dossiers et fiches de consultations des patients et de base de données extractible par les promoteurs lorsqu'une exploitation de celles-ci est nécessaire. Dans le cas du REPOP IdeF, seuls les médecins adhérents peuvent saisir des informations au sein des dossiers patient en l'absence de fiches de consultation hospitalières, diététiques ou psychologiques. Toutefois, les interventions faites lors de formations de professionnels adhérents ou d'actions de support et les entretiens menés avec les médecins du REPOP IdeF révèlent une utilisation réelle de cette application par les professionnels avec une mention fréquente des courbes de corpulence (poids, taille, IMC) générées automatiquement par l'application. Ainsi, l'utilisation du dossier médical informatisé du REPOP IdeF induit une évolution de la pratique des professionnels dans le respect du protocole de prise en charge qu'il suppose et par des fonctionnalités spécifiques à l'automatisation du traitement de l'information et essentielles au suivi de la pathologie de l'obésité. Les témoignages des professionnels indiquent par exemple que certains impriment ces courbes pour les utiliser comme support d'éducation thérapeutique avec les enfants suivis dans le cadre du réseau. Nous avons noté également lors de notre observation des pratiques des coordinations locales du REPOP IdeF que certaines, recevant les dossiers papier envoyés par les médecins

adhérents pour les stocker et en effectuer la saisie, peuvent ainsi bénéficier des informations collectées par les médecins lors de consultations diététiques ou hospitalières. Ceci a pu être observé pour la coordination du REPOP dans le département des Yvelines ainsi que pour l'équipe hospitalière et paramédicale située à l'Hôpital Necker – Enfants Malades. Dans ce dernier cas, la coordination centrale du réseau centralise la réception des dossiers papier de la plupart des médecins. Lorsqu'un enfant est adressé par un professionnel libéral vers la diététicienne du REPOP IdeF qui travaille au sein de l'établissement ou vers un médecin hospitalier, ceux-ci peuvent accéder à l'ensemble du dossier papier de l'enfant avant son arrivée.

L'utilisation de la plateforme de partage de l'information déployée au sein du REPOP IdeF a donc un effet restreint dans l'évolution qu'elle permet en termes de renforcement de l'interopérabilité entre les acteurs mais elle permet un enregistrement harmonisé des données collectées pour une évaluation à tout moment des résultats du réseau. De plus, le processus de formation à l'utilisation de cette application doit être pris en compte dans les liens interprofessionnels. En effet, une des valeurs ajoutées apportées par les réseaux de santé provient de la mise en relation qu'ils permettent entre les acteurs. Se connaissant mieux et ayant des assurances quant à leurs méthodes de travail, les professionnels peuvent plus facilement orienter leurs patients vers d'autres acteurs du réseau. Or, la formation à l'utilisation de l'application de partage de l'information a constitué au sein du REPOP IdeF une couche qui vient en plus des formations médicales et réunions de staffs. Dans les départements de l'Essonne et des Yvelines, ces sessions de formation sont l'occasion pour la coordination de rappeler les principes de la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité en pédiatrie au sein du réseau. Elles sont aussi l'occasion pour les médecins de mieux connaître les membres des équipes de coordination et ainsi faire plus facilement appel à eux pour les

interroger sur les ressources disponibles au sein du réseau ou à l'échelle locale. En effet, leur déroulement est assuré par le consultant du REPOP IdeF ce qui permet aux membres de l'équipe de coordination d'être plus disponibles pour les médecins présents. Les formations collectives organisées dans ces deux départements sont trop récentes pour que les retombées indirectes soient étudiées, mais elles pourront faire partie des activités évaluées par l'évaluateur externe du réseau.

III.2.1.2 Exemple du réseau ASDES

Le projet initial des promoteurs du réseau ASDES est identique à celui du REPOP IdeF : obtenir une mise à disposition la plus rapide possible des informations relatives aux facteurs de risques repérés par les médecins libéraux adhérents et permettre un retour d'informations rapide par les professionnels paramédicaux, sociaux et psychologue du réseau après consultation avec le patient inclus. Toutefois, ce projet repose sur la vision promue par le réseau d'un repérage des facteurs de risques médicaux et médicaux-sociaux lors de l'inclusion avec un état des lieux de ce qui a été réalisé et de l'évolution de ces facteurs au bout d'un an de suivi. Cette dimension impacte la possibilité pour les professionnels de se familiariser avec une application qui est utilisée 2 fois par an par patient non perdu de vue.

Une addition d'obstacles lors du déploiement de l'application de partage de l'information au sein du réseau ASDES a abouti à une utilisation partielle de celle-ci et à une décision des promoteurs de changer d'application. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette décision. Un désengagement du prestataire après n'avoir apporté qu'une réponse partielle aux demandes initiales et des performances moyennes ont amené une cristallisation des professionnels sur les aspects négatifs et finalement un rejet de cet outil. Durant la phase pilote de tests puis de déploiement de l'application, les formations des professionnels ont été organisées et assurées par 2IM en tant que chef de projet et support à maîtrise d'œuvre. Toutefois devant les besoins

grandissants et une réduction forte de l'enveloppe de sa prestation suite aux décisions prises par le comité régional des réseaux d'Ile de France, l'organisation et la réalisation des formations ont été transférées vers des professionnels de l'équipe de coordination. Ces derniers, dans le cadre de leur pratique quotidienne, ont pu constater des difficultés d'utilisation d'autant plus lourdes que les performances de l'application restaient moyennes et que les postes utilisés étaient reliés à un réseau d'établissement dont la bande passante pénalisait d'autant les temps de réponse. De plus, les box de consultation utilisés par les membres de l'équipe de coordination ne sont pas équipés de postes informatiques reliés à internet. Par conséquent peu de médecins adhérents ont été formés à l'utilisation de cette application bloquant le développement du cercle de dynamique vertueuse d'utilisation de l'outil qui aurait pu se mettre en place entre les professionnels de l'équipe de coordination et les médecins libéraux adhérents. Ainsi, nous avons pu constater de nombreux obstacles à la mise en place de l'application Web : performances pénalisantes, logistique de formation difficile à mettre en place, logistique d'utilisation impliquant une dissociation entre la collecte et la saisie des données de consultation. Enfin, bien que le dossier d'inclusion et les fiches de consultation aient pu être intégrés au sein de l'application, à partir de fin 2006, des difficultés de fonctionnement ont été constatées de manière récurrente avec le fournisseur de la plateforme. Les réponses qui devaient être apportées aux demandes initiales d'intégration du dossier de suivi et de fonctionnalités comme des rappels automatiques pour indiquer aux utilisateurs des suivis à réaliser ont été continuellement reportées. Le caractère délétère de ces relations a été symbolisé par une réunion de direction qui a eu lieu le 5 juillet 2007 à l'initiative du consultant et durant laquelle le prestataire a indiqué que l'activité santé de l'entreprise connaissait de grandes difficultés.

En synthèse, les professionnels de l'équipe de coordination, diététiciennes, psychologue et assistante sociale ont pu être mobilisés de manière temporaire pour effectuer la saisie d'une partie de leurs consultations sur cette application. Mais après quelques semaines à réaliser la mise en données de leurs fiches de consultations directement sur l'application de partage de l'information, le rythme d'utilisation baisse et les professionnels reprennent les tableaux créés au sein d'applications bureautiques comme les tableurs du logiciel Microsoft Excel – c'est en effet pour le réseau ASDES comme pour le REPOP IdeF l'outil le plus largement utilisé pour l'enregistrement et le traitement des données par les professionnels. En dépit des difficultés rencontrées pour la mobilisation des acteurs, tous les dossiers d'inclusion remplis par les médecins adhérents depuis 2005 ont pu être saisis dans la base de données accessible depuis l'application Web du réseau permettant à l'équipe de coordination d'accéder aux informations collectées par les médecins adhérents avant de voir les patients en consultation. Cette expérience a donc permis de disposer d'une harmonisation des données du réseau, révélé les causes d'échec d'un tel projet, sensibilisé les membres de l'équipe de coordination aux enjeux de ce type de projet et mobilisé les professionnels de l'équipe de coordination autour du projet en cours. Or, de tels facteurs, l'implication des utilisateurs durant la phase de développement et de déploiement, la création d'une culture organisationnelle apparaissent comme des éléments de succès lors de la mise en place d'une application de partage de l'information pour la prise en charge des patients (Van der Meijden et al, 2003).

III.2.2 Des réponses alternatives apportées par les usages

L'application Web évoquée ci-dessus constitue une partie des systèmes d'information des réseaux ASDES et REPOP IdeF. Les autres composantes en sont les applications bureautiques de type traitement de texte et tableurs qui permettent dans le cadre de la coopération entre les professionnels pour la prise en charge des patients de rédiger les courriers et comptes-rendus et d'enregistrer les informations collectées par les professionnels lors des consultations, mais

également le courrier électronique, le fax, le téléphone et des outils de messagerie sécurisée avec une spécificité pour le réseau ASDES d'avoir mis en place une liaison sécurisée avec la CPAM 92. Nous pouvons rappeler à ce stade que lors de la mise en place des applications Web des réseaux ASDES et ERPOP IdeF, la société 2IM avait coordonné la rédaction et le dépôt d'une déclaration CNIL pour signaler et obtenir un avis sur l'utilisation de tels outils. La constitution de bases de données locales était également mentionnée. L'enregistrement et la transmission de données nominatives de santé fait l'objet d'une réglementation stricte mentionnée dans la loi du 13 août 2004 et complétée par le décret de confidentialité du 15 mai 2007. Il est notamment prévu que les données nominatives soient transmises de manière confidentielle et cryptée. Or, la réalité démontrée par les réponses apportées par les médecins aux questionnaires, par les entretiens menés auprès des médecins adhérents et par l'observation des pratiques dans le cadre de l'activité quotidienne des réseaux est autre. En effet, 63,3% des médecins répondants ont indiqué avoir recours au courrier électronique pour échanger avec d'autres médecins et professionnels de santé.

Un autre exemple provient des professionnels des équipes de coordination hospitalière du REPOP IdeF. Dans le cadre de la participation du REPOP IdeF à la préparation de la généralisation du DMP en Ile de France, des collaborateurs de la société 2IM ont travaillé avec les professionnels de ces équipes pour déterminer l'existant en termes d'échanges d'informations avec les médecins, pour en déduire les besoins et étudier les modalités d'utilisation des outils de messagerie sécurisée promus par les instances régionales. Lors de ces réunions, il est apparu que les échanges entre professionnels des coordinations du réseau, médecins libéraux et médecins hospitaliers sont réalisés de manière courante à l'aide du courrier électronique. Lorsqu'un enfant est orienté par des professionnels de la coordination du département des Hauts de Seine vers un médecin hospitalier, le compte-rendu est renvoyé

par e-mail non sécurisé ; de même lorsqu'un professionnel paramédical envoie un compte-rendu de consultation, par exemple après bilan diététique, à un médecin libéral, il apparaît que ces éléments sont envoyés par courrier électronique.

Seuls des entretiens poussés avec ces acteurs nous ont permis d'obtenir cette information, en effet les professionnels concernés expriment un malaise devant ce contournement de la réglementation, mais le gain d'efficacité et de qualité pour la prise en charge des patients apporté par ces outils leur permet de franchir le pas. Ceci illustre de la part des professionnels une recherche constante d'amélioration de la prise en charge des patients tout en tenant compte des attentes des retours des médecins libéraux adhérents. Plusieurs de ceux du REPOP IdeF indiquent en effet ressentir un besoin de soutien de la part des acteurs de la coordination et de l'hôpital. Les enfants et leurs familles qui vont au sein d'un établissement hospitalier cherchent à se sentir rassurés par la dimension symbolique de « l'Hôpital ». Le réseau doit permettre une continuité d'encadrement et être ressenti comme une prolongation de la structure établie. Une réponse structurée et rapide des professionnels de la coordination aux demandes des médecins après orientation d'un enfant est un moyen pour le médecin libéral d'obtenir cet appui et la continuité nécessaire.

Ce souhait de pouvoir disposer d'outils s'intégrant facilement dans l'environnement de travail s'est manifesté lors des entretiens et des interventions réalisés dans le cadre des « projets DMP » des deux réseaux. En effet, ces deux réseaux ont répondu à l'appel à projets et obtenu un retour favorable aux dossiers remis par les réseaux au GIP-DMP en 2006 dans le but d'aider au déploiement du DMP en Ile de France. Le projet tel qu'accepté en 2007 dans sa deuxième version par le GIP-DMP prévoit la promotion des échanges entre l'ensemble des acteurs de santé par l'intermédiaire d'outils de messagerie sécurisée. Nous avons donc relancé

des groupes de travail « informatique » composés de médecins libéraux et autres professionnels des réseaux ASDES et REPOP IdeF. Durant les séances de ces groupes de travail et lors des réunions de staff où le projet a été présenté, l'accueil réservé par les médecins et autres professionnels a été plutôt positif. Les objectifs initiaux de nombres de médecins participant à ces projets ont d'ailleurs été rapidement dépassés. Moins de 3 mois après le début du déploiement des outils de messagerie sécurisée sur le terrain, dans le cas d'ASDES, plus de 60 messages sécurisés ont pu être envoyés vers les médecins libéraux adhérents équipés avec les fiches de consultations paramédicales ou fiches de parcours patient remplies par les professionnels médicaux, paramédicaux, psychologue ou assistante sociale de l'équipe de coordination.

Médecins actifs au sein du réseau et professionnels des équipes de coordination démontrent un souhait réel de pouvoir échanger au sujet des patients dont ils assurent le suivi. A défaut de pouvoir partager des informations par l'intermédiaire d'une application Web, ces professionnels passent outre leurs scrupules et utilisent des moyens tels que le courrier électronique pour profiter de la réactivité des technologies de l'information. Toutefois, lorsqu'une solution leur permettant d'être en règle leur est proposée, celle-ci est accueillie favorablement. L'utilisation de plus en plus courante d'outils de messagerie sécurisée par les laboratoires est également un argument de poids en faveur de cet outil et qui vient en plus de la possibilité d'échanger avec les professionnels du réseau. Mais, la mise à disposition d'outils technologiques doit être complétée d'applications pratiques visibles et en faveur d'une meilleure prise en charge des patients.

III.2.3 Complémentarité entre coordinations de réseaux et dispositifs techniques

En 2006, le réseau ASDES, face à l'accroissement de son activité, a demandé à la société 2IM de l'assister dans la mise en place d'une démarche qualité. Cette opération a commencé par

un recensement de l'existant afin d'identifier au mieux les besoins de procédure à mettre en place. Des entretiens ont donc été menés avec l'ensemble des membres de l'équipe de coordination, les promoteurs médicaux et plusieurs médecins libéraux adhérents. De ces entretiens, il ressort que les réunions de formation médicale mensuelles sont le principal lieu d'échange et de communication entre les professionnels adhérents et la coordination. Durant ces réunions, les dossiers peuvent être discutés, les patients évoqués et le point sur le suivi fait. Le lien humain que ces réunions permettent se retrouve partiellement au moins dans le rôle d'intermédiaire que joue également la coordination du réseau. Par exemple, après une présentation de l'objet et de l'activité du REPOP IdeF par plusieurs de ses représentants à des professionnels tels que les médecins et infirmiers scolaires, les personnels ainsi sensibilisés prennent contact avec la coordination lorsqu'un enfant leur paraît pouvoir bénéficier d'une prise en charge au sein du réseau. Un autre exemple a été donné par un médecin lors d'un entretien : « on parle de dossiers entre médecins avec des psychologues et je pense que ça c'est un élément intéressant qui est un plus pour améliorer cette prise en charge ». Cet autre exemple montre l'importance de la mise en relation entre les acteurs. Les outils techniques peuvent alors jouer un rôle de prolongation de ce lien par la diffusion d'informations communes (newsletters sous format électronique, site Web), et par la traduction qu'ils peuvent représenter de l'adoption de protocoles communs comme avec le dossier médical informatisé.

Dans le cadre du réseau ASDES, l'objectif consiste à organiser le parcours du patient en fonction des facteurs de risques repérés au moment de l'inclusion. Dans le rapport d'évaluation externe élaboré en juillet 2006, le CNEH, choisi après appel d'offres pour réaliser cet exercice, indique qu'en « analysant ces résultats à la lecture des objectifs poursuivis par la loi du 9 août 2004 relative aux actions de santé publique et par la loi du 13

août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, instaurant le « médecin traitant » et le « parcours de soins », l'évaluation externe ne peut que conclure à la convergence des objectifs et de la pratique d'ASDES avec les objectifs de santé publique, d'amélioration de la prise en charge et de rationalisation de l'organisation des soins. » En effet, depuis 2006, le réseau ASDES a entrepris de faire évoluer le protocole de prise en charge et de suivi des patients afin d'insister sur la notion de trajectoire du patient. Cela se traduit par plusieurs mesures concrètes :

- Insertion dans le protocole de prise en charge d'un processus de validation des dossiers de pré-inclusion remis par les médecins libéraux adhérents
- Une fois le dossier validé, élaboration par la coordination médicale d'un parcours patient individualisé d'une durée variable selon les facteurs de risques identifiés
- Recrutement d'une secrétaire médicale pour apporter un support au suivi du parcours des patients inclus au sein du réseau et avec autorisation des médecins, relance des patients

Cette orientation implique un rôle de support organisationnel médical renforcé de la part de la coordination vis-à-vis des médecins adhérents. La population prise en charge par le réseau ASDES est réputée difficile et peu compliant. Dès lors, assurer leur rôle de médecin traitant devient difficile pour les médecins généralistes du réseau ASDES. C'est pourquoi, pour ces patients qui présentent par ailleurs un cumul de facteurs de risques plus important que la moyenne de la population générale, l'équipe de coordination apporte un soutien logistique. Celui-ci repose avant tout sur des procédures de fonctionnement qui se sont mises en place en depuis 2006 : procédure d'évaluation et de validation des dossiers, procédure d'élaboration des fiches de parcours patient, procédure de relance des professionnels et procédure de relance des patients. Mais ce dispositif peut fortement bénéficier des outils reposant sur les

technologies de l'information. C'est pourquoi la direction du réseau a pris la décision de revoir les relations entretenues avec le fournisseur de la plateforme déployée entre 2005 et 2007 pour mettre en place un outil orienté principalement vers la mise à disposition d'informations plus que le partage d'informations en tant que tel avec obligation pour les professionnels libéraux adhérents d'effectuer la saisie par eux-mêmes.

Sur le plan pratique, il est demandé aux médecins libéraux adhérents de mener la consultation de santé publique clinique pour repérage des facteurs de risques, puis d'ouvrir un dossier patient au niveau de l'application Web. S'ils le souhaitent, ils peuvent alors saisir le dossier, toutefois, s'ils le préfèrent le dossier peut être remplis sous format papier et remis à la coordination. Sous format électronique ou physique, le dossier est alors passé en revue par la coordination médicale pour validation de l'inclusion avec possibilité pour celle-ci de demander des précisions. Une fois le dossier validé et le parcours élaboré, le dossier et la fiche de parcours patient sont accessibles au sein du dossier patient informatisé. Lorsqu'une consultation paramédicale ou autre a été prescrite, les fiches de comptes-rendus sont également mises à disposition. Afin de répondre aux difficultés logistiques quotidiennes des professionnels, un double dispositif d'avertissement de mise à disposition de tout nouvel événement a été prévu. Le premier dispositif consiste à envoyer automatiquement au professionnel un message lui indiquant que de nouvelles informations lui sont accessibles. Le deuxième dispositif repose sur l'utilisation d'un outil complémentaire, un outil de sécurisation de messagerie. En effet ce deuxième élément permet de récupérer les fiches parcours ou de compte-rendu de consultation pour les envoyer en tant que fichiers joints à un courrier électronique sécurisé.

De même que la vulnérabilité médicale et médico-sociale, l'obésité pédiatrique est une pathologie qui nécessite une intervention sur la longueur et faisant appel la plupart du temps à une prise en charge fondée sur l'éducation thérapeutique et l'accompagnement plus qu'à des prescriptions médicamenteuses. Un enjeu pour les professionnels consiste à mobiliser les enfants concernés dans leur propre prise en charge et à ne pas les perdre de vue. Les études menées par le réseau révèlent une file active de 25-30% après un an de suivi. Les médecins interrogés et les promoteurs du réseau indiquent que l'accent peut être mis sur deux axes : insister sur la coopération entre les acteurs et porter une attention particulière aux enfants orientés vers la médecine de ville par les équipes de coordination. Là encore, la complémentarité entre le rôle des professionnels membres de la coordination et les technologies de l'information apparaît possible. Ainsi, lorsqu'après une consultation en milieu hospitalier l'enfant est orienté vers un médecin de ville, si ce dernier reçoit un courrier électronique sécurisé avec les informations principales du compte-rendu de consultation ainsi que le nom de l'enfant, il lui est plus facile d'y répondre s'il a vu ou non l'enfant ; de même, il est plus facile pour la coordination de renvoyer un message au bout de quelques semaines pour s'assurer que l'enfant a bien été vu en consultation. En cas de perte de vue, la coordination est habilitée à relancer l'enfant et sa famille pour s'enquérir de leur situation.

Le mode de prise en charge requis par les patients considérés dans le cas du REPOP IdeF comme dans le cas d'ASDES implique une évolution de la part des médecins libéraux tant au niveau de leur pratique clinique par une focalisation sur des aspects de suivi de facteurs et/ou d'éducation thérapeutique qu'au niveau de leur coopération avec les professionnels des équipes de coordination qui, au moins sur le plan logistique, peuvent être directives. Le soutien qu'elles apportent alors étant de manière évidente pour le bien du patient, certains médecins interviewés le demandent. Avec l'aide des technologies de l'information, les

équipes de coordination peuvent gagner en efficacité par une automatisation de certaines parties du processus et par une amélioration de l'interactivité avec les médecins libéraux et ce d'autant plus que les outils utilisés s'intègrent dans l'environnement de travail existant tant en terme d'interface utilisateur que de degré de compatibilité (Lapointe L, 2006). Nous avons également noté une certaine attente de la part des médecins de pouvoir bénéficier de ce type de support, par leurs difficultés à faire face à toutes les tâches administratives mais également avec une connotation de conservation des positions en place entre médecins et autres professionnels de santé ou médico-sociaux.

Nous soulignons ainsi le rôle que les technologies de l'information peuvent jouer pour aider les professionnels à coopérer ensembles autour du patient. La complémentarité entre les outils de type application Web et messagerie sécurisée ajoutée à un support humain apporté par un intermédiaire tel que la coordination nous semble apporter une réponse complète aux besoins de structuration du partage de l'information tout en offrant une flexibilité de fonctionnement que l'on retrouve avec le courrier électronique aujourd'hui. Ce principe se retrouve également au niveau de la stratégie promue par le plan de relance du Dossier Médical Personnel, en recommandant une architecture modulable et un accès par différents canaux : accès par un navigateur internet, un accès par Web service et l'accès en dépôt d'information par messagerie sécurisée. Par cette recommandation, et comme l'indique les choix du GIP en charge du Dossier Médical Personnel depuis la publication du plan de relance, les autorités nationales indiquent leur prise de conscience de la nécessité d'apporter un service à valeur ajoutée vers les professionnels par l'intermédiaire des outils reposant sur les technologies de l'information. Les recommandations émises par la « Mission Gagneux » et reprises par la Ministre de la Santé et par le GIP-DMP soulignent également l'importance des usages.

Les réseaux ASDES et REPOP IdeF avec l'aide la société 2IM ont, comme nous l'avons montré, développé une vision pratique de l'utilisation des technologies de l'information par un support technique et opérationnel au service des professionnels et des patients grâce aux professionnels des coordinations administratives, médicales et paramédicales avec l'aide d'un consultant en soutien pour la définition des besoins et des flux, l'élaboration des réponses possibles et le déploiement sur le terrain.

III.3 Formation et informatique : une relation réciproque à multiples facettes

III.3.1 Formation et appropriation d'outils professionnels pour une utilisation quotidienne

III.3.1.1 Réponse à un sentiment de malaise

Les réponses apportées par les médecins interrogés aux questionnaires révèlent que 44,% d'entre eux ne se sentent pas à l'aise avec l'utilisation de l'informatique bien que 84,6% d'entre eux l'utilisent quotidiennement. Le facteur générationnel peut laisser espérer que cette tendance va en décroissant, ainsi dans une étude menée en 2005, Berner (27) évoque la difficulté d'utilisation de ces outils par les médecins comme un frein à l'adoption mais poursuit en invoquant le changement de perception par les générations aujourd'hui étudiantes en médecine ou jeunes médecins : "Of course, perceived and real slowness or inefficiency in physicians' computer input techniques may always be a barrier to adoption, but the comfort level of the current generation of medical students and young physicians with contemporary human-computer interfaces will likely overcome this barrier." L'appropriation des outils informatiques reste aujourd'hui un enjeu pour l'intégration des technologies de l'information dans le secteur de la santé en particulier dans le cadre qui nous intéresse, celui du partage et de l'échange d'informations entre médecins et autres professionnels de santé. Il apparaît que parmi les médecins interrogés, seuls 34,2% avaient pu bénéficier d'une formation. Il ressort

d'ailleurs que même parmi les médecins formés, une part importante reste mal à l'aise avec l'utilisation des outils informatiques.

Nous avons donc cherché à comprendre ce qui pourrait amener les médecins à se sentir plus à l'aise. Des réponses ont été apportées par 1/3 des médecins de ville et comportent les mots suivants : « formation », « coaching », « pratique » et « aide technologique ». De plus, une autre question a été posée concernant les facteurs incitatifs pour une utilisation de l'application de partage du dossier médical informatisé au sein du réseau de santé, là encore, la formation apparaît parmi les premiers car mentionnée par 42,9% des médecins ayant répondu à cette question, juste après l'interopérabilité entre l'application de partage de l'information et les logiciels de professionnels de santé, ce facteur ayant été mentionné par 64,3% d'entre eux. On retrouve dans ces réponses une des priorités techniques annoncées par le GIP-DMP au niveau national de rendre l'alimentation d'un DMP accessible en un minimum de « clics » pour les médecins libéraux, et la dimension humaine et professionnelle de l'accompagnement au changement et de la formation. La situation décrite par les médecins libéraux rencontrés révèle un paradoxe marqué par l'écart entre l'équipement technologique requis et sa diversité et les mesures mises en place pour les accompagner dans la prise en main des différentes composantes.

III.3.1.2 Prise en main d'un environnement complexe et diversifié

On peut décrire de la manière suivante la plupart des cabinets de médecine libérale dans lesquels nous avons été accueillis à l'occasion des entretiens ou d'interventions réalisées dans le cadre des projets menés par les réseaux ASDES et REPOP IdeF. Sur le bureau du professionnel se trouve l'écran du PC à côté duquel a été mis pour un accès rapide le lecteur de cartes Vitale souvent bi-fentes pour permettre un paiement par carte bleue. En-dessous du bureau se trouve généralement la « tour » du PC reliée à une imprimante, parfois également à

un scanner, et au modem pour la connexion haut-débit. Bien que certains éditeurs de LPS apportent également un support et la fourniture du matériel « hardware » en contrepartie d'une participation du médecin à un retour d'informations sur l'utilisation du LPS ou sur ses pratiques, les différents éléments décrits ci-dessus proviennent souvent de fournisseurs différents. Ainsi, lors de l'installation du poste de travail et des différents composants logiciels et/ou connectiques, le médecin a dû procéder par lui-même à la sélection du produit et de la société et s'adapter à un nouvel interlocuteur. Il apparaît par ailleurs que lors de cette installation les formations à l'utilisation des logiciels ou des éléments de matériel sont limitées voire optionnelles. Parmi les 99 médecins de ville, seuls 32,32% ont bénéficié d'une formation à l'outil informatique et parmi eux 28 ont indiqué par quel biais cette formation leur a été dispensée ; 39,3% par l'intermédiaire de l'éditeur de logiciel. Les autres formations ont été apportées soit par des proches soit par des sociétés savantes pour la participation à un projet particulier comme la SFMG ou l'AFPA. Ainsi, bien que les médecins libéraux aient à adopter différents outils technologiques pour leur pratique professionnelle, nous constatons un manque de formation et une absence d'interlocuteurs bien identifiés qui pourraient les accompagner dans cette démarche. Dans la prise en main des différents composants des outils informatiques également les professionnels connaissent l'isolement rapporté par les médecins libéraux dans l'enquête menée par l'URML Ile de France sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens. En effet, lorsqu'un dysfonctionnement dont la cause reste obscure survient, il appartient au professionnel de déterminer lequel des services de support contacter. Toutefois étant donnée la diversité des outils matériels, logiciels et connectiques, il est alors facile au technicien support de reporter la responsabilité sur un des composants qui sort de son champ d'action.

III.3.1.3 De la formation à l'accompagnement par le support utilisateur

En tant que support de niveau 1 pour les réseaux ASDES et REPOP IdeF, nous avons été confrontés à des appels causés par des dysfonctionnements de l'application de partage de l'information, comme pour des « attaques virales » ou encore pour des obstacles d'utilisation d'applications habituellement utilisées. Ainsi, après la mise à jour automatique du navigateur Internet Explorer lors du passage de la version 6 à la version 7, l'accès à un site requérant l'utilisation de certificats de sécurité, les médecins utilisateurs de l'application de partage de l'information ont été confrontés à une page dont l'en-tête indique « le certificat de sécurité de ce site Web présente un problème ». Le texte de cette page indique ensuite que « les problèmes de sécurité peuvent indiquer une tentative de duperie ou d'interception des données que vous envoyez sur le serveur. Nous vous recommandons de fermer cette page Web et de quitter ce site ». L'option proposée pour accéder à l'application est indiquée par une icône rouge, par contraste avec l'autre option liée à une icône verte, et demande de cliquer sur un message peu rassurant : « poursuivre avec ce site Web (non recommandé) ». Durant les semaines suivant cette mise à jour automatique du navigateur, la société 2IM a reçu 7 appels concernant ce dysfonctionnement. Un autre exemple concerne l'affichage des courbes de corpulence au sein de l'application de partage du REPOP IdeF. Cette fonctionnalité requiert l'affichage d'une fenêtre supplémentaire considérée par le navigateur comme un « pop-up » ou une « fenêtre publicitaire intempestive » or les navigateurs internet sont par défaut paramétrés pour bloquer ce type d'action. 11 médecins différents du REPOP IdeF ont pris contact avec le support directement ou par l'intermédiaire de la coordination administrative. Un autre type d'intervention plusieurs fois requis a porté sur des incohérences d'affichage de courbes de corpulence. Bien qu'un bug de l'application ait été constaté en 2005, une demande formelle de correction transmise au fournisseur, la cause la plus fréquente de ce dysfonctionnement est une saisie de données erronées ou un calcul automatique non activé.

Le rôle de 2IM consiste alors, en lien avec le médecin concerné et sous le contrôle du médecin coordinateur du réseau, à corriger l'erreur constatée, soit directement depuis l'application si possible, soit en accédant au serveur de l'application via une connexion par la connexion de type « Virtual Private Network », réseau virtuel sécurisé, mise en place par les services techniques de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

La très grande majorité des demandes d'intervention a pu être résolue par un guidage téléphonique ; en cas de difficulté demandant une intervention particulière de la part d'un autre acteur, l'équipe de support de niveau 1 assure un rôle de mise en relation avec le prestataire concerné tout en transmettant les informations nécessaires à une bonne résolution du problème. Ces exemples révèlent la diversité des problèmes rencontrés par les médecins utilisateurs d'outils informatiques et illustrent le manque d'interlocuteur à même d'assurer un rôle de support de niveau 1, c'est-à-dire avec lequel le médecin sait pouvoir prendre contact. Durant les interventions réalisées au sein des cabinets des médecins libéraux dans le cadre de différents projets, les médecins réservent un accueil chaleureux aux techniciens reçus et laissent d'emblée l'accès à leur poste informatique, presque avec soulagement. Ces interventions dédiées à un objet précis – installation de messagerie sécurisée, résolution d'un problème de connexion – sont souvent l'occasion d'aborder d'autres questions. Bien que mandaté par la coordination du réseau de santé, l'interlocuteur technique apparaît comme une ressource à même de rassurer le professionnel face à des inquiétudes suscitées par de légers dysfonctionnements ou bien par des interrogations sur ce qu'il est possible / autorisé de faire y compris concernant des outils utilisés quotidiennement hors réseau de santé tels que les LPS. Nous avons par exemple constaté que l'utilisation des LPS résulte d'une exploration prudente des fonctionnalités offertes par le produit avec une perte de performance due à une maîtrise limitée de la logique de fonctionnement. Ainsi, la génération d'un courrier avec insertion

automatique de l'adresse du correspondant requiert l'enregistrement préalable du dit professionnel dans la base de données considérée par le logiciel comme la source d'informations. En l'absence de formation, il appartient au médecin de comprendre par lui-même le fonctionnement de l'ajout d'un correspondant, entité différente d'un nouveau patient, puis celui de la génération automatique de courrier à partir des résultats de la consultation, et enfin l'interaction entre les deux. Les médecins les plus passionnés par le développement des outils informatiques peuvent échanger via des communautés virtuelles ou des forums utilisateurs, par exemple le site www.fulmedico.org, fédération des utilisateurs de logiciels médicaux et communicants, ou les clubs Hellodoc, le forum des Associations des Médecins Utilisateurs des Logiciels Axilog (AMULA). Toutefois, de tels échanges permettent l'approfondissement de connaissances existantes plus que l'apprentissage de notions de base qui nécessitent l'intervention d'un tiers. Les interventions menées à l'occasion de demandes de support sont apparues comme l'opportunité pour les médecins concernés de pallier les manques ressentis ou constatés à l'usage.

III.3.1.4 Meilleure utilisation des technologies de l'information, meilleures pratiques ?

Le besoin de formation apparaît d'autant plus prégnant que l'utilisation d'applications des technologies de l'information conduit à une évolution des pratiques des médecins tant au niveau du déroulement de leurs consultations que dans l'interactivité qui peut se développer avec les autres professionnels dans le cas d'un réseau de santé. Une étude menée à Chicago en 2001 auprès de médecins consultants, « internists », pour déterminer des changements de comportements durant la consultation pour des médecins équipés d'un logiciel de gestion des dossiers patients (Makoul et al., 2001). Les praticiens équipés d'un poste informatique et d'un logiciel de gestion des dossiers patients ont démontré une position plus proactive dans la clarification des informations transmises par les patients en incitant ces derniers à préciser au mieux leurs réponses. Lors des entretiens, nous avons également été interpellés sur l'impact

de la trame prévue dans le LPS sur le déroulement de la consultation. Le dossier médical informatisé des réseaux ASDES et REPOP IdeF procède du même principe et émane du travail mené par les promoteurs pour l'élaboration des protocoles de prise en charge et leur mise en œuvre notamment à l'aide d'outils dédiés. La formation à l'utilisation de cet outil résulte donc autant d'une démarche de sensibilisation à la dimension technologique fonctionnelle que de la nécessité d'accompagner les médecins nouvellement adhérents dans l'adoption de nouvelles procédures de prise en charge au sein de leurs pratiques.

S'inspirant de processus déjà mis en place dans d'autres circonstances telles que le REPOP Grand Lyon (REPOP GL), les coordinations du REPOP IdeF dans les départements des Yvelines et de l'Essonne ont lié la formation aux protocoles de prise en charge avec celle concernant les outils disponibles : dossier médical papier et plus particulièrement dossier médical informatisé. Durant ces séances de formation collectives, l'intervention de la société 2IM pour la description des aspects fonctionnels permet aux médecins et professionnels de santé de la coordination d'établir un lien constant avec les aspects critiques de la prise en charge des enfants obèses. Ainsi, le professionnel ayant pris connaissance des recommandations du réseau, et sensibilisé à la possibilité pour lui de contacter la coordination ou le consultant support à maîtrise d'œuvre, nous pouvons espérer qu'il se sentira mieux accompagner dans la prise en charge d'une pathologie difficile par les efforts qu'elle demande à long terme et par la part « d'échecs » constatés par le nombre de patients perdus de vue. Mieux formés à l'utilisation d'un outil de partage ou d'échange d'informations, les médecins pourront participer à une meilleure interactivité entre professionnels et ainsi améliorer la qualité de la prise en charge des patients. La focalisation sur ce point pourra faire l'objet d'une poursuite de l'étude. L'évaluation de l'amélioration de la qualité de la prise en charge

des patients étant un axe qui se développe comme le montre l'étude d'Ammenwerth et Keizer (60).

III.3.2 Accès aux supports d'informations et de formations par les outils technologiques

Nous avons évoqué l'enjeu que représente la formation des professionnels au fonctionnement des outils technologiques pour pouvoir se les approprier, en faire une utilisation optimale et en rapport avec les protocoles prévus par les réseaux de santé. La formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles constituent également des enjeux de taille pour la qualité de la prise en charge des patients. Les réseaux ASDES et REPOP IdeF ont mis en place dès leur phase de lancement une activité de formation des médecins libéraux, et autres professionnels concernés par les pathologies et les autres problématiques de santé publique qui touchent les populations cibles. Depuis septembre 2004, le REPOP IdeF a apporté une formation à 2 094 professionnels dont 1 132 médecins libéraux et 962 médecins, professionnels communautaires ou autres professionnels de santé. En 2006 et 2007, le réseau ASDES a organisé 21 et 20 séances de formations médicales pour un total de 938 participations de médecins libéraux soit une moyenne de 44 participants par réunion. Les réunions de staff organisées par le REPOP IdeF et les réunions de formation médicale par le réseau ASDES ont pour objectif d'apporter aux médecins adhérents des réponses aux problématiques liées à la prise en charge des patients concernés par ces réseaux. Toutefois, elles se limitent à des moments ponctuels, c'est pourquoi le réseau ASDES a décidé de les compléter par un service à destination des médecins afin de leur mettre l'information à disposition aux moments mêmes où celle-ci peut leur être utile. C'est notamment dans ce but que le site Web a été développé.

Le site Web du réseau ASDES comme celui du réseau REPOP IdeF sont dotés d'une partie à accès restreint accessible par identifiant et mot de passe. Grâce à une gestion centralisée de

l'administration des comptes utilisateurs assurée par la société 2IM, les moyens d'identification sont identiques pour accéder à l'application de partage de l'information et pour accéder aux informations sécurisées du site Web. Afin de répondre au rôle attribué au site Web par la coordination du réseau ASDES, un effort particulier a été porté par un des médecins coordinateurs avec le soutien de la société 2IM pour la mise en ligne régulière des supports de formation des professionnels sollicités pour intervenir lors des séances de formation continue organisées par le réseau : entre septembre 2007 et juin 2008, 40 actions de mise à jour ont été répertoriées. Toutefois, bien que la fréquentation ait augmentée grâce à la réactivité permise notamment par l'amélioration des dispositifs techniques utilisés, les opérations de communication sur l'existence du site sont restées ponctuelles et l'utilisation de ce site Web par les médecins adhérents comme outil de travail quotidien reste restreinte.

Nous avons pourtant constaté lors des entretiens que nous avons menés que l'accès à l'information par le réseau Internet est devenu un recours (61) quasi quotidien pour certains médecins : « j'ai mes référentiels, j'ai mes sites favoris, mes sites de recommandations ». La Haute Autorité de Santé a publié en mai 2007 un guide pour la recherche d'informations médicales sur Internet. Ce point a également fait l'objet de travaux tels que ceux du Laboratoire d'Ethique Médicale qui se sont attaché à étudier l'impact d'internet sur l'accès aux informations pour les professionnels et pour les patients. Les organismes de référence mettent à disposition les recommandations qui sont les leurs tels que la HAS, certaines sociétés savantes, et le CHU de Rouen tient à jour une base de données reconnue, le Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones. Les réseaux de santé permettent de mettre à portée de main de leurs médecins et professionnels adhérents une information ciblée. Plusieurs mesures semblent pouvoir amener une utilisation plus fréquente de cet outil. La première consiste à communiquer sur l'existence et la valeur ajoutée de ce site et assurer la

transmission des éléments d'identification. La deuxième consiste à mettre réellement en œuvre le dispositif imaginé par la coordination d'ASDES d'assurer l'accès aux dossiers patients informatisés via le site Web, mais également permettre depuis le dossier médical informatisé un accès aux informations disponibles. Ainsi, lorsqu'un facteur de risque d'Hyper-Tension Artérielle (HTA) non maîtrisé est repéré par un médecin adhérent, depuis l'application Web il lui est possible de cliquer sur un lien externe qui « pointe » vers une page Web ou vers un document téléchargeable contenant les recommandations correspondantes. Il ressort des statistiques de fréquentation du site Web que le site Web a déjà été utilisé à 331 reprises pour accéder au dossier médical informatisé. Concernant l'accès à l'application Web via le site et la gestion des utilisateurs, les technologies permettent aujourd'hui d'assurer un interfaçage entre l'annuaire des utilisateurs de l'application et du site ainsi qu'entre les dispositifs de sécurisation des accès. Certaines sociétés offrent des solutions de type « portail » combinant ces deux fonctionnalités d'un système d'information : application de partage des informations nominatives et site Web à accès public ou restreint. Toutefois, il paraît essentiel à ce stade de souligner la disponibilité que requiert de la part de plusieurs personnes du réseau la mise à jour régulière d'un site Web, en particulier si le réseau souhaite valoriser son savoir-faire et sa valeur ajoutée en adaptant les référentiels et recommandations généraux à certaines spécificités, locales par exemple.

III.4 Traitement des données et évaluation

III.4.1 De la traçabilité de l'activité vers l'évaluation

L'évaluation des réseaux de santé fait partie de la définition même de ces structures telles que définies dans l'article L. 6321-1 du CSP : « ils [les réseaux] procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ». L'objet de cette évaluation a nourri de nombreuses réflexions et fait l'objet de différents travaux sur le cadre

méthodologique et les modalités de celle-ci (1, 72, 75). En 2001, l'étude menée par le CREDES et le Groupe IMAGE (73) trouve ses origines dans le cahier des charges national de la CNAMTS portant sur les expériences de réseaux de soins. Dans ce même document, le conseil d'administration de la CNAMTS indiquait attendre de l'évaluation qu'elle porte sur « la plus-value médicale du projet, la plus-value économique et la plus-value organisationnelle ». La mission auteure du rapport publié réalisé pour l'IGAS en 2006 (31) que « les indicateurs que la mission a été conduite à retenir sont le plus souvent des indicateurs de moyens et non de résultats eu égard à l'état actuel de développement des réseaux et de l'évaluation médicale dans notre pays ». Elle précise que « ces indicateurs sont appelés à évoluer avec les futurs développements souhaitables en la matière ».

L'objectif général fixé à l'évaluation des réseaux de santé par les recommandations de la HAS, anciennement ANAES, consiste à attester de la réalité du réseau en tant que structure transversale de prévention et de prise en charge des patients ciblés par son action. Le travail d'évaluation repose sur une démarche en cinq temps :

- Présentation préalable du réseau,
- Evaluation de l'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau,
- Evaluation du fonctionnement du réseau,
- Evaluation de la qualité de la prise en charge,
- Evaluation économique.

Comme tous les réseaux, les décisions conjointes de l'URCAM et de l'ARH Ile de France pour les réseaux ASDES et REPOP IdeF formalisant l'attribution de financements au titre de la dotation pour le développement des réseaux (DDR) devenu fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), depuis la Loi de Financement de la Sécurité

Sociale (LFSS) de 2007, précisent les engagements pris par ces deux réseaux d'adopter une démarche d'évaluation en vue de remettre un rapport final au terme de la période de financement. Pour ce faire, ces deux réseaux ont fait appel à un prestataire externe à qui est confiée l'analyse de l'ensemble des éléments réunis par le réseau pour répondre à ses obligations en termes d'activité et d'auto-évaluation. Les pièces principales utilisées par l'évaluateur externe sont les tableaux d'indicateurs, les informations quantitatives tenues à jour par la coordination administrative à partir des données collectées par les professionnels et les réponses apportées par professionnels et patients aux questionnaires de satisfaction. Nous pouvons noter dès à présent l'importance du traitement d'informations diverses provenant de sources multiples : médecins libéraux, professionnels paramédicaux salariés du réseau, partenaires hospitaliers.

Pour mener à bien cette démarche d'évaluation, les promoteurs des réseaux de santé ASDES et REPOP IdeF ont été amenés à élaborer avec la société 2IM des procédures de traçabilité de l'ensemble des informations pertinentes et de traitement des informations médicales collectées par les médecins libéraux adhérents et les professionnels de santé. En effet, « ce ne sont pas tant les critères [choisis pour l'évaluation] en eux-mêmes qui sont importants que les changements intervenus dans ces critères depuis le projet de réseau, au long de la phase de montée en charge et de fonctionnement du réseau »(1). Afin de pouvoir étudier l'évolution de ces critères dans la durée, une coopération étroite entre les coordinations médicales et la société 2IM a permis de définir les spécifications médicales des opérations d'extractions et d'analyses statistiques nécessaires. Le réseau ASDES a par exemple procédé à l'identification de sous-groupes de population pour lesquelles des études ont pu être menées pour déterminer l'évolution des facteurs de risques caractéristiques. Les résultats ainsi obtenus ont permis d'une part une meilleure connaissance des pratiques des médecins libéraux en termes de suivi

et une estimation des résultats apportés aux patients. Les promoteurs médicaux du réseau ASDES comme ceux du REPOP IdeF ont constaté à un certain stade des lacunes en termes de données. Les procédures de fonctionnement entre les réseaux et la société 2IM ont alors permis de répondre aux besoins ponctuels révélés.

III.4.2 De la confiance à l'accès aux données

Dans le cadre d'ASDES, une étude particulière a été demandée à une interne en santé publique sur l'évolution des facteurs de risques cardio-vasculaires au sein de la population suivie au sein du réseau. Le dossier de repérage des facteurs de risques et les dossiers de suivi prévoient la collecte d'informations relatives à l'existence d'une hypertension artérielle, d'un diabète, de tabagisme, d'une consommation excessive d'alcool ou d'un surpoids, mais les chiffres caractéristiques de l'hypertension artérielle, du diabète ou du surpoids étaient absents des dossiers ou peu renseignés. Afin de répondre à ce manque, le dossier médical du réseau a été modifié et un projet ponctuel de collecte des données complémentaires a été mis en place. Il a consisté à se rendre dans les cabinets des médecins libéraux concernés par les patients suivis pendant plus d'un an pour récupérer les données manquantes. Les informations manquantes ont pu être récupérées pour 1 132 patients sur les 1 467 concernés, soit 77,2%. Il est important de noter à ce stade l'importance symbolique de ce projet. En effet, les données émanent des dossiers tenus par les médecins généralistes libéraux adhérents du réseau dans le cadre de leur pratique quotidienne. Un accès libre a été laissé aux représentants du réseau en charge de la réalisation de ce projet. Ceci atteste de la relation de confiance mise en place au fil des années entre la coordination du réseau et ces médecins libéraux. Tout au long de notre étude, nous avons pu également constater l'importance des liens mis en place entre le réseau ASDES et les médecins adhérents par l'accueil réservé par ces professionnels lorsque les questionnaires leur ont été soumis et lorsqu'ils ont été sollicités pour des entretiens représentant le temps de 3 ou 4 consultations.

Le Bureau de la Coordination Nationale des réseaux REPOP, la CNREPOP, a pris la décision en fin d'année 2006 de mener une étude statistique afin d'évaluer l'impact de la prise en charge en réseau sur les patients présentant un surpoids ou une obésité. Le prestataire en charge de cette étude a mis en exergue un manque de données significatives. En effet, l'analyse des données de suivi après un an de suivi n'a été possible que pour un tiers des enfants inclus. Un examen de la population incluse à partir de la liste des patients tenue par la coordination administrative a également révélé un manque d'informations sur l'état du suivi des patients. Les instances du réseau ont décidé de procéder à une évaluation des procédures de prise en charge du réseau et à une complétion des données disponibles en s'adressant directement aux médecins libéraux adhérents. La société 2IM s'étant vue confier la gestion de ce projet a proposé le recrutement d'un étudiant en médecine en tant qu'attaché de recherche clinique (ARC). Dès son arrivée, cet ARC a été mandaté pour prendre contact avec l'ensemble des médecins adhérents du REPOP IdF afin de les rencontrer et de confronter les informations détenues par le réseau avec celles inscrites dans les dossiers de leurs patients au sein de leur propre système, qu'il soit informatique ou non. Ce travail participe de l'évaluation des résultats obtenus, mais également des procédures mises en place par le réseau pour assurer une coordination du travail des médecins libéraux pour la prise en charge de l'obésité pédiatrique. Il en ressort par exemple que peu de médecins ont été sensibilisés à l'importance que revêt pour le réseau la connaissance du parcours du patient y compris sa sortie programmée ou non. En effet, cette pathologie demande de la part de l'enfant et de sa famille un investissement personnel qui doit s'inscrire dans la durée. Le taux « d'abandon » apparaît assez élevé. Il nécessite peut-être une intervention de la coordination pour la relance des patients et de leurs familles pour leur rappeler que le réseau est présent à leur service,

action que les médecins libéraux ne peuvent entreprendre par eux-mêmes pour des raisons déontologiques et logistiques évidentes.

Une fois encore, ce projet révèle la confiance des médecins libéraux adhérents envers le réseau même de la part de professionnels peu actifs ou peu impliqués dans le fonctionnement de celui-ci. Cet accord des professionnels de recevoir un acteur au cœur même de leurs pratiques montre l'enjeu que recouvre l'intervention d'un tiers, comme un consultant au sein de réseaux de santé, pour la gestion des aspects relatifs aux technologies de l'information. Cet enjeu est valable pour le réseau en tant que mandataire, mais également pour les organismes financeurs qui peuvent ainsi bénéficier d'une évaluation plus pertinente des actions entreprises et de l'utilisation des fonds publics accordés. Nous avons démontré que le travail conjoint des promoteurs des réseaux de santé ASDES et REPOP IdéF et de la société 2IM a permis la mise en place de procédures de collecte et de traitement des données permettant de respecter les engagements des réseaux requis par les réglementations en vigueur.

III.4.3 Evaluation des pratiques et aspects économiques

Ces procédures peuvent également apporter des réponses aux préoccupations de l'Assurance Maladie, de la Haute Autorité de Santé et des autorités nationales exprimées dans les ordonnances d'avril 1996, dans la loi du 4 mars 2002, la loi du 9 août 2004 et celle du 13 août 2004 en termes de maîtrise médicalisée des dépenses de soins et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). La loi du 13 août 2004 soumet tous les médecins à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Or, les retours d'informations sur les pratiques des médecins et sur le suivi des protocoles de prise en charge ainsi que les formations apportées par les réseaux illustrent la capacité de ces derniers d'être une des structures au sein desquelles les professionnels peuvent honorer certaines de leurs obligations.

Les projets mentionnés ci-dessus ont également illustré la relation de confiance entre les professionnels et le(les) réseau(x) auquel ils adhèrent. Celle-ci a permis au consultant d'accéder directement aux informations contenues dans les bases de données individuelles des médecins libéraux. Un tel accès à ces informations peut permettre de répondre aux demandes de l'Assurance Maladie d'informations sur les actes rémunérés dans le cadre de leurs pratiques libérales tout en s'assurant d'une dynamique d'amélioration du service rendu aux patients. La coordination d'un réseau de santé avec l'aide d'une société prestataire comme la société 2IM, en charge des problématiques de traitement de l'information, peut se faire le relais des instances nationales pour les aider à disposer d'informations de qualité sur le travail réalisé par la médecine de ville dans sa prise en charge de certaines populations. Or, dans un contexte de recherche d'économies, les organismes financeurs demandent une visibilité la meilleure possible sur les actions réelles menées par les structures qu'ils financent, parmi lesquelles les réseaux de santé.

Enfin, l'appréciation des résultats et des pratiques pour l'amélioration du réseau suivant les recommandations des instances ou de l'évaluateur externe ou pour fournir des retours d'informations aux organismes financeurs constitue un des angles sous lequel l'évaluation dans le cadre de réseaux de santé peut être perçue. Dans le rapport rédigé pour l'IRDES en 2006 par Chevreul et col. (76), il apparaît qu'un des facteurs de succès des systèmes d'information public sur la médecine de ville tient au retour apporté aux médecins libéraux eux-mêmes sur leurs pratiques par l'intermédiaire des données collectées via ces dispositifs. Par exemple, la base de données appelée Qresearch au Royaume-Uni « est une base de développement récent, effectivement fonctionnelle depuis le courant de 2004. [...] Elle doit maintenant couvrir une population de 500 cabinets sur l'ensemble du territoire, soit 5 % de la population du Royaume-Uni. Les cabinets qui participent ne reçoivent pas de contrepartie

financière mais ils ont un retour sur leurs propres pratiques et peuvent mener des études sur leurs données pour se comparer à l'ensemble des médecins de la base. » Les auteurs de l'étude indiquent également qu'en France, « les acteurs-cible des mesures de maîtrise médicalisée et plus particulièrement les médecins, sont très demandeurs d'une information objective sur leurs pratiques. » Dans le cadre des réseaux ASDES et REPOP IdeF, ce retour d'informations vers les pratiques individuelles des professionnels est peu développé. Toutefois, deux médecins libéraux adhérents du REPOP IdeF ayant fait la demande d'avoir une vision synthétique de l'ensemble des patients qu'ils ont inclus, la société 2IM a procédé, après accord des instances du réseau, à une extraction et à une analyse des données collectées au sujet de leurs patients en se focalisant sur quelques indicateurs : âge, sexe, date d'inclusion, évolution des données anthropométriques. Ces professionnels ont exprimé leur satisfaction et leur souhait de voir cette étude précisée avec quelques autres informations telles que les précisions concernant les autres consultations avec d'autres professionnels par exemple. A la date de notre étude, il apparaît que les professionnels paramédicaux sont bien en mesure de fournir ces informations. Toutefois, l'interface entre les outils de traitement et les informations collectées nécessite une intervention humaine de la part de la société 2IM. A terme, il sera préférable que cette interopérabilité soit assurée par un outil technologique dont les spécifications auront été définies sur la base du travail déjà réalisé et des résultats déjà obtenus.

CONCLUSION

1. Aide à la généralisation de l'utilisation des outils informatiques

- Assistance à la mise en place d'un système d'information au sein des réseaux ASDES et REPOP IdeF

Dès le démarrage de son activité, le réseau ASDES a manifesté une volonté de favoriser le partage d'informations entre les professionnels médecins, paramédicaux, psychologues ou travailleurs sociaux prenant en charge le patient. En 2001, une telle réflexion impliquait de faire face aux lacunes de la médecine libérale en termes d'équipement informatique. Une proportion limitée des médecins libéraux actifs au sein du réseau était dotée de postes informatiques, de logiciels de gestion de cabinet ou de connexions au réseau Internet de type haut-débit. Afin de répondre à cette double problématique d'identification d'une solution de partage des informations et d'un équipement limité des médecins libéraux, le réseau ASDES a fait appel à une société de conseil et de gestion de projets, la société 2IM. Celle-ci a conduit le déploiement de postes informatiques reliés à Internet dans les cabinets de médecins libéraux adhérents et coordonné le projet de développement d'un système d'information. En effet, assurer aux médecins libéraux un accès aux composants technologiques tels que des postes informatiques, des connexions internet et des terminaux lecteurs de cartes de professionnels de santé, constitue la première brique du système d'information du réseau de santé qui correspond en fait à un ensemble complexe formé d'outils hétérogènes. En plus de l'application Web commune de partage de l'information, solution choisie par les réseaux ASDES et REPOP IdeF, ceux-ci sont dotés d'un système informatique de gestion interne, et chaque médecin libéral de son propre système informatique.

Devant la complexité de cet environnement et des moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés, les promoteurs médicaux sont confrontés à des problématiques de gestion

de projets médico-industriels qui requièrent les connaissances techniques médicales, paramédicales et médico-sociales mais aussi des compétences particulières dans le domaine de la gestion de projet industriel. En effet, au cours des projets nécessaires au développement de son système d'information, le réseau ASDES a été amené à contracter des liens avec de nombreux intervenants parmi lesquels une société spécialisée dans le matériel informatique, une entreprise fournisseur d'accès Internet, un fournisseur de terminaux lecteurs de cartes Vitale et CPS, une société de services et d'ingénierie informatique fournisseur de la plateforme de partage de l'information, les services techniques de la Direction du Service Informatique de l'Assistance-Publique, le service informatique de plusieurs établissements partenaires, les instances en charge de la gestion du projet de Dossier Médical Personnel aux niveaux national et régional, les fournisseurs d'outils de sécurisation des messages électroniques, un fournisseur de matériel informatique nomade. En plus de ces acteurs avec lesquels la coordination du réseau ASDES a traité directement, la société 2IM, lors des opérations de déploiement, est rentrée en contact avec certains des fournisseurs des médecins libéraux. Lorsque des relations contractuelles sont en jeu, en particulier quand elles s'inscrivent dans la durée, des procédures de liaison doivent être mises en place. Ainsi, l'assistant à maîtrise d'œuvre technique a apporté aux réseaux de santé ASDES et REPOP IdeF une aide tant au niveau de la gestion des projets en amont que durant les phases de déploiement et de support pour adresser les problématiques qui nécessitent une fédération des compétences des promoteurs d'un projet de santé tel qu'un réseau de santé et des prestataires à même de fournir des solutions technologiques qui doivent être adaptées aux besoins.

Ainsi, la présence d'un tiers aux côtés des réseaux de santé leur permet la définition de leurs besoins en traitement de l'information, les moyens d'y répondre, et la mise en place des solutions adaptées, celles-ci constituant l'ensemble du système d'information. Pour ce faire, le

consultant imprime une démarche projet au sein d'une structure de santé permettant la mise en corrélation de compétences des secteurs médical, paramédical, médico-social et industriel : identification des besoins, définitions des spécifications médicales et techniques, identification des solutions, sélection des fournisseurs, tests en environnement réel, réception des solutions, déploiement et formation des utilisateurs, support et maintenance.

Mais, malgré la présence de la société 2IM aux côtés de ces réseaux, des facteurs exogènes tels que la politique de financement des réseaux de santé ou encore la dynamique générale du marché ou endogènes tels que l'équipement des médecins libéraux, leur perception des technologies de l'information, la mobilisation des équipes centrales, la transversalité des réseaux de santé peuvent avoir un impact négatif sur le succès de ce type de projet. Ainsi dans le cas des réseaux de santé ASDES et REPOP IdeF, la société fournisseur de la solution de partage de l'information, notamment en raison d'une dynamique perturbée au niveau du marché de l'informatique médicale dénoncée par différents groupements d'industriels (77) et même par le rapport du sénateur M. JEGOU qui dénonce notamment « l'éclatement des responsabilités » et l'augmentation nécessaire des investissements dans ce domaine (78), a été amenée à réduire ses activités dans le secteur de la santé et n'a pu être en mesure de répondre pleinement aux engagements initiaux. De plus, les réseaux de santé ASDES et REPOP IdeF étant hébergés par des établissements de santé dont les services informatiques conduisent des politiques de sécurisation des réseaux internes différentes, le consultant auquel ils ont fait appel a dû élaborer des solutions de contournement afin de permettre aux membres des équipes de coordination d'utiliser l'informatique comme outil de travail quotidien. Toutefois, les solutions identifiées présentent soit des limites fonctionnelles, soit des coûts importants parce qu'impliquant un recours à des technologies de pointe telles que les dispositifs

permettant aux utilisateurs un certain « nomadisme » (clefs 3G, ordinateurs portables individuels, etc.).

- Déploiement d'outils informatiques chez les professionnels de santé

Le succès du projet de déploiement d'un système informatique de traitement des feuilles de soins sous format électronique entamé en 1996 est attesté par les chiffres fournis par le groupement Sésame sur leur site Web³. L'évolution de ces statistiques démontre également les difficultés rencontrées pendant les premières phases de ce projet mais aussi le changement qui s'opère au niveau des professionnels dans leur acceptation des technologies de l'information.

Cette transformation a pu être constatée également au sein du réseau ASDES qui, en 2001, afin de promouvoir le partage dématérialisé d'informations, devait dans un premier temps adresser la problématique du sous-équipement des professionnels. Tous les médecins adhérents de ce réseau ayant répondu au questionnaire qui leur a été soumis ont indiqué être dotés d'un poste informatique à domicile, dans leur cabinet ou les deux.

Comme nous l'avons indiqué, les projets entrepris par les réseaux ASDES et REPOP IdeF ont nécessité un déploiement sur le terrain directement au sein des cabinets de médecine libérale. Notamment, courant 2008, les deux réseaux, inscrits au sein du projet de préparation de la généralisation du DMP en Ile de France, ont mandaté la société 2IM pour assurer l'inscription et l'équipement de médecins libéraux adhérents d'outils de sécurisation des messages. Lors de ces interventions au sein de leur environnement de travail quotidien, et par l'intermédiaire des questionnaires qui leur ont été soumis, nous avons pu constater les difficultés et les

³ <http://www.sesam-vitale.fr/programme/index.asp>

inquiétudes ressenties par les professionnels dans l'utilisation des outils composant leur système informatique. En effet, ce système est constitué de plusieurs éléments matériels, logiciels et connectiques à l'utilisation desquels les médecins libéraux sont peu ou pas formés. Avant même l'utilisation, les professionnels devraient être sensibilisés à la distinction qui existe entre les différents éléments qui composent leur système informatique.

Délégués par les coordinations des réseaux de santé, c'est-à-dire par des confrères des médecins de ville, les techniciens et consultants de la société 2IM ont été sollicités par les médecins de ville rencontrés pour leur apporter des questions sur des éléments aussi diverses que l'activation d'une connexion Internet, l'affichage de fenêtres publicitaires intempestives, l'intégration automatique de résultats d'examens de laboratoires au sein de leurs logiciels de professionnel de santé, le dysfonctionnement d'une imprimante... Au vu de ces éléments, il apparaîtrait essentiel qu'une formation initiale soit apportée aux médecins à la nature et à l'utilisation des outils informatiques, mais également sensibiliser la médecine libérale et proposer des solutions pour que les médecins aient accès à des personnes physiques et/ou morales capables de répondre aux diverses questions et pourquoi pas assurer une maintenance matérielle / logicielle. A ce jour, quelques cabinets de groupe ont fait le choix de cette politique, et certains éditeurs de logiciels métiers offrent ce service, mais il n'existe pas d'offre ciblée vers les professionnels de santé.

2. Informatique et consultant : facilitateurs de l'interprofessionnalité

- Support à la mise en place d'actions transversales

Nous avons évoqué certains projets entrepris par les réseaux de santé ASDES et REPOP IdeF pour répondre à leur objet de prévention et repérage des facteurs de risques au sein des populations vulnérables pour l'un et de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique.

Le déploiement de ces projets et surtout leur reproductibilité requiert la définition et la mise en œuvre de procédures de fonctionnement qui requièrent a minima l'utilisation des applications bureautiques de l'informatique. Celles-ci permettent d'assurer une interopérabilité entre les acteurs impliqués par l'utilisation de formats communs, qu'il s'agisse de modèles de documents ou de tableaux. Le travail de la coordination administrative a changé de manière significative du jour où les membres de la coordination ont utilisé le même modèle de tableau de suivi de leur activité.

Le projet de prise en charge de personnes en situation de rupture temporaire de droits financé par le Conseil Général des Hauts de Seine illustre également cette complémentarité entre l'organisation fonctionnelle définie en amont et la fluidité de circulation de l'information que permettent des outils informatiques tels que les applications bureautiques. La société 2IM, apportant son concours à la mise en place d'outils de contrôle de gestion, a été alertée par le Trésorier sur la nécessité de disposer de procédures formelles de validation des demandes de prise en charge des patients concernés.

La coordination pluridisciplinaire, assistante sociale et médecin coordinateur en particulier, ont donc élaboré des modèles de procédures complétées au vu des besoins administratifs pour la gestion de l'activité quotidienne et pour mettre le réseau en capacité de répondre aux demandes de l'organisme financeur. L'élaboration de ces procédures a donné lieu à la création de modèles de documents dont des fiches navette de demande de prise en charge, de validation des demandes, etc. La diffusion de ces modèles entre les professionnels a été rendue possible par l'utilisation d'outils standardisés tels qu'un logiciel de traitement de texte compatible avec le format de fichier « .doc » ou encore la messagerie électronique. Cette interopérabilité souvent considérée comme acquise est une illustration des facilités

qu'apportent les outils informatiques dans les relations entre professionnels. Elle révèle également l'importance d'une démarche de définition préalable par les professionnels des besoins en termes de traitement de l'information. L'adoption d'une démarche projet au sein de structures de santé nécessite une évolution du raisonnement des professionnels de santé souvent concentrés sur les besoins ponctuels du patient. L'intervention ciblée mais inscrite dans la durée d'un intervenant extérieur permet un tel processus d'apprentissage.

- Le consultant : un révélateur de la difficulté de consensus entre les professionnels

L'interopérabilité entre les professionnels qui apparaît essentielle dans une optique de médecine préventive et pour répondre aux manques croissants de médecins requiert toutefois l'adhésion des professionnels à ce principe. Lorsque l'informatisation du dossier médical du REPOP IdeF a été étudiée par les professionnels de santé promoteurs du réseau, la décision prise a consisté à attribuer aux médecins libéraux l'alimentation des données collectées lors des consultations. Cette application conserve en théorie un rôle de mise à disposition d'informations pour l'ensemble des acteurs intervenant autour du patient. Pourtant, comme nous l'avons vu, cette application apporte un service aux professionnels libéraux par une structuration du suivi des enfants obèses, par certaines fonctionnalités telles que l'accès aux courbes de corpulence, mais l'accès aux informations pour les professionnels autres que les médecins libéraux requiert un accès aux dossiers imprimés et est restreint aux deux établissements qui possèdent de telles copies. Une des raisons de ces limites au partage informatique des informations patient provient de la difficulté d'obtenir un consensus sur les modalités de gestion des droits d'accès et des informations à saisir de la part des médecins hospitaliers comme de la part des autres professionnels.

De même, un traitement d'informations collectées dans le cadre du réseau ASDES au sein des établissements partenaires a révélé certains dysfonctionnements. Des médecins qui effectuent des consultations au sein des polycliniques de ces établissements, bien que salariés du réseau, privilégient l'alimentation du dossier patient de l'établissement au détriment de la qualité des données de suivi des patients inclus dans le réseau. En effet, le dossier utilisé au quotidien pour le suivi des patients est bien celui de l'établissement, toutefois, cette pratique vient en contradiction avec l'optique de partage d'information notamment avec les médecins libéraux vers lesquels certains patients sont destinés à être orientés, comme avec le besoin pour le réseau de procéder à une évaluation de son activité. Le ressenti immédiat d'un service rendu est un facteur de mobilisation important, tout comme à l'opposé, un sentiment de redondance des tâches peut amener un détournement des usages attendus voire un refus de la part des professionnels d'utiliser les outils mis à leur disposition.

L'intervention d'un consultant dans un tel contexte joue un rôle comparable à celui d'un auditeur ou d'un évaluateur externe. Par la réflexion et les questions qu'il suscite, certains détournements d'utilisation ou dysfonctionnements peuvent être identifiés. Toutefois, à cette dimension, une société consultante ayant un rôle d'accompagnement peut amener une dimension constructive par l'émission de recommandations. Dans le cas du premier exemple mentionné ci-dessus, en l'absence de réponse immédiate pouvant être apportée par le fournisseur de la plateforme de partage de l'information, le consultant a mené une démarche de mobilisation des acteurs hospitaliers du réseau pour déterminer les moyens de diffuser les comptes-rendus de consultation établis lors de chaque consultation aux médecins libéraux adhérents. Ce travail a requis une sensibilisation des instances politiques du réseau, des séances de travail avec les équipes hospitalières et la « capitalisation » sur la participation du

réseau à la préparation de la généralisation du DMP en Ile de France qui, justement, prévoit l'utilisation d'outil de messagerie sécurisée.

- Apports pour l'évaluation

Comme nous venons de le rappeler, par son intervention et les réflexions auxquelles il participe, le consultant suscite une révision continue des procédures d'organisation et de fonctionnement du réseau de santé et permet en ce sens une démarche d'amélioration de la qualité et du service rendu. De plus, les coordinateurs des réseaux de santé peuvent collaborer avec le même acteur pour réaliser des traitements de données pour obtenir les indicateurs principaux caractéristiques de l'évolution de l'activité du réseau et pour déterminer les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé. Comme nous l'avons montré, le consultant peut avoir accès aux données mêmes des médecins libéraux adhérents pour compléter celles de la base du réseau.

En ce sens, le réseau peut poursuivre son travail de coordination, de prévention et de prise en charge tout en bénéficiant d'un retour sur son activité au fil de l'eau au même titre que les professionnels peuvent bénéficier d'un retour sur leurs pratiques. Il s'agit donc d'un appui apporté par une structure extérieure permettant le recentrage des acteurs du réseau comme des médecins sur leurs métiers et sur leur valeur ajoutée.

Sur ce dernier point, nous pouvons également souligner l'importance du service qu'apportent les technologies de l'information et la coordination d'un réseau de santé. En effet, comme nous l'avons vu notamment dans le cadre du réseau ASDES, pour une population ciblée par les médecins libéraux en fonction de critère pré-définis par protocole, la coordination pluridisciplinaire traite les données collectées par les médecins pour demander un

complément d'information si besoin, puis pour établir un projet de parcours patient déterminant les étapes de celui-ci et les professionnels impliqués pour la réalisation de chacune d'entre elles. Le cas échéant, la coordination peut servir de relais au patient pour la prise de rendez-vous, voire peut relancer le patient pour lui rappeler les prescriptions programmées. On retrouve là une évaluation au fil de l'eau des pratiques des professionnels d'une part, mais aussi un support apporté aux médecins libéraux pour la concrétisation pleine et entière de la réforme prévue par l'Assurance Maladie du parcours coordonné de soins. Cette intervention répond notamment aux besoins exprimés par la population médicale (17, 18) pour faire face aux démarches administratives et logistiques, et à la perspective de diminution de la population médicale et donc du nécessaire recentrage de la part des médecins en particulier les médecins libéraux généralistes sur leurs pratiques à valeur ajoutée.

3. Synthèse

Pour le réseau de santé en tant que structure de santé, l'intervention d'un consultant permet le maintien voire le développement d'une démarche qui optimise l'utilisation de ses ressources en mettant à son service les technologies existantes, mais surtout en structurant la manière d'aborder les problématiques liées au traitement de l'information. En effet, les outils mis en place doivent répondre aux besoins du réseau et au fonctionnement quotidien de celui-ci en insistant sur le service rendu aux professionnels et aux patients. Mettre les technologies au service du travail de prévention et de prise en charge mené par le réseau ressort tant des entretiens menés avec 60 réseaux de santé français que du travail réalisé pendant plusieurs années au contact direct de deux réseaux de santé franciliens. Les professionnels de santé, promoteurs de réseau ou médecin libéral exerçant en cabinet, doivent être accompagnés au cours des différentes phases d'un projet de mise en place d'un système d'information. De plus cette intervention peut impacter de manière positive la démarche d'évaluation du réseau et

donc de contrôle au fil de l'eau de son activité tout en apportant également un regard intéressant pour les tutelles et les financeurs sur l'utilisation des financements accordés.

La question des financements doit être au cœur de la réflexion des autorités nationales. En effet, les difficultés relationnelles entre les réseaux de santé proviennent entre autres des difficultés pour les sociétés industrielles françaises d'avoir la visibilité nécessaire sur les revenus potentiels pour établir une véritable stratégie d'investissements et de développement. J. de Kervasdoué (87) souligne en particulier l'impact négatif que peut avoir eu l'ambivalence des autorités entre le développement d'une industrie de l'informatique médicale française et une concurrence du secteur public. Cette contradiction est également soulevée par le Pr Fieschi (88) et par les industriels eux-mêmes dans le livre blanc publié en 2006 (77) sur les systèmes d'information hospitaliers. Pour qu'ils puissent répondre aux problématiques liées au traitement de l'information, nous avons fait ressortir le besoin des professionnels de santé de pouvoir s'appuyer sur des acteurs compétents : sociétés industrielles fournisseurs de solutions et consultants pour l'assistance à maîtrise d'ouvrage ou à la maîtrise d'œuvre. Depuis le début de la collaboration entre la société 2IM et les réseaux ASDES et REPOP IdeF, l'implication de cette entreprise dans la vie des réseaux a été questionnée lors des demandes de renouvellement des financements malgré une reconnaissance de son rôle par les promoteurs médicaux comme par certains représentants des autorités de tutelle comme l'indiquent les contrats passés par l'administration elle-même dans le cas de certaines études.

