



HAL
open science

Quelle est la différence entre ce qui se dit lors d'une consultation chez le médecin généraliste et ce que le médecin note dans son dossier médical électronique ?

Analyse du contenu des entretiens vocaux puis des dossiers médicaux électroniques de 191 consultations de médecine générale

Sarah Azincot-Belhassen

► **To cite this version:**

Sarah Azincot-Belhassen. Quelle est la différence entre ce qui se dit lors d'une consultation chez le médecin généraliste et ce que le médecin note dans son dossier médical électronique ? Analyse du contenu des entretiens vocaux puis des dossiers médicaux électroniques de 191 consultations de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01959925

HAL Id: dumas-01959925

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01959925>

Submitted on 19 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

**QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE CE QUI EST DIT
LORS D'UNE CONSULTATION CHEZ LE MÉDECIN
GÉNÉRALISTE ET CE QUE LE MÉDECIN NOTE DANS SON
DOSSIER MEDICAL ELECTRONIQUE ?**

Analyse du contenu des entretiens vocaux puis des dossiers médicaux
électroniques de 191 consultations de médecine générale

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice

Le 8 Octobre 2018 par

Sarah AZINCOT-BELHASSEN

Née le 6 mai 1988 à Cannes

Président du jury :

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur David DARMON

Assesseurs :

Madame le Docteur Virginie LACROIX-HUGUES

Madame le Professeur Brigitte MONNIER

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE



Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Étudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M . FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Au Jury

A Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Il m'est apparu comme une évidence de vous proposer de présider mon jury, compte tenu de mon sujet d'étude. Je suis honorée que vous ayez accepté ma proposition avec une telle rapidité et un tel intérêt. J'espère vraiment que vous apprécierez mon travail de recherche en soins primaires. Pour moi c'est un réel plaisir que de vous le présenter.

A Monsieur le Docteur David DARMON

Merci d'avoir été l'inspirateur de ce sujet et de m'avoir fait confiance pour le mener à terme. Merci d'avoir su me guider et m'épauler au fil de ces nombreux mois de travail.

A Madame le Docteur Virginie LACROIX-HUGUES

Un grand merci pour votre aide si précieuse dans l'analyse statistique de cette étude, votre contribution a été majeure. Merci pour votre patience, votre gentillesse à mon égard et l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Madame le Professeur Brigitte MONNIER

Merci d'avoir accepté si facilement d'être membre de mon jury, ce qui me touche beaucoup. Je garde un souvenir ému de ma formation à vos côtés au sein de votre cabinet et espère à l'avenir être digne de la confiance que vous me portez.

Aux médecins qui ont accepté de participer à mon étude

Merci mille fois pour votre contribution à mon travail ; sans votre participation, je n'aurais pas pu obtenir tous ces enregistrements qui étaient à la base de mon travail d'étude sur les données renseignées sur votre logiciel. Merci de m'avoir accordé autant de temps préliminaire à l'étude, d'avoir réalisé les enregistrements, et de m'avoir laissé accéder aux données de vos logiciels médicaux, en toute confiance.

Aux patients qui ont accepté de participer à mon étude

Merci à ces patients qui ont « joué le jeu » en acceptant que leur consultation soit enregistrée. Sans eux non plus rien n'aurait été possible ; ils m'ont accordé leur confiance sans crainte et m'ont permis d'obtenir de précieux renseignements sur le contenu d'une consultation en cabinet de médecine générale.

Mais aussi

Merci à tous mes professeurs de médecine, qui tout au long de ces années, ont su transmettre avec pédagogie leur amour de la médecine. Vous avez permis à l'étudiante que j'étais de devenir aujourd'hui un médecin qui essaiera d'accomplir sa mission de soins du mieux possible, avec professionnalisme et empathie.

Merci aux infirmières, aux aides-soignants, au personnel paramédical, que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, en tant qu'externe puis interne. Votre expérience, votre dévouement à l'égard des patients m'ont permis de grandir et de réaliser que l'on forme une véritable équipe autour du patient.

A mes amis, rencontrés sur les bancs de la faculté, avec qui j'ai noué des liens sincères et durables... votre amitié m'est chère.

A ma famille

A mes parents, Paul et Andrée, qui m'ont toujours élevée dans le respect de l'autre, dans la générosité et l'amour. Vous m'avez toujours portée et soutenue et avez toujours fait en sorte que je donne le meilleur de moi-même. Vous avez été les témoins de mes réussites dans les épreuves du baccalauréat, puis du concours PCEM1 et enfin de l'ECN. C'est grâce à vous si j'en suis arrivée là aujourd'hui, et je vous protégerai toute ma vie ! je vous aime fort !

A ma grand-mère, Mamie Denise, le pilier de cette famille, qui a toujours cru en moi. Toi qui aurais rêvé d'être sage-femme, tu as démontré à de multiples reprises combien le dévouement envers autrui est essentiel ; ton courage et ta force me portent aujourd'hui et je te veux à nos côtés encore très longtemps, que tu puisses me voir m'épanouir en tant que femme et médecin. Je t'aime mamie !

A mes grand-parents, trop tôt disparus... A **Papi Jacob**, que je n'ai pas eu la chance de connaître, à **Papi Joseph**, qui a tant souffert de la maladie pour laquelle nous étions impuissants... Tu restes présent dans mes pensées, tu aimais tant tes petits enfants, tu étais l'amour et gentillesse incarnés, tu me manques terriblement... A **Mamie Annette**, nous avions ce lien privilégié toutes les deux, tu aimais me regarder travailler des après-midis entières, c'est aussi toi qui m'as donné le goût du travail et de la persévérance... Ton absence est dure à supporter mais je sais que tu es toujours près de moi et me protèges...

A mon cher mari, Ilan, qui me protège et m'apporte son amour quotidiennement sans faille. Tu es la plus belle rencontre de ma vie, tu es mon double, tu es celui que j'attendais... tu m'as toujours soutenue dans mes choix ! Je suis fière de toi, fière de ton parcours, mon petit avocat, mais aussi fier de nous, de tout ce qu'on a accompli et que nous accomplirons ensemble, encore, main dans la main. Je t'aime plus que tout !

A ma famille, qui me soutient et m'apporte respect et amour au quotidien.

A ma belle-famille, qui est véritablement ma famille ... Vous m'avez accueillie avec chaleur et amour. Nous sommes une belle et grande famille et j'en suis fière.

Enfin, il y en a un qui m'a portée, surtout ces derniers mois, ou plutôt est-ce moi qui le porte... Mon bébé, qui pointera le bout de son nez d'ici quelques mois... tu me remplis déjà de force et d'amour... J'espère que tu seras fier de ta maman...

SOMMAIRE

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	15
GLOSSAIRE ET LISTE DES ABREVIATIONS.....	16
1 INTRODUCTION.....	18
1.1 CONTEXTE.....	18
1.2 QUESTION DE RECHERCHE.....	20
1.3 OBJECTIFS	20
1.3.1 Objectif principal	20
1.3.2 Objectif(s) secondaire(s).....	20
2 MATERIEL ET METHODES.....	21
2.1 TYPE D'ÉTUDE.....	21
2.1.1 Choix du type d'enquête	21
2.1.2 Choix du protocole.....	21
2.1.3 Choix du logiciel.....	22
2.1.4 Validation de l'étude.....	22
2.2 POPULATION DE L'ETUDE.....	23
2.2.1 Médecins	23
2.2.1.1 Mode de constitution de l'échantillon : recrutement de l'échantillon.....	23
2.2.1.2 Entretiens préliminaires individuels des médecins	23
2.2.2 Patients.....	24
2.2.2.1 Recrutement	24
2.2.2.2 Consentement.....	24
2.3 RECUEIL DES DONNÉES ISSUES DE LA CONSULTATION.....	24
2.3.1 Première phase : enregistrement de la consultation.....	24
2.3.2 Seconde phase : recueil des notes des médecins.....	25
2.3.3 Troisième phase : codage des informations selon la CISP-2.....	25
2.3.3.1 Historique de la CISP-2	25
2.3.3.2 Explications du fonctionnement de la CISP 2.....	25
2.3.3.3 Utilité dans mon étude	26
2.4 TESTS STATISTIQUES	26
3 RESULTATS.....	28
3.1 ANALYSES DESCRIPTIVES	28
3.1.1 Caractéristiques des médecins recrutés.....	28
3.1.1.1 Données socio-démographiques.....	28
3.1.1.2 Données issues de l'entretien préliminaire des médecins	29
3.1.2 Caractéristiques des patients	31
3.1.2.1 Les participants	31
3.1.2.2 Les refus :.....	32
3.1.3 Caractéristiques des motifs de consultation.....	32
3.1.3.1 État des lieux des motifs de consultation	32
3.1.3.2 Répartition des motifs de consultation :.....	35
3.1.4 Caractéristiques des diagnostics	36
3.1.4.1 État des lieux des diagnostics.....	36
3.1.4.2 Répartition des diagnostics	39
3.2 ANALYSES STATISTIQUES	40
3.2.1 Analyse des motifs et diagnostics.....	40

3.2.2	Analyses multivariées	42
3.2.2.1	Retranscription des motifs de consultation oraux	42
3.2.2.2	Analyse des motifs écrits	45
3.2.2.3	Retranscription des diagnostics oraux.....	47
3.2.2.4	Analyse des diagnostics écrits.....	50
4	DISCUSSION	52
4.1	PRINCIPAUX RESULTATS	52
4.2	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	55
4.3	PERSPECTIVES.....	56
5	CONCLUSION.....	58
6	REFERENCES.....	61
7	ANNEXES.....	63
7.1	ANNEXE 1 : AFFICHAGE SALLE D'ATTENTE	63
7.2	ANNEXE 2 : FICHE DE CONSENTEMENT PATIENT.....	64
7.3	ANNEXE 3 : MODE D'EMPLOI DU DICTAPHONE	65
7.4	ANNEXE 4 : LETTRE ADRESSÉE AUX MEDECINS	66
7.5	ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE MEDECINS.....	67
7.6	ANNEXE 6 : GRILLE DE RENSEIGNEMENT PATIENT.....	68
7.7	ANNEXE 7 : INTERFACE SITE PROMETHE.ORG.....	69
7.8	ANNEXE 8 : TABLEAU DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE EN SOINS PRIMAIRE, 2ÈME VERSION.....	70
	SUITE ANNEXE 8 : CISP-2	71

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Répartition de l'âge des médecins.....	28
Figure 2: Statut des patients	31
Figure 3: Age des patients	32
Figure 4: Ensemble des motifs de consultation selon les chapitres CISP-2.....	34
Figure 5: Ensemble des motifs de consultation selon les composants CISP-2	35
Figure 6: Répartition des motifs de consultation (analyse descriptive)	36
Figure 7: Ensemble des diagnostics selon les chapitres CISP-2	38
Figure 8: Ensemble des diagnostics selon les composants CISP-2.....	39
Figure 9: Répartition des diagnostics (analyse descriptive).....	39
Figure 10: Répartition des motifs de consultation oraux et écrits (analyse statistique).....	40
Figure 11: Répartition des diagnostics oraux et écrits (analyse statistique)	41
Figure 12: Comparaison de la quantité des motifs et diagnostics notés uniquement à l'écrit..	41
Tableau I: Raisons du choix du logiciel X	29
Tableau II: Éléments notés systématiquement par le médecin sur le logiciel.....	30
Tableau III: Top 20 des motifs de consultation les plus retrouvés.....	33
Tableau IV: Top 20 des diagnostics les plus retrouvés.....	37
Tableau V: Analyse multivariée des motifs oraux	42
Tableau VI: Analyse multivariée des motifs écrits	45
Tableau VII: Analyse multivariée des diagnostics oraux.....	47
Tableau VIII: Analyse multivariée des diagnostics écrits.....	50

GLOSSAIRE ET LISTE DES ABREVIATIONS

AIC : Critère d'Information d'Akaike

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'État

AT : Accident de Travail

ATCD : Antécédent

CISP-2 : Classification Internationale de Soins Primaires, 2^{ème} version

CMU : Couverture Maladie Universelle

DME : Dossier Médical Électronique

DSI : Démarche de Soins Infirmiers

ECOGEN : Éléments de la COnsultation en médecine GENérale

EXO : Exonéré

HAS : Haute Autorité de Santé

HEMATOP : Hématopoïétique

IMMUNOL : Immunologique

LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription

METABOL : Métabolisme

MP : Maladie Professionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

NCA : Non Classé Ailleurs

NUTRIT : Nutrition

OR : Odds Ratio

RECOM : Recommandation

RESPI : Respiratoire

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SEC : Secondaire

SPL ou S/P : Symptômes ou Plaintes

SUBST : Substance

SYNDR : Syndrome

SYST : Système

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations
of General Practitioners

1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

La tenue d'un dossier médical est une obligation qui incombe à chaque médecin, depuis le Code de Déontologie de 1995 [1], comme le précise l'article R.4127-45 du Code de la Santé Publique encadrant son utilisation [2].

En France, les premiers dossiers médicaux informatiques ont fait leur apparition dans les années 80. Leur utilisation est un gage d'efficacité et de sécurité qui permet de suivre et comprendre le parcours de soins d'un patient. C'est un véritable outil de réflexion et de synthèse médicale et paramédicale et l'on estime à ce jour, selon les études, qu'entre 77 et 92% des médecins français en sont équipés [3].

Leur usage est encadré par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a établi des recommandations de bonne pratique sur leur tenue [4] et qui assure la certification désormais obligatoire des logiciels médicaux, notamment lorsqu'ils comportent une fonction d'aide à la prescription médicamenteuse. [5]

Plusieurs thèses se sont penchées sur l'utilisation par les médecins de leur logiciel : une thèse [6] de 2010 a comparé plusieurs logiciels et rappelait qu'avant de pouvoir être opérationnels en consultation, certains logiciels obligeaient le praticien à leur consacrer beaucoup de temps. En 2007, 93% des médecins utilisant un logiciel médical étaient satisfaits mais avaient l'impression qu'ils sous-utilisaient leur outil informatique [7]. De même, dans une thèse de 2018 [3] évaluant les attentes de 287 médecins généralistes sur leur logiciels médicaux en Ile-

de-France, il ressortait que 45% avaient bénéficié d'une formation spécifique de leur logiciel mais qu'elle ne garantissait pas une meilleure connaissance du logiciel.

