HAL
open science

Quelle est la différence entre ce qui ce 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 ce 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

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

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

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr DELLAMONICA jean**
Étudiants	**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

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

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	ICHAI 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	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

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)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

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-Vénéréologie (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)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

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-VANDENBOS 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	Bactérilogie-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)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

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)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

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

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
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 protègerai 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 connaitre, 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 PRIMAIRES, 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, 2ème 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'efficience 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 2ème 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 débuter 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 2ème 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

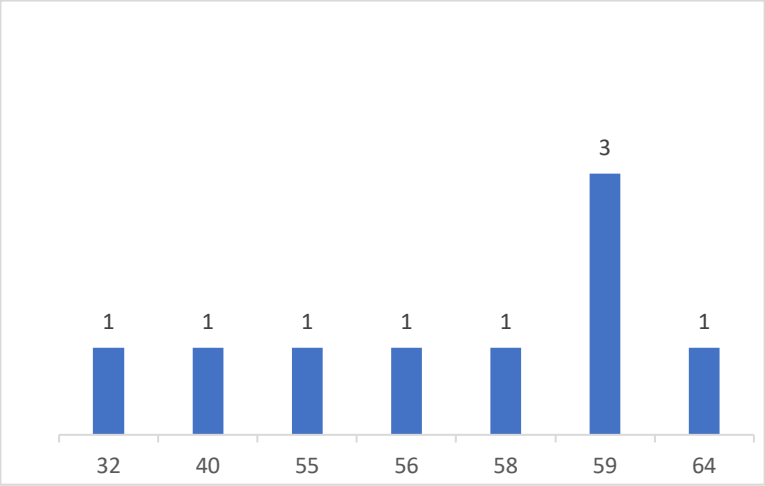
3.1 ANALYSES DESCRIPTIVES

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

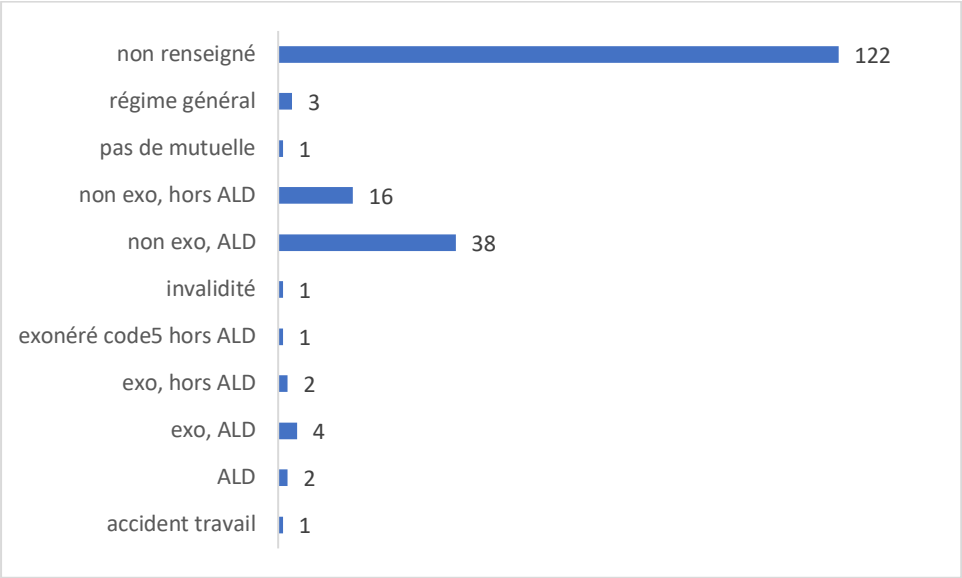
3.1.2.1 Les participants

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

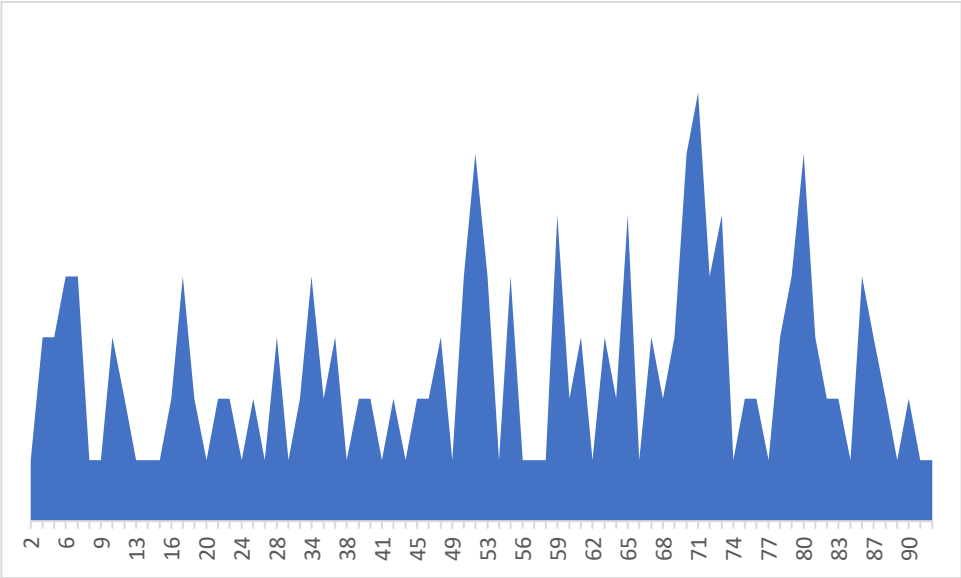


(En abscisse : nombre de patients ; en ordonnée : statut des patients)

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.