Malgré une évolution très nette des mentalités, les médecins libéraux expriment un besoin fort en sensibilisation et en formation à l'utilisation des technologies de l'information au sens le plus large. En effet, les applications de ces technologies sont diverses y compris au sein d'un même cabinet de médecine libérale entre les aspects matériels, logiciels et maintenant

connectiques. La formation initiale peut être apportée par des acteurs existants comme certains éditeurs de logiciels médicaux, mais le besoin en accompagnement ou en support de proximité est au moins aussi important pour inciter les professionnels à explorer les fonctionnalités que leurs outils leur offrent. La présence d'un consultant au sein d'un réseau de santé a pu révéler cette application industrielle possible. Toutefois, les besoins de proximité des médecins libéraux se complètent par un soutien logistique et organisationnel pour assurer la traçabilité de la compliance des patients dans le suivi du parcours qui a pu leur être prescrit.

A l'ère de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et du développement de la médecine préventive, une structure externe pourrait ainsi apporter des soutiens multiples parmi lesquels le support au suivi des parcours patients, des prestations d'éducation thérapeutique et autres actions de prévention telles que la vaccination par l'intermédiaire de professionnels de santé collaborateurs, et un support de proximité à l'utilisation des technologies de l'information. Une telle initiative pourrait ainsi permettre aux médecins d'optimiser l'utilisation de leur « temps médical », aux patients d'être acteurs de leur santé avec un accès facilité à des professionnels à même de les conseiller, et aux autorités nationales de disposer d'informations plus facilement et également de disposer de relais pour le déploiement de projets tels que le DMP. On retrouverait dans une telle initiative certains des rôles remplis par la coordination d'un réseau de santé et par le consultant tels que nous les avons décrits. Un encadrement notamment en termes d'accès aux données devrait également être étudié.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Réseaux de santé, Guide d'évaluation, ANAES, juillet 2004.
- (2) Bourret C., Laurent D., Scarbonchi E., « Une réponse en termes de systèmes d'information aux défis de la protection sociale : les réseaux de santé. Perspectives et enjeux », Actes du colloque international V.S.S.T.'2001 : Veille Stratégique, Scientifique et Technologique, Barcelone, 15-19 octobre 2001, tome II, p. 23 -32.
- (3) Larcher P., Poloméni P., La santé en réseaux. Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital, Masson, 2001, 187 p.
- (4) Hirsch E., Pont-Humbert C., L'éthique au cœur des soins. Un itinéraire philosophique, Entretiens avec Catherine Pont-Humbert, Vuibert, 2007, 215p.
- (5) Beresniak A., Duru G., Economie de la santé, 5^e édition, Masson, 2001
- (6) Information for Health. An Information Strategy for the Modern NHS 1998- 2005, NHS Executive, 1998, 123 p.
- (7) Grimson J., Grimson W., Hasselbring W., « The SI Challenge in Health Care », Communications of the ACM, june 2000, vol. 43, n° 6, p. 49-55.
- (8) GFK Group, « Panorama GFK de la micro et de l'Internet », décembre 2007, étude auprès d'un échantillon de 1 042 foyers.
- (9) Moutel (Grégoire), « Evolution générale du devoir d'information vis-à-vis des patients », www.ethique.inserm.fr
- (10) Ellul, J. (1977). Le système technicien. Paris, Calman-Lévy.
- (11) Ricoeur, P. (1990). Soi-même comme un autre. Paris, Le Seuil.

- (12) Dourgnon P., Grandfils N., Sourty Le Guellec M.-J., Zimina M. L'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. Etude FORMMEL. Rapport final. CSSIS, CREDES n° 1344. 2001/04. 139 p.
- (13) Mouries R., Galam E., Commission Prévention et Santé Publique de l'URML Ile de France, L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages, analyses et perspectives. Etude de l'URML Ile de France. Juin 2007. 59 p.
- (14) Paillé I., Mucchielli A., Analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin, mai 2003
- (15) Blanchet A., Gotman A., L'enquête et ses méthodes, L'entretien. Armand Colin, mars 2007, 128 p.
- (16) Hersh W., Who are the informaticians ?. J Am Med Inform Assoc. 2006; 13:166–170. DOI 10.1197/jamia.M1912.
- (17) Ventelou B., Paraponaris A., Sebbah R., Aulagnier M., Protopopescu C., Gourheux JC., Verger P., Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. RFAS, n°1-2005
- (18) Galam E. et al., L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages, analyses et perspectives. URML IF, juin 2007.
- (19) Dansky KH, Gamm LD, Vasey JJ, Barsukiewicz CK. Electronic medical records: are physicians ready? J Healthc Manag. 1999 Nov-Dec;44(6):440-54; discussion 454-5.
- (20) Pizziferri L., Kittler A., Volk A., Honour M., Gupta S., Wang S., Wang T., Lippincott M., Li Q., Bates D., Primary care physician time utilization before and after implementation of an electronic health record: a time-motion study. J Biomed Inform. Volume 38 , Issue 3 (June 2005): 176 - 188.
- (21) Gadd CS, Penrod LE., Assessing physician attitudes regarding use of an outpatient EMR: a longitudinal, multi-practice study, Proc AMIA Symp. 2001:194-8.

- (22) Makoul G, Curry RH, Tang PC. The use of electronic medical records: communication patterns in outpatient encounters. J Am Med Inform Assoc. 2001 Nov-Dec;8(6):610-5.
- (23) Van der Meijden M.J., Tange, H.J., Troost J., Hasman A. Determinants of success of inpatient clinical information systems: a literature review. J Am Med Inform Assoc. 2003 May-Jun;10:235-243
- (24) Detmer DE. Building the national health information infrastructure for personal health, health care services, public health, and research. BMC Med Inform Decis Mak. 2003 Jan 6;3:1.
- (25) Masys DR. Knowledge management: keeping up with the growing knowledge. Presented at the 2001 IOM Annual Meeting, Washington, DC.
- (26) Yasnoff WA, Humphreys BL, Overhage JM, Detmer DE, Brennan PF, Morris RW, Middleton B, Bates DW, Fanning JP. A consensus action agenda for achieving the national health information infrastructure. J Am Med Inform Assoc. 2004 Jul-Aug;11(4):332-8.
- (27) Berner ES, Detmer DE, Simborg D. Will the wave finally break? A brief view of the adoption of electronic medical records in the United States. J Am Med Inform Assoc. 2005 Jan-Feb;12(1):3-7.
- (28) Etude « Eurogroup sonde les SIH : état fébrile déclaré ». Décision Santé, 2006, 8-9
- (29) Chaix C, Vergnon P, Durand-Zaleski I. De nouveaux outils informatiques pour améliorer la qualité des pratiques dans un réseau de soins. Informatique et santé, Paris, 1999 (11) : 135-148
- (30) Ducrot H. Le dossier médical informatisé face à la loi française. Informatique et santé, Paris, 1996 (8) : 87-96

- (31) Daniel C, Delpal B, Duhamel G, Lannelongue C. Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) IGAS, Rapport n°2006 022, février 2006
- (32) Baud R, Lovis C, Scherrer J-R. Nouvelles perspectives en matière de dossiers patients en réseau. Informatique et santé, Paris, 1998 (10) : 45-55
- (33) Dusserre L, Allaert F-A, Pavageau E. Sécurité de l'information médicale en télémédecine. 1999
- (34) Bercot R. La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles. Revue Négociations, 2006/1
- (35) MEDEF. Impact des Technologies de l'Information et de la Communication – Guide d'évaluation. 2006
- (36) Venot A. Intelligenece collective et Système d'Information de Santé. Informatique et santé, 1997 (9) : 213-220
- (37) Hassey A, Gerrett D, Wilson A. A survey of validity and utility of electronic patient records in a general practice. BMJ 2001; 322 1401-1405
- (38) Teasdale S, Bainbridge M. An adult learning model for improving information management in family practice. In Imino JJ, ed. Proceedings of the 1996 AMIA Annual Fall Symposium. Philadelphia : Hanley and Belfus, 1996
- (39) Laerum H, ellingsen G, Faxvaag A. Doctor's use of electronic medical records systems in hospitals: cross sectional survey. BMJ 2001; 323: 1344-8
- (40) Doll WJ, Torkadzeh G. The measurement of end-user computing satisfaction – theoretical and methodological issues. Mis Q 1991; 15:5-10
- (41) Heeks R, Mundy D, Salazar A. Why health care information systems succeed or fail. Manchester: Institute for Development Policy and Management, 1999. (Information Systems for Public Sector Management working paper 9)

- (42) Garrido T, Jamieson L, Zhou Y, Wiesenthal A, Liang L. Effect of the electronic health records in ambulatory care : retrospective, serial, cross sectional study. BMJ 2005; 330:581
- (43) McNeil BJ, Hidden barriers to improvement in the quality of care. N Engl J Med 2001;345: 1612-20
- (44) Bates DW, Ebell M, Gotlieb E, Zapp J, Mullins HC. A proposal for electronic medical records in US primary care. J Am Med Inform Assoc 2003;10: 1-10
- (45) Hersh WK. Medical informatics: improving health care through information. JAMA 2002;288: 1955-8
- (46) Ventelou B, Paraponaris A, Sebbah R, Aulagnier M, Protopopescu C, Gourheux JC, Verger P. Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérimentation menée en région Provence-Alpes_Côte-d'Azur. RFAS n°1-2005 :127-160
- (47) Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. RFAS n°1-2005 :233-260
- (48) Kohane I, Greenspun P, Fackler J, Cimino C, Szolovits P. Building National Electronic Medical Record Systems via the World Wide Web. JAMIA. 1996;3:191-207
- (49) Hazebroucq V. Rapport au Ministre délégué à la recherche et aux nouvelles technologies sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française. 2003.
- (50) Poutout G. Le réseau de proximité de soins palliatifs "idéal" : liens avec les autres réseaux. LIAISONS – ASP n°25,2002/07 :18-24
- (51) Poutout G, Bentégeat S, Bergerot P, et al. Les réseaux de santé : cinq ans après, la preuve par 500. Technologie et santé n°55-56, 2005/09-10.
- (52) Poutout G. Les réseaux sont-ils solubles dans le système de santé ? La genèse. La Revue hospitalière de France, n°516, 2007/05-06 :61-65.

- (53) Plu I. Les enjeux de santé publique des réseaux de santé à partir de l'évaluation externe d'un réseau de soins palliatifs. Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Dijon, 2004
- (54) Guillotte J. Impact d'internet sur la médecine générale : enquête auprès des médecins de la Marne Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Reims, 2003.
- (55) Fessler J-M. Infoéthique et santé publique, tiré de la thèse : Ethique médicale et sciences de l'information : Problématique éthique de l'usage des informations de santé publique. Laboratoire d'Ethique Médicale, Université Paris 5.
- (56) Charlet J, Cordonnier E, Gibaud B. Interopérabilité en médecine : quand le contenu interroge le contenant et l'organisation. Information - Interaction - Intelligence, 2(2):37-62, 2002
- (57) Lapointe L., Rivard S. Getting physicians to accept new information technology : insights from case studies. CMAJ. May 23, 2006. 174(11)
- (58) IGAS, IGF, CGTI 2007 : Mission interministérielle de revue de projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP. Rapport final, novembre 2007, 90 pages
- (59) Mission de relance du projet de Dossier Médical Personnel. Recommandations à la Ministre de la Santé pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé. Rapport final, avril 2008, 120 pages
- (60) Ammenwerth E., Keizer (de) N. An inventory of evaluation studies of information technology in health care: Trends in evaluation research 1982 – 2002. J Am Med Inform Assoc. 2007 May-Jun; 14(3):368-71.
- (61) HAS 2007: La recherche d'informations médicales sur Internet. Mai 2007 ; 10 pages.
- (62) Moutel G, Lièvre A, Hervé C. Médecine et internet : vers une nécessaire évolution de la relation médecin-patient et des rapports entre médecine et société. Etudes et synthèses, www.ethique.inserm.fr, 2001

- (63) Hervé C. D'une lente évolution de l'information sociale vers la prise en charge médico-sociale du patient. *Presse Med.* 2003;32(28):1299-1300.
- (64) Haus R, Moutel G, Montuclard L, François I, Frébault M, Rozenbaum L, Bertrandon R, Hervé C. Activité de délivrance gratuite des médicaments en consultation hospitalière. *Presse Med.* 2003;32(28):1303-1309.
- (65) Moutel G, Hervé C. Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients. *Presse Med.* 2001;30(15):740-4.
- (66) Hervé C, Moutel G. Mise en place d'un réseau d'accès aux soins, aux droits et à la prévention de facteurs de risques médicaux et sociaux. *Médecine Légale & Société*, 4, 1 : 29-31, 2001.
- (67) El Khallaoui M. Etat des lieux du dossier médical à partir d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes en exercice libéral dans le département de la Mayenne en 2005, en perspective du futur dossier médical partagé. Th. D : Médecine : Angers: 2006 ; N° 1038, 80p
- (68) Degieux A. Informatisations des cabinets de médecine générale en franche - comte en 2003: états des lieux et ressenti des patients. 119 p Th. D : Médecine : Besançon : 2004 ; N°5
- (69) Marot Y. Développement de l'utilisation de l'informatique chez les médecins généralistes d'Indre et Loire : bilan après vingt ans d'informatisation et quatre ans de télétransmission obligatoire. 53 p Th. D : Médecine : Tours : 2003 ; N° 3032
- (70) Goretzky B. Informatisation des cabinets de médecine générale dans les hauts de seine. Avril-mai 2001 (état actuel et perspectives). 179 p Th. D : Médecine : Paris 7 Bichat : 2002 ; N° 25
- (71) Schlumberger G. Les médecins généralistes et l'utilisation des outils informatiques : état des lieux, possibilités et descriptions. 84 p Th. D : Médecine : Toulouse : 2002 ; N° 1041

- (72) Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM – NOR : SANH0730115C
- (73) Bourgueil Y., Brémond M., Develay A., Grignon M., Midy F., Naiditch M., Polton D. L'évaluation des réseaux de soins – Enjeux et recommandations. Ce document est le résultat d'un travail collectif qui associe le CREDES et le groupe IMAGE de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) - Rapport CREDES n° 1343 - 2001/05 - 73 pages.
- (74) Lombrail P., Bourgueil Y., et coll. Repères pour l'évaluation des réseaux de soins. Santé publique 2000. 12(2) / 161-176
- (75) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique. Paris : ANAES ; 2001.
- (76) Chevreul K., Le Fur P., Renaud T., Sermet C. Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville. IRDES. Octobre 2006. Biblio n°1648. 206 pages.
- (77) SNIIS et LESSIS. Le partage d'information au chevet de l'hôpital – Livre Blanc 2006 – Etat de l'offre en matière de Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) disponibles en France et préconisations par les industriels privés. SNIIS et LESSIS, octobre 2005, 76 pages
- (78) Jégou J.J. Rapport d'information fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur l'informatisation dans le secteur de la santé. Sénat, session ordinaire de 2005-2006. N°62, annexe au procès-verbal du 3 novembre 2005. 65 pages.
- (79) Colloque du 16 novembre 2004, Ministère de la Santé : Le développement des réseaux de santé – Réalités et perspectives – Poutout G. Les étapes de développement des réseaux
- (80) Groupement de Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) – Etude de définition du système d'information pour la coordination des soins (Réseaux de santé), 14 novembre 2007, 55 pages

- (81) Health Information Network Europe – Deloitte - eHospital Census report 2006 – France
- (82) CNEH – Réseau ASDES, Evaluation externe 2006, Rapport de synthèse. Juillet 2006, 49 pages.f
- (83) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé codifiée aux articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique
- (84) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie et codifiée aux articles L. 162-43 et suivants du code de la sécurité sociale
- (85) Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée – NOR: TASX9600043R – Version consolidée au 22 juin 2000
- (86) Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins – NOR: TASX9600042R – Version consolidée au 31 décembre 2007
- (87) De Kervasdoué J. Contrepoint américain. Presses de Sciences Po. Sève. 2007/2 - N° 15. ISSN 1765-888. pages 97 à 101
- (88) Fieschi M. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées du Professeur Marius Fieschi (janvier 2003)

ANNEXE 1 : LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISES

LGC : Logiciel de Gestion de Cabinet

LPS : Logiciel pour les Professionnels de Santé

OSM : Outil de Sécurisation des Messages

SI : Système d'Information

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

PC : Personal Computer

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

DRDR : Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

ASDES : Réseau d'Accès aux Soins, aux Droits et Education à la Santé

REPOP IdeF : REseau de Prévention et de prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Ile de France

ROFSED : Réseau Ouest Francilien de Soins des Enfants Drépanocytaires

GIP-DMP : Groupement d'Intérêt Public pour le Dossier Médical Personnel

GMSIH : Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Informations Hospitaliers

GIP-CPS : Groupement d'Intérêt Public pour les Cartes Professionnelles de Santé

CPS : Carte Professionnelle de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

ANNEXE 2 : LISTE DES FIGURES UTILISEES

Figure 1 : Illustration du positionnement du SI des réseaux

Figure 2 : Répartition des types de réseaux interrogés

Figure 3 : Estimation du nombre de patients pris en charge par les réseaux interrogés

Figure 4 : Objectif de l'outil informatique

Figure 5 : Moyens utilisés pour l'échange d'informations

Figure 6 : Lieux d'utilisation des TICC par les médecins ASDES et REPOP IdeF interrogés

Figure 7 : Utilisations des TICC par les médecins ASDES et REPOP IdeF

Figure 8 : Typologie des organismes ayant apporté une formation à l'informatique

Figure 9 : Facteurs de levée des freins à l'utilisation du dossier médical informatisé

Figure 10 : Statistique de fréquentation du site Web du réseau ASDES

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

1- Présentation

1.1 Ville d'exercice : _____

1.2 Profession :

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| ☐ Médecin | ☐ Psychologue | ☐ Diététicienne |
| ☐ Travailleur social | ☐ Pharmacien | ☐ Infirmier |

1.3 Type d'exercice :

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Cabinet | ☐ Seul |
| | ☐ En groupe |
| ☐ Etablissement | ☐ Public |
| | ☐ Privé |

1.4 Age :

- ☐ Moins de 35 ans
☐ 35 à 45 ans
☐ 45 à 55 ans
☐ plus de 55 ans

1.5 Nombre d'années d'exercice :

- ☐ Moins de 10 ans
☐ 10 à 20 ans
☐ Plus de 20 ans

2- Etat de l'informatisation

2.1 Etes-vous informatisé ?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| ☐ Oui | ☐ Non | ☐ A votre domicile |
| | | ☐ Sur votre lieu de travail |

2.2 Utilisez-vous un logiciel spécifique pour votre pratique quotidienne ?

- ☐ Oui ☐ Non

2.2.1 Si non, est-ce pour l'une des raisons suivantes :

- ☐ Coûts de l'installation
☐ Complexité de l'informatique
☐ Manque d'interlocuteur pour préparer une installation informatique
☐ Sentiment d'incompatibilité entre l'informatique et la pratique médicale
☐ Manque de temps
☐ Autre raison, précisez : _____

2.2.2 Quel(s) type(s) de logiciel utilisez-vous ?

- ☐ Logiciel de gestion de cabinet
☐ Système d'information de l'établissement (clinique, hôpital, centre de santé, réseau, ...)
☐ Outils bureautiques (Word, Excel, Power Point, messagerie, internet, etc.)

2.2.3 Avez-vous un accès internet ?

- ☐ Oui ☐ Non

3- Type d'utilisation de l'informatique

3.1 Utilisez-vous l'informatique pour

- ☐ gérer les dossiers de vos patients
3.1.1 Si oui, avez-vous un logiciel spécifique ?
☐ Oui ☐ Non
- ☐ communiquer entre confrères
3.1.2 Si oui, par quel moyen ?
☐ Courrier électronique
☐ Messagerie sécurisée
☐ Système d'information de l'établissement
☐ Système d'information du réseau de santé
- ☐ recevoir des résultats de biologie / d'imagerie
☐ recevoir des informations
☐ communiquer avec des patients
☐ des tâches d'ordre administratif
☐ communiquer avec l'assurance maladie (télétransmission de feuilles de soins)

3.2 A quelle fréquence utilisez-vous l'informatique dans votre pratique professionnelle ?

- ☐ tous les jours
☐ 1 ou 2 fois par semaine
☐ moins

4- Positionnement vis-à-vis de l'informatique

4.1 Depuis combien de temps utilisez-vous l'informatique ?

- ☐ Moins de 5 ans
☐ Entre 5 et 10 ans
☐ Plus de 10 ans

4.2 Avez-vous découvert l'informatique

- ☐ Dans un cadre personnel
☐ Dans un cadre professionnel

4.3 Avez-vous reçu une formation à l'utilisation de l'informatique ?

- ☐ Non ☐ Oui, par quel biais : _____

4.4 Vous sentez-vous à l'aise avec l'informatique ?

- ☐ Non ☐ Oui

4.4.1 Si non, pourquoi ? et comment pensez-vous pouvoir vous sentir plus à l'aise ?

4.5 Pensez-vous que l'utilisation de l'informatique a modifié votre pratique quotidienne ?

- ☐ Oui ☐ Non
4.5.1 Si oui, l'informatique l'a-t-elle
☐ Améliorée
☐ Rendue plus difficile
☐ Ni l'un ni l'autre

4.6 Aviez-vous un dossier patient avant d'être informatisé ?

- ☐ Oui ☐ Non

4.6.1 Si oui, utilisez-vous le dossier informatique comme le dossier papier ?

☐ Oui ☐ Non

4.6.2 Si non, en quoi est-ce différent ?

5- Utilisation des outils mis à disposition par le réseau de santé

5.1 Depuis combien de temps êtes-vous adhérent d'un réseau de santé ?

- ☐ Moins de 2 ans
☐ Entre 2 et 5 ans
☐ Plus de 5 ans

5.2 Le réseau de santé dont vous êtes adhérent propose-t-il un dossier patient partagé ?

☐ Oui ☐ Non

5.2.1 Si oui, sous quelle forme est-il proposé ?

☐ papier ☐ informatique

5.2.2 Utilisez-vous ce dossier patient ?

☐ Oui ☐ Non

5.2.3 Si oui, sous quelle forme l'utilisez-vous ?

- ☐ Saisie et lecture sur la plateforme informatique
☐ Remplissage papier mais lecture sur la plateforme informatique
☐ Remplissage et lecture papier

5.2.4 Si vous ne l'utilisez pas, le feriez-vous :

- ☐ si vous pouviez remplir les dossiers patient depuis votre logiciel de gestion de cabinet
☐ si une formation vous était proposée
☐ si les comptes-rendus de consultations des autres professionnels de santé sont disponibles
☐ si d'autre facteur pourrait vous inciter à utiliser la plateforme informatique du réseau, précisez : _____

Seriez-vous d'accord pour un entretien d'une demie-heure pour approfondir certains des points évoqués dans ce questionnaire ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser votre nom : _____

et à quel numéro vous pouvez être joint : _____

ou de venir fixer un rendez-vous directement en fin de réunion

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN

Modalités d'informatisation et utilisation de l'outil informatique par le médecin

Modalités d'informatisation (5 min)

Racontez-moi comment avez-vous découvert l'informatique ?

Quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ? (NB : la loi de la Sécurité sociale de 1996 est souvent considérée comme la mise en place d'une évolution économiste de la santé, la création de l'ANAES, etc. et non comme la mise en place de la réglementation relative à la télétransmission des feuilles de soins électroniques)

En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?

En termes de fonctionnalités logicielles (gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, ...), laquelle a été la plus utile / utilisée ?

Pourquoi ?

En quel sens l'outil informatique a-t-il été appréhendé par vos patients ?

Comment qualifiez-vous le passage du papier à l'informatique ? Y a-t-il eu une raison à ce passage ? (télétransmission, puis usage du logiciel métier)

Vous exercez seul / en cabinet de groupe, n'est-ce pas ?

Si c'est en cabinet de groupe : en quoi la pratique en cabinet de groupe incite-t-elle ou non l'usage de l'informatique ? (logiciel métier, base de données commune, dossiers patient communs)

Utilisation de l'outil (5 min)

Comment percevez-vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ? (Diriez-vous que vous vous sentez à l'aise ou mal à l'aise avec cet outil ?)

Avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnements ? Si oui, comment avez-vous pu résoudre les problèmes ?

Pour quelle partie de votre clientèle utilisez-vous votre logiciel de gestion du dossier médical ? Si c'est de manière sélective, sur quels critères ? (question pertinente seulement pour les professionnels exerçant en ville)

En quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eu un impact sur votre pratique quotidienne ? (amélioration ?)

Les visites à domicile sont-elles informatisées sur place au cabinet à votre retour ? (question pertinente seulement pour les professionnels exerçant en ville)

Avez-vous déjà des idées d'évolutions de votre outil informatique (pour les professionnels en ES : du système d'information de l'établissement) dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Entrée dans le réseau (3 min)

Entrée et pratique en réseau (8 min)

L'entrée dans le réseau REPOP / ASDES : quand, pourquoi ? Appartenez-vous à d'autre(s) réseau(x) de santé ?

L'implication au sein du REPOP / réseau ASDES, d'un réseau de santé en général a-t-elle un impact sur votre pratique ?

Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

En quoi vous sentez-vous impliqué dans la vie du réseau ?

Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau ?

Partage des données médicales (5 min)

Comment percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins ? d'autres professionnels de santé ? Comment percevez-vous cette possibilité ?

Votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet, dans quel sens ?

Comment pensez-vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau ?

Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non, cette distinction est-elle théorique, pratique ?

C'est moins simple sur papier

Si le professionnel de santé a mentionné dans le questionnaire qu'il utilisait le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau la question suivante lui est posée : Vous avez dit utiliser le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau de santé :

Quelles sont vos motivations à utiliser le dossier patient partagé (informatisé – suivant la réponse au questionnaire-) ?

Par qui et comment avez-vous été (in)formé ?

Avez-vous connaissance d'un interlocuteur que vous pouvez contacter en cas de difficulté ?

Si le professionnel de santé a mentionné lors du questionnaire qu'il n'utilisait pas le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau, la question suivante pourra lui être posée : Vous avez dit ne pas utiliser le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau de santé, pourriez-vous expliquer pourquoi ?

L'avenir de l'outil informatique (3 min)

Le DMP, qu'en savez-vous ? Qu'en pensez-vous ? Comment pensez-vous l'utiliser, en parler avec vos patients ? Vos patients vous en parlent-ils ? Comment ? Que leur répondez-vous ?

Pensez-vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution à votre système informatique ? Laquelle ?

À plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Conclusion

Remerciements

Sont-ils d'accord pour relire la partie concernant les entretiens?

Sont-ils intéressés par un exemplaire papier, informatique après la soutenance ? En cas d'intérêt pour un format informatique prendre l'adresse email.

ANNEXE 5 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

<i>Attentes face à la coopération en réseau</i>	Motivation à l'adhésion au réseau
	Pratique en réseau = vision de la médecine
	Positionnement vis-à-vis du partage de données
	Attentes vis-à-vis des autres acteurs de santé (DMP)
<i>Relations avec le réseau</i>	Facteurs de poursuite ou d'abandon du réseau
	Relation entre implication dans le réseau et l'adoption des protocoles
	Connaissance du fonctionnement du réseau
<i>Positionnement des médecins face aux institutions</i>	
<i>Apports des fonctionnalités informatiques</i>	Structuration de la consultation
	Structuration de la gestion de cabinet
	Accès à l'information médicale / documentaire
	Moyen de communication
	Structuration du dossier médical
<i>Positionnement initial du PS face à l'informatique</i>	Freins à l'adoption de l'outil informatique
	Motivation initiale et facteurs favorisant
	Niveaux de découverte de l'informatique
<i>Informatique et pratique quotidienne</i>	Relation entre l'outil informatique et le temps
	Mobilité et informatique
	Outil informatique dans le dialogue PS / Patients
	Place du geste médical technique
	Place de la télétransmission
<i>Evolutions</i>	Attentes vis-à-vis d'applications futures
	Attentes vis-à-vis du DMP en tant que projet politique national

ANNEXE 6 : RESTITUTION DES ENTRETIENS

Entretien avec le docteur BT, médecin généraliste, le 08/01/08

Doctorant : Donc comme je vous le disais nous menons ces entretiens pour 2 thèses réalisées sous la direction du Professeur Christian Hervé. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une méthodologie qualitative et nécessitent l'enregistrement des entretiens. Ils font suite au questionnaire présenté par Hubert Marcueyz auquel vous avez répondu lors d'une réunion de réseau. Et la première thèse par Hubert porte sur l'appropriation d'un système de partage et de traitement de l'information par des professionnels de santé utilisateurs et sur l'enjeu du déploiement vu à travers les réseaux de santé. Et la deuxième thèse, donc, par moi-même vise à étudier les modalités de l'informatisation, l'utilisation actuelle de l'outil informatique et la vision de l'avenir de l'outil informatique des médecins adhérents à des réseaux ayant mis en place un dossier médical partagé informatisé. Racontez-moi comment vous avez découvert l'informatique.

Dr. BT : Par le jeu, d'abord, par son aspect ludique, je ne sais pas il y a une quinzaine d'année, et puis c'est devenu un outil : d'abord un tableau de dessin, puis un tableau de calcul, puis un tableau de rédaction puis un outil de, de tout et là par l'intérêt d'Internet en fait, enfin, le vrai intérêt de l'ordinateur est venu pour moi avec l'intérêt d'Internet. Après j'ai découvert l'outil informatique dans le cadre de la pratique médicale, dans le cadre de mon exercice, là comme un outil effectivement, que j'ai connu que celui-là je n'ai jamais connu les dossiers papiers, je n'ai jamais travaillé pour un professionnel qui utilisait les dossiers papiers donc j'ai été immergée immédiatement par le dossier informatique et j'ai utilisé, j'ai été amené à utiliser plusieurs, plusieurs plateformes, enfin, plusieurs types de dossiers informatiques différents. Voilà.

Doctorant : D'accord. Au tout début quand vous l'avez eu, enfin quand vous avez utilisé l'ordinateur comme jeu, l'ordinateur était présent chez vous ou, comment c'était : c'est arrivé sur votre demande comment ça c'est passé, c'était chez quelqu'un d'autre ?

Dr. BT : ça, oui d'abord chez quelqu'un d'autre, puis à la maison par des consoles, puis par un ordinateur récupéré. Mais ça n'a jamais été l'objet d'une acquisition, comme, un objet fantasmatique, enfin, on ne s'est jamais projeté en se disant : si on achète un ordinateur on va faire des choses supers.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : ça s'est fait plutôt par défaut, en fait. Voilà.

Doctorant : Et c'était quand vous étiez adolescente ?

Dr. BT : Je ne sais pas. J'avais 12 ans, ouais.

Doctorant : D'accord. Quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr. BT : N'ayant jamais rien connu d'autre je n'ai pas pu envisager la situation autrement.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Et le lien direct qu'il y a entre l'outil Internet et le dossier médical, me paraissait évident et nécessaire en fait.

Doctorant : Dans quel sens ?

Dr. BT : Dans le sens où à partir du moment où de toutes façons on a besoin d'Internet dans sa pratique, pour des référentiels, pour des recommandations pour la communication etc... Il ne me paraissait pas du tout logique d'avoir d'une part un dossier papier et d'autre part l'utilisation de l'outil. Donc puisque l'outil était déjà présent en termes de besoin, pour l'Internet, en fait et l'information, le dossier informatique s'est imposé en fait, après on en parlera mais je trouve qu'il n'y a pas assez de communication entre le dossier informatique et Internet. Mais bon.

Doctorant : D'accord. Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?

Dr. BT : J'ai passé mon bac en 95 donc, aucune influence... Ca n'a pas eu d'influence.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Je suis trop jeune.

Doctorant : D'accord. En quoi un accompagnement ou l'administration de conseil lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation, ou vous avez tout fait toute seule ?

Dr. BT : J'ai tout fait moi-même en fait, en matière d'administration et de conseil. J'ai tout fait toute seule dans le cadre d'un remplacement, puisque que j'ai pris conscience, j'ai pris connaissance de l'informatique dans le cadre d'un remplacement où là j'ai été livrée à moi-même et petit à petit j'ai découvert les icônes les fonctionnalités et ensuite quand je suis, quand j'ai acquis l'outil pour moi, que j'ai acheté mon ordinateur et mon logiciel, j'ai demandé une formation mais ce qu'on m'a apporté je le savais déjà et après on m'a dit que le reste je devais le découvrir moi-même qu'il n'y avait pas de formation prévue. Donc je découvre encore chaque jour, des icônes qui permettent des liens qui permettent des fonctions plus avancées de programmation, d'anticipation etc... Que j'avais pas accès auparavant, mais il n'y a pas eu de conseil particulier et le soutien informatique de la hotline est absolument inutile. Voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Pour l'instant.

Doctorant : Pour ce logiciel

Dr. BT : Oui.

Doctorant : de gestion de cabinet que vous utilisez ?

Dr. BT : Hum.

Doctorant : D'accord. En terme de fonctionnalité logicielle : gestion de dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée et pourquoi ?

Dr. BT : Essentiellement la gestion du dossier médical.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Parce qu'en fait l'outil informatique structure la consultation, enfin, se développe comme se développe une consultation on va dire, en matière de symptômes, hypothèses, examen clinique, diagnostic et projets. Donc c'est la gestion du dossier médical qui est prédominante parce qu'aussi j'ai récupéré des données informatiques qui appartenaient à un autre médecin. J'ai fait mouliner les dossiers pour qu'ils soient lisibles dans mon nouveau logiciel et donc, en fait ça m'a permis de récupérer 30 ans d'histoire, pour, pour l'ensemble des patients : enfin 30 ans, 10 ans sous informatique et puis quelques notions récupérées du papier, ça m'a permis de gérer cette information là après en terme de télétransmission, effectivement je m'en sers au quotidien, les autres fonctions, j'avoue, ne pas m'en servir ou très peu, c'est à dire que ma comptabilité se fait par un autre logiciel.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Mais par le biais informatique, en matière d'aide à la décision là c'est plutôt, c'est pas vraiment le logiciel qui m'aide.

Doctorant : Vous sortez, vous allez sur Internet, par exemple s'il y a une question ou n'importe quoi ?

Dr. BT : Ah oui, très fréquemment, par exemple, j'ai mes référentiels, j'ai mes sites favoris sur Internet : mes sites de recommandations etc...Que j'utilise souvent, j'ai aussi dans mon ordinateur l'ensemble des fiches de l'internat que j'avais saisies en fait, qui me permettent aussi parfois de me donner des orientations diagnostiques et puis ensuite, et puis ensuite, le dossier patient quoi !

Doctorant : D'accord. Vous vous en servez durant la consultation d'Internet ?

Dr. BT : Ah oui, oui, oui.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Le patient ne s'en rend pas compte mais...

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Je m'en sers.

Doctorant : En quel sens l'outil informatique a été appréhendé par vos patients ? Est-ce qu'ils se sont déjà posé la question ?

Dr. BT : vous voulez dire est-ce qu'ils voient ça comme quelque chose de positif ou de négatif ?

Doctorant : Oui, est-ce qu'ils vous en ont déjà parlé spontanément ?

Dr. BT : Non, ils m'ont dit que j'avais un bel ordinateur.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Non, non, non, les patients qui jusque là, puisque j'ai récupéré celui de, et je suis de nouveaux patients, puisque je me suis installée il n'y a pas très très longtemps.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Les patients. En voyant mon ordinateur et la manière dont je l'utilise en permanence me disent systématiquement : quand je pense que mon médecin il a encore des petites fiches, enfin pour eux c'est un progrès, j'ai l'impression que c'est une forme de progrès.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Quand il s'agit de récupérer les données, ils trouvent ça aussi, ils voient aussi ça comme une forme de progrès parce qu'il est très facile de récupérer les informations et de les imprimer et de les rendre au patient, ou de les mettre sous un autre, sous un autre format. Non c'est très bien, c'est très bien vécu par les patients, d'autant qu'il n'est pas omniprésent, il n'est pas énorme, ce n'est pas ...

Doctorant : D'accord

Dr. BT : C'est assez fluide en fait, et ça ne casse pas, et je trouve que ça ne casse pas la consultation ou alors je ne m'en rends pas compte.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Mais je n'ai jamais eu de remarque, on ne m'a jamais fait de remarque sur le fait que l'ordinateur était une barrière entre le patient et moi par exemple.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Sachant que la saisie, n'est pas un problème, c'est-à-dire que, la saisie informatique est fluide.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Donc ce n'est pas un frein, c'est-à-dire que ça se fait au fur et à mesure les patients ne s'en rendent pas compte, j'ai pas besoin de regarder l'écran et ça permet effectivement que le regard continue.

Doctorant : D'accord. Vous n'avez pas besoin de regarder votre clavier pour saisir ?

Dr. BT : Non, non, alors ça fait des erreurs quand même mais c'est pas grave, enfin.

Doctorant : Vous relisez ensuite.

Dr. BT : Ouais, ouais. Donc ce n'est pas une période, ce n'est pas un élément séparateur, en fait. Donc c'est plutôt bien vécu.

Doctorant : D'accord. Alors là je ne sais pas si vous allez pouvoir répondre, comment qualifieriez-vous le passage du papier à l'informatique, et y a t-il eu une raison à ce passage ? Vous n'êtes jamais passé par le papier ?

Dr. BT : Je suis passée par le papier à l'hôpital hein, dans le cadre de la consultation hospitalière. Enfin, jusqu'à présent tout ce qui se faisait en consultation hospitalière se faisait sur dossier papier, par le biais des urgences par exemple, accueil des patients tout se fait sur dossier papier quasiment sauf quelques hôpitaux. Moi j'ai connu le dossier papier et j'ai trouvé que l'informatisation dans le cadre de l'hôpital était un frein terrible parce que l'on ne connaissait pas bien l'outil.

Doctorant : Hum, hum.

Dr. BT : Et que c'était beaucoup plus difficile dans le cadre de l'urgence de gérer un dossier informatique que de gérer 3 phrases sur un papier. Donc là je trouvais que c'était un frein en revanche dans le cadre de la consultation c'est un vrai progrès et c'est très facile pour moi.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Mais, à l'hôpital, on utilise beaucoup le dossier papier encore et je crois que la plupart des consultations se font sur papier, enfin. Donc ici par exemple dans le cadre du REPOP, quand je fais des consultations ici, alors qu'on a une filière healthweb et que je pourrais, enfin, non, en fait il n'est pas possible quand on est médecin hospitalier de saisir une consultation REPOP au sein du dossier healthweb donc de la plateforme informatique. Chose qu'on fait dans le cabinet. Donc du coup on fait tout sur papier et là c'est un vrai frein parce qu'ensuite il faut retaper les informations pour qu'elles puissent être partagées. Donc c'est double emploi, complètement inutile.

Doctorant : D'accord. Vous exercez seule en cabinet ?

Dr. BT : En association.

Doctorant : En association, en quoi la pratique en cabinet de groupe incite-t-elle ou non à l'usage de l'informatique ?

Dr. BT : Ben le partage des dossiers, le partage de dossier évidemment ! d'abord parce que ça permet pour un patient de pouvoir accéder au soin plus facilement et d'avoir quelqu'un qui maîtrise, enfin qui, qui possède son dossier parce que les dossiers sont partagés, ensuite ça permet d'avoir une trame commune pour le suivi des consultations, parce qu'on a tous des pratiques différentes, ça permet d'une part d'uniformiser, en tout cas de standard, de standardiser un peu la pratique.

Doctorant : Hum, hum.

Dr. BT : Et en cas, le déroulement de la consultation, même si les conclusions ne sont pas les mêmes. Donc dans la standardisation, c'est un, c'est aussi une économie, c'est aussi un gain de temps et puis on a des référentiels qui, du coup sont les mêmes puisqu'on utilise les mêmes grilles d'évaluation, on utilise, on a, ça fait plus de données communes. Données qu'on ne partagerait pas du tout si les dossiers papiers étaient, si chacun travaillait sur dossier papier.

Doctorant : D'accord. C'est plus facile de suivre le patient d'un autre médecin...

Dr. BT : Oui.

Doctorant : Ponctuellement ?

Dr. BT : Oui. Dans le cadre des remplacements aussi, je trouve que c'est évident de pouvoir, enfin, beaucoup plus facile d'accéder au dossier du patient et au patient via l'informatique que via des fiches médecin qui sont trop personnalisées, trop individuelles et trop, trop « private » en fait, trop personnelles.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Là il y a une forme de dépersonnalisation, enfin, il y a un champ de liberté dans l'informatique : il y a beaucoup de texte libre et la possibilité de s'exprimer. Il y a la

possibilité de codifier donc de partager, et d'évaluer ce que l'on fait et il y a la possibilité d'échanger plus facilement.

Doctorant : D'accord. Vous utilisez quotidiennement l'informatique et vous vous sentez à l'aise avec cet outil, n'est-ce pas ? Avez-vous été déjà confronté à des problèmes ou des dysfonctionnements ? Si oui comment avez vous pu résoudre les problèmes ?

Doctorant : Alors il y a les dysfonctionnements aigus, alors dans les dysfonctionnements aigus la résolution de problèmes passe par le fait de repasser au papier et une fois que le problème est résolu de ressaisir les consultations. Ça c'est quand c'est très aigu, quand c'est subaigu c'est-à-dire un problème chronique et bien on détourne, et on le fait pas c'est-à-dire que quand il y a quelque chose, une fonction qui ne marche pas, je pense à la télétransmission par exemple et bien on ne fait pas. Donc on ne fait pas de télétransmission et on repasse, effectivement là encore à la version papier. Donc dans ce cas là la hotline intervient parfois. C'est du débrouillage en partie, moi je fais du débrouillage. J'essaye de me débrouiller, je bricole donc, pour que, pour que, pour que ça fonctionne quoi.

Doctorant : D'accord

Dr. BT : Je réinstalle, et, voilà. Et puis pour pas avoir trop d'ennuis, et bien j'essaye de faire des, des sauvegardes très, très régulièrement et puis c'est tout. (Rires). Mais je perds, il m'arrive de perdre des informations oui, c'est sûr.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : L'informatique est pas toujours, c'est pas toujours une économie, mais quand même de temps en temps on perd des informations c'est vrai. Mais c'est souvent par notre négligence plutôt que la négligence ou les dysfonctionnements de l'ordinateur.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : C'est pas...

Doctorant : ça vous arrive fréquemment ou pas ?

Dr. BT : Non. Enfin, je n'ai pas beaucoup de recul, mais quand même pas énormément.

Doctorant : Pour quelle partie de votre patientèle utilisez-vous votre logiciel de gestion de dossier médical ?

Dr. BT : Toute la patientèle, de la pédiatrie à la gériatrie en passant par tout.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Tout, tout, tout.

Doctorant : Est ce que vous pensez que votre pratique a été améliorée par l'outil ?

Dr. BT : Je ne sais pas, elle est modifiée, elle est influencée par l'outil par ce qu'il y a une trame obligatoire, parce c'est une incitation à remplir des cases qu'on aurait pas forcément rempli. C'est un rappel permanent pour certains éléments. Donc ça modifie la pratique, maintenant, l'améliorer, je ne sais pas. Ça dépend si on se place en qualitatif ou en quantitatif. En quantitatif c'est mieux en qualitatif, je ne sais pas.

Doctorant : Pourquoi en quantitatif c'est mieux ?

Dr. BT : Parce qu'il y a plus de données remplies, avec une régularité dans les données, c'est à dire, je prends les exemples poids, taille, IMC, tension artérielle ce sont des éléments qui viennent systématiquement à chaque consultation chose qu'on ne ferait peut être pas nécessairement si il n'y avait pas ces éléments de rappel.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Et puis sur le plan quantitatif aussi, on est obligé de saisir de l'information alors que, parce qu'il y a un lien entre dossier médical partagé et la gestion comptable quand même et la télétransmission. Donc, on pourrait très bien se passer de tout mais en même temps si on a décidé de, d'intervenir sur l'un des champs par exemple si on veut télétransmettre, moi aujourd'hui, ça ne viendrait pas à l'idée de télétransmettre une carte vitale si je n'ai rien mis dans le dossier. Donc il y a une interaction entre chacun des éléments qui fait qu'ils deviennent chacun obligatoires, presque obligatoire.

Doctorant : D'accord. Et vous parliez du qualitatif ?

Dr. BT : Sur le plan qualitatif, je ne sais pas, si on se place dans la relation médecin malade, si on se place sur le versant évaluation etc... Sur le plan qualitatif utiliser un dossier c'est quand même uniformiser les pratiques mais ça permet d'avoir des référentiels etc... Maintenant la relation de soin ce n'est pas que ça, on ne sait pas si vraiment ça améliore la relation de soin.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Donc sur le plan quantitatif, c'est mieux parce qu'il y a plus de choses uniformisées. Maintenant sur le plan qualitatif je pense que ça dépend du motif de consultation, ça dépend je ne sais pas.

Doctorant : Mais vous n'avez pas l'impression que ça la détériore en tout cas.

Dr. BT : Non.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Non parce que c'est quelque chose qui n'est, enfin dans la mesure où j'ai connu que ça et j'ai fait que ça, j'ai pas l'impression, pour moi ça change rien. Quelqu'un qui jusqu'à présent n'avait pas d'informatique et pas de bureau, pas d'ordinateur sur son bureau pouvait trouver autre chose dans la relation de soin, autre chose dans la consultation que je n'ai jamais découvert, c'est possible.

Doctorant : D'accord. Vous faites des visites à domicile ?

Dr. BT : Oui.

Doctorant : Elles sont informatisées sur place ?

Dr. BT : Non, a posteriori.

Doctorant : Alors, pour vous cela semble une contrainte, une perte de temps ou pas ?

Dr. BT : c'est une contrainte parce que, parce que spontanément, je ne le ferais pas, mais ce n'est pas une perte de temps parce qu'en fait ça me permet, ben, d'assurer un meilleur suivi des patient puisque mon remplaçant peut voir que j'y suis déjà allé et sais ce que j'ai fait à quoi j'ai pensé, quelles étaient mes hypothèses et si c'est lui qui est amené à y aller il est content d'avoir les informations donc ce n'est pas une perte de temps.

Doctorant : D'accord. Et quand vous allez à domicile comme ça vous avez un dossier réduit, ou vous y allez sans dossier ?

Dr. BT : J'y vais sans dossier. J'y vais sans dossier.

Doctorant : Avez-vous déjà décidé d'évolution de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr. BT : Aujourd'hui il est impératif que mon, que mon, que mon, que mon dossier médical, que mon logiciel et que mon dossier évolue pour la communication vers l'autre, c'est à dire dans la qualité des documents qu'on peut imprimer ou faire parvenir à d'autres professionnels ou dans la récupération de données. Il est gravissime et très mauvais dans la récupération de données. Par exemple, et là c'est un frein énorme et c'est très dommage que par exemple tout les courriers qui me sont envoyées, tout les résultats d'examens complémentaires, je dois les saisir les uns après les autres, on peut pas, je ne peux pas les scanner et les réintégrer à mon dossier. Donc c'est un frein énorme à ce que l'information soit encodée correctement et puis à l'inverse moi quand je veux communiquer avec quelqu'un j'aimerais pouvoir directement envoyer un lien de mon dossier vers un autre professionnel, de manière sécurisée. Plutôt que devoir imprimer un courrier, envoyer un courrier, attendre un retour de courrier qui se fait cette fois plus du tout par voie informatique, parce que je n'utilise pour l'instant pas du tout Internet. enfin, pas de boîte de message pour les examens complémentaires.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Voilà, tout se fait par papier pour l'instant. Mais ça c'est une évolution nécessaire et qui me paraît importante, mais je n'utilise pas apicrypt et j'ai pas de données sécurisées et j'ai pas de, mais ça ne fait pas très longtemps. Mais ça l'outil informatique c'est un gros problème, parce que le dossier, quand on dispose d'un dossier papier où il y a effectivement le

compte rendu de consultation et ensuite les examens complémentaire et puis juste derrière tout ce qui est paraclinique et les courriers, on a tout sous la main alors que moi je suis obligée de tout taper . Quand un professionnel prend la peine de me taper un courrier, je suis obligée de le retaper ensuite pour avoir accès aux informations régulièrement dans mon dossier, parce que j'estime que l'ordinateur est aussi un progrès si on est plus obligé de stocker des tonnes d'information sous forme de papier, parce que là en 4 mois j'ai déjà reçu euh l'équivalent de 4 énormes classeurs de, de compte rendu etc...Et de données qui ne sont pas saisies et qui n'apparaissent pas dans l'ordinateur, ce qui est très dommage.

Doctorant : D'accord.

: Vous êtes entré dans REPOP et pourquoi ?

Dr. BT : Je suis rentrée dans REPOP en novembre 2005 parce que j'étais embauchée.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : En temps que salarié de l'association pour la coordination médicale. Et puis ensuite en novembre 2006, 2007 pour prendre en charge des personnes du réseau en ville. Chose que je faisais déjà ici mais que maintenant je fais en ville dans mon cabinet.

Doctorant : D'accord.

(Sonnerie du téléphone interruption de l'entretien quelques minutes)

Dr. BT : Et j'ai décidé d'intégrer le réseau parce que je suis convaincue de la nécessité de travailler avec plusieurs professionnels en ville pour l'accompagnement des patients.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : D'améliorer la communication en ville sur le terrain entre les professionnels.

Doctorant : D'accord.

: Ce que vous faisiez à l'hôpital en tant que coordinateur,

Dr. BT : Oui.

Doctorant : Vous le faites en ville, vous essayez de le faire en ville en tant que médecin ?

Dr. BT : C'est plus tout à fait la même chose, maintenant, j'essaye de me mettre dans la peau des médecins avec lesquels je travaille au quotidien en tant que médecin coordinateur. Donc maintenant j'ai une double casquette : celle de, celle de l'action et puis celle de l'évaluation.

Doctorant : D'accord.

: Alors quels sont pour vous les bénéfices que vous apportent l'implication au sein d'un réseau de santé ?

Dr. BT : Donc l'interaction avec d'autres professionnels, la notion de formation continue, la rupture de l'isolement, on est moins seul quand on est à plusieurs, et puis un effet stimulant pour les patients et puis pour le, pour moi dans les consultations et dans le suivi.

Doctorant : D'accord.

: Quelles sont pour vous les clefs de son succès, de sa pérennité, de son utilité de votre point de vue ?

Dr. BT : De son succès à venir ou de son succès, est-ce que je suis sensée penser que c'est un succès ?

Doctorant : Succès, présent ou à venir.

Dr. BT : D'accord. Donc moi je pense que ce serait un succès si effectivement les professionnels communiquaient entre eux puisque là on les fait communiquer de manière artificielle en les obligeant à se réunir, en les obligeant à s'appeler, en les obligeant à s'écrire chose qui pour l'instant ne se fait pas spontanément. Donc en fait les professionnels s'articulent autour de la coordination, mais ne s'articulent pas autour du patient, pour l'instant. Donc pour l'instant il paraît que ce n'est pas réellement un succès et donc la pérennité du réseau ce sera du moment, sera assurée au moment où les professionnels auront réellement compris l'intérêt de travailler ensemble pour l'instant ce n'est pas encore le cas. En

tout cas pour le réseau REPOP. Voilà. Donc à mon avis ce sera pérenne quand, quand il y aura des outils de communication fluide entre les professionnels et qu'ils auront vraiment compris l'intérêt de communiquer ensemble.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : C'est mon point de vue.

Doctorant : Echangez vous des informations avec le réseau, d'autres personnels soignants, avec la coordination je suppose, autre que des données médicales ?

Dr. BT : (silence), je ne vois pas vraiment, des données paramédicales oui, des données sociales oui.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : des données, (silence), oui, enfin, oui évidemment j'échange avec les autres professionnels autre chose que des données médicales, des données, comment dire, (Silence), est-ce que, il s'agit de données, hein ? Vous m'avez dit des données. Vous m'avez dit échangez vous des informations ou des données.

Doctorant : Des informations ou des données (pause) non médicales.

Dr. BT : (Silence) Oui, oui, l'info passe, il y a des infos qui passent alors après ça peut-être des infos divertissantes, des infos, à titre général ou des choses humaines qui permettent de communiquer mieux en fait.

Doctorant : D'accord.

Alors comment percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins, d'autres professionnels de santé, et comment percevez vous cette possibilité.

Dr. BT : Partager l'information médicale avec d'autres médecins, ça me paraît tout à fait possible à condition qu'on partage un intérêt commun pour la pathologie que l'on va prendre en charge. Moi j'ai, j'aurais aucun problème à partager des données en tout cas pour le REPOP par exemple. partager les données que j'ai saisie pour un enfant dans le but d'améliorer la prise en charge de l'enfant, ça me pose aucun problème et ça me paraît assez, assez simple dans la mesure où on partage la même plateforme. Et que j'ai donné mon accord ça me pose aucun problème. Avec d'autres professionnels de santé c'est pareil des professionnels paramédicaux qui ont accès à mon information, à ce que j'ai saisi pour qu'il y est un lien un suivi et une conjonction, enfin une coordination plutôt entre tout, entre toutes les consultations, ça ne me pose aucun problème non plus à partir du moment où c'est sécurisé. et ça me paraît possible à condition, à condition que ce soit équitable, c'est à dire que chaque personne ait la possibilité d'apporter des informations de saisir quelque chose, de ne pas enlever de l'information mais de la commenter. Si c'est uniquement pour que quelqu'un consulte sans qu'il puisse enrichir, je ne vois pas l'intérêt. Donc il faut que tous ceux qui se connectent au dossier ou qui aient accès au dossier ou à l'information puissent, puissent laisser une trace en fait, de leur, de leur intervention.

Doctorant : D'accord.

: Votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet et dans quel sens ?

Dr. BT : Je suis en train de prendre conscience en fait de ce que c'est d'adhérer vraiment à un réseau de santé en tant que acteur de terrain. Ça fait, alors ma réflexion sur le sujet, (Silence), sur le sujet de l'obésité par exemple ?

Doctorant : Non sur le partage des données.

Dr. BT : Ah, pardon.

Doctorant : Le partage d'informations à propos du patient.

Dr. BT : Oui, oui clairement parce que, parce que, parce que, parce qu'un réseau n'est un réseau que si l'information est partagée. Sinon c'est plus un réseau c'est de la consultation individuelle et c'est ce qu'on fait tous les jours. Donc l'intérêt c'est partager et pour l'instant

on ne partage pas. Parce qu'à part la coordination, personne n'a accès au dossier médical, donc en fait le réseau sera un réseau de terrain, quand les psychologues, les diététiciennes et toutes les personnes qui interviennent auprès de l'enfant auront accès au dossier médical et paramédical. Qui devrait être en fait un dossier médical et paramédical.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Un dossier personnel en fait, voilà. Il ne devrait pas s'appeler dossier médical, il devrait s'appeler dossier personnel. Donc, oui ça a fait évoluer ma réflexion à savoir que c'était pas facile de donner l'accès à tout le monde, que c'était pas forcément facile de montrer exactement ce qu'on faisait, parce qu'on se mettait aussi en difficulté enfin, je veux dire on montre aussi ce qu'on a pas fait. Or le dossier, le dossier réseau est un dossier assez lourd, qu'on ne remplit pas nécessairement complètement, et il y a forcément des gens qui le font mieux que nous, qui le font de façon plus intégrale. Donc on montre un petit peu, on s'expose à des commentaires et des critiques sur, sur la qualité de remplissage du dossier, sur la qualité de ce qu'on fait. Donc c'est une visibilité, effectivement c'est une porte ouverte nos pratiques mais en fait dans une logique, si on est dans une logique d'évaluation des pratiques professionnelles pourquoi pas, la première évaluation c'est le regard des autres, donc, donc ça me paraît positif en fait. Et ça a fait changé beaucoup de choses, oui.

Doctorant : Comment pensez-vous que les informations à propos d'un patient doivent être partagées au sein d'un réseau : dossier patient papier structuré, fiche de suivi patient, dossier patient informatique, système d'information partage d'information ou messagerie sécurisée pour échange d'information confidentielles entre professionnels de santé.

(Interruption par un personnel de l'hôpital)

Dr. BT : A mon sens l'information passerait au mieux par le dossier patient informatisé.

Doctorant : hum, hum

Dr. BT : Consultable au, par tous, éventuellement porté par le patient lui-même, parce qu'en fait le dossier papier structuré, et bien il n'est pas reproductible, donc on a quand même besoin qu'il soit reproductible. Les fiches de suivi patient c'est pareil elles ne sont pas reproductibles, c'est pareil si elles sont égarées, elles sont égarées. Le dossier patient informatique il est évolutif, modifiable enrichissable, enfin, et il peut être porté par le patient lui-même, et il peut être virtuel, c'est à dire qu'il peut-être envoyé, ça me paraît le plus gérable, par contre et il peut être partagé sur une messagerie sécurisée ce qui me paraît intéressant, effectivement. Le problème mais c'est peut-être une question qui viendra après, c'est que, et bien si les réseaux nous amènent à avoir, à faire qu'on a un dossier pour la gestion du cabinet, la gestion du dossier médical du patient, un autre dossier pour la gestion de l'obésité du patient, un autre dossier sécurisé pour la gestion de l'asthme du patient et une autre plateforme encore pour une autre pathologie. On s'en sort plus parce qu'en fait toutes les informations sont découpées or pour l'instant, l'ensemble des plateformes qui existent ne communiquent pas entre elles donc en fait si on gère, si on saisie une consultation sur une plateforme pour une pathologie, x, c'est quelque chose que l'on ne va pas refaire dans notre dossier médical et donc qui disparaît du dossier médical partagé, enfin du dossier médical qu'on utilise habituellement. Donc pour, à mon sens pour l'instant, le fait qu'il n'y ait pas de dossier informatique global, fait que ça découpe l'information, et qu'on peut pas à partir du moment où on est très sollicité par beaucoup de réseaux. On ne peut pas avoir des dossiers éparpillés dans tous les sens en fait sur des plateformes différentes parce que c'est pareil, on a 15 trucs ouvert sur le bureau en même temps, sur le bureau informatique et ça devient trop complexe. Voilà. Et du coup on ne sait plus ce qui est envoyable, pas envoyable, sécurisé, pas sécurisé, enfin, voilà, c'est à mon avis le problème là.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : La multiplication des dossiers.

Doctorant : D'accord.

Donc les dossiers médicaux partagés sont pour vous exclusivement informatisé ?

Dr. BT : Non, non parce que dans le cadre du REPOP on peut avoir le dossier médical partagé papier. Maintenant ils sont au mieux informatisés car ils sont reproductibles. Voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Et qu'on a souvent vu des informations médicales qui disparaissaient complètement avec un carnet de santé par exemple, un carnet de santé égaré chez les enfants ça arrive très souvent et c'est toute l'information qui disparaît. Parce qu'à l'époque on remplissait le dossier et éventuellement on avait des petites fiches mais jamais il y avait une base reproductible, donc il y a beaucoup d'informations qui se sont perdues comme ça.

Doctorant : D'accord.

: Et cette distinction, elle est théorique ou elle est pratique plutôt pratique d'après vous entre ce dossier papier et ce dossier informatisé ?

Dr. BT : Elle est ben elle est pratique dans le sens où il n'y a pas de reproductivité du dossier papier, oui, non elle est, je la vois vraiment pratique parce que sur le plan théorique ils n'apportent pas les mêmes choses en fait, enfin. Oui.

Doctorant : ils n'apportent pas les mêmes choses ?

Dr. BT : Non, en fait, on ne peut pas attendre d'un dossier informatique la même chose que d'un dossier papier et on ne peut pas attendre... Et inversement donc en fait dans la mesure où ils sont différents, un dossier papier n'évolue pas alors qu'un dossier informatique peut évoluer, euh. Je ne vois pas la distinction, enfin, je ne comprends pas bien le lien.

Doctorant : Entre la, les dossiers partagés, le fait qu'ils soient papier et informatique est-ce que c'est pour vous théorique, c'est à dire que idéalement ils seraient que informatique ou que papier mais en pratique ils ne peuvent pas être que informatique ou que papier ?

Dr. BT : Ben en pratique ils ne peuvent pas être que informatique ou que papier puisque tout le monde utilise des sources différentes et qu'on est bien obligé de faire avec ce que les autres nous proposent. en pratique on est obligé de faire avec les 2 en même tant mais en théorie on pourrait avoir que le dossier informatique à mon sens.

Doctorant : Quels sont vos motivations, vous avez dit dans, que vous utilisiez le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau de santé.

Dr. BT : Oui.

Doctorant : Et quelles sont vos motivations à utiliser le dossier médical partagé informatisé et y voyez vous des inconvénients ?

Dr. BT : Alors, mes motivations pour utiliser le dossier informatique c'est qu'il soit partagé et que ce soit un gain de temps pour les personnes qui n'auront pas à le ressaisir et en plus c'est une trame pour la consultation qui me paraît intéressante. mes objectifs, enfin le problème que j'y vois et je suis dans cette double, je saisi des dossier informatique à l'hôpital, parce qu'à l'hôpital on a installé, on a un PC et je ne peux, pour l'instant j'ai des difficultés enfin je n'ai même pas essayé encore à faire du healthweb dans mon cabinet, en fait je ramène mes dossiers papier du cabinet ici pour les saisir, parce que je travaille avec un Macintosh et il y a un certain nombre de bug sur le site avec Mac.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Donc pour l'instant je suis dans cette double ambiguïté, je sais très bien utiliser healthweb dans sa, enfin, la plateforme en théorie, en pratique je ne peux pas le faire au fil de mes consultations pour l'instant. À cause de la diversité qui fait que l'on n'a pas tous le même matériel. Voilà, donc ça peut évoluer encore.

Doctorant : Donc pour vous c'est une contrainte cette diversité et ce ... ?

Dr. BT : C'est une contrainte, oui parce que c'est un petit peu une perte de temps pour l'instant. Parce que du coup il faut refaire les choses, mais c'est une contrainte limitée quand même parce que, parce que pour moi enfin, j'ai la certitude qu'il faut le faire pour partager les informations, voilà.

Doctorant : D'accord.

: Le dossier médical personnel qu'en savez-vous, qu'en pensez vous ?

Dr. BT : Je sais qu'il a des difficultés, je sais que il est difficile de décider d'une harmonisation et d'une uniformisation des pratiques et du, et de l'information, je sais qu'il aurait du être mis en route il y a bien longtemps et qu'il ne l'a pas été, je pense que c'est une bonne initiative, je vois pas tellement, le problème, je trouve que la discussion qui se fait autour de la sécurisation du dossier est très sévère ou très lourde parce que si c'est le patient qui porte l'information après tout ce ne sera pas pire que les ragots et les précaution qu'on ne prend pas pour protéger le patient etc... donc je trouve, je pense que le pauvre DMP n'avance pas assez vite par rapport à ce qu'il pourrait offrir au patient. Voilà.

Doctorant : D'accord.

: Comment pensez vous l'utiliser, en parler avec vos patients ?

Dr. BT : Ben, si, si, si effectivement il s'agit d'une source unique pour tous les patients, j'en parlerai avec eux, oui, ça s'imposera, il s'imposera, donc il n'y aura pas besoin de discussion, donc je les rassurerai sur la sécurisation et le partage des données et je leur expliquerai que si c'est sécurisé c'est mieux et que quand on leur parle de leur cas, dans le cadre de l'hôpital avec des stagiaires, des gens qui n'ont aucune conscience de ce que représente le secret médical. Ils seront beaucoup moins en danger avec le DMP que dans un staff par exemple. Voilà.

Doctorant : Vos patients vous en parlent-ils ? Comment et que leur répondez vous ?

Dr. BT : Ils me demandent toujours s'il y a leur dossier dans la carte Vitale, je leur dit que pour l'instant il n'y a aucunes données médicales et presque pas de données administratives. Donc pour l'instant le dossier n'existe pas et qu'on espère qu'un jour on pourra partager des informations. Donc je leur en parle comme quelque chose de positif à venir.

Doctorant : D'accord.

Dr. BT : Voilà.

Doctorant : Pensez-vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution de votre, à votre système informatique et laquelle ?

Dr. BT : Comme je vous disais tout à l'heure, l'évolution ça pourrait être l'utilisation d'une messagerie sécurisée pour échanger avec mes, avec mes associés, avec les personnes avec qui j'ai l'habitude de travailler. Voilà. Pour l'instant je n'échange pas que par courrier.

Doctorant : D'accord.

: Et à plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr. BT : Comme une suite logique. l'outil informatique s'impose, il faudrait qu'il soit plus mobile, euh...

Doctorant : Dans quel sens ?

Dr. BT : Ben qu'on puisse, qu'on puisse tout le temps, tout le temps télétransmettre, tout le temps, enfin il faudrait en fait, enfin choses qui certainement déjà possible que quelles que soient les circonstances dans lesquelles on est on puisse utiliser le dossier informatique.

Doctorant : Notamment dans les visites à domicile ?

Dr. BT : Notamment dans les visites à domicile, oui, oui enfin moi je pourrais le faire mais euh. Ça s'imp... Pour l'instant ça s'impose pas et c'est pas nécessaire parce que je ne vois pas encore d'implication enfin, ce serait pour l'instant pas un gain de temps mais une contrainte, mais en revanche la pratique de la médecine ça me paraît nécessaire pour l'amélioration des pratiques. Pour une meilleure utilisation des référentiels, pour une accessibilité des données et puis voilà. Voilà. Mais, donc à long terme je ne pense pas que l'outil informatique disparaîtra. J'espère simplement que qu'effectivement toutes les fameuses plateformes de partage d'information seront un jour une seule et unique plateforme évolutive et pas des mots passe

des noms de code et des remots de passe et des logins qu'on oublie tout le temps et qui font que ça freine l'accessibilité de l'info. Voilà

Doctorant : Et bien, je vous remercie.

Entretien avec le Dr B, pédiatre le 21/01/08

Doctorant : Racontez- moi comment vous avez découvert l'informatique.

Dr B : C'est une vieille histoire, j'ai, c'est, les cours, les premiers cours que j'ai suivi c'était à, à Bichat je crois, au tout début et puis après j'ai laissé dans l'ombre, j'ai poussé mon frère à s'informatiser et puis après moi j'ai suivi très péniblement...

Doctorant : D'accord.

Dr B : Très, très péniblement et encore là je n'ai pas beaucoup de temps pour, pour le faire au, au, comme je souhaiterais l'approfondir, enfin j'ai suivi d'autres formations à la, à la AFLM, j'en, voilà c'est ça essentiellement, et puis la mise aussi des cours pour Infansoft®, dont je me sers exceptionnellement.

Doctorant : D'accord

Dr B : Je n'ai pas...

Doctorant : Et, et à Bichat c'était dans quel cadre que vous suiviez ces cours ?

Dr B : Je crois que c'était les premiers cours d'informatique qui ont été faits dans le cadre de la faculté.

Doctorant : D'accord.

Dr B : C'est vieux.

Doctorant : D'accord.

: C'était dans le cadre d'une formation continue, c'était dans le cadre... ?

Dr B : Oui, MSDOS, on recopiait tous les processus comme, comme les secrétaires prennent en sténo, c'était à peu près ça les cours.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Donc c'est très, très vieux.

Doctorant : D'accord.

: Et alors quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr B : Parce qu'il fallait suivre le mouvement, mais je ne m'en sers exceptionnellement, hein. Je suis restée très, très papier.

Doctorant : Et c'était juste cette envie de suivre le mouvement, c'était, il n'y avait pas... ?

Dr B : Oui et j'ai pas confiance, Internet je trouve que l'on peut pirater les dossiers, donc ça ne me plait pas du tout et puis s'ils poussent, ils ont aussi poussé à la consommation c'est que quelque part, il y a eu largement du piratage (silence) administratif pas, pas nous au niveau interne, je veux dire que ce n'est pas dans ce sens-là.

Doctorant : D'accord

: Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?

Dr B : Ca ne me dit rien du tout.

Doctorant : C'était à propos de la télétransmission...

Dr B : Alors là, je m'assois dessus.

(Sourires)

Dr B : C'est clairement dit là. C'est peut-être pas très correct, mais c'est clairement dit, je suis toujours pas, non, non. Je n'ai toujours pas l'appareil de télétransmission rien du tout.

Doctorant : D'accord.

: Il y avait aussi la création de l'ANAES aussi, des choses comme ça.

Dr B : Oui, oui, oui, oui, ils font leurs trucs, moi je fais le mien de mon côté. C'est tout, je serai dans les derniers, ça ne me gêne pas.

Doctorant : Alors, en quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?

Dr B : J'ai suivi des formations mais c'est sur qu'il aurait fallu venir sur place et pouvoir l'entretenir, donc, je salue tous les efforts qu'a fait madame Achard pour Infansoft®, mais ça mange trop de temps et je n'en dispose pas suffisamment, donc, il y a trop de tâches administratives ou je ne sais pas me débrouiller, gérer mon temps correctement mais, je me laisse débordée quoi. Donc, j'utilise peu.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Même le dossier là, j'ai commencé, je vais m'y mettre là parce que c'est le plus impératif pour le réseau. Voilà où j'en suis.

: Alors l'entretien va pas être d'un bon, peut-être pas très performant pour vous mais au moins.

Doctorant : Mais moi ce que je veux c'est la vérité, hein.

Dr B : Comme ça vous aurez toutes les qualités

Doctorant : Tout à fait.

Dr B : Du meilleur au pire, et je serai dans les pires, mais ce n'est pas grave.

Doctorant : Je ne sais pas si vous serez dans les pires mais en tous cas, ce qui est important c'est ce que...

Dr B : En tous cas moi je vous dis ce que je ressens.

Doctorant : Et c'est ce que je veux, ce n'est pas pour faire des belles phrases.

Dr B : Oui, une fois ils m'ont convoquée à la Sécu, pour la télétransmission, donc c'était, le cours avait lieu aux Halles et puis ils m'ont relancés et ils m'ont envoyée au fin fond de Paris, euh et puis j'ai annulé au dernier moment, donc je ne télétransmets pas.

Doctorant : D'accord.

: En termes de fonctionnalités logicielles : gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, consultation de référentiels, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée et pourquoi ?

Dr B : Alors bon, je commence à aller sur les sites pour avoir des informations et là je pense que c'est très positif. D'accord, pour ma compta j'ai un logiciel simple, un système très simple qui a été fait par quelqu'un de ma famille, bon j'y reste attachée, mais je me rends compte que si je faisais tout Infansoft®, je gagnerai du temps aussi, hein, d'accord, donc là j'en suis parfaitement consciente, peut-être que ça va se faire mais voilà, et puis euh télétransmission, non et euh...

Doctorant : Gestion du dossier médical ?

Dr B : Non.

Doctorant : Et...

Dr B : ça m'est difficile parce que là, vous venez à une période où c'est tout à fait calme et je l'ai fait volontairement mais quand le téléphone sonne j'ai pas branché et qu'il est toujours au secrétariat, quand la porte sonne, quand les enfants sont dans la salle d'attente qu'ils, comme tous les pédiatres, quand il y en a plein ici, c'est une cacophonie, et mon portable est arrêté c'est pas la peine de m'appeler dessus à ce moment là, c'est, c'est effrayant. Donc, je ne me vois pas aussi travailler sur, sur mon ordinateur pendant que les familles sont en train de, de me parler, surtout que je regarde plus volontiers ce que font les enfants comment réagissent les enfants aux informations que j'apporte ou que les parents me transmettent donc, j'ai plus envie d'observer ce que, je suis plus dans la clinique d'accord, que dans tout ce qui est écran qui me prendrait beaucoup de temps et qui m'empêcherait de, cette observation.

Doctorant : D'accord.

: Vous avez un ordinateur ici ?

Dr B : Oui, je vais vous le présenter, parce qu'il existe. (Elle sort un ordinateur portable du dessous du bureau). (Rires).

Doctorant : D'accord.

Dr B : Il existe.

Doctorant : Et vous l'utilisez pour ?

Dr B : J'ai l'ADSL, alors je l'utilise pour le courrier électronique et je l'utilise pour aller sur les sites pour voir si il y a des informations, donc c'est vrai que je le déploie plus souvent, je le regarde plus souvent que, qu'avant.

Doctorant : Et vous l'utilisez en consultation ?

Dr B : Je ne l'utilise pas en consultation, je l'utilise de très bonne heure le matin et quand la vie est calme parce que le soir je sors complètement épuisée à des heures indues.

Doctorant : D'accord. Donc vos patients ne le, ne le voient jamais, c'est ça ?

Dr B : Non.

Doctorant : Comment qualifiez-vous le passage du papier à l'informatique ? Y a-t-il eu une raison à ce passage ? Dans la généralisation de la télétransmission et puis l'usage du logiciel métier qui se généralise.