Au-delà de l'utilisation du logiciel par les médecins, qui a donné lieu à de nombreuses recherches, des études ont récemment cherché à dresser un véritable état des lieux de la consultation en cabinet de médecine générale, qu'il s'agisse de recueillir les données des consultations comme l'étude ECOGEN [8], ou de récupérer les données issues des Dossiers Médicaux Électroniques (DME) des médecins généralistes, comme le projet PRIMEGE PACA [9].

L'étude ECOGEN [8] : « Étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale », étude nationale multicentrique, a permis de répertorier, puis de classer selon la 2^{ème} version de la Classification Internationale de Soins Primaires (CISP-2), les 3 grands éléments de la consultation de médecine générale après observation directe de la consultation. On retrouvait 2,6 motifs, 2,2 résultats de consultation, et 4,7 procédures de soins par consultation.

Le projet PRIMEGE PACA [9] a permis lui de créer une base de données contenant les données issues des DME en recueillant l'intégralité des consultations de 11 médecins sur 4 ans. Il ressortait que les nombres moyens de motifs et de diagnostics par consultation étaient moins importants que dans l'étude ECOGEN, mais également qu'il y avait une différence de remplissage des dossiers entre les médecins.

Aucune loi ne dicte à ce jour le contenu d'un dossier médical.

Il n'a pas été retrouvé de thèse ou d'étude mettant en parallèle, en cabinet de soins primaires, ce qui est dit au sein d'une consultation et ce qui se retrouve effectivement retranscrit sur le

dossier médical. Ces éléments ont une importance car ils permettraient de mieux interpréter les données du DME et ainsi contribuer à l'amélioration des connaissances sur les données d'un DME et des pratiques professionnelles des médecins.

1.2 QUESTION DE RECHERCHE

Existe-t-il une différence entre l'information délivrée par le patient et/ou par le médecin lors d'une consultation et ce qui est renseigné sur le DME par le médecin ?

1.3 OBJECTIFS

1.3.1 Objectif principal

L'objectif principal est de comparer quantitativement et qualitativement les informations données oralement au cours de la consultation avec celles notées dans le dossier informatique du médecin.

1.3.2 Objectif(s) secondaire(s)

L'étude recherchera les facteurs déterminants de la retranscription des informations verbalisées au cours de la consultation, de même que les facteurs déterminants de la verbalisation par le médecin des éléments inscrits dans le dossier.

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 TYPE D'ÉTUDE

2.1.1 Choix du type d'enquête

C'est une étude observationnelle indirecte descriptive multicentrique.

2.1.2 Choix du protocole

L'étude s'est déroulée dans 9 cabinets de médecine générale des Alpes-Maritimes utilisant le même logiciel présélectionné. Des consultations ont été enregistrées dans plusieurs cabinets de médecine générale, à l'aide d'un dictaphone fourni au médecin. Dans la littérature, il n'a pas été retrouvé d'élément permettant de faire un calcul du nombre de consultations nécessaires, un nombre moyen de 20 consultations par médecin a été demandé.

Pour chaque consultation, nous avons récupéré les données enregistrées par le dictaphone en les notant de manière brute dans un premier temps puis les avons codées selon la Classification Internationale de Soins Primaires (CISP-2). Dans un second temps, les données correspondant à ces consultations ont été récupérées dans le logiciel des médecins et ont été codées en CISP-2.

Toutes ces informations ont été répertoriées dans un tableau EXCEL® servant ensuite de base à l'étude.

Le jour choisi pour l'élaboration de l'étude, le médecin participant devait coller dans la salle d'attente un affichage que je lui avais fourni (ANNEXE 1) informant le patient d'une étude en cours pour une thèse et d'un enregistrement de sa consultation, s'il l'acceptait. Le patient (ou parent d'un mineur) devait alors signer en début de consultation une fiche de consentement (ANNEXE 2). Si le patient refusait l'enregistrement, le médecin n'enregistrait pas.

Le dictaphone et son mode d'emploi (ANNEXE 3), l'affichage de la salle d'attente, et les feuilles de consentement étaient remises au praticien dans un entretien préliminaire.

2.1.3 Choix du logiciel

Je me suis aidée du site BUZZ MEDECIN [10], site d'information et d'avis d'utilisateurs réservé aux médecins sur les principaux logiciels médicaux. Le logiciel choisi comme critère principal de sélection des médecins, que l'on nommera X, est l'un des plus utilisés par les médecins généralistes en France, avec plus de 20 000 utilisateurs. Il est certifié Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP) V2 par la HAS. [11]

2.1.4 Validation de l'étude

L'étude a été validée par le comité d'évaluation des sujets de thèse de la Faculté de Médecine de Nice, pour évaluation éthique et méthodologique.

2.2 POPULATION DE L'ETUDE

2.2.1 Médecins

2.2.1.1 Mode de constitution de l'échantillon : recrutement de l'échantillon

Au cours de mes remplacements effectués ces dernières années dans les Alpes-Maritimes, j'ai pu présélectionner 30 médecins qui avaient ce logiciel X.

Une lettre préliminaire de demande de participation à ma thèse a été envoyée aux médecins (ANNEXE 4). Après un délai de 2 mois, si je n'avais pas eu de réponse, je les relançais par téléphone ou mail. Une fois toutes les réponses obtenues, j'ai constitué ma base de médecins volontaires pour participer, une lettre étant attribuée arbitrairement à chacun d'eux.

2.2.1.2 Entretiens préliminaires individuels des médecins

Avant de débiter les enregistrements au sein de chaque cabinet, l'entretien avec le médecin rappelait le déroulement de l'étude et servait à remettre tous les documents utiles au déroulement de l'étude. Je prenais le temps ensuite de le questionner sur son installation et l'utilisation de son logiciel (ANNEXE 5).

2.2.2 Patients

2.2.2.1 Recrutement

Les patients étaient recrutés sur la base du volontariat.

2.2.2.2 Consentement

Les patients (ou les parents du patient mineur) devaient impérativement signer la feuille de consentement pour que l'enregistrement soit validé. Cela servait dans le deuxième temps de l'étude, à retourner dans le dossier du patient concerné sur l'ordinateur du médecin participant. Toutes les données ont été rendues anonymes par la suite.

2.3 RECUEIL DES DONNÉES ISSUES DE LA CONSULTATION

2.3.1 Première phase : enregistrement de la consultation

Les enregistrements des consultations ont eu lieu entre le 22 Juin 2016 et le 16 juin 2017 ; 191 consultations ont été exploitables.

2.3.2 Seconde phase : recueil des notes des médecins

Après avoir récupéré sur mon ordinateur les enregistrements oraux, je repérais le ou les motif(s) de la consultation, les procédures diagnostiques et thérapeutiques et les résultats de consultation (ou problème de santé identifié) à l'aide de la grille de renseignement créée (ANNEXE 6). Un chiffre a été attribué à chaque consultation, accompagné de la lettre du médecin correspondant.

2.3.3 Troisième phase : codage des informations selon la CISP-2

2.3.3.1 Historique de la CISP-2

Le Club des utilisateurs francophones de la CISP (Association loi 1901, France) rassemble des médecins généralistes ainsi que des informaticiens. Il est reconnu par le comité international de classification de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA), organisation internationale des médecins généralistes [12]. La première version de la CISP a vu le jour en 1987, traduite en 20 langues, dont le français en 1992, puis revisitée dans sa 2^{ème} version en 2000 (CISP-2).

2.3.3.2 Explications du fonctionnement de la CISP 2

La CISP-2 (ANNEXE 8) est une classification bi-axiale dont le premier axe comporte dix-sept chapitres (une lettre par chapitre) désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres psychologique et social).

Le second axe compte sept composants, eux chiffrés de 1 à 99 : symptômes et plaintes (01 à

29), procédures : diagnostiques et préventives (30 à 49), thérapeutiques et médicaments (50 à 59), résultats d'examens complémentaires (60 à 61), procédures administratives (62), références et autres motifs de rencontre (63 à 69), et diagnostics et maladies dont infections, cancers, traumatismes, anomalies congénitales, et autres diagnostics (70 à 99).

2.3.3.3 Utilité dans mon étude

Tous les motifs, procédures diagnostiques et/ou thérapeutiques, et résultats de consultations, ont été codés avec la CISP-2 afin de standardiser les informations et les rendre exploitables pour l'analyse. Je me suis aidée du site internet PROMETHE.ORG (ANNEXE 7), moteur de classification basé sur la CISP-2, reconnue comme classification de référence pour les soins primaires. Toutes les données codées ont été regroupées dans un tableau EXCEL®. Pour chacune des données de la consultation, une mention précisant le caractère « oral seul », « écrit seul » ou « oral et écrit » était notée.

La base de notre analyse s'est fondée sur l'exploitation des données de ce tableau. Nous avons volontairement choisi de n'exploiter que les données des motifs de consultations et des résultats de consultation (diagnostics).

2.4 TESTS STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel R. Les tests du Chi² et le test exact de Fischer ont été utilisés. Les analyses multivariées ont été effectuées à l'aide d'une régression logistique. Les variables présentant un $p < 0,20$ ont été intégrées dans le modèle puis un ajustement pas à pas basé sur la minimisation de l'AIC (Critère d'Information d'Akaike) a

été utilisé afin d'établir le modèle final. En multivarié, seuls les p des variables conservées dans le modèle définitif sont indiqués.

3 RESULTATS

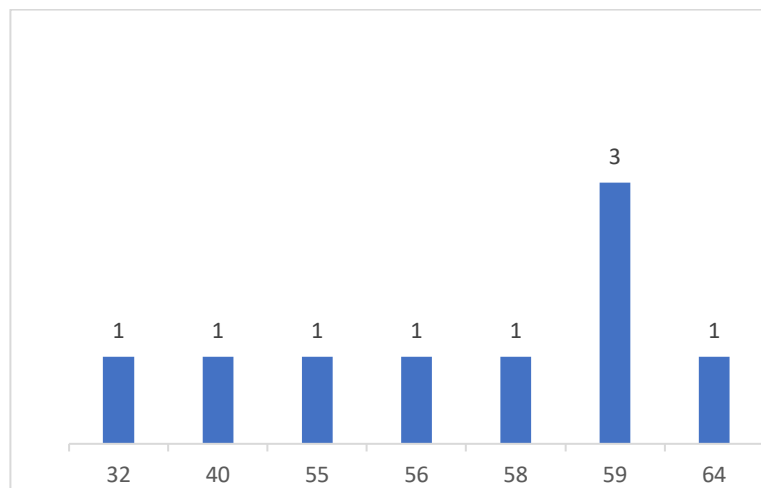
3.1 ANALYSES DESCRIPTIVES

3.1.1 Caractéristiques des médecins recrutés

3.1.1.1 Données socio-démographiques

L'ensemble des 9 médecins était situé sur le territoire des Alpes-Maritimes, en territoire urbain. Il y avait 5 hommes et 4 femmes parmi les médecins recrutés. La moyenne d'âge était de 53,56 ans.

Figure 1: Répartition de l'âge des médecins



(En abscisse : âge des médecins ; en ordonnée : nombre de médecins)

5 médecins étaient Maîtres de Stage Universitaire (MSU) et 4 ne l'étaient pas.

L'année d'installation des médecins s'échelonnait de 1978 à 2016.

3.1.1.2 Données issues de l'entretien préliminaire des médecins

L'année d'informatisation des praticiens s'étalait entre 1989 et 2016 (6 entre 1989 et 1997, un en 2000, un en 2007 et un autre en 2016).

Le logiciel X a été adopté par l'utilisateur la même année que celle de l'informatisation pour 3 médecins. 2 autres avaient la version antérieure de celui-ci, puis sont passés à au logiciel X au moment de ce changement, les autres ont une moyenne de passage au logiciel X d'environ une dizaine d'année après l'informatisation.

Tableau I: Raisons du choix du logiciel X

Raisons invoquées	Effectif
Gratuité, maintenance très efficace, pas de problème avec la carte vitale, aide pour les ROSP	1
Ergonomie, présentation globale satisfaisante	1
Logiciel déjà disponible au sein du cabinet de groupe	2
Gratuité initiale	1
Prix attractif	1
Simplicité	1
Gratuité, souplesse d'utilisation	1
Pas de rachat du logiciel X nécessaire, juste le transfert de données et les actualisations payantes	1

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

7 praticiens jugeaient le logiciel adapté à leur pratique quand un médecin le trouvait trop compliqué et un autre satisfaisant, après un temps d'adaptation.

Le tableau II mentionne les éléments que le médecin affirme noter systématiquement. Un seul médecin notait « tout » lors d'une consultation. 7 médecins disaient noter les motifs ; 6 médecins affirmaient noter les diagnostics ou résultats ou conclusion de manière systématique.

Tableau II: Éléments notés systématiquement par le médecin sur le logiciel

Éléments notés systématiquement	Effectif
Poids, tension, taille, motif, symptômes, conclusion	1
Motif, paramètres (constantes), examen clinique	1
ATCD, pathologies en cause, traitements et prescriptions d'examens complémentaires et résultats	1
Motif, tension artérielle, poids	1
Toute information est notée	1
Motif et diagnostique	1
Motif, diagnostique parfois (sauf consultations pour renouvellement de traitement)	1
Motif (permettant plus de visibilité pour les prochaines consultations)	1
ATCD, pathologies en cause, traitements et prescriptions d'examens complémentaires et résultats	1

ATCD : Antécédents

Pour 4 médecins, rien n'était fait à la main. Pour les autres, les données écrites à la main ne concernaient que des prescriptions : prise de sang, kinésithérapie, Démarche de Soins Infirmiers (DSI), bas de contention.