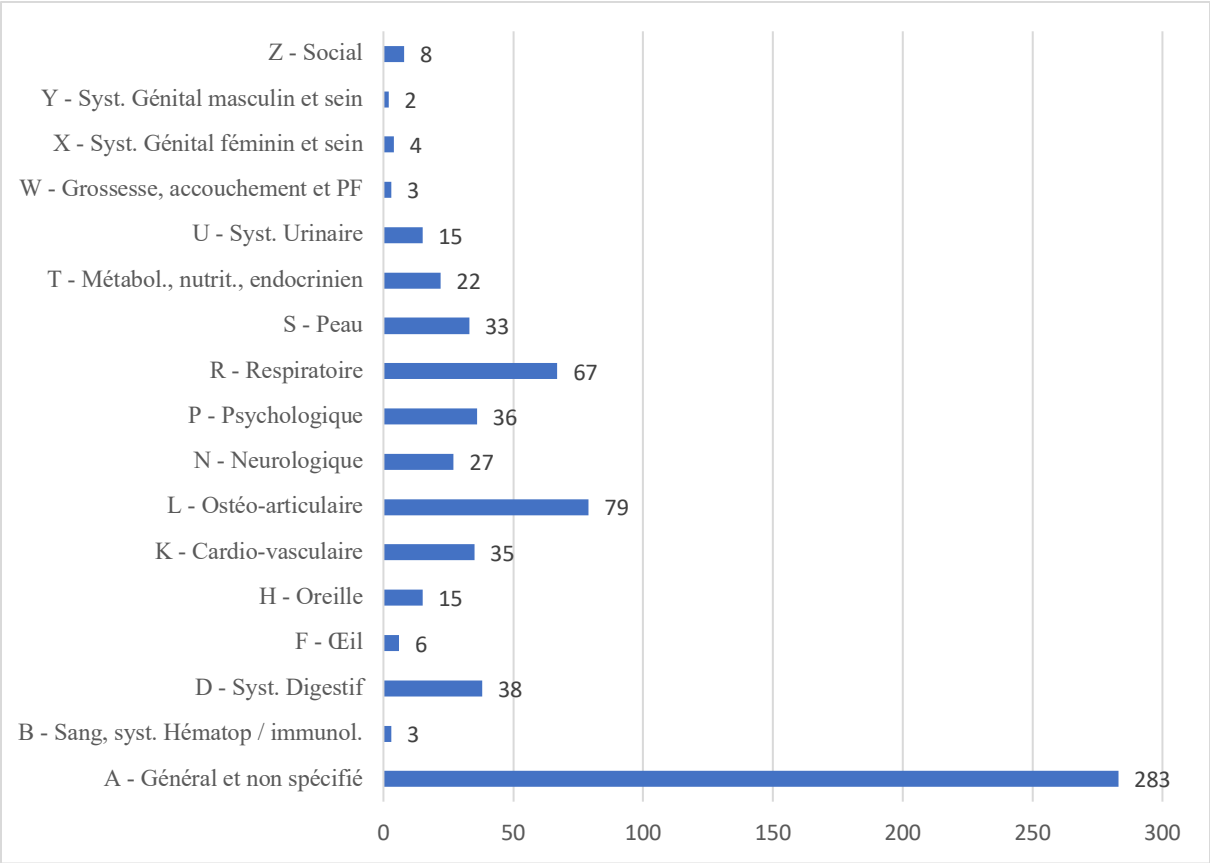
Tableau III: Top 20 des motifs de consultation les plus retrouvés

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).

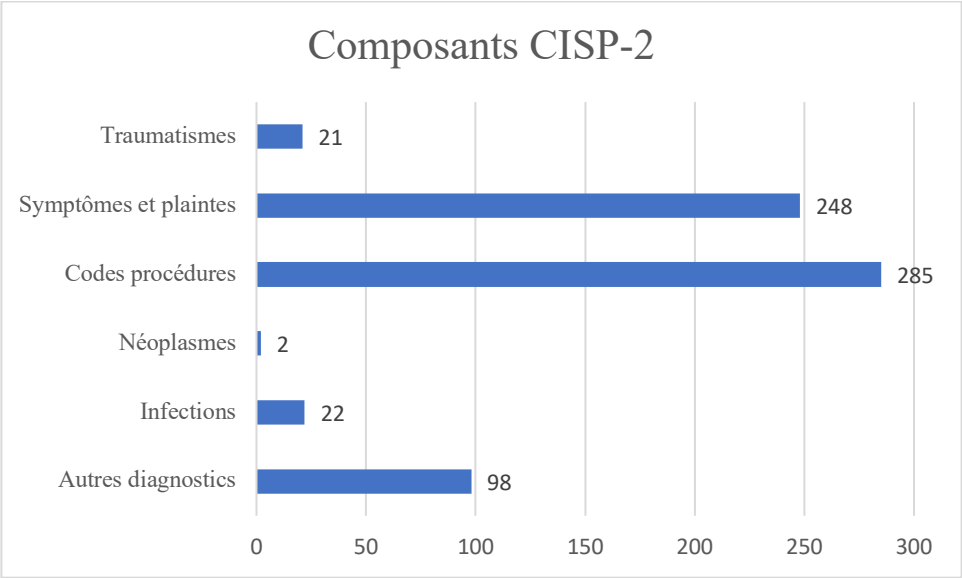
Figure 4: Ensemble des motifs de consultation selon les chapitres CISP-2