Dr B : L'usage du logiciel métier il est très bien parce que à chaque fois que je suis allée au cours avec beaucoup de plaisir, hein, d'accord, donc je pense qu'il y a des images et du cours que j'ai capté et que, et je saurais mettre en pratique quand j'aurais un temps déterminé pour le faire. Donc ça je trouve ça très positif, les liens qui existent pour rédiger les ordonnances pour retourner sur le Vidal etc, Je trouve ça très, très positif. Euh la télétransmission pour moi non, c'est faire le boulot des autres avec les responsabilités qui devraient leur incomber et puis ben si c'est un outil pratique pour, pour communiquer entre les collègues, quand on une idée ou un avis que, bon c'est à des heures pas possibles ça permet d'avoir, de poser des questions, avoir des réponses ou vice versa répondre aux collègues qui ont posé les question donc ça je trouve ça très rapide et très, très positif.

Doctorant : D'accord.

: Et comment qualifieriez vous le passage du papier à l'informatique ?

Dr B : Alors la aussi, pour, pour échanger mais en Intranet.

Doctorant : Hum, hum.

Dr B : D'accord, entre nous je trouve ça aussi positif d'avoir un dossier médical partagé, mais je ne suis pas encore passé à l'acte.

Doctorant : D'accord.

: Vous exercez seule c'est ça ?

Dr B : Oui, avec la, un mi-temps à l'extérieur.

Doctorant : D'accord. Ce n'est pas un cabinet de groupe ici ?

Dr B : Non, non parce que les locaux ne s'y prêtent pas.

Doctorant : D'accord.

: Est-ce que vous utilisez l'outil informatique quotidiennement ?

Dr B : Je vais quasiment quotidiennement sur l'ordinateur pour euh regarder mon courriel.

Doctorant : D'accord.

: Et comment percevez vous l'utilisation quotidienne de cet outil informatique ?

Dr B : C'est chronophage mais c'est, maintenant je, je m'y suis habituée donc ça me, ça me manquerait de ne pas le faire en fait.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Bon il y a des jours, je le fais un jour sur deux parfois mais dans l'ensemble je me dégage du temps pour regarder.

Doctorant : Et diriez-vous que vous vous sentez à l'aise ou mal à l'aise vis à vis cet outil ?

Dr B : Pour le courriel maintenant je peux dire que je me sens bien à l'aise, pour aller sur les sites je commence à être plus performante.

Doctorant : Alors, avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnements ? Si oui, comment avez-vous pu résoudre ces problèmes ?

Dr B : Oui, quand j'ai écrit mon mémoire et puis je m'en servais pour rédiger des mémoires ou des articles et c'est à ce moment là que l'appareil est tombé en panne, enfin à plus d'un titre, et puis deux fois ça m'est arrivé et deux fois j'ai pu être dépanné par un, par des copains. Donc j'ai pris mon matériel sous le bras et je suis allée, je suis allées chez eux.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Une fois c'était un week-end de Pâques et une fois c'est un 11 novembre, bon le truc, vous voyez les week-ends prolongés c'est en général comme ça que ça se produit

Doctorant : Pas d'autres soucis avec...

Dr B : Non.

Doctorant : D'accord. Alors, vous n'utilisez pas du tout votre logiciel de gestion de dossier médical pour vos patients ?

Dr B : Pour le moment non j'ai toutes les évolutions, j'ai la dernière en date et elle est encore dans son, dans son emballage.

Doctorant : D'accord.

: Alors, en quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eu un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr B : Alors elle a un petit impact puisque je ne le fait pas à 100%, je pense que si j'avais été plus guidée que, venue sur le site ça m'aurait, beaucoup plus inciter à le faire, enfin, venir chez moi, me faire faire les cours, et la pour, pour le dossier du REPOP je suis allée à Necker pour avoir le suivi, la formation auprès de Noëlle, j'ai essayé de mettre un dossier ce matin pour me rendre compte et, je n'ai pas du tout les mêmes écrans que chez Noëlle, donc je, j'ai mis le nom, le prénom d'un enfant et puis je me suis arrêtée là de toute façon, il faudra s'y remettre.

Doctorant : D'accord. Et pour le reste pour l'utilisation du courriel et pour l'utilisation des sites est-ce que vous pensez que ça a eu un impact sur votre pratique ?

Dr B : Le courriel oui, aller chercher des références sur les sites, oui.

Doctorant : Et, donc...

Dr B : Quand on connaît le chemin, c'est plus facile.

Doctorant : Et dans quel sens est cet impact ?

Dr B : C'est un impact positif, oui. Mais j'en suis encore qu'au début, donc je pense que les retombées je vais en avoir encore plus ultérieurement. Non honnêtement.

Doctorant : Oui, mais je vous crois.

: Est-ce que vous faites des visites à domiciles ?

Dr B : Je n'en fais plus.

Doctorant : Je pense que la question, avez-vous des idées d'évolution de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr B : Je pense qu'il tiendra plus de place mais, dans un premier temps je continuerai à écrire sur le, sur papier et puis j'essayerai de faire des dossiers sur informatique pour me rendre plus compte mais je ne me vois absolument pas au jour d'aujourd'hui, écrire directement sur informatique.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Juste bon sur le plan professionnel, je travaille au bilan de santé de l'enfant et j'ai une vacation de saisie de dossier, donc je (sourire) voilà maintenant je connais le chemin par cœur les items et tout mais au début ça a pris beaucoup de temps, quand on est passé du papier au, alors là c'est une saisie en différée.

Doctorant : Hum, hum.

Dr B : Quand on est passé de la saisie papier à la saisie informatique ça nous a pris beaucoup de temps, après le logiciel, le logiciel préparé par une collègue a évolué donc ça c'était plus facile de se, de se remettre au goût du jour et puis là nous on va vivre l'épopée de la saisie directe en cabinet médical dans le courant de l'année.

Doctorant : D'accord, mais ça c'est dans le cadre du bilan de santé de l'enfant, c'est ça ?

Dr B : Oui, de l'enfant, donc j'aurais, des clients, des familles devant moi et je rentrerai les données au fur et à mesure où les, où les parents me donneront des réponses.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Enfin ce sera que des cases à cocher donc, ça ne va pas être trop... Encore trop compliqué, après il y aura le résumé du dossier à faire.

Doctorant : D'accord. Vous êtes rentrée dans le réseau REPOP, c'est ça ?

Dr B : Oui.

Doctorant : Quand et pourquoi ?

Dr B : Alors je suis rentrée dans le réseau, ça doit faire, quatre ou cinq ans, sur les, sur l'invitation de conseil, de collègues.

Doctorant : Hum, hum.

Dr B : Et je pense que c'était bien parce que je voyais bon les enfants obèses de plus en plus nombreux et avec des obésités de plus en plus importantes, et donc ce travail de collaboration m'a toujours intéressée et déjà je travaillais en étroite collaboration et je travaille toujours en étroite collaboration avec la PMI du, de l'arrondissement et donc les liens avec l'éducation nationale sont un petit peu plus difficiles, du fait de mes horaires probablement, mais avec la PMI j'ai, j'entretien d'excellentes relations et ça, c'est sur que c'est au bénéfice des enfants, donc je voyais un côté très positif dans le, dans le réseau, dans ce côté pluridisciplinaire. Je me suis inscrite dans un autre réseau celui du dépistage des troubles du langage.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Donc j'appartiens à deux réseaux mais je n'irai pas plus loin.

Doctorant : Et l'implication au sein du REPOP, ou au sein de l'autre réseau de santé dans la, dans le dépistage des troubles du langage a-t-elle eu un impact sur votre pratique ?

Dr B : Oui.

Doctorant : Et dans quel sens ?

Dr B : Dans quel sens ? Je suis beaucoup plus attentive au, aux troubles présentés par les enfants, pour les troubles du langage donc j'ai un réseau de, de correspondants. Toujours le système de réseau de correspondance avec une qualité de travail dont on peut, je veux dire on travaille dans la même optique avec les mêmes, pas avec les mêmes outils, mais enfin on sait comment, les relations sont beaucoup faciles au sein d'un, d'un réseau donc c'est vrai que les rendez-vous on les a aussi plus rapidement et plus facilement, et il y a, bon, de l'amélioration chacun de chaque côté à apporter.

Doctorant : Et au sein du REPOP, vous la définiriez comment l'impact sur votre pratique ?

Dr B : J'ai plus d'outils et j'ai bon un peu plus de recul pour, pour mieux, je pense, prendre en charge les enfants obèses et leur famille.

Doctorant : D'accord.

: Vous sentez-vous impliqué dans la vie du réseau ? Et comment ?

Dr B : Oui, dans la mesure où j'essaye au maximum d'assister aux réunions alors, bon, c'est la moitié sud de Paris, il m'est arrivé une fois d'aller à la moitié nord mais c'est, c'est une épopée pour moi compte tenu de mes horaires et sinon je participe dans l'un et l'autre réseau à la commission d'évaluation.

Doctorant : D'accord. Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr B : (Silence) Les critiques, oui je pense qu'il faudrait que l'on se rencontre plus, plus souvent qu'on communique encore mieux et puis qu'on réponde aussi à la demande des médecins, je crois que c'est vrai que il y a un moment où l'on stagne parce que on ne peut pas apporter de, de nouvelles solutions, les familles sont très demandeuses de un peu de solutions toutes faites mais elles manquent de temps, il y a plusieurs enfants à gérer, sur la diététique, et sur les activités sportives que l'on peut proposer aux enfants. Donc on a encore du chemin à faire.

Doctorant : Dans la communication ?

Dr B : Dans la et dans le partage des outils, parce que il y a plusieurs REPOP sur la France et je crois que chacun garde jalousement ses outils sans les faire partager donc ; c'est regrettable.

Doctorant : D'accord.

: Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau ?

Dr B : J'ai de bons liens avec. Avec Noëlle, avec Géraldine, avec Sophie, oui.

Doctorant : D'accord, et...

Dr B : Et avec l'équipe de Trousseau aussi puisque que je suis partagée entre les deux, ayant suivi le séminaire, la formation sur du d'obésité que j'ai à Trousseau et après je suis allée faire un , deux jours de séminaire à Lyon sur l'obésité et la prise en charge pour encore parfaire ces connaissances et le côté pratique donc alors bon, petit à petit on était la première promotion sur le DU obésité et là de plus en plus en fait on prend un côté pratique c'est ça qui me, qu'on fait sur le terrain.

Doctorant : Et quand vous dites que vous avez de bonnes relations avec la coordination du réseau c'est que concrètement, vous les appelez régulièrement qu'est ce que... ?

Dr B : Quand je les appelle, donc elles nous connaissent les uns et les autres, et puis c'est possible et je correspond aussi par courriel. Donc les questions posées ont réponses.

Doctorant : Et c'est souvent quelles types de questions que vous posez à la coordination ? Est ce qu'il y a plus un thème qui revient ?

Dr B : Le thème le plus récurrent c'est les rendez-vous pour la diététique.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Parce que aussi du centre du bilan de santé de l'enfant, j'envoie aussi des enfants obèses, ça fait parti, on fait parti du protocole et du réseau, les enfants de quatre ans, trois ans et demi, quatre ans et demi on les envoie donc ça m'est plus facile de dire au famille, bon compte tenu de leur adresse vous allez là ou vous allez là mais en marquant le, en le faisant remarquer que je connaît bien les diététiciennes en leur donnant le nom, je veux dire que c'est un plus pour les familles, je veux dire qu'elles elles ont un correspondant.

Doctorant : D'accord.

: Vous collectez, utilisez le dossier médical partagé pour collecter les informations des enfants c'est ça ?

Dr B : Je vais faire un gros effort, cette année pour le faire.

Doctorant : Ah non, pour le dossier médical non informatisé.

Dr B : Oui, oui même le non informatisé pour le compléter, pour compléter les dossiers en retard, en fait ce qui me bridait c'est que les, les familles ne signent pas les conventions, donc c'est un facteur limitant, d'où comme je pensais que ils n'étaient pas du tout collecté, il n'en était pas tenu compte, vous voyez comme quoi je, je ne suis pas toujours très attentive, donc je ne transmettais pas les dossiers que j'avais et dont les parents n'avaient pas signés. Voilà.

Doctorant : Alors, comment percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins ? D'autres professionnels de santé ? Et comment percevez-vous cette possibilité ?

Dr B : Alors je la perçois positivement. Dans le sens où ça va être beaucoup plus facile comme tâche et qu'on aura des réponses beaucoup plus rapides donc on aura une information quasiment en temps réel. Voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Pour moi c'est le plus important, mais je, je n'ai pas la notion de, de possession, vous voyez, parce que c'est normal qu'on partage. Mais que chacun gardera je pense pour lui des informations qui sont strictement personnelles et qui n'auront aucun, et ce sera une transmission orale. Vous voyez, il y a des choses qui sont dites qui n'ont pas besoin de traîner dans les dossiers.

Doctorant : Votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet, et dans quel sens ?

Dr B : Moi, je pense que travailler en réseau de, le partage ça a été important, travailler, ne pas travailler isolément, en fait, c'est d'avoir une ouverture et pour moi c'est le patient qui., qui doit être au centre de notre intérêt et on doit tout faire pour le patient. Donc, ça a toujours été ma philosophie et quand on connaît les interlocuteurs ça facilite la tâche et ça rassure les familles aussi.

Doctorant : D'accord.

: Et comment pensez-vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau : dossier patient papier structuré, fiches de suivi patient, dossier patient informatique : système d'information de partage d'information ou messagerie sécurisée pour échange d'informations confidentielles entre professionnels de santé ?

Dr B : Je crois que je donnerai oralement, je n'ai pas confiance même si on multiplie les cryptages, euh dossiers qui contiennent des données essentielles, ça change un peu de ce que je vous ai dit avant, d'accord.

Doctorant : Hum, hum.

Dr B : Il doit y avoir un dossier commun avec les données essentielles concernant le, le patient et qui permette de faire évoluer sa situation.

Doctorant : Et c'est plus papier ou informatisé ce type de dossier, d'après vous ?

Dr B : De toute façon on va aller de plus en plus vers l'informatisation, le papier. Mais ceci dit il est important que quelqu'un, quelque part ait, garde une trace, donc il faut au moins une trace écrite. Et c'est vrai qu'au point de vu stockage c'est sûrement plus facile, mais le jour où il y a un, un élément du réseau qui est pulvérisé, si on n'a pas fait de sauvegarde, tout est à l'eau. Vous me direz s'il y a un incendie, c'est pareil pour le papier, je suis d'accord avec vous. Mais bon.

Doctorant : Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non, cette distinction est-elle théorique, pratique ?

Dr B : Alors là je ne saurais pas vraiment répondre parce que je n'ai pas suffisamment de recul pour répondre à votre question.

Doctorant : D'accord.

: Vous n'avez pas une idée...

Dr B : La on court à l'informatique, chacun chez soi et donc, et quelque part, c'est sur on va aller vers le développement de l'outil informatique et des dossiers, je pense que cette évolution (sonnerie du téléphone), elle va être irréversible (sonnerie du téléphone).

Doctorant : Vous voulez que je coupe ?

Dr B : C'est le secrétariat, c'est parce que théoriquement je commence à 14h30 et ils doivent être étonnés que je n'ai pas commencé à 13h et ils prennent l'habitude. (Elle manipule son téléphone). C'est bon.

Doctorant : (Silence)

: Alors, vous avez dit utilisez le dossier patient partagé papier mis à disposition par le réseau de santé et quelle sont vos motivations à utiliser ce dossier patient partagé ?

Dr B : Je vous ai dit, c'est parce que on aura une information en temps réel.

Doctorant : Je parle du dossier papier, qu'est ce qui vous a motivé à l'utiliser ce dossier ?

Dr B : Ben j'en ai très peu utilisé, parce que j'en ai peu mis sur, j'ai gardé mes fiches moi. Alors j'en ai peu mis, même sur le dossier papier.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Voilà.

Doctorant : D'accord. Et ce qui vous motive...

Dr B : J'ai un tas de retard, comme un certain nombre de collègues. Et ce qui motive, je pense que c'est utile de partager les dossiers, je, je suis convaincue, je n'ai pas le temps pour le faire, donc, ou j'arrête de travailler, de recevoir les clients, et puis je me mets tout à l'administration et après je m'occupe de mes loisirs, et là pour le moment c'est beaucoup pour les clients et peu sur le papier, et pour les clients l'essentiel ce qui, voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Donc je suis d'accord qu'il y a un fossé entre ce que je pense théoriquement fondamental et ce que je réalise malheureusement dans la pratique.

Doctorant : D'accord.

: Et sur le dossier médical partagé du REPOP, par qui et comment avez-vous été formé et informé?

Dr B : ça c'est tellement vieux, on a du, si on a eu une séance de formation sur le dossier papier, si, si, si.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Une petite séance mais on a eu une séance.

Doctorant : Lors d'une réunion réseau, c'est ça ?

Dr B : Oui, tout à fait.

Doctorant : Et pour le dossier informatisé vous avez été informé ?

Dr B : J'ai été faire, suivre un cours avec Noëlle.

Doctorant : D'accord.

Dr B : En décembre 2006.

Doctorant : D'accord.

: Et alors avez-vous connaissance d'un interlocuteur que vous pouvez contacter en cas de difficulté ?

Dr B : Noëlle Dernoncourt.

Doctorant : Alors, le DMP, le dossier médical personnel, qu'en savez-vous ? Qu'en pensez-vous ? Comment pensez-vous l'utiliser, en parler avec vos patients ?

Dr B : Partager dans le réseau, oui, dossier médical personnalisé il est déjà vidé de sa substance et je dirai non. A priori sauf si c'est super crypté. Euh. (Silence)

Doctorant : Pour quelles raisons ?

Dr B : Je n'ai pas confiance, donc c'est peut-être pour cela que je renâcle, de toute façon il n'y aura rien sur le dossier, si les gens ont un droit, je vois déjà l'évolution des dossiers, à, des dossiers de bilan de santé de l'enfant, ça a été élagué, élagué, élagué. (Silence). Donc même si ils ont des maladies graves des traitements ils ne vous diront non ou ils le feront supprimer, donc on finira comme au jour d'aujourd'hui à faire des erreurs parce que on ne sait pas ce que les familles prennent, on peut leur demander et poser la question, il y en a qui ne répondent pas donc on peut avoir cumul de médicaments ou donner des, des médicaments antinomiques, donc non c'est du, c'est du bidon en fait. Et puis il n'est pas encore arrivé

Doctorant : Comment ?

Dr B : Le Dossier médical personnel, il n'est pas encore arrivé.

Doctorant : Et vos patients, les parents de vos patients vous en parlent-ils ? Comment ? Que leur répondez-vous ?

Dr B : Alors il n'y en a aucun qui m'en parle, parce que probablement ils ne voient pas mon ordinateur donc, voilà. De temps en temps ils me tendent leur carte vitale, je leur dit que ce n'est pas utile, que je reste au papier et puis ça s'arrête là.

Doctorant : D'accord.

: Et pensez-vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution à votre système informatique ? Et laquelle ?

Dr B : Je pense que je vais déjà, remplir les dossiers informatiques pour le REPOP pour faire avancer les éléments du réseau parce que au jour, d'aujourd'hui c'est important. La deuxième chose c'est de regarder un peu plus avant Infansoft® et ce que je pourrais tirer de bénéfice immédiat pour la rédaction d'ordonnance ou pour les renseignements, de toutes façons je ne le ferais pas en direct je le ferais en toujours en différé, donc je rappellerais les familles pour leur...

Doctorant : D'accord.

: Et à plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr B : Je serai peut-être à la retraite à ce moment là ! (Rires)

Doctorant : Votre vision de l'avenir alors ? (rires)

Dr B : Si, si c'est trop pénible, j'arrête, je mettrai la clef sous le paillason, c'est très clair pour moi maintenant.

Doctorant : D'accord.

: Et de manière générale comment est ce que vous pensez que ça va évoluer le lien entre l'informatique et la médecine ?

Dr B : Enfin c'est plus facile pour les jeunes générations qui sont élevée avec, donc souvent ils n'ont pas le dilemme et les difficultés auxquelles ont est confrontées parce que ça nécessite beaucoup d'énergie pour nous alors qu'on a peu de temps disponible. En fait je pense que c'est sûrement pour moi quelque part, d'une part le manque de confiance par rapport à tout ce qui peut se passer, le piratage, la deuxième chose et comme j'ai des arguments pour le croire et le penser et deuxièmement pour, on nous demande de nous former au moment ou on est en pleine activité. On est de moins en moins nombreux les parents sont de plus en plus exigeants etc... ils nous dictent l'heure à laquelle ils veulent venir à un rendez-vous, ça commence à m'agacer prodigieusement, même si je râle et que j'essaye au maximum de leur rendre service, ça devient de plus en plus pénible.

Doctorant : D'accord.

Dr B : Je vous dis les choses telles que je les pense et je les dis de la même façon aux collègues.

Doctorant : Et bien j'ai terminé.

Dr B : Eh bien je vous remercie infiniment.

Doctorant : C'est moi qui vous remercie

Entretien avec le Dr BR, pédiatre, le 24/01/2008

Doctorant : Racontez-moi comment avez-vous découvert l'informatique ?

Dr BR : Comment j'ai découvert l'informatique en général, ça c'est vieux quand même, euh, euh, ben c'est en me proposant du matériel informatique et puis, euh, par l'intermédiaire aussi d'amis qui sont informatisés et voilà, c'est tout. Comment vous voulez que je précise, les choses.

Doctorant : Euh, qui vous a proposé, comment ça c'est passé ?

Dr BR : Ben c'est des logiciels médicaux, j'avais commencé par euh, j'avais mon piano, c'est Thalès, euh, et puis après j'ai eu une proposition d'informatisation avec euh étude de dossier par CEGEDIM de DocWear®, je suis maintenant avec DocWear®. Et c'est aux qui m'ont proposé l'outil informatique que j'ai accepté.

Doctorant : D'accord, vous ne possédiez pas d'ordinateur auparavant ni à la maison, ni au cabinet ?

Dr BR : A si, si, si, si, si à la maison oui, mais bon vous dire précisément c'est, c'est déjà loin, c'est déjà loin. (Rires).

Doctorant : A la maison, c'était par intérêt personnel, c'était pourquoi ?

Dr BR : Oui, intérêt, personnel, pour la famille gestion des mails, etc...

Doctorant : C'était plus pour la communication avec d'autres personnes ?

Dr BR : Oui.

Doctorant : Pas du tout le jeu, le traitement de texte ou des choses comme ça ?

Dr BR : Un petit peu, mais pas énormément, c'est surtout la communication entre amis, l'intérêt aussi c'est que j'avais un des fils qui, qui était au Brésil et donc et puis aussi à New York donc moyen de communication plus, plus simple.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Moins onéreux aussi. (Rires).

Doctorant : Et si je comprends bien dans ce contexte un logiciel pharma, enfin, un représentant de logiciel de gestion de cabinet vous a proposé un logiciel de gestion et euh, et vous avez adhéré à ce système de gestion. C'est ça ?

Dr BR : Oui.

Doctorant : D'accord.

: Quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr BR : (Soupir). Il y a eu en même temps la gestion de, bon avec les cartes vitales, l'intérêt c'est qu'on pouvait coupler les deux : gestion de la carte Vitale et gestion de dossiers médicaux donc ça m'a intéressé, et puis euh, une facilité aussi, pour faire les ordonnances donc un côté pratique pour euh. Mais euh, je vous avouerai que je continue à faire mes fichiers quand même : je fais les deux.

Doctorant : Les fichiers ?

Dr BR : Mes fiches écrites, mes fiches pour mes dossiers, et je continue ça parce que quand je me fais remplacé, je ne donne pas du tout mon, mon outil informatique à mes remplaçantes.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Donc euh, je continue à écrire, en même temps que je fais le dossier informatique à chaque fois que je vois un patient.

Doctorant : D'accord, et vous dites pour les ordonnances que vous l'utilisez beaucoup, dans quel sens ?

Dr BR : Facilité de faire les ordonnances, faire une ordonnance par ordinateur c'est quand même plus, avec gestion, avec tous les logiciels justement moi que j'ai en pédiatrie qui sont plus facile d'utilisation, donc c'est un côté pratique.

Doctorant : D'accord.

: Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?

Dr BR : Alors ça c'était quoi la loi Juppé ?

Doctorant : C'était à propos de la télétransmission, il y avait surtout ça.

Dr BR : L'obligation de télétransmission, pfut, ça n'a rien, ça n'a rien changé, ce n'ai pas par rapport à la loi Juppé que je me suis senti obligé de faire euh, de m'informatiser.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Non.

Doctorant : C'était avant cette loi ?

Dr BR : Hum, hum.

Doctorant : D'accord.

: En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?

Dr BR : Alors répétez s'il vous plaît.

Doctorant : En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?

Dr BR : (Silence) J'ai du mal à répondre à votre question, c'est euh par rapport à l'aide du, à la première installation ?

Doctorant : Oui. Est-ce que vous avez reçu de l'aide, est-ce que vous avez tout fait seul ou est-ce que il y a quelqu'un qui est venu vous aider à installer votre matériel que ce soit l'ordinateur ou votre logiciel de gestion de cabinet ?

Dr BR : Eh ben, il y a eu une installation, oui, il y a quelqu'un qui est venu installer les connexions et tout ça et puis après on avait tout le mode d'emploi sur l'ordinateur, mais je n'ai pas eu d'aide de cours ou quoi que ce soit au départ.

Doctorant : Mais au moment de l'installation il y avait quelqu'un en fait, c'est ça ?

Dr BR : Juste pour l'installation du matériel.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : C'est tout.

Doctorant : Et l'installation du logiciel par contre vous l'avez fait seul ?

Dr BR : Oui.

Doctorant : D'accord.

: Alors, en termes de fonctionnalités logicielles : gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, rédaction d'ordonnance laquelle a été la plus utile, la plus utilisée ? Et pourquoi ?

Dr BR : Moi, je dirai que c'est rédaction des ordonnances.

Doctorant : La plus utile ?

Dr BR : Oui. La plus utile la plus utilisée, la comptabilité je ne l'utilise pas, parce que je fais tout faire par une AGA et puis euh, autrement dans les fichiers euh, bon je m'oblige à inscrire le maximum de renseignements, mais je vous dirai, c'est surtout dans la rédaction des ordonnances.

Doctorant : Et pourquoi ?

Dr BR : Ben parce que ça me fait gagner un peu plus de temps et puis c'est au niveau présentation pour la lecture des ordonnances pour les gens, je trouve que c'est mieux, ils n'ont pas de mal à, à lire ce qui est écrit par un ordinateur alors que quand on écrit on, on a un peu plus de mal, donc c'est surtout par rapport à ça que ça m'a intéressé.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Alors après euh, donc j'utilise . Il y a, il y a plein de, d'autres paramètres que je n'utilisent pas, par exemple les lettres à la main, le courrier, euh, je ne le fais pas encore par l'ordinateur, je le fais à la main.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Ce que je n'ai pas appris ou ce que je ne me suis pas donné le temps de, de le faire. Il me faudrait en fait, le problème de la, de l'installation de tout ça, de, c'est qu'il faut passer du temps avant d'être opérationnel, et il faut trouver ce temps là. Et euh, j'ai une activité qui fait que, je n'ai pas beaucoup de temps pour faire tout ça, donc voilà.

Doctorant : En quel sens l'outil informatique a-t-il été appréhendé par vos patients, ou les parents de vos patients ?

Dr BR : En quel sens ?

Doctorant : En quel sens l'outil informatique a-t-il été appréhendé par vos patients, ou les parents de vos patients ? Est-ce qu'ils vous en ont parlé quand ils l'ont installé ?

Dr BR : Non, non ça c'est passé tout naturellement et les gens l'acceptent très bien et bon euh, on ne passe pas son, tout temps (bruits de plus en plus fort de soufflerie)

L'entretien est coupé et nous changeons de pièce

Dr BR : Oui donc qu'est ce qu'on disait, oui, les gens acceptent très bien la place de l'ordinateur comme moyen euh, de faire les ordonnances, de faire les dossiers, ça ne les gêne absolument pas. J'ai peu de réflexions, euh...

Doctorant : Et donc ils ne vous en parlent pas du tout, en fait ?

Dr BR : Non, tout le monde est habitué maintenant, je, je pense qu'il n'y a plus beaucoup de médecins, je pense qu'il n'y en a pas beaucoup qui n'ont pas d'ordinateur.

Doctorant : Et euh, au moment de l'installation ils ne vous en ont pas beaucoup parlé. Ils ne vous ont pas beaucoup fait de réflexions, que ce soient positives ou négatives ?

Dr BR : Non il y en a qui notent quand on change de, d'appareil ou d'écran ou des choses comme ça, oui, sans plus, non, non.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Ça fait partie de la vie maintenant, de toute activité professionnelle, je crois. Même les patients ont tous un ordinateur. C'est comme le portable. (Rires).

Doctorant : Comment qualifiez-vous le passage du papier à l'informatique ? D'après vous, y a-t-il eu une raison à ce passage ? Et est-ce que c'est plutôt théorique, enfin est-ce que ce passage serait théorique ou pratique ?

Dr BR : Passage de..

Doctorant : Du papier à l'informatique, comment le qualifieriez vous ?

Dr BR : Théorique ou pratique ?

Doctorant : Non pas forcément, mais comment qualifieriez vous ce passage du papier à l'informatique ?

Dr BR : C'est surtout dans les moyens de communication que ça a transformé les choses. Mais je vois maintenant on reçoit, des, des courriers, euh informatiques, des lettres informatiques par mails, des lettres de correspondants etc., qui nous envoient par mail, c'est quand même un, un plus. Donc c'est, je qualifierai ça quand même de révolutionnaire. Bon, c'est vrai que ça supprime tout ce qui est écriture, tout ce qui est livre et tout ça mais, euh, bon euh, c'est pareil, nous on a plus beaucoup de temps pour lire. Le, l'outil informatique en temps que formation par exemple médicale, continue etc... n'est pas encore rentrée euh, bien dans les mœurs, mais ça pourrait être dev, à développer. Ce n'est pas encore assez développé.

Doctorant : D'accord ;

: Et pour vous y a t-il eu une raison à ce passage, cette tendance à ce passage du papier à l'informatique ?

Dr BR : Je pense que c'est une question de développement, de... La raison c'est que c'est, c'est tellement plus rapide, plus facile et tout.

Doctorant : D'accord.

: Vous exercez en cabinet de groupe, c'est ça, c'est un statut de cabinet de groupe.

Dr BR : Oui, mais chacun individuellement, là on est trois médecins spécialistes et on exerce chacun de son côté.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : On a aucune interrelation entre nous,

Doctorant : D'accord.

Dr BR : A part la gestion de tout ce qui est secrétariat, matériel, mais autrement gestion de dossier non..

Doctorant : Et notamment au niveau matériel, est ce que le fait d'être en cabinet de groupe a, vous a amené à planifier la mise en place du matériel informatique ?

Dr BR : Non.

Doctorant : Non ?

Dr BR : Non, ça a été individuel.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Pour chacun.

Doctorant : Comment percevez-vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ?

Dr BR : Euh, très bien, un côté très pratique euh, par contre quand ça marche pas c'est aussi pas très bien parce que ça nous fait perdre du temps. Là je vois euh, ils ont, ils ont fait, dans mon logiciel ils ont fait une mise à jour il n'y a pas très, très longtemps où ils ont tout changé, toutes les données, donc ça a complètement effacé ce que j'avais avant, et donc toutes les prescriptions personnelles que j'avais faites avaient été effacées, donc ça m'a fait perdre beaucoup de temps donc ça, ça m'a, ça m'a agacé beaucoup, donc ça c'est, il y a parfois des plus mais il y a parfois des moins quand ça, quand ça marche pas quoi.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Et là ça rend, c'est plus simple le, le stylo bic tombe moins souvent en panne que, que l'informatique. Donc ça c'est le côté un peu négatif de l'informatique, quand ça bugue on est bien embêté.

Doctorant : D'accord

: Avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnements ? Si oui, comment avez-vous pu résoudre les problèmes ?

Dr BR : Ben oui des problèmes de dysfonctionnement, oui ça m'est arrivé bien sûr. Et euh, ben résoudre avec euh, le, avec le, avec l'organisme qui faisait, qui font ces logiciels et donc avec la hotline, avec des communications téléphoniques etc...et il est même arrivé parfois qu'ils soient obligés de venir pour euh, qu'ils envoient un technicien pour venir complètement réparer le système qui ne marchait pas.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : ça m'est arrivé, plusieurs fois.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : ça c'est un gros inconvénient.

Doctorant : D'accord.

: Pour quelle partie de votre patientèle utilisez-vous votre logiciel de gestion du dossier médical ? Si c'est de manière sélective, sur quels critères ?

Dr BR : Pour tous. Pour tous, euh, moi je rentre, avec la carte Vitale, je rentre dans le dossier du patient et puis après je gère sur mon dossier informatique. Il n'y a aucune sélection, c'est pour tous.

Doctorant : D'accord.

: En quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eu un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr BR : (Silence). Ça n'a pas changé ma pratique quotidienne, ça n'a pas changé mes attitudes et donc en fait à part ce côté pratique de, de rédaction d'ordonnances par informatique, ça n'a rien changé dans mon, dans mon activité de praticien.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Dans les décisions diagnostiques, dans les décisions thérapeutiques, ça n'a rien modifié, ça on est heureusement encore quand même, complètement indépendant de cet, cet appareil. (Rires)

Doctorant : D'accord.

: Est ce que vous faites des visites à domiciles ?

Dr BR : Plus maintenant.

Doctorant : Avez-vous déjà des idées d'évolutions de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr BR : Avez vous des ?

Doctorant : Déjà des idées d'évolutions de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr BR : Il faudrait effectivement que j'améliore euh, la, je dirai le mode d'emploi pour les correspondants pour par exemple un, l'enregistrement de toutes les données, de toutes les données biologiques et radiologiques, ça je ne le fait pas, il faudrait que je fasse une formation pour pas que ça me prenne trop de temps mais là je n'ai pas le temps de le faire. Donc ça je ne le fais pas.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : C'est pour cela que j'ai encore mes dossiers, mes dossiers papiers que je garde, dans lesquels je classe tous mes examens etc... Donc je ne les rentre pas dans l'ordinateur.

Doctorant : D'accord.

: Vous êtes euh, quand est ce que vous êtes rentré dans le réseau REPOP et pourquoi ?

Dr BR : Alors le réseau REPOP, ben c'est quand on m'a proposé, et ben ça fait déjà plusieurs années, 2-3 ans et euh, parce que c'était un moyen, un moyen de prendre en charge l'obésité chez l'enfant qui m'intéressait, hum.

Doctorant : D'accord.

: Appartenez vous à d'autres réseaux de santé ?

Dr BR : Non.

Doctorant : Et l'implication au sein du REPOP a t-elle eu un impact sur votre pratique ?

Dr BR : Non. (Silence). Non euh, il y a des contraintes, contraintes de temps qui nous bloquent un peu là parce que c'est des entretiens qui durent quand même assez longtemps et on est, on est, on a de moins en moins de temps, on est surbooké et c'est difficile, mais bon je le fais quand même. Quand c'est organisé à l'avance, on arrive à gérer. Mais euh, le réseau REPOP ne m'a rien apporté par rapport à ma formation ou mon, ou le côté informatique de, de enfin n'a pas amélioré mes,mes comment dire, mon outil informatique m'a pas transformé quand à la pratique de l'informatique, vous voyez ce que je veux dire ?

Doctorant : Et à la pratique médicale.

Dr BR : Non plus.

Doctorant : Non plus, ça n'a pas changé votre prise en charge des obèses par exemple.

Dr BR : Non, non, non et là c'est pareil je ne suis pas encore, je ne suis pas informatisé avec le réseau REPOP, donc je fais encore des dossiers papiers. Je ne les fais pas du tout par informatique.

Doctorant : D'accord.

: Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr BR : Alors quels sont ?

Doctorant : Pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr BR : (Silence). Il y a beaucoup de, enfin c'est, c'est difficile de répondre parce que je pense que l'intérêt c'est de communiquer entre professionnel d'un même groupe ou même de groupe différents parce que il y a même des généralistes qui font partie du réseau donc l'intérêt c'est de communiquer entre nous pour faire part de, chacun de notre expérience. L'intérêt des réunions qu'on fait avec le réseau REPOP de temps en temps, pour, pour avoir une formation aussi donc ça c'est un intérêt et puis euh, il y a le côté prise en charge acceptation par les patients du, de cette prise en charge qui est intéressante. C'est plus facile de faire accepter un suivi médical pour une pathologie particulière lorsqu'on fait partie d'un réseau que si on essaye de le faire individuellement.

Doctorant : Que ?

Dr BR : Que si on essaye de le faire individuellement. Donc euh, c'est plus facile à faire accepter de, de faire un suivi, euh dans le réseau REPOP à des gens de les faire venir régulièrement euh, alors que autrement ils se sentent moins obligés donc ils abandonnent, donc ça les obligent un petit peu à poursuivre cette prise en charge.

Doctorant : D'accord.

: Et vous sentez-vous impliqué dans la vie du réseau ? Comment ?

Dr BR : Plus ou moins, je ne me sens pas en tous cas le, euh, organisateur de ce réseau et je, j'accepte les réunions, ce soir je devais y aller mais je ne peux pas parce que j'ai un emploi du temps qui est, qui est fou et donc euh, mais autrement euh, je ne me sens pas investi de, de formation dans ce réseau, je vais aux formations mais c'est tout. Et puis l'intérêt, c'est d'avoir des correspondants, pour le réseau REPOP avec les diététiciennes, avec les psychologues, avec le médecin qui centralise les dossier, et c'est tout.

Doctorant : D'accord.

: Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau ?

Dr BR : Des liens de réunions, des liens e, par éventuellement des mails ou du courrier mais c'est tout.

Doctorant : Vous leur envoyez les dossiers médicaux

Dr BR : Oui.

Doctorant : Et puis vous ... Les correspondances par mail, c'est à propos des réunions ou c'est à propos d'autre chose aussi.

Dr BR : A propos des réunions ou à propos de renseignements pour avoir des diététiciennes ou des coordonnées de, de personnes qui pourraient être intéressées pour résoudre des difficultés de prise en charge qu'on a parfois, notamment psychologue et puis éventuellement diététicienne.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Qui maintenant sont un petit peu réparties dans tout le secteur des Yvelines et donc en fonction des gens qui viennent en fonction de leur lieu d'habitation je, j'essaie d'avoir des correspondant qui, qui ne sont pas trop loin, qui correspondent au domicile du patient.

Doctorant : Comment percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins ? d'autres professionnels de santé ? Et comment percevez-vous cette possibilité ?

Dr BR : Comment je perçois, le, la, les contacts entre médecins ou ?

Doctorant : Le partage des données médicales avec d'autres médecins ou d'autres professionnel de santé : les diététiciennes, les psychologues ?

Dr BR : On en a de temps en temps, mais ce n'est pas très, très, très régulier, c'est quand même un travail assez individuel. Mais bon de temps en temps, effectivement on parle, on parle de dossier, de dossier entre médecins avec des psychologues mais je pense que ça c'est un élément intéressant qui est un plus pour euh, pour améliorer cette prise en charge, quand on parle d'un dossier entre, entre correspondants, entre médecins.

Doctorant : Et par exemple, quand vous recueillez des données médicales et qui sont mises ensuite sur, sur le réseau REPOP euh, par informatique, qui sont informatisées, est ce que, comment percevez vous le fait que la, que d'autres correspondants puissent accéder à ces données si par exemple il reçoivent la personne en consultation ?

Dr BR : Ben ça ne me gêne absolument pas. Ce n'est pas un problème particulier, ce n'est pas du tout gênant. Non.

Doctorant : Et votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet, dans quel sens ?

Dr BR : (Soupir) Non je pense que c'est important dans la prise en charge justement de certaines pathologies, alors bon moi je ne fait pas, je ne peux pas faire partie de tous les réseaux, je sais qu'il y a un réseau qui existe pour les prématurités, en pédiatrie, je parle, euh,

mais euh, je pense que c'est intéressant, ce genre de constitution de réseau, c'est quand même contraignant, parce que ça demande du temps.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Et qu'on a de moins en moins de temps. Parce qu'il n'y a pas assez de médecins. (Rires)

Doctorant :: Alors comment pensez-vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau : un dossier patient structuré papier, des fiches de suivi patient, ou un dossier patient informatique : alors un système d'information de partage d'information, c'est à dire que l'on rentre les informations sur un serveur et on repartage les informations, ou une messagerie sécurisée pour échange d'informations confidentielles entre professionnels de santé ?

Dr BR : Ben ça dépend des pathologies mais là bon, je pense que la messagerie sécurisée ne paraît pas forcément obligatoire et je pense que le, le, le partage des, des, des résultats, des données informatiques est intéressant, et ça je, je trouve qu'on en a pas suffisamment justement.

Doctorant : C'est-à-dire ?

Dr BR : On n'a pas de retour suffisant, c'est à dire qu'on envoie toutes ces données là et on, on ne sait pas euh, sur une moyenne générale, comment ça se passe, quelle est l'évolution, combien il y a de gens qui reviennent vous voir, combien il y a de gens qui sont suivis, qui pendant deux ans sont suivis régulièrement, quel est le taux d'échec, pourquoi, donc ça, il faudrait qu'on développe ça je pense.

Doctorant : D'accord.

: Alors, je pense que vous avez déjà en partie répondu. Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non, et cette distinction est-elle théorique, pratique ?

Dr BR : Donc attendez les ?

Doctorant : Les dossiers médicaux partagés idéalement est ce qu'ils seraient uniquement informatisés ou euh, ou euh, papiers et informatisés ou papiers seulement, et cette distinction entre papier et informatique à votre sens elle serait théorique ou pratique ?

Dr BR : Je pense qu'elle n'est, elle n'est pas nécessaire et que maintenant il faut tout, tout mettre sur informatique, et que c'est quand même plus facile et plus pratique de, d'examiner, d'examiner des données informatiques c'est plus rapide et ça permet d'avoir, euh, de consulter les données informatiques de façon plus générales que si on consulte des données papiers. Effectivement je pense que le papier maintenant, il est, il n'est presque plus, il n'est plus utile, ça n'a plus d'intérêt. Je pense.

Doctorant : Vous utilisez le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau.

Dr BR : Hum, hum.

Doctorant : Et alors quelles sont vos motivations à utiliser ce dossier patient partagé.

Dr BR : Mes motivations pour avoir ce dossier ?

Doctorant : Pour utiliser ce dossier patient partagé.

Dr BR : Ben c'est pour regrouper toutes les expériences professionnelles de chacun, je pense que c'est un intérêt justement de savoir comment on peut améliorer notre pratique quotidienne et notre pratique dans, pour telle ou telle pathologie, donc pour améliorer la pratique de notre prise en charge du, de l'obésité.

Doctorant : D'accord.

: Et ...

Dr BR : Vous en avez encore beaucoup ?

Doctorant : Non pas trop. Euh, par qui et comment avez vous été informé de ce dossier médical partagé ?

Dr BR : Ben par le réseau lui-même.

Doctorant : Lors d'une réunion ?

Dr BR : Oui, oui.

Doctorant : Et vous, vous souvenez par qui ?

Dr BR : Ben c'était euh, euh, au début je ne sais pas je ne sais même plus. (Silence). C'est par l'hôpital, l'hôpital de Versailles, le service de pédiatrie je crois.

Doctorant : D'accord.

: Et vous n'utilisez pas le dossier partagé informatisé, en consultation vous saisissez, vous envoyez juste?

Dr BR : Non.

Doctorant : Et pourquoi ?

Dr BR : Parce que je n'ai pas eu le temps de mettre tout ça sur, sur le, sur le, sur l'ordinateur, c'est pareil, il faudrait consacrer un certain temps, pour avoir une partie du logiciel uniquement consacrée à, euh qui concerne le réseau REPOP.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Alors je sais que ça existe ou que c'est en train de se mettre en place mais c'est pareil, il faut faire une formation, faut, et ça je n'ai pas le temps.

Doctorant : Et est-ce que vous avez connaissance d'un interlocuteur que vous pourriez contacter pour la mise en place de, de dossier médical partagé informatisé.

Dr BR : On m'en a parlé, oui.

Doctorant : Vous avez un nom ou ?

Dr BR : Non mais bon la responsable de réseau REPOP, euh, de, de Versailles m'en avait parlé.

Doctorant : D'accord.

: Le Dossier Médical Personnel, qu'en savez-vous ? Qu'en pensez-vous ? Comment pensez-vous l'utiliser, en parler avec vos patients ? Vos patients vous en ont-ils parlé ?

Dr BR : Le dossier médical ?

Doctorant : Personnel.

Dr BR : Oui.

Doctorant : Qu'en savez vous ? Qu'en pensez vous, et comment pensez vous l'utiliser ?

Dr BR : Ben je l'utilise personnellement euh, pour moi, mais vis à vis des patients, je ne vois pas la relation.

Doctorant : Le Dossier Médical Personnel, celui qui va être, dont le projet a été mis en attente par le gouvernement, où les patients pouvaient avoir leur dossier médical sur un serveur auquel les personnels de santé, les médecins pouvaient se connecter pour récupérer notamment, tout ce qui était compte rendu d'hospitalisation, examens complémentaires etc...

Dr BR : Bon, je pense que c'est un plus mais ça dépend de l'utilisation, je vois là, j'ai la sécurité sociale qui m'a fait rentrée, qui m'a mis un logiciel qui, pour, ils appellent ça l'historique des remboursements.

Doctorant : Hum, hum.

Dr BR : Donc avec la carte Vitale, je peux retrouver toutes les consultations qu'ont eues les, les gens quand il viennent me voir. Alors je pense que c'est intéressant pour les gens qui voyagent beaucoup, et voient beaucoup de médecins, lorsqu'on voit les gens pour la première fois, mais lorsque ce sont des gens entre guillemets fidèles le dossier médical partagé n'a plus beaucoup d'intérêt et euh, moi je vois leur système là, moi je ne vois pas toujours, enfin pour moi en pédiatrie, ça n'a pas beaucoup d'intérêt.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Là je vois, je l'ai utilisé au départ mais bon très souvent euh, il y a des trucs d'erreurs qui reviennent ou ça marche pas ou ça marche une fois sur quatre. Donc il y a encore du progrès à faire mais je pense que effectivement, c'est un plus, ce serait un plus d'avoir ça sur une, sur une carte vitale, par l'intermédiaire, de la carte Vitale d'avoir accès au données de ce

que les autres, de ce que les autres médecins ont prescrit. Je pense que c'est un plus indiscutable.

Doctorant : D'accord.

: Vos patients vous en ont-ils parlé et comment et que leur répondez vous ?

Dr BR : (Soupir) Non, je crois que très peu m'en ont parlé et je crois que ça ne m'ai jamais arrivé.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Mais bon ça concerne plus les généralistes que les pédiatres je pense.

Doctorant : Pensez-vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution à votre système informatique ? Laquelle ?

Dr BR : Ben il faudrait que je me forme plus effectivement dans tout ce qui est correspondant euh, peut être données médicales, données médicales, de, des résultats de laboratoire, des résultats de, de radiologie, tout ça il faudrait que je puisse les rentrer donc il faudrait que j'ai soit un scan soit il faudrait que j'apprenne à rentrer toutes ces données la sans trop perdre de temps, pour l'instant je, je ne le fait pas parce que ça me fait perdre du temps.

Doctorant : D'accord.

: Et à plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr BR : ça ne remplacera pas le, le, le geste médical du médecin, l'auscultation, l'examen l'analyse des, même l'analyse des données c'est pas le, c'est pas l'informatique qui me fait raisonner par rapport à ça, donc euh, je pense que ça a un intérêt pour communiquer, pour communiquer avec les autres médecins, pour communiquer par exemple si on a un problème diagnostic, si on veut savoir euh, à quoi correspond telle éruption cutanée, etc... ça je pense que c'est important de communiquer entre collègues de demander un avis en envoyant des images, soit des photos, soit des images radiologiques, soit, soit le dossier médical pour avoir des avis, donc euh, intérêt de, euh, entre médecin, autrement intérêt pour faire gagner du temps au niveau des prescriptions euh, dans la rédaction de l'ordonnance.

Doctorant : Hum, hum.

Dr BR : Mais ça ne changera pas euh, heureusement ça ne supp...on a toujours besoin d'examiner le malade et ça c'est pas l'ordinateur qui pourra le faire.

Doctorant : Et est-ce que vous pensez que ça va, ça va changer de certaines façons de faire pour la formation continue, pour les évaluations de pratique professionnelle, des choses comme ça.

Dr BR : Peut-être oui. Oui. Mais euh, enfin ça c'est encore, ce n'est pas encore bien, bien structuré donc il y a encore beaucoup de travail à faire. Mais, enfin pour l'instant je ne me sens pas du tout dépendant de l'ordinateur.

Doctorant : Ah, non, ce n'était pas ça ma question c'était comment est ce que vous voyez la place de l'outil informatique à long terme dans la médecine.

Dr BR : Ben je pense que ça va être une place de plus en plus importante, que euh, maintenant tout médecin ne peut plus se passer d'ordinateur.

Doctorant : Mais, et dans quel sens cette place va être plus importante en fait ?

Dr BR : Je ne sais pas si elle va être plus importante, c'est pareil, je reviens au moyen de communication, mais autrement ça ne va pas du tout prendre toute la place de l'exercice médical, je pense que ça, ça restera, restera toujours un moyen, un moyen surtout de communication, un moyen de rédaction mais c'est tout. Ça, ça ne va pas transformer la médecine dans sa pratique médicale, libérale, je pense que ça ne va pas changer.

Doctorant : D'accord.

Dr BR : Non l'intérêt aussi, il y a aussi moi ce que je n'utilise pas parce qu'on a des secrétaires mais après il y a toute la, la gestion secrétariat, secrétariat médical et ça je crois que ça va beaucoup effectivement évoluer dans, dans ce sens là. Ce n'est pas ça qui va donner

des emplois éventuellement aux, aux secrétaires mais on va de plus en plus fonctionner avec cet outil informatique et donc euh, ne plus avoir besoins de secrétariat, ne plus avoir besoin, donc là on a déjà plus besoin de gens qui tapent les lettres, le courrier etc...à la machine, on fait tout par ordinateur. Donc ça, de ce côté là ça va effectivement beaucoup évoluer. Les secrétaires médicales à long terme à mon avis sont condamnées.

Doctorant : D'accord. je vous remercie j'ai terminé.

Entretien avec le Dr BU, médecin généraliste, le 01/02/08.

Doctorant : Alors, racontez-moi comment vous avez découvert l'informatique?

Dr BU : Quand, j'ai découvert l'informatique? Pour ma thèse en fait, pour ma thèse, c'est, c'est vraiment là que je me suis mis, oui. Donc, je suis allé je suis allé en fait j'étais à Paris Ouest qui dépendait de Garches et donc je suis allé à, ils avaient un, il y avait l'association de, d'élèves qui avait un, un petit Mac®, un petit Macintosh®, et donc voilà, j'ai fait, j'ai commencé à taper ma thèse sur un Macintosh® de la, de la fac de Garches et puis après donc comme c'était pas pratique, je me suis acheté un Mac et puis après voilà je suis passé sur PC pour, pour m'installer.

Doctorant : D'accord, quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne?

Dr BU : Alors, moi je me suis tout de suite informatisé. Je suis installé depuis 10 ans. Euh, j'ai tout de suite acheté un ordinateur, parce que d'abord je n'ai pas de secrétaire, euh Voilà, oui et puis pour... C'est pratique, puis parce que c'est moderne, enfin je ne sais pas parce que.....

Doctorant : Et qu'est ce qui vous a motivé à directement passer sur informatique et à ne pas avoir de dossiers papier?

Dr BU : Bah, je n'ai pas de secrétaire moi!

Doctorant : D'accord.

Dr BU : Je n'ai pas.....

Doctorant : C'est juste pour ça.

Dr BU : Bah, entre autres oui.

Doctorant : D'accord.

Dr BU : Et puis c'est pratique, ouais.

Doctorant : Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?

Dr BU : Là, je me suis fait arnaqué, je me suis fait arnaqué parce que hum, parce qu'ils m'avaient promis, hum, 5000 francs, je crois, ou 7000 francs, je ne sais plus combien c'était pour pour s'informatiser....Pfft et et quand, quand, quand j'ai été chercher mon argent, ils m'ont dit que c'était trop tard! Alors qu'ils m'avaient dit au départ que... Ça, ça, que je serais encore dans les créneaux. Enfin, voilà! Donc je, j'ai pas eu... Je n'ai pas eu l'aide moi.

Doctorant : D'accord.

Dr BU : Surtout qu'à cette époque-là, ça m'aurait bien aidé, enfin bon voilà, les choses sont ce qu'elles sont.

Doctorant : En quoi un accompagnement, ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?

Dr BU : Moi, j'ai tout fait tout seul. Donc je, je ne sais pas ce que c'est l'aide... Je trouve que les hotlines sont très mauvaises, euh. J'ai gaspillé beaucoup d'argent en hotlines et en aides, euh...Donc je ne me suis pas fait aider. Mais bon, concernant le réseau REPOP, moi ce que

j'ai trouvé j'ai essayé, j'ai essayé de, de, d'utiliser le logiciel et ça m'a énervé parce que, parce que, parce qu'il n'était pas du tout convivial et il n'était pas du tout pratique à utiliser.

Doctorant : D'accord, mais alors, sur le choix de votre matériel au départ, le choix de votre logiciel, est ce que vous avez eu des conseils ?

Dr BU : Non, euh... Alors, moi j'ai eu un premier logiciel, hein, qui s'appelait : Médifacile®. C'était à l'époque où il y avait, 40000 logiciels, donc une toute petite boîte, quelqu'un qui était venu me démarcher qui était d'ailleurs très fonctionnel, très, très simple mais très, très fonctionnel, vraiment un... Vraiment super bien, et puis eux, apparemment ils ont changé de, ils ont, ils ont ... du jour au lendemain ils se sont arrêtés, sans me prévenir d'ailleurs, et eux, donc voilà, je suis passé sur : HelloDoc® parce que j'avais, j'avais pris eux, HelloDoc® pour faire la télétransmission, et voilà donc j'ai HelloDoc® maintenant qui est eux, très touffu, très compliqué eux, pas très convivial, voilà.

Doctorant : D'accord. En termes de fonctionnalité logicielle, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée et pourquoi : gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision ou autre chose ?

Dr BU : Bah, je fais, je fais tout ça, sauf la comptabilité.

Doctorant : Et laquelle est la plus utile, la plus utilisée et pourquoi ?

Dr BU : Bah, là je télétransmet j'utilise les, les, les, les dossiers informatisés, tout est utile, il n'y en a pas un qui soit plus utile.

Doctorant : D'accord. En quel sens l'outil informatique a-il été appréhendé par vos patients ?

Dr BU : Ah, ils n'ont pas le choix. Je n'ai pas, je n'ai pas de remarques. Ils sont plutôt contents, je crois.

Doctorant : Ils ne vous en ont jamais parlé ?

Dr BU : Très rarement

Doctorant : D'accord. Comment qualifiez-vous le passage du papier à l'informatique ? Y a-t-il eu une raison à ce passage ?

Dr BU : Euh.

Doctorant : En général.

Dr BU : Oui, le papier informatique, bah moi je sais pas parce que j'ai toujours été informatisé donc donc je sais pas, je ne sais pas je suis passé de l'informatique à l'informatique.

Doctorant : Et d'après vous, est ce que enfin Dans l'évolution des choses, est ce qu'il y a...

Dr BU : Bah, c'est l'évolution normale on nous a mis dans une société informatisée, il faut s'informatiser. Ça paraît logique

Doctorant : D'accord, euh vous exercez seul !

Dr BU : Oui.

Doctorant : Comment percevez-vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ?

Dr BU : Comment je la perçois ? Euh..... Eh bien, je la perçois bien, c'est super utile, euh... Très efficace, on peut faire des « copier - coller », on peut faire des lettres, on peut faire des tas de choses qu'on ne pourrait pas faire, qui gagnent énormément de temps. Voilà, moi, je pense que je fais, je fais le travail de deux ou trois personnes... Au moins le travail d'une secrétaire. Oui.

Doctorant : D'accord, diriez-vous que vous vous sentez à l'aise mal à l'aise avec cet outil ?

Dr BU : Oh, j'ai l'impression d'être très à l'aise.

Doctorant : Avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnement ?

Dr BU : Bah oui.

Doctorant : Si oui, comment avez-vous pu résoudre ces problèmes.

Dr BU : Bah, je vous dis, je trouve que les, les, les les gens les gens sont plutôt, les hotlines tout ça, sont plutôt très mauvaises, je me suis toujours débrouillé tout seul et puis bon, et puis des petites aides comme ça des petites aides, mais la plupart, je dirais que 95% de, de, du travail informatique, c'est moi qui l'ai fait, quoi. Les installations, tout ça c'est moi qui l'ai fait.

Doctorant : Et les dysfonctionnements à l'utilisation ?

Dr BU : Et bah, j'essaie de m'en sortir tout seul. Et j'en ai plein, ouais j'en ai plein ; surtout sur HelloDoc®, ça, ça n'arrête pas de planter. Ça, d'ailleurs, je refais encore. Voilà c'est comme ça, il faut, il faut se démerder. J'utilise la hotline d'HelloDoc® assez souvent, enfin relativement souvent. Mais eux sont plutôt compétents quand même, et les, les hotliners d'HelloDoc® sont plutôt bons, mais ce que j'ai vu sur Microsoft® et tout ça, c'est plutôt nul quoi les, les, ou Orange® et tout ça, ils sont pas terribles quand même, ils ne sont pas très forts.

Doctorant : Et dans ces cas-là, vous arrêtez votre consultation ? Comment ça se passe ?

Dr BU : Quand j'ai un plantage ? Bah non, je continue ma consultation !

Doctorant : D'accord.

Dr BU : J'étais, il y a, il y a, il y a, il y a 8 ou 10 mois, j'ai eu un ordinateur qui a planté, je suis allé m'en racheter un et j'ai tout réinstallé dans, dans, en deux ou trois heures et j'ai repris ma consultation comme si de rien n'était.

Doctorant : D'accord. Pour quelle partie de votre patientèle utilisez-vous votre logiciel de gestion de dossier médical et si c'est de manière sélective, sur quel critère ?

Dr BU : Tout le monde, non. Je prends tout le monde

Doctorant : En quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr BU : Bah, c'est tout l'impact, j'ai de l'info, j'ai sur les médicaments, sur, sur tout, enfin.... C'est, c'est un outil extraordinaire, voilà. C'est un outil de communication aussi puisque je peux appeler Les, les, les, les spécialistes, enfin écrire aux spécialistes par mail, etc... Envoyer de la documentation aux patients.

Doctorant : Diriez-vous que votre pratique a été améliorée, et en quoi a-t-elle été améliorée si oui ?

Dr BU : Bah, euh améliorée, je ne sais pas puisque j'ai toujours eu l'informatique. Donc je pense que je suis meilleur que certains médecins qui ne travaillent que sur papier.

Doctorant : Euh, est-ce que vous faites des visites à domicile ?

Dr BU : Ouais.

Doctorant : Sont-elles informatisées sur place ?

Dr BU : Non.

Doctorant : Au cabinet ?

Dr BU : Non, non, j'en fais très peu

Doctorant : Comment ça se passe ?

Dr BU : Je mets juste la compta, là-dedans. Je mets, je mets, je mets la compta... Pour... Pour... Voilà.

Doctorant : Et vous avez des dossiers-papiers par ailleurs ?

Dr BU : Alors, j'ai des dossiers-papiers chez personnes que je vais voir en visite, ouais.

Doctorant : Avez-vous déjà des idées d'évolutions de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr BU : Ah... ça, j'en ai plein oui, mais pfft...

Doctorant : Lesquelles ?

Dr BU : Alors lesquelles d'informatique là comme ça vous me prenez à froid, qu'est-ce que je voulais faire ou acheter, pfft, pfft, pfft, pfft, pfft, concernant l'informatique, il faut que je, là, je vais, je vais, bon je vais prendre des remplaçants, donc le vendredi régulièrement, et

donc je vais je vais hum, prendre une partie des ...Des... Enfin, tous mes dossiers, je vais, je vais les mettre chez moi, et je vais remettre chez moi le, le, mon dossier informatique pour, pour pouvoir bosser chez moi. Voilà. Disons qu'à court terme, c'est ce que je, c'est ce que j'envisage. Un gros travail de, de tout remettre chez moi pour pouvoir bosser le vendredi. Voilà.

Doctorant : Et l'entrée dans le réseau REPOP, c'était quand et pourquoi, et appartenez vous à d'autres réseaux de santé ?

Dr BU : Alors, REPOP ça doit faire un an et demi, grosso modo, ou deux ans, je ne sais plus. Euh, pourquoi ? Comment je suis atterri là-dedans ? Euh, c'est Bernard Daunou, je pense, un copain qui m'a, qui me, qui m'a dit de venir, euh...Réseau de santé donc, je fais partie d'un réseau de soins palliatifs, Epsilon®, je fais partie sinon je suis secrétaire d'une association de médecins du sport et de, et de médecins de garde de Versailles. Mais ouais enfin médecins du sport, on peut dire que c'est un réseau parce que, enfin, on se voit beaucoup, on se forme, etc. ...

Doctorant : L'implication au sein du REPOP ou d'un réseau de santé en général, a t elle eu un impact sur votre pratique ?

Dr BU : Ben, oui, évidemment. Ben.oui , oui, oui

Doctorant : Dans quel sens ?

Dr BU : Dans quel sens ? .Eh ben, ça me fait voir les, les, les patients de façon différente quoi ! On les voit régulièrement pour REPOP, voilà ! On se forme, il y a des soi..., Il y a des formations, tout ça, voilà !

Doctorant : Quels sont pour vous les éléments critiques, pour le succès et l'utilité pour les professionnels , 'un réseau de santé ?

Dr BU : Alors les réseaux de santé, moi je suis plutôt contre, paradoxalement, enfin, je trouve que c'est, c'est un truc qui, qui est bon de toute façon, il y a eu un, un rapport de député là, je crois qu'il y a une commission, une commission parlementaire qui disait que euh.... Euh, qu'il y avait pas mal de gaspillage dans les réseaux donc moi paradoxalement je suis plutôt contre les réseaux. Je pense que c'est, c'est, c'est, c'est très mal organisé chacun fait son réseau de ce qu'il veut et dans son coin ...Ffff, et ça ne correspond pas forcément à des demandes voilà ! Donc je ne sais plus quelle était la question ?

Doctorant : Quels sont pour vous les éléments critiques, pour le succès et l'utilité...

Dr BU : Après, donc effectivement il y a un certain nombre, donc je crois dans ce rapport parlementaire, il y avait un certain nombre de réseaux qui étaient, qui étaient efficaces, je crois que c'était justement ceux de gérontologie et de la douleur, euh..... Et...Quels étaient les, les, les, les ...Fff... Pour que ça marche, pour que ça marche, il faut qu'il y ait des gens faut qu'y ait des gens ... compétents et.... Motivés pour les faire marcher.

Doctorant : Vous sentez vous impliqué dans la vie du réseau et comment ?

Dr BU : Fffff...Bon ah... Je vais aux réunions et puis euh... Et puis je vois les gamins oui. Euh...Oui

Doctorant : Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau ?

Dr BU : Ben ... pas grand-chose, moi je vois les gens de Mignot surtout, de l'hôpital Mignot à Versailles, et euh... Les gens de Necker... Ben pas grand-chose ... je, je les, je ne les vois pas, je ne vais pas, je ne vais pas à leur staff. D'ailleurs j'ai pas très bien compris euh... Le fonctionnement. On m'avait dit effectivement qu'il y avait, qu'il y avait euh.... Il y avait des réunions sur dossiers, moi j'aimerais bien discuter de certains dossiers de mes patients, parce que je, je ... Il y en a avec lesquels je galère ... Fffff. Euh...Donc j'ai cru comprendre que euh... Ça se passait à Necker ... Mais bon, c'est pas bien clair là.

Doctorant : Comment percevez vous la perspective d'un partage d'informations médicales, avec d'autres médecins, d'autres professionnels de santé ? Et comment percevez vous cette possibilité ?

Dr BU : Moi je pense qu'on va y venir, de toute façon, ça sera pour tout le monde, on aura, on aura accès à, au dossier médical partagé donc voilà. Donc effectivement c'est une évolution normale, après, je suis sceptique sur je vous dis, j'ai déjà vu un, un, un ratage de ce genre de truc avec un réseau de, de périnatalité ce qu'ils appellent euh. Voilà ! Je suis j'attends de voir, je suis assez sceptique. Mais ceci étant, ce serait intéressant, hein je pense.

Doctorant : Sur le principe ?

Dr BU : Sur le principe, je ne suis pas contre hein, bien sûr.

Doctorant : Et votre adhésion à un réseau de santé a t elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet et dans quel sens ?

Dr BU : Ben, je vous l'ai dit hein, moi de toute façon, je n'ai pas, j'ai pas changé de, de, réflexion, je pense que les réseaux, c'est mal organisé et c'est heu, c'est anarchique et voilà ! Et c'est français donc, mais c'est pas, et voilà, c'est pas ! ça m'énerve aussi un petit peu parce que c'est fondé effectivement sur un esprit très français où en fait on va faire bosser ses copains euh... Ffffff c'est, c'est sur le fondement même des réseaux, je trouve que ce n'est pas, c'est pas un bon truc, quoi. C'est pas un bon truc. Maintenant je fais partie de réseau parce que, parce que il n'y a pas d'autres choses mais je pense que ça devrait être organisé différemment et puis même le nom de « réseau » me, me, m'exaspère un petit peu en fait. Pour moi les réseaux c'est des copains de gens qui ont du fric, qui se, qui se font, qui font travailler les fils de leurs copains, voilà .hummm.. Donc je ne sais pas, je ne suis pas, pas trop fana des réseaux, voilà. Mais bon ils sont là, il faut faire avec !

Doctorant : Comment pensez vous que les informations à propos d'un patient doivent être partagés au sein d'un réseau : dossier papier structuré, fiche de suivi patient, dossier patient informatique ?

Dr BU : Ben, bien sûr que c'est un dossier patient informatique qui est le plus efficace, mais il faut pour qu'il y ait un dossier patient informatique que le, le logiciel sur lequel on travaille soit suffisamment convivial. Le problème des logiciels de toute façon quel qu'il soit, le HelloDoc® c'est pareil, c'est qu'il y a un gouffre entre les gens qui font le logiciel et les utilisateurs. Voilà, les, les gens qui font les logiciels ne sont pas du tout assez à l'écoute des utilisateurs. J'ai aussi testé un logiciel parce que je travaillais en centre médico-sportif, fait par des un logiciel de, de pour centre médico-sportif qui était complètement nul, inutilisable, qui avait dû coûter, qui a coûté des fortunes et qui est un gaspillage monumental d'argent, ça, ça m'irrite un petit peu ce genre de chose. Mais bon, si vous arrivez à, à faire un, un logiciel qui fonctionne et qui soit convivial et simple, pourquoi pas, ouais, moi je suis pour, je, je suis tout à fait pour. Je suis par exemple, effectivement des fois embêté parce que là par exemple, j'ai une patiente qui est, qui était sortie de Bullion là, l'hôpital Bullion je n'avais aucune info sur elle : rien pas une lettre, rien, enfin juste une lettre me disant vous allez prendre en charge madame, mademoiselle machin voilà. Mais rien, rien comme renseignements médicaux. Donc ça ce n'est pas bien parce que ... Voilà ! C'est pas bien, c'est nul. Cela serait mieux que l'on ait effectivement au moins quelques données à utiliser.

Doctorant : D'accord. Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non et cette distinction est-elle théorique ou pratique ?

Dr BU : Ah ben, il faut qu'ils soient informatisés, on n'a pas le choix. On ne va pas faire des dossiers papier, en se les passant les uns aux autres. D'ailleurs je ne l'utilise pas hein, il y a un dossier-papier, il paraît, j'ai appris ça, cette semaine. On est censé, je crois redonner un dossier-papier au patient. Je ne l'utilise pas, je ne le remplis pas, ça, ça m'embête, je n'ai pas le temps.

Doctorant : Donc, donc vous n'utilisez pas le dossier patient partagé.

Dr BU : Non.

Doctorant : Pourriez vous expliquer pourquoi ?

Dr BU : Parce que je n'ai pas le temps. Effectivement si c'était, si c'était un dossier, un dossier . informatisé direct, je pense que enfin je l'utiliserais biensûr, de toute façon, enfin voilà. Mais le dossier-papier j'ai pas le temps de remplir en plus de remplir le carnet de santé là, pff, remplir le carnet on ne peut pas tout faire.

Doctorant : D'accord. Le dossier médical personnel, qu'en savez-vous , qu'en pensez vous ?

Dr BU : Ce que j'en sais, c'est que c'est que ça, ça rame, ça rame, ça rame ça rame. Et que ben, voilà on aimerait bien le voir apparaître. Ça serait assez utile voilà.

Doctorant : Et comment pensez vous l'utiliser, en parler avec vos patients ?

Dr BU : Ben l'utiliser dès qu'il est utilisable, moi je l'utilise, mais, comment, ben comment c'est assez simple d'après ce que j'ai compris. Et puis en parler avec mes patients, ben pff. Je pense que les, les, les journalistes en parleront avant. Les médias en ont déjà parlé

Doctorant : Et vos patients, vous en parlent-ils ?

Dr BU : Oui, oui , ils en parlent des fois ...

Doctorant : Et comment et que leur répondez-vous ?

Dr BU : Ben je leur dis que ça rame, et voilà. Ils en parlent de temps en temps, effectivement on a des petites discussions là-dessus, oui, sur le dossier papier, euh sur le dossier médical personnel, puisqu'il s'appelle personnel maintenant et non plus, et non plus partagé, ouais...

Doctorant : Et pensez vous introduire dans votre pratique une évolution à votre système informatique et laquelle ?

Dr BU : Euh, ben moi je pense que j'ai déjà un système informatique quand même assez complet. Euh, pff, ouais j'ai des petites choses à rajouter, je vais, je vais changer la téléphonie, peut être par Internet . voilà et puis alors peut être peut être, peut être faire des, des formations genre par webcam ou.... Enfin des trucs un peu des formations où on est chacun dans son, dans son cabinet, ouais peut être que je vais, je vais essayer de voir ça. Mais bon à, à long terme. Puisque je vais m'impliquer, je vais essayer de m'impliquer dans la formation médicale continue, en essayant de faire des formations de formateur. Hum mm

Doctorant : A plus long terme, comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

DR B : Eh bien, ce que je verrais bien moi, c'est un outil informatique qui plante moins, qui soit plus convivial, plus convivial et puis et puis voilà !

Doctorant : D'accord, et dans la pratique, ça restera comme ça ?ça n'évoluera pas très vite ?

Dr BU : Euh, dans la pratique, dans la pratique, oui ben, l'informatique va évoluer. Ça évolue à fond, très vite ouais, je pense qu'il y aura, il y aura des mémoires de plus en plus grosses on va pouvoir entrer de plus en plus de choses, etc... Voilà, tout ça, l'informatique ouais, qui évolue, elle a déjà énormément évolué

Doctorant : J'ai terminé.

Dr BU : Bon, très bien

Entretien avec le Dr E, médecin généraliste, la 7/02/08

Doctorant : Racontez moi comment vous avez découvert l'informatique.

Dr E : Comment moi l'informatique ? Tout seul !

Doctorant : c'est-à-dire ?

Dr E : Tout seul, c'est-à-dire je, je, j'ai eu un ordinateur, je me suis mis à jouer dessus, et puis voilà.

Doctorant : D'accord, donc vous avez commencé par un jeu et euh...

Dr E : Un jeu même pas un jeu, rien j'ai cherché, regardé ce que c'est...

Doctorant : D'accord.

Dr E : Par curiosité.

Doctorant : D'accord. Et quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr E : Très bien euh... Ben parce que je suis très désordonné et... Ça m'oblige à avoir moins de papier, enfin ça me permet d'avoir moins de papier, je veux dire, et donc par conséquent, j'ai adopté tout de suite, moi je suis informatisé depuis quinze ans !

Doctorant : D'accord.

Dr E : Voilà, je suis un des premiers à m'être informatisé...euh... Axisanté®, enfin j'ai un logiciel qui s'appelle Axisanté®.

Doctorant : D'accord, parce que ça vous permet d'avoir moins de papier en fait.

Dr E : Oui, moins de papier et plus, et non, non, c'est, c'est mieux, ça, ça me donne plus d'efficacité aussi hein, parce j'ai immédiatement tous les examens complémentaires tout je déroule facilement toutes les... Tout le contenu de mes anciennes ... Enfin des, des, des consultations précédentes. Non c'est rapide.

Doctorant : D'accord.

Dr E : C'est bon.