3.1.2 Caractéristiques des patients

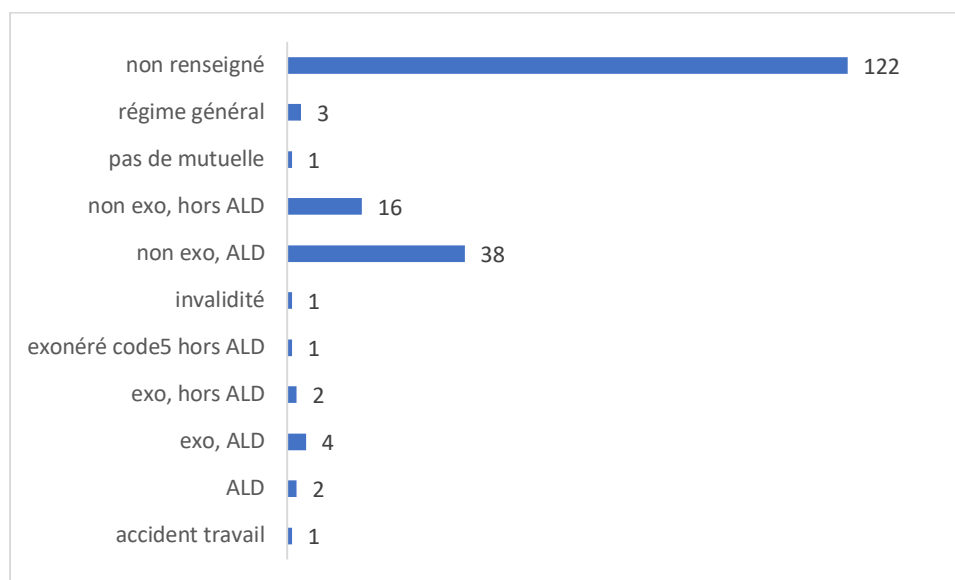
3.1.2.1 Les participants

Le genre féminin était davantage représenté au sein de la population étudiée (58% de femmes et 41% d'hommes ; 1% non renseigné sur le dossier). L'immense majorité des consultations concernait des patients déjà venus voir le médecin.

Il n'y a que 76 patients dont la profession était renseignée sur le dossier du médecin, et pour la majorité d'entre eux, il s'agissait de retraités.

La catégorie « statut » permettait de dresser, sur 69 consultations seulement (car 122 dossiers n'étaient pas renseignés), le statut médico-social des patients participants.

Figure 2: Statut des patients

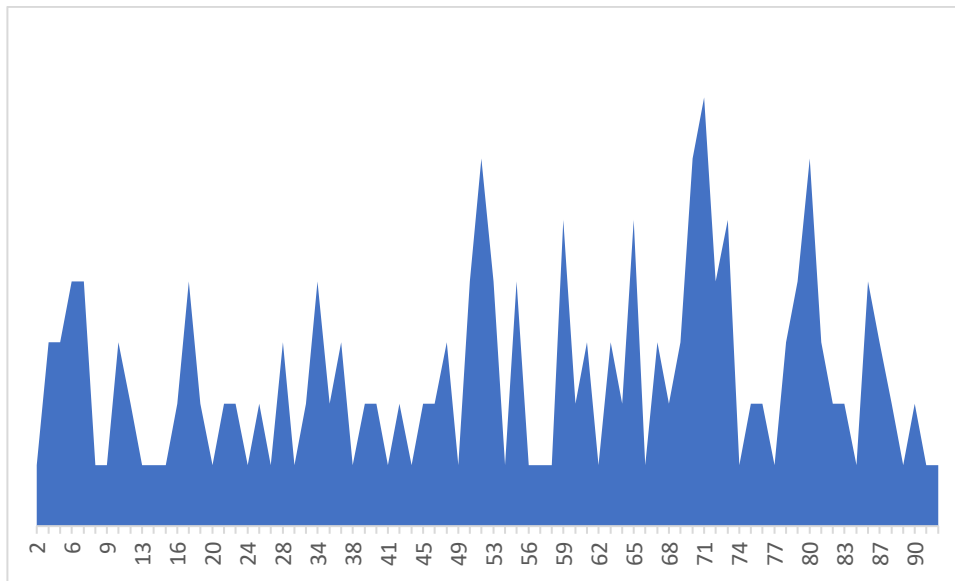


(En abscisse : nombre de patients ; en ordonnée : statut des patients)

exo : exonération des soins ; *non exo* : non exonération des soins ; *ALD* : Affection Longue Durée

L'âge moyen était de 51,70 ans avec un minimum à 2 ans et un maximum à 90 ans.

Figure 3: Age des patients



(En abscisse : âge des patients ; en ordonnée : répartition du nombre de patients pour l'âge donné)

3.1.2.2 Les refus :

Les refus étaient liés à la crainte que leur nom ne soit retransmis à d'autres fins que celle de la thèse ou que le praticien soit distrait par cet enregistrement. Il n'y a pas de donnée chiffrée sur le nombre de refus mais celui-ci paraît restreint.

3.1.3 Caractéristiques des motifs de consultation

3.1.3.1 État des lieux des motifs de consultation

Nous avons dressé un classement des 20 motifs de consultations les plus retrouvés au sein des 191 consultations.

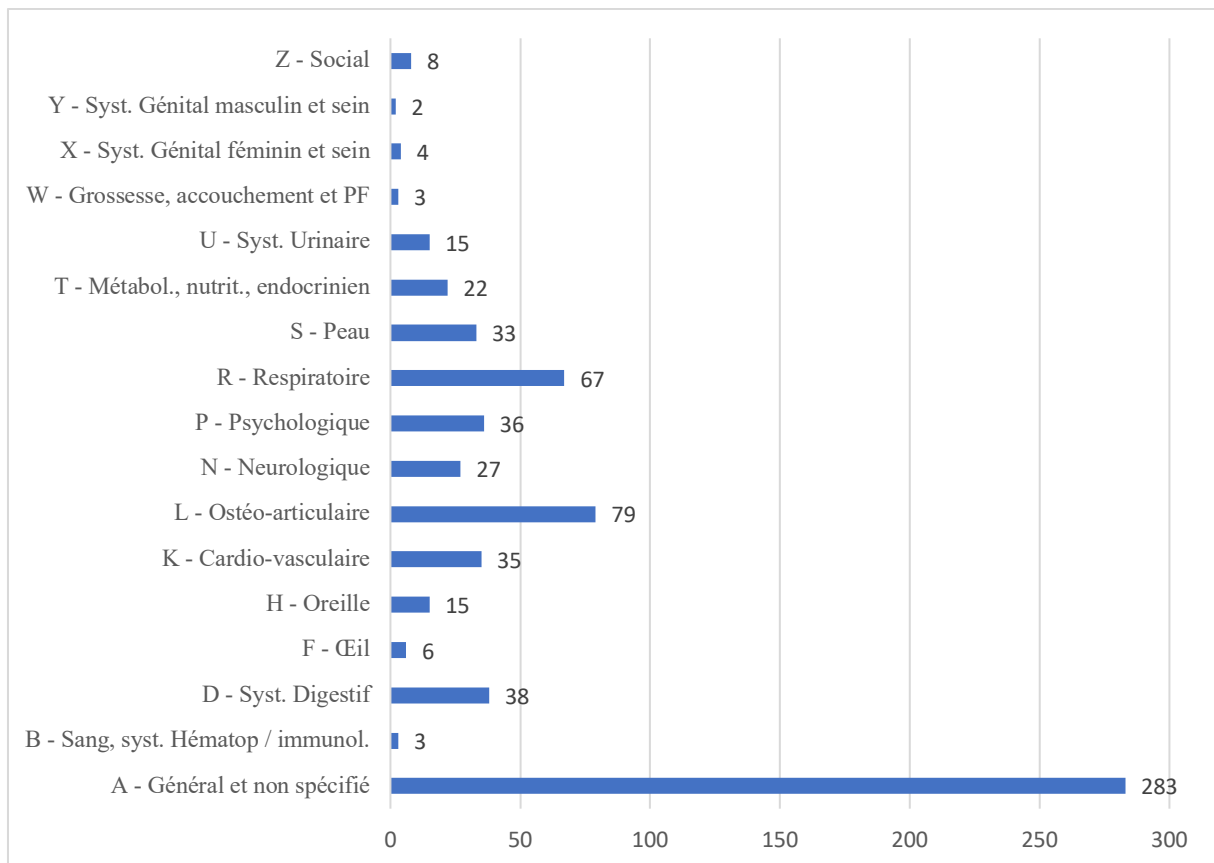
Tableau III: Top 20 des motifs de consultation les plus retrouvés

Code	Effectif
A50 – Médication / prescription / injection	44 (6,44%)
A97 – Pas de maladie	43 (6,30%)
A34 – Autre analyse de sang	38 (5,56%)
A62 – Contact administratif	34 (4,98%)
A63 – Rencontre de suivi	20 (2,93%)
A44 – Vaccination / médication préventive	15 (2,20%)
R05 – Toux	13 (1,90%)
A03 – Fièvre	11 (1,61%)
A04 – Fatigue / faiblesse générale	11 (1,61%)
A45 – Recom / éducation santé/avis/régime	11 (1,61%)
R21 – S/P de la gorge	11 (1,61%)
L15 – S/P du genou	10 (1,46%)
A85 – Effet sec subst. Médicinale	9 (1,32%)
A01 – Douleur générale / de sites multiples	8 (1,17%)
A98 – Gestion santé / médecine préventive	7 (1,02%)
D02 – Douleur abdominale / épigastrique	7 (1,02%)
N17 – Vertige / étourdissement	7 (1,02%)
NC – Pas de code attribué	7 (1,02%)
P29 – Autre S/P psychologique	7 (1,02%)
R02 – Souffle court / dyspnée	7 (1,02%)

Recom=Recommandations ; S/P=Symptôme ou Plainte ; sec=Secondaire ; Subst=Substance

En majorité était représenté le chapitre A « général et non spécifié » qui regroupe les motifs divers généraux ne correspondant pas à un appareil anatomique. Il revenait 283 fois dans les différents motifs. L'ensemble des chapitres et composants correspondant aux motifs sont répertoriés et classés selon leur importance (figures 4 et 5).

Figure 4: Ensemble des motifs de consultation selon les chapitres CISP-2

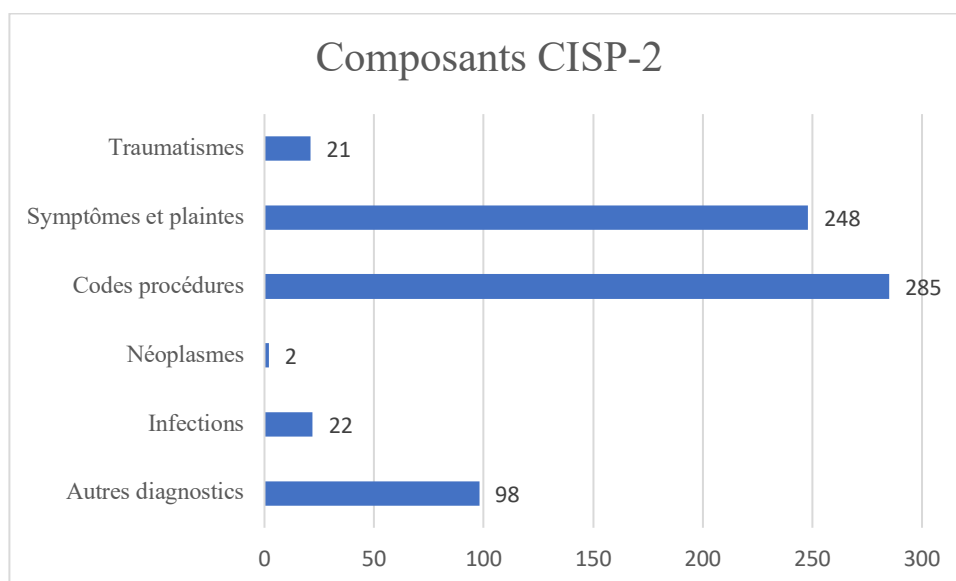


(En abscisse : nombre de motifs ; en ordonnée : chapitres CISP-2)

Syst=Système ; *Métabol*=Métabolisme ; *nutrit*=Nutrition ; *Hématop*=Hématopoïétique ;

Immunol=Immunologique

Figure 5: Ensemble des motifs de consultation selon les composants CISP-2

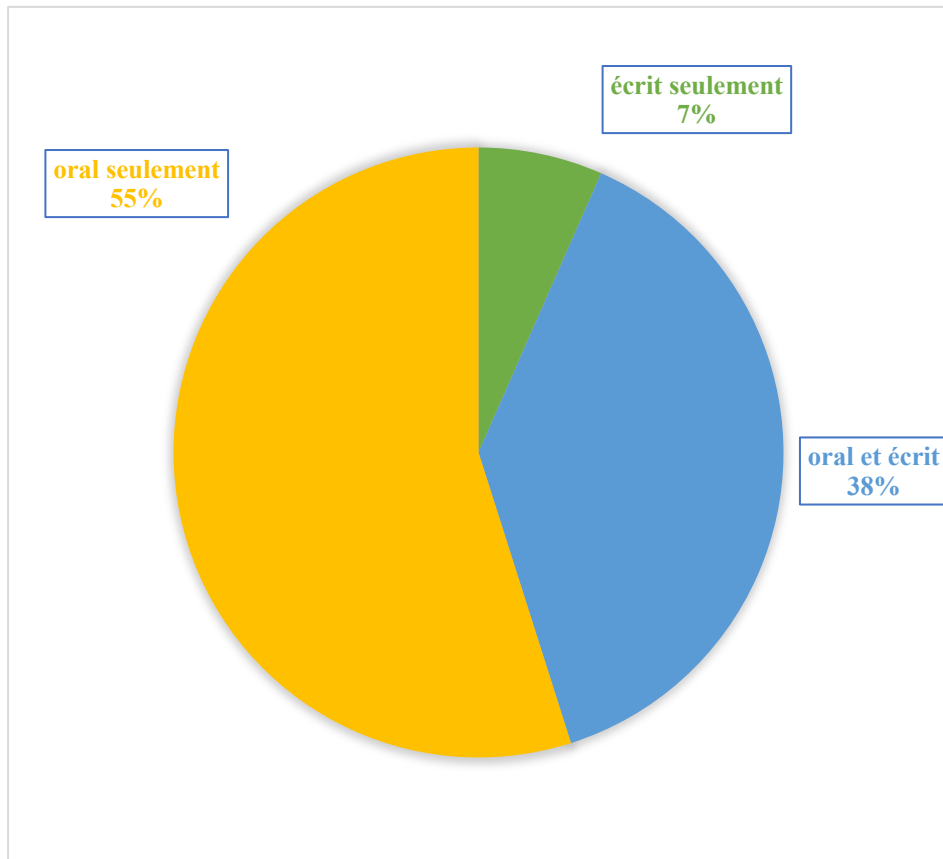


(En abscisse : nombre de motifs ; en ordonnée : composants CISP-2)

3.1.3.2 Répartition des motifs de consultation :

Nous avons retrouvé que **les motifs étaient à la fois dits oralement et retranscrits dans le dossier informatique dans 38% des cas ; ils étaient dits oralement seulement (sans retranscription) dans 55% des cas et écrits seulement (sans avoir été verbalisés) dans 7% des cas.**

Figure 6: Répartition des motifs de consultation (analyse descriptive)



3.1.4 Caractéristiques des diagnostics

3.1.4.1 État des lieux des diagnostics

Un classement des 20 résultats diagnostiques les plus retrouvés au sein des 191 consultations a été établi.