(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

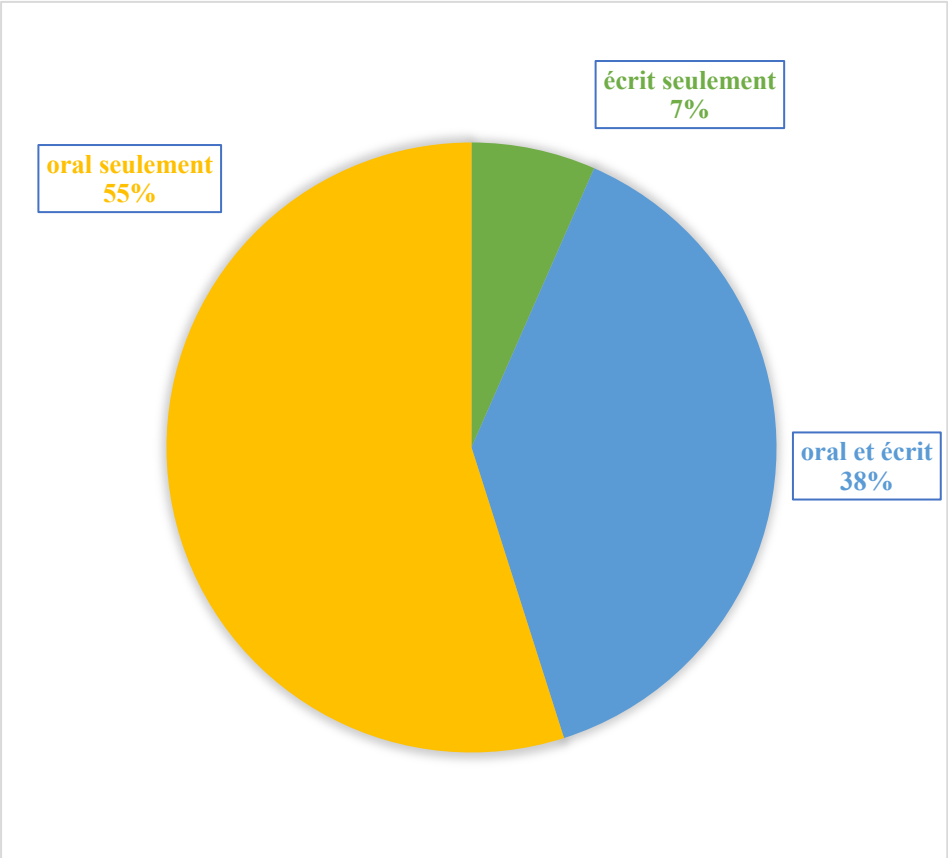


(En abscisse : nombre de motifs ; en ordonnée : composants CISP-2)

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.

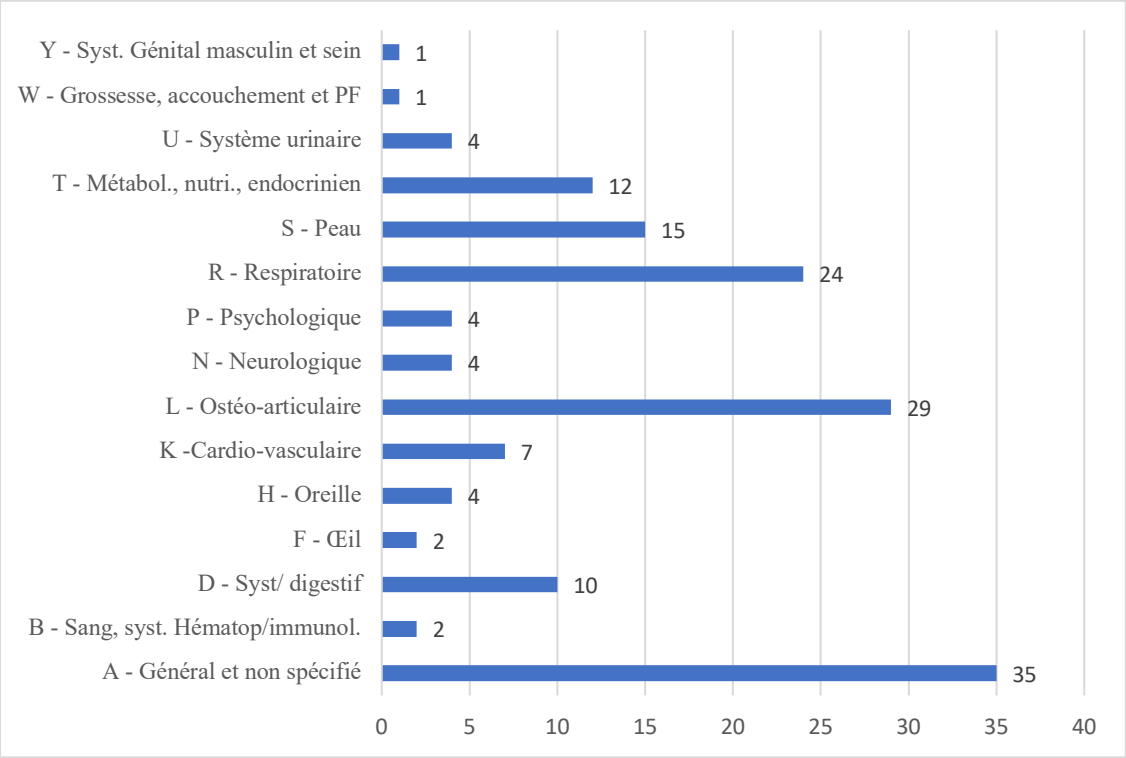
Tableau IV: Top 20 des diagnostics les plus retrouvés

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 aigüe	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).

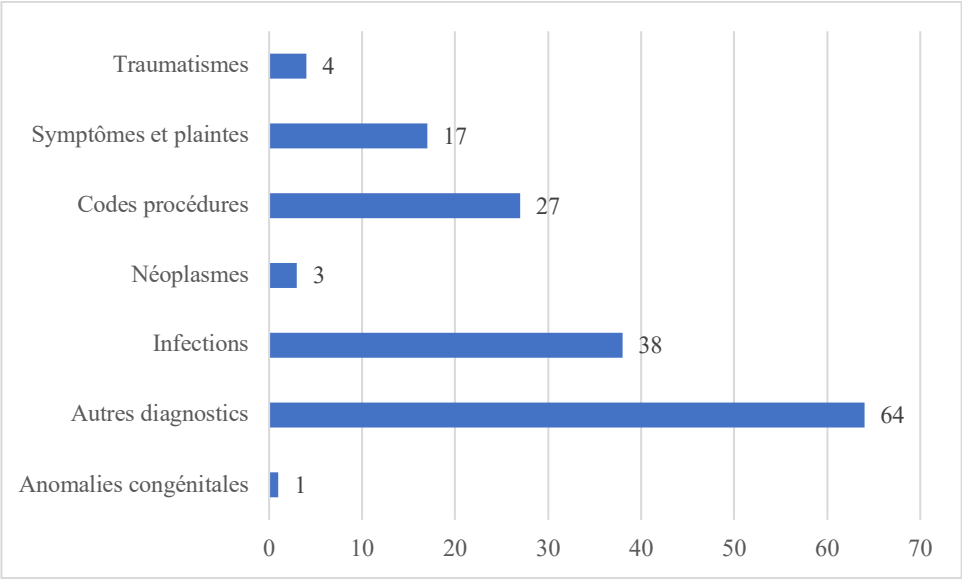
Figure 7: Ensemble des diagnostics selon les chapitres CISP-2