Doctorant : Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?

Dr E : Ah, la loi Juppé qui, c'est quoi cette loi ? C'est qui qui obligeait je ne sais pas quoi à rembourser des sous.

Doctorant : La télétransmission...

Dr E : La télétransmission ? Quel a été l'apport ?

Doctorant : Oui

Dr E : Ah, euh. Ouais, je trouve ça bien hein, c'est toujours moins de papier, plus d'efficacité. Bon, on est un peu plus contrôlé, c'est sûr, parce que l'informatique permet donc un contrôle meilleur de tout, toutes nos prestations...Euh.... Mais c'est bien la télétransmission. Moi je trouve ça bien, ça facilite la vie aux patients et nous aussi, c'est pas la peine de remplir des papiers.

Doctorant : D'accord.

Dr E : Ça économise du papier !

Doctorant : Ca, ça, ça n'a jamais modifié votre votre logiciel de gestion ? Vous n'avez pas eu...

Dr E : Si, si, une toute petite modification hein, Sésame Vitale, tout ça...

Doctorant : D'accord.

Dr E : Mais c'est pas....

Doctorant : Mais c'était compris dans votre logiciel ?

Dr E : Je crois qu'on a payé un petit truc en plus, mais après ça c'est.... Bon...Allez-y.

Doctorant : En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel, au niveau de votre travail, vous paraissait convenir à la situation ?

Dr E : Euh.... Ben, c'est-à-dire que quand j'ai acquis le logiciel Axisanté®, la personne est venue. Elle m'a, m'a montré, voilà c'est comme ça, et puis moi je... Tout simplement, elle m'a fait apparaître le logiciel sur le...

Doctorant : D'accord.

Dr E : Sur l'écran et puis moi j'ai continué tout seul.

Doctorant : D'accord

Dr E : Voilà, j'ai découvert au fur et à mesure, ce qui d'ailleurs c'est peut être pas la meilleure des choses, parce qu'on est pas on se limite à, à, au petit carré minimal, mais en

fait on pourrait être encore plus efficace peut être si on utilisait toutes les capacités de, du logiciel. Bon, enfin bon, j'ai découvert, je découvre encore des petites choses hein....Voilà, la suite.

Doctorant : En termes de fonctionnalités logicielles, gestion du dossier médical, télétransmission, gestion du cabinet, aide à la décision ou autre, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée et pourquoi ?

Dr E : Ah, répétez votre question.

Doctorant : En termes de fonctionnalités...

Dr E : Fonctionnalités logicielles ?

Doctorant : Laquelle a été la plus utile, la plus utilisée et pourquoi ?

Dr E : Ah !Euh, vous parlez du logiciel lui-même ?

Doctorant : Oui.

Dr E : C'est-à-dire du contenu ? Euh... Qu'est ce que j'utilise facilement dans le logiciel?... Ben écoutez, vous avez le Vidal CD qui s'accroche donc au logiciel, qui est inclus dans toutes, toutes, toutes les ordonnances etc... Ça, ça vous aide, énormément hein. Les posologies les nouveaux médicaments euh. Il s'agit tout simplement de, de mettre à jour hein, à l'aide des, des CD qu'on, qu'on nous envoie ou des mises à jour automatiques par voie électronique. Hum...Ça... Et puis évidemment la fonctionnalité, la, la, la carte d'identité de chaque patient, hein, le dossier médical....

Doctorant : D'accord.

Dr E : Lui-même ! De chaque patient ! Ça vous permet de remonter tout de suite sur toutes les, les fiches, les ...Non, c'est une... Voilà hein, n'est-ce pas ?

Doctorant : En quel sens l'outil informatique a été, été, a-t-il été appréhendé par vos patients ?

Dr E : J'ai pris le parti de continuer de leur parler comme d'habitude, c'est à dire de faire des, des ordonnances, effectivement je, je les établis par l'outil informatique, mais je ne les édite pas. C'est-à-dire, je les écris moi-même, ce qui me permet de parler en même temps que l'établissement de l'ordonnance papier. Donc je garde l'ordonnance papier mais avec une copie informatique, mais je, je fais l'ordonnance à la main ! D'abord ça me permet d'écrire, parce qu'on perd l'habitude d'écrire sinon...Bon enfin c'est, c'est pour mieux communiquer avec le patient, et de toutes les façons, le patient ne regarde même pas l'informatique. Il est habitué maintenant. Maintenant c'est devenu chose simple sur toute ma clientèle, et j'en ai du monde hein, j'ai eu une seule personne qui a refusé d'être inscrite dans mon, dans mon, dans mon logiciel infor, enfin dans le dossier patient informatique.

Doctorant : D'accord. Parce que vous leur aviez dit que, au départ qu'ils avaient le droit de refuser ou là c'est parce qu'elle...

Dr E : Non, je leur demande la permission.

Doctorant : D'accord.

Dr E : Actuellement, je vous assure, je ne demande quasiment plus la permission.

Doctorant : Mais au début, oui.

Dr E : Au début oui.

Doctorant : D'accord.

Dr E : Oui, tout à fait, allez-y.

Doctorant : Euh, comment qualifieriez-vous le passage du papier à l'informatique ? Y a t il eu une raison à ce passage ?

Dr E : Ben c'est ce que je vous disais tout à l'heure, c'est le bonheur pour moi, j'ai moins de papier, vous voyez bien que j'ai toujours plein de papiers quand même, parce que désordonné comme je suis mais i i i i, c'est, je sais pas, c'est, c'est une habitude d'avoir ça comme ça.

Doctorant : D'accord.

Dr E : Donc mais par contre l'informatique m'oblige à une certaine, un certain carrelage euh...

Doctorant : D'accord.

Dr E : Voilà.

Doctorant : Dans quel sens ?

Dr E : Ben il y a des cases ! Il faut les remplir ! Vous ne les remplissez pas, elles vont vous manquer, vous êtes obligés de les remplir. Le, le logiciel est organisé il y a quelqu'un qui a pensé à ça avant il, il vous inscrit une un certain mode de travail et il vous aide quand même à, à, à, enfin il vous économise du temps, c'est à dire que vous n'avez pas à chercher les examens complémentaires, vous n'avez pas à aller chercher dans le dossier papier les, les, les consultations précédentes, le contenu, etc... Là tout de suite tout est déjà prêt, installé et euh Voilà.

Doctorant : Vous exercez seul n'est-ce-pas ou en cabinet de groupe ?

Dr E : Euh.

Doctorant : Vous exercez seul ou en cabinet de groupe ?

Dr E : Seul.

Doctorant : D'accord. Comment percevez vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ?

Dr E : L'utilisation quotidienne ?

Doctorant : Oui.

Dr E : Comment je la perçois ?

Doctorant : Oui.

Dr E : Euh... l'utilisation, euh... tout simplement c'est à la place du papier hein, c'est... L'outil informatique en général ? Ben pfff, ça, ça me permet, bon, aujourd'hui on a l'Internet évidemment, il y a le réflexe toujours, d'aller voir tout de suite ce qui se passe, à droite à gauche, les, les, les, les renseignements personnels dont j'ai besoin, la banque, les débits, les, les recherches sur Internet les recherches d'adresses, etc. C'est un outil énorme l'informatique, sans, sans l'informatique, vous n'avez pas l'Internet.

Doctorant : Diriez vous que vous vous sentez à l'aise ou mal à l'aise avec cet outil ?

Dr E : Non, je suis à l'aise.

Doctorant : D'accord, avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnements et si oui, comment avez-vous pu résoudre les problèmes ?

Dr E : Concernant l'informatique ?

Doctorant : Oui

Dr E : Ah, oui, oui, souvent. Euh... Des petits problèmes, des, des petits bugs, des, des blocages je les résouds tout seul, parce que pfff... Ça ne casse pas. On dirait que ça ne casse pas. Hein.

Doctorant : D'accord

Dr E : On redémarre les choses, et puis voilà ! J'ai juste ajouté de la mémoire ... Voilà.

Doctorant : D'accord. Alors pour quelle partie de votre patientèle utilisez vous votre logiciel de gestion du dossier médical et si c'est de manière sélective, sur quels critères ?

Dr E : Non, non, tous, tous les patients bénéficient... J'allais dire « bénéficient » de l'outil

Doctorant : D'accord, en quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eu un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr E : Ben c'est ce que je disais tout à l'heure, euh...c'est... c'est un peu.... C'est la thésaurisation de tous, tous les renseignements... Hein ? C'est la mémoire ! J'ai pas, je n'ai plus besoin d'avoir de mémoire dans la tête ni dans le papier. Enfin dans la tête, il m'en faut quand même un peu, mais je n'ai plus besoin de mémoire sur le papier. Elle est, tout est en, et puis ça vous, ça vous oblige à un certain degré de concision et de, de brièveté parce que vous devez taper tout ça, ça va moins vite que l'écriture à la main.

Doctorant : D'accord. Est ce que vous faite des visites à domicile ?

Dr E : Oui

Doctorant : Les visites...

Dr E : J'utilise pas.

Doctorant : Sont-elles informatisées sur place ou au retour ?

Dr E : Non, non. Au retour, au retour j'inscris, mais pas grand-chose, hein « visite » tout simplement. Voilà point.

Doctorant : D'accord , avez vous déjà des idées d'évolution de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr E : Oui. Euh, j'aurais voulu avoir par exemple, un, un, une, être relié en avec les laboratoires d'a, d'analyses relié à, c'est à dire que je voudrais avoir moins de papiers par lettres, etc... C'est à dire que je voudrais que tout arrive , en tout cas tout ce qui concerne les patients, notamment l'hôpital, les comptes rendus, les examens complémentaires, les biopsies, les, les, les fibroscopies, tout ça, j'aimerais que ça arrive directement sur mon logiciel. Comme ça je les trouve, avec un, une petite un petit avertissement comme quoi voilà vous avez un truc qui est arrivé, etc...juste pour nous réveiller... Mais que tout rentre directement ... et à la rigueur, même si je ne suis pas averti, c'e n'est pas trop grave... Quand le patient arrive... Ah ! je vois qu'il y a un truc. Je le déroule... Vous voyez ?

Doctorant : D'accord

Dr E Mais ça, pour ça il faut une certaine j'en sais rien, une certaine, comment dirais-je adéquation de mes moyens informatiques, et ceux de, de, de ceux qui veulent me contacter .

Doctorant : D'accord,. L'entrée dans le réseau REPOP, c'était quand et pourquoi ?

Dr E : Ah ben parce que je m'intéressait à l'obésité des enfants ...En.,mais euh , c'était il y a quatre ans à peu près .

Doctorant : D'accord

Dr E : Je suis entré dans le réseau un peu par hasard... donc euh...euh.... donc euh...Voilà, c'est tout ! Je suis entré un peu par hasard , hein ? J'ai répondu à une lettre, j'ai été , j'ai bénéficié d'une petite formation et puis voilà ! Au fur et à mesure on s'est, on a appris. Et puis j'ai fait le DU de l'obésité de l'enfant.

Doctorant : D'accord.

Dr R : J'ai fait le diplôme universitaire , à l'hôpital Trousseau, qui m'a beaucoup apporté..

Doctorant : D'accord, appartenez-vous à d'autres réseaux de santé ?

Dr E : Euh, non. Quoique je sois contacté fréquemment par d'autres réseaux. Mais je ne peux pas parce que ça demande une certaine euh...Il y en a qui sont capables d'être dans, dans dix réseaux, je ne sais pas comment ils font. Mais bravo, moi je ne peux pas

Doctorant : L'implication au sein du REPOP a t elle eu un impact sur de votre pratique ?

Dr E : Si. Bien sûr, ça m'a, ça m'a ouvert les yeux sur le, le thème en question, hein. Sur l'obésité de l'enfant, je m'intéresse plus j'ouvre l'œil sur évidemment sur les enfants obèses alors qu'avant c'était moins, moins automatique, moins réflexe. Non, non , ça m'a apporté bien sûr....

Doctorant : Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr E : D'abord le hum, l'affinité qu'on les gens les uns avec les autres. Ça c'est la première des choses. Euh, le, le, il faudrait que, que les gens soient suffisamment adultes pour comprendre que l'essentiel c'est le réseau et c'est pas eux mêmes. C'est le réseau. C'est bon c'est important qu'ils soient de bons outils dans ce réseau. Mais que le réseau n'est pas fait là pour glorifier, et les, et les glorifier, et.. les magnifier. Hein, l'essentiel ce sont les patients !Nous sommes là euh , pour les servir et non pas pour acquérir du pouvoir ou avoir un ascendant sur untel ou un autre .Donc euh... c'est pas le pouvoir qui est important. Parce que

c'est toujours une lutte de pouvoir qui fait que les réseaux boivent la tasse..... Voilà ! Donc euh...Faut garder l'essentiel, faut garder le but ...

Doctorant : Vous entez vous impliqué dans la vie du réseau et comment ?

Dr E : Ben je, oui je suis impliqué moi même, je suis patron de la PRETOP hein, une association des médecins libéraux qui s'occupe donc de l'obésité hein, dans l'Ile de France. Donc je suis impliqué forcément.

Doctorant : D'accord.

Dr E : J'en demande à mes troupes, j'allais dire... Même si je ne suis pas un homme de pouvoir.

Doctorant : C'est, la façon dont vous vous sentez impliqué, c'est par cette association, par votre présence dans cette association ?

Dr E : Si, voilà. Dedans c'est donc ça ajoute à mon implication je me sens impliqué parce que c'est une cause quand même noble !

Doctorant : D'accord. Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau ?

Dr E : Ben, c'est un lien constant parce que la coordination du réseau nous aide aussi en secrétariat, et en organisation vis à vis de la PRETOP hein. Qui est l'association des médecins libéraux.

Doctorant : Hum, hum.

Dr E : Voilà, oui des liens, voilà. Oui, ce sont des liens naturels, normaux historiques constants.

Doctorant : D'accord. Comment percevez vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins, d'autres professionnels de santé et comment percevez vous cette possibilité ?

Dr E : Vous parlez du partage euh...

Doctorant : Des données médicales.

Dr E : Des données médicales ! Euh... Oui...Bien sûr... Ça c'est une bonne chose parce que nous ne sommes pas... d'abord nous, nous ne savons pas tout et l'apport des uns et des autres peut compléter et aider à, à, à mieux soigner les patients hein, et puis éviter les examens en trop, les, les épreuves en plus euh. Non, ça permet d'unifier le comment dirais-je ? L'action l'action entreprise pour aider le, l'enfant.

Doctorant : Votre adhésion à un réseau de santé a t elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet et dans quel sens ?

Dr E : Euh... Franchement je ne m'étais jamais je ne m'étais jamais, comment dirais je, jamais penché sur la question mais ce que, ce que j'ai noté c'est que euh... Comme j'ai une petite expérience à l'étranger, aux Etats Unis, au Canada, dans d'autres pays où j'ai fait des stages ...Euh, j'ai remarqué que d'autres pays euh où... tout est inscrit sur la carte depuis très longtemps, sur une petite carte à puce, depuis très longtemps tout est là-dedans. On peut, on peut lire tout, tout de suite, et ça ne fait pas plus de bruit que ça, le, le, le, votre médecin, il peut récupérer votre carte et lire ce qu'il y a là-dedans ça ne fait pas de, ça ne pose pas de problèmes. Voilà ! Donc effectivement le dossier partagé ça existe depuis longtemps ailleurs. (Silence)

Doctorant : Comment pensez vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau : dossier patient papier structuré, fiche de suivi patient, dossier patient informatique, soit un système d'informations de partage d'informations, ou une messagerie sécurisée pour un échange d'informations confidentielles entre professionnels de santé ?

Dr E : Euh... Non je pense à, à un système automatique de partage, c'est-à-dire que tout, toutes les données que je recueille, que l'autre recueille soient immédiatement versées à un pool où chacun a sous réserve, sous réserve de de sécurisation et d'autorisation chacun peut aller piocher, voir s'interroger et ça ! Euh, ça devrait être partout quoi ! Dans tout, c'est

pas que pour les enfants obèses évidemment. C'est pouvoir aller tout de suite se renseigner parce que j'ai, j'alimente la banque, la banque de données concernant le patient. Tout le temps.

Doctorant : Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non, et cette distinction est-elle théorique ou pratique ?

Dr E : À mon avis, je ne vois pas d'autres, actuellement nous n'avons pas d'autres visions de, que, que l'informatique hein. Pour pouvoir accéder tout de suite en temps réel à une information, de toutes les façons. Donc je ne vois pas d'autres moyens, hormis l'informatique. Je, actuellement rien, rien n'est visible, hormis l'informatique aujourd'hui. On verra, peut-être qu'on pourra accéder, mais de toute façon, de toute façon ça passe par l'informatique. Même si j'accède par mon téléphone cellulaire, ça va, c'est de l'informatique. Aujourd'hui les téléphones sont des, sont des ordinateurs. Voilà !

Doctorant : Vous n'utilisez pas du tout le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau ?

Dr E : Pour l'instant : non ... Je voudrais

Doctorant : Ni papier ? Ni informatique ?

Dr E : Que le papier ...

Doctorant : Vous dites que vous utilisez le dossier papier ?

Dr E : Dossier papier habituel euh...

Doctorant : D'accord

Dr E : Le dossier papier.

Doctorant : Quelles sont vos motivations à utiliser le dossier partagé papier ?

Dr E : Ben pour l'instant je, je ne suis pas encore content du dossier informatique. Je ne suis pas content de ce, de ce système. Il dépend totalement de, de, de l'Internet totalement. C'est-à-dire qu'il n'est pas acquis aux, aux médecins, et il n'est pas thésaurisé dans le thésaurus du médecin. Il ne fait pas partie de la, de la carte médicale de, de, des dossiers patients. Il est exclusivement euh Internet. Donc je dois importer chaque fois les pages. Il suffit d'avoir une petite interruption d'ADSL ou du câble, pour celui qui a le câble, pour louper l'information ou pour il faut retourner, reprendre. Pour moi, c'est pas comme ça. Moi je voudrais un logiciel où j'enregistre les données patient tranquillement, au fur et à mesure que je les recueille et, et puis après j'envoie ceci, sous réserve de sécurisation à au, au système central, qui lui, les récupère etc...Voilà ! Mais je ne veux pas dépendre de l'informatique pour le recueil des données et pour l'établissement du dossier... Je vais dépendre de l'informatique pour, adresser le dossier comme si j'adressais un mail ... Comme je fais une télétransmission. Je voudrais pouvoir télé transmettre mes données, et qu'elles restent chez moi... aussi .

Doctorant : Par qui et comment avez-vous été informé et formé de ces dossiers ?

Dr E : Ben, euh...J'ai pas été for... Si j'ai été formé quand même. au niveau du Ripop . C'est Monsieur Marcuez, Monsieur Emmanuel, comment il s'appelle ?

Doctorant : Papajeau.

Dr E : Papajeau.

Doctorant : D'accord. Avez vous connaissance d'un interlocuteur que vous pouvez contacter en cas de difficultés ?

Dr E : Oui je pense, oui je peux, M. Papajeau, ou monsieur, oui ça ne pose pas de problèmes...

Doctorant :D'accord.

Dr E : Ca pour ça il n'y a pas de problèmes, mais, mais je, malheureusement je ne pra... J'ai dé, débuté, j'ai commencé puis ça ne m'a pas plu du tout et j'ai, j'ai abandonné. Je suis remis au papier. Ce qui est bien dommage. Voilà ! Dans tous les cas ça ne pose pas de problème.

Doctorant : D'accord. Le dossier médical personnel, qu'en savez vous , qu'en pensez vous , et comment pensez vous l'utiliser et en parler à vos patients ?

Dr E : Euh... Je n'en sais pas grand-chose. Pour l'instant je sais que c'est une bérézina, à répétition euh... Mais je serais très heureux de participer à ce projet; et de, d'informer mes patients, et de les installer dans ce, oui, de, de, de faire en sorte qu'ils acceptent que leur dossier soit partagé. Bien sûr, parce que ce, c'est pour leur bien, c'est pas, ça a tellement d'avantages. Je ne vois quasiment que des avantages

Doctorant : Vos patients vous en parlent-ils, et comment, et que leur répondez vous ?

Dr E : Non, ils ne m'en parlent jamais .. Je suis dans un quartier où ce genre de questions ne les intéressent pas.

Doctorant : D'accord.

Dr E : Voilà. Donc je ne leur dit rien à ce sujet.

Doctorant : D'accord. Pensez vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution à votre système informatique et si oui laquelle ?

Dr E : Une évolution, pour l'instant je n'ai pas, pas de projets de ce genre. Euh, quelle évolution je pourrais ajouter ? Comment pour mon, je ne vois pas pour l'instant, je ne vois pas... Je... Voilà !

Doctorant : D'accord. A plus long terme, comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr E : Oui, je, moi, j'aurais voulu que l'outil informatique soit critique ... C'est-à-dire que... J'agis, je fais ceci ou cela, par rapport à un patient, je, je lui donne un traitement. Je voudrais quelque part, qu'il y ait une sorte de logiciel qui me critique, qui me dit : eh ben tu penses pas que tu aurais pu faire comme ça .. hein ? C'est un outil qui doit me former en même temps qu'il euh.. que je l'interroge. C'est ça ... c'est ça, je veux dire il faut une banque de données critique... avec un système donc, d'interrogations... Là, t'aurais pas pu faire comme ça ? Pourquoi eh, cette posologie est forte, pourquoi ? Un, un système qui m'interroge, qui me critique, avec lequel ... Comme je suis seul, en particulier du fait que je travaille seul, en libéral je voudrais que, un contre, un contrepoids à mes idées, à mes décisions. Voilà. Alors . espérons que ça puisse se faire.

Doctorant : D'accord. J'ai terminé.

Dr E : Merci

Entretien du Dr G, pédiatre en établissement de soins de suite et de réadaptation, le

7/02/08

Doctorant : Racontez- moi comment vous avez découvert l'informatique ?

Dr G : L'informatique, informatique.

Doctorant : Oui

Dr G : Ben quand j'ai été obligée de taper ma thèse il a fallu, je, c'était l'époque où on utilisait plus de secrétaire pour taper ses thèses et on les tapait soit même.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Donc je me suis mise à l'informatique pour taper ma thèse.

Doctorant : Vous avez investi dans un ordinateur ou c'était sur un ordinateur public.

Dr G : Euh, oui j'ai fini par être obligée d'acheter un ordinateur parce que j'avais récupérer des vieux mais qui ne marchaient plus.

Doctorant : D'accord.

: Quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique dans la pratique médicale quotidienne ?

Dr G : Dans ma pratique médicale quotidienne ?

Doctorant : Dans la pratique de l'établissement et dans la pratique...
 Dr G : Ah dans la oui alors je me place en tant que praticien hospitalier à Bullion ?
 Doctorant : Oui.
 Dr G : Euh.
 Doctorant : Parce que vous avez une pratique libérale.
 Dr G : Non ici, ici j'ai une consultation (nous sommes à l'hôpital Necker).
 Doctorant : D'accord.
 Dr G : Une demi-journée par semaine.
 Doctorant : Ben alors en les distinguant les deux. Est-ce que vous pouvez m'expliquer ?
 Dr G : Alors, à Bullion, je crois que la motivation de se mettre à l'informatique ça a été l'obligation de coder le PMSI.
 Doctorant : Hum, hum.
 Dr G : Et donc de le coder sur informatique et donc, du coup on a eu des ordinateurs qui ont été mis à notre disposition.
 Doctorant : D'accord.
 Dr G : Sinon je pense qu'on n'aurait pas eu accès à l'informatique si facilement.
 Doctorant : D'accord.
 Dr G : Ici en consultation malheureusement il y a des beaux ordinateurs mais les attachés de consultation ne les utilisent pas.
 Doctorant : D'accord.
 Dr G : Donc j'aimerais bien mais rien n'est prévu pour ça.
 Doctorant : Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?
 Dr G : Déjà je ne sais pas quelle est cette loi.
 Doctorant : Alors c'était la télétransmission, la création de l'ANAES etc..., et il y avait je crois et même je suis sûre le PMSI dedans.
 Dr G : Alors s'il y avait le PMSI dedans, c'était quoi la question ?
 Doctorant : C'était : Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?
 Dr G : Ben, c'était important parce que ça nous a imposé le PMSI, sachant que le PMSI en aigu, il est beaucoup moins contraignant qu'en moyen séjour, en SSR, soins de suite et de réadaptation. Et donc nous à Bullion, on est en soins de suite et de réadaptation donc le PMSI est très contraignant parce qu'on a non seulement le codage des diagnostics comme en aigu pour chaque séjour, mais en plus on doit réévaluer les diagnostics non pas par séjours, comme en aigu, quand le patient sort il y a un compte rendu d'hospitalisation qui correspond à un codage en fait, là on doit réévaluer les codages toutes les semaines et en plus on doit coder le temps des intervenants médicaux et paramédicaux auprès du patient, le temps hebdomadaire. Donc c'est diabolique.
 Doctorant : D'accord.
 : En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation du matériel vous paraissait convenir à la situation ?
 Dr G : Ah ben, c'est sur que, il y a souvent des plantage donc c'est l'ingénieur informatique qui dé plante. Et puis c'est vrai, il faut le manipuler au démarrage le programme
 Doctorant : D'accord.
 Dr G : Donc il faut une formation.
 Doctorant : D'accord. Donc vous l'avez eu, dans le cadre...
 Dr G : Nous on l'avait eu à Bullion.
 Doctorant : D'accord.
 : Euh, alors sur l'ordinateur en général que vous utilisez dans votre pratique médicale, quelle fonctionnalité logicielle utilisez vous le plus et laquelle a été le plus utile et pourquoi ?
 Dr G : Alors dans notre pratique médicale, moi j'utilise pour faire des, des présentations et de l'enseignement j'utilise Power Point, pour écrire des choses, des articles, préparer des

réunions, des choses comme ça, j'utilise Word. Euh, après on utilise la messagerie, ça c'est pour l'hôpital, donc on utilise la messagerie interne. On a accès à Internet et pour la pratique auprès du patient, ce qui est le plus utile pour nous pour l'instant, parce qu'on a pas encore les dossiers, on a pas encore le dossier patient informatisé, donc le plus utile c'est le dossier de prescription, qui nous fait gagner quand même plus de temps.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Qui est un dossier de prescription mais qui a été bidouillé ou créer en intra-muros sur Bullion, donc c'est pas, il n'y a pas autant de sécurité qu'un dossier de prescription acheté sur le marché, mais ça nous permet de faire les prescriptions médicales de générer des ordonnances de sorties. Alors c'est pas très, très convivial parce que c'est du Word adapté quoi, enfin non, oui c'est du Word adapté, donc il n'y a pas toutes les subtilités qu'il y a dans un dossier de prescription.

Doctorant : D'accord.

: Et donc pour vous ça a été la fonctionnalité la plus utile, la plus utilisée ?

Dr G : Pour moi la plus utile. Ça dépend si vous me parlez de ma fonction clinique ou de ma fonction enseignement.

Doctorant : D'accord (rires). Plutôt clinique.

Dr G : Normalement clinique, dans ma fonction clinique oui le plus utile c'est probablement quand même les prescriptions médicales parce qu'en plus on a pas les prescriptions, on a pas on a pas les prescriptions paracliniques : on n'a pas la diet, on n'a pas la kiné en informatique.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Donc c'est que les médicaments, mais c'est beaucoup plus pratique que d'être obligée de le faire à la main moi je trouve.

Doctorant : Euh, vous n'utilisez pas du tout au pied du patient l'outil informatique ?

Dr G : Alors si j'ai réussi à avoir dans la salle de consultation, dans la salle où je fais les visites médicales à Bullion, où je vois les patients en visite médicale, j'ai réussi à obtenir un info..., un PC justement pour pendant la visite pouvoir faire mes prescriptions.

Doctorant : Alors comment...

Dr G : Par contre en consultation quand je vois des patients en consultation je n'ai pas l'outil informatique à priori.

Doctorant : D'accord,

: Et en quel sens l'outil informatique a été appréhendé par vos patients ?

Dr G : (Rires) Aucune idée.

Doctorant : Ils n'ont rien dit.

Dr G : Aucune idée.

Doctorant : Ils n'ont fait aucune remarque.

Dr G : Non, non, non, j'ai jamais.

Doctorant : Rien du tout.

Dr G : Je n'ai jamais eu de remarque là-dessus.

Doctorant : D'accord.

: Comment qualifiez vous le passage du papier à l'informatique et y a t-il eu une raison à ce passage ?

Dr G : Ben le problème c'est qu'on n'est pas vraiment encore passé à l'informatique dans le sens où, c'est un support pour écrire sur le papier chez nous. C'est-à-dire que les prescriptions ça m'évite de les écrire à la main mais on les sort sur papier et on les contresigne. Donc on a gardé le support papier, ce n'est pas vraiment un système de prescription où tout serait sur l'ordinateur, où l'infirmière aurait l'ordinateur sous les yeux pour délivrer le médicament plutôt que d'avoir le support papier.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Donc on est encore loin de ce que l'on peut faire au maximum de l'informatique.

Doctorant : D'accord, et plus en général pensez vous qu'il y a une raison du passage du papier à l'informatique ?

Dr G : Oh, ben le truc génial c'est les archives.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Les archives ça coûte très cher aux hôpitaux. La quantité d'archive, nous sur Bullion on a des quantités d'archives indécentes. Parce que chacun remet un papier refait un protocole, remet quelque chose, donc à chaque fois on archive, et ça fait des dossiers, comme on a des patients qui restent très longtemps, ça fait des dossiers qui ont des tailles, des dossiers obèses quoi. Donc l'informatique si ça pouvait nous permettre d'élaguer tout ça et nous éviter d'avoir des, des kilomètres de, de salles avec des rayonnages d'archives, ça serait beaucoup mieux. L'autre aspect sur Bullion de l'informatique c'est que comme les prises en charges sont éclatées géographiquement entre les différents professionnels kiné, diet, psycho, psychologue euh éducateur, médecin, bon j'ai du en oublié, assistante sociale, ça nous permettrait d'avoir un dossier qui soit vraiment commun. Plutôt que de se faire des sous-dossiers chacun dans son coin pour avoir suffisamment d'informations concernant le patient.

Doctorant : Hum, hum, d'accord.

: Alors comment percevez vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ?

Dr G : Ah ben moi il me faudrait un portable et puis il faudrait aussi avoir des petits, des, des petites je ne sais pas comment ça s'appelle moi, des, des mini portables pour pouvoir à la limite le mettre dans la poche, et puis euh comme des Palm ou des choses comme ça et pour pouvoir accéder soit sur le portable qu'on aurait par exemple si on fait une visite ou une consultation ou si même on est en train de se balader d'un coin à un autre, d'avoir chacun son Palm® où on puisse accéder sur, sur tout ce que l'on a sur notre bureau plus le dossier les prescriptions et tout. Moi je serai pour forcer beaucoup plus l'informatique, mais bon.

Doctorant : Diriez vous que vous vous sentez à l'aise avec l'outil informatique ?

Dr G : A l'hôpital oui parce que quand j'ai un problème j'ai l'ingénieur pour venir me dépanner.

Doctorant : D'accord.

: Avez vous déjà...

Dr G : Mais je n'ai jamais eu de formation ?

Doctorant : Avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnement et si oui comment avez-vous pu les résoudre ?

Dr G : Ah ben quand ça dysfonctionne j'appelle l'ingénieur informatique.

Doctorant : D'accord. Et ça a toujours été résolu assez rapidement ?

Dr G : Oui.

Doctorant : Alors en quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eu un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr G : Ben nous on a eu une mauvaise expérience parce qu'on a commencé l'informatique à cause du PMSI, le PMSI pour nous c'est la plaie intégrale, donc ça a eu un effet péjoratif le PMSI sur ma pratique quotidienne, ça c'est clair.

Doctorant : D'accord, parce que vous assimilez l'utilisation de l'outil informatique au PMSI.

Dr G : Hum, hum.

Doctorant : D'accord.

: Et par contre avec la prescription informatique.

Dr G : Alors la prescription informatique, c'est un peu mieux mais comme c'est, comme c'est, comme c'est du bidouillage interne ce n'est pas encore excellent.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Moi ce que je, j'attends de l'informatique c'est que ça me fasse gagner du temps. Et ce n'est pas toujours l'objectif de tout le monde.

Doctorant : Avez vous déjà des idées d'évolutions pour les, du système d'information de l'établissement dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr G : Je ne fais plus partie du dossier patient à Bullion, donc je ne mêle plus. Alors ils sont, soit disant ils vont nous, ils vont nous informatiser le dossier mais bon franchement je n'en sais rien, je pense que la priorité au niveau de l'informatique ça a été la gestion de la paye et après la gestion du temps de travail des agents. Donc on est loin du dossier patient.

Doctorant : L'entrée dans le réseau REPOP, c'était quand et pourquoi ?

Dr G : Moi j'ai commencé ben à sa création, avant son démarrage.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Donc au tout début du démarrage. Pourquoi parce qu'en fait on avait été contacté par l'équipe de Necker pour faire des séjours, pour développer des séjours et autre et que à ce moment là on est rentré, je suis rentrée à l'APOP et puis ensuite il y a eu le REPOP.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Donc c'était, vous regardez la date de création du REPOP Ile de France, ça doit être dans ces années-là.

Doctorant : D'accord.

: Et appartenez vous à d'autres réseau de santé ?

Dr G : Euh, oui, ben là oui on, je n'ai pas payé ma cotise mais on est en train de travailler avec le réseau de soin palliatif Sud-Yvelines le Pallium.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Et puis sinon j'ai travaillé avec le REPOP Ile de France, le REPOP 78, le REPOP 91 mais enfin c'est toujours le REPOP quoi.

Doctorant : Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr G : Redites la question.

Doctorant : Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr G : Ah, pour les professionnels, les critiques.

Doctorant : Oui, les éléments critiques.

Dr G : Euh, ben la difficulté du réseau c'est, que c'est pas évident de donner le même message à tous les professionnels parce qu'on a beau les former, ils vont avoir chacun quand même avoir des différences dans les prises en charge dans leur façon d'aborder le, le problème etc... et que ce n'est pas facile d'avoir une certaine uniformité. L'autre chose c'est que les professionnels de terrain c'est-à-dire que les généralistes, moins les pédiatres mais les généralistes, ils n'arrêtent pas de nous dire que premièrement ils n'ont pas de temps à consacrer à l'obésité parce que c'est chronophage et que deuxièmement il y a plein de réseaux qui existent et ils en ont ras le bol qu'il y ai un n^{ième} réseau qui leur repropose encore des formations et, et du temps à consacrer.

Doctorant : D'accord.

: Vous sentez-vous impliquez dans la vie du réseau et comment ?

Dr G : Ben moi je participe au comité de pilotage du 78, j'ai été à la, à la création du réseau 78, j'ai aidé aussi à la création du réseau 91, voilà et donc je suis représentante du 78 à l'assemblée générale du REPOP Ile de France. Voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr G : C'est déjà pas mal.

Doctorant : Quels liens avez vous avec la coordination du réseau ?

Dr G : Alors avec la coordination 78 eh bien on s'appelle, on se voit au comité de pilotage, on se voit au staff, oui je, je vais aux staff médicaux. Maintenant ce n'est plus moi qui les organise mais au démarrage c'était moi qui les organisais. En fait j'ai fait un peu le rôle du médecin coordonnateur à minima quoi, au début du réseau. Avant on n'avait pas de, donc

avec monsieur Foucot on a démarré un petit peu le réseau de, de but en blanc. Donc la question c'était ?

Doctorant : Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau?

Dr G : Avec la coordination 78, ben moi je fais, Bullion fait partie du 78 donc on s'est, depuis que le 78 existe on s'est beaucoup plus investi dans le 78. avant avec la coordination Ile de France, ben je vous dit je vais à, avant on était plus en lien, avant que le 78 soit, naisse en fait on était beaucoup plus en lien avec la coordination de Necker.

Doctorant : D'accord.

: Comment percevez vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins, d'autres professionnels de Santé et comment percevez vous cette possibilité ?

Dr G : Pour moi ça, partager des informations médicales ça ne me dérange pas.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Donc je n'ai aucune restriction à quoi que ce soit.

Doctorant : D'accord, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement ?

Dr G : Je pense que le partage d'informations c'est la base du travail en pluridisciplinaire et en partenariat et je pense que c'est ce qui a de mieux pour avoir une cohérence de soin autour du patient.

Doctorant : D'accord.

: Votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion et dans quel sens ?

Dr G : Euh, le, la participation au réseau ça m'a permis euh de côtoyer un peu plus de généralistes à travers les réunions, les choses comme ça. Ça m'a permis aussi de côtoyer gens, les gens de la santé scolaire, les gens des, du conseil général, mais c'était peut-être en dehors de la question.

Doctorant : C'était : est ce qu'elle a fait évoluer votre réflexion au sujet du partage des informations médicale ?

Dr G : Non, non moi j'ai toujours été pour le partage des informations médicales dans le bien, pour le bien du patient.

Doctorant : Comment pensez vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau : dossier pa, pa, pardon, patient papier structuré, fiche de suivi patient, dossier patient informatique : soit un système d'information et de partage d'information ou une messagerie sécurisée pour échange d'informations entre professionnels de santé ?

Dr G : Ben il y a les deux choses, c'est l'un et l'autre c'est-à-dire qu'à la fois une messagerie peut-être pourquoi pas mais on a déjà les messageries Internet, ah oui, mais c'est parce que ce n'est pas sécurisé les messageries Internet.

Doctorant : Oui.

Dr G : Alors oui peut être, mais surtout d'abord je mettrai le dossier patient partagé d'abord.

Doctorant : Informatique ?

Dr G : Hum, ouais.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Messagerie sécurisée, j'ai peur que ça fasse trop de messageries quoi, sauf si c'est comme ma messagerie, mais si je suis obligée d'ouvrir une autre messagerie (elle souffle) mais je ne sais pas comment ça marche ça.

Doctorant : D'accord. En général on se logue à un endroit et on a...

Dr G : C'est une autre messagerie quoi, en fait.

Doctorant : Oui.

Dr G : Pourquoi pas si vraiment il y a une demande ? Moi j'ai, moi à la limite c'est vrai que ce n'est pas sécurisé et que si je veux envoyer un message je passe par messagerie Internet quoi. Mais d'un autre côté moi je suis j'aime beaucoup aussi les, le contact téléphonique direct et les contacts à travers les réunions, les choses comme ça. Je pense que je ne suis pas une fana des, des messages mails. J'aime mieux qu'on favorise d'abord le dossier patient et qu'à la limite les gens communiquent en se voyant, en ayant des temps de formations, en ayant, ou en s'appelant aussi. Je trouve ça un peu formel le mail et du coup, enfin il y a certaines personnes qui sont un peu phobiques de la relation qui vont préférer le mail mais c'est, je préfère parfois le contact direct.

Docteur : D'accord.

: Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non ? Et cette distinction est-elle théorique ou pratique ?

Dr G : Alors les dossiers partagés, ben là par exemple, je vois ils ne sont pas informatisés puisque que nous on n'est pas informatisé à Bullion donc là on en a reçu, on a reçu des gamins du REPOP donc, donc Julie nous a donné les dossiers papiers.

Docteur : Hum, hum.

Dr G : L'idéal ça serait de les informatiser que nous on puisse avoir l'accès et que on puisse récupérer directement les dossiers comme ça. Et c'était quoi ?

Docteur : Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non et cette distinction est-elle théorique ou pratique ?

Dr G : Ben elle est pratique, mais j'aimerais bien que en pratique on puisse avoir des dossiers informatisés, ce serait beaucoup plus simple.

Docteur : D'accord.

Dr G : Alors c'est vrai que nous on est, c'est informatisé pour le partage d'information, pour le véhicule de l'information, mais c'est vrai que nous on ressort un dossier papier nous sur Bullion. Donc je ne suis pas sûre que le dossier resterait simplement sur un logiciel informatique, je pense que ça permettrait juste qu'on le reçoive et puis après je crois qu'on le ressortirait quand même papier. C'est vrai que moi j'aime bien encore écrire, mais bon.

Docteur : Vous utilisez le dossier patient partagé mis en place par le réseau ?

Dr G : Non.

Docteur : Papier ?

Dr G : Non parce que nous on ne peut pas inclure des malades du réseau, donc nous on a un propre dossier papier à notre sauce Bullion, qu'on a fait et qu'on utilise pour nos, nos obèses sur Bullion. Enfin que j'ai fait, c'est moi qui l'ai fait. On s'est inspiré en fait de ce qui avait été fait par l'APOP qui était aussi à l'origine d'un dossier informatisé REPOP en fait.

Docteur : D'accord.

Dr G : Donc il y a les mêmes items que celui du REPOP sauf que en fait je l'ai tourné de telle sorte que je peux le donner aux parents ou aux patients quand ils attendent en consultation et qu'il n'a pas été rempli pour que eux même le remplissent.

Docteur : Hum, hum.

Dr G : Et comme ça après c'est intéressant pour moi de voir ce qu'ils ont écrit et de compléter aussi.

Docteur : D'accord.

Dr G : Donc par exemple quand les antécédents familiaux il y a le père, l'âge, l'ethnie je ne sais pas quoi, quand c'est un grand trait barré c'est très intéressant de voir comment ils se sont approprié le truc quoi. Donc pour l'instant c'est comme ça, donc ce n'est pas le même dossier, je ne l'ai jamais utilisé le dossier REPOP.

Docteur : D'accord.

Dr G : Je le connais je l'ai vu, je l'ai déjà présenté mais je ne l'ai jamais utilisé.

Docteur : D'accord.

: Et alors, donc là il y a , la raison que vous évoquez pour le, la non utilisation de ce dossier, c'est l'impossibilité d'inclure des patients, c'est pour cela ou il y a d'autres raisons ?

Dr G : A c'est juste ça.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Parce que à partir du moment où on inclurait des patients, on serait obligé de le mettre sur ce dossier là, donc à ce moment là il faudrait que j'utilise ce dossier pour tous les autres patients ou que je trouve un système, pour parce que je ne vais pas faire double dossier.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Donc il faudrait que je modifie un peu le système sur Bullion.

Doctorant : D'accord. Et, donc oui, donc là.

: Le dossier médical personnel, qu'en savez-vous et qu'en pensez-vous ?

Dr G : J'en sais de ce que j'ai entendu dire par les médecins qui l'utilisent dans les différentes réunions. Euh, le dossier du REPOP ?

Doctorant : Non le dossier médical personnel, celui qui, le projet gouvernemental.

Dr G : Ah, le DMP du gouvernement, ce que j'en sais c'est en stand by, qu'ils ont fait cocorico qu'on a changé de président et que maintenant c'est en stand by et que ça coûte très cher, et que ils ont dit que c'était super rapide et tout mais que ça c'est de la flûte intégrale, mais que c'est super long à mettre en place et surtout très coûteux donc je crois que ce n'est pas pour demain.

Doctorant : Et comment pensez-vous l'utiliser dans l'idée qu'il est actuellement ? Et en parler avec vos patients ?

Dr G : Je n'ai aucune idée car je ne sais pas en quoi ça consiste.

Doctorant : Ca consiste à mettre sur un serveur sécurisé les informations du patient.

Dr G : Oui mais pour l'instant c'est du, c'est du vent pour l'instant, donc ça sert à rien que j'en parle au patient vu que ça n'existe pas. Le jour où ça sera, ou ça existera de toutes façons on sera obligé de l'utiliser donc de toutes façons on en parlera aux patients et puis ils s'adapteront et nous, on s'adaptera et puis voilà. Donc pour l'instant je vous parle un peu sur des hypothèses quoi. Pourquoi pas mettre des informations, de toutes façons il faudra qu'on ait un double dossier c'est à dire que l'on aura nos notes perso à nous qu'on gardera pour nos impressions, je ne sais pas moi, des trucs qu'on ne peut pas vraiment dire comme ça et qui font partie de, de, de la façon dont on perçoit la situation, ou des éléments de détail de la situation de tel ou tel patient et puis pourquoi pas que, et puis que les comptes rendus que les patients peuvent s'approprier etc... oui, qu'ils soient dans notre dossier à nous ou sur leur dossier à eux informatisé, ça n'a aucune importance, on ne mettra pas les mêmes informations.

Doctorant : D'accord.

Dr G : Il y a des choses subjectives, confidentielles ou personnelles, des impressions personnelles ou autre, ou subjectives, je ne sais pas moi : les parents sont vraiment des débiles ou je ne sais pas quoi, on ne le mettra pas dans leur dossier mais c'est déjà ce que l'on fait, on fait déjà attention quand on fait des comptes rendus d'hospitalisation et qu'on les envoie aux parents ou aux enfants ou aux adultes on fait déjà attention à ne pas mettre des choses qui puissent être mal interprétées ou les agresser ou des choses comme ça.

Doctorant : D'accord.

: Vos patients vous en ont-ils parlé et que leur avez vous répondu ?

Dr G : Ben mes patients ne m'en ont pas parlé du dossier médical personnalisé parce que je pense que c'est surtout les adultes qui vont se sentir concerné au démarrage. Comme par exemple, il y a beaucoup de choses qui ne se font pas, comme par exemple le médecin traitant, le médecin traitant les moins de 16 ans ils n'en parlent pas, je n'ai jamais eu aucune demande de, ni aucune question d'un patient.

Doctorant : Pensez-vous introduire dans votre pratique prochainement, enfin, est ce que l'établissement pense introduire prochainement une évolution à votre système informatique et laquelle ?

Dr G : Oui, normalement il doit, là ils ont déjà mis les comptes rendus d'hospitalisation, les comptes rendus initiaux et les comptes rendus d'hospitalisation doivent être sur informatique là, dans le PMSI justement on a utilisé un développement du PMSI, de notre PMSI de notre système PMSI. Et alors je ne sais pas s'ils vont acheter un logiciel dossier patient ou pas et je ne sais pas si ils vont faire d'abord le dossier patient ou d'abord le dossier de prescriptions, je ne sais pas trop. Mais normalement c'est annoncé au projet d'établissement qu'il devrait y avoir une, un développement du côté dossier patient. Alors maintenant que l'on sait que le DMP est en stand by au niveau national. Moi j'avais toujours dit, parce qu'il y a deux trois ans j'étais dans le dossier patient, j'étais dans le groupe dossier patient, je leur avait dit : mais si vraiment le DMP se développe, ça ne sert à rien que nous on fasse un truc qui sera peut-être pas compatible avec donc je pense que le DMP au niveau national il, il ne va pas se faire maintenant. Donc je crois que le groupe dossier patient normalement doit développer l'informatisation du dossier patient.

Doctorant : D'accord.

Dr G : J'espère mais bon. Enfin cela dit à Bullion, on est quand même assez avancé, parce que si on regarde ici à l'APHP, j'ai l'impression que c'est encore plus archaïque. Les internes ne font pas les ordonnances sur l'informatique, enfin. Alors si sur l'informatique il y a un autre truc à Bullion que je n'ai pas dit, c'est que, maintenant on a les résultats du laboratoire de Rambouillet par l'Internet, donc ça moi je trouve ça très pratique aussi. Sauf si c'est planté, mais en général ça marche et je trouve ça très bien.

Doctorant : A plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr G : Je pense qu'il faudrait, ah ouais mais si on fait une commande vocale, ça va taper tout ce qu'on dit, alors ça sera trop, moi je pense qu'on aura un clavier, enfin il faudra tout que l'on saisisse sur informatique sauf peut être nos notes perso, je ne sais pas, je ne sais pas, je n'ai pas de vision très claire des choses. Pour l'instant que ce soit ici ou à Bullion c'est encore papier, papier, papier. Donc ce qu'il faudrait c'est que ça nous gagne du temps quand même, alors je ne sais pas comment les généralistes se débrouillent en ville avec, parce qu'il faut pouvoir taper vite aussi, nous on tape moyennement vite quand même, on n'a pas été formé à taper vite, donc je pense qu'on écrit plus vite qu'on ne tape. Donc il faudra voir si il n'y a pas beaucoup de résistance quoi, il y aura certainement beaucoup de résistance du côté des médecins. Voilà.

Doctorant : Ben j'ai terminé.

Entretien avec le Dr J, médecin pédiatre le 22/01/08.

Doctorant : Alors racontez-moi comment vous avez découvert l'informatique.

Dr J : Comment j'ai découvert l'informatique ? Alors d'abord, il y a quelques, il y a une dizaine d'années, je dirais à l'occasion d'une, proposition d'un laboratoire de, de nous former donc j'ai pu avoir une première initiation informatique, il y a 10, 15 ans, voilà, ça c'est résumé à une séance, ça n'a pas été plus loin.

Doctorant : D'accord.

Dr J : Et puis, et puis ensuite j'ai surtout été poussé par la sécu, donc la caisse d'assurance maladie, qui à l'occasion, qui donc a poussé les médecins à l'informatisation, proposait un

pécule de départ pour s'informatiser, et à ce moment là je me suis, je me suis laissé faire. Voilà, en gros, en gros avec ben ensuite j'ai eu, en fait je pensais m'informatiser avec un logiciel pédiatrique sur lequel j'ai beaucoup ramé, j'ai eu encore 2, 3 séances de formation et ça n'a pas abouti à grand chose et finalement, j'ai rencontré ou l'on m'a présenté, un logiciel de médecine générale et j'ai rencontré une équipe qui fournissait, l'outil et le logiciel et qui formait, en gros voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr J : Donc en gros je me suis formé à un logiciel et voilà, ça c'est à peu près résumé à ça.

Doctorant : D'accord.

: Vous n'êtes pas du tout informatisé à la maison ?

Dr J : Alors si je suis informatisé à la maison, en fait ma femme est informatisée à la maison, ma femme est beaucoup plus douée que moi en informatique.

Doctorant : Et ça c'est passé en même temps l'informatisation à la maison et au... ?

Dr J : L'informatisation à la maison était un petit peu antérieure.

Doctorant : D'accord.

: Et vous ne l'utilisez pas à la maison vous ?

Dr J : Alors maintenant je l'utilise un petit peu, je commence à faire des petites choses mais pas grand-chose, bon traitement de texte un peu.

Doctorant : D'accord.

: Donc quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr J : Ben, oui je pense que ça a été les, la demande de la sécurité sociale, de, de la caisse d'assurance maladie.

Doctorant : D'accord.

: Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?

Dr J : Rappelez-moi la loi Juppé ? (rires) 96 c'était ?

Doctorant : C'était à propos de la télétransmission ?

Dr J : Oui ben, c'était ça, en fait, c'était ça mais maintenant je savais pas qu'il s'agissait de télétransmettre, mais c'était le but oui. Donc ça a été l'élément déclencheur. Mais pas pour faire plaisir à Monsieur Juppé, mais oui parce que je sentais bien que ça allait devenir, quelque chose d'important dans la, dans nos rapports avec les caisses d'assurance maladie.

Doctorant : D'accord.

: En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?

Dr J : ça ne me paraissait pas convenir, ça me paraissait indispensable. Je crois que sans accompagnement, je vous dis, j'ai tenté un peu de me former, de comprendre un petit peu, mais si je n'avais pas eu un accompagnement, je pense que je n'aurais pas avancé, je n'ai pas eu un accompagnement extraordinaire, mais enfin bon, il y a quand même eu quelqu'un pour me guider au départ. Et si je ne l'avais pas eu, je pense que je ne l'aurais pas fait, hein, parce que c'est vrai, je n'étais pas très enclin à m'intéresser à l'informatique voilà. Alors maintenant je le regrette un petit peu, mais c'est comme ça.

Doctorant : Vous le regrettez un petit peu ?

Dr J : En ce sens, que si je m'étais formé, je pense, correctement si j'avais fais comme on proposais à l'époque quinze jours de stage, il y avait des choses comme ça proposées il y a 20 ans, quinze jours de stage ou une semaine de stage en informatique je pense que je serais un peu plus habile peut-être que je ne le suis maintenant.

Doctorant : En termes de fonctionnalités logicielles : gestion, du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée et pourquoi ?

Dr J : Alors vous m'avez dit télétransmission oui, gestion du dossier médical oui, alors comptabilité non, je ne m'en sers pas du tout parce que j'ai un comptable, et que euh.

Doctorant : D'accord.

Dr J : Et que je n'ai pas envie de faire ça en plus. Quand à l'aide à la décision médicale, non, je ne m'en sers pas, quasiment pas.

Doctorant : D'accord.

Doctorant : Et laquelle a été la plus utile et la plus utilisée, à votre sens?

Dr J : La plus utile, c'est la gestion du dossier médical quand même, la gestion du dossier médical, ou la rédaction des ordonnances parce que ça c'est vrai que ça va vite et que c'est nettement plus agréable pour moi et pour les patients que d'écrire sur une ordonnance. (Silence)

Dr J : Hum, oui, que pour le dossier médical oui maintenant que je maîtrise mon dos, mon logiciel, ça va plus vite que d'avoir un dossier papier, et c'est souvent plus complet.

Doctorant : D'accord.

: En quel sens l'outil informatique a-t-il été appréhendé par vos patients ou les parents de vos patients ?

Dr J : ça ne me semble pas avoir posé de problème, je dirai plutôt positivement. Donc positivement puisqu'ils avaient des ordonnances lisibles, ça je pense que c'était bien et sinon je n'ai pas senti de réticence par quelque malade se soit.

Doctorant : Ils vous l'ont, ils ne vous l'ont pas fait remarquer ou des choses comme ça ?

Dr J : Ils me l'ont fait un peu remarquer au début, et certains m'ont même admiré. (Rires). Bon, non mais oui. Voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr J : Bon donc ils ont été effectivement un peu surpris, certains relativement contents comparativement à d'autres collègues qui n'avaient pas le même outil.

Doctorant : D'accord.

: Comment qualifiez vous le passage du papier à l'informatique et y a-t-il eu une raison à ce passage ?

Dr J : Comment je qualifie, ben, ce que je viens de vous dire en gros, pour moi c'est plutôt bénéfique dans la mesure où je deviens plus lisible, je retrouve, peut être plus facilement mes notes et, et donc oui ça a été une des raisons, de m'informatiser. Je crois quand j'ai commencé au démarrage j'avais quelques difficultés et je me rappelle avoir appelé la à certains moments mon informaticienne ou ma référente informatique, celle que je paye régulièrement pour ça et lui avoir dit, il y a des trucs qui ne marchent pas et c'est justement les trucs dont j'ai besoins, c'est la télétransmission et les ordonnances, c'est les deux choses qui me semblaient importantes.

Doctorant : D'accord. Et c'est donc cette raison que vous évoquez pour le passage du papier à l'informatique.

Dr J : Oui

Doctorant : D'accord.

Dr J : C'est cette raison, oui, plus la loi de Juppé de 1996.

Doctorant : D'accord.

: Euh, vous exercez seul, n'est-ce pas ?

Dr J : Oui

Doctorant : Comment percevez vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ?

Dr J : Comment je la perçois ?

Doctorant : Quand vous vous mettez devant votre ordinateur le matin, comment vous percevez les choses ?

Dr J : Ben, écoutez (Silence) ça me paraît maintenant naturel, alors que ça ne me le paraissait pas il y a une dizaine d'année, et comment je le perçois. Quelques fois quand ça

buggue, je le perçois mal, ça, ça m'ennuie, hein, là je m'accuse moi-même, bon, de ne pas être capable de résoudre mes problèmes.

Doctorant : Avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnements, si oui comment avez-vous pu résoudre les problèmes ?

Dr J : Donc nous y arrivons. (Rires). Oui, oui j'ai été confronté à des dysfonctionnements, ben dans ce cas là j'appelle donc le , je ne sais jamais comment les appeler, ce n'est pas ma hotline puisque c'est un service d'informatique qui gère un certain nombre de logiciel informatique pour un certain nombre de professions libérales, donc je les appelle, avec un peu de chance je les ai, je ne les ai pas toujours, et à 1,2 reprises ou 3, 4 reprises j'ai appelé la hotline de mon logiciel médical, voilà.

Doctorant : D'accord.

: Et ça a toujours résolu les problèmes ?

Dr J : ça a presque toujours résolu les problèmes, en tout cas les gros problèmes ont été résolus.

Doctorant : Pour quelle partie de votre patientèle utilisez-vous votre logiciel de gestion du dossier médical ? Et si c'est de manière sélective, sur quels critères ?

Dr J : Je l'utilise pour tout, toute ma patientèle, il n'y en a pas que j'exclue, ils sont tous rentrés dans l'ordinateur.

Doctorant : Et en quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eu un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr J : Je ne sais pas si elle a eu un impact sur ma pratique quotidienne. Je ne suis pas certain, hein, en dehors du, en dehors du fait que je , que je tape les ordonnances au lieu de les écrire, non il n'y a pas de gros changements, sinon, ma pratique est toujours la même : j'interroge, j'examine, je donne mes conclusions, je fais mes ordonnances et je commente mes ordonnances. Voilà. Pas de gros changement sur ma pratique.

Doctorant : Vous faites de visites à domicile ?

Dr J : Non. Je n'en fais plus. Je n'en fais plus et j'en faisais plus quasiment quand j'ai commencé à m'informatiser.

Doctorant : Avez-vous déjà des idées d'évolutions de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr J : Non, enfin je veux dire que la seule peut être que j'envisagerai c'est d'avoir un, un poste au niveau du secrétariat pour que ma secrétaire puisse éventuellement rentrer les dossiers des actuels, les dossiers des nouveaux arrivants mais bon, enfin ça n'est pas une nécessité énorme, ce serait peut-être un petit plus mais en fait je ne pense pas que je le réaliserai avant ma retraite.

Doctorant : D'accord.

: Alors l'entrée dans le réseau REPOP, c'était quand et pourquoi ?

Dr J : L'entrée dans le réseau REPOP, c'était il y a 3 ans. Il me semble, oui. Un peu plus de trois ans c'était septembre 2004. Pourquoi ? Euh, parce que j'ai été averti du réseau REPOP, sollicité par le service de gastro-entérologie de Trousseau qui était en train de monter le réseau REPOP donc avec Necker et Robert Debré et que j'ai trouvé le réseau intéressant parce que j'avais beaucoup de mal dans la prise en charge des obèses. Donc ça m'a semblé un outil intéressant, un moyen plus qu'un outil.

Doctorant : Appartenez-vous à d'autre(s) réseau(x) de santé ?

Dr J : Oui, enfin j'appartiens au GROG, je ne sais pas si on peut le considérer comme un réseau de santé. Ce n'est pas vraiment un réseau, je ne sais pas. Il s'agit de faire des recueils d'observation de grippe, de maladie respiratoire, il n'y a pas de, bon en dehors d'un échange de données, c'est un petit, ce n'est pas un réseau complet quoi.

Doctorant : D'accord.

: L'implication au sein du REPOP a-t-elle un impact sur votre pratique ?

Dr J : Oui.

Doctorant : Dans quel sens ? (Rires)

Dr J : Dans le sens que j'ai pris des patients obèses ce que je ne faisais pas jusque-là.

Doctorant : D'accord.

Dr J : Pour leur obésité, bien entendu.

Doctorant : Alors quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr J : (Silence) Eh bien, je pense que (Silence), je pense que c'est les échanges, enfin les retours de la, entre les différents membres du réseau, hein, je pense que c'est autant la formation je pense que c'est important des membres du réseau et la, oui les réunions pour se caller, se mettre d'accord sur les, sur les actions à entreprendre sur la façon de faire. Voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr J : Je ne suis pas... Voilà.

Doctorant : Vous sentez-vous impliqué dans la vie du réseau ? Comment ?

Dr J : Est-ce que je me sens impliqué dans la vie du réseau ? Un petit peu, comment en participant justement aux réunions d'information, de présentation de dossier et puis en essayant de, eh bien de, comment dirai-je de participer un petit peu à l'extension du réseau. Voilà.

Doctorant : D'accord.

: Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau ?

Dr J : Quels liens avec la coordination ? Des liens épisodiques (rires) par mail de temps en temps et puis tout récemment, j'ai participé à une réunion donc avec sur le DMP, voilà parce que j'avais été sollicité et que je trouvais que ce n'étais pas inintéressant.

Dr J : Quand vous dites que vous avez des relations épisodiques, c'est souvent à quel sujet ?

Dr J : (Faiblement) Alors ça a été pour me plaindre une fois ou deux.

Doctorant : Comment ?

Dr J : ça a été pour me plaindre une fois ou deux de, de dysfonctionnement de healthweb et puis et bien sinon c'est pour dire si je participe ou non à une réunion, si je, participe aux assemblées générales, ce qui a du m'arriver une fois. Euh, voilà.

Doctorant : D'accord.

: Alors comment percez, percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins ? d'autres professionnels de santé ? Comment percevez-vous cette possibilité ?

Dr J : Alors vous pouvez répéter là ?

Doctorant : Comment percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins ? d'autres professionnels de santé ? Et comment percevez-vous cette possibilité ?

Dr J : Alors il y a la perspective et la possibilité, bon la perspective, ben, je pense que c'est normalement le rôle d'un réseau quand même de partager avec d'autres donc ça me paraît ben, tout à fait, comme quelque chose de normal dans l'avenir, hein. (Silence). Voilà, ça ne me gêne pas plus que ça, ça ne me gêne pas, ça me paraît bien. Si on veut avancer je crois qu'il faut partager, et donc comment je perçois cette possibilité, comme bénéfique.

Doctorant : D'accord.

: Et votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet, dans quel sens ?

Dr J : (Silence) Est-ce qu'elle a fait évoluer ma réflexion (Silence).

: Un petit peu, disons que j'avais peut-être, certainement je suis quelqu'un qui a l'habitude de travailler relativement seul et je pense que, ça m'a peut-être appris à partager justement un petit peu plus, enfin à demander un peu plus peut-être aux autres, essayer de, ben

de, de me faire aider ce que je faisais déjà quand même mais pas dans le cadre d'un réseau et peut-être à considérer que je pouvais moi-même apporter quelque chose aux autres, ce dont je n'étais pas persuadé jusqu'à présent. (Silence)

Doctorant : Comment pensez-vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau, dossier patient papier structuré, fiches de suivi patient, dossier patient informatique : système d'information de partage d'information ou messagerie sécurisée pour échange d'informations confidentielles entre professionnels de santé ?

Dr J : L'important effectivement c'est que ce soit sécurisé donc, messagerie sécurisée, sûrement, les dossiers papiers si c'est, ça peut être tout à fait sécurisé mais c'est plus lourd et ça me paraît plus difficile à mettre en œuvre et les autres possibilités c'est ?

Doctorant : Les fiches de suivi patient et le système d'information et de partage d'information informatique.

Dr J : Oui alors là, le système d'information et de partage d'informations c'est un peu comme je ne vois pas de grosse différence avec messagerie sécurisée .

Doctorant : C'est un dossier en ligne alors que la messagerie sécurisée c'est plus du texte libre.

Dr J : Oui, bon, ben, je pense que le dossier en ligne est quand même, il faut qu'il y est un dossier, le texte libre c'est un petit peu... Si on n'est pas guidé, on risque de se noyer un petit peu. Donc je pense qu'il faut qu'il y ait un dossier, enfin un dossier partagé, un dossier partagé. Après bon, le dossier, il faut qu'il soit sans doute évolutif, qu'il puisse être corrigé à certains moments en fonctions des besoins. Voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr J : Le dossier de suivi, ben, c'est comme un dossier papier en fait, la réflexion est la même : c'est à dire que, c'est bien d'avoir une trame, ou quelque chose, après sur le plan pratique c'est clair que l'informatique fait, accélère les choses et rend plus facile les choses.

Doctorant : D'accord.

: Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non, cette distinction pour vous elle est théorique, pratique ?

Dr J : Non, donc ils ne sont pas exclusivement informatiques et cette distinction ben, elle est pratique. (Rires) Il y a le papier d'un côté, il y a l'informatique de l'autre, ce n'est pas la même chose et, voilà, mais on peut partager effectivement que ce soit des dossiers-papiers que l'on fait circuler, mais il est évident que c'est moins simple puisque le dossier papier, il va à la coordination du réseau en fait il est transféré sur informatique pour pouvoir être redistribué si besoin et analysé. Donc c'est clair que, la réflexion c'est qu'il y a sans doute une étape à sauter là, si on veut gagner du temps c'est clair que passer directement sur l'informatique permet de gagner du temps pour tout le monde en tout cas, pour la coordination.

Doctorant : D'accord.

: Euh, vous utilisez le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau.

Dr J : Oui

Doctorant : Et vous avez dit que vous utilisiez le dossier informatisé, il me semble.

Dr J : Hum.

Doctorant : Quelles sont vos motivations à utiliser ce dossier patient partagé ?

Dr J : Le dossier informatique ?

Doctorant : Oui

Dr J : Mes motivations : c'est de, de deux principales : la première c'est que je n'ai pas à me coltiner mes dossier à emmener ou à envoyer à la coordination. Voilà et puis que j'ai pris conscience que ça faisait gagner du temps quand même à la coordination, oui et puis c'est un petit peu aussi, en ce qui concerne la construction de la courbe d'IMC, C'est aussi un peu plus

pratique, bon encore que sur mon logiciel médical personnel j'ai une courbe, une courbe d'IMC qui est relativement pratique aussi.

Doctorant : D'accord.

: Et par qui et comment avez-vous été informé et formé pour ce dossier médical partagé ?

Dr J : J'ai été informé par la coordination et formé par la coordination donc très précisément par Madame Noëlle Dernoncourt à Necker.

Doctorant : D'accord.

: Avez-vous connaissance d'un interlocuteur que vous pouvez contacter en cas de difficulté ?

Dr J : Alors j'ai connaissance de plusieurs interlocuteurs, de plus en plus, donc la coordinatrice REPOP sur le 93 qui est madame Chevalier, la coordination à Necker où c'est madame Dernoncourt ou madame, mademoiselle Sophie Courdioux, je crois et puis donc j'ai connaissance, j'ai depuis très peu de temps les coordonnées de monsieur Hubert Marcueyz donc que je vais appeler bientôt parce que j'ai à nouveau des soucis. (Rires)

Doctorant : D'accord.

: Euh, le dossier médical personnel qu'en savez-vous ? Qu'en pensez-vous ? Comment pensez-vous l'utiliser et en parler avec vos patients ?

Dr J : Qu'est-ce que j'en sais, ben en gros que ça va être un dossier, sur informatique qui va me permettre de connaître les antécédents de mes patients, les, l'analyse, les analyses biologiques, enfin les examens complémentaires qu'ils ont pu avoir et éventuellement les comptes rendus d'hospitalisation, voilà donc c'est un outil, intéressant pour connaître les antécédents et suivre ses patients, Voilà et la question subsidiaire c'est ?

Doctorant : Euh, comment en parlez-vous avec vos patients ?

Dr J : Pour l'instant je n'en ai pas parlé avec eux voilà, ils ne m'ont pas posé la question et je n'ai pas trouvé pour l'instant, l'occasion d'en parler. Euh, je pense qu'il faut, que j'aurais à leur expliquer éventuellement, quand ça se mettra en place que c'est quelque chose de sécurisé, hein, que ça ne pourrait être, on le comprend, que sécurisé. Voilà et puis, il y aura sans doute des réticences, je pense que pour ma part, j'essayerai de leur expliquer l'intérêt de connaître les antécédents ce qui s'est passé dans d'autres cabinets médicaux à l'hôpital. Voilà.

Doctorant : D'accord.

: Pensez-vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution de votre système informatique et laquelle ?

Dr J : Non, non, je ne pense pas. Non, pour l'instant, encore une fois j'ai du mal à sortir de mon logiciel médical donc, aller plus loin, il faudrait vraiment que je prenne, non pour l'instant. Je ne vois vraiment pas l'intérêt. Voilà.

Doctorant : D'accord.

: Et à plus long terme comment voyez-vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr J : (Silence). Je pense qu'il va prendre plus de place, il va sans doute être un élément de formation pour un certain nombre de médecins, d'aide à la décision, je n'en suis pas persuadé mais c'est peut-être que je n'ai pas une bonne vue des choses, euh. Et puis bon, si on se réfère au dossier médical partagé il va permettre une petite avancée, hein. Voilà.

Entretien avec le Dr L, pédiatre, le 25/01/08.

Doctorant : Racontez-moi comment vous avez découvert l'informatique ?

Dr L : Ouf, alors là ma pauvre comment j'ai découvert l'informatique ? Pff, je pense que ça doit être par mes enfants, ouais je pense que je mais, la question ça doit être ça c'est parce que mes enfants très rapidement m'ont demandé à avoir un ordinateur, puis l'accès à Internet, voilà je crois que c'est ça.

Doctorant : D'accord, donc vous avez acheté un ordinateur dans le cadre familial ?

Dr L : Voilà, voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Absolument.

Doctorant : D'accord

Dr L : Ça doit être le cas de pas mal de gens, je pense.

Doctorant : Et vous l'utilisez ?

Dr L : A la maison ?

Doctorant : Ouais.

Dr L : Un petit peu, pas beaucoup.

Doctorant : Vous avez fait l'installation eux, comment ça c'est passé ?

Dr L : Oh, c'est, ils se sont débrouillés tout seul, moi j'ai, j'ai.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Ils sont tous les deux polytechniciens donc euh...

Doctorant : D'accord.

Dr L : J'ai pas eu vraiment mon mot à dire là-dessus.

Doctorant : D'accord. Et comment vous, vous avez commencé à vous y intéresser à la maison ?

Dr L : A la maison, ben, ce qui m'intéressait c'était de pouvoir avoir des informations, de pouvoir aller sur des, taper « déficit en IVA » par exemple et voilà... voilà ou alors pour euh..., moi je m'intéresse particulièrement à l'art, à la peinture, aux choses comme ça, aux expos.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Donc voilà à la maison ça a été ça quoi.

Doctorant : D'accord. Quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr L : Euh... parce que j'étais pas content de euh...il se trouvait que le Minitel c'était trop long. Parce que je, j'avais un, un secrétariat euh... téléphoné... qui marchait avec un programme qui...que je pouvais avoir sur le minitel...

Doctorant : Hum, hum.

Dr L : Et, mais je pouvais pas modifier, je pouvais rien faire... tandis que là, avec mon secrétaire médical sur le net là... ça me permet d'avoir, d'y avoir accès plus facilement et puis euh... de pouvoir modifier euh... prendre moi même de temps en temps un rendez-vous, envoyer des messages euh...au secrétariat, ce qui n'était pas possible, avant par le système du Minitel...

Doctorant : D'accord... c'était en quelle année ?

Dr L : C'est il n'y a pas longtemps là, ça, que je me suis mis au là... ça fait trois mois.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Ça fait trois mois, et puis en fait, la deuxième chose, c'est parce que je voulais changer mon système de télétransmission que je trouve trop long...par le Minitel. Et en fait du coup, j'ai, je n'ai plus de système de télétransmission parce que j'ai pas encore euh...trouvé un nouveau...système, j'essaye de voir lesquels sont les plus intéressants etc..., et pour l'instant je suis, suis pas encore euh..., j'ai pas pris de décision. Donc actuellement je ne télétransmets plus, alors qu'avant je télétransmettais avec le Minitel.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Mais, bon c'est momentané.

Doctorant : D'accord.
 Dr L : C'est momentané. (Toux)
 Doctorant : Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?
 Dr L : Aucune idée
 Doctorant : C'était à propos de la télétransmission...
 Dr L : Aucune idée... je ne sais pas ce que c'est la loi Juppé de 93.
 Doctorant : C'était celle qui demandait aux médecins de télétransmettre avec dans un certain délai.
 Dr L : D'accord. J'en ai aucune idée. C'est, la loi Juppé n'a été d'aucune influence sur ma décision (rires).
 Doctorant : D'accord.
 Dr L : Je suis désolé mais...
 Doctorant : Et vous avez commencé à télétransmettre en quelle année ?
 Dr L : Euh, alors je dois...ça doit être...là on est 2007. Ça doit être en 2003 ou 2004.
 Doctorant : D'accord. Sous la pression de vos patients ou...
 Dr L : Non...c'était pour faire plaisir à mes patients, pas la pression...mais pour leur faire plaisir..., parce que...c'est vrai que, ils sont remboursés plus rapidement.
 Doctorant : D'accord. En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils, lors de la première installation de votre matériel, vous paraissait convenir à la situation ?
 Dr L : Comment ça c'est passé...euh...(silence)...comment ça c'est passé à l'époque...je crois que...j'ai pas de souvenirs qu'il y ait eu des gros problèmes. Ça c'est passé par...il y a eu un envoi...ou alors y a quelqu'un qui est venu, je ne me souviens pas... je crois qu'il y a quelqu'un qui est venu pour installer la première fois, donc j'ai rien eu à faire.
 Doctorant : Pour la télétransmission, c'est ça ?
 Dr L : Oui.
 Doctorant : Et pour votre logiciel de gestion de cabinet ?
 Dr L: (interrompant Doctorant) C'est pareil, euh...j'ai pas de logiciel de gestion de cabinet.
 Doctorant : Mais la première installation de votre ordinateur ?
 Dr L : Ici ?
 Doctorant : Oui.
 Dr L : Quand j'ai fait venir l'installateur ...c'est lui qui a tout fait.
 Doctorant : D'accord.
 Dr L : J'ai rien fait moi.
 Doctorant : D'accord.
 Dr L : C'était prévu, je...j'avais dit au... puisque moi je télétransmet par le téléphone...donc j'avais été voir France Télécoms, et je leur avais dit que je voulais avoir un technicien...donc il a tout installé, et c'est mon gendre qui a installé les programmes sur le euh...
 Doctorant : Sur l'ordinateur.
 Dr L : Sur l'ordinateur, c'est lui qui a tout préinstallé...et comme ici il y a deux ordinateurs, parce qu'il y a deux cabinets, il y a ma femme qui est ophtalmo...
 Doctorant : Hum, hum.
 Dr L : Il y a donc un système de WIFI.
 Doctorant : D'accord.
 Dr L : Et donc il est en WIFI, lui.
 Doctorant : D'accord.
 Dr L : Lui est en WIFI et l'autre est en branchement direct.
 Doctorant : D'accord. En termes de fonctionnalités, euh... logicielles, gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, consultation de sites Internet, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée et pourquoi ?