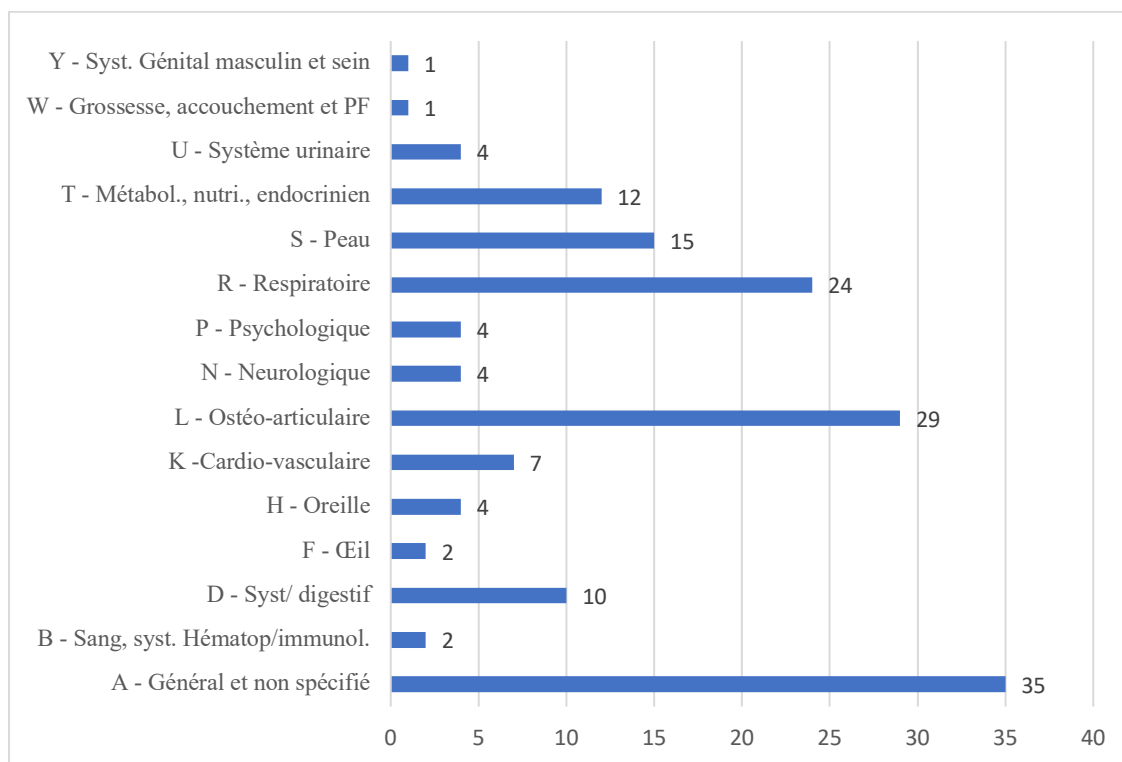
Tableau IV: Top 20 des diagnostics les plus retrouvés

Code	Effectif
R74 – Infection aiguë des voies respi. Sup	10 (6,29%)
A34 – Autre analyse de sang	7 (4,40%)
A77 – Autre maladie virale NCA	7 (4,40%)
L86 – Syndr. Dorso-lombaire et irradiation	6 (3,77%)
L87 – Bursite, tendinite, synovite NCA	6 (3,77%)
T91 – Carence vitaminique / nutritionnelle	5 (3,14%)
NC – Pas de code attribué	5 (3,14%)
A60 – Résultats d’analyses / examens	4 (2,52%)
T60 – Résultats d’analyses / examens	4 (2,52%)
A45 – Recom. / éducation santé / avis / régime	3 (1,89%)
A97 – Pas de maladie	3 (1,89%)
A99 – Maladie de nature / site non précisé	3 (1,89%)
D70 – Infection gastro-intestinale	3 (1,89%)
D84 – Maladie de l’œsophage	3 (1,89%)
K86 – Hypertension non compliquée	3 (1,89%)
L84 – Syndr. Dorso-lombaire sans irradiation	3 (1,89%)
L91 – Autre arthrose	3 (1,89%)
R76 – Angine aiguë	3 (1,89%)
S80 – Kératose actinique / coup de soleil	3 (1,89%)
S87 – Dermatite atopique / eczéma	3 (1,89%)

Respi=Respiratoire ; syndr=Syndrome ; NCA= Non Classé Ailleurs ; recom=Recommandations ;

Les résultats de consultation en termes de diagnostics sont classés selon les chapitres et composants de la CISP-2 (figures 7 et 8).

Figure 7: Ensemble des diagnostics selon les chapitres CISP-2

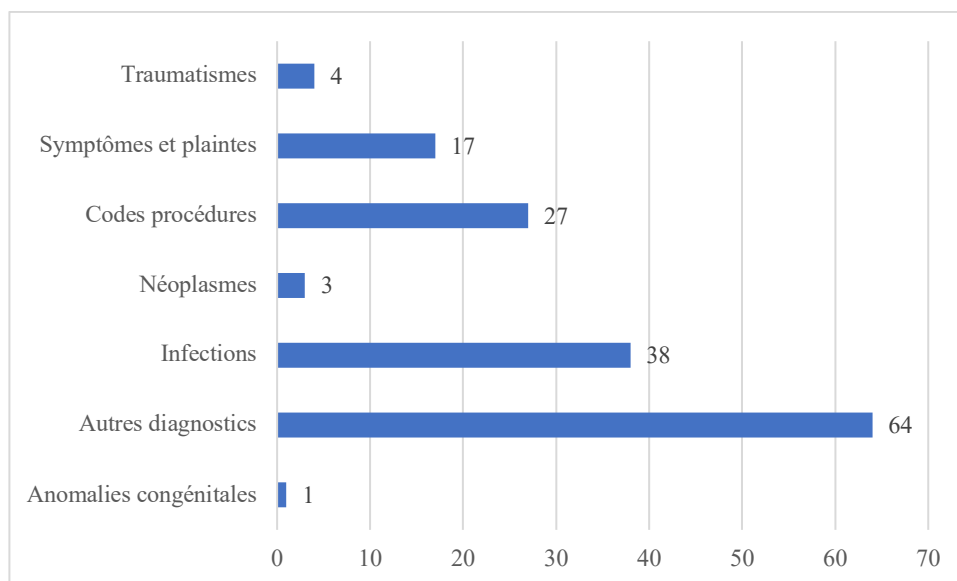


(En abscisse : nombre de diagnostics ; en ordonnée : chapitres CISP-2)

Métabol=Métabolisme ; *Nutri*=Nutrition ; *Syst*=Système ; *Hématop*=Hématopoiétique ;

Immunol=Immunologique)

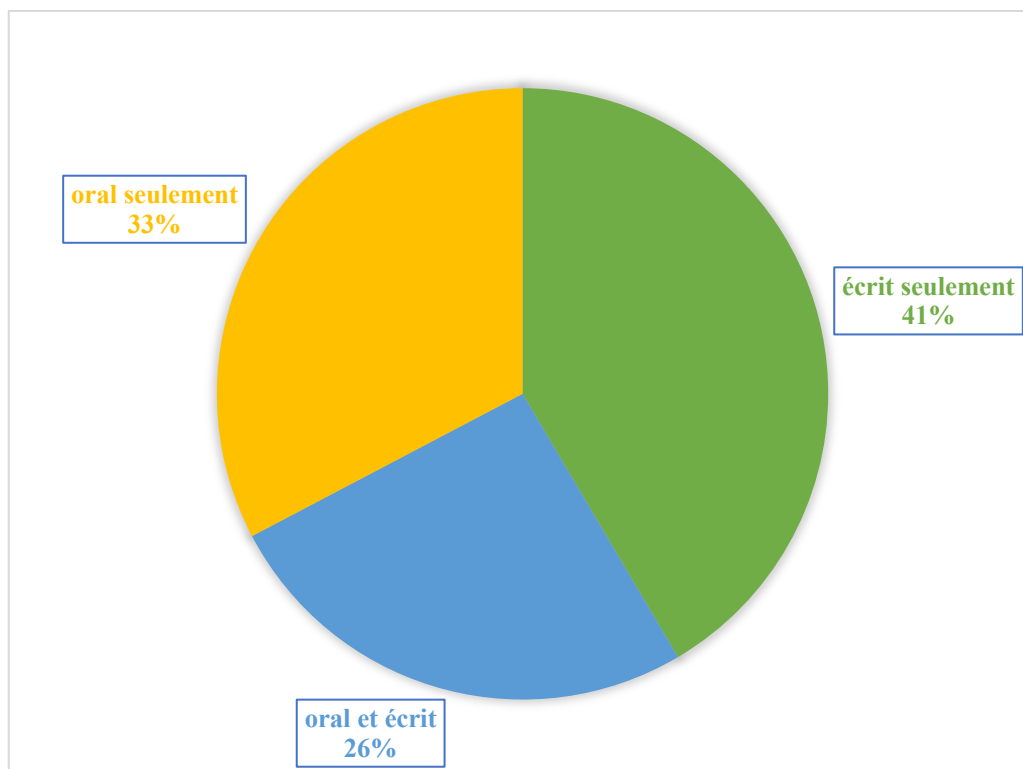
Figure 8: Ensemble des diagnostics selon les composants CISP-2



(En abscisse : nombre de diagnostics ; en ordonnée : composants CISP-2)

3.1.4.2 Répartition des diagnostics

Figure 9: Répartition des diagnostics (analyse descriptive)



26% des diagnostics étaient à la fois dits oralement puis notés dans le dossier informatique du patient. 41% étaient écrits uniquement sans être verbalisés, quand 33% des diagnostics étaient uniquement formulés oralement.

3.2 ANALYSES STATISTIQUES

3.2.1 Analyse des motifs et diagnostics

Les figures 10 et 11 montrent la répartition des motifs et diagnostics en termes de retranscription ou non de données orales et de verbalisation ou non des données écrites.

Figure 10: Répartition des motifs de consultation oraux et écrits (analyse statistique)