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

Métabol=Métabolisme ; Nutri=Nutrition ; Syst=Système ; Hématop=Hématopoïétique ; Immunol=Immunologique)

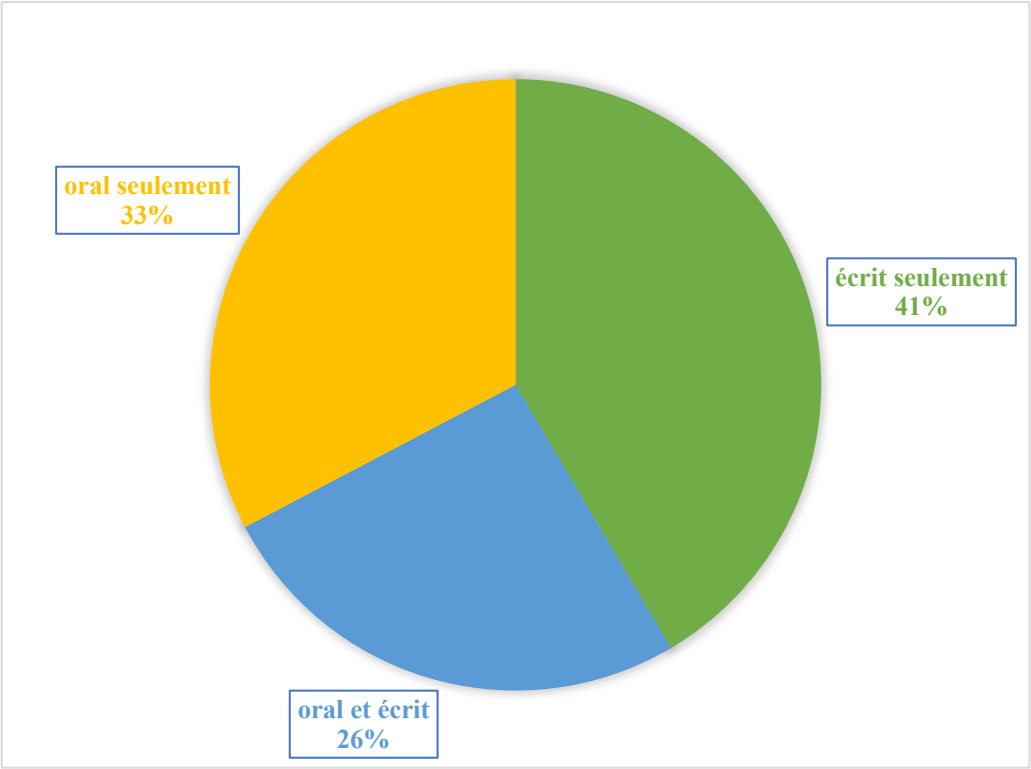
Figure 8: Ensemble des diagnostics selon les composants CISP-2



(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)

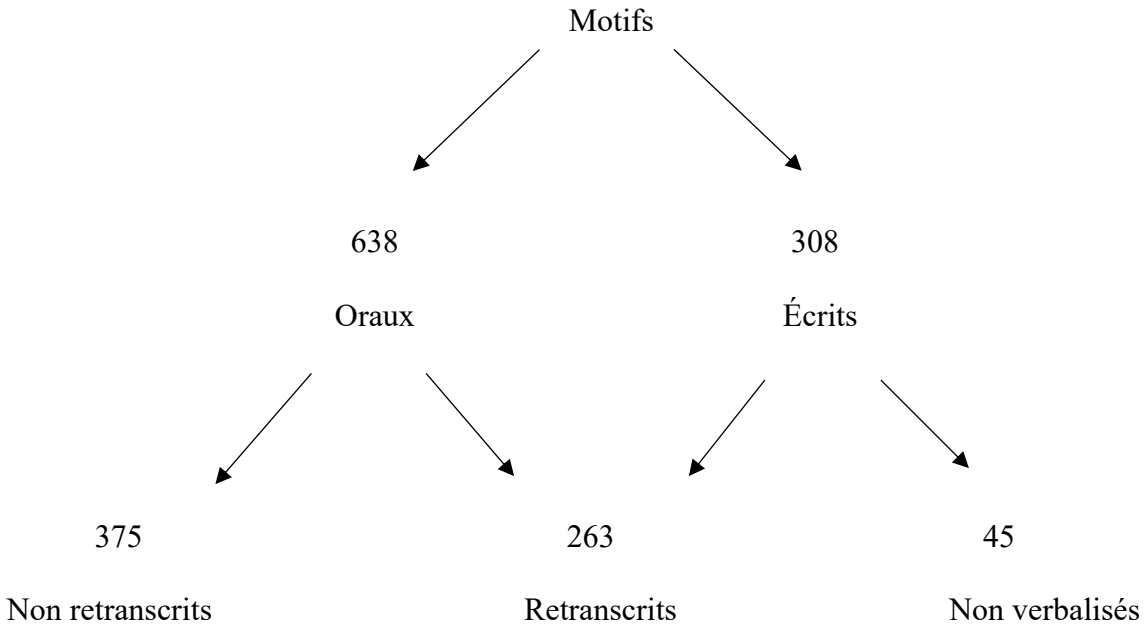
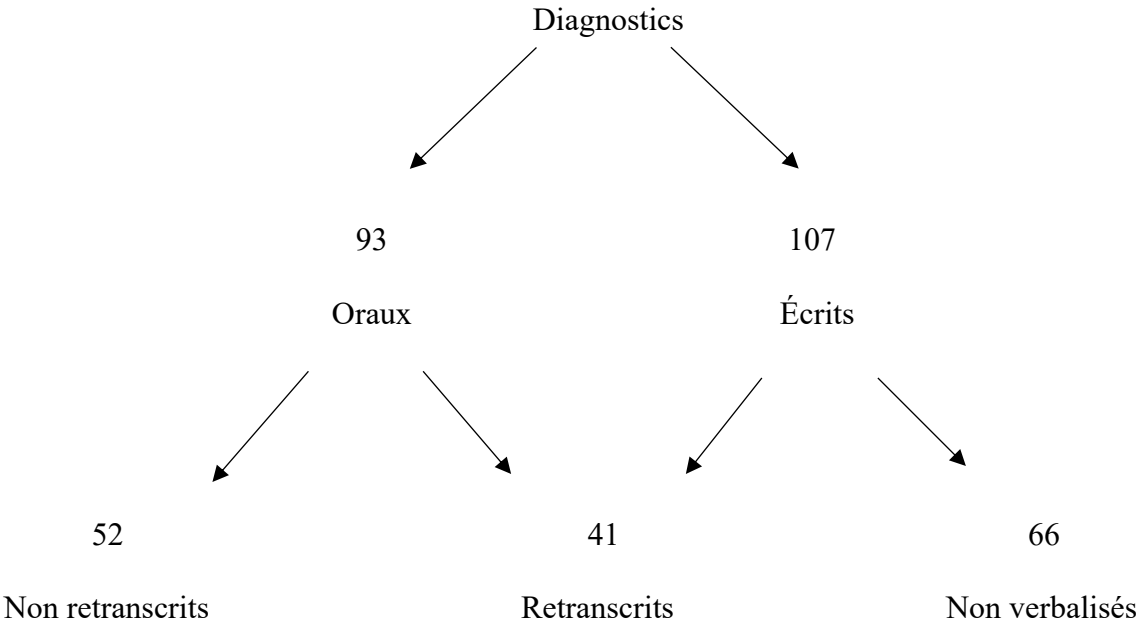