Dr L : Moi ce qui est le plus utile, c'est l'accès à mon secrétariat médical, et la deuxième chose c'est l'accès à des données.

Doctorant : D'accord des données médicales...

Dr L : Je ne me sers pas,... je n'ai pas de logiciel de gestion.

Doctorant : D'accord.

Dr L : La gestion je la fais encore à la main.

Doctorant : D'accord. Et pourquoi euh...

Dr L : Pourquoi je ne fais pas la gestion...

Doctorant : Non, non, pourquoi c'est plutôt ces fonctionnalités que vous utilisez ?

Dr L : Ben, parce que c'est les seules que j'ai et c'est les seules qui m'ont intéressées jusqu'à présent...

Doctorant : Et pourquoi elles vous ont intéressé ? C'est ça que je voudrais savoir.

Dr L : Eh ben ...parce que, je pense que c'est intéressant de pouvoir gérer un peu ses, son secrétariat bon et puis c'est intéressant de pouvoir aller sur Internet pour trouver des données quand on cherche quelque chose, hein ? Syndrome de machin... bon c'est intéressant de ... taper ça de temps en temps et de voir ou on en est. Hein...

Doctorant : D'accord. En quel sens l'outil informatique a t il été appréhendé par vos patients ?

Dr L : Oui, en général ils aiment bien la télétransmission, puisqu'ils sont remboursés plus vite, le reste ... euh ...le reste c'est « Ah, tiens docteur, vous avez un ...vous avez un portable ». C'est tout.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Quand j'en avais pas ils me disait : « alors docteur, vous ne vous êtes pas encore mis à l'informatique ». (rires).

Doctorant : D'accord.

Dr L : Voilà...c'était sur le mode amical et...et plaisant quoi.

Doctorant : D'accord, donc ils vous l'ont fait remarquer seulement...

Dr L : Voilà de temps en temps oui...

Doctorant : D'accord.

Dr L : Gentiment... Je leur disais que j'étais un vieux machin... que ça viendrais....parce que, allez-y , je vous en prie...je ne comprends pas pourquoi ça chauffe pas ça.

Doctorant : Comment qualifiez vous le passage du papier à l'informatique, et y a t il eu une raison à ce passage ?

Dr L : Alors....euh...(à voix basse répète la question)... je pense que la raison, c'était que ça devait être plus simple de passer à l'informatique, mais je ne crois pas que ce soit plus simple en définitive, parce que je crois que c'est.... Je crois que c'est assez long euh... C'est pas tellement plus simple...on, on croit ça mais...il y a toujours plein de papiers, il y a toujours...Je crois que c'est un leurre, moi...je pense que c'est un leurre...que c'est une espèce de ...(bruit de papier chiffonné)...pardon... Franchement je crois que c'est un leurre... Notamment aussi pour la conservation des données...on ne sait même pas comment les données vont être conservées on...en fait y a une espèce de...Je pense que, il y a une mode, mais...si on y réfléchi bien ça coûte une fortune et c'est pas tellement plus pratique, un dossier papier on le rempli... très vite quand on a l'habitude. Moi je crois que c'est un leurre...mais bon...

Doctorant : D'accord.

Dr L : Je crois que c'est une idée de... qui est dans l'air, maintenant y aura plus de euh...il n'y aura pas de retour en arrière...mais je pense que c'est un leurre...c'est quelque chose qui s'est imposé...en pensant que ça serait plus pratique... Bon voilà...quand il y aura le dossier médical euh...informatisé et...je crois aussi que c'est un leurre, d'après ce que j'ai vu que c'était pas du tout au point...si un jour c'est au point, ça, ça sera intéressant !

Doctorant : D'accord.
 Dr L : Voilà
 Doctorant: Le Dossier Médical Personnel ?
 Dr L : Ouais, c'est ça.
 Doctorant : D'accord.
 Dr L : Mais d'après ce que j'ai lu, c'est pareil, c'est complètement un leurre ce truc là...
 Doctorant : D'accord.
 Dr L : Je crois qu'on trompe beaucoup les gens avec ça, ça...ça amuse la galerie, enfin quelque chose comme ça... Je ne crois pas que ça soit euh...mieux. Par exemple, j'ai lu comment qu'on...la conservation des données médicales. Je pense que ça va être très compliqué, personne ne sait conserver rien du tout... On verra... C'est mon idée...
 Doctorant : D'accord
 DR L : Ça vous fait... rire hein ?
 Doctorant : Non ça ne me fait pas rire du tout.
 Dr L : (grands éclats de rires pendant quelques secondes et sonnerie du téléphone)
 Doctorant : Vous voulez que j'arrête l'enregistrement peut-être ?..
 Dr L : (En continuant à rire) oui.
 Arrêt de l'enregistrement
 Dr L : (parlant tout doucement) allez, je vous écoute...
 Doctorant : Euh comment percevez vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ?
 Dr L : Comment je le perçois ? ... (Silence).... Dans les fonctions qui m'intéressent moi je euh... je le trouve assez, assez simple, pratique ... voilà , on dira ça ...hein.
 Doctorant : D'accord. Diriez vous que vous vous sentez à l'aise ou mal à l'aise avec cet outil ?
 Dr L : Euh... Dans les fonctions qui m'intéressent, plutôt à l'aise...
 Doctorant : D'accord.
 Dr L : Dans les autres fonctions euh...je sais pas puisque je euh...mais je...plutôt pas à l'aise certainement...pour taper sur le clavier, le truc et le machin. Vous voyez ! Ça c'est pas génial.
 Doctorant : D'accord... Avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou des dysfonctionnements...
 Dr L : (interrompant Doctorant) oui.
 Doctorant : Et si oui comment avez vous pu résoudre les problèmes?
 Dr L : En général, c'est mon gendre qui m'arrange ça ... ou ma fille
 Doctorant : D'accord ... et...rapidement, comment ça se passe ?
 Dr L : Ben...tiens par exemple, là je ne comprend pas pourquoi je n'arrive pas à mettre des rendez-vous, mais ça c'est encore un mystère (rires)...Comment ça se passe ?
 Doctorant : Oui.
 Dr L : Eh bien je téléphone... à ma fille ou à mon gendre, ... ou j'emmène euh... euh... le petit portable à la maison et ils me réparent tout ça .
 Doctorant : D'accord... et ... c'est fait, c'est fait à peu près dans la journée ? Comment ça se passe ?
 Dr L : Non...non, non... Ben non, c'est ... genre le week-end ou.. Mais ça n'arrive pas souvent hein, ça n'arrive pas souvent ... voilà.
 Doctorant : Alors ... vous n'utilisez pas de logiciel de gestion médical.
 Dr L : non, non, non.
 Doctorant : En quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eue un impact sur votre pratique quotidienne?
 Dr L : Hum... je dirais que c'est plus pratique pour le secrétariat, c'est tout.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Et puis de temps en temps pour rechercher des données qui m'intéressent.

Doctorant : D'accord ...vous faites des visites à domicile ?

Dr L : Non, non je n'en fait plus depuis bien longtemps.

Doctorant : D'accord ... avez-vous déjà des idées d'évolutions de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr L : Oui... euh... je me... vois... peut être...euh alors... le dossier médical, je sais pas trop, peut être...si j'avais un... j'ai des copains qui ont, qui ont une Infans® des choses comme ça, peut être, peut être ...que ça viendra un jour... Bon, j'ai 54 ans, j'ai encore euh 10, 11 ans d'exercice alors ou... peut être plus je ne sais pas (rires)... Donc si je le voyais évoluer : premièrement ...essayer de trouver déjà ...à, à refaire la télétransmission ; deuxièmement...euh...peut-être euh...informatiser le dossier patient, peut être informatiser la gestion du cabinet ... peut-être.. Je sais pas.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Je suis pas...pas...pas pressé pas... j'en ai pas vraiment le...j'en ai pas vraiment le besoin euh...

Doctorant : L'entrée dans le réseau REPOP, c'était quand, et pourquoi ? Et appartenez vous à d'autres réseau de santé ?

Dr L : Alors ... c'était quand, j'en sais rien...C'était au...ma fois au début, alors je sais plus la date...

Doctorant : D'accord.

Dr L : Pourquoi... c'est parce que j'étais...alors, j'ai travaillé à Trousseau avec euh Gérardet, à l'époque c'était Fontaine, j'ai même été faisant fonction d'interne là bas...Donc, j'ai toujours été intéressé par les problèmes de poids puis dès qu'il y a eu ce ré... la form... la constitution de ce réseau euh...on... a été prévenu ...et puis voilà... Et puis je fais partie d'une association...l'association des pédiatres Franciliens et on s'était aussi intéressé à...avant la création de ce réseau, on s'était aussi...intéressé à la possibilité de faire un réseau, mais...manifestement on a...été euh ...grillés sur le poteau , je dirais, hein.

Doctorant : D'accord.

Dr L : On avait essayé de faire un réseau pour l'asthme aussi...mais qui n'a pas marché...avec les gens de Trousseau , avec euh...comment il s'appelle bon, enfin je me souviens plus mais bon , ça a, ça a foiré aussi .

Doctorant : D'accord. Et vous appartenez à d'autres réseaux ?

Dr L : Non, ben non, parce que... le réseau asthme non...on a pas...non, non pas d'autre réseau.

Doctorant : D'accord. L'implication au sein du REPOP a t elle un impact sur votre pratique ?

Dr L : Certainement oui... Ce qui a surtout eu un impact, c'est que j'ai fait la... formation universitaire sur l'obés...sur le diplôme euh...d'obésité de l'enfant et de l'adolescent qui est fait à Trousseau par Patrick Touniant...

Doctorant : D'accord.

Dr L : Et ça, ça m'a ... beaucoup aidé, plus, plus que le, le...plus que le euh le fait d'être dans le REPOP, mais disons, ça a aidé aussi un peu, mais ça m'a bien intéressé ça..., de faire le diplôme d'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Et puis le REPOP, ça a amené une espèce de structure ou on se voit ... tout ça c'est pas mal... c'est bien ...

Doctorant : D'accord...

Dr L : Très bien...

Doctorant : Alors quels sont pour vous les éléments critiques, pour le succès et l'utilité, pour les professionnels, d'un réseau de santé?

Dr L : (Toux) Je pense, que euh le succès de...c'est d'abord d'être intéressé par le sujet. Je pense que quand on est intéressé par un sujet...Le réseau peut amener une information

régulière; des rencontres entre les médecins, et puis pour les patients de...euh...de se sentir dans une structure compétente, quoi ! ça leur, ça donne une certaine notoriété, quelque chose comme ça, ça, ça...je crois que c'est ça qu'est important .Les patients le ressentent comme ça et puis nous aussi ...

Doctorant : D'accord. (Silence). Vous sentez-vous impliqué dans la vie du réseau et comment ?

Dr L : Dans la vie propre du réseau...euh...une implication très moyenne, c'est à dire que je ne fais pas partie des cadres du réseau...euh...euh...euh...maintenant je, j'y vais euh...une ou deux fois par an, quoi ...c'est tout...

Doctorant : D'accord.

Dr L : Donc je suis impliqué moyennement...

Doctorant : D'accord. Vous y allez, quand vous dites que vous y allez, vous allez aux réunions, c'est ça ?

Dr L : Ouais, aux réunions, oui ...

Doctorant : D'accord. Quels liens avez vous avec la coordinations du réseaux ?

Dr L : J'en ai pas.

Doctorant : D'accord, vous envoyez les dossiers médicaux....

Dr L : C'est ça.

Doctorant : La saisie des dossiers médicaux ?

Dr L : Voilà, puis quand je rencontre les gens pendant les réunions à Trousseau, voilà...

Doctorant : D'accord.

Dr L : C'est tout ...

Doctorant : D'accord. Comment percevez vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins, d'autres professionnels de santé, et comment percevez vous cette possibilité?

Dr L : Oui, je pense que c'est une bonne chose, ça évitera de...ce qui se passe de temps en temps dans le réseau, c'est à dire, euh...qu'on a ses propres patients qui disparaissent...et puis paf, on reçoit un papier comme quoi ils sont...sont à Necker...on dit tiens! Qu'est ce qu'il fout là-bas? On n'en sait rien, voilà... Je pense que quand il y aura...un vrai partage des dossiers, ce sera très intéressant...

Doctorant : D'accord...

Dr L : Je pense que c'est un plus, mais manifestement, c'est assez compliqué parce que, euh...chacun travaille un peu dans son coin...a ses habitudes...certains considèrent leurs patients comme des...leur propriété privée...je pense que les choses là vont...vont certainement évoluer...sur ce plan là. Pour votre génération je pense que...

(La conversation est interrompue par la sonnerie du téléphone portable pendant un dizaine de secondes puis l'entretien est coupé)

Doctorant : À propos du partage d'informations médicales...

Dr L : Hum, hum.

Doctorant : Votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet et dans quel sens?

Dr L : Non, ça m'a pas fait évolué, j'ai toujours pensé que c'était intéressant de partager les données.

Doctorant : D'accord

Dr L : Ça ne m'a pas fait évolué ni dans un sens, ni dans l'autre. J'ai pas changé d'avis. Ça n'a pas eu d'influence sur ce que je pense.

Doctorant : D'accord, comment pensez-vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau, dossier papier patient structuré, fiche de suivi patient, dossier patient informatique, soit un système d'information de partage d'information,

messagerie sécurisée pour échange d'informations confidentielles entre les professionnels de santé ?

Dr L : Bah, je pense que l'idéal si on veut vraiment euh...si on veut vraiment partager les choses, c'est d'un dossier informatisé parce que là c'est des...là voilà une utilité, voilà un plus, indéniable, hein, et puis une banque de données pourquoi pas. Mais c'est vrai que par, par l'informatique, alors on peut imaginer aussi ce qui se passe actuellement, je pense. Il y a des gens qui envoient leur dossier par informatique et d'autres qui envoient le dossier papier, mais je pense qu'il y a une banque commune. Je ne sais pas trop comment ça se passe, je pense qu'il y a une banque commune bon. Alors à partir de là.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Ça ne change pas grand-chose.

Doctorant : Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non et cette distinction est-elle théorique ou pratique idéalement ?

Dr L : Oh, idéalement ...ça serait informatisé, je pense. Idéalement, ça serait informatisé je pense. (Silence)

Doctorant : D'accord. Euh, vous utilisez le dossier patient partagé papier, c'est ça?

Dr L : Ouais.

Doctorant : Et quelles sont vos motivations à utiliser ce dossier patient partagé ?

Dr L : Ah, bah, parce que c'est celui qui est fourni par le REPOP, hein il n'y a pas d'autre euh...

Doctorant : D'accord.

Dr L : C'est sûr qu'il y a des...il y a des redondances, il y a des trucs qui sont pas, enfin chacun l'aménage un peu, je pense que ce qui est agréable avec le dossier papier, c'est qu'on peut se l'aménager un peu. Vous voyez ce que je veux dire... Je ne sais pas si on peut faire vraiment la même chose avec un dossier informatisé. Je mets des tas de petites notes perso de ci, de là etc. C'est plus...je pense qu'un dossier papier, il a un peu de côté vivant, un peu personnel. On peut mettre des petites notes par ci par là, que dans un dossier informatisé ça me paraît pas trop possible, quoi.

Doctorant : Hum, hum. Et, par qui et comment avez-vous été informé et formé pour ce dossier patient partagé ?

Dr L : Bah, je pense que c'est à l'intérieur du REPOP. On a du avoir une réunion, on nous a, on nous l'a montré. Oui, à l'intérieur du REPOP, ça a du se faire au début, oui.

Doctorant : D'accord. Euh, pour le dossier médical partagé informatisé, on avait vu...

Dr L : D'avenir, d'avenir...le dossier médical informatisé d'avenir ou celui du REPOP ?

Doctorant : Celui du REPOP, en avez-vous eu connaissance, est-ce que l'on vous en a parlé ?

Dr L : Hum pas tellement en fait.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Pas tellement parce que par exemple, je ne sais même pas si je peux avoir accès à mes dos...à mes propres dossiers sur informatique, j'en sais rien. Sûrement mais...

Doctorant : D'accord.

Dr L : Mais, c'est peut-être moi qui n'ai pas fait attention. Là, je, je il faudrait comme je ne suis pas... je ne suis pas très intéressé à aller sur le site, je crois, je ne suis même inscrit sur le site informatique du REPOP, je crois. Donc je pense que certainement un peu, oui certainement un peu....(Rires)

Doctorant : Et avez-vous connaissance d'un interlocuteur que vous pouvez contacter en cas de difficulté pour les dossiers médicaux ?

Dr L : Off, bah oui pendant les réunions, oui.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Pendant les réunions oui..... maintenant on n'en, on n'en a plus. Chacun fait un peu...ça fait longtemps moi que je suis là dedans donc je... Je ne sais pas si je fais bien mais en tout cas je fais comme je fais (rires).

Doctorant : D'accord, euh pourquoi ne vous êtes-vous pas inscrit à la ... sur le dossier médical partagé informatisé du REPOP ?

Dr L : C'est parce que en fait, je viens de m'informatiser très récemment ici au cabinet avant je l'étais qu'à la maison, donc c'est quelque chose que j'ai envie de faire Il faudra que j'ai un peu de temps et tout ça ,euh...en fait pour quelqu'un qui n'est pas très féru d'informatique , chaque opération semble complexe, et donc euh...c'est le frein en fait, c'est là certainement...mais je ne suis pas opposé à le faire un jour.

Doctorant : Euh, le dossier médical personnel donc ce dont on parlait tout à l'heure.

Dr L : Grande utopie, certainement.

Doctorant : Qu'en savez vous, Qu'en pensez-vous ? Comment pensez-vous l'utiliser en parler avec vos patients? Et vos patients vous en ont-ils parlé? Comment? Et que leur avez vous répondu?

Dr L : Alors...les patients ne m'en ont jamais parlé...

Doctorant : Hum, hum.

Dr L : D'abord, euh... Deuxièmement euh... d'après ce que je sais c'est une grande utopie, enfin...c'est complètement foiré, tout ce qui est fait à l'heure actuelle est...est catastrophique, je crois que ça coûte des fortunes et des fortunes... Donc euh...c'est certainement quelque chose de, de bien. Mais alors la réalisation, et là ça moi je ne suis pas compétent pour euh...pour en parler... Ce qu'on peut lire actuellement, c'est que c'est une catastrophe quoi... Tout ce qui a été fait et que ça a coûté des fortunes et que... Donc j'ai cru que c'est à revoir complètement... La copie est complètement à revoir, actuellement, dans ce dossier médical informatisé personnalisé... Mais que euh...aaah...il faudra juger quand on nous présentera quelque chose ...quoi.

A priori, pour un pédiatre, ça paraît une bonne chose...Alors après pour un adulte, qu'est ce que euh... Je crois que la grande peur, c'est : qu'est ce que fera le monde du travail avec ce dossier médical personnalisé... Toujours l'idée du « Big Brother » : qu'est ce qui va se passer quand on a des données sur tout le monde, toutes les maladies...tous les médicaments... Le vrai problème je crois qu'il est là. Comment faire pour sécuriser ? On nous dit toujours que c'est sécurisé, mais on voit bien que rien n'est sécurisé, puisqu'il y a toujours des petits...malins qui sont capable de rentrer dans les sites les plus sécurisés qui soient... Donc voilà, c'est ça le problème, c'est euh... Comment faire pour sécuriser ces données et que... et qu'elles ne soient pas utilisées à l'encontre des, des adultes.... Puisque les patients, on avait déjà dans le carnet de santé d'autrefois...il y avait déjà des tas de données qu'on notait pas : les convulsions hyper thermiques, les ... certaines choses qu'on ne note pas...les épilepsies euh...les tout, tout...euh en vue ... de la maîtresse à l'école et tout ça... Donc ça c'est un vrai problème, mais moi je ne suis pas compétent pour le résoudre donc... Il faut le faire résoudre par des gens... euh...compétents...hum.

Doctorant : Pensez vous introduire dans votre pratique une évolution prochainement à votre système informatique, et laquelle?

Dr L : Ben, je crois que j'y ai déjà répondu. J'ai dit oui. Et d'abord euh...d'abord on peut essayer de refaire la télétransmission, deuxièmement ... essayer ...de voir ... ben pour cette histoire du REPOP, pourquoi pas essayer de se mettre sur le site informatisé oui... Pas forcément faire le dossier informatisé, mais au moins m'inscrire sur ce site, et puis peut être...une gestion...peut-être un dossier médical patient... à voir, à suivre... (Rires).

Doctorant : A plus long terme, comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine?

Dr L : Ben euh...pfft...je pense que ça va se développer de plus en plus, euh...je pense que par exemple sur la télé...sur la transmission des résultats, sur euh... sur euh... sur le diagnostic à distance... tout ça, ça me paraît hyper, ça, ça me paraît très intéressant, la confrontation des données, ça me paraît très intéressant ça...faire des consultations euh...on peut imaginer...un spécialiste, un dermatologue, très pointu dans les angiomes machins et...qui soit par exemple aux Etats Unis à qui...on puisse soumettre son patient, bon ça c'est génial! Ça se fait je crois un petit peu...mais ça c'est euh...ça me paraît très intéressant.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Surtout sur les données et les diagnostics quoi...ça c'est très bon!

Doctorant : Quand vous dites les données c'est...

DRL : Ben les données, c'est la transmission euh...euh...par exemple des scanners, des...des choses comme ça ...

Doctorant : D'accord

Dr L : Parce que je les vois, ils se trimbalent avec leur petits disques maintenant les gens...il y a plus tellement de...euh...par exemple, les radios, elles sont mises aussi sur...sur disquette, enfin sur CD etc., donc ça je pense que c'est bien. Les angiographies, ma femme est ophtalmo et les gens arrivent par exemple d'Italie avec leur petite C, leur petit CD avec leur angiographie dessus. Alors la première fois, elle était un peu embêtée, parce que vu qu'elle n'avait rien pour les lirepff. Donc ça c'est inévitable. C'est peut être bien... C'est sûrement bien aussi...

Doctorant : D'accord

Dr L : C'est plus petit... ça va ?

Doctorant : C'est parfait

Dr L : Ce qu'on a fait va vous servir pour votre thèse ?

Doctorant : Je pense. (Sourire).

Dr L : Ben alors tant mieux !

Entretien avec le Dr LL, pédiatre, le 06/02/08.

Doctorant : Alors, racontez-moi comment vous avez découvert l'informatique ?

Dr LL : (toux, rires), question à 100 balles là, comment j'ai découvert l'informatique ça c'est une bonne question. Ben j'ai su que ça existait parce que, parce qu'on en parlait, parce que, parce que mon ex-mari était ingénieur et que il a voulu se tourner vers l'informatique donc je pense que c'était, comme ça de mémoire, la première fois que je m'y suis intéressée de près et puis bon moi je m'intéresse beaucoup à tout ce qui est développement de l'enfant et quand j'ai entendu parlé de, d'intelligence artificielle et tout ça donc il y a longtemps, ça m'a intéressé parce que tout ce qui est langage m'intéresse.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Donc c'est un peu comme ça que je me suis intéressée à l'informatique, que j'ai fait une première formation à la Pitié-Salpêtrière. Un D.U. d'informatique où j'ai très vite bloqué parce que je trouvais ça insupportable et incompréhensible dans la pratique et donc ensuite ben j'ai eu très, très peur de l'informatique et je ne suis jamais arrivée à m'y mettre. Et puis ben récemment moi je suis déficiente visuelle donc il a fallu que je pare à mon handicap et donc là je me suis dit : là je n'ai pas le choix de toutes façons il faut que m'y mette, parce que la seule façon de pouvoir continuer à travailler c'est de pouvoir me servir de l'in..., de l'outil informatique avec la synthèse vocale et les claviers spécialisés.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Donc ça a été un long apprentissage et puis là ben ça y est maintenant j'ai pris goût donc, je fonce. (Rires)

Doctorant : D'accord. C'était à peu près en quelle année quand vous avez fait votre D.U. etc...

Dr LL : Hou là, vous êtes bien indiscreète...C'était (rires) en...

Doctorant : Non.

Dr LL : 1980 ou quelque chose comme ça.

Doctorant : C'était vraiment avant que tout le monde soit équipé.

Dr LL : Voilà.

Doctorant : Vous n'étiez pas équipé vous à l'époque.

Dr LL : Ah non, je n'étais pas équipé et quand il a fallu commencer à faire avec le DOS, le MS-DOS et mettre les trucs dessus, dessous, et puis je me souviens aussi des cartes informatiques qu'il fallait poinçonner et tout ça, c'était l'horreur.

Doctorant : D'accord. Euh, vous êtes informatisé dans votre pratique professionnelle ?

Dr LL : Alors ben comme je vous disais moi maintenant je sais enfin me servir d'un mail, ce qui est quand même à applaudir. Donc j'ai appris à faire ça Valuntamisse® et donc j'ai un ordinateur chez moi et donc je me sers essentiellement des e-mails mais à un niveau très basique.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et donc je suis en train d'apprendre Word Valuntamisse®, et là ils sont en train de, d'informatiser dans le service justement pour les, pour les dossiers médicaux.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Et moi je vais avoir un poste adapté informatisé avec un matériel spécialisé, et un logiciel spécifique pour mal voyant.

Doctorant : D'accord, et cette décision du service, c'est, vous savez pourquoi, quel facteur à déclencher cette décision d'informatiser le service.

Dr LL : Ça je crois que j'ai une réserve là dessus. Mais bon c'est, c'est je pense que c'est dans les temps actuels.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Je ne peux pas me permettre d'en parler mais c'est dans le cadre du développement actuel de l'informatisation des, des dossiers médicaux.

Doctorant : D'accord.

: Euh, quelle a été pour vous le place de la loi Juppé de 1996 ?

Dr LL : Je suis passée un peu au travers des gouttes parce que ben moi même je n'étais pas concerné. J'étais déjà médecin à l'époque, donc pas concerné et puis encore trop jeune pour prendre ma retraite donc je n'en n'ai pas vraiment profité, par contre ben mon fils en a subi les conséquences puisqu'il a été, il passe le concours et l'internat donc effectivement. Bon, par ailleurs j'ai été également sensibilisée mais un peu de loin parce que ce n'est pas vraiment ma pratique à comment on dit, la machin, la maîtrise des dépenses de santé et donc de, de la place où je suis, j'essaye un petit peu de, d'informer les familles parce que si vous voulez travailler en PMI pour les familles c'est gratuit quoi, donc j'essaye un peu de les sensibiliser : que si c'est gratuit pour elles, ce n'est pas forcément gratuit pour tout le monde donc et puis moi je suis quelqu'un qui ai fait mes études à la Pitié-Salpêtrière, donc sur le plan pharmaco...

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : J'ai été formé par le Pr. Simon. Et bon il nous avait toujours mis en garde de ne pas trop prescrire donc bon j'ai toujours été un petit peu sensible à, à ça et à faire une médecine bon pour moi la médecine est un art donc les recommandations, ça m'énerve, mais d'être quand même vigilante, avoir une dépense normale.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et par ailleurs aussi ce qui m'énervait beaucoup, c'est que un moment donné j'étais installée et j'étais très étonnée à l'époque où quand même l'informatique commençait à prendre une grande place, que il n'y ait pas de moyen informatique pour éviter que les gens aille aux urgences à 5 heures du matin appellent le généraliste à 9 heures, SOS médecin à 14h et voient le pédiatre à 17h en ayant à chaque fois acheté les médicaments sans jamais les donner. Ça je trouvais ça assez insupportable. Et je trouve que c'est un peu dommage qu'on arrive aujourd'hui à des choses aussi radicales et que on ait pas agit plus tôt. Mais c'est la France. (Rires).

Doctorant : Euh, alors je ne sais pas si, le matériel informatique est-il déjà installé dans votre service ou pas ?

Dr LL : Alors dans le service il y a du matériel informatique depuis très longtemps.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Qui sert en fait, ben comme dans une administration. Donc, bon les médecins qui font par exemple de la protection de l'enfance tapent leurs rapports sur informatique. Les courriers, les notes de service tout se, tout passe par informatique. Quand on, quand on fait une conférence ou autre bon, c'est forcément avec Power Point etc... Mais les dossiers sont pas encore informatisés, enfin il n'y a pas encore d'informatisation au niveau des dossiers et donc là c'est en cours.

Doctorant : Et alors, en quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première utilisation et installation du matériel, vous paraissait convenir à la situation, au niveau professionnel ?

Dr LL : Vous pouvez répéter la question, je n'ai pas très bien compris.

Doctorant : En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation du matériel vous paraissait convenir à la situation ?

Dr LL : Elle n'a pas encore eu lieu donc euh...

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Pour l'instant le personnel va être formé.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Donc bon moi je suis un peu hors-course puisque je dois en principe bénéficier d'une formation adaptée.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Mais ils sont en train de former l'ensemble du, du personnel.

Doctorant : D'accord. Et vous, vous n'avez pas eu encore la formation ?

Dr LL : Non moi je n'ai pas eu encore la formation. L'ensemble du personnel je crois pratiquement maintenant a bénéficié d'une formation de, de base quoi. Les gens ont chacun leur email, bon leur mot de passe et je ne sais pas quoi. Il y a un ordinateur au moins par centre mais qui sert plus bon à recevoir l'intranet, à envoyer des mails aux un et aux autres en cas de besoin hein. Soit besoins rapides, soit besoins plus lents.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et puis voilà.

Doctorant : D'accord.

: Alors, en terme de fonctionnalités logicielles même si vous y avez déjà répondu, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée et pourquoi ?

Dr LL : Pour moi ?

Doctorant : Oui, pour vous.

Dr LL : Pour moi c'est sûr que c'est Zoom texte, en fait finalement, et puis ben sinon après c'est, c'est Internet.

Doctorant : D'accord. Euh, et pourquoi ?

Dr LL : Ben parce que je trouve que c'est agréable d'échanger des mails avec des copains. Alors je ne sais pas si on appelle ça un logiciel, là je suis en train de un petit peu de lire des CD-Rom.

Doctorant : Oui ça, ça peut en être.

Dr LL : Donc ça c'est vrai que c'est agréable parce que je suis en formation d'éducation thérapeutique du patient, donc ça me permet de, de regarder des DVDs qui ont été faits dans des services et d'apprendre à faire de l'éducation thérapeutique.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Pas en allant forcément sur site mais en, pouvoir regarder plusieurs fois un DVD, donc je ne trouve pas ça inintéressant.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Tranquille dans mon fauteuil les pieds nus. (Rires).

Doctorant : Euh, donc pour l'instant vous ne l'utilisez pas du tout avec vos patients, l'outil informatique.

Dr LL : Par contre normalement ça devrait être prévu parce que moi, je fais des bilans de santé en école maternelle.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Et je pense que peu ou prou ça sera informatisé. Donc on aura l'outil informatique et ça aura aussi l'avantage, parce que, étant donné ma problématique j'écris très mal.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Donc, ça aura aussi l'avantage de, pour les collègues de pouvoir me lire plus facilement.

Doctorant : D'accord.

: Alors comment qualifiez vous le passage du papier à l'informatique et y-a t'il une raison à ce passage ?

Dr LL : Bon moi j'aime bien le papier donc (rires). Mais bon il paraît qu'il faut sauver la nature, je ne sais pas si ça sauvera vraiment. Et puis ce passage ben (Soupir), c'est vrai que je trouve que c'est un peu lourd, quoi. Je trouve que c'est un peu, qu'actuellement on est dans une période où on perd complètement la clinique et que déjà. C'est marrant parce que j'imaginai cette question, que cette question allait venir. En lisant notamment cet article et bon là, de l'expérience que j'ai dans les bilans de, de quatre ans.

Doctorant : Oui.

Dr LL : Bon, qui est un peu la même opinion que j'ai du bilan du bilan obésité REPOP c'est que finalement on nous demande de, de faire des croix dans des cases et qu'on perd de vue complètement le patient parce que, en fait on est là, à se dire : « Bon, est ce que j'ai bien répondu à la case ? », il y a la secrétaire derrière qui vient dire : tu n'as pas répondu aux statistiques enfin, et que c'est quand même un écran avec le patient et que chaque patient est un individu différent et que il faut le prendre en compte, enfin je veux dire, il faut l'observer, il faut être présent et donc que si à l'écran enfin encore en plus. Et je pense en plus que ça dépend aussi des, des générations c'est à dire que des gens de votre génération qui sont nés avec l'informatique pour qui c'est naturel peut être que c'est autrement, mais pour des gens de ma génération qui avons appris à faire de la clinique encore parce que je pense que la jeune génération de médecin ne sait plus faire de clinique et je le regrette profondément ben je crois que la médecine, ça va perdre beaucoup d'humanité.

Doctorant : D'accord.

Dr L : Et je suis très triste, encore plus triste que par les lois Juppé. Mais les lois Juppé l'ont peut être sous-tendu.

Doctorant : Euh, vous exercez en, pas en cabinet de groupe mais en établissement, c'est ça ?

Dr LL : Oui, enfin, en centre, en centre PMI.

Doctorant : En centre de PMI. D'accord.

: Vous n'utilisez pas l'outil informatique tous les jours.

Dr LL : Non jamais.

Doctorant : D'accord. Diriez-vous que vous vous sentez à l'aise ou mal à l'aise avec cet outil informatique ?

Dr LL : Je pense que le jour où je serais à l'aise c'est à dire que je maîtriserais l'outil.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Et que effectivement je pourrais taper sous Word et faire des beaux tableaux sous Excel, je dirais que pour tout ce qui est présentation tableaux, etc.... Enfin l'autre jour, je fais partie de l'association de médecine des voyages et on faisait un travail et les collègues avaient leur Power Point en face d'elles sur leurs portables, c'est vrai que je trouvais que ça avait un côté très sympa, même autour d'une même table, de pouvoir communiquer enfin, si vous voulez je découvre des utilisations sympathiques mais dans, dans ce qui est la relation au patient je trouve que c'est vraiment très incongru.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Même bon, j'ai pu observer chez le pharmacien d'avoir les yeux rivé sur l'écran, enfin je trouve que ce n'est pas, ça aide mais les gens n'utilisent plus que l'outil, enfin je veux dire que ou alors que les gens demande quelque chose au pharmacien, ou au praticien, il tape sur le machin il sort un feuille, il donne aux gens. Du coup on ne se donne plus la peine d'expliquer aux gens, les gens ne savent pas forcément tous lire. Ou même si ils savent lire, enfin c'est comme tous les documents qui sont produits, et bon je trouve que ça coûte très, très cher et que ce n'est pas du tout rationnel comme utilisation. On parle en terme de maîtrise de dépense de santé, je trouve que tous ces guides qui sont édités, ça coûte un fric fou et que les gens ne peuvent absolument pas se les approprier. Et que c'est même à la limite du dangereux.

Doctorant : D'accord. Pour revenir à la question, diriez-vous que vous vous sentez à l'aise ou mal à l'aise avec l'outil informatique ?

Dr LL : Je me sens de plus en plus à l'aise dans ce qui est la partie administrative, mais je pense que je demeurerais mal à l'aise, mais non pas mal à l'aise dans l'utilisation, mais mal à l'aise dans la relation au patient.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Donc je ne sais pas si mal à l'aise est le mot adapté. En ayant cet outil qui pour moi est un obstacle à la relation humaine.

Doctorant : D'accord.

: Avez vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnement et si oui comment avez vous pu résoudre les problèmes ?

Dr LL : Non.

Doctorant : Non.

: Alors, vous n'utilisez pas pour l'instant de logiciel de gestion de dossier médical ; mais ce, ce dossier il sera utilisé pour tous les patients qui sera, qui seront reçus ?

Dr LL : Je n'ai pas d'info mais à priori je pense que ça sera standard, puisqu'actuellement au niveau du dossier papier c'est même un dossier ministériel, le dossier du bilan de quatre ans c'est un dossier standard.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et les dossiers de PMI grosso modo, ils sont standards aussi.

Doctorant : D'accord.

: Euh, en quoi l'outil informatique a eu un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr LL : C'est plutôt au niveau de la communication, au niveau des mails, au niveau de la recherche d'informations aussi ça c'est aussi assez intéressant de pouvoir chercher des articles sur Internet, je ne suis pas encore très bonne j'aimerais bien devenir plus performante.

Doctorant : Tout ça vous le faites à la maison ou au travail ?

Dr LL : Oui, oui. Ailleurs je n'ai pas de poste. Tout ça c'est intéressant, enfin tout ça, ça m'intéresse.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Enfin pouvoir bon ce que j'aimerais bien aussi c'est participer à des, à des forums, à des tchats, c'est comme ça qu'on dit.

Doctorant : Oui.

Dr LL : Tout ce qui permet de, de communiquer avec les gens, d'échanger des points de vues avec des gens du monde entier, ça, ça me va très bien, maintenant, voilà.

Doctorant : D'accord. Et diriez-vous que ça a une amélioration, que ça a permis d'améliorer votre pratique quotidienne ou...

Dr LL : Hem, oui parce que finalement je veux dire que, on est pas tous disponibles en même temps pour par exemple pour se parler au téléphone, donc par exemple vous êtes en train de réfléchir, comme je travaille pas mal en santé publique, je prépare des animations des choses comme ça, ou je fais des présentations des formations.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Bon tout d'un coup j'aurais envie d'échanger avec un, un collègue, ou donc en fait je peux faire mon mail tranquille, bon je ne le dérange pas en lui téléphonant et il me répond quand il veut, je n'ai pas besoin de réponse instantanée. Bon je sais que si jamais il y avait besoin de réponse instantané il y aurait d'autre moyen de faire donc ça je trouve que ça peut permettre effectivement d'être plus respectueux au niveau du temps de l'autre maintenant ça peut aussi en fonction de la personne que l'on a en face de soit être un peu harcelant.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Par contre ça donne aussi finalement beaucoup de liberté parce que finalement, enfin, je veux dire qu'on est pas forcément obligé d'être à son bureau quoi, on peut aussi travailler tranquillement le soir chez soi, le dimanche euh.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et à l'inverse aussi de temps en temps, s'échapper. (Rires).

Doctorant : Euh, avez-vous déjà des idées d'évolution de votre outil informatique dans le cadre, enfin, du système, est ce que vous avez des idées, je me suis trompée. Avez-vous déjà des idées d'évolution du système d'information de l'établissement ?

Dr LL : Non aucune.

Doctorant : Vous ne verriez pas quelque chose de pertinent dans l'utilisation de l'outil informatique au sein de votre établissement.

Dr LL : Non parce que je ne suis plus suffisamment dans ce fonctionnement là, donc je ne saurais pas dire.

Doctorant : D'accord. (Silence)

Dr LL : Quoique, effectivement on pourrait imaginer que, enfin, mais bon ceci étant ça pose pour moi des problèmes éthiques c'est à dire que, et encore des problèmes de relation humaine et ça je dois dire que je ne suis pas d'accord. Donc par exemple j'imagine que je vois un enfant au bilan de 4 ans.

Doctorant : Oui.

Dr LL : Bon je me pose un peu des questions sur sa situation, bon actuellement, je, d'abord ça me permet de prendre du recul sur ce que je fais, j'ai quand même pas des gens en situations dramatiques et pour ça il y a le téléphone. Je pourrais très bien consulter le dossier à la PMI par exemple, comme si j'étais sur place aller le chercher dans, dans l'armoire.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Mais bon, encore là aussi je préfère finalement en parler avec la collègue, parce que je trouve que par rapport à la collègue, ce n'est pas très honnête non plus de d'aller voir son dossier sans que, sans en avoir parlé au préalable, c'est quand même, sa, son outil de travail à

elle, je veux dire que avec sa façon de le rédiger, sa façon de et sa relation avec le patient, donc donc je crois que ça serait pour moi, effectivement, il y a des gens qui pourrait le concevoir comme un progrès moi je le perçois plutôt comme un obstacle.

Doctorant : D'accord.

: L'entrée dans le réseau REPOP, c'était quand et pourquoi ?

Dr LL : Alors moi je m'intéresse à l'obésité infantile depuis, bien avant que le REPOP ne naisse.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Et donc ben quand le REPOP a été mis en place, il y a des amis qui sont venus vers moi qui m'ont dit que vu que j'étais quand même dans l'obésité, enfin, que je connaissais l'obésité depuis longtemps, que ça pourrait me, m'intéresser.

Doctorant : D'accord, et c'est comme ça que vous êtes rentré.

Dr LL : C'est comme ça que j'ai rejoins le REPOP.

Doctorant : Appartenez-vous à d'autres réseaux de santé ?

Dr LL : Qu'est ce que vous ?

Doctorant : Les réseaux de santé euh...

Dr LL : Non pas vraiment...

Doctorant : Pas vraiment ? C'est à dire...

Dr LL : Ben d'abord parce que je suis quelqu'un de très indépendant donc je ne suis pas très réseau.

Doctorant : D'accord. Donc juste au REPOP.

Dr LL : Juste au REPOP, moi, une petite approche.

Doctorant : D'accord. L'implication au sein du REPOP a-t-elle eu un impact sur votre pratique ?

Dr LL : L'impact sur ma pratique.

Doctorant : Est-ce qu'elle a changé quelque chose ?

Dr LL : D'avoir encore plus de réserve sur les réseaux.

Doctorant : D'accord.

: Et dans votre pratique avec les enfants ?

Dr LL : Aucune. Aucune et je me suis dit que je préférerais de beaucoup ma pratique clinique.

Doctorant : Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr LL : D'abord je pense que au niveau du temps-médecin, de ce que j'entends de mes collègues installés, je trouve que c'est, ce n'est surement pas inintéressant et que c'est surement bien de pouvoir échanger mais que c'est terriblement chronophage et que, ben quand on est soit pédiatre généraliste, soit médecin généraliste, moi je vois mal comment il peuvent faire partie du réseau obésité, du réseau asthme, du réseau tartanchouette, je veux dire que ça me paraît difficile.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Bon dans la vie on est toujours obligé de faire des choix mais si cette façon de travailler en réseau s'étend, je vois mal comment les, comment humainement les gens vont faire pour faire un travail de qualité et d'être dans, dans tous les réseaux. Par ailleurs bon je crois que vous avez compris que l'uniformisation ça ne me va pas du tout, et que je trouve que c'est, enfin, je trouve que c'est bien de vouloir mettre l'hôpital, la médecine communautaire et la médecine de ville sur le même niveau puisque finalement personne n'est sur-médecin ni sous-médecin.

Doctorant : Oui.

Dr LL : Mais qu'à la fois on ne peut pas avoir un dossier commun parce que ben le travail de l'hôpital c'est quand même le travail de l'hôpital et je pense qu'il faut connaître la place et la limite et la place de la médecine de ville c'est la place de la médecine de ville et que je trouve

que la médecine territoriale n'a pas de place dans le réseau et que et ça je le regrette profondément parce que je crois en plus, bon ça dépend des pathologies si vous voulez hein, mais je pense que l'obésité qui est une pathologie qui selon moi est quand même pour l'instant un déséquilibre de la balance nutritionnelle avec une relation entre la génétique et l'environnement. La part de l'environnement est importante. Quand je dis l'environnement c'est aussi bien social que psychologique, que créativité, que... Enfin vous voyez c'est, c'est plein de choses ? Et pour moi la médecine territoriale c'est avant tout la médecine de l'environnement de l'enfant.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Que ce soit le mode de garde que ce soit mais ça peut être aussi la médecine du travail et ces choses là. Et je trouve que l'on est pas suffisamment entendu, qu'on a pas suffisamment de visibilité et que...

Doctorant : Au sein du réseau, c'est ça ?

Dr LL : Au sein du réseau, pour moi un réseau ça doit être quelque chose de beaucoup plus communautaire et beaucoup plus participatif au vrai sens du terme et pas au sens galvaudé par la politique.

Doctorant : C'est-à-dire ?

Dr LL : Ben c'est à dire que pour moi il y a une confusion dans la tête des gens entre communautaire et communautarisme, ce qui n'a rien à voir.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Et que ben je crois qu'il faut, je vous redis encore la même chose je pense qu'il faut être beaucoup plus proche des gens et que pour moi le réseau, bon je vous parle naturellement comme je le pense.

Doctorant : Oui, oui.

Dr LL : Tant pis si je choque les mentalités.

Doctorant : Non.

Dr LL : Mais je pense que ça soigne plus les médecins que les patients et que... Bon je participe quelques fois à certaines réunions de réseau et je ne suis pas du tout d'accord avec la perception que les médecins de ville ont du quotidien des, des patients obèses quoi... Et que et qu'il faudrait laisser une bien plus grande part aux gens qui observent au quotidien les enfants et qui voient ce qui se passe dans la réalité. Ce qui n'empêche pas que, l'obésité c'est une maladie. Mais là aussi je pense que, il faudrait que les médecins aient un peu le courage d'appeler un chat un chat. Et il y a un conflit de représentation et pour les, pour les gens ce n'est pas encore passé comme une maladie et tant que les médecins ne le diront pas et si les médecins de ville ont peut être un rôle et les médecins hospitaliers, et là je, j'apprécie beaucoup la revue du prat qui a été écrite par le service du Pr. Basdevant, c'est la première fois que l'on a vu écrit obésité maladie chronique.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Au moins là on appelle un chat un chat.

Doctorant : D'accord.

: Alors, je reviens à la question initiale.

Dr LL : Je vous en prie.

Doctorant : Les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé, pour vous.

Dr LL : Ben un réseau de santé, enfin le côté positif c'est que des gens arrivent à se retrouver autour d'une table.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Sauf que, moi je trouve que quand même que les gens désertent beaucoup. Donc ben parce que, pourquoi, enfin ce que je veux dire que la question peut se poser c'est pourquoi les gens ne viennent pas alors bon ce qui est intéressant c'est qu'on a, on va dire une formation,

donc ça c'est intéressant mais au niveau de l'échange de pratique, je ne trouve pas ça très, très productif.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Mais bon il faudra sûrement des générations, enfin je veux dire que les médecins n'ont pas été forcément formés à ça.

Doctorant : D'accord. Donc pour vous un des éléments du succès ça serait plus d'échange de pratique.

Dr LL : Plus d'échanges de pratique mais en tenant vraiment compte de la réalité des gens.

Doctorant : Des gens ? Des médecins ou des patients ?

Dr LL : Des patients. Des patients.

Doctorant : Des patients, ah d'accord.

: Vous sentez vous impliquée dans la vie du réseau et comment ?

Dr LL : Non je ne me sens pas vraiment impliquée et depuis le départ c'est à dire que je pense qu'on ne laisse pas de place aux médecins territoriaux.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et que, alors si j'ai un souhait, c'est effectivement de pouvoir, personnellement pouvoir trouver une place au médecin territorial, en tant que médecin territorial et peut être développer euh cette place de médecin territorial c'est à dire que et les libéraux et les hospitaliers nous écoutent et qu'il y ait un vrai dialogue qui, qui s'installe entre nous et qu'ils reconnaissent notre travail et qu'ils écoutent ce qu'on a à dire du quotidien des gens de ce que c'est que la participation parce que enfin, je crois que nous par contre on a l'habitude depuis très longtemps notamment au niveau de la PMI pour ce qui est de la protection de l'enfance par exemple, de, de vraiment travailler déjà en réseau. Enfin je veux dire que moi depuis que je travaille en PMI ça fait maintenant plus de 25 ans, bon on travaille en réseau avec les services sociaux on travaille avec les écoles, enfin on met, on a mis en place des réunions pluri-professionnelles depuis des années et bon forcément ce n'est pas forcément toujours tout beau mais il y a une certaine pratique quand même et on connaît le quotidien des gens et on essaye de se rapprocher du quotidien des gens. Et je pense pour une maladie comme l'obésité, c'est super important, je veux dire que...

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Ce n'est pas une équation quoi : ce n'est pas signes, diagnostic, traitement. Vous observez pendant 8 jours ce que le grand docteur vous a dit.

Doctorant : Oui.

Dr LL : Et là je crois que vraiment pour moi là c'est important et bon là, là Zaluski et Nadine Chevalier m'ont demandé un peu de travailler un petit peu au niveau de la commission précarité bon, j'aimerais bien qu'au travers de cette commission, on puisse effectivement développer un vrai travail de médecine territoriale. Il y a aussi un, un deuxième volet qui me paraît important.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : C'est celui de l'éducation thérapeutique du patient, donc c'est le deuxième domaine ou je vais m'investir, donc là aussi j'ai une certaine vision des choses. J'ai passé là un an à Genève à me former à l'éducation thérapeutique du patient et ce n'est pas la même façon que ce qu'on fait ici. C'est-à-dire que ici on a un peu tendance à faire une école de l'obésité, une école de l'asthme, une école de je ne sais pas quoi et que en Suisse on travaille comme les canadiens, avec une médecine communautaire vraie.

Doctorant : Oui.

Dr LL : On part des besoins du patient, ce qui ne veut pas dire qu'on n'entend pas la voix du médecin, mais on essaye de négocier les deux. Et que ça, ça fait appel à un grand panel de sciences humaines et pas uniquement à la psychologie qui est un petit peu une façon rétrécie de voir les choses.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Voilà.

Doctorant : Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau ?

Dr LL : Vous pouvez préciser ?

Doctorant : Euh, avec les gens qui font la coordination du réseau, quel type d'échange vous avez avec eux ?

Dr LL : Ben c'est assez sporadique et assez formel, parce que donc, comme je vous dis moi j'ai été contacté par les gens du réseau à la création. Bon et très vite c'est vrai que je me suis, j'ai un petit peu pris de recul parce que ça correspondait pas du tout à la perception que j'avais de l'obésité et que je ne trouvais pas ma place en tant que médecin territorial donc je me suis dit, je continue à travailler. Bon et puis il y a eu tout ce chemin personnel où je suis partie à Genève et donc bon je me suis un peu mise en retrait de, de tout puisque j'ai... bon et là bon, j'ai un peu recontacté le réseau parce que je pense qu'il peut y avoir des développements intéressants et que bon si on a une certaine vue des choses il ne s'agit pas de dire dehors, qu'on n'est pas d'accord. Je pense qu'il faut plutôt essayer de travailler avec les gens et d'essayer de trouver objectif par objectif des consensus, pour que tout le monde trouve sa place puisque bon si on reprend les objectifs premiers et moi c'est ce qui m'avait intéressé c'est que à la fois la médecine hospitalière, la médecine territoriale et la médecine de ville soient sur le même plan.

Doctorant : Hum, hum.

Dr LL : Et bon moi je dirais que mon souhait c'est de donner à la médecine territoriale sa juste place.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et pas non plus qu'il y ait une espèce de, de substitution, médecin de PMI, médecin de ville enfin je veux dire que ça ne veut rien dire. Mais que par contre que les médecins de ville aussi arrivent aussi à comprendre et là c'est vrai que ce qui est difficile pour eux c'est qu'à un moment donné c'est que les médecins faisaient encore des visites à domicile ce qu'ils ne font plus. Et que c'est vrai qu'en allant au domicile des gens on apprend énormément de chose sur leur vie quotidienne, hein. Et que bon, pour une pathologie comme l'obésité qui est quand même, bon la seule pathologie que je connaisse qui met autant en exergue la vie quotidienne parce que même si il y a des points communs avec le diabète, il n'y a pas de médicament quoi, donc je crois qu'il faut vraiment comprendre les représentations des gens comment ils vivent, comment il faut traiter ou pas. Enfin je veux dire qu'il y a plein de questions qui se posent par rapport à l'obésité des enfants, et bon moi je sais même, j'ai eu des éclairages de collègues quelque fois, bon puisque l'obésité, bon moi c'est quelque chose qui m'a toujours préoccupé même depuis le début de mes études de médecine puisque déjà j'ai fait un stage comme externe chez Degène donc l'obésité de l'adulte c'était déjà quelque chose qui m'intéressait et que on sait très bien que les gens transgressent parce qu'on ne peut pas tout bien faire tout le temps, il faut être humain. Et donc en fait il y a quand même pas mal d'enfants qui sont des enfants entre guillemets qu'on appelle des enfants en danger qui sont obèses et que ben là il faut peut être voir aussi : « qu'est ce qu'on fait ». Est ce qu'on s'occupe de leur obésité ou est ce qu'on s'occupe de leur situation familiale ? Donc je crois que ça aussi ça demande une réflexion.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et j'espère que dans le cadre de la commission précarité on pourra y réfléchir et on commencera à réfléchir sur ce que ça veut dire précarité.

Doctorant : Hum, hum.

: Comment percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins, d'autres professionnels de santé, et comment percevez-vous cette possibilité ?

Dr LL : (Soupir, silence) Ben je crois que ça dépend du type d'informations. C'est à dire que si c'est pour échanger un taux de cholestérol.

Doctorant : Oui.

Dr LL : Et encore avec l'accord du patient, je pense que ça ne pose pas trop de problèmes, par contre échanger sur le mode de vie des gens, la perception qu'on a d'une famille etc.... C'est tellement délicat. Enfin quand vous me dites ça, je, je pense à des situations de protection de l'enfance, et finalement c'est, c'est tellement. Enfin, je pense qu'il y a des choses qui pourraient être mises en parallèles par rapport à la perception des gens. Bon, par exemple, vous savez bien que les familles où il y a des enfants en difficulté ou des familles en difficulté en général elles sont assez itinérantes, donc comme il y a généralement des réunions pluri-professionnelles, les familles elles arrivent déjà avec leur dossier ou alors, il y a si elles ont fait 15 villes il va y avoir 30 personnes autour de la table. Et déjà en fait ça ne donne pas aux gens forcément toujours la, la chance de se ressaisir de pouvoir évoluer dans leur vie et parfois certaines informations pas toujours en faveur des gens peuvent aussi induire le comportement des médecins. Et je pense qu'il faut être très vigilant et que plus il y a de gens et plus il y a de médecins etc. et plus chacun a une autre optique de la vie et bon pour des gens qui peuvent être un peu perdu ou en souffrance ce n'ai pas forcément rassurant toujours et ça n'aide pas forcément toujours à avoir des repères.

Doctorant : D'accord.

: Et votre adhésion à un réseau de santé a t'elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet et dans quel sens ?

Dr LL : Je ne peux pas dire vraiment que j'ai adhéré à un réseau de santé parce que bon là justement je crois que c'est encore une difficulté avec le, avec le REPOP.

Doctorant : Oui.

Dr LL : C'est que en tant que médecin territorial moi je ne peux pas avoir accès à l'informatique, donc je ne trouve pas ça normal déjà, puisqu'à priori au départ on nous adit on nous a dit que les trois médecines étaient sur le même plan. Donc il y a un problème d'argent là parce que celui qui paye et qui cotise... (Sonnerie du téléphone)

(Interruption de l'entretien pendant quelques minutes)

Doctorant : Je recommence l'enregistrement. Euh donc nous en étions à, donc vous me disiez que vous ne pouviez pas accéder au dossier informatique du réseau.

Dr LL : Non moi je ne peux pas, parce que, enfin je peux comme un patient mais comme un médecin, si je veux avoir accès aux documents médecin, je ne peux pas y accéder.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Donc là je trouve que il y a quand même il y a quelque chose qu'il faudrait que le réseau améliore parce que, alors je sais qu'à un moment donné c'était en discussion, est ce que c'était l'institution, est-ce que c'était chaque médecin en tant que médecin ?

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Mais le problème est que on demande à la PMI de participer mais que les médecins de PMI ne peuvent pas rentrer sur l'ordinateur pour avoir un document par exemple si on veut donner un outil à une famille, on ne peut pas quoi.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Donc j' imagine qu'il y a peut être d'autres types d'informations, donc on ne peut pas non plus évoluer, évaluer pardon euh ce que ça apporte.

Doctorant : D'accord. Comment pensez vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau: dossier patient papier structuré, fiche de suivi patient, dossier patient informatique : système d'information et de partage d'information ou

une messagerie sécurisée pour échanges d'informations confidentielles entre professionnels de santé.

Dr LL : Je dirai messagerie.

Doctorant : Sécurisée.

Dr LL : Sécurisée, de toute façon je pense que ça ne peut pas être le en tout les cas au jour d'aujourd'hui, je ne pense pas que ça puisse être le même dossier pour l'hôpital pour le médecin de ville et le médecin territorial. Moi j'ai, j'ai pratiqué les trois et je pense que ce n'est pas, ce n'est pas forcément la même optique. Donc euh bon et puis les dossiers prémâchés, bon je trouve que ça tue aussi la relation avec le patient, bon par exemple là je vois le dossier qu'on a au niveau des bilans de 4 ans, enfin ben il est complètement mal foutu quoi donc si on le suit c'est très difficile de rentrer en relation avec les gens.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Parce qu'en plus on est obligé de, de caser des, de mettre des croix dans les cases, donc je dois dire quand les gens vous parlent, « ah, et puis attendez j'ai oublié de vous demander le vaccin machin », c'est enfin, on ne peut pas, même parfois, je trouve que surtout avec la population qui fréquente la PMI. Bon quand vous leur demandez les antécédents médicaux, je veux dire elles ont des lunettes et elles pensent même pas qu'elles y voient pas bien, donc je ne pense pas qu'on puisse fonctionner comme ça. Je pense qu'il faut aller au plus près des gens et puis sans être dans une trop grande proximité, et qu'après on peut leur demander des choses.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Donc je pense qu'en tant que médecin on est suffisamment formé à ce que l'on a besoin de savoir, donc peut être donner aux gens un guideline pour qu'ils aient en tête une trame pour former les gens qui n'ont pas l'habitude et puis il y a des gens que ça rassure d'avoir euh un guideline, mais je crois pas un dossier au sens très, très formaté quoi.

Doctorant : D'accord.

: Les dossiers médicaux, sont-ils pour vous exclusivement informatisé ou non et cette distinction est-elle théorique ou pratique.

Dr LL : Je n'ai pas d'avis sur la question.

Doctorant : Donc vous n'utilisez pas le dossier médical partagé.

Dr LL : Non.

Doctorant : Ni informatisé, ni papier.

Dr LL : Alors de temps en temps je le relis, pour me dire alors tiens en tant que médecin de PMI qu'est-ce que j'en ferai, bon en fait quand je réfléchis sur l'obésité, je me dis tiens en fait il y a tel aspect de la pathologie que je n'ai pas bien vu, donc je regarde le dossier pour bon pour comparer un peu le dossier et ma perception des choses.

Doctorant : D'accord.

: Et pourquoi vous n'utilisez pas ce dossier.

Dr LL : Parce que je ne l'ai pas.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : C'est aussi simple que ça.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et puis je n'en aurais pas l'utilité puisque de toute façon vu mon statut qui est un peu particulier, je n'ai plus de consultation parce que je n'y vois pas suffisamment.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et bon c'est vrai on c'était posé la question en PMI si les médecins de PMI devaient spécifiquement voir les enfants obèses. Bon je pense qu'il n'y a pas de raison de les voir plus à part qu'un enfant asthmatique par exemple. Et donc qu'il n'y a pas plus de raisons d'avoir un dossier quoi. Je veux dire que...Par contre ce qui serait bien, c'est que les médecins de

PMI puissent, et les médecins territoriaux d'une façon générale puissent conjuguer leurs efforts pour mettre en place des vraies, des vraies actions d'éducation.

Doctorant : D'accord.

: Le dossier médical personnel.

Dr LL : Oui.

Doctorant : Qu'en savez-vous et qu'en pensez-vous ?

Dr LL : Je ne sais pas grand chose.

Doctorant : Pas grand chose du tout ou très peu de choses.

Dr LL : Très peu de choses à part ce que j'ai lu dans l'article mais ce n'est pas très concret pour moi.

Doctorant : Oui.

Dr LL : Et puis ça ne passionne pas.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Par contre je pense qu'il y a des choses qui peuvent être intéressantes, bon par exemple je lisais le, le dossier du pharmacien par exemple.

Doctorant : Oui.

Dr LL : Et là je pense qu'il peut y avoir des, des choses effectivement intéressantes dans l'intérêt du patient. Euh, bon j'ai pas mal réfléchi sur l'aspect de, des enfants voyageurs d'une part parce que ça m'intéresse, je fais partie de la société de médecine des voyages et pour mon diplôme d'éducation thérapeutique, j'ai choisi de faire mon mémoire sur le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique voyageur.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Et c'est vrai que ça interpelle, bon quand on voit des gens en voyage, bon je suis partie cet été, bon les gens ils ne savent pas ce qu'ils prennent comme médicaments et là je pense que effectivement l'informatique, le dossier informatique peut avoir un rôle intéressant, parce que les gens ils ne savent pas ce qu'ils prennent, ils ne connaissent pas les contre-indications. Donc avec des logiciels qui permettent effectivement de, d'emblée de dire là il y a une interaction, il y a des choses comme ça. Je pense qu'à ce niveau très technique des choses ça peut être intéressant et même pour le public parce que si on se met dans l'optique des enfants qui vont apprendre dès leur plus jeune âge le B A BA de l'informatique, ça peut être un plus dans l'aide à être plus responsable par rapport à leur santé, donc là je pense aussi que ça peut être décliné en fonction de l'âge du patient, je veux dire que quand je vois des pauvres mamies de 80 ans qui essayent de prendre de l'argent euh avec leur carte bleue. Je me dis que, il faut aussi savoir s'adapter au développement personnel des gens.

Doctorant : D'accord.

: Euh, comment pensez vous l'utiliser et en parler avec vos patients, ce dossier médical personnel ?

Dr LL : Ben je pense que, il faudrait d'abord que moi je le connaisse mieux que je me fasse une opinion, une idée objective de ce qu'il est et qu'ensuite en tant que médecin territorial, c'est vrai que je pense que j'ai un rôle important d'information des patients, donc à la fois des patients donc des parents que je peux avoir en face de moi et qui peuvent être amené à se questionner là dessus ou à ne pas se questionner parce que c'est une population migrante, c'est une population illettrée, c'est etc... qui peuvent ne pas être au courant donc je pense que je peux avoir un rôle de formation important, je peux aussi, aider certaines personnes ressources puisque là par exemple sur la commune où je travaille j'essaie de travailler sur des lieux de ressources d'information pour travailler avec les gens pour les aider à trouver leurs propres ressources. Et, et par ailleurs c'est vrai que dans l'optique de l'enfant je pense que ça peut s'intégrer dans une éducation thérapeutique au sens large de les sensibiliser à ce que c'est un dossier médical, à ce que comment ça s'utilise, comment ils auront à se placer par rapport

à ça. Enfin je pense que... Par contre pour l'instant je ne suis pas médecin de ville je ne suis pas médecin d'éducation thérapeutique donc ça peut être intellectuel mais c'est tout.

Doctorant : Et vos patients vous en ont-ils parlé, comment et que leur avez vous répondu ?

Dr LL : Non.

Doctorant : Ou les parents de vos patients ?

Dr LL : Jamais parce que bon moi je travaille à Pantin.

Doctorant : Oui.

Dr LL : Donc, déjà le carnet de santé ils n'ont pas compris comment ça marche.

Doctorant : D'accord.

Dr LL : D'ailleurs je pense qu'il n'est pas fait pour eux, malheureusement. Et donc le dossier, même le médecin traitant ils ne savent pas ce que c'est donc euh...

Doctorant : D'accord.

Dr LL : Il faudrait que les médecins de temps en temps ils descendent. (Rires).

Doctorant : Euh, pensez vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution à votre système informatique et laquelle ?

Dr LL : Ben, je pense que tout ce qui peut être logiciel qui peut aider à la formation, enfin j'y connais rien mais tout ce qui est Power Point et tout ce qui peut aider à la formation et à la formation personnelle et même bon par rapport aux enfants créer des outils de formation mais qui ne soient peut être pas standard, c'est à dire que en plus ça je pense que ça peut être intéressant c'est plusieurs, de faire plusieurs niveaux parce que les enfants n'ont pas forcément, même si ils sont dans un même niveau de classe ils peuvent être pour certains en difficulté et que ça peut être aussi des choses intéressantes et puis je pense aussi que effectivement quand on revient à ce que je disais au début, que toute forme de langage m'intéresse que tout ce qui peut être substitution et tout ça, ça m'intéresse, puisque bon en plus, je vois que l'apport que ça a pour moi je pense que ça pourrait être intéressant pour des patients et ça je serais très curieuse de savoir tout ce qui se met en place pour aider des patients avec toutes pathologie pour être plus autonome, par exemple je pense à de nombreuses femmes qui par exemple aujourd'hui ont des polyarthrites rhumatoïdes et qui ont plus, de plus en plus de mal à se servir de leurs mains je me dit que elles sont peut être pas au courant que la synthèse vocale ça existe et que ça pourrait peut être les aider. Donc ça c'est des choses qui sont susceptibles de m'intéresser.

Doctorant : D'accord.

: A plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans le pratique de la médecine ?

Dr LL : Je ne connais pas suffisamment l'informatique pour vous répondre.

Doctorant : D'accord, vous n'avez aucune opinion là dessus ?

Dr LL : Ce n'est pas que je n'ai pas d'opinion, c'est que je ne connais pas donc j' imagine qu'il y a surement, il y a plein de choses au niveau du logiciel. Moi ce que j'aimerais finalement en vous parlant c'est que je me dis que j'aimerais bien que quelqu'un me, me fasse comme ça une présentation de ce que c'est l'informatique, de ce que c'est qu'un logiciel, de comment les gens fabriquent un logiciel, enfin ça m'intéresserait de savoir.

Doctorant : Et là vous n'avez aucune idée.

Dr LL : Je n'ai aucune idée pour moi c'est, j'ai des bonnes amies qui savent, qui travaillent dans l'informatique j'ai, et pour moi c'est le plus grand des mystères.

Doctorant : D'accord. Ben j'ai terminé mes questions.

Entretien avec le Dr M, pédiatre exerçant en cabinet seul, le 28/01/08.

Doctorant : Racontez-moi comment vous avez découvert l'informatique ?

Dr M : Comment j'ai découvert l'informatique, ben il y a deux, deux façons, une façon, ça a été la gestion du cabinet, gestion comptable du cabinet, et puis l'autre c'est les enfants, mes enfants qui ont eu à se servir de l'informatique presque en même temps que moi, voire avant moi, un peu, parce que je me rappelle que dans le temps, on a, par les écoles on nous conseillait d'acheter un, un truc qui s'appelait le Thomson TO, je sais pas si vous avez connu ça c'est un vieux truc qui pouvait marcher sur les télé où il y avait un clavier etc....Donc petit à petit l'informatique s'est mis en place petit à petit, mais à la limite mes enfants ont été presque plus rapidement dans le coup que moi.

Doctorant : D'accord, donc c'est presque eux qui vous ont incité à vous y mettre ou la gestion du cabinet était déjà présente et importante.

Dr M : Oh, ben je pense que c'est plus la gestion du cabinet quand même.

Doctorant : D'accord.

: Quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr M : Non, en fait je n'ai pas vraiment de système informatique pour la pratique quotidienne, c'est à dire que j'ai l'informatique pour la télétransmission des cartes.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Et pour la comptabilité.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Mais je ne m'en sers pas du tout pour les dossiers patients, les dossiers patients je les fais toujours à la main.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Et par contre je m'en sers dans le cadre du REPOP, là j'utilise le truc de healthweb, et bon là, je trouve ça assez pratique.

Doctorant : D'accord. Et quel a été le facteur déclenchant pour vous doter d'un système de gestion informatisé par rapport au système papier.

Dr M : C'est à dire qu'à chaque fois qu'on entre une carte vitale la machine saisie en même temps une facturation, donc c'est pratique.

Doctorant : D'accord.

: Donc c'était au moment du début de la télétransmission que vous, vous êtes dotés de cet outil ?

Dr M : Oui, avant aussi, avant aussi, parce que l'avantage de l'ordinateur c'est qu'il fait tous les totaux.

Doctorant : Oui.

Dr M : Donc même avant j'avais déjà un système qui s'appelait AFID®, et où ça se faisait sur informatique.

Doctorant : D'accord. Et vous rentriez chaque consultation au fur et à mesure, c'est ça ?

Dr M : Oui.

Doctorant : D'accord.

: Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?

Dr M : Pouh, et bien je n'en sais rien du tout !

Doctorant : C'était à propos de la télétransmission.

Dr M : Ouais, donc le fait d'avoir à faire la télétransmission. Pour moi, la télétransmission ça a été relativement une bonne chose, dans la mesure où justement il y a eu ce truc de gestion associé, et dans la mesure où nous sur Bagnole on a beaucoup de CMU. Or les CMU c'est

pleins de papier à remplir quand il n'y a pas la carte, donc la carte ça a, avait l'avantage de supprimer toute cette paperasse et donc c'était un avantage.

Doctorant : D'accord, donc vous, ça, ça vous a pas beaucoup incité, la Carte Vitale vous a beaucoup aidé mais cette loi ne vous a pas incité à vous équiper, en fait ?

Dr M : Non. Enfin si ce n'est qu'on nous poussait à ça, donc je n'ai pas fait de résistance.

Doctorant : D'accord.

: En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?

Dr M : Moi, j'ai jamais eu de conseil, je me suis démerdé tout seul et donc il y a, maintenant j'ai un, une aide, un informaticien qui m'aide.

Doctorant : Hum, hum.

Dr M : Parce que je me suis planté et donc j'ai eu besoin vraiment de, je me suis rendu compte que bon c'était indispensable, mais jusqu'à maintenant j'avais essayé de faire tout, tout seul.

Doctorant : D'accord.

: Et comment vous aviez choisi votre logiciel etc...

Dr M : Par par euh les collègues, en fait j'ai pris un des deux, deux logiciels les plus important, il y a surtout HelloDOC® et Axilog® donc j'avais des copains qui avaient HelloDOC® et d'autres Axilog® et j'ai pris Axilog .

Doctorant : D'accord.

: En termes de fonctionnalités logicielles : gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, consultation de sites de références sur Internet, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée? Et pourquoi ?

Dr M : Pfouh, moi ce que, à la limite moi ce que je préfère c'est Internet, parce que Internet ça permet de découvrir plein de chose en médecine de pouvoir avoir des précisions sur, bon euh. Mais pour la pratique de tous les jours c'était la, le fait de pouvoir utiliser la carte Vitale et faire sa comptabilité en même temps qui était intéressant, donc euh... En même temps l'informatique quand ça se plante c'est galère comme tout, donc euh je dois dire que j'ai, j'ai suivi le mouvement sans enthousiasme sauf pour Internet mais Internet je m'en sers plus chez moi que au cabinet parce que au cabinet, on n'a pas le temps.

Doctorant : D'accord.

: En quel sens l'outil informatique a été appréhendé par vos patients ?

Dr M : Moi, comme je ne m'en sers pas pour la gestion des dossiers, ils voient que je m'en sers que pour la carte Vitale, je pense que des fois, ça, ça les fait suer quand ils voient que je me suis planté et qu'ils doivent attendre dix minutes que ça refonctionne pour la carte. Bon ça, ça arrive pas très souvent mais ça peut arriver ou quand ils voient que je suis de mauvaise humeur parce que (Rires) tout c'est planté et du coup il faut que je rattrape le temps perdu. Mais j'essaie de pas trop être sur la machine et bon que ça, ça les embête pas, et alors en plus moi je ne m'en sers pas par exemple pour imprimer les ordonnances, je fais tout à la main.

Doctorant : D'accord, et donc ils ne vous ont pas fait de réflexions à ce sujet là ils ne vous ont jamais, enfin je suppose plus les parents de vos patients, euh.

Dr M : Ouais, ouais, ouais.

Doctorant : Ils ne vous ont jamais fait de réflexion, jamais dit quelque chose à ce sujet là ?