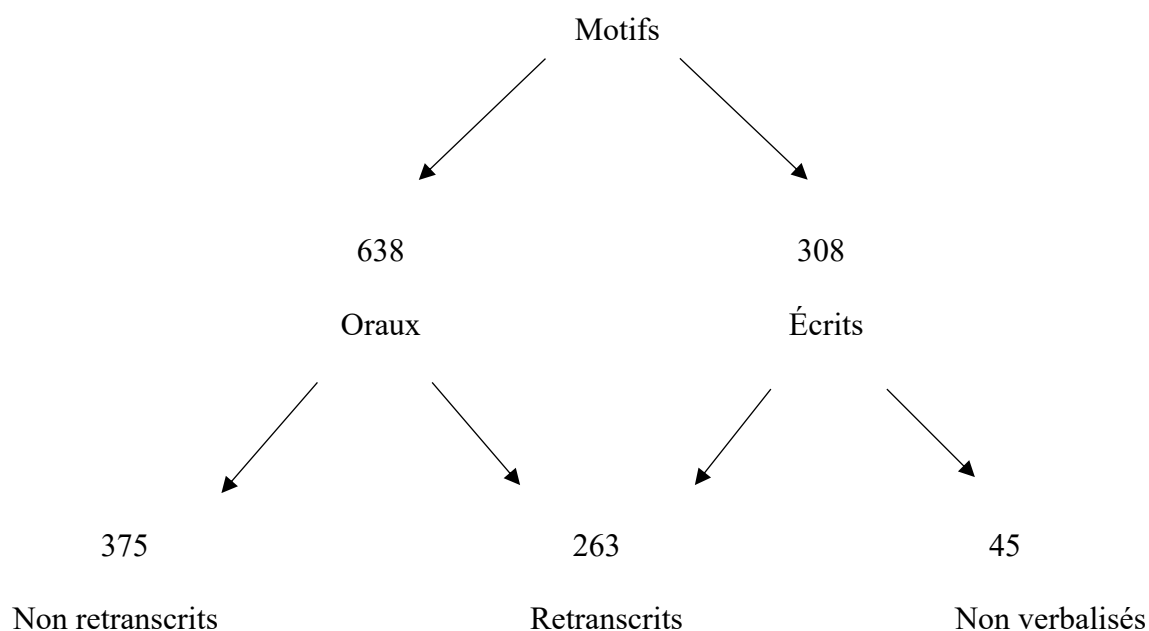
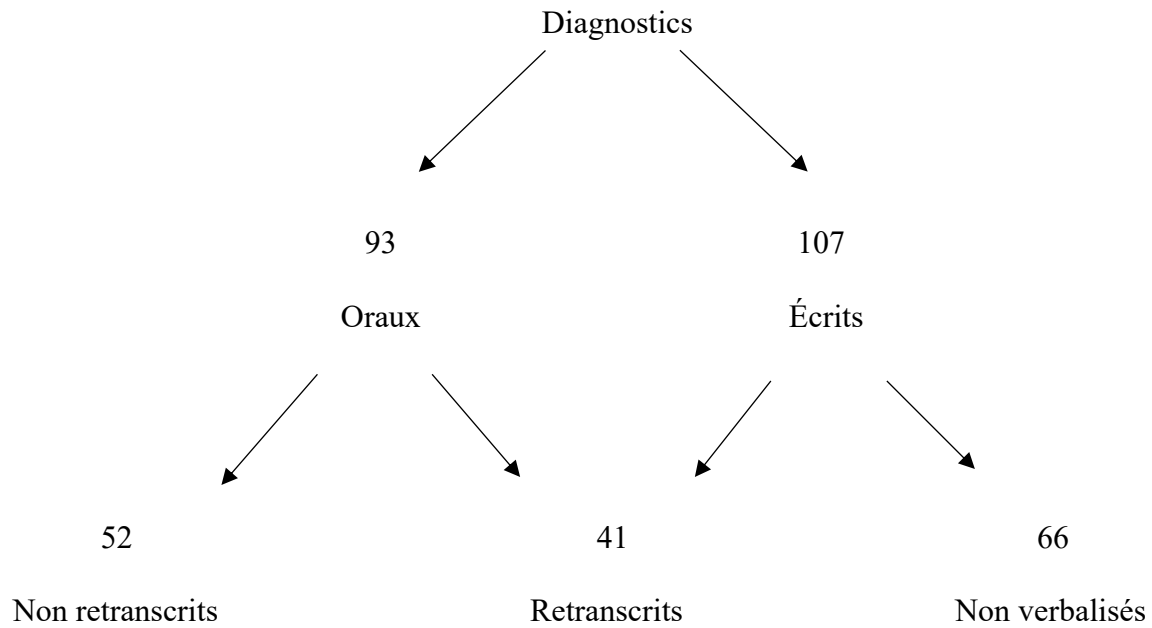


Figure 11: Répartition des diagnostics oraux et écrits (analyse statistique)



Concernant le traitement de l'information en elle-même, **la retranscription des informations dans le dossier ne différait pas de façon statistiquement significative entre les motifs et les diagnostics** ($p=0,6527$).

En revanche, pour ce qui est de la comparaison de la quantité de motifs et de diagnostics notés uniquement à l'écrit, il y avait une différence fortement significative avec un $p<0,0001$: **les diagnostics se retrouvaient plus souvent uniquement à l'écrit que les motifs** (figure 12).

Figure 12: Comparaison de la quantité des motifs et diagnostics notés uniquement à l'écrit

	Écrit seulement	Oral et écrit
Motifs	45 (14,61%)	263 (85,39%)
Diagnostics	66 (61,68%)	41 (38,32%)

3.2.2 Analyses multivariées

Les motifs de consultation et les diagnostics ont été analysés afin d'étudier les déterminants à leur retranscription dans le dossier médical informatisé d'une part, et les caractéristiques de ceux notés dans le dossier sans avoir été verbalisés au cours de la consultation d'autre part.

3.2.2.1 Retranscription des motifs de consultation oraux

Tableau V: Analyse multivariée des motifs oraux

Motifs oraux (n=638)	Oral seulement		Oral et écrit		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des patients*							
Ancienneté							
Ancien patient	347	58,32%	248	41,68%	595	0,6235	-
Nouveau patient	26	63,41%	15	36,59%	41		
Genre						1	-
Femme	230	58,52%	163	41,48%	393		
Homme	143	58,85%	100	41,15%	243		
Statut étudiant						0,0711	-
Pas étudiant	371	59,08%	257	40,92%	628		
Etudiant	2	25,00%	6	75,00%	8		
Statut social (372 NR)						0,5117	-
Non exo-ALD	84	59,15%	58	40,85%	142		
Non exo-hors ALD	39	61,90%	24	38,10%	63		
Exo-ALD	7	46,67%	8	53,33%	15		
Exo-hors ALD	6	42,86%	8	57,14%	14		
Autres	15	50,00%	15	50,00%	30		
Age moyen	54,28 [51,69-56,86]		57,41 [54,62-60,19]			0,1133	0,4853
Caractéristiques des médecins							
Genre						0,0632	0,4802
Féminin	157	54,70%	130	45,30%	287		
Masculin	218	62,11%	133	37,89%	351		

Motifs oraux(n=638)	Oral seulement		Oral et écrit		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des médecins							
Maître de stage universitaire							
Non	203	68,12%	95	31,88%	298	8,793.10⁻⁶	0,0007
Oui	172	50,59%	168	49,41%	340		
Age moyen	51,79 [50,68-52,90]		56,28 [55,37-57,19]			1,588.10⁻⁸	0,0001
Durée d'installation							
Moins de 10 ans	111	78,72%	30	21,28%	141	2,468.10⁻⁸	-
Plus de 10 ans	264	53,12%	233	46,88%	497		
Durée d'informatisation							
Depuis - de 20 ans	154	75,49%	50	24,51%	204	3,426.10⁻⁹	-
Depuis 20 ans ou +	221	50,92%	213	49,08%	434		
Dossiers papiers (61 NR)							
Non	242	67,79%	115	32,21%	357	0,0001	-
Oui	114	51,82%	106	48,18%	220		
Lieu d'exercice							
Biot	43	68,25%	20	31,75%	63	6,814.10⁻⁹	-
Cannes	46	60,53%	30	39,47%	76		
Cannes la bocca	34	50,75%	33	49,25%	67		
Le Cannet (06)	53	61,63%	33	38,37%	86		
Menton	27	40,30%	40	59,70%	67		
Nice	61	44,20%	77	55,80%	138		
Roquefort les pins	111	78,72%	30	21,28%	141		
Logiciel précédent							
Aucun	150	70,75%	62	29,25%	212	9,4.10⁻¹⁰	-
DB med	19	31,15%	42	68,85%	61		
DOCWARE	129	56,09%	101	43,91%	230		
ENDOGEST	27	40,30%	40	59,70%	67		
Shamann	50	73,53%	18	26,47%	68		
Utilisation du logiciel par un autre intervenant							
Aucun	46	60,53%	30	39,47%	76	3,477.10⁻⁵	-
Remplaçant/associé	157	70,72%	65	29,28%	222		
Internes/étudiants	69	47,92%	75	52,08%	144		
Remplaçant/associé et internes/étudiants	103	52,55%	93	47,45%	196		
Utilisation du logiciel par des internes/étudiants							
Non	203	68,12%	95	31,88%	298	8,793.10⁻⁶	-
Oui	172	50,59%	168	49,41%	340		
Données rentrées par un autre intervenant							
Non	96	66,67%	48	33,33%	144	0,0341	-
Oui	279	56,48%	215	43,52%	494		

Motifs oraux(n=638)	Oral seulement		Oral et écrit		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des médecins							
Logiciel jugé adapté							
Non	42	54,55%	35	45,45%	77	0,4595	-
Oui	333	59,36%	228	40,64%	561		
Notes prises à la main						0,0231	-
Non	149	53,60%	129	46,40%	278		
Oui	226	62,78%	134	37,22%	360		
Visites notées						0,0733	0,1258
Non/peu	295	60,82%	190	39,18%	485		
Oui	80	52,29%	73	47,71%	153		

Motifs oraux(n=638)	Oral seulement		Oral et écrit		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des motifs **							
Chapitres CISP-2						0,5310	-
A	152	57,58%	112	42,42%	264		
D	20	54,05%	17	45,95%	37		
H	9	64,29%	5	35,71%	14		
K	19	59,38%	13	40,63%	32		
L	34	47,22%	38	52,78%	72		
N	13	50,00%	13	50,00%	26		
P	25	71,43%	10	28,57%	35		
R	41	64,06%	23	35,94%	64		
S	22	66,67%	11	33,33%	33		
T	11	61,11%	7	38,89%	18		
U	9	69,23%	4	30,77%	13		
Autres	14	60,87%	9	39,13%	23		
Chapitre CISP-2 correspondant à un motif psycho-social						0,0369	0,0470
Oui	31	73,81%	11	26,19%	42		
Non	338	57,39%	251	42,61%	589		
Composants (SPL, procédures, infections, néoplasmes, traumatismes, autres diagnostics)						NA	
Composants						0,0066	0,0058
SPL et procédures	280	55,78%	222	44,22%	502		
Autres	89	68,99%	40	31,01%	129		

NR : Non Renseigné

NA : Non Applicable

SPL : Symptômes et Plaintes ; EXO : Exonéré ; ALD : Affection Longue Durée

*2 motifs sont exclus car l'ensemble des données ne sont pas disponibles (n = 636)

**7 motifs ne sont pas codés (n = 631)

- Les chapitres B, F, W, X, Y et Z étant peu représentés ils ont été regroupés dans une catégorie nommée « Autres » afin de pouvoir appliquer le test du chi².

Les maîtres de stage universitaire retranscrivent davantage les motifs de consultation

(OR = 1,864 [1,302 – 2,680]) **ainsi que les médecins plus âgés** (OR = 1,052 [1,026 – 1,080]).

Les motifs d'ordre psycho-social (chapitres P et Z) **sont moins retranscrits que les autres**

(OR = 0,473 [0,217 – 0,965]).

Les symptômes et plaintes ainsi que les procédures sont davantage retranscrits que les autres composants CISP-2 (OR = 1,834 [1,199 – 2,844]).

3.2.2.2 Analyse des motifs écrits

Tableau VI: Analyse multivariée des motifs écrits

Motifs écrits (n=308)	Oral et écrit		Écrit uniquement		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des patients*							
Ancienneté							
Ancien patient	247	87,28%	36	12,72%	283	0,0034	0,0031
Nouveau patient	15	62,50%	9	37,50%	24		
Genre							
Femme	163	86,24%	26	13,76%	189	0,6200	-
Homme	99	83,90%	19	16,10%	118		
Statut étudiant							
Pas étudiant	256	85,62%	43	14,38%	299	0,3321	-
Étudiant	6	75,00%	2	25,00%	8		
Statut social (372 NR)						NA	
Age moyen	57,41 [54,62-60,19]		54,22 [45,81-62,64]			0,4842	-
Caractéristiques des médecins							
Genre							
Féminin	130	85,53%	22	14,47%	152	1	-
Masculin	133	85,26%	23	14,74%	156		

Motifs écrits (n=308)	Oral et écrit		Écrit uniquement		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des médecins							
Maître de stage universitaire							
Non	95	89,62%	11	10,38%	106	0,1737	-
Oui	168	83,17%	34	16,83%	202		
Age moyen	56,28 [55,37-57,19]		55,56 [52,83-58,28]			0,6239	-
Durée d'installation							
Moins de 10 ans	30	81,08%	7	18,92%	37	0,4562	-
Plus de 10 ans	233	85,98%	38	14,02%	271		
Durée d'informatisation							
Depuis - de 20 ans	50	86,21%	8	13,79%	58	1	-
Depuis 20 ans ou +	213	85,20%	37	14,80%	250		
Dossiers papiers (50 NR)							
Non	115	85,82%	19	14,18%	134	1	-
Oui	106	85,48%	18	14,52%	124		
Lieu d'exercice						NA	
Logiciel précédent						NA	
Utilisation du logiciel par un autre intervenant						NA	
Utilisation du logiciel par des internes/étudiants							
Non	95	89,62%	11	10,38%	106	0,1737	-
Oui	168	83,17%	34	16,83%	202		
Données rentrées par un autre intervenant							
Non	48	90,57%	5	9,43%	53	0,2905	-
Oui	215	84,31%	40	15,69%	255		
Logiciel jugé adapté							
Non	35	79,55%	9	20,45%	44	0,2501	-
Oui	228	86,36%	36	13,64%	264		
Notes prises à la main							
Non	129	82,17%	28	17,83%	157	0,1094	-
Oui	134	88,74%	17	11,26%	151		
Visites notées							
Non/peu	190	84,82%	34	15,18%	224	0,7198	-
Oui	73	86,90%	11	13,10%	84		

Motifs écrits (n=308)	Oral et écrit		Écrit uniquement		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des motifs **							
Chapitres CISP-2 (tous)						NA	
Chapitres CISP-2 F, K, T, U ou Z							
Oui	27	69,23%	12	30,77%	39	0,0023	0,0049
Non	235	87,69%	33	12,31%	268		
Composants (SPL, procédures, infections, néoplasmes, traumatismes, autres diagnostics)						NA	
Composants							
Infections et autres diagnostics	33	71,74%	13	28,26%	46	0,0045	0,0474
Autres	229	87,74%	32	12,26%	261		

NR : non Renseigné

NA : Non Applicable

SPL : Symptômes et Plaintes

*1 motif est exclu car l'ensemble des données ne sont pas disponibles (n = 307)

**1 motif n'est pas codé (n = 307)

Ce sont chez les **nouveaux patients** que l'on retrouve le **plus de motifs de consultation présents uniquement à l'écrit** (OR = 4,172 [1,567 – 10,614]). Les motifs concernant les **chapitres F, K, T, U ou Z** (OR = 3,204 [1,387 – 7,122]) et ceux correspondants aux **composants infections ou autres diagnostics** (OR = 2,217 [0,981 – 4,781]) se retrouvent **plus souvent à l'écrit sans être verbalisés**.