Figure 11: Répartition des diagnostics oraux et écrits (analyse statistique)



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							
Femme	230	58,52%	163	41,48%	393	1	-
Homme	143	58,85%	100	41,15%	243		
Statut étudiant							
Pas étudiant	371	59,08%	257	40,92%	628	0,0711	-
Etudiant	2	25,00%	6	75,00%	8		
Statut social (372 NR)							
Non exo-ALD	84	59,15%	58	40,85%	142	0,5117	-
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
Motifs oraux (n=638)	**Oral seulement**		**Oral et écrit**		**Total**	**P (univarié)**	**P (multivarié)**
Caractéristiques des médecins							
Genre							
Féminin	157	54,70%	130	45,30%	287	0,0632	0,4802
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							
Non	149	53,60%	129	46,40%	278	**0,0231**	**-**
Oui	226	62,78%	134	37,22%	360		
Visites notées							
Non/peu	295	60,82%	190	39,18%	485	0,0733	0,1258
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							
A	152	57,58%	112	42,42%	264	0,5310	-
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							
Oui	31	73,81%	11	26,19%	42	**0,0369**	**0,0470**
Non	338	57,39%	251	42,61%	589		
Composants (SPL, procédures, infections, néoplasmes, traumatismes, autres diagnostics)						NA	
Composants							
SPL et procédures	280	55,78%	222	44,22%	502	**0,0066**	**0,0058**
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	-
Motifs écrits (n=308)	**Oral et écrit**		**Écrit uniquement**		**Total**	**P (univarié)**	**P (multivarié)**
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

Diagnostics 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		

Diagnostics 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							
Pas étudiant	52	55,91%	41	44,09%	93	1	-
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	-

Diagnostics 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							
Non	25	62,50%	15	37,50%	40	0,2974	-
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							
Moins de 10 ans	15	60,00%	10	40,00%	25	0,8141	-
Plus de 10 ans	37	54,41%	31	45,59%	68		
Durée d'informatisation							
Depuis - de 20 ans	18	52,94%	16	47,06%	34	0,6714	-
Depuis 20 ans ou +	34	57,63%	25	42,37%	59		
Dossiers papiers (13 NR)							
Non	34	64,15%	19	35,85%	53	0,0584	0,0808
Oui	11	40,74%	16	59,26%	27		

Lieu d'exercice						NA	
Logiciel précédent						NA	
Utilisation du logiciel par un autre intervenant							
Aucun	12	80,00%	3	20,00%	15	0,2380	-
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							
Non	25	62,50%	15	37,50%	40	0,2974	-
Oui	27	50,94%	26	49,06%	53		

Diagnostics 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		

Diagnostics 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

Diagnostics 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)							
Femme	26	40,63%	38	59,38%	64	0,8377	-
Homme	15	36,59%	26	63,41%	41		
Statut étudiant (2 NR)							
Pas étudiant	41	39,42%	63	60,58%	104	1	-
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
Diagnostics 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							
Non	15	27,78%	39	72,22%	54	**0,0293**	**0,0241**
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							
Moins de 10 ans	10	41,67%	14	58,33%	24	0,8123	-
Plus de 10 ans	31	37,35%	52	62,65%	83		
Durée d'informatisation							
Depuis - de 20 ans	16	34,78%	30	65,22%	46	0,5519	-
Depuis 20 ans ou +	25	40,98%	36	59,02%	61		
Dossiers papiers (9 NR)							
Non	19	31,67%	41	68,33%	60	0,3871	-
Oui	16	42,11%	22	57,89%	38		
Lieu d'exercice						NA	
Logiciel précédent						NA	

Diagnostics 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		

Diagnostics 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 surement 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 entrainer 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 maitrisés 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 couteux 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 parait 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 ; Septembre1996

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

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

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 « OOmOOs », 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 connaitre 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 parait-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:

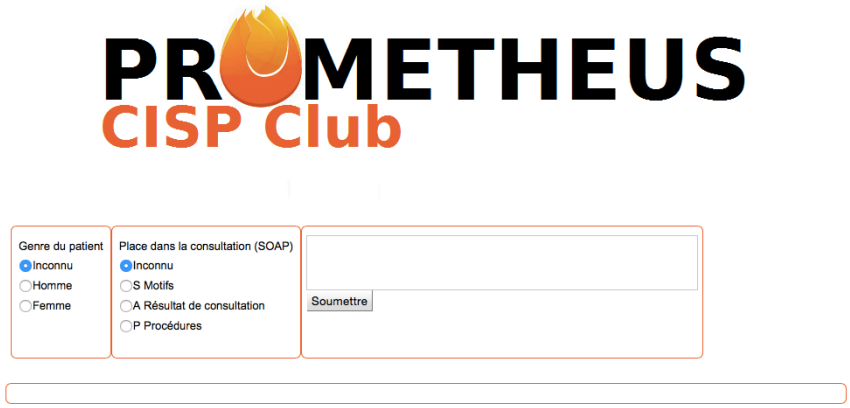
Statut (CMU, ALD, AT, MP, AME, invalidité):

Motif(s) de consultation :

Procédures (thérapeutique ou diagnostique) :

Résultats de consultation (ou problème de santé identifié) :

7.7 ANNEXE 7 : INTERFACE SITE PROMETHE.ORG



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)

Wonca

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/cautér/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

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	Evanouissement/syncope
A07	Coma
A08	Gonflement
A09	P. de transpiration
A10	Saignement/hémorragie NCA
A11	Douleur thoracique NCA
A13	Préoc. par/peur traitement médical
A16	Nourrisson irritable
A18	Préoc. 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. médicinale
A85	Effet sec. subst. médicinale
A86	Effet toxique subst. non médicinale
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

Sang, syst. hématop/ immunol. — B

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

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	Nausée
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

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

Oeil — F

F01	Oeil douloureux
F02	Oeil rouge
F03	Ecoulement de l'œil
F04	Taches visuelles/flottantes
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	Blépharite, 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
F79	Autre lésion traumat. de l'œil
F80	Sténose canal lacrymal de l'enfant
F81	Autre anom. congénitale de l'œil
F82	Décollement de la retire
F83	Rétinopathie
F84	Dégénérescence maculaire
F85	Ulcère de la cornée
F86	Trachome
F91	Défaut de réfraction
F92	Cataracte
F93	Glaucome
F94	Cécité
F95	Strabisme
F99	Autre maladie de l'œil/annexes

Oreille — H

H01	Douleur d'oreille/otalgie
H02	P. d'audition
H03	Acouphène/bourdonnement d'oreille
H04	Ecoulement de l'oreille
H05	Saignement de l'oreille
H13	Sensation d'oreille bouchée
H15	Préoc. 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 externe
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
H99	Autre maladie de l'oreille/ mastoïde

Cardio-vasculaire — K

K01	Douleur cardiaque
K02	Oppression/constriction cardiaque
K03	Douleur cardiovasculaire NCA
K04	Palpitat./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' de l'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

Ostéo-articulaire — L

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-articul.
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

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	Poliomyélite
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	Commotion
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

SUITE ANNEXE 8 : CISP-2

Psychologique P

P01	Sensation anxiété/nervosité/tension
P02	Réaction de stress aiguë
P03	Sensation de dépression
P04	Sentiment/comport. irritable/colère
P05	Sensation vieux, comportement sénile
P06	Perturbation du sommeil
P07	Diminution du désir sexuel
P08	Diminution accomplissement sexuel
P09	Préoccupation sur identité sexuelle
P10	Bégaiement, bredouillement, tic
P11	Trouble de l'alimentation de l'enfant
P12	Enurésie
P13	Encoprésie
P15	Alcoolisme chronique
P16	Alcoolisation aiguë
P17	Usage abusif du tabac
P18	Usage abusif de médicament
P19	Usage abusif de drogue
P20	Perturbation de la mémoire
P22	S/P du comportement de l'enfant
P23	S/P du comportement de l'adolescent
P24	P. spécifique de l'apprentissage
P25	Problèmes de phase de vie adulte
P27	Peur d'un trouble mental
P28	Limitation de la fonction/incap. (P)
P29	Autre S/P psychologique
P70	Démence
P71	Autre psychose organique
P72	Schizophrénie
P73	Psychose affective
P74	Trouble anxieux/état anxieux
P75	Trouble somatoforme
P76	Dépression
P77	Suicide/tentative de suicide
P78	Neurasthénie, surmenage
P79	Phobie, trouble obsessionnel compulsif
P80	Trouble de la personnalité
P81	Trouble hyperkinétique
P82	Syndrome de stress post-traumatique
P85	Retard mental
P86	Anorexie mentale, boulimie
P98	Autre psychose NCA
P99	Autre trouble psychologique

Respiratoire R

R01	Douleur du syst. respiratoire
R02	Souffle court, dyspnée
R03	Sibilance
R04	Autre P. respiratoire
R05	Toux
R06	Saignement de nez, épistaxis
R07	Congestion nasale, éternuement
R08	Autre S/P du nez
R09	S/P des sinus
R21	S/P de la gorge
R23	S/P de la voix
R24	Hémoptysie
R25	Expectoration/glaire anormale
R26	Peur d'un cancer du syst. respiratoire
R27	Peur d'une autre maladie respiratoire
R28	Limitation de la fonction/incap. (R)
R29	Autre S/P respiratoire
R71	Coqueluche
R72	Streptococcie pharyngée
R73	Furoncle/abcès du nez
R74	Infection aiguë voies respiratoire sup.
R75	Sinusite aiguë/chronique
R76	Angine aiguë
R77	Laryngite, trachéite aiguë
R78	Bronchite aiguë, bronchiolite
R79	Bronchite chronique
R80	Grippe
R81	Pneumonie
R82	Pleurésie, épanchement pleural
R83	Autre infection respiratoire
R84	Cancer des bronches, du poumon
R85	Autre cancer respiratoire
R86	Tumeur respiratoire bénigne
R87	CE du nez, du larynx, des bronches
R88	Autre lésion traumat. du syst. resp.
R89	Anom. congénitale du syst. resp.
R90	Hypertrophie amygdales/végétations
R92	Autre tumeur indét. du syst. resp.
R95	Mal. pulmonaire chronique obstructive
R96	Asthme
R97	Rhinite allergique
R98	Syndrome d'hyperventilation
R99	Autre maladie respiratoire