Dr M : Non ils ont des fois essayé de m'aider (rires)

Doctorant : D'accord.

Dr M : Quand ils voyaient que j'étais en galère. (Rires). Mais c'est tout.

Doctorant : Comment qualifiez vous le passage du papier à l'informatique et y a t'il une raison à ce passage ?

Dr M : Ben, je pense que une des raisons, c'est de pouvoir supprimer des emplois, ça pour la Sécu c'était tout bon, euh en même temps je ne sais pas si ils y ont gagné tellement

financièrement parce que il y a après toute la gestion informatique, et puis je suis sur qu'il y avait plein de gens qui oubliaient d'envoyer les feuilles et comme c'est nous qui les saisissons ça arrive. Mais on a l'impression des fois, qu'il y a là dedans une évolution un petit peu indispensable comme l'arrivée de l'avion, ou de, de la locomotive ou de la voiture. Bon il y a une fois que c'est là ça fait partie de l'évolution. Bon en même temps si ça peut supprimer la, le gâchis de papier ce n'est pas forcément une mauvaise chose, mais bon il y a peut être d'autre gâchis. (Silence).

Doctorant : Vous exercez seul n'est-ce pas ? Ce n'est pas un cabinet de groupe.

Dr M : Ouais, oui, je suis tout seul.

Doctorant : Comment percevez-vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ?

Dr M : Ben ça dépend si c'est pour le loisir ou pour le boulot, quand c'est pour le loisir, c'est assez sympa, quand c'est pour le boulot, c'est bien quand ça marche mais quand ça se plante alors là c'est, c'est galère.

Doctorant : D'accord. Et diriez-vous que vous vous sentez à l'aise ou mal à l'aise avec cet outil ?

Dr M : Plutôt mal à l'aise.

Doctorant : Dans les deux situations, loisir ou travail ?

Dr M : Ah non pas dans le loisir dans le loisir on a tout son temps donc si jamais ça se plante, c'est pas, c'est pas grave.

Doctorant : D'accord.

: Mais au travail plutôt mal à l'aise alors ?

Dr M : Ouais.

Doctorant : D'accord. Avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnements ? Si oui, comment avez-vous pu résoudre les problèmes ?

Dr M : En faisant appel au service après vente etc.... Aux informaticiens compétents.

Doctorant : D'accord. Et ça s'est produit souvent ?

Dr M : Ben, ça se produit de temps en temps, oui, oui.

Doctorant : D'accord.

Dr M : (Sourire). Donc il y a d'une part le côté matériel, le disque qui, le disque dur qui tombe en panne qu'il faut changer et des trucs comme ça et puis le côté logiciel avec des erreurs, qui apparaissent tout à coup, et qu'il faut corriger.

Doctorant : D'accord.

: Et concrètement, vous appelez le jour même, comment ça se passe ?

Dr M : Alors il y a deux, deux niveaux, il y a un niveau où je peux appeler mais c'est payant et c'est pour la gestion du, du logiciel, et puis il y a un autre niveau qui est pour l'installation des logiciels la récupération des sauvegardes etc.... Alors le niveau où je peux appeler par un 08 en général je peux les avoir, hein mais bon, ça coûte assez cher...

Doctorant : Hum, hum.

Dr M : Donc il ne faut pas passer trois heures au téléphone avec eux. Et puis ça prend du temps donc en consultation, c'est, c'est ça qui m'énerve. Et puis l'autre, l'informaticien qui, qui vient éventuellement ou qui prend en main par, à distance. Lui en général, je ne l'ai pas le jour même mais je laisse un message et il me dépanne le lendemain ou le surlendemain.

Doctorant : D'accord.

: Pour quelle partie de votre patientèle utilisez-vous votre logiciel de gestion du dossier médical ? Donc aucun. (Rires). C'est cela.

Dr M : Sauf ceux éventuellement ceux qui sont REPOP.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Donc c'est un dossier sur Internet spécial.

Doctorant : Mais vous n'avez pas, dans votre logiciel de gestion de cabinet vous avez un dossier médical qui est possible, pour les gens du REPOP, vous ne l'utilisez pas ce logiciel ?

Dr M : Non.

Doctorant : D'accord.

: En quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eu un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr M : Elle n'en n'a pas eu tellement.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Mais avant je faisais des feuilles, je passais peut-être des fois plus de temps à faire les feuilles mais comme là il y a le temps perdu quelques fois avec les pannes, donc ça revient à peu près au même j'ai l'impression.

Doctorant : D'accord.

: Est-ce que vous faites des visites à domicile ?

Dr M : Non, enfin une fois par an peut-être.

Doctorant : Avez-vous déjà des idées d'évolutions de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr M : Ben il ya éventuellement le fait de pouvoir communiquer avec les hôpitaux oui, ça, ça pourrait être intéressant.

Doctorant : Récupérer les données des hôpitaux ?

Dr M : Oui, c'est ça.

Doctorant : Quoi exactement ?

Dr M : Pouvoir poser des questions à des médecins dans les hôpitaux par Internet et avoir une réponse rapide.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Ça pour l'instant, ce n'est pas tellement organisé.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Enfin bon on sait que certains médecins ont leur adresse Internet et on peut peut-être leur écrire, mais ce n'est pas passé, ils ne nous disent pas ben faites le.

Doctorant : Hum, hum. Mais à court terme vous ne voyez pas d'évolution ?

Dr M : Non.

Doctorant : D'accord. L'entrée dans le réseau REPOP, c'était quand, pourquoi ? Et appartenez-vous à d'autres réseaux de santé ?

Dr M : Non c'est le seul réseau. Euh, pourquoi ? Parce que l'obésité c'est un truc tellement énorme actuellement qu'il fallait faire quelque chose, et puis c'était l'occasion de travailler avec les hôpitaux sur un domaine qui m'intéresse et où on est en difficulté, parce que de toutes façons c'est une maladie qui n'est pas facile à guérir et donc de pouvoir avoir une aide multidisciplinaire c'est très bien.

Doctorant : Et c'était quand ?

Dr M : C'était quand ? Ça doit faire trois ans maintenant.

Doctorant : D'accord. Et comment ça c'est passé exactement c'était par contact, c'était...

Dr M : Oui, ben, là il nous on envoyé un papier pour nous demander si ça nous intéressait, donc j'ai répondu oui, j'ai fait une formation qui était sur une demi journée, à cette époque là ça se passait à Ambroise Paré, quand j'y suis allé, euh chez Bertrand Chevalier, et puis et puis voilà, et puis après on se lance et on fait le truc. D'ailleurs je dois dire que moi je ne vois pas énormément d'enfants du REPOP, je dois en suivre même pas une dizaine.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Parce que ça aussi, ça prend un temps infernal. Donc justement sur l'ordinateur ça va peut-être un petit peu plus vite que quand on faisait les trucs papiers à envoyer en plus.

Doctorant : D'accord.

: L'implication au sein du réseau, du REPOP en général a-t-elle un impact sur votre pratique ?

Dr M : Peut-être un petit peu, dans le fait qu'on s'aperçoit qu'il ne faut pas demander trop de choses en même temps à un patient, et puis dans le fait de mieux savoir prendre son temps.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Dans l'abord des patients, oui, je ne sais pas ça m'a peut-être un peu fait évoluer.

Doctorant : Quels éléments pour vous, quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr M : Ben je pense que ce qui est important c'est qu'il y ait des contacts humains en dehors des contacts informatiques hein, et dans la mesure ou en plus des échanges informatiques, il peut y avoir des réunions en groupe je pense que ça peut être très intéressant. Mais si il y avait que l'informatique. Je ne suis pas sûr que ça pourrait bien fonctionner.

Doctorant : Vous sentez-vous impliqué dans la vie du réseau ? Et comment ?

Dr M : Je me sens un petit ouvrier du réseau mais euh... Je pense que c'est, c'est vrai qu'on se dit qu'il y a des sous qui sont dépensés là et il faut euh essayer que ça marche si on ne veut pas que la caisse d'assurance maladie reprenne ses billes, donc on est un petit peu, on a envie de faire que ça réussisse en même temps moi je, je ne me mobilise pas trop dans le sens où je ne vais pas aux réunions de l'association etc.... Parce que comme on a des bonnes semaines après on a plutôt envie de faire autre chose.

Doctorant : Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau ?

Dr M : Ben coordination nationale ?

Doctorant : Régionale, enfin départementale ?

Dr M : Départementale, départementale on a des réunions sur, au niveau des hôpitaux du 93 ce qui fait qu'on est amené à se rencontrer au moins une fois tous les deux, trois mois quoi, donc on se rencontre.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Maintenant c'est sûr que le médecin qui a ça en charge sur le 93 il fait beaucoup plus de boulot que un gars comme moi qui fait que recevoir que quelques patients dans le cadre du réseau.

Doctorant : D'accord. Euh, comment percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins ? D'autres professionnels de santé ? Et comment percevez-vous cette possibilité ?

Dr M : Ben moi ça me paraîtrait intéressant, hein, le problème c'est après les histoires de sécurités, il faut que les réseaux soient tout à fait sûrs pour que il ne puisse pas y avoir de gens qui s'immiscent là dessus pour aller chercher des informations. Mais sinon, oui je pense que ça peut être intéressant.

Doctorant : Et votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet, et dans quel sens ?

Dr M : Moi, je pense que dans le cadre du REPOP ça me, ça me convainc de l'utilité des réseaux parce que c'est formateur, ça m'a appris des choses, c'est plutôt agréable de se réunir, mais bon, en même temps bon on peut se dire que ça améliore notre pratique mais ça change pas forcément le, ce qu'on, par rapport à ce qu'on faisait avant il n'y a pas forcément un grand pont qualitatif, hein, ça l'améliore, on est mieux formé, on recueille les informations, donc après d'ailleurs qu'est ce qu'est fait de ces informations, on le sait pas trop, hein, on, bon, je pense que ça doit sortir des statistiques, etc....mais je pense qu'il y en a déjà eu de données mais pour l'instant ça n'a pas apporté grand chose si ce n'est le fait de savoir que l'obésité se développe, (Rires), donc je pense que c'est, quand on voit qu'il y a une maladie comme ça qui se développe, c'est intéressant de toutes façons que tout le monde essaye de prendre ça en charge et puis on peut espérer que le fait de mutualiser tous les, tous les gens qui sont intéressés par la question ça pourra faire sortir des idées géniales, mais pour l'instant, par rapport à l'obésité il n'y a pas d'idée géniale, hum, hum.

Doctorant : Et le partage d'information avec votre implication dans le réseau est-ce que vous, est-ce que ça a fait évoluer votre réflexion sur le partage des informations médicales ?

Dr M : (Silence) Comme je ne sais pas exactement ce que deviennent les informations que je transmets, je ne sais pas encore, je pense que dans quelques temps on aura peut-être plus, hein, des idées de ce que ça devient.

Doctorant : Comment pensez-vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau :

Dossier patient papier structuré,

Fiches de suivi patient,

Dossier patient informatique : soit un système d'information de partage d'information ou un système de messagerie sécurisée pour échange d'informations confidentielles entre des professionnels de santé ?

Dr M : Ben, ça dépend..., je pense que ça dépend de, des réseaux, hein, bon la par exemple dans le réseau REPOP, ce qu'on transmet comme information tout ça je pense que ça n'a pas vraiment besoin d'être très sécurisé, hein.

Doctorant : Hum, hum

Dr M : Maintenant un réseau qui va s'occuper de HIV ou des trucs comme ça je pense que c'est plus important que ça soit sécurisé, qu'il n'y est pas des informations qui puissent échapper. Euh, donc je pense que, un réseau sécurisé c'est sûrement, le mieux mais ce n'est peut être pas nécessaire pour tout. Et puis quand dans un réseau où il y a des gens qui ne sont pas informatisés c'est bien qu'il puisse y avoir aussi le papier parce que (Rires) dans les, parmi les médecins il y en a qui sont allergiques à l'informatique hein, ils ont le droit(sourire). Ils ont le droit. Moi j'ai été surpris, par rapport à l'ADSL, parce que je pensais que maintenant tous les médecins avaient l'ADSL et en fait j'ai l'impression qu'il n'y en a pas beaucoup qui l'ont. Bon enfin, en plus il y a des coins où c'est peut-être pas possible de l'avoir, mais sur la région parisienne je pensais qu'il y en avait beaucoup.

Doctorant : Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non, et cette distinction est-elle théorique, pratique ?

Dr M : Ça veut dire quoi théorique ou pratique ?

Doctorant : Ben est ce que dans l'idéal par exemple ils ne seraient que informatisés et que en pratique ce n'est pas possible.

Dr M : Donc, ça veut dire que.

Doctorant : A votre avis, est ce que ça sera, l'idéal d'un dossier médical partagé serait-il informatisé ou papier et est ce que s'est possible de faire euh que...

Dr M : Oui enfin que ce soit que l'un ou que l'autre... Oui à mon avis il faut toujours laisser la possibilité de le faire papier parce que, on ne sait jamais ce qui peut arriver, si jamais tous les réseaux informatiques sautent. (Rires). Non je pense qu'il faut qu'il y ait de toute façon les deux possibilités.

Doctorant : Mais pour partager un dossier médical, est ce que c'est plus simple de manière papier ou de manière informatisé ou c'est pareil, que ce soit papier ou informatisé ?

Dr M : A mon avis c'est pareil.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Si ce n'est la, la rapidité possible de communication et encore, de toutes façons quand on veut du rapide on peut se téléphoner aussi.

Doctorant : Quelles sont vos motivations à utiliser le dossier patient partagé informatisé ?

Dr M : La rapidité justement parce que je trouve que ça va plus vite et puis pas avoir besoin d'avoir à aller à la poste pour, peser les dossier et les envoyer, ça par exemple c'est des trucs idiots mais ça prend du temps.

Doctorant : Autre chose ?

Dr M : Non, non.

Doctorant : Par qui et comment avez-vous été formé et informé de ce dossier médical partagé informatisé ?

Dr M : Ben par le REPOP, donc, c'est aux, à, aux enfants malades, je suis allé à une journée.

Doctorant : D'accord.

Dr M : Enfin deux heures de formation.

Doctorant : Avez-vous connaissance d'un interlocuteur que vous pouvez contacter en cas de difficulté ?

Dr M : Oui, oui, oui, il y a Marcueyz qui répond des fois au téléphone, je crois qu'ils sont deux ceux que je peux contacter. (Silence). Il ya David Calves aussi, non ? Ça ne vous dit rien ? Donc il y a un numéro de téléphone de l'informaticien REPOP, vous connaissez, non vous ne connaissez pas. C'est ça.

Doctorant : Le Dossier Médical Personnel, qu'en savez-vous ? Et qu'en pensez-vous ?

Dr M : Alors ce qui devrait se mettre en place avec la carte Vitale là. Alors ce que je sais c'est qu'il est toujours question que ça marche et que pour l'instant ça ne marche pas et que, il y a beaucoup de problèmes par rapport à la sécurité du dossier qui semble poser problème donc, en même temps là je vois, la caisse du 93, ils nous ont installés un petit logiciel avec lequel on peut voir sur la carte Vitale du patient tout ce qu'il a déjà fait comme examen biologique radiologique, consommation médicales etc....Donc c'est déjà, c'est déjà possible d'aller voir ce que, ce qui est d'ailleurs assez indiscret parce que théoriquement il faut demander l'autorisation à la personne mais qui dit que le médecin va le faire de demander l'autorisation. A la limite avec le DMP, les patients sauront qu'ils auront sur leur carte quelque chose qui permet au médecin de voir. Alors que là pour l'instant ils ne savent pas et éventuellement on peut voir des choses ben enfin ça prend tellement de temps pour aller voir les choses que si on leur explique pas ils vont se demander ce qu'on fabrique, mais donc je pense ce qui est important c'est que, c'est que la sécurité soit très assurée avant tout. Et puis de toutes façon je pense que si les gens n'ont pas envie de présenter leur carte ils ne la présenteront pas, hein. Donc ça va peut-être provoquer des retours de feuilles papier pendant un certain temps. Je ne sais pas.

Doctorant : Et comment pensez-vous l'utiliser, en parler avec vos patients ?

Dr M : Je pense que ça peut être intéressant si on voit que le patient a vraiment tendance à surconsommer ou à, à vouloir enfin bon... Pour nous en pédiatrie ça ne se posera peut être pas souvent sauf dans les, ce qu'on appelle les syndromes de Münchhausen par procuration, vous connaissez. Donc si on voit qu'un ou des parents sont en train de courir tout le temps pour des examens complémentaires pour voir différents médecins etc., on pourra peut-être être alerté. Mais sinon je pense que c'est plutôt pour les arrêts de travail et les trucs comme ça en médecine générale que ça, ça risque peut être de, d'inciter les médecins à être moins généreux, (Rires), quand ils verront que la veille le patient est déjà allé voir un autre médecin, enfin pas la veille, quelques temps avant pour avoir un arrêt de travail et qu'il revient chez un autre pour essayer d'obtenir la même chose, mais je pense que ces patients là de toutes façons, ils viendront sans la carte, donc je suppose, je pense que ça, ça peut être utile surtout pour les gens qui ne savent pas bien s'exprimer, on a quand même des populations où euh...(Silence) Ouais, enfin je ne suis pas sûr que ça soit très, très utile.

Doctorant : D'accord. Vos patients vous en ont-ils parlé? Comment ? Et que leur avez-vous répondu ?

Dr M : Non, je ne crois pas.

Doctorant : Enfin les parents de vos patients !

Dr M : Ouais, ouais, je crois qu'ils ne m'en ont pas encore parlé, de toutes façons je pense que ça se mettra, ça se mettra sûrement en place chez l'adulte avant que ça se mette en place chez l'enfant, enfin je ne sais pas, non ?

Doctorant : Je ne sais pas.

Dr M : Comme j'ai suivi ça très vaguement, de loin, je ne connais pas les détails de l'affaire.

Doctorant : Euh, pensez-vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution à votre système informatique ? Et laquelle ?

Dr M : Mm, les fax je ne sais pas si c'est une évolution parce que c'est plutôt un truc ancien (rires) et je n'ai toujours pas de fax alors je me dis qu'il faudrait que j'en ai mais je ne l'ai pas encore fait parce que je me dis que je vais recevoir aussi tout un tas de truc qui ne m'intéressent pas. Et donc j'hésite encore. Mais sinon non. (Silence). La Web Cam pour l'instant je ne pense pas que ça soit vraiment utile à moins de pouvoir montrer une éruption d'un gamin et de demander à une dermato si ça lui évoque quelque chose mais bon, il faudrait que je demande à une copine dermato si elle pense que ça pourrait être intéressant.

Doctorant : À plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr M : Ben je pense que ça va se développer en particulier pour tout ce qu'on appelle la télémedecine, avoir l'avis des experts, etc., bon ça c'est surtout utile pour les gens qui sont à l'étranger dans des endroits où il n'y a pas beaucoup de capacité médicale de pouvoir montrer un dossier à un expert dans un pays riche, ça c'est super.

Doctorant : Hum, hum.

Dr M : Je vois surtout cet aspect-là de, comme quelque chose qui va se développer rapidement.

Doctorant : D'accord.

: Eh bien, je vous remercie, j'ai terminé.

Entretien avec le Dr MO, généraliste, le 29/01/08

Doctorant : Alors racontez-moi comment vous avez découvert l'informatique ?

Dr MO : Par rapport au réseau ou de manière générale ?

Doctorant : Non de manière générale.

Dr MO: Euh...très tardivement en fait, puisque moi dans mes études je n'en n'ai pas fait du tout, du tout. Euh, je vais dire au premier remplacement, premier remplacement de, de médecine, les médecins étaient informatisés donc j'ai découvert, sur le, au cours du remplacement, en essayant de voir le, enfin, le logiciel qu'ils avaient et dans la mesure où je remplaçais de l'utiliser de manière la plus appropriée, voilà quoi.

Doctorant : D'accord.

: Et ça c'est passé comment ?

Dr MO: Alors bien parce que, bon c'est toujours des choses nouvelles donc on s'intéresse, ça ralenti beaucoup parce que on est pas habitué et donc on fait des fausses manœuvres, on arrive devant une situation qu'on a jamais rencontré donc du coup, on sait pas trop ce que, ce qu'il faut faire, au départ ça donne l'impression ben de, de nécessiter effectivement, un entraînement et après c'est vrai que ça ouvre des perspectives et ça fait gagner pas mal de temps. Mais bon, avant de gagner du temps il faut en investir pas mal quoi ! C'est investissement d'abord et récupération ensuite.

Doctorant : D'accord.

: Et quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr MO: Euh, la nécessité du suivi, et de l'idée dans la médecine générale, bon depuis ils ont sortie l'idée des médecins traitants, mais c'est comme ça que je voyais la médecine, c'est à dire d'une gestion d'un, d'une santé quoi, pour une personne qui va aller voir d'autres confrères, qui va aller voir d'autres intervenants et globalement c'est plus facile quand tout est

sur l'ordinateur que quand tout est sur des papiers à droite à gauche et qu'il faut les rechercher, la mémoire de l'ordinateur est plus rapide et plus fiable que la mienne quoi, donc du coup, ça a été un petit peu le facteur motivant.

Doctorant : D'accord. Vous vous êtes informatisés dès votre installation ?

Dr MO: Alors, en fait par le réseau j'ai du faire ça dans l'année de l'installation, par le, par le réseau ASDES. Mais c'est vrai que du coup on avait l'idée de faire un dossier qui soit partagé ou pas partagé mais enfin qui, qui puisse être multipartenaires et ça, ça ne marche pas encore très, très bien, il y a beaucoup de lenteurs on va dire, ce qui fait que l'informatisation avait ce but là, avait le but de pouvoir pour, gérer les dossier et également, il faut que je vous dise aussi puisque j'y pense et communiquer puisque par mail et par, Internet on peut effectivement avoir plus rapidement une information qu'on envoie indépendamment du coup de fil ou on va pas forcément trouver la personne au bon moment au bon endroit quand on travaille avec des confrères, dans les réseaux souvent c'est pas du, enfin c'est pas comme nous de 8h à 20h, donc ce qui fait qu'on est souvent derrière nos bureaux au moment où l'interlocuteur lui il est pas là, donc le, le, la messagerie peut-être intéressante parce que bon, si ce n'est pas le cas urgent on envoie l'information et on sait que quand la personne va revenir elle va voir et nous renvoyer la réponse et donc on aura incessamment sous peu sans passer x temps à pister la personne par bip interposé et téléphone interposé, donc, messagerie et gestion des dossiers.

Doctorant : D'accord.

: Euh, quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?

Dr MO: Alors il faudrait peut-être me la rappeler pour que je sois sûre de la bonne.

Doctorant : Alors c'était à propos de la télétransmission.

Dr MO: Euh, alors c'est toujours le même principe dans toutes les nouveautés : d'abord ça barbe parce qu'on change les habitudes et ensuite ça rend service parce que, euh...on a nous sur le département pas, pas mal de CMU, qui ne nous payent donc pas et c'est vrai que ça nous faisait une paperasse à n'en plus finir où on gardait les feuilles de soins, qu'on devait ensuite remplir, qu'on devait ensuite renvoyer aux caisses qui ensuite nous remboursaient. Donc honnêtement tant qu'on donnait une feuille de papier aux gens on s'occupait de rien ça nous faisait pas perdre de temps, dès qu'il a fallu garder toutes ces feuilles et les envoyer nous mêmes ça a compliqué un peu la tâche. De ce fait la télétransmission, on met la carte vitale, et on est réglé de la même façon que les gens sont remboursés de la consultation dans les jours qui suivent. Donc gain de temps après l'investissement en matériel, en temps, en formation là non parce que ça m'a pris 20 min, il y a quelqu'un qui est venu, il m'a montré le matériel, il m'a dit vous faites comme ça et puis hop c'est parti. Donc ce qui fait que ça n'a pas été trop compliqué et ça n'a pas bugué parce que j'ai pris un système qui ne passe pas par le, l'ordinateur mais qui télétransmet directement comme les terminaux de cartes bleues.

Doctorant : D'accord.

Dr MO: Donc c'est indépendant même si mon ordinateur bugue, je peux continuer à télétransmettre, et voilà, ce qui fait que du coup, ça a été, finalement une, une bonne décision, ça a un coût financier, voilà, c'est nous qui payons ça a doublé ma, ma, mes communications téléphoniques, puisque on met ça sur le téléphone la location de l'appareil voilà, mais j'ai envie de dire, il faut aller avec son temps, c'est comme si on disait qu'on va plus utiliser de voiture ou plus utiliser de téléphone, je crois que de ce côté là, il y a quelques confrères réfractaires qui ont décidé qu'ils ne voudraient pas payer le prix de la télétransmission donc ils n'ont ni acheté la machine ni télétransmis, pour l'instant il n'y a jamais eu encore de sanction, mais je pense que ça reste une petite poignée par rapport à l'ensemble des, des médecins.

Doctorant : D'accord.

: En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?

Dr MO: Et bien parce que je n'y connaissais rien, donc c'est vrai que même après quand on a fait des, bon ça c'est pareil c'est passé un petit peu de, de côté mais quand on a démarré le dossier médical partagé, Hubert était venu pour montrer. Quand vous avez quelqu'un qui maîtrise très bien ça et qui vous dit voilà comment il faut faire, on regarde et on dit voilà je le note, j'ai tout bien compris et puis après on se retrouve devant la machine et on se pose une question qui a paru logique au moment où on l'a vu faire et qu'on sait plus, et bien à ce moment là soit on a la personne gentille qui veut bien répondre au portable et qui dit attendez je vous débloque ça soit on reste en plan et c'est vrai que là il y avait des, là ce n'était pas évident du tout parce que il fallait saisir les choses plusieurs fois, les transférer enfin c'était bon, des choses qui étaient beaucoup moins faciles que d'ouvrir un dossier ou autant l'ouvrir et remplir c'était long mais pas très compliqué, autant faire ces différentes saisies il y avait un ordre bien précis à respecter sans quoi il fallait tout recommencer parce que ce n'était pas saisi ça fonctionnait pas, ça n'était pas gardé en mémoire, je ne sais pas pourquoi ça ne fonctionnait pas aussi facilement qu'on aurait voulu. Donc, là il faut clairement avoir quelqu'un, et pareil avec nos emplois du temps, on peut aller de temps en temps à une formation à droite à gauche mais je ne vous cache pas qu'on dit toujours je vais le faire et que l'on ne le fait pas donc c'est vrai quand la personne vient là, on se donne un créneau, la personne est là ça y est c'est bon, on s'interrompt entre deux consultations, on voit un peu ce qu'il en est et surtout on essaye sous couvert de la personne qui regarde et qui dit maintenant c'est vous qui faites, si vous faites une erreur, je vous dirai, donc là à ce moment là c'est du, c'est du compagnonnage on va dire et ça marche.

Doctorant : D'accord.

: Et quand vous avez, vous avez installé m'ordinateur au moment où vous avez, où vous êtes entré, où vous avez essayé de faire les dossiers médicaux partagés comment ça s'est passé ?

Dr MO: Non j'ai eu l'ordinateur avant puisque le dossier médical partagé ça date de l'année dernière ou de l'année d'avant donc en fait l'ordinateur c'était plutôt pour saisir là c'était pas le dossier médical partagé, c'était saisir les dossiers de, papier du REPOP qui existaient sous forme informatique ce que faisaient les secrétaires à l'hôpital, au lieu de le faire en papier et ensuite leur donner pour qu'ils le saisissent, on devait pouvoir les saisir nous même. Le souci c'est qu'on a changé deux fois d'hébergeur en gros le faire en version papier avec quelqu'un en face de moi ça me prend 15 à 20 minutes et ça me prenait 45 à 50 minutes avec l'ordinateur, donc euh là du coup ça décale, enfin, c'est difficile de donner un rendez-vous aux gens en disant, parce que on prévoit pas à l'avance, si on leur dit rendez-vous pour le, pour le dossier ASDES, on peut prévoir 50 minutes si on peut faire cet effort là. Mais comme en général les gens viennent en consultation et c'est au cours de la consultation qu'on se dit que ah bien voilà ce patient là il a besoin de telle ou telle aide donc le réseau serait tout à fait compétent, ben on a tous ceux qui suivent derrière toutes les 20 minutes et du coup les 50 min on ne les fera pas tenir en 20 min. Donc c'est vite devenu difficile, du fait de la présentation qui se fait sous forme de fenêtres et en fait chaque rubrique correspond à un champ qui doit, que l'on doit ouvrir, remplir, fermer pour qu'il soit enregistré, ouvrir le suivant, remplir, fermer, bon moi je tourne ma page, je fais mes croix, il n'y a pas besoin d'enregistrer et ça va plus vite quoi. Donc on a la même formule papier, et on fait les croix sur du papier, et c'est trop long pour l'instant de faire les croix sur l'ordinateur, je crois qu'il y en a deux peut être maximum trois qui arrivent à faire ça en temps réel sur tout le groupe très décidé qui avait décidé de le faire.

Doctorant : D'accord, et donc ça c'est à propos du REPOP, c'est ça ?

Dr MO: Voilà, non à propos de...

Doctorant : L'ASDES. Et l'installation de l'ordinateur c'était pour la saisie des feuilles REPOP.

Dr MO: ASDES.

Doctorant : ASDES aussi.

Dr MO: C'est parti d'ASDES, REPOP c'est venu après, j'ai adhérer au réseau REPOP après et j'ai su par la suite que la même équipe gérait les deux mais ça c'était un hasard, puisque ça n'a les deux réseaux n'ont rien à voir quand à leur prise en charge puisque il y en a un qui c'est tout le monde et l'autre c'est les enfants et simplement il se trouve que les deux réseau ont fait appel à la même équipe donc voilà, on s'est retrouvé par ce biais là.

Doctorant : D'accord, en termes de fonctionnalités logicielles :gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, ou consultation de sites de référence sur Internet, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée ? Et pourquoi ?

Dr MO: Euh, les premières, dites moi.

Doctorant : Gestion du dossier médical, local.

Dr MO: Oui, oui.

Doctorant : Euh, télétransmission, comptabilité du cabinet,`

Dr MO: Télétransmission parce que la comptabilité je ne la fait pas comme ça.

Doctorant : D'accord. Aide à la décision.

Dr MO: Non ça je ne le fais jamais.

Doctorant : Recherche de référentiels sur Internet.

Dr MO: Non, trop long.

Doctorant : D'accord. Donc la plus utile et la plus utilisée.

Dr MO: Ce serait le dossier.

Doctorant : Le dossier, ou la télétransmission ?

Dr MO: Ah, les deux, oui si il faut je vais mettre télétransmission d'abord et dossier après.

Doctorant : Et pourquoi ?

Dr MO: Pareil, je pense que c'est vraiment une question de savoir le faire et de pas prendre le temps d'apprendre à le faire, tout bêtement. Euh, là je pense que si l'histoire de la comptabilité, je ne sais définitivement pas le faire...

Doctorant : Hum, hum.

Dr MO: Et je me suis penché deux fois sur la question et ça m'a un petit peu, en fait il faudrait parce que je sais que selon les, les, les systèmes il y a des réunions de formation, donc il faut que je m'inscrive à une réunion de formation et il faut apprendre je veux dire il n'y a pas de mystères on ne peut pas inventer, je pense que les nouvelles générations seront plus à même de faire ça d'emblée parce que maintenant tout le monde apprend ça depuis le collège ou le lycée ou même la fac. Euh, moi je pense que je suis d'une génération entre les deux, c'est à dire que je m'y suis un petit peu intéressé pour faire un minimum de choses mais pas suffisamment pour me sentir à l'aise et le faire dans la, dans la pratique quotidienne.

Doctorant : D'accord. Mais pourquoi plutôt la télétransmission et le, la gestion du dossier médical, pourquoi plus ça ?

Dr MO: Parce que c'est les deux choses indispensables, c'est à dire que je vois les gens donc il me faut le dossier et ils me donnent leur carte et donc il faut que je télétransmette. C'est vraiment voilà du côté opérationnel.

Doctorant : D'accord.

Dr MO: Euh, après je, pour en discuter avec des collègues, je sais il y en a qui me disent : oui, oui j'ai telle ou telle chose je vais voir c'est pas mal, ça me donne les incompatibilités ou les possibilités de, moi je,voilà j'y vais pas, je ne sais pas comment y aller donc du coup je ne le fais pas voilà.

Doctorant : Et la gestion du dossier médical, vous m'avez dit.

Dr MO: Alors là oui, parce que c'est ce que je vous disais ça fais gagner du temps, parce qu'au lieu d'aller chercher la version papier du dernier compte rendu si on l'a en temps réel, on le ressort, les gens vous disent mais oui vous savez bien il y a 6 mois, hop il y a 6 mois clic, voilà, on l'a et donc là, là c'est gain de temps . Gain de temps, donc ça motive.

Doctorant : D'accord. En quel sens l'outil informatique a-t-il été appréhendé par vos patients ?

Dr MO: Alors ça ne les a pas trop surpris parce que maintenant partout où vous allez dans toutes les collectivités administrations, maintenant ça y est les urgences des hôpitaux pour la plupart, sont toutes informatisées, quelque part, ça avait un bon côté parce que c'était l'impression du modernisme : « A c'est bien un docteur qui est à la page, qui fait comme on voit faire les recommandations », euh les premiers ben, ils ont un peu essuyé les plâtres parce que voilà, j'étais des fois quand ça marchait pas mais, si on le prend avec le sourire, tout le monde rigole et puis de toutes façons on peut toujours ne pas s'en servir, donc si vraiment ça prend trop de temps, ben on prend le papier et le crayon et puis voilà on fait chacun sa façon mais, il n'y avait pas, je n'ai pas eu de réflexion ou de gens qui oh ben c'est la barbe parce que moi j'avais cette crainte de me dire, si je suis trop sur mon ordinateur, un petit peu, comment dire, pas obnubilé mais un enfin concentré la dessus , est-ce que je ne vais pas perdre de qualité relationnelle par rapport au gens, ou sera la discussion si je suis en train de me demander comment je vais saisir ceci ou saisir cela. Et en fait je pense que c'était moi qui avais un petit peu cette inquiétude mais je ne l'ai pas ressenti au niveau des patients qui ne m'ont pas fait particulièrement de réflexion comme ça en me disant : » Et votre appareil, vous êtes toujours en train d'essayer de, de faire des trucs dessus et du coup vous ne m'écoutez pas. Je n'ai pas eu de retour donc je pense que s'est bien passé au niveau de la clientèle et du coup comme c'est bien passé au niveau d'eux, moi j'ai pris confiance et je me suis dit, enfin, j'étais satisfaite aussi.

Doctorant : D'accord. Comment qualifiez-vous le passage du papier à l'informatique ? Y a-t-il eu une raison à ce passage ?

Dr MO: J'ai envie de dire que la raison, c'était un petit peu l'obligation, parce que on sentait bien que il faudrait y venir, donc c'est difficile de lutter contre le courant indéfiniment au début on se dit qu'on va y arriver sans et puis après rapidement on y arrive plus. Euh, donc le passage ça été de se dire, à un moment il faut y aller donc on essaye pas de rattraper tout ce qui a été fait avant parce que sinon c'est, mais on commence tel jour et à partir de ce moment là tout ce qui est fait est fait version informatique et puis le reste archivé version papier quoi, et on se dit que plus le temps avance plus le reste sera lointain et on aura moins à se replonger de temps en temps dans les archives papiers et du coup on aura de plus en plus tout ce qu'il faut sous la main donc c'est une décision et on se dit allez hop je commence, et puis c'est parti.

Doctorant : Vous exercez seule, c'est ça.

Dr MO: Oui.

Doctorant : Comment percevez-vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ?

Dr MO: Ça dépend duquel, pareil si c'est regarder la messagerie, envoyer des choses c'est fait tous les jours ça devient automatique comme ouvrir son courrier papier. Euh, et puis je pense que maintenant on peut difficilement se passer dans une profession comme la notre de l'utilisation de ces outils là, donc ça me paraît quelque chose d'indispensable, à nous de l'utiliser le plus possible à bon escient, enfin à bon escient, dans le sens, le plus, en optimisant le plus possible ces différents outils. Il y a des confrères qui ont leurs appareils portables qui, du genre Palm Pilot® et qui même se mettent des petit comptes rendus quand ils sont en visite, ce que moi pour l'instant je ne fais pas. Je n'ai pas de portable quand je vais en visite, et du coup au retour chiit ils chargent et hop tout repart dans, du coup je me dis pourquoi pas un jour, je ferai peut-être ça aussi, mais c'est vrai que il y a quand même toujours le frein de

se dire, sans être conseillé, sans avoir de, de, de référence, ça va tellement vite aussi on se dit aujourd'hui : c'est celui là qui est bien et si ça se trouve dans six mois on va me dire qu'il est obsolète et que c'est pas celui là qu'il fallait prendre, on est des fois aussi un petit peu débordé par le, le, l'évolution technique qui avance très vite. Donc utiliser les choses tous les jours oui, après bon moi je ne suis peut-être pas trop avant-gardiste pour ça donc, c'est vrai que moi j'aime bien prendre les choses un petit peu rodées, dont on me dit que ça tourne bien et que n'aurais pas à essuyer les plâtres.

Doctorant : D'accord.

: Et diriez-vous que vous vous sentez à l'aise ou mal à l'aise avec l'outil informatique ?

Dr MO: Pas encore super à l'aise, il faut être honnête, je me sens, je ne maîtrise pas. Je ne peux pas dire que c'est une grosse angoisse et je m'y mets bien volontiers, mais je ne me situe pas dans la catégorie qui maîtrise en disant j'y arriverai et je vais forcément y arriver. Je me dis c'est bien que j'ai des confrères ou des connaissances plus douées que moi, vers qui, je me retourne assez facilement pour, pour des conseils, et qui me les donne et du coup ça débloque la situation et ça avance comme ça.

Doctorant : D'accord.

: Avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnements ? Si oui, comment avez-vous pu résoudre ces problèmes ?

Dr MO: Alors, ben, des, des virus, hein c'est comme en médecine, qui bloquent tout et qui fait que on ne peut plus allumer son appareil. Enfin, je ne sais pas, le mien devait s'éteindre toutes les, minutes et demi, il s'allumait, il s'éteignait, il allumait, il s'éteignait, donc ben, j'ai appelé en l'occurrence Hubert, donc qui est venu assez rapidement qui a pris l'unité centrale qui l'a reprogrammé et du coup c'est reparti, mais c'est l'équivalent d'une hotline si c'est un autre type d'appareillage quoi, là ça dépassait largement mes compétences, je n'avais pas le temps en une minute et demi, ni le temps, ni la compétence pour trouver où était le, le problème et le, et le remettre en route. Heureusement ça c'est produit qu'une fois, donc et si récemment et là c'est pareil, j'ai fais appel à un de ses collaborateurs, là c'était mes messages, ma messagerie Wanadoo® qui m'a dit qu'il y avait une nouvelle forme qui apparaissait donc, moi j'ai eu l'impression de rentrer tous les éléments en me disant, ben c'est bon ça va être mis à jour et en fait de mise à jour je n'avais plus du tout accès, enfin ça me changeait complètement mon accès à ma messagerie et donc je n'avais pas accès au messages enregistrés avant, j'avais perdu tout mon répertoire, de enregistré dessus, donc je n'avais plus aucun contact. Alors ils étaient quelque part mais dans les nimbos de l'informatique et là c'est un des collègues d'Hubert qui est venu, pareil il a fait ça sur place, il a reprogrammé, remis la, le fichier là où il devait être et puis maintenant ça marche. Donc de temps en temps SOS, bon, deux fois en 6 ans. Ça va, c'est pas encore trop, trop catastrophique.

Doctorant : Pour quelle partie de votre patientèle utilisez-vous votre logiciel de gestion du dossier médical ? Si c'est de manière sélective, sur quels critères ?

Dr MO: Euh, alors, je ne devrais pas avoir de critères sélectif et je devrais le faire pour tout le monde, en tout honnêteté, c'est clair que je le fais systématiquement pour les patients chroniques qui ont un traitement de fond des examens. Il m'arrive de voir les gens effectivement sur une pathologie bénigne ponctuelle et de pas avoir le temps, le critère ça va être le temps, faute de temps quelqu'un qui est rajouté en plus par rapport à mon emploi du temps parce que le même a quarante ou bon celui là je pense que, enfin je ne pense pas, je sais que je ne vais pas aller le noter comme je devrais, donc faute de temps.

Doctorant : Et dans ces cas là vous faites une fiche papier ?

Dr MO: Oui, c'est à dire que je le note après en fin de journée, je mets un petit mot. Et du coup ça ne me fais pas gagner du temps parce que je suis obligée de le faire à la fin de la journée. Sur le moment j'essaye de parer au plus presser parce que la salle d'attente est pleine

et que je ne peux pas faire attendre les gens indéfiniment, et du coup c'est moi qui prends mon temps en fin de journée, vous voyez, bon.

Doctorant : D'accord. En quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eu un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr MO: L'impact c'est là, l'optimisation de l'organisation, c'est d'être sûre de ne rien oublier de bien voir les choses, d'avoir, les éléments plus clairs à l'esprit euh que de compter sur un dossier papier où on fini par écrire dans tous les sens ou ils y a des éléments qui sont au milieu de l'information qui ne ressortent pas en alarme comme on peut faire sur un dossier informatique, donc, vraiment meilleure, meilleure gestion et organisation des informations.

Doctorant : D'accord. Diriez-vous qu'elle a été améliorée ?

Dr MO: Oui, dans ce sens là oui clairement.

Doctorant : Donc les visites à domicile sont-elles informatisées sur place au cabinet à votre retour ou pas du tout ?

Dr MO: Non, du tout parce qu'en général c'est que des gens âgés ou handicapé et en général on a un dossier au domicile, parce qu'il y a des infirmières qui passent, des aides soignantes qui passent ou différents réseaux et donc étant donné qu'il y a d'autres intervenants, on laisse un, un cahier de transmission. Donc en fait toutes les ordonnances, et tout est rangé, ils ont en général une pochette, leur cahier ce qui fait qu'ils ont leur dossier, avec eux à domicile.

Doctorant : D'accord.

: Avez-vous déjà des idées d'évolutions de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr MO: Non, j'ai du mal à gérer déjà ce que j'ai à disposition, c'est vrai je ne me suis pas projetée sur si l'idée de partager ça c'est bien, de pouvoir partager les dossiers avec des confrères avec qui on travaille régulièrement, maintenant comment, quoi, je laisse le soin aux spécialistes de, de mettre ça en place, voilà une ouverture sur le, le, l'idée de partager avec les, les confrères. Ça ça peut effectivement être bien de, parce que on fait des lettres mais les gens perdent les lettres, les confrères ils dictent on peut imaginer que si quand ils dictaient c'était directement mis sur l'ordinateur on aurait beaucoup plus rapidement, là j'ai certains confrères, avec, il y a une seule secrétaire pour quatre confrères, donc ce qui fait que des fois je reçois avec un mois de retard la lettre, j'ai déjà revu le patient, alors il me raconte mais, j'ai pas encore eu le, le compte rendu du confrère que j'ai déjà le patient qui est revenu. Donc ça, ça ferait gagner effectivement du temps, avec une messagerie sécurisée, je suppose, quelque chose comme ça.

Doctorant : D'accord.

: L'entrée dans le réseau REPOP et l'entrée dans le réseau ASDES, c'était quand et pourquoi ? Et appartenez vous à d'autres réseau de santé ?

Dr MO: Alors, ASDES c'était le premier parce que j'allais dire que je suis tombée dans la marmite quand j'étais petite, j'étais interne à la, à l'hôpital de Nanterre et j'ai fait ma thèse ou les prémices c'était l'intérêt d'une prise en charge médico-sociale globale des patients et donc dans le prolongement de cette prise en charge médico-sociale pour laquelle j'étais convaincue, s'est installée après le réseau tourné vers la ville. Donc j'ai passé ma thèse en 2001, je me suis installée en 2001 et du coup j'ai continué à aller régulièrement à l'hôpital donc là j'ai toujours fait partie du réseau depuis son, sa création. REPOP, c'est venu après par des patients, des petits gamins qui avaient effectivement des problèmes d'obésité, que je ne me sentais pas suffisamment les épaules assez larges pour gérer toute seule. Dire au parents c'est une chose, mais après on se sent un peu démuni donc je me suis renseignée sur ce qui existait, j'ai entendu parler de ce réseau, j'y ai été, j'ai vu que ça se passait bien que ça pouvait effectivement apporter des outils et des, une façon de prendre en charge un petit peu et pour me former moi et pour donner quelque chose d'un petit peu cadré aux gens pour essayer de s'accrocher sur un modèle et puis je compte toujours sur les retours puisque on ne fait que

s'améliorer et on tient compte de l'expérience pour avancer. D'autres réseaux oui qui ne sont pas informatisés, un réseau j'ai Canonix, qui a démarré sur Villeneuve et qui maintenant est étendu sur Genevilliers, et peut être sur Clichy, sur Asnières. Ça c'est pour les patients dépendants et en perte d'autonomie ou qui ont un handicap qui fait qu'ils ne peuvent pas être seuls chez eux sans aide donc là on n'est pas informatisé, on a un dossier papier assez succinct, qui est surtout un dossier de données sociales, on va dire. Et on a par contre des réunions tous les mois où on fait le point sur un certain nombre de dossier, un autre, il y en a d'autres, il y en a un autre ARESC qui n'est pas loin non plus sur Genevilliers qui lui est un réseau de précarité. Et je dois en oublier, il y en a un en soins palliatif, mais lui il est plus sur le 93 du coup ils ont du mal maintenant à venir sur le 92, euh ouais, ça doit faire à peu près le compte, 3 ou 4.

Doctorant : D'accord.

: L'implication au sein du REPOP, du réseau ASDES, ou d'un réseau de santé en général a-t-elle un impact sur votre pratique ?

Dr MO: Oui, clairement, d'abord parce qu'on apprend des choses que l'on ne savait pas ensuite parce qu'on travaille en équipe, ce qui est toujours intéressant quand on est seul dans son cabinet, alors c'est vrai que moi, je ne suis pas installée depuis très longtemps et j'ai toujours travaillé à l'hôpital en équipe, donc ça ne me choquait pas de continuer à travailler, à la limite c'était un mode d'activité qui me plaisait bien d'être poursuivi, même si je suis toute seule dans mon cabinet, le fait de voir les confrères de la ville, les confrères des communes aux alentours, pour une raison, enfin pour un but bien précis et comme en général dans ces réseaux on fait de la formation médicale continue, orientée mais quand même, ça a tous les intérêts de changer la pratique et enfin, j'espère, d'améliorer les pratiques en se tenant au courant des nouveautés, des recommandations, de ce qu'il est raisonnable de faire, de ce qu'il faut changer dans nos pratiques et de les mettre en application. Et comme maintenant avec les histoires d'évaluation on a souvent des petits pré-test, post-test, ça permet aussi de voir un peu où on se situe quoi. Donc en ça, ça change un peu la pratique qui aurait pu être la mienne à savoir, je suis toute seule dans mon cabinet, je fais ce qu'on m'a appris mais je ne m'occupe pas trop de savoir ce qui change et qui, et ce qu'on recommande maintenant.

Doctorant : D'accord.

: Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr MO: Il faut que ça soit, interactif, c'est à dire qu'on puisse avoir des choses à dire et être entendu, et il faut aussi que les tâches soient partagées parce si ça doit nous donner, souvent au début, il faut être honnête ça nous donne plus de boulot. Le simple fait d'aller aux réunions, ça fait du travail supplémentaire, quand c'est midi, il faut boucler la journée plus vite le matin pour être libre pour pouvoir y aller pour être revenu, quand c'est le soir, ça fait des heures en plus. Si on apprend à faire des choses supplémentaires et qu'on les fait nous même pour moi c'est pas, le but du réseau c'est aussi de pouvoir dire là mes compétences s'arrêtent, je passe la main et avoir le retour après de l'assistante sociale, de l'ergothérapeute, de la diététicienne, de la psychologue, qui vont nous dire beaucoup plus facilement, parce qu'on est dans le cadre de ce réseau, parce qu'on se connaît, parce qu'on s'est vu à la réunion, parce que le coup de fil sera facile à passer où on en est et donc de pouvoir compter sur les activités complémentaires, qui bon, on fait un peu de tout mais on a encore une fois on a besoin de gens qui sont spécialisés dans ces, dans ces disciplines et qui du coup pourront prendre le relais, donc il faut que ça soit interactif et il faut à la fois que ça allège notre travail pour nous motiver et à la fois nous permette effectivement des ouvertures plus importantes.

Doctorant : Vous sentez-vous impliqué dans la vie des réseaux et comment ?

Dr MO: Alors.

Doctorant : Notamment REPOP et ASDES.

Dr MO: Ouais, ouais, ouais, ASDES, REPOP moins parce que j'ai pris le parti d'y participer sans être membre de, d'aucun des conseils d'administration, de je ne sais pas quoi et ceci et cela, ASDES, les deux puisqu'en fait je suis vice présidente donc du coup il y a aussi, je participe en tant que médecin qui participe et puis je fais aussi, je participe aussi à l'organisation du réseau en lui même, puisque à ce titre là on me demande mon avis régulièrement et puis je vais aux différents conseils qui sont là. Pareil pour, j'ai Canonix là je suis secrétaire et ah oui le prochain c'est le réseau diabète mais là j'ai loupé la, je crois que c'est jeudi, et je ne pouvais pas y aller donc il y aura encore un autre à rajouter dessus, euh sur la liste, donc du coup c'est un peu faute de combattant quand les gens sont capables de faire des choses qu'ils se retrouvent un peu nommé volontaire d'office c'est vrai que si on veut que ça avance des fois il faut, voilà, remonter les manches pour le dossier médical partagé c'est quand on a demandé à tous les gens qui étaient là qui c'est qui veut bien participer il n'y a pas énormément de volontaires parce que tout le monde se dit oh, flûte encore, quelque chose à faire, donc du coup on se dit bon allez, comme on a envie que ça avance on dit bon ben moi je veux bien essayer donc c'est à ce titre là que effectivement souvent je suis un peu volontaire désigné d'office pour donner mon avis ou essayer de participer et de voir si les choses peuvent être organisées encore mieux.

Doctorant : D'accord.

: Quel lien avez-vous avec la coordination du réseau ?

Dr MO: Alors REPOP, pas et donc quand vous dites coordination du réseau c'est ça c'est le,

Doctorant : Euh.

Dr MO: Pour ASDES.

Doctorant : Pour ASDES et REPOP.

Dr MO: Pour ASDES c'est ça je suis vice présidente et pour REPOP euh non, juste adhérent, médecin adhérent et donc l'autre là j'ai Canonix, secrétaire.

Doctorant : D'accord.

: Comment percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins ? d'autres professionnels de santé ? Comment percevez-vous cette possibilité ?

Dr MO: Très positivement, très positivement, je pense que plus ça va plus il faut qu'on fonctionne en échangeant, donc il faut arriver à convaincre les confrères éventuellement récalcitrants que c'est pas une ingérence dans leur façon de fonctionner qu'on ne va pas leur imposer une façon de, de faire ou notre point de vue, mais vraiment bien échanger, comme on le faisait déjà par coup de téléphone ou par courrier, ben pourquoi pas le faire par ce biais là, et ça marche très bien dans les réseaux parce qu'on se connaît. Les réseaux c'est vraiment magique, les gens viennent, une fois, deux fois trois fois, il y a vraiment un contact et il n'y a rien qui remplace le contact et une fois qu'on s'est vu même deux trois fois, après même on dit pour tel sujet ben il n'y aura qu'à s'appeler, on appelle le confrère il sait de qui il s'agit, on en a discuter un peu, ils sont rassurés alors que si comme ça on leur dit adhérez au réseau et vous pourrez partager, ohlala il va falloir que je rende des compte il va falloir que j'explique comment je travaille, il va falloir que je change peu- être mes habitudes. Alors moi je le sens par rapport à certains collègues où il y a une réticence alors que quand ils sont intéressés sur le principe qu'ils sont venus au réseau et qu'ils ont assisté à quelques réunions, ça se passe en douceur on a l'impression qu'il n'y a plus de questions à se poser.

Doctorant : D'accord.

: Votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet, dans quel sens ?

Dr MO: Je crois que j'étais convaincu avant, donc euh.

Doctorant : D'accord.

Dr MO: Maintenant peut être que par mon expérience je, je suis plus mise en avant, bon on va me dire tiens : « Dr MOurier, donnez nous votre avis », vous voyez, quelque chose comme

ça mais je pense que là aussi, je suis d'une génération, on a toujours travaillé à l'hôpital en équipe on a toujours vérifié ce que je faisais, ça ne m'a jamais choqué parce que j'étais étudiante et que j'étais là pour apprendre, donc le fait maintenant que je sois titulaire en titre et que je fonctionne, le fait que j'ai besoin de dire ou que on discute de ma façon de procéder, à la limite moi ça me rassure, c'est pas une, je n'ai pas l'impression d'être surveillé et d'avoir des comptes à rendre mais plus encore une fois, la richesse d'un échange. Donc je pense que j'étais déjà un peu dans cette optique là et c'est sûrement pour ça aussi que j'ai adhéré à pas mal de réseau, le fait d'être toute seule dans un cabinet, je pense que ça ne m'aurait pas satisfait comme pratique, si je n'avais pas eu cette possibilité par les réseaux d'avoir cet échange et ce travail en groupe.

Doctorant : D'accord.

: Comment pensez-vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau : dossier patient papier structuré, fiches de suivi patient, dossier patient informatique : un système d'information de partage d'information ou une messagerie sécurisée pour des échanges d'informations confidentielles entre professionnels de santé ?

Dr MO: Alors messagerie sécurisée, oui, dossier patient bon toujours sécurisé, ça on le dit une fois pour toute et c'est clair que ça ne peut pas être comme ça, à tout le monde, les dossiers ou les fiches de suivi, c'est plus compliqué parce que là aussi ça marche mais ça met du temps c'est vrai que quitter à partager autant ne pas avoir ce, ce handicap de la lettre écrite qui doit être portée, qui doit être amenée, qui doit revenir ou qui doit être postée et utiliser l'informatique. Donc messagerie sécurisée et puis dossier partagé ça serait l'idéal.

Doctorant : D'accord.

: Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non, cette distinction est-elle théorique, pratique ?

Dr MO: Alors, informatisés, on a eu un dossier, une forme de dossier papier pour le suivi des femmes enceintes, il y a de moins en moins de gynéco, vous déclarez votre grossesse vous êtes à 15 jours de, de votre grossesse et votre premier rendez-vous à l'hôpital il est au septième mois et on accouche au neuvième mois, alors qu'est-ce qu'on fait entre 15 jours et 7 mois, on va voir son généraliste qui prend tout en charge et donc une fois qu'on, une fois que la dame va pour la première fois à l'hôpital il faut bien avoir des infos, donc on avait un modèle comme ça la c'était le réseau Périnat®, encore un, j'avais oublié celui là, où on avait mis, alors là je dis on mais ce n'était pas moi. Il avait été mis au point un dossier papier avec un modèle qu'on pouvait, qu'on avait sur nos, sur nos ordinateurs qu'on pouvait imprimer et qu'on remplissait au fur et à mesure tous les mois quand on voyais les femmes enceintes et puis au 7^{ème} mois ben on donnait le papier, on en gardait un double pour les gens et elles allaient à l'hôpital avec, alors je n'en vois plus beaucoup, donc je ne sais pas si ils ont changé le, leur modèle de fonctionnement, mais clairement ça se perdait, ils leur manquaient des bouts, elles l'avaient oublié, elles arrivaient : « ah, oui j'ai tout à la maison et j'ai oublié de prendre ou ceci, ou cela », c'est vrai que l'on imagine ce même modèle, qu'on est rempli et le jour J on demande vous avez rendez-vous quand et avec qui et on envoie, on est sûr que la personne elle aura tout reçu, donc ça serait l'idéal en théorie, en pratique comme pour l'instant je n'ai pas vu vraiment fonctionner les dossiers médicaux partagés, le seul que l'on ait essayé de mettre en place bon ça a été mis un peu entre parenthèse ça reste quand même théorique, mais c'est dommage parce que en pratique, je pense que ça serait tout à fait intéressant et utile.

Doctorant : D'accord.

: Quelles sont vos motivations à utiliser le dossier patient partagé informatisé, ou papier ?

Dr MO: Pareil, côté pratique, côté information en temps réel. Je crois que vraiment le mot clef c'est ça c'est avoir les informations en temps réel, c'est à dire qu'on voit les gens on le note

on l'envoie, les confrères les voient ça revient et à chaque fois que on a la personne en face de nous, on sait en temps réel ce qui a été fait, tout ce qui a pu être noté, et puis tant est donné que tout le monde le note au fur et à mesure. Euh, pour moi c'est plus vraiment une, pour avoir une vision instantanée, exhaustive, la plus exhaustive possible de tous les éléments qui se rapportent à la santé médico-sociale de la personne.

Doctorant : D'accord.

: Par qui et comment avez-vous été informé, et formé ?

Dr MO: Alors on a fait des, des réunions de formation par le biais de, d'Hubert avec le réseau ASDES, et puis moi j'ai fait toute seule quelques formations, des fois c'était l'industrie pharmaceutique qui nous proposait une formation Power Point®, Excel® et des choses comme ça ou accès internet ou voilà, enfin ça j'ai du en faire deux, et je ne sais plus combien on en a fait avec Hubert. Il y en avait eu une première séance je me rappelle au cabinet et puis après on a du en reparler quand on était à l'hôpital, mais voilà mais bon c'est une poignée, ça se comptait sur les doigts de la main, à si aussi par la CPAM, j'avais fait aussi, une formation c'était pour internet adressé aux médecins dans les locaux de, à Nanterre on avait eu un après midi comme ça où on avait eu chacun notre petit ordinateur et ils nous faisaient communiquer d'un poste à un autre pour envoyer des mails, voilà j'avais eu ça.

Doctorant : Vous utilisez le dossier patient partagé pour REPOP et pour ASDES ou juste pour ASDES ?

Dr MO: Ben en fait il n'est pas vraiment partagé parce que, moi le partagé que j'ai saisi ils sont en attente, ils ne sont partagés par personne pour l'instant, donc j'en ai 6 ou 8 qui sont saisis, qui sont dans un petit coin et qui attendent comme le projet est bloqué.

Doctorant : Et pour le REPOP.

Dr MO: Pour REPOP je fais toujours papier.

Doctorant : D'accord. Et vous les envoyés à la coordination c'est ça ?

Dr MO: Voilà, comme j'y vais quand il y a la réunion, je les amène au moment où j'y vais.

Doctorant : Et vous les consultez par informatique ou pas les dossiers, ?

Dr MO: Non papier.

Doctorant : Avez-vous connaissance d'un interlocuteur que vous pouvez contacter en cas de difficulté ?

Dr MO: Oui, Hubert Marcueyz.

Doctorant : Le Dossier médical personnel qu'en savez-vous ? Qu'en pensez-vous ?

Dr MO: Alors, là par contre c'est plus compliqué dans la mesure où d'après mes informations, les patients y ont accès, ce que je trouve très bien, mais peuvent masquer des choses, si ils souhaitent que telle ou telle information ne soit pas révélée, et là du coup, moi j'y perds l'intérêt, parce que pour moi l'intérêt de la relation médecin patient c'est qu'on puisse ne pas faire de tabous et ne pas masquer les choses. C'est difficile de dire à quelqu'un je vais bien m'occuper de vous et je vais faire en sorte qu'il n'y ait pas de soucis si déjà par le vécu il y a des choses dont les gens ont du mal à parler et là il faut des fois plusieurs consultations avant d'arriver à aborder le sujet. Alors si en plus, à tort ou à raison d'ailleurs, ils masquent des choses pensant se protéger, là je suis très comment dire, dubitative sur l'idée de se dire quel intérêt. Qu'ils y aient accès très bien, qu'ils puissent le voir très bien, euh mais si ils peuvent masquer des choses, alors là pour moi ce n'est pas une communication, c'est, je ne sais pas je ne vois pas l'intérêt de mettre cette clore où ils peuvent effectivement, rajouter je veux bien, qu'on voit qu'ils aient rajouté, pourquoi pas de toutes façons on en discute quand on les a en face de nous, de toutes façons on ne va pas s'amuser à travailler sur un dossier sans voir la personne, c'est toujours la personne d'abord et le dossier après, mais le, le, les éléments masqués, je ne sais pas si ça sera fait à bon escient, si ça ne va pas nous jouer des tours, si ça va pas. On a tous été surpris par les gens qui nous donnent pas la bonne Carte Vitale ou pas la bonne attestation, pensant bien faire et puis on se retrouve dans des imbroglios

inextricables parce qu'au moment où on s'en aperçoit on a les résultats qui ne correspondent pas à la bonne personne mais qui sont quand même dans le dossier mais on sait plus qui a fait la prise de sang à quel moment : est-ce que c'est la dame, est-ce que c'est la cousine, est-ce que c'est ninnin, pour une histoire de prise en charge, euh avec, allant jusqu'à une transfusion avec une personne qui n'a pas le même groupe qui est écrit sur sa carte, voilà, ça peut aller loin, ça peut être grave quoi, donc là je suis un peu dubitative. Le principe oui, que les gens y aient accès, ça ne me choque pas, c'est cette histoire de modification qui rend à mon avis les choses beaucoup plus difficile, je ne sais pas si c'est ça qui a bloqué le, le système.

Doctorant : C'était plutôt la sécurité si je me souviens bien, pour l'instant, ce qui est évoqué en premier.

: Comment pensez-vous l'utiliser, en parler avec vos patients ?

Dr MO: Leur expliquer que c'est une facilité, qu'on leur propose de pouvoir avoir des informations plus rapidement et plus facilement, bon moi je n'ai jamais eu de difficultés à expliquer au gens à chaque fois qu'on a fait les prototypes j'ai toujours proposer aux gens et jamais personne ne m'a dit non, donc je pense que ça, c'est pas, c'est pas compliqué, et puis si ils disent non ils disent non, je veux dire c'est pas gênant non plus, chacun reste libre d'accepter ou de refuser donc en parler ça ne me paraît pas compliquer. Euh, maintenant je pense que si en plus ça se généralise, ça incitera d'autant plus à aller dans le sens du courant, en disant voilà ça va être mis, les urgences ont enfin été informatisées, ça nous fait aussi gagner un temps fou, parce que comme par principe aux urgences c'est jamais les mêmes personnes vu que c'est des équipes de garde. Vous rappelez même le lendemain ou le surlendemain, c'était impossible d'avoir une information précise : qui l'a vu qui a dit quoi, qui a prescrit quoi, qu'est-ce qui a été, les gens reviennent en me disant, je n'ai même pas vu de médecin, je suis resté 5h aux urgences et je n'ai pas vu de médecins, ils ont vu l'interne de garde ils ont vu le senior, ils ont vu l'attaché mais comme ils ne voient pas la différence entre l'infirmière et le médecin, et que peut-être que là il y a un soucis de communication. Ils reviennent et ils disent : « ben, non, non, je n'ai rien vu », « mais attendez vous êtes resté cinq heures, vous avez fait des analyses, vous avez bien du voir », le plus sérieusement du monde ils vous expliquent ça. Si vous avez le dossier médical partagé, un vous y avez accès, ça fait gagner du temps, deux quand vous appelez, si c'est pas partagé, eux ils se mettent sur informatique et vous disent : « on vous envoie ceci, cela ». Au moins on sait où on va et on peut faire avancer les choses, donc ça me paraît être une bonne chose.

Doctorant : Vos patients vous en parlent-ils ? Comment ? Que leur répondez-vous ?

Dr MO: Non, ils n'en parlent pas tellement, je pense pas avoir abordé le sujet dans l'autre sens, moi, j'ai abordé le sujet avec eux mais je n'ai pas souvenir que un patient m'ait dit, tiens j'ai un dossier vous pouvez le consultez, je l'ai vu en cherchant que sur certains hôpitaux qui avaient ce système là, j'avais des patients à moi qui consultaient là-bas et donc ils m'avaient nommés comme médecins traitant donc je pouvais y accéder, mais les gens ne me l'avaient pas dit, donc la dame à laquelle je pense, je ne l'ai pas vue parce que malheureusement, elle est très souvent hospitalisée, mais je ne sais même pas si elle était au courant quoi, qu'on pouvait y accéder, en ce qui la concerne.

Doctorant : D'accord.

: Pensez-vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution à votre système informatique ? Laquelle ?

Dr MO: Volontiers si ça fonctionne j'aimerais bien remettre en place ce système de dossier médical partagé, si ça veut bien voir le jour de façon concrète et la seule limitation c'est que ça ne soit pas trop long dans le, dans la technique, que ça ne soit pas, qu'il n'y ait pas trop d'étapes : ouvrir, fermer, enregistrer, ouvrir, fermer, enregistrer, voilà, si ça reste gérable d'une pratique facile alors là aucun soucis, je serai volontiers encore volontaire désigné d'office.

Doctorant : D'accord.

: À plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr MO: Euh, magique, tout sur la carte vitale, je ne sais pas, ça c'est peut être un peu compliqué mais je pense que effectivement, l'idée ça serait d'avoir un accès plus généralisé pour un certain nombre de données de base : euh peut être le traitement en cours, les allergies, peut être certains antécédents, enfin peut être une espèce de mini dossier facile et accessible et puis après certains éléments où on pourrait mettre un accès avec une clef, c'est à dire autoriser l'accès à telle ou telle personne avec l'accord du patient. Ça pourrait être un petit peu cloisonné et en même temps des éléments de bases style le SAMU qui arrive en urgence, il a votre carte vitale il a un code ils ont directement un certain nombre d'éléments qui vont permettre de sauver la vie des gens, si ça marche !

Doctorant : J'ai terminé

Entretien avec le Dr N, médecin généraliste, le 17/01/08

Doctorant : Nous menons ces entretiens pour deux thèses réalisées sous la direction du professeur Christian Hervé du laboratoire de l'université Descartes Paris 5.

Dr. N : Ouais

Doctorant : Ils s'inscrivent dans le cadre d'une méthodologie qualitative, donc c'est pour ça qu'on enregistre les entretiens pour les retranscrire intégralement ensuite. Ils font suite au questionnaire présenté par Hubert Marcueyz lors d'une des réunions de réseau auquel vous aviez répondu, c'est par ce biais là que j'ai eu vos coordonnées.

Dr. N : Sur Internet ?

Doctorant : Sur l'informatisation des médecins généralistes.

La première thèse d'éthique médicale par Hubert Marcueyz porte sur l'appropriation d'un système de partage et de traitement de l'information par des professionnels de santé utilisateurs.

Dr. N : Hum, hum

Doctorant : et sur l'enjeu du déploiement vu à travers les réseaux de santé et la seconde thèse de médecine générale donc par moi-même, euh vise à étudier les modalités d'informatisation, l'utilisation actuelle de l'outil informatique et la vision de l'avenir de cet outil des médecins adhérents à des réseaux ayant mis en place le dossier médical partagé informatisé .

Dr. N : Hum, hum, ok

Doctorant : Alors racontez- moi comment vous avez découvert l'informatique ?

Dr. N : Comment j'ai découvert l'informatique, ça fait très longtemps j'ai découvert l'informatique en, maintenant ça doit faire je sais pas en 90, 91 j'ai découvert pour moi personnellement parce que je faisais de la musique et que j'ai voulu avoir un logiciel musical et très vite j'ai voulu m'informatiser au cabinet, donc en 92 j'ai acheté un logiciel Medigest® avec IBM qui nous a vendu un produit qui n'était absolument pas fini qui correspondait pas du tout à ce dont on avait besoin, qui ne marchait pas et en plus moi il est tombé en rideau euh le jour où je partais en vacances et où ma remplaçante arrivait et évidemment la hotline n'était pas là parce qu'il était 7h du soir ou 8h du soir donc je me suis plongé dans la doc IBM pour relancer ma bécane, refaire le formatage et tout. Donc là j'ai appris l'informatique en 5 heures parce que je suis parti à 4 heures du matin du cabinet et donc après j'ai revendu enfin j'ai pas revendu parce qu'on me l'a volé (rires) ..donc je ne me suis pas informatisé pendant 5, 6 ans

jusqu'à ça commence à devenir vraiment bien et après je me suis informatisé avec Médiclic® la depuis euh. ça va faire bien 12, 13 ans maintenant.

Doctorant : La première expérience c'était quand exactement ?

Dr. N : 92

Doctorant : 92, d'accord euh ?

Le téléphone sonne, interruption de l'entretien.

Doctorant : Quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr. N : La première fois ?

Doctorant : Et la deuxième fois aussi ?

Dr. N : La première fois c'était pour rationaliser un peu ma pratique, euh et puis avoir des ordonnances informatisées lisibles, avoir... J'avais déjà dans l'idée, moi je m'étais déjà installé deux ans avant, 2, 3 ans avant donc je voulais essayé d'avoir tous mes dossiers sur informatique parce que je me, je me doutais que ça allait devenir euh quand même une nécessité et j'avais pas envie de commencer des dossiers papiers pour les mettre après sur informatique. Donc en fait dans cette idée là et très vite je me suis aperçu qu'à l'époque on n'avait pas les moyens ni de scanner ni de sauvegarder ni de transmettre avec les laboratoires donc finalement on était pff très limité. Donc finalement quand on me l'a volé j'étais assez content. (Rires)

AC M : Et la deuxième fois ?

Dr. N : Ben, la deuxième fois c'était pour les mêmes raisons sauf que là euh j'ai fait une étude de marché qu'à duré deux ans euh, on a fait ça à deux avec le docteur Cassine qui est parti à la retraite et bah, on a franchi le pas quand on a eu un logiciel qui a été capable de nous apporter une réponse à tout ce que l'on voulait faire, c'est à dire euh un programme, une saisie de la consultation ergonomique avec ce que l'on pouvait mettre avec des outils que l'on pouvait adapter à notre pratique, une base de données pour le comment dire euh.. pour les ordonnances avec les interactions etc donc interface avec le Vidal ou la BCB® comme on a nous et puis une possibilité d'ouverture sur les laboratoires ça, ça a été un peu plus long mais moi ça fait maintenant 10 ans que euh je suis en Hprime® avec les laboratoires de la Celle St Cloud ce qui est truc absolument extraordinaire quand même et puis bah après eu tout de suite y a eu euh le scannages des trucs avec des, des courriers avec les, les OCR pour les... donc c'est quand on s'y est mis en 81, 81 je sais plus 81 enfin ça fait 10 ans en gros donc 87 non 97. Ouais, euh. Il y avait tout ça qu'était là disponible, par contre y avait plein de logiciels obsolètes qui n'existent plus d'ailleurs et il en reste 4. (rires) voilà

Doctorant : Quel a été pour vous la place de la Loi Juppé de 96 ?

Dr. N : Connais pas (rires) La loi Juppé 96 ?

Doctorant : C'était celle pour la télé transmission

Dr. N : Ah ouais

Doctorant : C'était celle à propos de la création de l'ANAES.

Dr. N : Ah bon, moi ça a rien changé parce que le jour où ça été euh quasiment au point j'étais un des premiers sur les Yvelines à télétransmettre euh, donc comme mon logiciel était prêt, que ça marchait, moi j'ai branché mon truc, ça marchait tout de suite fffff. Donc j'crois que ffff.., ouais depuis le début je télétransmets et je crois que j'ai eu deux refus de.., enfin deux bugs de télétrans quoi. Donc quand les gens me disaient ouais ça marche pas ceci cela, je leurs disais, ouais arrêtez moi ça fait ffff, parce que j'en ai convaincu pas mal de mes collègues à passer au truc parce qu'ils me disaient tous, euh..ils étaient absolument

opposés, hein au départ . Pourquoi on va le faire ? C est vrai qu'au départ ça nous apportait rien à nous.

Doctorant : Euh, en quoi un accompagnement ou l'administration de conseil lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?

Dr. N : J'ai tout fait tout seul (rires)

Doctorant : Et la deuxième fois ?

Dr. N : Ah non ! la première fois, ils m'ont donné un truc tout prêt.

Doctorant : D'accord.

Dr. N : Auquel cas, je savais pas comment ça marchait , quand il est tombé en panne, il a fallu que je me débrouille par moi même pfff et après, euh, je me suis débrouillé tout seul, j'ai acheté mon logiciel, j'ai acheté mon matériel, j'ai tout mis ensemble, y a que pour la télétrans , ils ont voulu absolument venir me l'installer, parce que c'était pour valider , euh, le vendeur qui venait me l' installer. Mais en fait on l' a fait ensemble et c est moi qui lui ai plus app.. qui l'ai plus guidé pour faire l'installation que lui .Et c' était pour.. euh.. on a fait ensemble en fait. J'étais pas développeur , mais j'étais en fait dans les premiers à faire le truc. Donc euh..