3.2.2.3 Retranscription des diagnostics oraux

Tableau VII: Analyse multivariée des diagnostics oraux

Diagnostiques oraux(n=93)	Oral seulement		Oral et écrit		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des patients							
Ancienneté							
Ancien patient	46	54,12%	39	45,88%	85	0,4588	-
Nouveau patient	6	75,00%	2	25,00%	8		

Diagnostiques oraux(n=93)	Oral seulement		Oral et écrit		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des patients							
Genre							
Femme	37	58,73%	26	41,27%	63	0,5049	-
Homme	15	50,00%	15	50,00%	30		
Statut étudiant						1	-
Pas étudiant	52	55,91%	41	44,09%	93		
Étudiant	0	0,00%	0	0,00%	0		
Statut social (59 NR)						NA	
Age moyen	51,00 [44,21-57,79]		47,76 [40,11-55,40]			0,5356	-
Diagnostiques oraux(n=93)	Oral seulement		Oral et écrit		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des médecins							
Genre							
Féminin	15	53,57%	13	46,43%	28	0,8221	-
Masculin	37	56,92%	28	43,08%	65		
Maître de stage universitaire						0,2974	-
Non	25	62,50%	15	37,50%	40		
Oui	27	50,94%	26	49,06%	53		
Age moyen	51,94 [48,91-54,87]		52,34 [49,36-55,32]			0,8566	-
Durée d'installation						0,8141	-
Moins de 10 ans	15	60,00%	10	40,00%	25		
Plus de 10 ans	37	54,41%	31	45,59%	68		
Durée d'informatisation						0,6714	-
Depuis - de 20 ans	18	52,94%	16	47,06%	34		
Depuis 20 ans ou +	34	57,63%	25	42,37%	59		
Dossiers papiers (13 NR)						0,0584	0,0808
Non	34	64,15%	19	35,85%	53		
Oui	11	40,74%	16	59,26%	27		
Lieu d'exercice						NA	
Logiciel précédent						NA	
Utilisation du logiciel par un autre intervenant						0,2380	-
Aucun	12	80,00%	3	20,00%	15		
Remplaçant/associé	13	52,00%	12	48,00%	25		
Internes/étudiants	9	50,00%	9	50,00%	18		
Remplaçant/associé et internes/étudiants	18	51,43%	17	48,57%	35		
Utilisation du logiciel par des internes/étudiants						0,2974	-
Non	25	62,50%	15	37,50%	40		
Oui	27	50,94%	26	49,06%	53		

Diagnostiques oraux(n=93)	Oral seulement		Oral et écrit		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des médecins							
Données rentrées par un autre intervenant							
Non	18	69,23%	8	30,77%	26	0,1621	-
Oui	34	50,75%	33	49,25%	67		
Logiciel jugé adapté							
Non	4	100,00%	0	0,00%	4	0,1274	0,9891
Oui	48	53,93%	41	46,07%	89		
Notes prises à la main							
Non	40	51,28%	38	48,72%	78	0,0493	-
Oui	12	80,00%	3	20,00%	15		
Visites notées							
Non/peu	46	59,74%	31	40,26%	77	0,1652	
Oui	6	37,50%	10	62,50%	16		

Diagnostiques oraux(n=93)	Oral seulement		Oral et écrit		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des diagnostics *							
Chapitres CISP-2 (17 chapitres)						NA	
Chapitre CISP-2 : A							
Oui	21	75,00%	7	25,00%	28	0,0104	0,0287
Non	28	45,90%	33	54,10%	61		
Composants (tous)						NA	
Composants							
Autres	37	60,66%	24	39,34%	61	0,1170	-
Infections et néoplasmes	12	42,86%	16	57,14%	28		

NR : Non Renseigné

NA : Non Applicable

*4 diagnostics sont exclus car non codés (n=89)

Les diagnostics du chapitre A sont moins souvent retranscrits que les autres (OR = 0,263 [0,072 – 0,823]).

3.2.2.4 Analyse des diagnostics écrits

Tableau VIII: Analyse multivariée des diagnostics écrits

Diagnostiques écrits (n=107)	Oral et écrit		Ecrit seulement		Total	P (univarié)	P (multivarié)	
Caractéristiques des patients*								
Ancienneté								
Ancien patient	39	39,39%	60	60,61%	99	1	-	
Nouveau patient	2	33,33%	4	66,67%	6			
Genre (2 NR)						0,8377	-	
Femme	26	40,63%	38	59,38%	64			
Homme	15	36,59%	26	63,41%	41			
Statut étudiant (2 NR)						1	-	
Pas étudiant	41	39,42%	63	60,58%	104			
Etudiant	0	0,00%	1	100,00%	1			
Statut social (70 NR)						NA		
Age moyen	47,76 [40,11-55,40]		57,17 [51,72-62,62]			0,0529	0,1440	
Diagnostiques écrits(n=107)								
		Oral et écrit		Ecrit seulement		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des médecins								
Genre								
Féminin	13	28,26%	33	71,74%	46	0,0732	-	
Masculin	28	45,90%	33	54,10%	61			
Maître de stage universitaire						0,0293	0,0241	
Non	15	27,78%	39	72,22%	54			
Oui	26	49,06%	27	50,94%	53			
Age moyen	52,34 [49,36-55,32]		53,30 [51,09-55,52]			0,6076	-	
Durée d'installation						0,8123	-	
Moins de 10 ans	10	41,67%	14	58,33%	24			
Plus de 10 ans	31	37,35%	52	62,65%	83			
Durée d'informatisation						0,5519	-	
Depuis - de 20 ans	16	34,78%	30	65,22%	46			
Depuis 20 ans ou +	25	40,98%	36	59,02%	61			
Dossiers papiers (9 NR)						0,3871	-	
Non	19	31,67%	41	68,33%	60			
Oui	16	42,11%	22	57,89%	38			
Lieu d'exercice						NA		
Logiciel précédent						NA		

Diagnostiques écrits(n=107)	Oral et écrit		Ecrit seulement		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des médecins							
Utilisation du logiciel par un autre intervenant						NA	
Utilisation du logiciel par des internes/étudiants							
Non	15	27,78%	39	72,22%	54	0,0293	-
Oui	26	49,06%	27	50,94%	53		
Données rentrées par un autre intervenant							
Non	8	34,78%	15	65,22%	23	0,8105	-
Oui	33	39,29%	51	60,71%	84		
Logiciel jugé adapté							
Non	0	0,00%	4	100,00%	4	0,2956	-
Oui	41	39,81%	62	60,19%	103		
Notes prises à la main							
Non	20	51,28%	19	48,72%	39	0,0416	-
Oui	21	30,88%	47	69,12%	68		
Visites notées							
Non	20	35,71%	36	64,29%	56	0,7779	
Rarement/partiellement	11	44,00%	14	56,00%	25		
Oui	10	38,46%	16	61,54%	26		

Diagnostiques écrits(n=107)	Oral et écrit		Ecrit seulement		Total	P (univarié)	P (multivarié)
Caractéristiques des diagnostics **							
Chapitres CISP-2 (tous)						NA	
Chapitre CISP-2							
Autres	40	42,55%	54	57,45%	94	0,0061	-
Chap. K, N, P	0	0,00%	11	100,00%	11		
Composants (tous)						NA	
Composants							
Infections et néoplasmes	16	55,17%	13	44,83%	29	0,0260	0,3660
Autres	24	31,58%	52	68,42%	76		

NR : Non Renseigné

NA : Non Applicable

* 2 diagnostics sont exclus car l'ensemble des données ne sont pas disponibles (n=105)

** 2 diagnostics sont exclus car non codés (n=105)

Les maîtres de stage universitaires ont moins tendance à noter des diagnostics dans le dossier sans les avoir verbalisés au cours de la consultation (OR = 0,379 [0,160-0,871]).

4 DISCUSSION

4.1 PRINCIPAUX RESULTATS

La retranscription écrite d'un motif ou d'un diagnostic dans le dossier n'est pas influencée par le fait qu'il s'agisse d'un motif ou d'un diagnostic.

En revanche, les médecins n'ont pas le même comportement s'il s'agit d'un motif de consultation ou d'un diagnostic en matière de verbalisation de ceux-ci. Les diagnostics se retrouvent significativement plus souvent uniquement à l'écrit que les motifs. Les médecins ont peut-être tendance à vouloir noter dans le dossier des éléments diagnostiques sans en avertir le patient de peur de l'angoisser, ou parce qu'il s'agit d'une hypothèse et non d'un vrai diagnostic ou encore parce qu'il est influencé par son logiciel qui lui demande de renseigner un diagnostic.

Les MSU retranscrivent davantage les motifs de consultations oraux que les non MSU. Ceci peut s'expliquer par la rigueur de travail que leur fonction leur impose ; la tenue d'un dossier médical, est une obligation médico légale et intervient la formation des internes et étudiants que ces médecins reçoivent. Il paraît donc logique qu'on y retrouve les motifs oraux retranscrits de manière plus importante que chez un médecin non dévolu à une formation d'étudiants.

De même, un médecin plus âgé, peut-être moins préoccupé par une certaine rentabilité, va avoir des consultations plus longues, permettant une retranscription plus fidèle des données orales telles que les motifs de consultations. De même, il peut avoir la volonté de mentionner des

plaintes et motifs d'un patient sur son dossier, davantage sensibilisé par la venue d'un éventuel remplaçant à son cabinet de manière à lui « faciliter » la tâche pour les consultations ultérieures.

Les motifs d'ordre psycho social sont moins souvent notés dans le dossier du patient ; les médecins ont sûrement tendance à privilégier la discussion et le partage verbal, plus utile au patient et à sa prise en charge, plutôt qu'avoir les yeux rivés sur l'écran à retranscrire ce qui a été dit. Également, le motif d'ordre psycho social peut ne pas correspondre à la demande explicite du patient. Nous pouvons prendre l'exemple d'un patient qui consulte pour une plainte telle qu'une fatigue ou de l'anxiété et découvrir ou deviner en cours voire en fin de consultation le motif de consultation implicite qu'était la demande d'un arrêt de travail, ce qui ne permet pas toujours de noter de manière explicite un motif dans le DME.

Les symptômes, plaintes et les procédures oraux sont plus retranscrits, s'inscrivant sans doute dans une démarche de transparence et de clarté du dossier, facilitant la prise en charge ultérieure du patient.

Les nouveaux patients ont tendance à entraîner une moindre verbalisation du motif de consultation dans la mesure où une première consultation représente souvent un moment de découverte du médecin qui le reçoit ; c'est alors le médecin qui interprète certainement le motif de venue des patients en l'inscrivant sur son DME.

Les chapitres concernant les yeux (F), les problèmes circulatoires (K), métaboliques, nutritionnels et de nutrition (T), urologiques (U) et les problèmes d'ordre sociaux (Z) et infections sont plus notés à l'écrit dans les dossiers sans être verbalisés, peut être les médecins estiment-ils que l'information orale est moins importante sur ce type d'affection, privilégiant ainsi la traçabilité dans le dossier comme motif de consultation s'il venait à être répété.

Les diagnostics du chapitre général A (général, non spécifique) sont moins retranscrits, peut-être est-ce lié au manque de spécificité de ce chapitre qui peut correspondre tout aussi bien à une inquiétude sur la santé, une demande d'information, une demande de renouvellement que les médecins ne jugent pas pertinents de noter dans le dossier.

On peut émettre l'hypothèse que les consultations du chapitre A, incluant celles du renouvellement d'ordonnance, sont des consultations nécessitant une prise en charge globale et complexe du patient, laissant moins de temps pour noter certains éléments d'une consultation parfois « fourre-tout ».

Aussi, les diagnostics du chapitre A sont plus difficiles à porter et à inscrire sur un dossier dans l'immédiat, nécessitant des explorations diagnostiques complémentaires.

Enfin, les MSU verbalisent plus volontiers les diagnostics de consultations en les retranscrivant dans un second temps. Il y a d'un côté l'obligation d'informer son patient du diagnostic retenu et d'autre part l'obligation médico légale de noter dans le dossier le diagnostic du patient. Ces éléments semblent davantage maîtrisés par les MSU grâce à leur formation universitaire.

Notre étude montre qu'au-delà de l'aspect technique d'une telle enquête, cela paraît rassurant de se dire qu'un médecin ne passe pas tout le temps de sa consultation à retranscrire toutes les informations orales. Il préfère écouter son patient et se focaliser sur des aspects essentiels de la consultation, qu'ils soient oraux ou physiques. De la même façon, il peut choisir sciemment de ne pas verbaliser au patient ce qu'il écrit, pour protéger le patient ou attendre d'être sûr d'un diagnostic.

Tous ces éléments révèlent qu'il y a forcément un choix à faire de la part du praticien, éclairé par ailleurs du spectre médico-légal.

4.2 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

Cette étude observationnelle à l'aide d'un dictaphone était la manière la plus appropriée de rendre compte du fonctionnement et de l'utilisation du logiciel médical par le médecin.

L'observation n'a pas été réalisée en direct, ma présence aurait pu gêner les patients ou les empêcher d'accepter de participer à l'étude.

De plus, le protocole n'était pas coûteux en termes d'équipements mais a nécessité beaucoup de rigueur et de temps dans la retranscription de toutes les données et leur codage.

Dans un but de reproductibilité et de limitation de biais liés à l'utilisation de plusieurs logiciels, nous avons sélectionné les médecins avec un seul et même logiciel, jugé adapté par la majorité des médecins. Cependant, on ne peut écarter un biais de mesure dans le sens où le médecin peut être influencé par la présentation du logiciel pour remplir le dossier. De même, un biais de mesure a pu être présent, de par le fait qu'un médecin enregistré et observé, même de manière indirecte, a pu modifier ses habitudes de remplissage de dossier ou de comportement avec son patient. Ceci pourrait s'expliquer par l'effet Hawthorne, ou effet de l'observateur, qui décrit, en sociologie du travail, une situation où le sujet modifie son comportement parce qu'il est conscient d'être observé. [13]

De plus, afin de limiter les biais de mesure, j'étais la seule à coder les informations. La même méthodologie a été appliquée. La réquisition des patients et des médecins s'est faite sur le volontariat, les opposants à l'enregistrement n'ont pas été inclus dans l'étude, ce qui peut constituer en soi un petit biais de sélection.