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

Peau S

S01	Douleur/hypersensibilité de la peau
S02	Prurit
S03	Verrue
S04	Tuméfaction/gonflement loc. peau
S05	Tuméfactions/gonflements gén. peau
S06	Eruption localisée
S07	Eruption généralisée
S08	Modification de la couleur de la peau
S09	Doigt/orteil infecté
S10	Furoncle/anthrax
S11	Infection post-traumat. de la peau
S12	Piqûre d'insecte
S13	Morsure animale/humaine
S14	Brûlure cutanée
S15	CE dans la peau
S16	Ecchymose/contusion
S17	Eraflure, égratignure, ampoule
S18	Coupure/lacération
S19	Autre lésion traumat. de la peau
S20	Cor/callosité
S21	S/P au sujet de la texture de la peau
S22	S/P de l'ongle
S23	Calvitie/perte de cheveux
S24	Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu
S26	Peur du cancer de la peau
S27	Peur d'une autre maladie de la peau
S28	Limitation de la fonction/incap. (S)
S29	Autre S/P de la peau
S70	Zona
S71	Herpes simplex
S72	Gale/autre acariose
S73	Pédiculose/autre infestation peau
S74	Dermatophytose
S75	Moniliase/candidose de la peau
S76	Autre maladie infectieuse de la peau
S77	Cancer de la peau
S78	Lipome
S79	Autre tumeur bén./indét. de la peau
S80	Kératose actinique/coup de soleil
S81	Hémangiome/lymphangiome
S82	Naevus/naevus pigmentaire
S83	Autre anom. congénitale de la peau
S84	Impétigo
S85	Kyste/fistule pilonidal
S86	Dermatite séborrhéique
S87	Dermatite atopique/eczéma
S88	Dermatite et allergie de contact
S89	Erythème fessier
S90	Pytiriasis rosé
S91	Psoriasis
S92	Maladie des glandes sudoripares
S93	Kyste sébacé
S94	Ongle incarné
S95	Molluscum contagiosum
S96	Acné
S97	Ulcère chronique de la peau
S98	Urticaire
S99	Autre maladie de la peau

Métabol., nutrit., endocrinien T

T01	Soif excessive
T02	Appétit excessif
T03	Perte d'appétit
T04	P. d'alimentation nourrisson/enfant
T05	P. d'alimentation de l'adulte
T07	Gain de poids
T08	Perte de poids
T10	Retard de croissance
T11	Déshydratation
T26	Peur d'un cancer du syst. endocrinien
T27	Peur autre mal. endoc/métab./nutrit.
T28	Limitation de la fonction/incap. (T)
T29	Autre S/P endoc/métab./nutrit.,
T70	Infection du syst. endocrinien
T71	Cancer de la thyroïde
T72	Tumeur bénigne de la thyroïde
T73	Tumeur indét. du syst. endocrinien
T78	Canal/kyste thyréoglosse
T80	Anom. congénit. endoc/ métab./nutrit.
T81	Goitre
T82	Obésité
T83	Excès pondéral
T85	Hyperthyroïdie/thyréotoxicose
T86	Hypothyroïdie/myxœdème
T87	Hypoglycémie
T89	Diabète insulino-dépendant
T90	Diabète non insulino-dépendant
T91	Carence vitaminique/nutritionnelle
T92	Goutte
T93	Trouble du métabolisme des lipides
T99	Autre maladie endoc/métab./nutrit

Système Urinaire U

U01	Dysurie/miction douloureuse
U02	Miction fréquente/impérieuse
U04	Incontinence urinaire
U05	Autre P. de miction
U06	Hématurie
U07	Autre S/P au sujet de l'urine
U08	Rétention d'urine
U13	Autre S/P de la vessie
U14	S/P du rein
U26	Peur d'un cancer du syst. urinaire
U27	Peur d'une autre maladie urinaire
U28	Limitation de la fonction/incap. (U)
U29	Autre S/P urinaire
U70	Pyélonéphrite/pyélite
U71	Cystite/autre infection urinaire
U72	Urétrite
U75	Cancer du rein
U76	Cancer de la vessie
U77	Autre cancer urinaire
U78	Tumeur bénigne du tractus urinaire
U79	Autre tumeur indét. urinaire
U80	Lésion traumat. du tractus urinaire
U85	Anom. congénitale du tractus urinaire
U88	Glomérulonéph./syndr. néphrotique
U90	Protéinurie orthostatique
U95	Lithiase urinaire
U98	Analyse urinaire anormale NCA
U99	Autre maladie urinaire

Grossesse, accouchement et PF W

W01	Question de grossesse
W02	Peur d'être enceinte
W03	Saignement pendant la grossesse
W05	Nausée/vomissement de grossesse
W10	Contraception post-coïtale
W11	Contraception orale
W12	Contraception intra-utérine
W13	Stérilisation chez la femme
W14	Autre contraception chez la femme
W15	Stérilité - hypofertilité de la femme
W17	Saignement du post-partum
W18	Autre S/P du post-partum
W19	S/P du sein/lactation post-partum
W21	Préoc. par modific. image et grossesse
W27	Peur complications de la grossesse
W28	Limitation de la fonction/incap. (W)
W29	Autre S/P de la grossesse
W70	Infection puerpérale, sepsis
W71	Infection compliquant la grossesse
W72	Tumeur maligne avec grossesse
W73	Tumeur bénigne/indét. et grossesse
W75	Lésion traumat. et grossesse
W76	Anom. congénitale et grossesse
W78	Grossesse
W79	Grossesse non désirée
W80	Grossesse ectopique
W81	Toxémie gravidique
W82	Avortement spontané
W83	Avortement provoque
W84	Grossesse a haut risque
W85	Diabète gravidique
W90	Acc. non complique, enfant vivant
W91	Acc. non complique, enfant mort
W92	Acc. complique, enfant vivant
W93	Acc. complique, enfant mort
W94	Mastite puerpérale
W95	Autre mal. sein et grossesse/lactation
W96	Autre complication puerpérale
W99	Autre maladie de la grossesse/acc.