Doctorant : D'accord

Dr. N : Voilà.

Doctorant : En termes de fonctionnalités logicielles : gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée et pourquoi?

Dr. N : Alors..euh, comptabilité, ça fait plus longtemps que je suis informatisé pour la comptabilité, j'ai un autre logiciel à part, indépendant. Et ça, ça fait plus longtemps, je sais plus combien de temps. Donc ça , c est à mon avis indispensable (sonnerie Dr. N ne répond pas). Mais euh, comment dire , euh , je l'intègre pas dans le logiciel médical, pour moi c' est deux choses qui doivent être séparées, parce que les..les..logiciels comptables qui sont dans les logiciels médicaux sont pas bons. Donc y vaut mieux avoir euh à mon avis deux systèmes performants qui soient interfaçables, parce en plus que le mien il est interfaçable avec euh , donc si je veux je peux balancer mes recettes euh sur le truc euh , plutôt que d avoir un truc qui fonctionne pas tellement très très bien. Et après l autre question c'était pour le logiciel médical en lui même , c'était

Doctorant : La gestion du dossier médical, la télétransmission ,aide à la décision...

Dr. N : Ce qui était le plus important ?

Doctorant : Le plus utile, le plus utilisé.

Dr. N : C est la gestion des dossiers médicaux.. c est avoir , avoir en permanence tout ce qu'on a demandé pour les patients, les retours d'exams euh, les courriers des correspondants accessibles comme ça quoi en instantané sans aucun problème. Alors que sinon faut sortir le dossier , faut trouver le papier , faut la moitié du temps les comptes rendus sont pas rangés.

Doctorant : D'accord, en plus...

Dr. N : donc c'est rationalité, ouais , puis après y a les interactions médicamenteuses etc., mais je crois que le plus que ça peut apporter c'est rationaliser notre travail en évitant de faire des doublons , en évitant de faire des oublis et puis je vois pour les laboratoires, le nombre fois ou les gens me disent « oh, là là, docteur ça fait longtemps qu'on n'a pas fait de bilan », alors je leurs dis « quand on l'a fait ? », ils me disent une date, admettons 6 mois un an , je leur dis , non c'est bizarre ça fait trois mois . Et ça, ils en ont aucune notion, quoi. Donc au niveau rationalisation de nos prescriptions, je pense enfin prescriptions pas spécialement médicaments mais prescriptions exams complémentaires , je pense que c'est très performant encore plus si on était tous interfacés.

Doctorant : En quel sens l'outil informatique a t il été appréhendé par vos patients ?

Dr. N : Putt.. sans aucun problème.

Doctorant : Ils vous en ont parlé , pas du tout.

Dr. N : Bah à l'époque, je faisais figure de, d'extra terrestre parce qu'il n'y en avait pas. Donc, oui il y a beaucoup de gens qui étaient informaticiens dans la région, donc on parlait un peu de ça à défaut de parler médecine et puis les autres, ils étaient un peu intéressés mais euh, mais un peu impressionnés euh, mais ça les a pas gênés outre mesure quoi. Ils se sentaient euh pas mis en fiche ou autre pas plus que sur une fiche papier, quoi . Ça été un peu différent avec la télétrans. Avec la télétrans il y en a qui ont commencé à dire , mais vous transmettre quoi , vous allez et mon dossier il va aller là-bas donc là ça leur a posé un peu plus de question . Ouff ... Ca n'a pas duré, hein.

Doctorant : Comment qualifiez vous le passage du papier à l'informatique ?

Dr. N : C'est éteint , c'est éteint là (le DR. N s'inquiète du fonctionnement du dictaphone)

Dr. N : Non c'est bon.

Doctorant : C'est bon, euh... comment qualifiez vous le passage du papier à l'informatique ? Y a t il eu une raison à ce passage ?

Dr. N : Ah bah, la raison c'est, oui, c'est rationalisation du rangement, hein , accès aux choses et le passage de l'un à l'autre par contre est très difficile parce que moi j'ai des dossiers papiers que je n'ai pas pu transférer parce que c'est euh infaisable c'est des trop gros, il faudrait scanner tous les résultats , tous les machins. Donc moi j'ai toujours dossiers papiers qui sont là, qui sont obsolètes parce que ça fait plus de 10 ans maintenant mais, on peut pas euh, on peut pas comment dire passer d'un dossier papier à un dossier informatisé de manière simple donc autant commencer tout de suite , c'est ce que j'ai toujours dit à tout le monde hein. Et donc ce qui est idiot, c'est que si on fait ça chacun de son côté , on refait à chaque fois la même chose chacun de son côté. Si on avait un dossier commun d'une manière ou d'une autre , on récupère ce qu'a fait les autres Ce qui n'est pas possible aujourd'hui et ce qui sera pas possible avec le DMP à l'heure actuelle .

Doctorant : Euh, donc vous exercez seul n'est ce pas ?

Dr. N : Oui en groupe mais pas en groupe médical, groupe paramédical

Doctorant : Alors comment percevez vous l'utilisation quotidienne de l'outil informatique ?

Dr. N : Bien (rires) non sans problème, quoi mais bon pour moi c'est , le jour où je suis en panne, l'autre jour y a eu une panne de courant qui a duré euh ...deux heures , euh, j'ai dit à ma ...: « je suis désolé je suis en panne informatique, revenez dans deux heures » parce que je ne pouvais pas, je ne sais plus travailler de manière rationnelle sans . Bon je peux le faire , j'ai vu des urgences , mais des gens qu'étaient pas en urgence je leur ai dit de revenir un autre jour parce que ce n'était pas possible. Je ne sais plus.

Doctorant : Avez vous déjà été confronté à des problèmes ou des dysfonctionnements, si oui, comment avez-vous pu résoudre les problèmes ?

Dr. N : Oh, oui j'en ai eu plein des problèmes matériels, j'en ai eu plein, euh. Je m'en suis toujours sorti moi-même euh... Que ce soit en problème matériel ou logiciel, mais c'est parce que j'ai quand même relativement une grande expérience de l'informatique. Mais je pense que c'est un problème pour certain, oui. (Rires) Sinon, faut des Hotlines , et des Hotlines performantes et elles ne sont pas toutes performantes et elles ne sont pas toutes disponibles

Doctorant : D'accord.

Dr. N : D'où l'intérêt d'avoir des bons, des bons professionnels quoi, à la clef.

Doctorant : Et vous toujours pu résoudre les problèmes, sans ...

Dr. N : Moi, j'ai toujours pu résoudre mes problèmes, oui

Doctorant : D'accord

Dr. N : Mais bon, je suis capable de formater mon disque dur entre deux clients quoi , à la limite. Non, il m'est arrivé effectivement d'avoir des gros, gros pépins informatiques , de dire

aux gens je suis en panne, je me dépanne j'en ai pour une heure et de fermer ma consulte pendant une heure. Alors y a des gens qui râlent, etc... Mais je m'en suis toujours sorti, euh dans des délais comme ça.

Doctorant : D'accord.

Dr. N : Le plus long, ça été une heure (Rires)

Doctorant : D'accord. Donc en règle générale, vous faites attendre les patients et puis, vous...

Dr. N : Non, mais ça m'est arrivé trois fois, ça m'est arrivé trois fois. Ça m'est arrivé trois fois et en consulte euh, une fois.

Doctorant : D'accord.

Dr. N : Et en consulte une fois, c'était début de consulte, j'ai allumé ma bécane et elle était plantée. Mais euh, sinon après euh, ça m'est jamais, ça m'a jamais compliqué une consultation.

Doctorant : D'accord. Alors pour quelle partie de votre patientèle, utilisez vous votre dossier de gestion du dossier médical et si c'est de manière sélective, sur quels critères ?

Dr. N : Tous les gens qui viennent au cabinet, et tous mes patients que je vois euh, comment dire en visite, euh, pour tout ce qui est résultats d'examens c'est à dire que je mets pas mes consultations, que je retranscris pas mes consultations de, de visite mais tout ce qui est laboratoire, examens complémentaires que je reçois ici, je les rentre sur un dossier médical sur le dossier, sur l'informatique, pour mes visites.

Doctorant : En quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eu un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr. N : Oh, bah plus rationnelle dans mes prescriptions, plus rationnelle dans mes diagnostics plus rationnelle dans mes, dans ma démarche oui intellectuelle, enfin rationalisation globale de toute ma, de toute ma, ma pratique

Doctorant : D'accord, vous pensez qu'elle a été améliorée ?

Dr. N : Hum, absolument.

Doctorant : Les visites à domicile sont-elles informatisées sur place ?

Dr. N : Non.

Doctorant : Au cabinet, à votre retour ?

Dr. N : Non, non, comme je l'ai dit, la visite elle-même je ne, je ne la rentre pas dans mon truc, j'ai en général, moi j'ai un, comment dire j'ai un dossier sur place dans mes visites, j'ai un petit cahier que je remplis sur place mais euh, le dossier que j'ai moi dans informatique c'est les examens complémentaires. C'est pas les visites.

Doctorant : D'accord, mais vous avez un dossier sur place par contre.

Dr. N : Normalement, oui. Sauf, oh pas tous, pas tous. C'est clair, j'en ai pas tous. Mais les dossiers un peu, les patients à problème, les gros patients oui ils ont un truc. Ne serait ce que parce quand je suis pas là, il faut qu'il y ait, il faut que les gens sachent un peu ce qu'ils ont donc euh,

Doctorant : D'accord.

Dr. N : Mais, voilà.

Doctorant : Avez-vous déjà décidé de l'évolution de votre outil informatique ?

Dr. N : Ouais,

Doctorant : Dans le cadre de votre pratique professionnelle

Dr. N : Ouais, ouais, bien sur. Moi mon rêve, ça serait que l'on soit tous avec une interface en ligne permanente, avec un dossier en ligne permanent euh, ce qui devait, ce qui ce qui devait être le truc du DMP au départ et qui dérive totalement parce ce que on prend pas les bonnes décisions quoi, c'est n'importe quoi.

Doctorant : Euh, l'entrée dans le réseau REPOP, c'était quand, pourquoi et appartenez-vous à d'autres réseaux de santé ?

Dr. N : Euh, le REPOP. Ca doit faire, je sais pas, deux ans, un an. Non je sais plus. Un peu plus d'un an. Un an et demi ou deux ans, oui je dirais et c'est parce que j'avais un de mes patients qui avait demandé euh , enfin la mère d'un de mes patients qui avait demandé au REPOP un rendez-vous pour son fils qu'elle trouvait un peu truc. Alors le REPOP lui a dit : «Et bah, demandez à votre médecin s'il ne veut pas faire partie du REPOP?» j'ai dit oui et donc j'ai assisté aux formations du REPOP et j'ai trouvé ça assez intéressant. Voilà, comment j'y suis venu et j'en suis ravi.

Doctorant : Et appartenez-vous à d'autres réseaux de santé ?

Dr. N : Euh, d'autres réseaux, non. Euh, le réseau MORPHE, mais je ne suis pas adhérent vrai euh, le réseau cancer machin, mais je suis pas adhérent vrai, je fais partie mais sans en faire partie et le réseau Epsilon mais sans en faire parti vraiment quoi. Je suis utilisateur mais pas adhérent en fait.

Doctorant : Euh l'implication au sein du REPOP d'un, euh et d'un réseau de santé en général a t'elle eu un impact sur votre pratique ?

Dr. N : Oui. Euh, un impact sur ma pratique, parce que c'est quelque chose que je ne connaissais pas bien, donc je me suis formé un peu sur tout ce qui était diététique et suivi de l'obésité. ça m'a aussi appris à travailler, euh, dans le cadre d'un réseau, c'est-à-dire avec une, une sorte de grille quoi, c'est à dire de travailler avec des items à valider ou à ne pas valider en fonction de, des gens qu'on voit , ce qu'on a pas l'habitude de faire nous avec, en libéral, qu'on a peut être plus l'habitude de faire à l'hôpital, mais moi à mon époque on ne faisait pas ça même à l'hôpital. Donc, oui.

Doctorant : Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité des, euh, pour les professionnels d'un réseau de santé ?

Dr. N : Alors, faut pas qu'il soit trop gros à mon avis, et il faut qu'on soit très proche. C'est-à-dire que, il faut comme avec le REPOP qu'on ait des réunions relativement régulières pour apprendre à connaître les gens du réseau autant les gens, euh, du terrain que les gens hospitaliers, ça c'est assez important, euh. Après, répétez moi la question ? (Rires)

Doctorant : Euh, les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels d'un réseau de santé.

Dr. N : Donc, je pense qu'il ait, faut pas qu'on soit noyé non plus sous les réunions, mais il faut qu'on ait au moins deux, trois, quatre réunions par an pour essayer de souder un petit peu le réseau et qu'on se connaisse bien, euh. Ce qu'on fait avec le REPOP je trouve que c'est pas mal, c'est ni trop, ni pas assez , c'est bien.

Doctorant : D'accord.

Dr. N : Mais c'est vrai que c'est important de se connaître. Et peut-être des formations, ffff, peut être un peu plus de formation de base euh de temps en temps pour remettre les pendules à l'heure, ça serait peut être pas mal. Mais bon. (Silence). Voilà.

Doctorant : Euh , vous sentez vous impliqué dans la vie du réseau, comment ?

DR. N : Oui, je suis impliqué dans la vie du réseau, et d'une, par mes patients que je vois et que je manage dans le réseau et par les réunions , justement du réseau, par les contacts que j'ai, téléphoniques, quand j'ai un souci, euh, éventuellement en contactant les gens du réseau. Oui je me trouve assez, je me trouve assez impliqué dans le réseau.

Doctorant : D'accord.

: Et quels liens avez vous avec la coordination du réseau?

Dr. N : Ben , liens téléphoniques, liens, euh, quand on a des réunions, euh des liens assez , assez fréquents quoi, euh minimum tous les deux , deux trois mois je crois qu'il a une réunion de réseau.

Doctorant : Et les liens téléphoniques ? Plutôt à quels sujets?

Dr. N : Alors, liens téléphoniques, ben, quand je veux, euh, hospitaliser une, une personne, quand je veux, je veux .. avoir un, une question à poser à, à un pédiatre du réseau, un truc

comme ça, ne m'est pas arrivé, donc, chaque fois, mais euh, je sais que si j'avais un problème quelconque, je n'hésiterais pas à appeler le réseau pour me faire un peu aider, quoi.. Avant de l'envoyer en consultation, quoi, mais, euh. Notamment avec Mme SANET, la, la diététicienne du réseau, je l'appelle assez facilement.

Doctorant : D'accord.

Dr. N : Voilà.

Doctorant : Comment percevez vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins, d'autres professionnels de santé et comment percevez vous cette possibilité ?

Dr. N : Je suis entièrement favorable à ça, euh, je la perçois très bien, je ne vois pas très bien comment on peut le faire à l'heure actuelle, mais euh, moi je suis prêt à tout faire pour que tous nos dossiers soient communs et exploitables. Puisque commun c'est une chose mais exploitable, c'est différent. Il faut qu'on puisse intégrer le dossier des autres dans notre dossier à nous... ce qui n'est pas fait dans le DMP, c'est ce que je lui reproche (petits rires)

Doctorant : D'accord. Votre ..

Dr. N : La version du DMP qui n'est pas finalisée... Dans 10 ans.

Doctorant :: Votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet et dans quel sens ?

Dr. N : Oui, parce que je connaissais pas le fonctionnement du réseau, donc euh, je me suis aperçu que c'était plus convivial que ce que je ne l'imaginais, que, on était pas spécialement jugés par les hospitaliers, euh, ce qui est un petit peu notre, notre angoisse quand on rentre dans le réseau en tant que libéraux, euh. Voilà, c'est tout

Doctorant : Comment, comment pensez vous que les informations à propos d'un patient doivent être partagées au sein d'un réseau : dossiers patients papiers structurés, fiches de suivi patients, dossiers patients informatiques, système d'information de partage de l'information, ou messagerie sécurisée pour échange d'informations confidentielles entre professionnels de santé ?

Dr. N : Alors euh, premièrement le dossier réseau informatisé, ça c'est évident, le dossier papier, c'est quand même obsolète.. là j'ai tout ça c'est des dossiers du REPOP, euh, tous ceux là sont maintenant informatisés, moi ils sont tous passés sur informatique, je ne fais plus de nouveaux dossiers papiers. Euh, ensuite si on veut contacter les gens du réseau, oui la messagerie sécurisée, pourquoi pas, euh, le téléphone ça marche bien aussi, même si c'est pas sécurisé. Mais et puis après y avait quoi ? Le dossier papier, mais ça c'est non c'est clair (rires).

Doctorant : Et les fiches de suivi patients.

Dr. N : Les fiches de suivi, c'est pareil, tout ce qui est papier c'est, il faut arrêter quoi, il faut zéro papier.

Doctorant : Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non, et cette distinction est-elle théorique ou pratique ?

Dr. N : Ben, elle est théorique, mais il faudrait qu'ils soient que informatisés, c'est clair, qu'ils soient informatisés et qu'ils soient utilisables par tous. Donc le dossier du REPOP, qui est un dossier à part, c'est une solution, elle est pas interfaçable avec le dossier, donc c'est un peu un frein, mais bon... On fait des doublons quoi.

Doctorant : Vous avez dit utiliser donc, le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau de santé. Et quelles sont vos motivations à utiliser le dossier partagé... informatisé ?

Dr. N : Bah, mes motivations, c'est parce que, sûrement euh... que je suis pro informatique, mais en pratique, c'est parce que c'est beaucoup plus simple de faire la première saisie d'emblée sur l'informatique plutôt que de faire ressaisir par les gens du REPOP, derrière moi ce que je vais leur mettre sur le papier. C'est ce qui se passait au départ parce que moi j'avais pas d'accès au, au dossier REPOP qui n'est pas très, très intuitif, donc j'ai eu un petit peu de

mal a m'y mettre et je n'avais pas le temps d'aller faire la formation, donc euh , je m'y suis mis tout seul. Finalement ça a été , mais, euh.. c'est un peu le reproche du dossier REPOP c'est qu' il ' est pas très très,très ergonomique Mais bon.

Doctorant : Et par qui et comment avez vous été informé ou formé ?

Dr. N : Alors formé par personne euh, informé par le, bah ça doit être par Mme SANET . euh, et puis j'ai discuté un peu avec l'informaticien du , du REPOP, euh, qui m a en partie euh, aidé, mais qui ne m'a pas résolu un de mes problèmes d'ailleurs, qui n est toujours pas résolu.(soupleurs).

Doctorant : Vous aviez un interlocuteur au niveau du réseau pour s'occuper.

Dr. N : Ouais, il y a un, parce que le dossier est sous traité par, par un, une société de service informatique et il y a un, un comment dire... un ingénieur informatique qui vient pratiquement à toutes les réunions du réseau donc euh, et puis on peut appeler si on a un souci, mais euh, moi je n'arrive pas à me connecter avec ma carte .. euh .. CPS .Je suis obligé de me connecter avec un mot de passe , ce que je trouve, euh.. gênant, mais bon. On fait autrement .. mais euh. C'est pas sécurisé quoi.

Doctorant : Euh, euh le DMP, qu'en savez vous, qu'en pensez vous et comment pensez-vous l'utiliser , en parler avec vos patients ?Et vos patients vous en parlent ils , comment ?

Dr. N : Non, les patients n'en parlent pas, les patients croient que sur la carte vitale il y a le dossier médical. J'ai beau leur explique que non, ils croient toujours Euh, le DMP c'est très, très bien , mais comme je disais , pour l'instant c'est euh, un cumul de strates de, de dossiers euh papiers qui sont intégrés dans le dossier, donc y a une liste de ..de documents euh qui sont classés euh , dans des, dans des sous dossiers, mais qui sont pas hiérarchisés qui sont pas triés donc à mon avis qui sont pas très exploitables .On va se retrouver avec des gros dossiers euh informatiques,ffff, avec des piles de documents euh, qui seront pas organisés. C'est le gros défaut du DMP , il faudrait que les examens soient triés, par euh.. par qualités, par radios, par échos, par euh alors que là c est une pile d'examen. C'est une pile de documents, c' est pas une pile d'examen .Mais il est voué à évoluer, puisque euh moi mon logiciel, est compatible DMP et mon logiciel permet le classement de ça , c' est une question de volonté (soupleur). Donc , A l heure actuelle à mon avis , c est une usine à gaz.

Doctorant : Et pensez vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution de votre système informatique et laquelle en pratique ?

Dr. N : Euh ... oui , j ai intégré la messagerie sécurisée dans pas longtemps.

Doctorant : Et à plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique médecine ?

Dr. N : Partage des données encore plus important. De quelle manière ? Je n'en sais rien (rires), sur un disque dur externe, comme ils ont fait .. euh dans le DMP, pourquoi pas ? avec des gros centres serveurs euh pourquoi pas ? Euh ..Le problème de la sécurisation , euh il faudrait qu'ils arrivent à avancer sur la sécurisation des données, parce que on pourra jamais sécuriser des données ... donc il faut que la CNIL avance, il faut qu'on mette, qu'on mette des pénalités sur les gens qui vont frauder. Des pénalités telles qu'ils n'aient pas envie de frauder. Mais on ne pourra jamais sécuriser le dossier médical informatisé ... Ce n'est pas possible.

On ne peut pas sécuriser le Pentagone, donc on va pas sécuriser le dossier médical. Donc faut avancer quoi... Mais là on est parti pour dix ans de toute façon, donc je serais à la retraite je pense .. quand il y aura le DMP

Doctorant : D'accord. J'ai terminé , je vous remercie

Dr. N : OK

Entretien avec le Dr S, gastro-pédiatre le 30/01/08

Doctorant : Racontez-moi comment avez-vous découvert l'informatique ?

Dr S : L'informatique donc c'était au départ, plutôt pour la gestion des dossiers médicaux, euh, ça devenait vraiment une, une nécessité puisqu'on avait de plus en plus de dossiers papiers à gérer des examens complémentaires à insérer dans les dossiers, euh, des patients qui rappelaient donc il fallait ressortir le dossier du patient et donc euh, ça c'est fait euh, devant finalement aussi un problème de place puisque les dossiers papiers, ben ça représentait de plus en plus de place donc il y avait ce document, cette raison là, il y avait la raison de la gestion des examens complémentaires. Euh, il y avait un petit peu peut-être, mais ce n'était l'argument principal pour moi, l'impression parce que effectivement moi je me suis informatisé bien avant les histoires de carte vitale, de télétransmission mais on commençait un petit peu à en parler. Voilà, mais je sentais ce besoin pour aider ma gestion en fait, des dossiers patients au quotidien.

Doctorant : D'accord. Mais vous n'étiez pas alors pas du tout informatisé à la maison ?

Dr S : A la maison, je n'étais pas du tout informatisée non, j'étais informatisée de toutes façons dès le départ, à cause enfin pas pour les choses, dossiers patients mais pour euh, ben ne serait-ce que pour les analyses d'examens complémentaires puisque par exemple pour les pHmétries ou les manométries on a besoin de toutes façons besoin d'un logiciel pour analyser les, les documents, mais à l'époque, l'informatique ne servait que pour ça et ne me servait pas pour mes dossiers patients. Et après secondairement je me suis mis au, au logiciel euh, pour avoir le dossier médical informatisé.

Doctorant : C'était à peu près en quelle année ?

Dr S : Alors ça c'est une colle, ça fait longtemps, ça fait longtemps, euh, ah j'ai du mal à vous répondre, on peut, on peut peut-être arrêter non, parce que je vais essayer de retrouver non ?

Doctorant : Non ce n'est pas très grave, sinon.

Dr S : C'était quand ? Je me suis installée en 91 et j'ai dû m'informatiser quelques années après hein, ouais je dirais comme ça à la louche, je dirais 3 ou 4 ans après.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Hein, vous voyez à peu près dans ces eaux là. Donc au départ c'était un premier logiciel, il y avait énormément de, de, de logiciels disponibles sur le marché et puis après le logiciel c'était un logiciel Dia®, qui s'appelait comme ça qui a euh, qui a euh, en fait revendu sa boîte, enfin je ne sais pas à une très grosse société qui est CEGEDIM, euh, et là donc, on a fait naturellement le chemin ensemble quoi.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Voilà.

Doctorant : Donc quel a été le facteur qui a déclenché la décision de se doter d'un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr S : Le facteur ?

Doctorant : Oui.

Dr S : Ben je pense que si on doit retenir un des facteurs de ceux que je vous ai donné, je pense que c'est quand même la, l'abondance du dossier pati, papier et donc la nécessité de, de, c'était vraiment devant la, la difficulté de gérer un dossier papier qui devenait euh, important, voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Autant c'était possible dans les premiers mois d'installation autant après, ça devenait pas gérable quoi, je crois que, je crois qu'on peut retenir ça.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Voilà.

Doctorant : Quelle a été pour vous la place de la loi Juppé de 1996 ?

Dr S : Alors c'était quoi cette histoire là ?

Doctorant : C'était la télétransmission.

Dr S : C'était la télétransmission, donc c'est, c'est devenu un petit peu en deuxième position, vous voyez ça n'a pas été le facteur, en plus on avait de toutes façons la possibilité de se doter juste, vous savez juste d'un lecteur et il y a des médecins qui se sont dotés juste d'un lecteur de carte vitale et qui euh, télétransmettaient les, les feuilles de soins sans pour autant être informatisés. Ça a été probablement un facteur qui a facilité mais ce n'était probablement pas le facteur principal, je ne le vois pas comme ça.

Doctorant : D'accord. Et vous, vous l'avez vécu comment ?

Dr S : Ce, j'ai eu l'impression qu'on, que c'était haro sur le boudet mais ça, c'est, c'est autre chose si vous voulez, c'est l'impression comme pas mal de médecins libéraux, c'est que le système de soins évoluait effectivement mais que on nous laissait tout seul à gérer des frais supplémentaires, des contraintes supplémentaires. On s'est retrouvé disons avec un dictat de la sécurité sociale, et puis du système en disant voilà il faut télétransmettre, c'était pas obligatoire mais on sentait que, ça devenait quelque chose de très, très important et qu'en même temps l'impression que finalement euh, euh c'était à nous de, de, d'être un peu autodidacte dans notre coin et de, et de nous débrouiller finalement.

Doctorant : D'accord.

Dr S : C'était un petit peu notre impression. Bon après les patients nous ont un peu aidé parce que les patients trouvaient ça plutôt bien du fait de ne plus avoir eux de feuilles de soin à envoyer, au début honnêtement j'ai, j'ai eu l'impression que c'était vraiment euh, laisser le mal, le médecin se, se débrouiller, on a perdu énormément de temps, pour paramétrer par exemple les, les lecteurs de carte Vitale il fallait faire venir les, les éditeurs du logiciel pour que ça s'adapte, enfin il y avait pas mal de couac quand même au début, voilà. (Sourire).

Doctorant : D'accord. En quoi un accompagnement ou l'administration de conseils lors de la première installation de votre matériel vous paraissait convenir à la situation ?

Dr S : Euh accompagnement, il n'y en a pas eu hein.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Moi je considère, une fois effectivement j'avais eu un soucis avec mon, mon lecteur, j'avais appelé et j'avais eu effectivement une réponse, mais bon c'était les horaires de bureau, enfin je veux dire pour les avoir. Non, je crois, il n'y a personne qui s'est déplacé, on n'a pas, on n'a pas, il n'y a pas eu, je n'ai pas senti véritablement un soutien, euh, solide. Là où on a senti peut-être un peu plus d'accompagnement c'est un peu plus récemment, euh, quand il y a eu la modification de la, de la c'est à dire que, de toutes les lettres clefs, vous savez. Là on a senti qu'il y avait un effort avec des gens qui sont venus au cabinet, pour parler, pour discuter mais au départ moi, je me suis sentie un petit peu, assez isolée quoi.

Doctorant : D'accord. Lorsque vous avez installé votre matériel, vous l'avez fait entièrement seul, ou vous avez fait appel à un professionnel ou vous avez fait appel à quelqu'un de votre famille ?

Dr S : Au tout début, au tout début.

Doctorant : Au tout début pour le choix et puis l'installation.

Dr S : Au tout début pour l'installation de l'ordinateur lui-même, c'était seule.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Et pour l'installation du logiciel, pour l'installation du logiciel, on avait eu une formation par l'éditeur du logiciel médical et il y avait une personne qui nous suivait après, c'est-à-dire qu'on installait, et puis qui était là et qui a paramétré et effectivement les lecteurs de, de carte Vitale, ça c'est l'éditeur de logiciel médical.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Après quand ils ont fait la transmission avec CEGEDIM ça a été un système où, si vous voulez on, on, c'est comme une location, c'est à dire que le matériel est changé tous les trois ans et donc on, ben on paye tous les mois et puis au bout des trois ans tout est changé et on récupère le, le, l'appareil. D'accord ? Et là euh, lors du premier changement, on a eu beaucoup, beaucoup, beaucoup de soucis, parce que les, il y avait, le nombre de médecins informatisés était important, c'est une très grosse société d'informatique médicale, et finalement moi personnellement j'ai eu beaucoup de soucis, parce que j'ai deux postes en, en réseau et ils se sont trompés dans le paramétrage. Donc j'ai pendant deux mois, j'ai perdu un temps énorme avec la hotline, qui était très présente, mais là je vous parle du logiciel médical mais je ne vous parle pas du, du côté sécu, et j'ai eu beaucoup, beaucoup de problèmes bon, et puis après ça s'est résolu à force de, euh, voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Et puis au début oui, c'était nous et l'éditeur de logiciel médical.

Doctorant : Et pour le choix du matériel, vous aviez fait comment ?

Dr S : Au début, au début, j'avais pris, en fait j'avais pris un Hewlett Packard, parce que, je ne sais pas pourquoi, euh, c'était un peu comme ça j'avais confiance dans ce matériel. J'avais demandé un petit peu autour de moi et tout. Après donc en deuxième position un petit peu plus tard, quand on est passé de Dia à CEGEDIM, ce qu'on a actuellement, DocWear®, c'est eux qui nous avaient contacté et c'est eux qui nous avaient proposé du matériel Dell puis à nouveau HP.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Dans notre système de contrat quoi.

Doctorant : En termes de fonctionnalités logicielles : gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide à la décision, ou d'autres, laquelle a été la plus utile, la plus utilisée ? Et pourquoi ?

Dr S : Alors, redites moi ce que vous m'avez donné comme items.

Doctorant : Alors si vous avez d'autres idées, n'hésitez pas.

Dr S : Oui.

Doctorant : Gestion du dossier médical, télétransmission, comptabilité du cabinet, aide ...

Dr S : Gestion du dossier médical, ça c'est la première chose, euh, gestion du dossier médical, oui, je pense que nos dossier sont de meilleure qualité parce que si vous voulez quelqu'un d'autre va ouvrir mon dossier va pouvoir le lire, il n'y a pas de problème d'écriture etc. et on retrouve les rubriques toujours au même endroit, les antécédents, etc. on peut rajouter des éléments au fur et à mesure des consultations, donc ça je pense que c'est la gestion du dossier médical je crois qui a été le principal facteur. Ensuite en deuxième position, je dirais les examens complémentaires parce qu'on en reçoit de plus en plus. Moi je trouve, parce que j'ai une spécialité un peu particulière, je suis gastro-pédiatre donc on a beaucoup de patients qui sont pluridisciplinaires donc on va recevoir des comptes-rendus des examens de toutes les spécialités et donc il faut les rentrer dans les dossiers des patients, donc soit par en les scannant et ça ça prend du, du temps et je pense que c'est bien, de le faire avec l'ordinateur. En troisième position la comptabilité, et puis la télétransmission. La télétransmission je dirai, c'est, c'est, nous ça ne nous change pas tellement quoi faire une feuille de soin ou faire une carte, une feuille de soin électronique pour nous c'est à peu près le même temps et la même chose. Voilà.

Doctorant : D'accord.

: En quel sens l'outil informatique a-t-il été appréhendé par vos patients ?

Dr S : Bien, bien moi j'ai toujours le, vous voyez comment c'est, je n'ai pas senti de difficulté, je dirais, au lieu de, d'écrire, que je sois en train de taper. Je pense que le patient a

plutôt, je n'ai jamais vraiment posé la question si vous voulez mais je pense que c'est plutôt quelque chose qui est vécu positivement.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Euh, en ce qui concerne euh, j'ai toujours un petit peu le, le, vous voyez l'écran comme ça, donc le patient à la limite peut même regarder ce qui, ce qui est taper donc c'est, c'est pas mal. Euh, ce qu'ils apprécient c'est qu'on puisse facilement reprendre les, comment dire, les, les, comment dire les consultations, précédentes très facilement, donc ils savent que tout est dans mon dossier. Je pense que ça les rassure aussi. Euh, je ne pense pas que ça ait été pris du tout comme une barrière à la relation ou au contact, je ne pense pas.

Doctorant : D'accord. Et ils ne vous en ont pas parlé, ils ne vous ont pas fait la remarque.

Dr S : Non certains qui sont un petit peu plus proche, plus familier qui m'ont demandé par exemple euh, je me souviens avant j'avais des, des, des écrans qui n'étaient pas plats et bien me dire « Vous devriez mettre un écran plat », enfin des trucs comme ça, c'est des trucs anecdotiques.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Euh, quand j'ai par contre un soucis informatique, je leur dis, c'est à dire que euh, là justement en septembre et octobre, j'ai eu des, des soucis avec la hotline qui m'appelait plusieurs fois par jour il fallait paramétrer des choses, et je leur disais, je leur disais : « j'ai un soucis d'informatique, on va faire le dossier papier et puis après je le retransmettrai, enfin je leur expliquais un petit peu ou quand j'étais interrompu en pleine consultation parce que le système buggait, je leur explique en général ils le prennent plutôt bien. Voilà, je crois que oui. Mais bon ils sont conscients que effectivement ça peut être chronophage donc des fois ça peut, ça expliquait un retard dans la consultation ou quoi, ça a été, on a eu des gros soucis en septembre, octobre cette année.

Doctorant : D'accord.

:Comment qualifiez-vous le passage du papier à l'informatique ? Et y a-t-il eu une raison à ce passage ?

Dr S : Moi, je suis, c'est plus philosophique ou psychologique ce que je vais dire : je suis contente d'avoir, d'avoir fait cette étape, parce que nos, nos confrères médecins, la plupart vont être informatisés, moi je suis contente d'avoir pu vivre ce passage du papier à l'informatique je pense que ça nous a donné un peu plus de, un peu plus de liberté peut-être par rapport à l'outil informatique. C'est-à-dire que quand l'outil informatique ne fonctionne pas, c'est pas la catastrophe, c'est à dire que j'ai travaillé plusieurs années sans informatique, je ressors ma feuille, mon crayon et puis je fais ma consultation, je crois que mes jeunes confrères qui vont avoir 10 ans de moins que moi ou qui ont travaillé que sur informatique, le jour où l'informatique ne fonctionne pas, c'est la catastrophe, ils disent : « je ne peux plus travailler », non bien sûr tu peux travailler : tu prends ta feuille ton stylo et tu fais ton boulot. Donc il faut quand même peut-être que ce passage, le fait d'avoir vécu les deux époques je pense que c'est plutôt un plus euh, comment l'avoir vécu, je crois qu'il faut être honnête c'est-à-dire au début, c'est beaucoup, beaucoup de temps passé parce que effectivement beaucoup de problèmes informatiques à gérer mais eu égard après à tout ce qu'on peut gagner au quotidien, je crois qu'il faut, c'est sûr que ça nous a permis une meilleure qualité dans la gestion des dossiers, de voir plus de patients, de peut-être de d'avoir des dossiers de meilleure qualité, voilà c'est quand même dans l'histoire de la qualité mais par contre je pense qu'il faut aussi se, se savoir que, il ne faut pas être trop dépendant non plus de l'outil informatique, quand ça marche pas comme ça m'est arrivé de temps en temps ben, on peut quand même continuer à travailler quoi, c'est très important.

Doctorant : Euh vous exercez en cabinet de groupe, c'est ça ?

Dr S : Alors on est plusieurs, effectivement, on est plusieurs.

Doctorant : Et en quoi la pratique en cabinet de groupe incite-t-elle ou non l'usage de l'informatique ?

Dr S : Pour nous, ça n'a pas tellement joué en fait, parce que chacun, en face il y a angéio-phlébo, il y a deux médecines générales, il y a moi avec mon collègue qui vient quelques jours dans la semaine et là nous sommes en réseaux tous les deux parce qu'on a la même spécialité. Euh, je pense que disons nous ça nous a aidé parce que c'est plus du domaine de la spécialité on a des examens comme les pHmétries les manométries où là c'est obligé d'avoir un ordinateur pour analyser l'examen mais ce n'est pas le fait d'être en groupe.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Qui a fait ça quoi.

Doctorant : Comment percevez-vous l'utilisation quotidienne d'un outil informatique ?

Dr S : Je crois qu'il faut vivre avec son temps, je crois que malheureusement ça devient, j'ai l'impression que ça devient indispensable et la seule chose j'ai l'impression que du fait de la complexité croissante des outils, euh, j'ai le sentiment que l'on arrive plus à trouver des sociétés de maintenance informatiques qui soient vraiment généralistes, vous voyez qui sachent gérer tout les problèmes on a l'impression que parfois on a presque l'impression que l'outil dépasse l'humain, c'est ça qui est un petit peu inquiétant et parfois on pose des questions à notre système de, de maintenance de hotline, il faut tomber sur la personne qui connaît le problème c'est pas évident. On a l'impression que l'outil se, enfin il devient de plus en plus complexe, probablement à tort peut-être qu'on, enfin je pense qu'on a pas besoin d'avoir des systèmes aussi compliqués et que moi par exemple j'ai installé un réseau de soins et c'était mal paramétré, ça nous a posé des problèmes pendant deux mois, ça c'est, ça c'est inadmissible quoi, c'est grave. Euh, quand j'ai installé, j'avais installé un réseau avec un système juste de courant porteur et après on a remplacé avec un Wi-Fi, c'est pareil, ça a posé des problèmes. J'ai le sentiment qu'il n'y a pas beaucoup d'informaticiens généralistes qui maîtrisent bien le, un peu comme les médecins internistes si vous voulez qui maîtrisent vraiment, qui sont de conseil, il y a beaucoup de gens qui vont être un peu spécialisés dans un domaine, mais il n'y a pas de gens qui peuvent un petit peu vous, enfin avoir une vision globale quoi du, du système, ça c'est un peu inquiétant. Je trouve.

Doctorant : Avez-vous déjà été confronté à des problèmes ou dysfonctionnements ? Si oui, comment avez-vous pu résoudre les problèmes ?

Dr S : Oui, donc dysfonctionnement à quel niveau vous voulez dire ? En général ?

Doctorant : En général.

Dr S : C'est ce que je vous disais tout à l'heure, c'est-à-dire un réseau qui a été mal paramétré, il nous a causé beaucoup de soucis déjà pour trouver la, le problème et en fait quand euh, ce qu'on fait c'est qu'au bout des trois ans nous on a toute une base de données, les, les, les sauvegardes partent à la société du logiciel médical qui va les réimplanter dans un nouvel ordinateur qui nous renvoie une nouvelle machine, et là en fait du fait que j'avais deux postes, ben je ne sais pas il y a eu un couac et donc euh finalement c'est, tout se passait, bon ils avaient inversé le serveur le client, enfin c'était un, une salade pas possible et ça ça été mon principal dysfonctionnement, euh, qui a été petit à petit réglé mais qui m'a demandé, et qui m'a fait perdre énormément de temps d'énergie, ça c'est sur, le deuxième, et qui a été pénalisant pour les patients : le retard voilà, la deuxième chose c'est qu'au niveau du système Wi-Fi de, là parfois j'ai une connexion qui ne marche pas très, très bien, mais je crois que là malheureusement euh, c'est un peu le cas, c'est un cas un peu général, euh, au niveau de la télétransmission il y a eu quelques petits problèmes mais dans l'ensemble, c'est vrai que ça fonctionnait bien. Euh, je ne vous ai pas parlé de l'outil Internet mais c'est vrai que c'est utile pour communiquer avec d'autres collègues ou même avec des patients même des fois, voilà.

Doctorant : D'accord. Diriez-vous que vous vous sentez à l'aise ou mal à l'aise avec cet outil informatique ?

Dr S : Dans la gestion des tâches quotidiennes, à l'aise, enfin je veux dire que c'est, oui, euh, mais j'ai, je suis une autodidacte, c'est à dire qu'il faudrait, j'aimerais bien continué à me perfectionner à, de façon à être encore plus à l'aise parce que il y a parfois effectivement certaines choses, que je ne maîtrise pas complètement.

Doctorant : Pour quelle partie de votre patientèle utilisez-vous votre logiciel de gestion du dossier médical ? Si c'est de manière sélective, sur quels critères ?

Dr S : Pour tous, je n'ai pas des dossiers patients et des dossiers informatiques, pour les obèses effectivement je garde un dossier papier, parce que quand on voit les patients du réseau, du REPOP, en fait vous savez qu'on envoie une partie au REPOP et je garde un dossier papier parce que je fais des, des petits systèmes de, de contrat avec mes patients et je garde un double à chaque fois, pour lui dire « Tu vois la dernière fois, on avait dit qu'on, que tu allais faire telle et telle chose pour essayer d'améliorer ton alimentation, ton activité physique, donc je garde pour chaque patient un dossier papier, pour les fibroscopies, je garde un exemplaire papier, pour les biopsies aussi, bien que je les scanne, je garde un exemplaire papier. Voilà.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Plus pour des raisons un peu de, je ne sais pas, enfin je préfère garder quand même un exemplaire papier pour des examens de ce type là. Voilà.

Doctorant : En quoi l'adoption de l'outil informatique a-t-elle eu un impact sur votre pratique quotidienne ?

Dr S : (Silence) Ben euh, disons que ça, ça reprend un petit peu enfin les questions précédentes ça permet d'avoir un dossier de meilleure qualité, euh, ça permet d'avoir la gestion, enfin vous savez, tous les examens complémentaires, les comptes rendus accessibles tout de suite donc je pense que c'est plus de rigueur dans, dans la gestion des patients.

Doctorant : Vous faites des visites à domiciles ?

Dr S : Non.

Doctorant : Avez-vous déjà des idées d'évolutions de votre outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr S : Ben ça a été par exemple la mise en réseau, vous voyez, ça, ça a été une évolution, ça a été également, euh, le fait de passer de l'ancien logiciel au nouveau. Ensuite ben avec le nouveau logiciel d'accepter les mises à jours pour être en conformité avec les nouvelles lettres-clés par exemple, ce genre de chose.

Doctorant : Mais...

Dr S : Ce n'est pas ça, tout à fait ce que vous demandiez ?

Doctorant : Non, c'était les idées d'évolution, enfin, actuellement est ce que vous avez des idées d'évolutions de votre outil informatique pour votre pratique ?

Dr S : Pour l'avenir, pas ce qui a été fait mais pour l'avenir.

Doctorant : Voilà.

Dr S : Euh, (Silence), dans l'immédiat, l'immédiat là non, c'est vrai que comme les mises à jour se font régulièrement, vous voyez les choses se font, euh, pour l'avenir, alors c'est du passé tout récent, c'est à dire avoir toute ma comptabilité dessus. Ma comptabilité du cabinet médical, parce que jusqu'à un avenir, un passé très proche en fait c'était une comptabilité papier et je suis passée très récemment à la comptabilité informatique mais pas à 100%, et j'aimerais passer à 100%. Voilà.

Doctorant : D'accord.

: L'entrée dans le réseau REPOP, c'était quand et pourquoi et appartenez-vous à d'autres réseaux ?

Dr S : Ou là, alors c'était quand ? Alors là j'ai un problème avec les dates, c'était il y a quelques années mais je ne saurais pas vous dire, mais je ne sais pas je vous dirai comme ça à tout hasard peut-être 2002 ou 2003 quelque chose comme ça.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Alors, pourquoi, ben en fait c'était, c'est en fait le professeur Girardet de, de l'hôpital Trousseau qui m'avait contacté et euh, par la force des choses du fait de ma spécialité, je voyais déjà des enfants en excès de poids, mais, euh, et j'avais tout de suite trouvé que c'était très intéressant, donc tout de suite j'ai adhéré à l'idée du réseau et après comme je voyais que il y avait de plus en plus de demandes d'enfant présentant des excès pondéraux, j'avais fait dans un deuxième temps une formation en plus, j'avais fait le DU d'obésité pédiatrique en plus.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Donc voilà, ça s'est fait vraiment très simplement et très naturellement. Et c'était quoi la deuxième partie de la question ?

Doctorant : Appartenez vous à d'autres réseaux ?

Dr S : D'autres réseau. Alors il y a un réseau sur la, oui, c'est sur la prise en charge des maladie inflammatoire digestives, euh, voilà c'est APOMAD, c'est un, sur la prise en charge des maladies inflammatoires donc ils m'avaient demandé de, c'est plus un réseau destiné à des adultes et ils m'avaient demandé d'être un peu le gastro-pédiatre, donc euh, j'étais d'accord, donc voilà, pour l'instant le réseau que j'utilise le plus c'est quand même le REPOP.

Doctorant : L'implication au sein du REPOP ou au sein de l'autre réseau, je n'ai pas bien compris le nom...

Dr S : APOMAT

Doctorant : APOMAT a-t-elle un impact sur votre pratique ?

Dr S : La, le, pour l'APOMAT non, pour le REPOP oui quand même, c'est à dire que un impact, c'est un peu vague, c'est à dire euh, ça n'a pas changé ma façon de travailler mais effectivement le fait de participer aux réunions du réseau et tout, je trouve que ça m'a aidé dans la prise en charge des obèses, indiscutablement, oui je pense que c'est très positif pour eux.

Doctorant : D'accord.

: Quels sont pour vous les éléments critiques pour le succès et l'utilité pour les professionnels de santé d'un réseau ?

Dr S : Un réseau, c'est à dire qu'en théorie c'est très bien, sur le papier c'est très bien, en pratique je trouve que malgré tout les barrière restent, c'est à dire que les ponts entre l'activité libérale et hospitalière ne sont pas si simples que ça à franchir et il y a toujours cette lourdeur, qui fait que quand on a vraiment un patient qui bénéficiera d'une prise en charge alterne, ou hospital, hopital, hospitalière moitié, libérale moitié hospitalière, c'est, c'est tout ces verrous administratifs qui sont encore très forts et ce n'est pas simple, de ,de, de, par exemple là j'ai une jeune fille que je vais voir tout à l'heure euh, elle a une obésité sévère, j'ai écrit au réseau, je leur ai demandé une convocation en hôpital de jour, ça met un temps fou, on n'a pas la réponse, je ne sais pas si elle a été convoqué si elle n'a pas été convoqué, ça manque encore un peu de souplesse.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Essentiellement ça, c'est à dire que en pratique oui, en pratique c'est pouvoir communiquer, pouvoir échanger, en théorie pardon et en pratique c'est quand même beaucoup plus, euh, lourd à faire fonctionner.

Doctorant : D'accord.

: Vous sentez-vous impliquer dans la vie du réseau ? Comment ?

Dr S : Oui je suis impliquée dans la vie du réseau, oui effectivement, puisqu'il y a les réunions, il y a le fait bien sûr d'envoyer les, les dossiers, ça je le fais de façon la plus régulière possible, il y a le conseil scientifique du REPOP, on a une réunion qui va être faite

là bientôt et je vais en faire partie, donc tout ça ça fait partie pour moi du réseau et je trouve ça très bien.

Doctorant : D'accord.

: Quels liens avez-vous avec la coordination du réseau ?

Dr S : La coordination, c'est-à-dire ?

Doctorant : Les médecins coordonnateurs du réseau.

Dr S : Ceux qui sont dans le bureau et tout ?

Doctorant : Euh, oui.

Dr S : J'en fais partie, donc voilà, au niveau du conseil scientifique pas au niveau de la gestion administrative, ni de la trésorerie, mais au niveau du conseil scientifique oui, et donc ben les liens lors des réunions, c'est ça un peu votre question ?

Doctorant : Oui, c'est ça.

: Comment percevez-vous la perspective d'un partage d'informations médicales avec d'autres médecins ? d'autres professionnels de santé ? Comment percevez-vous cette possibilité ?

Dr S : Moi je pense que c'est très intéressant, je pense que le seul petit bémol, c'est peut-être effectivement respecter l'anonymat, enfin, du, du, du patient, avoir des, des comment dire, des transmissions de données les plus sécurisées possibles mais je pense que c'est très important et ça deviendra de plus en plus important, ça permet de faire sortir un peu le médecin de son, libéral enfin de son cabinet, de son isolement quoi et par exemple sans que se soit un réseau par exemple on peut avoir la possibilité de poser des questions quand on a des dossiers difficiles, on pose des questions sur un forum puis d'autres vont répondre, ça ça peut être très bien.

Doctorant : D'accord .

: Votre adhésion à un réseau de santé a-t-elle fait évoluer votre réflexion à ce sujet, dans quel sens ?

Dr S : Euh, réflexion oui, dans le sens où je pense que c'est bien, mais que c'est encore perfectible, voilà, c'est bien, c'est, et je pense que c'est perfectible surtout dans la souplesse de la, pas trop de la transmission des données, parce que ça c'est à nous de les envoyer régulièrement, soit par la poste soit par Internet, enfin, tout ça c'est possible, c'est plus au niveau du patient quand il s'agit d'avoir un patient que l'on suit à notre cabinet et qu'ensuite on aimerait avoir un avis hospitalier, ben là il y a un délai très important, là je crois qu'il faut qu'on essaye de travailler ensemble là-dessus. C'est plus cette difficulté, on a l'impression qu'on a beaucoup de, de, de lourdeur, encore à ce niveau là.

Doctorant : Euh, comment pensez-vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau : dossier patient papier structuré, fiches de suivi patient, dossier patient informatique : système d'information de partage d'information ou messagerie sécurisée pour échange d'informations confidentielles entre professionnels de santé.

Dr S : Moi je trouve que le dossier papier structuré qu'on remplit en cours de consultation, moi j'ai, moi j'ai en fait le dossier REPOP, je l'ai mis, enfin c'est ma secrétaire qui a fait ça, je l'ai mis sur mon, mon dossier patient, je trouve que c'est le mieux, c'est à dire, je le remplis au cours de la consultation, je le complète un petit peu après et après c'est vrai que il y aurait deux solutions, soit le transférer via Internet, mais je ne sais pas quelle est la sécurisation possible, moi, à ce moment là, je l'imprime et je l'envoie, je trouve que finalement, c'est peut-être un peu simple, mais ça fonctionne bien. L'histoire de la messagerie sécurisée, je trouve que c'est un peu compliqué parce que ça veut dire que l'on voit le patient ensuite on en fait une synthèse, on va la taper sur la messagerie, on va l'envoyer, euh, le dossier Internet pourquoi pas, mais ça vient se greffer, ça vient être un peu une greffe sur notre logiciel de patients déjà donc c'est pas évident. Alors finalement moi j'ai opté sur, j'ai pris le dossier papier du REPOP tel qu'il existait, je l'ai installé sur mon logiciel de gestion de patient, je le remplis et je l'envoie. Voilà, ça me paraît peut-être plus simple.

Doctorant : Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour vous exclusivement informatisés ou non, cette distinction est-elle théorique, pratique ?

Dr S : Je pense que ça peut, il y a, il y a des médecins qui, qui font partie de réseau qui ne sont pas du tout informatisés et qui faut, et qui sont bien impliqués dans le réseau donc je pense que ce n'est pas forcément, mais, donc, euh, informatique, mais je pense que c'est quand même plus facile, c'est, le fait que ce soit informatisé, je pense améliore la qualité du réseau et peut être aussi la qualité des dossiers.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Voilà.

Doctorant : Vous utilisez le dossier patient partagé mis à disposition par le réseau de santé, quelles sont vos motivations à utiliser le dossier ?

Dr S : Je trouve qu'il est bien, il avait été fait, avec beaucoup de soins, il reprend, il est complet, donc moi ce que je fais c'est que je rajoute des zones de textes et je peux le faire, je pense que ce qu'il faut, c'est pouvoir rajouter des zones de textes pour que ce dossier puisse me servir, moi de bases de dossier médical, en fait, donc je rempli le dossier du REPOP, mais je n'ai pas un autre dossier en plus, je rajoute ce qu'il me faut en plus, j'essaye de remplir la trame que eux ont fait et moi je rajoute les éléments en plus. Voilà. Je crois qu'il faut toujours avoir des zones de textes ou des zones un peu libres où on peut rajouter, il ne faut pas avoir que le cadre strict du dossier partagé ou on puisse rien mettre dessus en plus, ça me paraît un petit peu dangereux, ça me paraît trop restrictif.

Doctorant : Par qui et comment avez-vous été informé et formé sur ce dossier ?

Dr S : Sur le dossier, euh ?

Doctorant : Médical partagé.

Dr S : Lors des réunions du REPOP, on en avait parlé, et puis après on c'est débrouillé quoi.

Doctorant : D'accord.

Dr S : C'est à dire qu'en fait, le dossier existait, mais existait mais vous savez sous forme d'un petit livret avec des feuilles, avec du, du carbone en fait, donc moi j'ai pris ce, ce dossier là que j'ai installé sur mon logiciel de gestion euh, mon logiciel médical, mais il n'y a pas eu besoin d'une formation vraiment. Après on m'avait proposé effectivement vous avez raison, une formation sur le, le dossier Internet, mais qui venait se greffer sur mon logiciel là et donc c'est pour cela que je ne l'ai pas fait, je n'ai pas fait cette formation.

Doctorant : D'accord.

Dr S : Parce que la solution que j'avais était finalement plus simple pour moi.

Doctorant : Avez-vous connaissance d'un interlocuteur que vous pouvez contacter en cas de difficulté ?

Dr S : Alors à quel niveau ? Difficultés à quel niveau ?

Doctorant : Euh, soit au niveau du dossier, soit à un autre niveau de dossier de prise en charge du REPOP, un autre niveau de prise en charge d'un patient intégré au réseau.

Dr S : En général j'appelle, non il n'y a pas une personne spécifique. Souvent j'appelle la diététicienne de l'hôpital euh, qui, qui, bon avec qui j'entretien de bonnes relations et que je connais par l'intermédiaire du DU d'obésité. Euh, mais je n'ai pas la connaissance de quelqu'un qui soit plus spécifiquement euh, euh, qui a plus ces problèmes là, sinon il y a aussi le, le centre qui est je crois basé sur Necker qui récupère toutes les données, je pense que si on les appelaient, ils pourraient nous répondre. Voilà je n'ai pas la notion d'une personne particulière. Ça peut-être soit le centre qui, qui collige un petit peu toutes les données, soit hôpital par hôpital, voilà.

Doctorant : Le Dossier Médical Personnel, qu'en savez-vous ? Qu'en pensez-vous ?

Dr S : Alors qu'est ce que c'est ? C'est-à-dire un dossier qui serait global pour tout le monde ?

Doctorant : Le projet gouvernemental qui consiste à, à avoir un dossier médical euh, pour lequel le patient mettrait des informations, enfin, le professionnel de santé mettrait avec accord du patient des informations sur un serveur.

Dr S : Je crois que c'est très difficile, c'est-à-dire que, que si un patient demande un dossier, bien sûr je l'imprime, je lui donne ça, ça prend dix secondes et c'est très bien. Avoir une trame globale pour tout le monde, je crois que chacun a vraiment sa façon de remplir son dossier. On a tous le même logiciel et on est un, deux, trois, quatre, cinq, on est à peu près six médecins à tourner, on est à peu près six, sept médecins à tourner, eh bien chacun l'utilise à sa façon, c'est-à-dire qu'en fait moi, je vais utiliser la trame du départ. Mais par exemple les antécédents je vais les mettre à ma manière, je vais mettre les documents, je vais les euh, les , les examens complémentaires, je vais les ranger à ma manière et je les retrouve bien. Euh, mes collègues généralistes ont utilisé, les observations d'une manière différente, on a tous des dossiers très bien structurés mais chacun à sa façon et je pense que chacun aussi en fonction de sa façon de travailler, d'interroger le patient de sa sur-spécialité de son exercice. Je crois que c'est très difficile d'avoir une trame unique, ça me paraît très réducteur et peut être un petit peu dangereux dans la mesure où il y aura forcément des éléments qui vont, qui vont peut-être ne pas être notés. Ou alors il faut que ce soit quelque chose de très souple et si c'est très souple et qu'on puisse chacun rajouter des zones de texte à sa façon, OK. Voilà. Peut-être avoir, alors, c'est autre chose peut être avoir une, pour chaque patient peut être une fiche à part qu'on pourrait lui remettre, enfin pourquoi pas ? Où on mettrait ses antécédents, les principaux, les mots clefs par exemple. Moi, j'ai par exemple une rubrique dans mes patients qui sont un petit peu difficiles : des mots clés et donc j'ai une rubrique mots clés où je mets en 10 lignes, j'ai vraiment l'histoire globale : des, des gros événements pour ce patient, ça, ça peut être pas mal.

Doctorant : Comment pensez-vous l'utiliser, en parler avec vos patients ?

Dr S : De ce dossier-là.

Doctorant : Oui.

Dr S : Pour l'instant c'est vrai que j'en n'ai pas vraiment discuté, moi c'est de la pédiatrie donc on a une relation un peu triangulaire, c'est les parents, etc... Il y a certains parents qui me demandent quand je fais des courriers aux correspondants d'avoir un double, donc ils reçoivent régulièrement les courriers, donc ils les classent, euh, les autres savent que j'ai mon dossier donc si ils ont besoins, ben ils me disent, j'ai déménagé, vous m'envoyez le dossier, donc ça se fait très facilement, voilà pour l'instant c'est plutôt à ce niveau là qu'on a, qu'on a parlé de ça. C'est tout.

Doctorant : Les patients vous en ont-ils déjà parlé ?

Dr S : Non

Doctorant : Pensez-vous introduire dans votre pratique prochainement une évolution à votre système informatique ? Et laquelle ?

Dr S : Euh, ben par exemple, c'est un petit peu ce que vous m'avez dit tout à l'heure, non, c'est autre chose. Qu'est-ce que ça comporte alors ? Si vous pouvez juste préciser un peu la question.

Doctorant : Euh, est ce que prochainement, euh, c'était concrètement, que vous m'avez dit : l'histoire de la gestion et de la comptabilité, et est-ce qu'à plus long terme là vous pensez, euh, mettre en place une évolution ?

Dr S : Moi, ce que j'aimerais, c'est d'avoir plus l'accès aux données, vous savez, bibliographiques, renseignements. Je ne m'en sers pas encore beaucoup et ça j'aimerais le développer, facilement, plus facilement. Plus par exemple l'accès aux données, par exemple on a un topo à faire sur un dossier, ben plutôt que de, d'aller rechercher dans des dossiers papiers des documents, des articles qu'on reçoit et qu'on a du mal à stocker et bien pouvoir accéder à des bases de données pour essayer de trouver des articles qui nous intéressent par

exemple même si c'est payant ou quoi, mais de s'inscrire à ce genre de choses, ça j'aimerais bien. Et j'aimerais bien suivre une formation là-dessus : comment trouver des informations, euh, médicales sur un sujet, sans trop perdre de temps, et peut être par le biais de bases de données sécurisées ou d'Internet, vous voyez d'avoir accès à des, à des, à des bibliothèques en fait. Donc ça, peut être échanger un peu davantage avec des collègues, ce serait bien si on pouvait avoir, recevoir les examens complémentaires directement dans le dossier patient, ce serait bien mais pour l'instant on ne l'a pas. Euh, ça c'est à plus long terme, pouvoir peut être comme je vous disais, mais ça c'est pratiquement, ça existe déjà, c'est moi qui ne m'en sers pas, mais ça existe déjà depuis quelques années pouvoir poser des question sur un forum de discussion et de voir ce que pense les, les collègues, en sachant que ça ne remplace pas une discussion, c'est pas aussi performant, je pense qu'une discussion euh, directe ou au téléphone mais je pense que c'est un outil qui, qui peut être très intéressant et des trois, je dirais je pense ce qui m'intéresserait moi le plus c'est, c'est que les gens qui travaillent en cabinet qui n'ont pas le temps d'aller dans une bibliothèque, se plonger dans tous les articles, puissent rapidement avoir accès à des articles et se documenter facilement, ça, ça me paraît vraiment, ça serait vraiment très, très bien.

Doctorant : D'accord.

: À plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr S : Alors ça par exemple dans la formation médicale continue je trouve que ça serait bien, dans, dans les échanges entre les différents professionnels, je pense que sa place elle incontournable, là c'est sur euh, voilà qu'elle prenne pas non plus trop de place c'est à dire comme je vous disais, c'est pas parce que l'ordinateur ne fonctionne pas ou quoi que euh, le patient va être lésé, il faut aussi, ça, ça peut être pas mal effectivement que le patient ait en sa possession peut être un document où il y a les mots clefs, pourquoi pas, et qui vienne avec. Nous on a le carnet de santé en pédiatrie qui peut nous aider, mais les adultes ont, bon le carnet de santé, ça a été un couac on est d'accord pour l'adulte, donc quelque chose qui pourrait peut être, être un carnet de santé amélioré ou plus simple ou même si il y a pas l'outil informatique ben qu'on sache quels sont les antécédents importants du patient. Je pense que ça peut être vraiment un outil, euh, intéressant. Voilà.

Doctorant : Je vous remercie.

Entretien avec le Dr ST, le 4/01/07 à 15h30

Dr ST : Pardon

Doctorant : Donc en fait je vais vous poser une série de questions

Dr ST : Hum hum.

Doctorant : Et vous répondez eu le plus précisément possible

Dr ST : D'accord

Doctorant : Et si vous voulez faire allusion à d'autres choses il n'y a pas, il n'y a pas de soucis

Dr ST : D'accord

Doctorant : Si ça vous rappelle des choses ou si ça fait venir des questionnements, vous n'hésitez pas, donc voilà.

Comment avez-vous découvert l'informatique ?

Dr ST : Personnellement ou...

Doctorant : Oui personnellement

Dr ST : Personnellement à travers de jeu, d'un jeu, j'ai informatique

Doctorant : Hum hum.

Dr ST : On peut dire sur Versailles

Doctorant : Et donc vous aviez un ordinateur à ce moment-là ?

Dr ST : Oui,

Doctorant : Comment ça se passait ?

Dr.S : Oui, oui à la maison j'avais un ordinateur, on avait déjà depuis longtemps, mais je ; ici finalement on était pas du tout informatisé

Doctorant : D'accord

Dr ST : Et, et à la maison j'avais pas vraiment de, je voyais pas d'utilité en plus ça m'a fait peur je, je ne savais même pas le mettre en route donc.

Doctorant : D'accord

Dr ST : C'est à travers de ça de, bon, d'un outil ludique j'ai que j'ai commencé à ouvrir et après par curiosité j'ai voilà j'ai découvert je me suis donc je suis tout à fait autodidacte.

Doctorant : D'accord et c'est votre mari, vos enfants qui vous ont fait découvrir ? Pourquoi il y avait l'ordinateur à la maison ?

Dr ST : C'est mon mari, oui, mon mari et les enfants, bon, en plus ,bon, je crois que s'était dans l'air, il y a 12 ans, 10,12 ans maintenant, donc tout le monde avait l'ordinateur ! (rires)

Doctorant : Et donc vous vous y êtes mis à travers ce jeu.

Dr ST : Ce jeu, oui.

Doctorant : D'accord et ensuite, vous avez décidé de l'utiliser dans la vie, dans la pratique médicale quotidienne comment ça c'est passé ?

Dr ST : Alors finalement utilisation professionnelle, c'est décision, locale.

Doctorant : D'accord,

Dr ST : Ici une décision locale. Ça a commencé d'abord par ...Le secrétariat mais les ordinateurs étaient utilisés uniquement pour le traitement de texte parce qu'il n'y avait aucun réseau il y avait juste pour, taper les comptes-rendus les, je ne sais pas, on a commencé à faire des tableaux etc... Euh...Tableau de, je ne sais pas de présence, tableau de, pour faire la chronologie des, hum, des examens etc... Donc c'était vraiment, ça commençait par le secrétariat ?

Doctorant : D'accord

Dr ST : Et il y a maintenant, et nous, on a eu nos PC à l'occasion de mise en place de PMSI qui date de, de je me souviens 2003-2002 peut être même avant je, euh...

Doctorant : D'accord

Dr ST : Je ne me souviens pas exactement

Doctorant : Mais à cette occasion-là.

Dr ST : Quelle est l'ancienneté ? Donc on a, on a installé nos ordinateurs d'abord. Le PMSI d'abord, on le faisait tous ensemble, vous savez le codage.

Doctorant : Oui

Dr ST : Et on le faisait tous ensemble. Et c'est médecin en chef qui a fait les saisies qui a rentré tout sur un, sur un ordinateur portable et après finalement quand tout s'est, quand on a compris un peu le système, hum, chacun code ses malades, ses malades dont il se, dont il est référent.

Doctorant : D'accord, d'accord et c'est comme ça que ça s'est introduit dans votre pratique quotidienne en fait c'est à travers le PMSI, le codage.

Dr ST : Oui je ne fais pas grand-chose, le codage. Parce qu'il y en a, je crois qu'il y a encore, parmi nous les médecins qui travaillent pas, c'est intéressant d'écouter les uns les autres parce que ça dépend vraiment l'investissement ; ou l'utilisation dépend beaucoup de, de connaissances personnelles. Moi comme je dis, je suis vraiment autodidacte, j'ai des, il y a des collègues qui sont vraiment, qui sont très bien qui nous, qui nous, qui nous aident dans,

dans, dans certaines démarches etc... Donc c'est, c'est très variable dans l'équipe. Vous allez avoir quelqu'un qui l'utilise tout le temps quotidiennement et qui est vraiment très, très rodé et, et quelqu'un qui le touche pratiquement, uniquement pour le PMSI. Moi, je travaille là-dessus je fais mes, maintenant on fait les contrats initial, initiaux pour quand l'enfant rentre donc au lieu de le dicter et que ma secrétaire le tape etc... Elle est déjà surchargée, donc je le, je le tape donc c'est comme traitement de texte, on a mis un certain nombre de choses sur le réseau et on a système local de prescriptions médicales mais qui est, c'est vraiment bidouillage dans le, dans le logiciel de PMSI.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Donc qu'on peut, qu'on envoie actuellement à la pharmacie et normalement les médicaments sont délivrés en fonction de cette prescription.

Doctorant : D'accord, je reviens à l'historique de l'informatisation, est-ce que vous vous souvenez de la loi Juppé de 1996 et vous voyez quelle place elle a euh...

Dr ST : Non, ça ne me dit rien, je ne suis pas très, non.

Doctorant : D'accord, c'était la mise en place de la télétransmission etc...

Dr ST : ça me dit mais...

Doctorant : Il n'y a pas eu d'impact ?

Dr ST : Télétransmission des données.

Doctorant : Oui.

Dr ST : Et qu'est ce que ça a changé ? comment ça ?

Doctorant : Oui, qu'est-ce que vous vous en avez vu ? Vous avez vu quelque chose qui a changé ou est-ce que ça ne vous dit rien ?

Dr ST : C'était 96, écoutez j'ai juste l'impression qu'on a commencé ici à ce moment là

Doctorant : Le PMSI, le codage en faisait partie, enfin c'est là où ça été décidé.

Dr ST : C'était même plus tard, 96

Doctorant : C'était avec des échéances

Dr ST : Oui écoutez, je suis très nulle, (rires) je ne vais pas vous...

Doctorant : Alors comment ça c'est passé la mise en place, donc le médecin-chef vous a, a commencé à faire le codage ?

Dr ST : Hum, hum.

Doctorant : Et puis après ?

Dr ST : On a tous discuté ensemble, on a, on le faisait pendant le staff, donc on a discuté, on a vu le, la pathologie des malades, on se disait que : pourquoi il vient, parce que c'est un peu différent dans le, on est nous on est nécessaire, on est soins de suite rééducation donc c'est pas l'hôpital aigu. Le codage est un peu différent, il y a, il y a une colonne de, je ne sais pas, finalité principale, de prise en charge, beaucoup des actes, beaucoup d'actes, le temps des intervenants etc... Donc, donc on a, on a analysé pendant quelque temps, je crois que ça a duré 2, 3 mois peut-être plus, on a analysé chaque entrant, on a codé ensemble, donc comme ça on a appris plus ou moins parce qu'il y a 2 types de finalités. Il y a soit rééducation, soit les soins, soins médicaux donc.

Doctorant : Et donc ensuite ce codage, il est passé sur informatique, c'est ça ?

Dr ST : Hum, hum.

Doctorant : Et chacun le faisait ?

Dr ST : Hum, hum, oui, donc c'est le, euh...

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Chacun le faisait, le codage, ensuite il y a plusieurs, il y a plusieurs, je ne sais pas si c'est fichiers dedans, il y a le médecin Dim ici qui pourrait vous dire plus, moi je vois pas beaucoup, beaucoup derrière, je suis vraiment nulle.

Doctorant : Moi c'est ce que je veux, c'est comment vous l'utilisez ?

Dr ST : Donc

Doctorant : Et comment vous l'avez appréhendé, donc ça a commencé comme ça, et ça pendant combien de temps, vous l'avez utilisé comme ça, donc là vous me dites que vous avez commencé à l'utiliser pour le codage des patients et après est-ce qu'il y a eu autre chose que vous avez introduit ?

Dr ST : Donc après, il y a donc prescription médicales

Doctorant : Hum, hum.

Dr ST : Codage du patient, saisie des dépendances, dépendances de, après, donc, les malades sont classés dans les catégories majeures et groupes identiques de jour ou je ne sais pas trop quoi, c'est le groupage dégroupage découpage regroupage des ... Et donc il faut, je ne sais pas si ils vont commencer à vraiment l'utiliser, les instances parce que après, normalement l'institution, l'hôpital devait être financer, subventionner en fonction de, des données du PMSI.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Mais je crois que ça se passe dans certaines, dans l'aigu déjà, peut-être pas partout : APHP je crois, ne sont pas concernés, et ça sert, je ne sais pas si ça va vraiment se réaliser donc pour l'instant c'est quelque chose qui est, personnellement, ça me paraît le temps, je ne vais pas dire perdu, passé pour vraiment pour aucune finalité. Bon ça groupe les malades ça donne idée sur type de maladie, type de pathologie, lourdeur etc... Mais c'est utilisé nulle part on peut éventuellement l'utiliser pour les statistiques pour combien, je ne sais pas, les statistiques des pathologies, les statistiques de lourdeur etc... Mais sinon à part ça, je ne...

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Donc pour moi ça n'a pas, et donc il y a, je crois maintenant 2 ans, ils ont inclus, ils ont pu introduire la prescription médicale. Donc une ordonnance personnalisée pour l'enfant mais qui n'a pas de , qui n'a pas d'ancienneté, il y a, les précédentes, finalement la prescription actuelle remplace la précédente, il n'y a aucune trace d'ancienneté, donc si on n'a pas de papier on a pas vraiment de trace de, d'évolutivité ou de, oui voilà des prescriptions donc à mon avis en cas de litige ça serait très, très difficile mais comme je dis c'était notre informaticien qui a fait ça, et qui euh...

Doctorant : D'accord et est-ce que, quand vous faites vos prescriptions avec vos patients et comment quel sens, comment l'outil informatique a été appréhendé par vos patients, comment est ce qu'il a été perçu par vos patients quand vous avez fait les prescriptions ?

Dr ST : ha, ça, finalement les patients, ils ne sont pas concernés, quand on fait l'ordonnance pour sortir, quand l'enfant sort par exemple, on est obligé de sortir ordonnance normale, j'ai, finalement, on a fait, sur notre PC on a fait le modèle de, d'ordonnance à 100% et à partir de cette prescription, on peut éventuellement faire copier-coller mais la prescription, elle est interne.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : C'est la prescription entre pharmacie et le soignant qui exécute qui fait le, qui donne le médicament.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Mais pour sortir, moi je dis, personnellement, car je n'utilise pas d'informatique quand je suis en entretien avec, c'est pas forcément les enfants mais les parents des enfants.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : ça vraiment, c'est quelque chose qui, que je ne touche pas, sauf si c'est pour, de temps en temps, c'est pour imprimer éventuellement l'ordonnance pour sortir, pour l'extérieur, pour la pharmacie.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Cette prescription qu'on fait ici, elle est, parce qu'il y a voie d'administration, posologie etc... Très précise. Donc on ne peut pas l'utiliser pour les officines ou les pharmacies extérieures, on l'utilise ici, on la transfère à la pharmacie, on l'imprime et c'est à

partir de là que les infirmières distribuent les médicaments, que la pharmacie fait la dotation en fonction de ça, de cette prescription. Euh, on peut l'utiliser, on l'utilise éventuellement pour donner l'instruction de traitement pour les parents, pour les permissions de week-end

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Mais comme ordonnance pour officines extérieures, ça non.