Un échantillon plus important en termes de médecins participants et de patients aurait permis cependant d'affiner nos mesures et d'aider à la généralisation des données.

Je n'ai pas questionné les médecins au sujet de l'impact des Rémunération sur Objectifs de Santé publique (ROSP) en matière de remplissage de leur dossier. Le but des ROSP est d'une part de valoriser la qualité pratique médicale en favorisant l'atteinte d'objectifs de santé publique déterminés et d'autre part de valoriser l'utilisation du dossier médical informatisé. Nous ne voulions pas alourdir l'étude en rajoutant un facteur supplémentaire. Dans un travail de thèse de médecine générale mené en 2014 auprès de 350 médecins généralistes en France [14], l'auteur constate que ce facteur ne joue pas un rôle clé dans la gestion du logiciel par le médecin.

L'étude n'a pas exploité les données des procédures diagnostiques et thérapeutiques. Ces dernières constituent un large pan du contenu d'une consultation et nécessiteraient une analyse à part entière ; cela mériterait d'être repris dans un travail ultérieur.

4.3 PERSPECTIVES

Notre étude s'inscrit comme un pont entre les études ECOGEN [8] et PRIMEGE PACA [9] et peut servir d'interprétation du tri qui est fait par le médecin dans son remplissage du dossier médical et sur les informations que l'on retrouve en cabinet de soins primaires.

Une étude qualitative de deuxième thèse pourrait être menée, en collaboration avec les médecins pour approfondir sur le choix de ce que les praticiens notent au cours de la consultation : pourquoi ne notent-ils pas tout, ou pourquoi ne noter que cela ? est-ce à cause du manque de temps ? est-ce une sélection de l'information retranscrite ? ou est-ce à cause du logiciel ?

Il serait également intéressant d'analyser l'endroit où sont classées les informations recueillies ; les motifs sont-ils inscrits dans l'onglet « motif » (s'il y en a un) ? De même, la manière dont les informations sont écrites n'ont pas été étudiées ici ; il serait intéressant de répertorier la manière dont les informations sont écrites : plutôt abréviations, mots clés, phrases entières, reprise des paroles des patients, ou alors codage en CISP-2 ?

Cela paraît modulé par les habitudes et préférences des médecins et selon l'organisation de leur logiciel.

A moyen terme, on pourrait imaginer un logiciel avec un outil d'aide au remplissage du dossier médical informatique pour le médecin généraliste ou encore une harmonisation des logiciels médicaux, permettant une amélioration de la qualité de soins et du remplissage du dossier.

5 CONCLUSION

La généralisation des dossiers médicaux électroniques offre une formidable source de données concernant les consultations en médecine générale. Cependant, la recherche basée sur ces données pose le problème du caractère complet du remplissage des dossiers. Il y a en effet une perte de l'information délivrée au cours d'une consultation par le patient et/ou le médecin lors d'une consultation en comparaison avec ce qui est noté sur le dossier patient informatique.

De même, toutes les informations écrites ne sont pas verbalisées.

Notre étude apporte des éléments de réponse permettant de formuler des hypothèses sur les raisons de ces manques maintenant identifiés.

Le système actuel de santé se complexifie et avec lui, les procédures judiciaires également. Le médecin doit se prémunir contre les risques de poursuites judiciaires en cas de données manquantes sur un dossier conflictuel ou d'information orale non délivrée. Ce travail ne visait pas à contrôler le travail des médecins généralistes mais surtout à essayer de faire un état des lieux de leur mode de remplissage des dossiers, d'autant plus qu'aucune étude bien menée ne saurait garantir qu'un dossier bien tenu assure une meilleure qualité de soins.

Il serait désormais intéressant de pouvoir réaliser ce genre d'étude à grande échelle voire même de déterminer en association étroite avec le praticien les raisons d'une sélection pertinente des informations écrites et la sélection des informations orales délivrées.

Aujourd'hui, les médecins généralistes sont malheureusement soumis à des contraintes de temps et de rentabilité médico administrative ; il faudrait donc essayer de trouver le juste milieu

entre ce qui pourrait assurer au médecin une totale transparence dans ses dossiers et une utilisation optimale de son logiciel.

Liens d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

6 REFERENCES

1. Legifrance (Page consultée le 25/03/2016). Décret n° 95-1000 du 6 Septembre 1995 portant Code de Déontologie Médicale, [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000555170&categorieLien=id>
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (Page consultée le 25/03/2016). Article 45 (article R.4127-45 du Code de la Santé Publique) -Dossier professionnel ou fiche d'observation, tenu par le médecin, [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-45-fiche-d-observation-269>
3. Lucas-Bucheron S. Quelles sont les attentes des Médecins généralistes concernant leurs logiciels métiers en Ile-de-France [thèse d'exercice de médecine].Bobigny. Université Paris 13 ; 2018
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations ; Septembre 1996
5. Touraine M. Décret n°2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2015 ;28 :103-105.
6. Naulin B. Analyse et comparaison des logiciels médicaux les plus utilisés en cabinet de médecine générale et réflexions sur les améliorations futures à envisager [thèse d'exercice de médecine]. Paris : Université Paris 7 ; 2010.
7. Cahen V. Les logiciels de gestion de cabinet de médecine générale : utilisations, besoins et critiques [thèse d'exercice de médecine]. Paris : Université Paris 7 ; 2007.
8. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Elements de la Consultation en médecine GENérale. Exercer. 2014 ;114 :148-157.
9. Lacroix-Hugues V, Schiers M, Pradier C, et al. Utilisation des enregistrements médicaux électroniques dans le cadre du projet PRIMEGE PACA. Principaux motifs de recours, diagnostics et prescriptions en soins primaires. Exercer. 2018 ;143.

10. Buzz Médecin. (Page consultée le 21/01/2016). Tests de logiciels et matériels pour médecins et cabinets médicaux, [En ligne]. <http://comparatif-logiciels-medicaux.fr>
11. Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 19/07/2018). Certification des logiciels d'aide à la prescription, une démarche primordiale pour l'amélioration des pratiques des médecins, [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2864746/fr/certification-des-logiciels-d-aide-a-la-prescription-une-demarche-primordiale-pour-l-amelioration-des-pratiques-des-medecins
12. Letrilliart L. CISP-2 : quésaco ? Exercer. 2014 ;114 :158-161.
13. Audibert O. psychologue du Travail et des Organisations. (Page consultée le 19/04/2017). Effet Hawthorne, [En ligne]. <http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/effet-hawthorne/>
14. Bray P. L'informatisation du cabinet du médecin généraliste : est ce que toutes les possibilités du logiciel métier et des autres technologies de l'information et de la communication sont exploitées ? Enquête auprès de 350 médecins généralistes en France [thèse d'exercice de médecine]. Lille : Université Lille 2 Henri Warembourg ; 2014.

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 : AFFICHAGE SALLE D'ATTENTE



A L'ATTENTION DES PATIENTS

Madame, Monsieur,

Votre médecin est investi dans la recherche médicale afin d'améliorer la qualité des soins dispensés par les médecins généralistes. Dans le cadre de l'étude menée par une interne de médecine générale sur l'utilisation des logiciels médicaux, en vue d'une soutenance de thèse d'exercice, le contenu des consultations est susceptible d'être enregistré.

Cet enregistrement n'aura aucune conséquence sur le déroulement de votre consultation ni sur les pratiques professionnelles de votre médecin.

Les données recueillies seront rendues anonymes puis utilisées à des fins strictement professionnelles. Si vous êtes d'accord avec la démarche, merci de signer la feuille de consentement que votre médecin vous remettra au début de la consultation ; dans le cas contraire veuillez le signaler à votre médecin pour qu'il n'enregistre pas la consultation.

En vous remerciant pour votre potentielle contribution à ce projet.

7.2 ANNEXE 2 : FICHE DE CONSENTEMENT PATIENT

FICHE CONSENTEMENT
PATIENT

Je soussigné(e), Mr ou Mme (*nom prénom*)

.....

Accepte que le contenu de ma consultation ce jour soit enregistré à l'aide d'un dictaphone dans le cadre d'un projet de thèse d'exercice médicale.

Toutes les données recueillies seront rendues anonymes et utilisées uniquement dans le cadre strict de cette étude, dirigée par le département d'enseignement et de recherche en médecine générale de la faculté de médecine de Nice.

FAIT À..... LE

SIGNATURE

7.3 ANNEXE 3 : MODE D'EMPLOI DU DICTAPHONE

MODE D'EMPLOI DICTAPHONE

- 1) ALLUMER LE DICTAPHONE SUR LA GAUCHE DE L'APPAREIL EN POUSSANT LA PETITE MOLETTE VERS LE BAS (POWER) EN RESTANT APPUYÉ 3 SEC
- 2) SI VOUS ARRIVEZ SUR LA PAGE « HOME », SELECTIONNER LE MODE ENREGISTREUR (IMAGE MICRO CENTRAL) A L'AIDE DES BOUTONS DE DIRECTION GAUCHE / DROITE AU CENTRE DE L'APPAREIL ; NE PAS APPUYER SUR OK, PASSER A L'ÉTAPE 3
- 2 BIS) SI EN ALLUMANT L'APPAREIL VOUS ARRIVEZ DEJA SUR UNE PAGE D'ENREGISTREMENT AVEC L'AFFICHAGE « OO_mOOs », PASSER DIRECTEMENT À L'ÉTAPE 3 POUR DÉMARRER L'ENREGISTREMENT
- 3) POUR COMMENCER L'ENREGISTREMENT APPUYER SUR LA TOUCHE « REC » EN ROUGE, UN VOYANT ORANGE S'ALLUME SUR LE COTÉ DROIT DE L'APPAREIL
- 4) POUR STOPPER UN ENREGISTREMENT APPUYER SUR STOP, LE VOYANT ORANGE S'ÉTEINT ALORS
- 5) POUR REPRENDRE L'ENREGISTREMENT APPUYER À NOUVEAU SUR « REC », ET AINSI DE SUITE...
- 6) POUR ETEINDRE L'APPAREIL, REFAIRE L'OPERATION 1)

PILE DE RECHANGE FOURNIE SI BESOIN

7.4 ANNEXE 4 : LETTRE ADRESSÉE AUX MEDECINS

Mme Sarah AZINCOT-BELHASSEN

Nice, le 26 Février 2016

Cher confrère, chère consœur,

Venant de terminer mon internat de médecine générale, je suis actuellement médecin remplaçante à Nice et la région.

Je me permets de vous solliciter car je réalise ma thèse d'exercice, avec l'aide du Dr David DARMON, sur l'utilisation des logiciels médicaux par les médecins généralistes en cabinet de ville

J'aurais besoin d'enregistrer, sur une journée de votre choix, une vingtaine de consultations, à l'aide d'un dictaphone que je vous laisserais (après consentement des patients) ; puis je vous demanderais de bien vouloir m'autoriser à étudier sur votre ordinateur les dossiers médicaux électroniques des patients qui seront venus vous consulter le jour de l'enregistrement et ayant accepté l'enregistrement.

Je vous recontacterai ultérieurement afin de connaître votre décision, et décider ensemble d'une date pour mon travail dans vos locaux.

En vous remerciant par avance pour votre aide dans mon projet, et dans l'attente d'une réponse positive de votre part, je vous prie d'agréer, cher confrère, chère consœur, l'expression de mes respectueuses salutations.

Sarah AZINCOT-BELHASSEN

7.5 ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE MEDECINS

QUESTIONNAIRE PRELIMINAIRE MEDECIN :

- 1) Depuis quelle année êtes-vous installés en libéral ?

- 1) Dans votre cabinet, avez-vous toujours été informatisés ? si non depuis quand l'êtes-vous ? Avez-vous des dossiers papier ?

- 1) D'autres personnes que vous utilisent-elles le logiciel pour y entrer des données sur les patients ? (Secrétaire ? étudiant en médecine ?)

- 1) Si oui, quelles données ?
 - Données administratives du patient
 - Antécédents médicaux et chirurgicaux personnels
 - Antécédents familiaux
 - Traitements en cours
 - Allergies

- 5) Les résultats de biologie ou compte rendus divers reçus sont-ils intégrés au dossier informatisé du patient ?

- 6) au cours de votre informatisation, quels ont été les logiciels que vous avez utilisés ? depuis quand utilisez-vous le logiciel [REDACTED] ?

- 7) pour quelle(s) raison(s) l'avez-vous choisi ?

- 8) quels sont les éléments que vous notez obligatoirement lors d'une consultation sur le dossier patient ? le logiciel [REDACTED] vous paraît-il adapté à votre utilisation ?

- 9) Y a-t-il des éléments que vous notez à la main lors d'une consultation ? (Prescriptions médicamenteuses, de biologie, de kiné, ou certificats ?)

- 10) lorsque vous faites des visites à domicile, inscrivez-vous quelque chose sur le dossier patient ? si oui, quoi ?