Syst.génital féminin et sein X

X01	Douleur génitale chez la femme
X02	Douleur menstruelle
X03	Douleur intermenstruelle
X04	Rapport sexuel douloureux femme
X05	Menstruation absente/rare
X06	Menstruation excessive
X07	Menstruation irrégulière/fréquente
X08	Saignement intermenstruel
X09	S/P prémenstruel
X10	Ajournement des menstruations
X11	S/P liés a la ménopause
X12	Saignement de la post-ménopause
X13	Saignement post-coïtal femme
X14	Ecoulement vaginal
X15	S/P du vagin
X16	S/P de la vulve
X17	S/P du petit bassin chez la femme
X18	Douleur du sein chez la femme
X19	Tuméfaction/masse du sein femme
X20	S/P du mamelon chez la femme
X21	Autre S/P du sein chez la femme
X22	Préoc. par l'apparence des seins
X23	Peur d'une MST chez la femme
X24	Peur dysfonction sexuelle femme
X25	Peur d'un cancer génital femme
X26	Peur d'un cancer du sein femme
X27	Peur autre mal. génitale/sein femme
X28	Limitation de la fonction/incap. (X)
X29	Autre S/P génital chez la femme
X70	Syphilis chez la femme
X71	Gonococcie chez la femme
X72	Candidose génitale chez la femme
X73	Trichomonase génitale femme
X74	Mal. inflammatoire pelvienne femme
X75	Cancer du col de l'utérus
X76	Cancer du sein chez la femme
X77	Autre cancer génital chez la femme
X78	Fibrome utérin
X79	Tumeur bénigne du sein femme
X80	Tumeur bénigne génitale femme
X81	Autre tumeur génitale indét. femme
X82	Lésion traumat. génitale femme
X83	Anom. génitale congénitale femme
X84	Vaginite/vulvite NCA
X85	Maladie du col de l'utérus NCA
X86	Frottis de col anormal
X87	Prolapsus utero-vaginal
X88	Maladie fibrokystique du sein
X89	Syndrome de tension prémenstruelle
X90	Herpes génital chez la femme
X91	Condylome acuminé chez la femme
X92	Infection génitale chlamydia femme
X99	Autre maladie génitale de la femme

Syst. génital masculin et sein Y

Y01	Douleur du pénis
Y02	Douleur des testicules, du scrotum
Y03	Ecoulement urétral chez l'homme
Y04	Autre S/P du pénis
Y05	Autre S/P des testicules/du scrotum
Y06	S/P de la prostate
Y07	Impuissance sexuelle NCA
Y08	Autre S/P fonction sexuelle homme
Y10	Stérilité, hypofertilité de l'homme
Y13	Stérilisation de l'homme
Y14	Autre PF chez l'homme
Y16	S/P du sein chez l'homme
Y24	Peur dysfonction sexuelle homme
Y25	Peur d'une MST chez l'homme
Y26	Peur d'un cancer génital homme
Y27	Peur autre maladie génitale homme
Y28	Limitation de la fonction/incap. (Y)
Y29	Autre S/P génitale chez l'homme
Y70	Syphilis chez l'homme
Y71	Gonococcie chez l'homme
Y72	Herpes génital chez l'homme
Y73	Prostatite/vésiculite séminale
Y74	Orchite/épididymite
Y75	Balanite
Y76	Condylome acuminé chez l'homme
Y77	Cancer de la prostate
Y78	Autre cancer génital chez l'homme
Y79	Autre tum. génit. bén./indét. homme
Y80	Lésion traumat. génitale homme
Y81	Phimosis/hypertrophie du prépuce
Y82	Hypospadias
Y83	Ectopie testiculaire
Y84	Autre anom. congénitale homme
Y85	Hypertrophie bénigne de la prostate
Y86	Hydrocèle
Y99	Autre maladie génitale chez l'homme

Social Z

Z01	Pauvreté/P. économique
Z02	P. d'eau/de nourriture
Z03	P. d'habitat/de voisinage
Z04	P. socioculturel
Z05	P. de travail
Z06	P. de non emploi
Z07	P. d'éducation
Z08	P. de protection sociale
Z09	P. légal
Z10	P. relatif au syst. de soins de santé
Z11	P. du fait d'être malade/compliance
Z12	P. de relation entre partenaires
Z13	P. de comportement du partenaire
Z14	P. du à la maladie du partenaire
Z15	Perte/décès du partenaire
Z16	P. de relation avec un enfant
Z18	P. du à la maladie d'un enfant
Z19	Perte/décès d'un enfant
Z20	P. relation autre parent/famille
Z21	P. comportem. autre parent/famille
Z22	P. du à la mal. autre parent/famille
Z23	Perte/décès autre parent/famille
Z24	P. de relation avec un ami
Z25	Agression/évènement nocif NCA
Z27	Peur d'un P. social
Z28	Limitation de la fonction/incap. (Z)
Z29	P. social NCA

Abréviations

/	ou
Acc.	Accouchement
Anom	Anomalie
Bén.	Bénin (igne)
CE	Corps étranger
Gén	Généralisé(e)
Incap	Incapacité
Indét	Indéterminé(e)
Loc.	Localisé(e)
Mal.	Maladie
MST	Maladie sexuellement transmissible
NCA	Non classé ailleurs
P.	Problème
Préoc	Préoccupé(e)
RAA	Rhumatisme articulaire aigu
S/P	Symptôme ou plainte
Sec.	Secondaire
Subs	Substance
Syndr	Syndrome
Tum.	Tumeur

Traducteurs:
Michel Roland et
Marc Jamoulle

CISP-2 Exemplaire de bureau.
Oct 2000

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 Maitres 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 médicolégales essentielles tout en assurant le suivi du patient.