Doctorant : D'accord

(Silence)

Doctorant : Est-ce que vous pensez, vous m'avez dit tout à l'heure, mais comment qualifiez vous le passage du papier à l'informatique et pour vous y a-t-il eu une raison à ce passage

Dr ST : Ben, on a toujours le papier. (Silence). Chaque, non sauf le PMSI non. (Silence).

Alors là, vous, moi je ne vois pas vraiment utilité de PMSI donc je peux difficilement juger. Moi, je me mets devant, je code et je pars, alors après c'est utilisé certainement, le médecin Dim l'utilise pour les statistiques, pour, parce qu'il y a aussi, ce qui est marqué là-bas c'est le temps des intervenants. Intervenant ça veut dire les éducateurs, les Kinés, les paramédics, tout ce qui est paramédical donc là, ce passage ça m'a pas marqué forcément, et pour, euh...

Doctorant : Le papier

Dr ST : On se sert toujours le papier, c'est informatisé, mais le papier est toujours, toujours présents bien évidemment il porte les données informatisées, mais non je peux pas juger vraiment ce passage parce qu'il est pas, euh...

Doctorant : Il n'est pas fait en fait

Dr ST : Il n'est pas fait. (Silence). Il n'est pas fait parce que il faut que pour ça a mon avis, il faut que tout le personnel soit familiarisé au moins qu'il sache manipuler l'informatique, la base parce que vous avez encore les gens qui ne savent pas, qui ne savent même pas l'ouvrir, qui ne savent pas utiliser par exemple : les étiquettes personnalisées, normalement dans le cadre d'identitovigilance on devrait utiliser que des étiquettes, pour le labo, c'est fait, mais aussi bien pour les prescriptions qui ne sont pas informatisées, je veux dire, par exemple prescription kiné ou autre chose, on devrait utiliser les étiquettes alors vous avez des gens qui ne savent pas les sortir donc forcément tout ça c'est quand même beaucoup, beaucoup freiné par méconnaissance, par non connaissance de, d'informatique par le personnel.

Doctorant : D'accord, dans le questionnaire vous aviez dit que vous vous sentiez à l'aise avec l'informatique.

Dr ST : Plutôt mais je ne suis pas expert.

Doctorant : Non vous vous sentez à l'aise, pas d'appréhension etc...

: Et vous quand vous l'utilisez quotidiennement, comment percevez-vous cette utilisation ?

Dr ST : Euh, c'est difficile, j'ai c'est-à-dire que je la trouve très utile au sujet justement de la prescription médicale, de communication avec la pharmacie, de (silence)ça, ça je trouve utile informatiser. Donc le, nous, on utilise justement pour le PMSI ça je vous ai déjà donné mon avis négatif (rires) là-dessus ou pas très flatteur, ma, j'utilise aussi, je travaille beaucoup là-dessus parce que je suis correspondante d'hémovigilance sur le, sur l'établissement donc je fais des, je ne sais pas mes bilans annuels etc...Je les fait là-dessus parfois par extraction du PMSI, mais ce n'est pas du tout complet donc c'est encore manuel, ça sert pas beaucoup les statistiques extraits de PMSI.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Donc moi je le perçois très positivement, personnellement, ouais...

Doctorant : Donc quand vous vous mettez devant ce n'est pas une contrainte, ce n'est pas quelque chose qui est difficile .

Dr ST : Sauf le PMSI, c'est une contrainte, ce n'est pas par difficulté de manipulation, mais par, un jour si on verra l'utilité.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Voilà.

Doctorant : Avez vous déjà été confronté à des problèmes de dysfonctionnements ? Et si oui comment avez vous pu résoudre le problème ?

Dr ST : Alors le problème n'a pas été résolu, c'est le problème, d'abord ici on a pas de signature électronique, donc la sécurisation de la prescription est très médiocre parce que si vous, je peux par exemple envoyer ma prescription de mon PC à la pharmacie si je suis sur un autre PC il faut que je ferme la session, j'ouvre la mienne je fais ma prescription j'envoie à la pharmacie et en plus, pendant les gardes de nuit, pourquoi, parce qu'on est sensé d'intervenir sur l'ensemble des services, donc vous devez fermer, ouvrir, écrire, fermer et paf ! On ne connaît pas le code de ce qu'on a fermé, donc ça entraîne forcément des dysfonctionnements, les gens râlent etc... Ou il y a des PC desquels on ne peut pas l'envoyer du tout. Donc ça entraîne des dysfonctions. Par exemple, souvent c'est des antibiotiques, excusez moi, il fait chaud ici (elle retire sa blouse) prescription antibiotiques d'urgences pour les enfants en septicémie ou... Donc si c'est la nuit normalement la pharmacie devrait délivrer déjà les antibiotiques pour cet enfant. Or si on l'envoie pas, le matin si on est appelé pour d'autres urgences on oublie forcément ou on l'écrit à la main parce que l'ordinateur on ne peut pas l'ouvrir parce que on connaît pas le code de PC, voilà juste ouverture, la première ouverture donc le dysfonctionnement de ce côté là c'est le réseau qui est à mon avis vraiment mal géré, qui n'a pas de signature, qu'il y a donc, c'était surtout de ce côté là sinon (silence) sinon d'utiliser, oui d'utiliser ou de profiter de tout ce qu'il y a sur le réseau par exemple, on a mis je ne sais pas les tableaux de surveillance les choses, les tableaux de surveillance des diabétiques etc... Alors, parfois c'est quelqu'un qui le vire ça disparaît parfois on envoie le message mais le message n'est pas ouvert il est déjà dans la poubelle c'est aussi méconnaissance de l'outil, voilà (rires). Très énervant.

Doctorant : hum.

Dr ST : Vous voulez pas un thé ou quelque chose ?

Doctorant : Comment ?

Dr ST : Je peux vous offrir un thé ou quelque chose ?

Doctorant : Pour l'instant ça va.

Dr ST : Non ça va ?

Doctorant : Non merci.

(Rires)

Doctorant : Pour quelle partie de votre patientèle vous utiliser ce logiciel de gestion de dossier médical ? Vous n'utilisez pas de dossier médical informatique ?

Dr ST : Non, non, non.

Doctorant : Tout est papier.

Dr ST : Tout est sur le papier, oui.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Oui tout à fait.

Doctorant : Euh, et vous rentrez tous les patients au niveau de, au niveau du PMSI.

Dr ST : Oui, tous, tous ceux qui sont là.

Doctorant : Et quand vous les rentrez dans l'informatique c'est uniquement pour le PMSI, ou il y a d'autres choses ?

Dr ST : Non, non, non c'est gestion administrative aussi parce qu'il y a normalement quand il y a un entrant, il passe d'abord aux admissions et il rentre dans le logiciel, je ne sais pas comment c'est ; c'est CEPAGE ou un truc comme ça. Ensuite il y a une passerelle et les données administratives se transmettent sur le, sur le logiciel de PMSI, je ne sais pas comment il s'appelle.

Doctorant : D'accord

Dr ST : Et ça ouvre le dossier donc où nous on met nos codes, je ne sais pas, les données sur les dernières interventions chirurgicales...

Doctorant : Les antécédents etc...

Dr ST : Alors maintenant on a mis, alors le reste, donc ça a été utilisé uniquement pour le PMSI et pour prescriptions. À partir du 1^{er} janvier, on a introduit aussi le compte rendu.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Compte rendu initial qui est fait qui est tapé soit par moi soit par, je dois le dicter ou taper directement et après c'est le compte rendu terminal.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Et entre les deux il faut après, il faut donc le compte rendu terminal ou final contient évidemment l'évolution dans le service, après c'est dicté comme c'était avant. Donc maintenant, c'est vrai j'avais oublié à partir du 1^{er} il y a aussi euh..

Doctorant : Ces 2 comptes rendus, d'accord.

Dr ST : Hum, hum.

Doctorant : Et quand les enfants sont réhospitalisés, si jamais il y en a un qui est réhospitalisé ces comptes rendus seront disponibles directement ou... ?

Dr ST : Euh, alors parfois vous savez, on a des enfants qui sont là pendant un an ou plus. Donc initial ou terminal il faut le dicter, il faut le taper donc c'est pas toujours dans le temps réel, donc si l'enfant est réhospitalisé ou hospitalisé on fonctionne toujours par courrier, par courrier dicté et tapé par la secrétaire et hum, ça pourrait éventuellement s'organiser comme ça, quand vraiment ça va rentrer dans les mœurs parce que euh

Doctorant : Pour l'instant ?

Dr ST : (Rires) J'avais 2 entrants, j'ai oublié ces comptes-rendus, donc c'est vrai, quand on n'est pas habitué tout de suite. Je l'ai encore écrit, on a encore le dossier médical, il est relativement éclaté, dossier patient il est relativement éclaté ici, on a dossier médical...

Doctorant : D'accord.

Dr ST : À côté il y a dossier laboratoire où on rentre tous les résultats, dossier administratif, qui est chez la secrétaire, dossier transfusionnel qui est rangé avec le , avec le dossier médical, ensuite il y a dossier des soins, dossier éducatif, dossier social, et psycho et psy,

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Le psy, il n'est jamais rangé, il reste, apparemment pour l'instant, il reste chez les psychologues. Éducatif aussi et social aussi et dossier kiné, donc vous voyez c'est un dossier énorme, c'est vrai que ça doit être très compliqué d'informatiser tout ça. À mon avis , je n'ai pas de euh...

Doctorant : Et vous n'avez pas accès aux résultats de laboratoire par informatique ?

Dr ST : Maintenant oui, mais, je ne sais pas comment. Il y a historique, il y a tout ça mais on a toujours on a toujours le papier, ils nous envoient.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Le laboratoire, on travaille avec laboratoire de l'hôpital de Rambouillet.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Et il nous envoie toujours le euh...

Doctorant : Le papier.

Dr ST : Alors pour l'instant, moi je trouve, sur le plan pollution, c'est énorme. Parce qu'on a un papier qui est délivré par le labo, parfois on est 2 ou 3 à chercher le même résultat tout le monde l'imprime donc on se retrouve avec parfois 6, 7 papiers de même résultat pour un enfant. Donc c'est, vous voyez pour simplifier la chose c'est, ça la complique de l'autre côté. C'est vrai que c'est gaspillage énorme, mais voilà pour l'instant c'est comme ça. Si on a, on a depuis quelques mois, on a l'accès au laboratoire de Rambouillet pour les résultats.

Doctorant : D'accord.

: Est-ce que vous pensez que votre pratique a été améliorée avec l'utilisation de l'outil informatique ?

Dr ST : Eh ben je... Non, j'ai ou je suis sans avis là-dessus, vraiment je ne vais pas, c'est pas que j'aurais quelque chose contre l'informatique en soit. Vous voulez dire les outils ou informatisation parce que moi bien évidemment le traitement de texte et tout ça c'est un énorme progrès je me souviens encore quand on voulait corriger une erreur dans le compte rendu mais c'est pas forcément, c'est pas ça.

Doctorant : Non, non.

Dr ST : Non, non.

Doctorant : Euh...

Dr ST : Mais ça va venir parce que c'est pour l'instant comme je dis, c'est le dossier très éclaté compliqué peut être quand il sera complètement informatisé ça va, ça va permettre de s'orienter plus rapidement.

Doctorant : D'accord.

: Euh, vous ne faites pas de visites à l'extérieur, de patient, que vous allez voir à l'extérieur dans d'autres centres

Dr ST : Non, non, non, non.

Doctorant : Avez vous déjà des idées d'évolution de cet outil informatique dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Dr ST : L'idée, bon ben, l'idée c'est inscrit dans le dans le projet d'établissement, dans le projet médical établissement, informatisation du dossier patient, mais avoir idée, ça devrait, ça devrait se faire dans les années qui suivent mais, mais on a toujours pas trouvé un logiciel qui soit adapté.

Doctorant : Hum, hum.

Dr ST : Parce que le logiciel, les logiciels qui sont utilisés par les médecins de ville c'est beaucoup plus simple d'utilisation que éventuellement ça , il faut que ça soit vraiment le dossier, le dossier est vraiment complexe donc euh... Idées moi, personnellement, non parce que il y a l'ingénieur il y a un informaticien et 2 ou 3 techniciens qui ,quand même, qui sont a temps plein et en permanence essaient d'abord de mener ces projet à termes et réparer les, les dysfonctionnements qui existent.

Doctorant : Quand est-ce que vous êtes rentrée dans le réseau et pourquoi vous êtes rentré dans le réseau REPOP ?

Dr ST : Quand ?

Doctorant : À peu près, ce n'est pas...

Dr ST : ça fait 3 ans peut être, je ne me souviens pas, attendez j'ai un papier ...Non, alors (silence) je dis c'était tout au début finalement on est rentré tout au début, si vous avez la date, je ne me souviens pas exactement je dirais que c'est 3 ou 4 ans.

Doctorant : C'est 3 ans si je me souviens bien.

Dr ST : Voilà. (Toux). Et pourquoi parce qu'on était je crois qu'on était, on était interpellé par les fondateurs. C'était professeur, je sais qu'il y avait professeur Ricour, c'est ma collègue qui en sait plus parce qu'elle fait partie de comité de pilotage et c'est parce que moi je fait personnellement consultations externes pour les enfants obèses depuis maintenant 6 ou 7 ans et , et donc on était, naturellement on est rentré dans ce fonctionnement ma collègue elle fait même les formations pour les médecins généralistes, et on a, on a organisé 2 fois déjà à l'hôpital de jour pour un petit groupe des enfants obèses qui sont vu par diététiciennes, psychologues, éducateurs sportifs, c'est donc ce mélange de notre personnel et le personnel de REPOP.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Et pourquoi, je crois que naturellement c'était en plus ça rentrait un petit peu aussi dans le projet d'établissement on voulait la volonté était de construire ou ouvrir internat,

espèce d'internat des obèses et c'était refusé par les instances donc voilà dans le cadre, parce qu'on s'occupe depuis des années d'obésité.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : On a à la fois la consultation et hospitalisation des enfants obèses à court et plutôt moyen terme.

Doctorant : Et pour vous quels sont les bénéfices que vous apporte l'implication au sein du réseau de santé ? Est-ce qu'il y a des bénéfices ?

Dr ST : Non, pour l'instant, je ne les vois pas. Franchement non, sauf communication éventuellement.

Doctorant : Ça n'a pas changé votre pratique, ça n'a pas...

Dr ST : (Toux). C'est-à-dire, vous parlez de ce réseau REPOP

Doctorant : Juste le réseau REPOP

Dr ST : Non ça n'a pas changé mes pratiques, pas vraiment.

Doctorant : Votre réflexion sur l'obésité ?

Dr ST : Non j'ai rien appris, j'ai pas appris des nouveautés parce que vous savez c'est une pathologie où, j'espère que hum, que on connaît pas grand chose là dessus, donc c'est pas vraiment, il n'y a pas de protocole établi, donc la réflexion elle est tellement, je trouve c'est tellement personnalisé l'approche de l'obésité de l'enfant. C'est surtout pour l'instant à mon avis c'est l'écoute et l'élaboration avec, comme le réseau est établi : avec les diététiciennes et psychologues, ce qu'on a fait déjà, ce que finalement j'ai pratiqué déjà ça n'a pas vraiment changé.

Doctorant : ça reflétait votre pratique d'avant.

Dr ST : Oui

Doctorant : D'accord

: Pour vous quelles sont les clefs du succès et de la pérennité d'un réseau et de son utilité à votre point de vue en fait ?

Dr ST : C'est très savant cette question. (Rires). Je suis toujours impressionnée par la complexité des questions, je ne vais pas savoir, je peux la lire la question, vous l'avez écrite.

Doctorant : Oui, les clefs du succès, de la pérennité et de l'utilité.

Dr ST : Pérennité, ça veut dire ?

Doctorant : Que ça se prolonge dans le temps. (Silence). Est ce que vous pensez qu'il y a des choses essentielles qui puissent permettre à un réseau d'être ?

Dr ST : Oui, c'est-à-dire que je crois que oui, le succès je crois que c'est de trouver les structures pour pouvoir réaliser les, les prestations ou pour offrir les prestations différentes pour les malades c'est-à-dire les hôpitaux de jours, les courts séjours etc... Donc, trouver dans ce réseau, avoir aussi donc le réseau ambulatoire, avoir la possibilité justement de proposer des séjours etc ... Même si ils sont relativement mal vu et condamnés par le système de ... On dit qu'il ne faut pas, il ne faut pas hospitaliser les enfants, je ne suis pas, personnellement je ne suis pas tout à fait d'accord parce qu'on le fait, ça fait 18 ans que je suis là et on le fait pratiquement dès le début malheureusement on a pas toujours le retour et donc on ne peut pas faire une étude, le, le, l'utilité ce sera de pouvoir donner faire les études rétrospectives et ça c'est ça je crois que c'est quelque chose qui va apporter, apporter beaucoup dans la, la prise en charge de l'obésité et dans la pérennité je n'ai pas d'avis. (Rires).

Doctorant : Euh, est ce que vous échangez des informations avec le réseau de REPOP ?

Dr ST : Oui, c'est-à-dire, je, oui, j'utilise leur, ils envoient des, je ne sais pas si ils ont des matériels pour travailler avec les enfants, donc euh on nous fait parvenir éventuellement et on est au contact avec eux, mais c'est vrai j'ai pas beaucoup d'échanges, c'est-à-dire, ce qu'on fait nous on oriente les enfants qui nous sont adressés ou amenés par les parents spontanément, comme ça, parce que c'est quand même en fonction sur le plan locorégional c'est assez fort, c'est bouche-à-oreille a marché. Donc on a beaucoup de demandes de

consultations, donc on essaie de justement de dispatcher ou d'adresser les enfants aux médecins qui sont inscrits au REPOP etc... Donc faire, les organiser, parce que l'on ne peut pas répondre à une demande qui est relativement, relativement forte, voilà je me suis perdue un peu dans la question.

Doctorant : Et avec le réseau est-ce que vous échangez d'autres informations ? Là vous dites la réorientation d'enfants qui ne seraient pas de votre ressort au départ et mais par exemple dans le suivi plus longue durée d'un enfant ?

Dr ST : Je crois qu'il n'y a pas suffisamment de recul non, non ça non j'ai pas d'expérience la dessus.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Personnellement.

Doctorant : D'accord.

: Comment percevez vous la perspective d'un partage d'information médicale avec d'autres médecins ? D'autres professionnels de santé ?

Dr ST : Comment ? qualitativement ? Qu'est ce que ça (hésitation) ?

Doctorant : Qu'est-ce que vous en pensez vous de partager des données à propos des enfants ?

Dr ST : Si je suis pour les partager ?

Doctorant : Oui.

Dr ST : Absolument.

Doctorant : Est-ce que vous pensez que c'est bien, ce n'est pas bien ?

Dr ST : Je pense que c'est bien, oui,oui, oui, non moi je serai, oui, c'est bien parce que parfois la communication mais pas uniquement au sujet de, pas au sujet de l'obésité mais je crois que partager les données c'est quelque chose d'important positif et que c'est bénéfique pour les malades normalement sauf si on tombe sur les médecins pervers, j'en sais rien, non je pense que c'est quelque chose qui est basique quand même pour qui devrait ...Enfin (soupir avec un sourire).

Doctorant : D'accord.

: Euh, et le, votre adhésion au réseau de santé au réseau REPOP, a-t-elle, fait évoluer votre réflexion à ce sujet ? utiliser un dossier informatisé partagé ?

Dr ST : Euh...

Doctorant : Est-ce que vous l'utiliser, si j'ai bien compris non ?

Dr ST : Si mais je ne sais pas si c'est vraiment celui là, oh zut, parce que c'est ma collègue qui a participé aussi à cette création donc, mais j'ai pas forcément ou j'ai pas accès ou je ne sais pas comment accéder au réseau.

Doctorant : En consultation, vous ne l'utilisez pas ?

Dr ST : Non, non.

: mais j'utilise le dossier là, je crois que c'est celui là qu'on utilise sur le papier.

Doctorant : Vous l'utilisez sur le papier mais vous le, et vous le remettez ensuite sur l'informatique ou vous le laissez sur papier ?

Dr ST : Non, non, non, non on l'a pas fait encore ma collègue qui est, il faut qu'on en parle si elle, elle le fait.

Doctorant : D'accord, d'accord, en tous cas pour l'instant vous ne le faites pas.

Dr STT : Non.

Doctorant : D'accord.

: Et on vous en avait parlé dans le cadre du réseau REPOP ou pas de ce dossier informatisé partagé ?

Dr ST : J'ai été à 2 réunions (rires).

: Vous savez j'ai été, on s'est inscrit, on était inscrit pratiquement d'office donc je ne suis pas très impliquée dans la mesure que, que finalement que je n'en ai pas forcément

besoin, la formation, ou l'information pour moi c'est un peu flou toujours le, si ça, si vous avez, c'est ma collègue qui vous serait beaucoup plus utile dans cette, dans ça,

Dr ST : Il faut que je lui pose la question, si elle, ça je ne peux pas vous donner, moi, personnellement non, et elle, je n'en sais rien.

Doctorant : Alors sans parler de dossier informatisé ou non, enfin c'est plus loin, comment pensez vous que les informations à propos d'un patient doivent être partagées au sein d'un réseau ?

Dr ST : que ? J'ai pas...

Doctorant : Que les informations à propos d'un patient doivent être partagées au sein d'un réseau, par exemple ici ou vous avez plusieurs intervenants, comment ces données doivent être partagées ?

Dr ST : c'est-à-dire, écoutez, là on a discuté, toutes, finalement toutes vos questions moi j'ai répondu, parce que je ne travaille pas uniquement pour le REPOP, vraiment c'est mon activité minoritaire hein !

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Donc si je vous ai parlé c'est dossier médical patient lambda, ça n'a rien à voir.

Doctorant : J'ai bien compris mais sauf que là je vous pose la question.

Dr ST : D'accord, d'accord.

Doctorant : Donc au sein d'un réseau ce serait ? Le réseau, c'est des soins coordonnés.

Dr ST : Oui, oui, oui, biensûr.

Doctorant : Donc ce que vous pratiquez là, et, mais pour l'instant il n'est pas le dossier dont vous m'avez parlé, il est en petit...

Dr ST : Oui, oui il est ...

Doctorant : En petit morceaux...

Dr ST : plutôt éclaté oui, oui...

Doctorant : Et à votre avis comment est-ce que un dossier doit être partagé au sein d'un réseau ou au sein d'un établissement ?

Dr ST : (hésitation)

Doctorant : ce n'est pas clair

Dr ST : Je ne suis pas très, non, ce n'est pas très clair pour moi...

Doctorant : Est-ce que vous pensez qu'un dossier patient doit être un dossier papier structuré, est-ce que cela doit être plus des fiches patient que l'on met au fur et à mesure...

Dr ST : Structuré ça veut dire comme, euh?

Doctorant : Avec plusieurs branches par exemple et avec différentes euh..

Dr ST : Alors structuré finalement, a informatisé vous voulez dire ?

Doctorant : Et est ce que ce serait plus simple avec l'informatique à votre avis ?

Dr ST : ça serait, à mon avis ce serait plus simple dans le, euh... Oui parce qu'on a des éléments quand on a commencé à travailler avec, avec donc l'informatique, chacun faisait par exemple, les tableaux de suivi, les fiches techniques etc... donc je crois que, que, à partir de là je ne parle pas vraiment que d'obésité comme pathologie, parce que, ce n'ai pas le plus compliqué qui freine l'informatisation moi je pense ça va, ça serait, hum, très positif si on arrivait à tout informatisé. ça soit donc, euh dossier, et finalement de l'appeler vraiment et structuré comme dossier du patient.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : ça c'est pour moi c'est nécessaire et c'est inévitable mais comment, comment ça peut se passer moi j'ai aucune idée, moi je ne comprends pas bien et vraiment la difficulté, pourquoi il y a une telle difficulté pour le, pour le faire.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : En ayant aucune idée comment les réseaux fonctionnent, comment le réseau par exemple ici c'est le réseau à minima, ici, on a l'accès, on devait avoir l'accès sur le dossier

parce qu'on est aussi un réseau med, donc on est, c'est pour les soins des enfants porteurs de pathologies cancéreuses avec, et c'est aussi entrant, c'est mettre en route vraiment mais le vrai réseau, parce que chaque, avant chacun faisait ce qu'on appelait réseau et c'est le réseau par exemple Institut Curie et ses collaborateurs. Et par exemple l'hôpital Villejuif qui est aussi un grand centre ou l'hôpital Trousseau qui a aussi des grands services de cancérologie s'en fichaient complètement. Donc c'est réseau pour un petit réseau qui fonctionnait, et maintenant normalement on doit avoir le mot de passe pour des patients, si il y a des patients qui viennent de Curie, mot de passe pour avoir l'accès, au dossier du patient de Curie.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Et ça, ça c'est quelque chose de, donc on a accès au laboratoire, au protocole thérapeutique à l'évolution à tout parce que on a, les enfants sont ici partent par exemple faire la grande chimiothérapie là-bas, reviennent ici, donc on a pas tout de suite des données donc partager ces dossiers là c'est quelque chose qui, qui, optimise vraiment la prise en charge.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : ça c'est, ça c'est sûr.

Doctorant : D'accord, mais...

Dr ST : Mais nous on est ici, localement on est vraiment loin, on a les pieds, le papier et parfois la bouche pour râler.

Doctorant : Hum, hum.

Dr ST : Donc c'est... (Rires)

Doctorant : D'accord (Rires)

Doctorant : Donc, par contre sur le réseau REPOP, vous n'utilisez pas du tout le dossier médical informatisé partagé ?

Dr ST : Pas encore, je ne l'ai pas encore utilisé

Doctorant : D'accord

: Euh, et ça c'est plutôt, parce que vous n'avez pas accès à partir de vos postes ?

Dr ST : Je ne sais pas l'utiliser

Doctorant : Vous ne savez pas l'utiliser ?

Dr ST : À vrai dire je ne savais même pas qu'il existait, qu'on a déjà qu'on a déjà l'accès à ça.

: Parce qu'on a, nous les enfants ici qui viennent comme je vous l'ai dit pour l'hôpital de jour dans le cadre de REPOP, ou c'est des médecins hospitaliers qui nous adressent des enfants pour hospitalisation mais c'est pas dans le cadre de REPOP forcément.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Donc c'est, c'est un peu bâtarde.

Doctorant : Et dans le cadre de REPOP il y a juste ces hospitalisations de jour en fait.

Dr ST : Hum, oui, oui.

Doctorant : Que vous faites, où il y a plusieurs consultations en même, sur la même journée ?

Dr ST : C'est ça.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Qui est assuré conjointement par le personnel le nôtre et celui de REPOP.

Doctorant : D'accord, et ensuite c'est ce, toutes ces consultations sont mises sur un dossier papier, c'est ça ?

Dr ST : J'ai l'impression que oui.

Doctorant : D'accord.

Dr ST : Et ça, je, parce que, c'est, ça a été organisé 2 fois, j'ai participé à la préparation et puis je me suis cassé la jambe et j'ai été absente 4 mois. (Rires).

Doctorant : D'accord. (Rires).

Dr ST : Je n'ai pas, je crois que c'est dossier papier, oui, oui

Doctorant : D'accord.
 : À propos de l'avenir de l'outil informatique vous avez entendu parler du D, du dossier médical personnel ?
 Dr ST : Ben oui, forcément.
 Doctorant : Et qu'est-ce que vous en pensez ?
 Dr ST : J'ai aucune idée.
 Doctorant : Qu'est ce que vous en savez ?
 Dr ST : Je ne sais pas ce que ça vaut dire.
 : Je, personne, dossier médical personnel.
 Doctorant : Est ce que vous en savez quelque chose, de quoi vous en...
 Dr ST : Non mais, peut être, c'est quelque chose, non je n'en. Je n'ai rien lu là-dessus., rien.
 Doctorant : D'accord.
 Dr ST : Vous pouvez me dire en 2 mots qu'est ce que c'est ?
 Doctorant : Je vous le dirai à la fin.
 : Qu'en pensez-vous, donc là du dossier, vous n'en pensez pas grand chose ou vous pensez quelque chose du dossier médical personnel ?
 Dr ST : Non parce que, je penserai peut-être quand je saurai ce que c'est. (Rires).
 Doctorant : En fait c'est un dossier médical. L'idée c'était de rassembler toutes les informations des patients sur un accès informatique donc sur un serveur, et que le personnel de santé puisse se connecter et ai des autorisations suivant ses qualifications à accéder au dossier de la personne et c'était un moyen d'enregistrer notamment tous les examens complémentaires, d'enregistrer certains courriers pour faire des suivis de patients centralisés.
 Dr ST : Mais quelle est la différence entre dossier personnel et dossier patient ? C'est la même chose non ?
 Doctorant : C'est la même chose sauf que c'était au niveau national c'est-à-dire que pour un médecin généraliste, un patient venait consulter un médecin généraliste, il pouvait accéder à son dossier.
 Dr ST : À d'accord, ça concerne plutôt médecine de ville, c'est ça ?
 Doctorant : ça concerne plus la médecine de ville, mais le secteur hospitalier était aussi sensé l'alimenter.
 Dr ST : Oui, mais alimenter dans le sens...
 Doctorant : Et même quelqu'un qui arrive à l'hôpital sans compte-rendu, sans antécédents et dans le coma, avec sa carte de sécurité sociale on aurait pu se connecter et voir par exemple quel traitement il prenait ou des choses comme ça.
 Dr ST : Non mais. Ça moi je pense que c'est nécessaire de développer, c'est vraiment nécessaire de développer ça, il y a toujours des discussions sur l'accès sur l'utilisation, sur confiden, confidentia hein,hein.
 Doctorant : Confidentialité (rires)
 Dr ST : Mais je crois que c'est quand même l'avenir de la médecine, de la médecine, pas de la médecine mais de gestion du dossier et dossier patient.
 Doctorant : D'accord.
 : Et vos patients ne vous en ont pas du tout parlé.
 Dr ST : Nous, on s'occupe des enfants.
 Doctorant : D'accord, oui.
 Dr ST : On s'occupe des adolescents à la limite,
 Doctorant : D'accord.
 : Si vous deviez introduire dans votre pratique une, une évolution du système informatique, ou est-ce que on vous a proposé de faire évoluer votre système informatique là au niveau de l'établissement, qu'est-ce que ça serait ? Donc là vous m'avez dit qu'il y avait le

compte-rendu initial et le compte-rendu final qui étaient introduits. Est-ce qu'il y a d'autres prévisions qui sont faites et vous est-ce que vous voyez d'autres prévisions à faire ?

Dr ST : Ah oui, moi je pense oui, c'est ce que j'ai dit moi je pense qu'il faut informatiser tout le dossier patient (toux) et inclure, inclure les dossiers partiels. Et par exemple, mon dossier transfusionnel que j'ai fait, créer vraiment avec les moyens du bord, il existe, il existe vraiment sur le papier donc j'aimerais bien le mettre sur le réseau, que les gens l'utilisent, parce que si on a pas ce moyen de centralisation et d'utilisation ben, alors si j'ai fait par exemple si j'ai fait une modification je vais être obligé de prendre ma disquette, ça fait 10 ans, je vais être obligé de prendre ma disquette et corriger à chaque, chaque PC ou de l'envoyer sur le papier etc... Donc c'est vrai que pour l'instant on est en phase où on est dans le début de l'informatisation qu'on connaît pas, je ne la maîtrise pas bien évidemment, ça, il y a peut-être des moyens beaucoup, beaucoup plus simples de, de faire ça ou de modifier les choses. Mais c'est aussi au niveau des accès et des droits de modifications, par exemple sur le réseau, je peux installer les choses mais je peux pas les supprimer donc on se trouve avec des kilomètres de prescriptions médicales qui sont là et finalement il n'y a que l'informaticien qui peut les supprimer. Donc vraiment la gestion est pour l'instant hyper compliquée et mal gérée.

Doctorant : Hum, hum.

Dr ST : Parce qu'on avait, je crois que c'était le problème de communication, quand on a parlé c'était à peu près comme on communique maintenant, je devais vous parler comme un débile mental, je, je, je connais pas des choses qui sont pour vous complètement élémentaires par exemple. Donc quand on a fait le cahier des charges on a parlé deux langages qui ne se comprenaient pas, l'informaticien et nous. Parce qu'il nous a posé les questions que je ne comprends que maintenant en connaissant un petit peu le fonctionnement de tout ce système, donc, euh...

Doctorant : Hum, hum.

Dr ST : Forcément le fait de pas avoir ancienneté dans la prescription c'est une erreur monumentale pour moi, vous voyez si, si il y a un litige, si vous empoisonnez un enfant, et si quelqu'un jette le papier vous n'avez aucune trace de la prescription de, euh... Vous pouvez 100 fois dire non j'ai pas fait ça ou ça que ça soit pas vraiment sécurisé etc, donc et on a fait le cahier des charges et on a fait ensemble mais connaissant pas les euh...

Doctorant : Les tenants et les aboutissants.

Dr ST : Voilà, c'est vrai que c'est 2 individus, c'est, qui se parlent tout en comprenant sans savoir la finalité ou sans pouvoir s'imaginer la finalité de ces discussions.

Doctorant : D'accord.

: Et à plus long terme comment voyez vous l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr ST : Je crois qu'il y est non, il est déjà, il va suivre le, je sais pas comment répondre, c'est tellement large comme question !

Doctorant : Oui.

Dr ST : C'est pour quelqu'un qui aime parler !

Doctorant : Oui. (Rires).

Dr ST : Voilà, je sais pas si il y a une précision, je crois qu'il a sa place, il a sa place, aussi bien si il s'agit du dossier ou de recherche d'informations, moi, pour nous c'est un peu compliqué. Complication, c'est l'Internet, il y a les parents qui viennent avec, pour une pathologie d'un enfant qui vient pour une pathologie orthopédique avec le papier : « mais est-ce que vous avez fait ceci, cela mais comment ça se fait qu'il est pas, comment ça se fait que vous m'avez pas dit », vous savez l'Internet donne des informations et les gens s'imaginent que la pathologie évolue selon ce qu'il y a marqué sur l'Internet, parfois c'est redoutable, vous avez des gens qui sont hyper exigeants hyper, et finalement ils ont l'impression de tout connaître parce que c'est exhaustif, c'est vrai, la maladie, elle évolue pas en fonction, elle suit

pas Internet elle suit son propre chemin parfois oui, donc ça c'est côté un peu, je ne vais pas dire négatif, il faut s'habituer à ça, à voir, j'avoue que la première fois ça m'a un peu, j'étais un peu surprise désagréablement et je l'ai vécu comme agression dans le, maintenant c'est devenu assez relativement habituel, vous avez déjà des gens qui viennent et qui savent tout.

Doctorant : Je n'ai pas d'autre question

Entretien avec le Dr SE, le 10/01/07 à 10h

Doctorant : Merci d'accepter de répondre à ces questions d'entretien. Comme tu le sais parce que travaillant au sein du Réseau ASDES, j'effectue une thèse en éthique médicale et dans le cadre d'une convention CIFRE avec le LEM et 2IM. En fait ces entretiens sont réalisés par deux personnes, par moi d'une part, et par une thésarde en médecine militaire qui effectue sa thèse sur le sujet de l'informatisation des cabinets de médecine libérale. Elle a l'occasion de rencontrer les médecins de REPOP et moi des médecins d'ASDES. L'objectif est de savoir le sentiment des médecins vis-à-vis de l'intégration de l'outil informatique dans leurs pratiques, comment ils y sont venus et donc quelles relations ils ont développé avec cet outil. Première partie de l'entretien sur les modalités d'informatisation. Ma première question est de savoir comment tu as découvert l'informatique ?

Dr SE : l'informatique au sens large ? Par la famille, à la maison. Mes frères étaient dès leur très jeune âge des férus d'informatique, il y a donc toujours eu des ordinateurs à la maison. Utiliser d'abord pour le traitement de texte, des jeux, du traitement de texte et après toujours à la maison avec internet.

Doctorant : est-ce que dans le cadre de tes études, tu as reçu une formation quelconque à l'informatique ?

Dr SE : Non, enfin, assez tard surtout avec l'apparition d'internet et la possibilité d'aller chercher des informations notamment médicales. Mais c'était pas du tout une obligation, il n'y a pas du tout eu de cours d'informatique et d'utilisation de l'informatique.

Doctorant : Vous n'aviez pas de dossier à rendre sous forme dactylographiée ?

Dr SE : Non, même, j'ai l'impression que ça date du coup, que ça fait très vieux. Mais quand nous avions des évaluations à faire, des dossiers à présenter, on nous demandait de faire des transparents manuscrits. Et quand il y en avait un qui faisait un truc sur traitement de texte, c'était super bien.

Doctorant : C'est une question qui concerne plus la médecine libérale mais je sais que tu as eu l'occasion d'avoir une expérience de pratique en ville. Quel aurait été ou quel a été le facteur qui t'a amené à utiliser un système informatique pour la pratique médicale quotidienne ?

Dr SE : Et ben j'ai eu deux expériences. Un médecin qui n'était pas informatisé, c'est-à-dire pas du tout. Il n'y avait pas du tout d'ordinateur. Et l'autre qui était informatisé. Donc je pense que pour un gain de place évident de dossiers c'est beaucoup plus facile d'avoir accès à un dossier qui est informatisé, c'est des pense bête, des mémos, des calculs automatiques qui sont vachement pratiques. Et puis l'accès à internet pour avoir accès au Vidal en ligne, c'est beaucoup plus pratique que de chercher sur le Vidal papier. En consultation.

Doctorant : Et ça n'a pas d'impact sur la relation avec le patient de devoir se tourner vers l'ordinateur pour trouver des informations. Est-ce que ça ne perturbe pas le dialogue ?

Dr SE : Je n'ai pas vu, je n'ai pas trouvé. Les patients que j'ai vus avaient l'habitude que leur médecin soit informatisé. Ils avaient pris le pli mais je ne pense pas que ce soit un frein puisque de toute façon dans la consultation, il y a toujours le temps où tu remplis le dossier, tu

poses les questions et t'écris, et là tu tapes sur l'ordinateur. Et le deuxième temps où là tu examines et donc tu es plus face à face avec le patient donc moi je n'ai pas trouvé que c'était un frein. Au contraire, ça permet de raccourcir la durée de la première partie de la consultation.

Doctorant : Est-ce que les ordonnances de Juppé de 96 représentent qqchose ?

Dr SE : Non. Si tu me détailles un peu peut-être.

Doctorant : Ce sont les ordonnances qui ont introduit le concept de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins avec une partie relative au système d'information de santé (télétransmission, etc) et une autre partie relative à la formation médicale continue. Elles n'ont pas eu d'impact sur ta pratique

Dr SE : Non parce que 96, moi on a déjà appris à faire avec. Ça n'a pas changé vraiment ma pratique.

Doctorant : Tu n'as pas eu l'occasion d'acheter un ordinateur et un logiciel de gestion de cabinet dans le cadre de ta pratique médicale de ville ?

Dr SE : Non.

Doctorant : Dans les fonctionnalités d'un logiciel de gestion de cabinet, quelles étaient celles qui étaient les plus utiles, et que tu utilisais le plus ? Tu as parlé de calculs automatiques ?

Dr SE : Oui. Il y avait la rédaction des ordonnances, le lien avec le Vidal. Tu tapes 2 médicaments et il te met tout de suite une alerte parce qu'il y a une interaction qu'il ne faut pas faire. Donc c'est quand même pas mal d'avoir l'alerte.

Doctorant : Tu disais que les patients d'un cabinet informatisé étaient habitués à la présence de cette machine. Est-ce que tu as eu le sentiment que les patients attendaient presque que cette technologie soit intégrée dans les pratiques ?

Dr SE : Oui, parce que le jour où l'informatique ne fonctionnait plus, j'étais très embêtée, et la réponse des patients étaient mais si vous l'avez sur votre ordinateur. Bah oui mais justement, je n'ai pas accès, ça ne fonctionne pas. Et ils étaient presque déçus. Ils trouvaient eux aussi que c'était intéressant que, changeant de médecin, je puisse avoir le même dossier médical que le médecin que je remplaçais, et que je travaillais de la même manière que lui. Ça c'était important pour eux. C'est lié aussi à la télétransmission, c'est-à-dire que le médecin qu'était informatisé faisait la télétransmission et pas l'autre.

Doctorant : Et pour toi ça représente une différence en termes de pratique ou de relations avec les patients ?

Dr SE : Non, il faut juste leur expliquer un petit peu que ce n'est pas une carte de paiement mais que ça facilite les remboursements. Et que c'est plus facile pour eux donc pour nous.

Doctorant : Et c'est un message qui apparaît clairement et passe facilement ?

Dr SE : Oui pour la plupart. Là où j'ai travaillé ça passait bien.

Doctorant : Est-ce que tu as vécu un changement de pratique et une transition entre papier et informatique ?

Dr SE : Non

Doctorant : Alors la deuxième partie de l'entretien, sur l'utilisation de l'outil. Est-ce que tu as déjà été confronté à des problèmes ou des dysfonctionnements dans le cadre de la pratique libérale ? Et si oui, est-ce que tu as bénéficié d'un support efficace ?

Dr SE : Par rapport à des dysfonctionnements de l'informatique ?

Doctorant : Oui. Tu viens d'évoquer...

Dr SE : Oui, oui, il y eu des soucis parce que le médecin que je remplaçais a changé de connexion, enfin de contrat, donc il y avait un problème d'accès au dossier médical et j'ai eu un support efficace oui, puisque la secrétaire a appelé le prestataire qui avait mis en place toute l'informatique et qui est venu et qui m'a dépanné.

Doctorant : Est-ce que tu sais si c'était le fournisseur du logiciel de cabinet ou s'il y avait un prestataire qui, en quelque sorte, assurait une maintenance de l'ensemble du système ?

Dr SE : Non c'était le fournisseur effectivement du logiciel qui assurait la maintenance du logiciel. Parce qu'il a changé, il a changé de logiciel, donc il y avait une récupération des données sur le nouveau système.

Doctorant : Qui s'est bien faite ?

Dr SE : Qui a été un peu longue, et c'est là aussi où on a eu un temps sans aucune donnée. Du fait qu'il n'y avait aucun papier, on avait, c'était un peu compliqué. Mais une fois que ça a été fait c'était bien.

Doctorant : Est-ce que l'utilisation du logiciel de gestion du dossier médical se faisait pour l'ensemble des patients ou est-ce que c'était pour certains patients, une certaine population seulement ?

Dr SE : Non c'était pour tout le monde

Doctorant : Pour tout le monde ?

Dr SE : Ouais

Doctorant : Est-ce que tu crois que la pratique médicale a été améliorée par l'utilisation de l'outil informatique ?

Dr SE : La pratique médicale je ne sais pas, mais la facilité de la gestion de la comptabilité et des dossiers médicaux en l'absence de secrétaire oui certainement

Doctorant : Plusieurs de tes confrères m'ont indiqué par exemple qu'avoir une trame déterminée de questionnaire dans le cadre de la consultation était quelque chose qui aidait à ne pas oublier certaines questions, et en ce sens ils considéraient que ça avait amélioré leur pratique. Est-ce que c'est quelque chose que tu ...

Dr SE : Oui et non, parce que en fait la trame, moi j'ai vu trois logiciels différents, et la trame c'est la même, c'est-à-dire c'est les antécédents, les traitements habituels, les allergies médicamenteuses, les choses comme ça. Donc tu le fais une fois, tu poses les questions une fois, mais après en fonction de la pathologie ou le problème médical pour lequel le patient se présente, les questions vont être différentes et donc là le logiciel n'aide pas du tout. Enfin, tu ne peux pas mettre mal de gorge et faire défiler les questions concernant le mal de gorge. Ça n'est pas poussé à ce point là, et heureusement. Mais donc ça aide un petit peu mais la trame est assez basique quoi. Elle est pas très...

Doctorant : Est-ce que tu as eu l'occasion de faire des visites à domicile ?

Dr SE : Oui

Doctorant : Oui ? Est-ce qu'elles étaient informatisées ?

Dr SE : Non

Doctorant : Non ? D'accord. Est-ce qu'il y a une raison à ça ? Est-ce qu'il n'y avait pas la possibilité d'informatiser a posteriori ?

Dr SE : Enfin, c'est-à-dire si quand j'étais au courant, je regardais sur le dossier médical du patient avant d'aller à domicile pour savoir justement les traitements qu'il prenait. Après je le notais juste je pense au niveau de la comptabilité ou quand il y avait un acte exceptionnel, quelque chose de particulier à noter au niveau du dossier médical. Mais ce n'était pas systématique.

Doctorant : Par rapport au vécu que tu as eu, et à l'utilisation que tu as eue de 3 différents logiciels. Est-ce que tu as des idées d'évolution qui pourraient permettre une meilleure correspondance, une meilleure cohérence entre l'outil et la pratique ?

Dr SE : Il y avait une chose qui était bien sur le dernier que j'ai utilisé, c'était la transmission des données de laboratoire qui s'intégraient, enfin qu'on recevait et qui s'intégraient directement dans le dossier du patient. Et ça je trouve que c'était pas mal. Et l'idée de transmettre tous les examens complémentaires, les radios, de faire parvenir les comptes-rendus comme ça c'est intéressant.

Doctorant : Bien, entrée et pratique en réseau, troisième partie de l'entretien. Quand est tu entrée dans le réseau ASDES et pourquoi ?

Dr SE : En 2005. Et pourquoi ? Parce que j'ai travaillé à la Polyclinique, j'ai été embauchée à la polyclinique de Nanterre. Et donc je suis pas rentrée pour le Réseau ASDES, mais entrant à la polyclinique, on m'a présenté le réseau ASDES, et j'ai trouvé que c'était très intéressant. Donc du coup, travaillant à la polyclinique, je travaille à la manière réseau.

Doctorant : Et quels sont pour toi les bénéfices qu'apporte l'implication au sein d'un réseau de santé d'une manière générale, et du réseau ASDES en particulier ?

Dr SE : Le réseau de santé en général, c'est de pas être tout seul quand tu es médecin libéral, ça c'est quand même assez important de connaître d'autres professionnels de santé qui travaillent sur les mêmes pratiques et d'avoir des relais efficaces à l'hôpital ou même en ville.

Doctorant : Tu penses que la solitude d'un médecin est si importante ?

Dr SE : Ca m'a dérangé au début. Surtout quand tu finis les études et que tu as toujours travaillé à l'hôpital et que tu te retrouves tout seul dans ton cabinet c'est pas évident d'avoir des correspondants, de te faire un répertoire, un réseau à toi, c'est pas facile. Donc ça c'est pour le réseau.

Doctorant : Et pour le réseau ASDES en particulier ?

Dr SE : Et pour le réseau ASDES en particulier ? Je pense que c'est intéressant dans l'idée de la trame dont tu parlais qui n'est pas utilisée quotidiennement par les médecins parce qu'ils n'ont pas le temps, mais de poser des questions, l'idée du dossier qui t'oblige à poser un certain nombre de questions notamment de prévention, et de vérifier les vaccins tout ça. Ça c'est important.

Doctorant : Quelles sont pour toi les clefs du succès et de la pérennité d'un réseau et du réseau ASDES en particulier ?

Dr SE : Qu'il soit utile, pour les médecins, pour les patients qui sont inclus.

Doctorant : Qu'est ce que ça veut dire utile ?

Dr SE : Qu'il y ait un service rendu. Que les patients qui sont inclus dans le réseau aient un bénéfice à faire partie du réseau, un bénéfice direct pour eux. Par exemple sur le réseau ASDES c'est d'avoir une consultation de diététique gratuite ou alors la psychologue, alors qu'ils ne pourraient pas se le permettre s'ils n'étaient pas inclus dans le réseau. Il y a aussi l'accès aux soins, avec la subvention qu'on a eue après, ça aussi c'est très important. Et puis pour les professionnels, c'est ça, c'est de les aider à prendre en charge leurs patients parce que le réseau ça permet de prendre un peu plus de temps du fait qu'ils sont indemnisés, je pense qu'ils peuvent se permettre de prendre plus de temps avec les patients et donc de repérer plus de choses et donc de mieux les prendre en charge et c'est assez satisfaisant pour les médecins.

Doctorant : Et est-ce que tu penses que le service rendu par le réseau doit être plus orienté patients ou plus orienté professionnels ?

Dr SE : Je pense que l'un ne va pas sans l'autre, mais par contre il faut que les deux s'en rendent compte. Quand on aide les professionnels, on aide les professionnels à prendre en charge les patients. On n'aide pas les professionnels à aménager son cabinet ou à se sentir mieux. C'est du fait qu'il arrive à aider les patients qu'il va avoir une plus value, mais il faut que le patient et le médecin ressentent un bénéfice. Et puis je ne sais pas s'il y a une priorité, enfin la priorité c'est le patient, mais c'est le médecin qui prend en charge.

Doctorant : Est-ce que tu vois un inconvénient à partager les informations médicales de tes patients avec d'autres médecins ?

Dr SE : Non aucun.

Doctorant : Et avec d'autres professionnels de santé ?

Dr SE : Non dans la mesure où je partage les informations que je souhaite partager, et je pense que je travaille avec des professionnels de santé qui sont assez au courant de ce que c'est qu'un secret médical pour partager des informations et ne pas aller bêtement, prendre des informations qui ne leur sont pas utiles.

Doctorant : Est-ce que tu penses qu'il y a un gain pour le patient à ce qu'il y ait ce partage d'informations ?

Dr SE : Oui. Parce que n'importe quelle pathologie sera d'autant mieux prise en charge qu'elle est prise en charge par les différents professionnels. Par exemple, les troubles alimentaires, s'il y a d'un côté la psychologue, de l'autre côté la diététicienne, et puis le médecin qui vérifie les complications sur le plan organique, le patient est mieux pris en charge que s'il y a qu'une personne ou bien trois personnes qui travaillent chacune de leur côté.

Doctorant : Est-ce que ton adhésion, ou ta participation au Réseau ASDES a fait évoluer ta réflexion sur ce sujet du partage d'informations ?

Dr SE : Oui. C'est-à-dire que j'ai toujours été convaincue mais effectivement je pense que c'était très important qu'il faut partager l'information et que ce n'est pas facile de partager l'information quand on est dans des sites différents et dans des pratiques différentes, et que donc en ça le dossier commun peut être utile.

Doctorant : Là tu as commencé à répondre à la prochaine question qui est de savoir comment penses tu que les informations doivent être partagées au sein d'un réseau : un dossier commun ?

Dr SE : Oui un dossier commun qui est accessible par tous et puis des échanges ciblés entre professionnels qui ne soient pas communiqués à tous les professionnels mais plus ciblés.

Doctorant : Les dossiers médicaux partagés sont-ils pour toi exclusivement partagés ou non ? Et est-ce qu'il y a une distinction théorique ou pratique dans le fait qu'il soit informatisé ou non ?

Dr SE : Ils ne sont pas obligatoirement informatisés, mais si on veut qu'ils soient vraiment partagés, à moins que le patient ait son dossier sous le bras, je vois pas bien comment il peut être partagé entre un médecin qui va consulter en ville et un médecin qui va voir le patient à l'hôpital et la diététicienne qui va le recevoir après dans un autre cabinet. Donc l'informatisation, ça permet l'accès depuis différents sites.

Doctorant : J'ai eu l'occasion d'interviewer un certain nombre de personnels de réseau, de professionnels participant ou travaillant dans différents réseaux à travers la France, et pas mal m'ont dit justement que l'utilisation d'un dossier papier porté par le patient favorisait l'implication du patient dans sa prise en charge, le rendait plus acteur. Est-ce que tu penses que c'est quelque chose qui est vrai ? Est-ce que tu penses que ça correspond à une réalité ? Est-ce que tu penses que ce serait applicable à un réseau comme ASDES ?

Dr SE : Non, je pense que par exemple pour le dossier ASDES, il y a des éléments très personnels sur le mode de vie, sur des infections comme le VIH, et sur certaines choses. Et tu ne peux pas demander au patient de se promener tout le temps avec ce dossier, mais en revanche l'impliquer en lui donnant une carte d'adhérent au Réseau ou quelque chose qui l'identifie et qu'il puisse transmettre aux différents professionnels qu'il va aller voir et qui, eux, pourront aller chercher l'information qu'ils souhaitent ouais ça c'est important.

Doctorant : Est-ce que tu penses qu'il faudrait favoriser l'accès aux informations par le patient ?

Dr SE : Oui, il est censé avoir accès à toutes les informations le concernant. Oui en ce sens là tu pourrais lui remettre le dossier papier en lui disant que ce sont des questions auxquelles on a répondu ensemble, mais c'est quelque chose qu'il regarderait chez lui. Ce ne serait pas le moyen de faire communiquer les informations.

Doctorant : Et tu penses que ce serait une bonne chose ?

Dr SE : Oui, ce serait une bonne chose.

Doctorant : Dernière partie. Avenir de l'outil informatique : le DMP, qu'en sais-tu ? qu'en penses-tu ?

Dr SE : J'en sais que c'est pas pour bientôt. Le DMP national, c'est ça ? C'est effectivement une bonne idée. Mais quand je vois les difficultés à faire un dossier partagé au sein d'un réseau avec 60 professionnels, je me dis que le dossier médical partagé national, c'est intéressant, mais ça n'est pas pour tout de suite.

Doctorant : Comment penses-tu l'utiliser ? As-tu eu l'occasion d'en parler avec des patients ? Est-ce que tes patients ont eu l'occasion de t'en parler ?

Dr SE : Non, ils ne m'en ont pas parlé. Ils m'ont parlé des éléments médicaux qui seraient sur la carte vitale, je pense que c'est un petit peu différent. J'avoue que nous la priorité pour le moment c'est le dossier du réseau.

Doctorant : Est-ce que tu penses utiliser le dossier médical personnel d'une manière différente du dossier médical partagé du réseau ?

Dr SE : J'espère si je l'utilise que je pourrai l'utiliser en consultation directement parce que là c'est plus un outil de suivi médical et d'aide à la prescription. Alors que c'est un peu différent de notre dossier ASDES.

Doctorant : En dehors du DMP, si tant est qu'il arrive à court terme, y a t'il d'autres capacités de l'informatique que tu penses introduire dans ta pratique ?

Dr SE : Nouvelles ? Que je n'ai pas déjà ? La messagerie sécurisée.

Doctorant : Et à plus long terme, comment vois-tu l'outil informatique dans la pratique de la médecine ? Cela réveille-t-elle des peurs et si oui lesquelles ?

Dr SE : Je pense qu'on est quand même loin de l'informatique omniprésente qui remplace le médecin. Donc pour le moment tout ce qu'on peut souhaiter c'est de développer l'informatique et que chaque professionnel de santé soit équipé et puisse accéder à l'informatique c'est une bonne chose. Après c'est à mettre à part de tout ce qui est internet et médecin en ligne et consultation gratuite par téléphone qui sont dangereuses mais c'est différent, c'est autre chose.

Dr SE : merci de m'avoir posé ces questions, en répondant ça me fait venir d'autres questions sur moi, sur ma pratique. J'ai tendance à me dire qu'il n'y a que du bon dans l'informatique quand ça fonctionne et on a du temps avant que ça dénégre.

Entretien avec le Dr SO, médecin cardiologue, le 16/01/08

Doctorant : Merci de me recevoir. Comme on a eu l'occasion déjà d'en discuter à quelques reprises, vous devez savoir que j'effectue un travail de recherche dans le cadre d'une thèse en éthique médicale avec le Pr HERVE. Par ailleurs, une de vos futures confrères qui fait une thèse en médecine générale participe avec moi à la réalisation de cette série d'entretiens semi-directifs auprès des médecins libéraux adhérents du Réseau REPOP et du réseau ASDES pour que l'on ait un retour sur disons la manière dont vous et vos confrères appréhendez l'informatique dans le cadre de votre pratique quotidienne d'une part et dans le cadre de votre pratique en réseau d'autre part. Il y a plusieurs parties, je vais vous poser quelques questions. La première partie sur les modalités de l'informatisation, la question est de savoir comment vous avez découvert l'informatique ?

Dr SO : Comment je l'ai découvert ? D'abord chez moi, grâce à mes enfants et après c'est un besoin. Pour moi, tous mes logiciels passent par l'informatique. Dès que je fais un électro, il faut qu'il soit numérisé donc automatiquement j'ai besoin de l'informatique pour le numériser. Une échographie cardiaque, pareil, un walter tensionnel pareil, un walter rythmique, le dossier du patient. Le dossier du patient, il est venu après par ce besoin, si vous voulez, de ces examens qui nécessitent l'informatique, ce sont des examens qui sont longs et

seule l'informatique avec des logiciels spécifiques peuvent me permettre de gérer ça assez rapidement.

Doctorant : Donc si je comprends bien, vous diriez que le facteur qui

Dr SO : Pour moi c'est un besoin

Doctorant : D'accord, un besoin lié à l'évolution de l'ensemble de votre environnement technologique

Dr SO : C'est ça, c'est la technologie surtout. Moi j'ai toujours été scribouillard et plutôt papier et si vous me demandez la préférence si je n'avais pas tous ces logiciels à utiliser, je resterais quand même papier. Je pense que je vais plus vite que l'ordinateur. Sauf pour les dossiers qui nécessitent quand même des enregistrements longs, auquel cas l'homme, lui, ne peut pas gérer. Il faut que ce soit le logiciel qui les gère.

Doctorant : Et est-ce que pour vous les ordonnances Juppé de 96 avec l'apparition de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, et donc la formation médicale continue et la télétransmission, a joué un rôle ?

Dr SO : Ca c'est venu après ça.

Doctorant : C'est venu après euh

Dr SO : Oui, oui, moi j'étais informatisé avant, avant tout ça.

Doctorant : Vous vous êtes informatisé en quelle année à peu près, vous avez une idée ?

Dr SO : Ca fait un peu plus de 10 ans.

Doctorant : Si vous en avez bénéficié, en quoi est-ce que l'accompagnement ou l'administration de conseils, lorsque vous avez fait votre première installation, vous apparaissait convenir ?

Dr SO : On peut mettre ça en un quart d'heure ? Je suis désolé, je ne pensais pas que...

Doctorant : Juste une question complémentaire à ce que vous venez de dire. Est-ce que vous pensez que c'est spécifique à votre pratique de spécialiste ?

Dr SO : Qu'est-ce qui est spécifique ?

Doctorant : L'adaptation à l'évolution de l'environnement technologique ?

Dr SO : Moi c'est plus par mon côté spécialiste. Je pense que si j'étais généraliste, ce serait un outil beaucoup moins important.

Doctorant : La question était : est-ce que vous avez bénéficié de conseil ou d'accompagnement lorsque vous vous êtes installé la première fois ?

Dr SO : Oui, oui, mais moi je suis avec THALES, donc j'ai toujours une hotline qui est là pour me gérer, avec des commerciaux qui sont sympathiques, qui viennent quand on les appelle, ou par téléphone. Souvent les problèmes sont réglés par téléphone, bon des fois quand on a quelques menus problèmes, ils se déplacent.

Doctorant : Donc sympathiques...

Dr SO : Ah, très biens.

Doctorant : mais efficaces également ?

Dr SO : Très biens, moi je suis content de l'organisme avec lequel je suis. D'ailleurs j'ai toujours été avec eux et je ne suis pas mécontent. Bon, ce n'est pas la perfection, mais l'intérêt chez eux c'est qu'ils s'adaptent progressivement à l'évolution de la cardiologie, et donc ils nous permettent d'avoir des logiciels de plus en plus sophistiqués puisque tous les deux trois ans, ils se remettent en question et ils nous demandent notre avis autour d'une table pour voir comment on peut au maximum optimiser le logiciel pour que le cardio retrouve toutes ses constantes dont il a besoin.

Doctorant : Donc en plus ils maintiennent une relation avec les professionnels avec lesquels ils travaillent.

Dr SO : Oui, oui, il y a une relation, je ne vais pas dire étroite, mais il y a une relation qui existe.

Doctorant : En termes de fonctionnalité logicielle, laquelle vous utilisez le plus ? Est-ce que c'est la gestion du dossier médical ? La télétransmission ?

Dr SO : Je fais les deux. Je fais les deux. Quand un malade vient, j'ai un dossier médical où je rentre toutes ses données, tous ses examens, tout rentre là-dedans, les courriers, machin, tout rentre. Et eueueueuh, je télétransmets avec la carte vitale l'acte que j'ai fait.

Doctorant : En quel sens l'outil informatique a-t'il été appréhendé par vos patients ? Comment est-ce que ça a été perçu ?

Dr SO : Le patient s'en fout royalement, d'ailleurs il ne demande même pas ce qu'on fait. Il y a deux types de patients. La majorité des patients, ils ont une carte vitale donc on télétransmet, et ils sont contents, il y en a même certains qui vont jusqu'à dire : « Ah, mais je croyais que je ne payais pas avec la carte vitale. » Donc évidemment ils sont contents avec cette carte. Et puis il y en a d'autres qui pour une raison X n'ont pas leur carte. Mais ils s'en foutent, c'est-à-dire que le dossier informatisé, il est quand même fait. C'est-à-dire que je le sors à la main et je remplis ce dossier et il part avec une lettre pour son médecin par exemple mais il a été enregistré sur mon logiciel. Non aucun, aucun n'a mis d'opposition à ce que ... Ils s'en foutent. Je crois même pas que.... Pourquoi, il y a des gens qui se plaignent ? Moi j'ai pas de...

Doctorant : Non, des plaintes pas vraiment, il y en a qui sont étonnés de voir que leur médecin n'est pas informatisé.

Dr SO : C'est bien ce que je dis. C'est plutôt le contraire, ils sont à l'aise avec ça.

Doctorant : Donc pour la confrontation avec des problèmes ou des dysfonctionnements, vous m'avez répondu. Est-ce que vous vous sentez à l'aise au quotidien dans l'utilisation de l'informatique ?

Dr SO : Moi ? Je veux dire j'étais nul en informatique, mais c'est enfantin en fait. Je ne comprenais pas pourquoi les gamins pianotaient aussi vite et je me suis dit si les gamins pianotent, pourquoi pas moi ? et puis voilà. En fait la différence entre un gamin et un adulte, c'est qu'un gamin, lui, il lit ce qu'on lui écrit, nous on croit qu'il faut appuyer sur n'importe quel bouton et que ça va marcher. Et on est nerveux. Pas du tout. Alors que quand on lit tout ce qui est écrit, on répond bêtement à ce qui est écrit et tout marche.

Doctorant : Donc en termes de perception de l'utilisation quotidienne, si vous aviez la possibilité vous utiliseriez le papier, mais en revanche vous ne vous sentez pas particulièrement gêné.

Dr SO : C'est impossible actuellement vu ce que je fais d'utiliser du papier. C'est impossible. Ça va faire double emploi, je vais avoir du papier et de l'informatique. Je ne peux plus me passer de l'informatique. Ça c'est comme le téléphone, quand on n'en avait pas, on n'en avait pas besoin, et maintenant qu'on en a on en a besoin. Le portable c'est pareil.

Doctorant : Est-ce que vous diriez que votre pratique médicale a subi une influence, a été améliorée ou au contraire rendue plus difficile par l'utilisation de l'outil informatique ?

Dr SO : Non, ce qui me gêne. Ce n'est pas plus difficile, c'est pareil, ce qui me gêne c'est qu'on a beaucoup plus de papier qu'avant. Je pensais qu'avec l'informatique on aurait moins de papier, mais je trouve qu'avec l'informatique on a plus de papier.

Doctorant : Comment ça se fait ?

Dr SO : Comment ça se fait... Parce qu'on a toujours un tas de papier, je ne sais pas, je n'avais jamais tout ça avant (il désigne une pile de papier sur son bureau) et maintenant j'ai tout ça. Alors c'est l'évolution de la médecine qui le fait. Je ne sais pas, je ne me l'explique pas. Pourtant je n'ai plus de dossiers carton, de dossiers papier, mais il y a toujours autant de papiers.

Doctorant : Vous faites des visites à domicile ?

Dr SO : J'en fais une à deux par semaine.

Doctorant : Une à deux par semaine ? et est-ce que vous ...

Dr SO : Non, non, non. Je n'amène pas d'informatique avec moi.

Doctorant : D'accord, mais est-ce que quand vous rentrez au cabinet ?

Dr SO : Non je ne fais rien, je fais encore travailler ma mémoire.

Doctorant : D'accord. Est-ce que vous avez des idées d'évolution que vous voudriez voir dans le ...

Dr SO : Je voudrais que l'ordinateur aille plus vite que moi. Quand je vais plus vite que lui, il bug. Je suis obligé de l'éteindre et de le rallumer.

Doctorant : On passe à la deuxième partie concernant la pratique en réseau. Vous faites partie du Réseau ASDES. Depuis combien d'années ?

Dr SO : Depuis 2004.

Doctorant : Pourquoi êtes-vous rentré dans le réseau ASDES ?

Dr SO : Parce que moi je voulais l'intégrer dans Issy les Moulineaux, c'est pour ça que je me suis lancé dans le réseau ASDES. En gros, c'est ça.

Doctorant : Donc pour vous, l'entrée dans le réseau c'est plus dans le domaine de l'organisation.

Dr SO : Oui j'aime bien organiser les trucs donc c'est plus ça. Et puis en plus j'ai quand même fait amener ASDES ici. Ils sont très contents d'ailleurs. Ils ont pu obtenir des postes à Corentin de manière inespérée pour certains.

Doctorant : Et en termes de pratiques, vous n'avez pas...

Dr SO : Moi j'incorpore de temps en temps des dossiers de malades, mais je ne suis pas très... Oh vous savez ça s'arrête à des facteurs de risques cardiaques. Je n'ai pas de malades qui se plaignent comme la dame là. C'est son médecin qui la gère, c'est pas moi.

Doctorant : Quel est pour vous la clef du succès d'un réseau de santé comme ASDES ?

Dr SO : L'intérêt d'un réseau comme ça, c'est qu'il y a des gens qui ont besoin de ce type de structures pour pouvoir les aider à s'intégrer, pour pouvoir les aider à vivre. Ce n'est pas le cas de tous les gens, la preuve en est que les médecins à Nanterre recrutent plus de gens qu'à Issy les Moulineaux ou Vanves, ou Malakoff ou Clamart. La patientèle est différente.

Doctorant : Et est-ce que pour vous à un réseau comme ASDES de répondre aux besoins de la population et aux besoins des professionnels c'est en faisant un travail de terrain auprès des professionnels libéraux ? Est-ce que c'est en assurant une assise...

Dr SO : Il faut un travail ... Il faut une synergie entre les libéraux et les gens du réseau d'une part, et deuxièmement il faut qu'il y ait assez de gens du réseau pour pouvoir répondre à la demande des médecins du réseau, enfin des médecins de la ville, je veux dire, des libéraux.

Doctorant : Et est-ce que vous pensez que c'est le cas aujourd'hui ?

Dr SO : Non, non, non. Ce n'est pas normal qu'on demande d'intégrer des patients et qu'ils soient pris en charge une fois ou deux fois et qu'ensuite on leur dise qu'on ne peut pas les prendre d'avantage d'une part, et deuxièmement les rendez-vous sont lointains. Donc ça fait quand même, c'est pas encore...

Doctorant : Vous parlez des consultations avec les paramédicaux ?

Dr SO : Les consultations avec les paramédicaux oui.

Doctorant : Parce qu'il n'y en a pas assez ?

Dr SO : Parce qu'il n'y en a pas assez, non.

Doctorant : Est-ce que vous échangez des informations avec le réseau ? Autres que des données médicales ?

Dr SO : Je suis en train de stimuler, ça pourrait vous intéresser vous, le Pr HERVE pour organiser une soirée d'éthique et cardiologie en juin. Donc je fais autre chose, oui, il n'y a pas que le côté patient.

Doctorant : Et comment percevez-vous la perspective, ou la réalité d'un partage d'informations entre les professionnels, avec d'autres médecins, avec d'autres professionnels

de santé ? C'est-à-dire dans le cadre du réseau ASDES ou en dehors du cadre du réseau ? Je crois savoir qu'en tant que spécialiste vous envoyez pas mal de courriers...

Dr SO : Ah, moi je suis tout à fait, moi je suis même pour que le patient ait un courrier pour lui ; donc pas que le médecin.

Doctorant : Parce que ça l'implique plus dans sa prise en charge ?

Dr SO : Moi je suis plus pour que le patient ait un courrier pour lui, qu'il ait le double. Par exemple quand je fais un courrier en disant : « Mon cher confrère, je vous remercie d'avoir adressé tel patient... », je mets copie pour M. Untel, le patient.

Doctorant : Vous le faites ? ou vous le souhaiteriez ?

Dr SO : Je le fais très exceptionnellement, mais j'aimerais bien que ça se fasse très régulièrement.

Doctorant : Et avec d'autres professionnels de santé, par exemple paramédicaux, que vos confrères ?

Dr SO : Oui, moi je suis pour que ce soit partagé. De toute façon, il n'y a plus de secret. C'est du pipeau ça. Vous recevez parfois des courriers de gens qui ne vous connaissent même pas. Vous vous dites, tiens comment ils me connaissent ? Il n'y a plus de sécurisation maintenant, c'est fini ça.

Doctorant : Et est-ce que le vécu avec le réseau ASDES est à l'origine de votre position aujourd'hui ?

Dr SO : Non. Je l'avais tout le temps celle-là, bien avant.

Doctorant : Et est-ce que vous avez évolué un petit peu par votre implication au sein du réseau ou est-ce que pour vous ça...

Dr SO : Non, je dirais que j'ai élargi un peu c'est tout

Doctorant : Comment pensez-vous que les informations à propos du patient doivent être partagées au sein d'un réseau comme ASDES ?

Dr SO : Par informatique c'est très bien. Par réseau apicrypté puisque je crois que c'est ce que vous êtes en train de faire non ? Pourquoi pas ? Si c'est sécurisé pourquoi pas, puisque moi je n'y crois pas tellement à la sécurisation des données.

Doctorant : Et le fait d'utiliser un tel outil informatique, vous dites cela pour me faire plaisir ?

Dr SO : Non pas du tout, il faut bien essayer un jour ou l'autre de trouver l'outil informatique qui va être vraiment bien sécurisé et non pas être de la poudre d'escampette.

Doctorant : Donc pour vous la sécurisation est vraiment le nœud gordien de cette question là ?

Dr SO : Moi je trouve qu'il faut quand même, il va falloir arriver un jour ou l'autre à bien sécuriser tout ça. Actuellement on sait tout sur vous, tout.

Doctorant : Et par curiosité... Donc en fait ce que vous êtes en train de dire, c'est que le fait que des gens connaissent votre nom, votre adresse, donc vos coordonnées, ça traduit...

Dr SO : Oui, ça ne me plaît pas, je n'y tiens pas.

Doctorant : Et pour vous ça traduit que les sites et outils informatiques ne sont pas sécurisés.

Dr SO : Je n'aime pas qu'on m'envoie un message sur mon portable, je n'aime pas qu'on m'envoie des trucs sans me prévenir, sans rien.

Doctorant : Deux dernières questions. L'avenir de l'informatique. Le DMP, qu'en savez-vous et qu'en pensez-vous ?

Dr SO : J'en pense que ce serait un outil qui serait pas mal, mais ça traîne, comme beaucoup de choses d'ailleurs. Ça a l'air de beaucoup traîner tout ça. Ça fait combien de temps qu'on parle du DMP ?

Doctorant : 2004

Dr SO : 2004, vous vous rendez compte... J'ai bien peur que le dossier médical personnalisé ne soit le fameux carnet jaune que l'on avait sorti, vous vous rappelez, le fameux carnet jaune que l'on avait sorti du temps de Martine AUBRY. Quand elle est arrivée au pouvoir, elle a dit : « Virez moi ça, c'est une connerie ! ». Vous vous souvenez ? J'ai peur que le DMP, ce

soit pareil. Comme beaucoup de choses en France d'ailleurs. C'est du pipeau, c'est encore pour essayer de régler le problème du papier, enfin je pense, j'espère que ce n'est pas ça.

Doctorant : Et est-ce que vos patients vous en parlent ?

Dr SO : Aucun

Doctorant : A plus long terme, comment voyez-vous l'intégration de l'outil informatique dans la pratique de la médecine ?

Dr SO : Comment je vois l'outil informatique ? De toute façon, à moins de sortir un nouveau procédé est incontournable (x3).

Doctorant : Et vous pensez que c'est une bonne chose ?

Dr SO : C'est une très bonne chose !

Doctorant : Vous pensez que vos confrères pensent suffisamment la même chose pour pouvoir mettre en place ces fameux liens et ces fameux échanges...

Dr SO : Vous pourrez leur poser la question...