7.6 ANNEXE 6 : GRILLE DE RENSEIGNEMENT PATIENT

GRILLE ANONYME RENSEIGNEMENT PATIENT
(Lettre médecin puis numéro consultation)

Nom médecin généraliste :

Date de consultation :

Patient nouveau (N) ou ancien (A) :

Année de naissance :

Genre masculin (M) ou féminin (F) :

Étudiant : oui (O) ou non (N) :

Profession:

Statut (CMU, ALD, AT, MP, AME, invalidité):

Motif(s) de consultation :

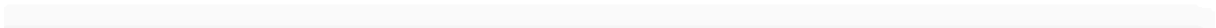
Procédures (thérapeutique ou diagnostique) :

Résultats de consultation (ou problème de santé identifié) :

7.7 ANNEXE 7 : INTERFACE SITE PROMETHE.ORG



Genre du patient <input checked="" type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Place dans la consultation (SOAP) <input checked="" type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> S Motifs <input type="radio"/> A Résultat de consultation <input type="radio"/> P Procédures	<input type="text"/> <input type="button" value="Soumettre"/>
---	--	--



7.8 ANNEXE 8 : TABLEAU DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE EN SOINS PRIMAIRES, 2ÈME VERSION

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L	
Procédures -30 Ex médical/bilan santé détaillé -31 Ex médical/bilan santé partiel -32 Test de sensibilité -33 Ex microbiologique/immunologique -34 Autre analyse de sang -35 Autre analyse d'urine -36 Autre analyse de selles -37 Cytologie/histologie -38 Autre analyse de laboratoire -39 Epreuve fonctionnelle -40 Endoscopie -41 Radiologie diagnostique/imagerie -42 Tracé électrique -43 Autre procédure diagnostique -44 Vaccination/médication préventive -45 Recom. éducation santé/avis/régime -46 Discussion entre dispensateurs SSP -47 Discussion dispensateur spécialiste -48 Clarification de la demande du patient -49 Autre procédure préventive -50 Médication/prescription/injection -51 Incision/drainage/aspiration -52 Excision/biopsie/cauté/débridation -53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage -54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse -55 Traitement local/infiltration -56 Pansement/compression/bandage -57 Thérapie manuelle/médecine physique -58 Conseil thérap./écoute/examens -59 Autres procédures thérapeutiques -60 Résultats analyses/examens -61 Résultats ex./procéd. autre dispensateur -62 Contact administratif -63 Rencontre de suivi -64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. -65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers -66 Référence à dispens. SSP non médecin -67 Référence à médecin -68 Autre référence -69 Autres procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux B04 S/P du sang B25 Peur du SIDA/du VIH B26 Peur du cancer du sang/lymph. B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate B28 Limitation de la fonction/incap. (B) B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol. B70 Adénite aiguë B71 Adénite chronique/non-spécifique B72 Maladie de Hodgkin/lymphome B73 Leucémie B74 Autre cancer du sang B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph. B76 Rupture traumat. de la rate B77 Autre traumat. sang/lymph/rate B78 Anémie hémolytique héréditaire B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate B80 Anémie par déficience en fer B81 Anémie carence vit B12/ac. folique B82 Autre anémie/indét. B83 Purpura/défaut de coagulation B84 Globules blancs anormaux B87 Splénomégalie B90 Infection par le virus HIV, SIDA B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge F03 Ecoulement de l'œil F04 Taches visuelles/éblouantes F05 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale F14 Mouvements oculaires anormaux F15 Apparence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière F17 S/P lunettes F18 S/P lentilles de contact F27 Peur d'une maladie de l'œil F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil F70 Conjonctivite infectieuse F71 Conjonctivite allergique F72 Biphérite, orgelet, chalazion F73 Autre infection/inflammation de l'œil F74 Tumeur de l'œil et des annexes F75 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil F78 Autre lésion traumat. de l'œil F79 Sténose canal lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la rétine F83 Rétinopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée F86 Trachome F91 Déficit de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F95 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L01 S/P du cou L02 S/P du dos L03 S/P des lombes L04 S/P du thorax L05 S/P du flanc et du creux axillaire L07 S/P de la mâchoire L08 S/P de l'épaule L09 S/P du bras L10 S/P du coude L11 S/P du poignet L12 S/P de la main et du doigt L13 S/P de la hanche L14 S/P de la jambe et de la cuisse L15 S/P du genou L16 S/P de la cheville L17 S/P du pied et de l'orteil L18 Douleur musculaire L19 S/P musculaire NCA L20 S/P d'une articulation NCA L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic. L28 Limitation de la fonction/incap. (L) L29 Autre S/P ostéo-articulaire L70 Infection du syst. ostéo-articulaire L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire L72 Fracture du radius/du cubitus L73 Fracture du tibia/du péroné L74 Fracture de la main/du pied L75 Fracture du fémur L76 Autre fracture L77 Entorse de la cheville L78 Entorse du genou L79 Entorse articulaire NCA L80 Luxation et subluxation L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire L83 Syndrome cervical L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation L85 Déformation acquise de la colonne L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation L87 Bursite, tendinite, synovite NCA L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive L89 Coxarthrose L90 Gonarthrose L91 Autre arthrose L92 Syndrome de l'épaule L93 Coude du joueur de tennis L94 Ostéochondrose L95 Ostéoporose L96 Lésion aiguë interne du genou L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. L98 Déformation acquise membres inf. L99 Autre maladie ostéo-articulaire	
	Général et non spécifié A A01 Douleur générale/de sites multiples A02 Frissons A03 Fièvre A04 Fatigue/faiblesse générale A05 Sensation d'être malade A06 Évanouissement/syncope A07 Coma A08 Gonflement A09 P. de transpiration A10 Saignement/hémorragie NCA A11 Douleur thoracique NCA A13 Précoc. par/peur traitement médical A16 Nourrisson irritable A18 Précoc. par son aspect extérieur A20 Demande/discussion sur l'euthanasie A21 Facteur de risque de cancer A23 Facteur de risque NCA A25 Peur de la mort, de mourir A26 Peur du cancer NCA A27 Peur d'une autre maladie NCA A28 Limitation de la fonction/incap. NCA A29 Autre S/P général A70 Tuberculose A71 Rougeole A72 Varicelle A73 Paludisme A74 Rubéole A75 Mononucléose infectieuse A76 Autre exanthème viral A77 Autre maladie virale NCA A78 Autre maladie infectieuse NCA A79 Cancer NCA A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA A81 Polytraumatisme/lésions multiples A82 Effet tardif d'un traumatisme A84 Intoxication par subst. médicamenteuse A85 Effet sec. subst. médicamenteuse A86 Effet toxique subst. non médicamenteuse A87 Complication de traitement médical A88 Effet sec. de facteur physique A89 Effet sec. de matériel prothétique A90 Anom. congénitale NCA/multiple A91 Résultat d'investigat. anormale NCA A92 Allergie/réaction allergique NCA A93 Nouveau-né prématuré A94 Autre morbidité périnatale A95 Mortalité périnatale A96 Mort A97 Pas de maladie A98 Gestion santé/médecine préventive A99 Maladie de nature/site non précisé	Syst. Digestif D D01 Douleur/crampes abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac D04 Douleur rectale/anale D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausées D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dents/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D70 Infection gastro-intestinale D71 Oreillons D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas D77 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'œsophage D85 Ulcère duodénal D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès périanal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholécystite/cholélithiase D99 Autre maladie du syst. Digestif	Oreille H H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphènes/bourdonnement d'oreille H04 Ecoulement de l'oreille H05 Saignement de l'oreille H13 Sensation d'oreille bouchée H15 Précoc. par l'aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l'oreille H70 Otite externes H71 Otite moyenne aiguë/myringite H72 Otite moyenne séreuse H73 Salpingite d'eustache H74 Otite moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux H83 Otosclérose H84 Presbyacousie H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H89 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	Neurologique N N01 Mal de tête N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/de l'odorat N17 Vertige/étourdissement N18 Paralysie/faiblesse N19 Trouble de la parole N26 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique N70 Poliomyélie N71 Méningite/encéphalite NCA N72 Tétanos N73 Autre infection neurologique N74 Cancer du syst. neurologique N75 Tumeur bénigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique N79 Comotion N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique N85 Anom. congénitale neurologique N86 Sclérose en plaque N87 Syndrome parkinsonien N88 Epilepsie N89 Migraine N90 Algie vasculaire de la face N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell N92 Névralgie du trijumeau N93 Syndrome du canal carpien N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension N99 Autre maladie neurologique
		CODES PROCÉDURE SYMPTÔMES ET PLAINTES INFECTIONS NÉOPLASMES TRAUMATISMES ANOMALIES CONGÉNITALES AUTRES DIAGNOSTICS	Cardio-vasculaire K K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/constriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA K04 Palpita./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur d' hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardiovasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Fibrillation auriculaire/flutter K79 Tachycardie paroxystique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypotension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K99 Autre maladie cardio-vasculaire	

Serment d'Hippocrate

(Ordre National des Médecins-Conseil National de l'Ordre)

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

AZINCOT-BELHASSEN Sarah. "What is the difference between what is said during a consultation with the general practitioner and what the doctor notes on his software? Content analysis of voice interviews and electronic medical records of 191 general medical consultations."

Abstract:

Context: The ECOGEN and PRIMEGE PACA studies have established an inventory of consultation data in primary care practices. To our knowledge, no study has paralleled verbal information delivered and those noted on the software of the general practitioner.

Objective: Analyze the difference between what is said between the patient and his doctor and what the doctor notes on his software.

Methods: Indirect multicenter observational study for descriptive purposes in 9 general medicine practice in the Alpes Maritimes.

Recording of 191 consultations with a dictaphone ,secondary recovery of the software data for each consultation.

ICPC-2 Coding of Reasons for Consultation, Procedures and Diagnostic Results Found.

Then design of an EXCEL table with the notion "oral only", "oral and written", or written alone for each consultation data.

Chi2 tests and Fisher's exact test were used for preliminary analyzes. Multivariate analyzes were based with test of logistic regression.

Results: Descriptive analyzes find a loss of information between oral and written.

In multivariate analysis, we find that 41.22% of verbalized reasons are transcribed, when 14.61% of written reasons are not verbalized. Oral diagnoses are transcribed in 44.09% of cases, and not verbalized when they are written in the record in 61.68% of cases.

University Internship Supervisors retranscribe more the reasons for consultation (OR = 1.864 [1.302-2.680] and are less likely to note diagnoses without having verbalized them (OR = 0.379 [0.160-0.871]) Psycho-social reasons and diagnoses of chapter A from ICPC-2 are less transcribed than the others, and new patients induce less verbalization of reasons that are written on the record.

Finally, a comparison was made on the treatment of information from a pattern or diagnosis: diagnoses are found more often only in writing than patterns ($p < 0.0001$).

Discussion: Factors concerning the patients, the doctors, or the characteristics of the patterns and / or the diagnoses themselves are involved in the transcription of oral elements or the verbalization of elements noted.

University Internship Supervisors seem to have more rigor in the oral information delivered and the transcription of verbal elements. General chapter A and psychosocial data reveal a preference for orality and dialogue to the detriment of the written transcript.

Conclusion: There is a loss of info between what is said during a consultation and what is noted in the software. It would be interesting to carry out this kind of large-scale study, with the close contribution of physicians to understand the reasons for such selection of information. A tool for assisting in the filling of files and / or harmonization of medical software would allow doctors to ensure the collection of essential medico-legal data while monitoring the patient.

AZINCOT-BELHASSEN Sarah. « Quelle est la différence entre ce qui est dit lors d'une consultation chez le médecin généraliste et ce que le médecin note sur son dossier médical électronique ? Analyse du contenu des entretiens vocaux puis des dossiers médicaux électroniques de 191 consultations de médecine générale ».

Thèse de Médecine générale, Nice, 8 Octobre 2018

Résumé :

Contexte : Les études ECOGEN et PRIMEGE PACA ont dressé un état des lieux des données de consultation en cabinets de soins primaires. A notre connaissance, aucune étude n'a mis en parallèle les informations verbales délivrées et celles notées sur le dossier médical électronique (DME) du médecin généraliste.

Objectif : Analyser la différence entre ce qui est dit entre le patient et son médecin et ce que le médecin note sur son DME.

Méthodes : Étude observationnelle indirecte multicentrique à visée descriptive dans 9 cabinets de médecine générale des Alpes-Maritimes.

Enregistrement de 191 consultations avec un dictaphone puis récupération secondaire des données du DME médecin pour chaque consultation.

Codage CISP-2 des motifs de consultation, procédures et résultats diagnostiques retrouvés.

Puis conception d'un tableau EXCEL® avec la notion « oral seul », « oral et écrit », ou « écrit seul » pour chaque donnée de consultation récupérée.

Les tests de Chi2 et test exact de Fisher ont été utilisés pour les analyses préliminaires aux analyses multivariées effectuées par régression logistique.

Résultats : Les analyses descriptives retrouvent une perte d'information entre l'oral et l'écrit.

En analyses multivariées, on retrouve que 41,22% des motifs verbalisés sont retranscrits, quand 14,61% des motifs écrits ne sont pas verbalisés. Les diagnostics oraux sont retranscrits dans 44,09% des cas, et non verbalisés quand ils sont écrits dans le dossier dans 61,68% des cas.

Les Maîtres de Stage Universitaires (MSU) retranscrivent plus les motifs de consultation (OR=1,864 [1,302-2,680] et ont moins tendance à noter des diagnostics sans les avoir verbalisés (OR=0,379 [0,160-0,871]). Les motifs d'ordre psycho social et les diagnostics du chapitre A de la CISP-2 sont moins retranscrits que les autres. Les nouveaux patients induisent une moins grande verbalisation de motifs pourtant écrits dans le dossier.

Enfin, une comparaison sur le traitement de l'information issue d'un motif ou d'un diagnostic a été réalisée : les diagnostics se retrouvent plus souvent uniquement à l'écrit que les motifs ($p < 0,0001$)

Discussion : Des facteurs concernant les patients, les médecins, ou les caractéristiques des motifs et/ou des diagnostics eux-mêmes interviennent dans la retranscription d'éléments oraux ou la verbalisation d'éléments notés.

Les MSU semblent avoir plus de rigueur dans l'information orale délivrée et la retranscription d'éléments verbaux. Les données relevant du chapitre général A et psychosociales, incitent au dialogue au détriment de la retranscription écrite.

Conclusion : Il y a bien une perte d'info entre ce qui est dit lors d'une consultation et ce qui est noté dans le dossier médical électronique. Il serait intéressant de réaliser ce genre d'étude à grande échelle, avec la contribution étroite des médecins pour comprendre les raisons d'une telle sélection des informations. Un outil d'aide au remplissage des dossiers et/ou une harmonisation des logiciels médicaux permettrait aux médecins d'assurer le recueil des données médicales essentielles tout en assurant le suivi du patient.