



HAL
open science

A quelles informations médicales les médecins généralistes girondins déclarent-ils avoir accès lors de leurs visites à domicile ? Enquête de pratique auprès d'un échantillon de médecins

Maïa Revel

► To cite this version:

Maïa Revel. A quelles informations médicales les médecins généralistes girondins déclarent-ils avoir accès lors de leurs visites à domicile ? Enquête de pratique auprès d'un échantillon de médecins. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02520570

HAL Id: dumas-02520570

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02520570>

Submitted on 26 Mar 2020

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.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 06 Février 2020 par

Maïa Revel

Née le 01 Novembre 1989 à Bordeaux (33)

**A quelles informations médicales les médecins généralistes
girondins déclarent-ils avoir accès lors de leurs visites à
domicile ?**

Enquête de pratique auprès d'un échantillon de médecins

Directeur de thèse
Monsieur le Dr Sébastien CADIER

Membres du jury

Pr Jean-Philippe JOSEPH
Pr Laurent MAGOT
Pr François PETREGNE
Dr Lauren DAHLEM
Dr Céline LAJZEROWICZ
Dr Sébastien CADIER

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Juge
Juge et Directeur

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-Philippe Joseph

Directeur du Département de Médecine Générale de Bordeaux, Coordinateur du DES de Médecine Générale, Médecin généraliste à Bordeaux (33).

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Au Professeur François Petregne,

Professeur Associé de médecine générale, Médecin généraliste à Gradignan (33).

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements.

Au Professeur Laurent Magot,

Professeur associé de médecine générale, Médecin généraliste à Lons (64).

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail et pour l'aide que vous m'avez apporté : vos conseils et remarques m'ont été précieuses. Veuillez trouver dans ces mots l'expression de ma profonde gratitude.

Au Docteur Laurence Dahlem,

Assistante universitaire en médecine générale, Médecin généraliste à Pessac (33).

Je vous remercie pour l'intérêt porté à ce travail et d'avoir accepté de participer à ce jury. Soyez assurée de ma reconnaissance.

Au Docteur Céline Lajzerowicz

Chef de clinique en médecine générale, Médecin généraliste à Pessac (33).

Tu me fais le plaisir d'avoir accepté de faire partie de ce jury, sois assurée de ma reconnaissance et de ma sympathie.

Au Docteur Sébastien Cadier,

Médecin généraliste à Saint Vincent de Tyrosse (40).

Merci pour ton accueil, tout d'abord en stage où tu as participé à me faire découvrir et aimer la médecine générale, puis dans ce groupe de travail pour prendre la direction de cette thèse. Merci pour tes conseils et ton soutien. On y est !

A ma famille :

Tout d'abord à mes parents,

Merci pour tout : votre amour et votre soutien m'ont été indispensables durant ces années. Merci d'avoir attendu (patiemment) la fin de ces études.

A ma sœur et à mon frère,

Chloé et Sam, je suis heureuse de pouvoir vous compter dans ma vie.

Les moments passés ensemble me sont chers.

A Mathilde.

A Mamyvette, je suis contente que tu aies pu faire le déplacement,

A mes grands-parents, j'aurai aimé que vous puissiez lire ces lignes.

A Jacqueline, à Eva,

A Tata, à Marc,

A Tonton et à Lydie.

A mes amies de longue date :

A Nina, Émilie, Juliette, Emma, Clémence et Anne-Laure, Roxane : nos amitiés me sont précieuses, j'espère les conserver indéfiniment.

A Lila et Adèle qui complètent parfaitement ce groupe.

A Carole et à Sarah.

A Radhia.

A toutes ces personnes rencontrées à la fac :

Votre présence et vos témoignages d'amitié me vont droit au cœur,

Merci d'avoir rendu ces années moins longues et difficiles. A tous ces souvenirs communs et aux prochaines occasions de se retrouver.

Ne m'en voulez pas de ne pas vous citer nominativement, je sais que vous vous reconnaitrez.

A mes amis rencontrés lors de l'internat :

A la Leïla, Nathalie et Camille, la Team Objectif Thèse : je crois que c'est bon, maintenant on peut renommer ce groupe. Merci infiniment pour votre soutien. Je regrette vos départs mais je sais qu'ils donneront lieux à de belles retrouvailles. Désolée d'avoir piqué ton jour Camille !

A Matthieu, que la force d'Afida soit avec nous !

A tous ceux qui partagent un petit bout de mon quotidien !

Aux médecins qui ont participé à ma formation, et particulièrement Jean-Marc, David, Bernard, Jean-Louis et Clémence.

Merci aux médecins qui ont accepté de répondre à mon questionnaire.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX	6
TABLE DES FIGURES	8
GLOSSAIRE	9
1 INTRODUCTION	10
1.1 Le dossier médical en médecine libérale, aspect légal	11
1.2 Les dossiers médicaux lors des visites à domicile	12
1.3 Changement de profil de la nouvelle génération de médecins généralistes	13
1.4 Question de recherche et objectifs de l'étude	13
2 METHODE	14
2.1 Type de l'étude	14
2.2 Population de l'étude	14
2.3 Critère de jugement, le contenu du questionnaire (cf. annexe 1)	14
2.4 Modalité de recueil des données	15
2.5 Aspect réglementaire et éthique	15
2.6 Analyse statistique	15
3 RESULTATS	16
3.1 Participation et diagramme des flux	16
3.2 Description de l'échantillon des médecins participants : données socio-démographiques et activités	17
3.2.1 Age des participants	17
3.2.2 Sexe	17
3.2.3 Durée d'installation et temps de remplacement	17
3.2.4 Mode d'exercice	18
3.2.5 Lieu d'exercice	18
3.2.6 Informatisation	18
3.2.7 Activité	18
3.3 Informations médicales accessibles lors des visites à domicile	19
3.4 Moyens utilisés comme support des informations médicales	19
3.4.1 Description des formats papiers utilisés comme support des informations médicales	20
3.4.2 Description des formats informatiques utilisés comme support des informations médicales	20
3.4.3 Description des formats papier et informatique utilisés comme support aux informations médicales	21
3.4.4 Description du mode de fonctionnement	22
3.5 Mise en place du système d'accès aux informations médicales	23
3.5.1 Médecins déclarant avoir mis eux-mêmes leur système en place	23
3.5.2 Médecins déclarant avoir repris un système déjà existant	24
3.5.3 Satisfaction envers ce système d'accès et souhait de modifications	24
3.6 Médecins n'ayant pas accès aux principales informations	25
3.7 Satisfaction	26
3.7.1 Globale	26
3.7.2 Gêne ressentie par les médecins lors des visites à domicile	26
3.8 Analyse en sous-groupe de médecins	26
3.8.1 Description des médecins déclarant avoir accès à l'ensemble des informations médicales lors de leurs VAD	26
3.8.2 Description des médecins déclarant n'avoir accès à aucune information lors des VAD	28
3.8.3 Description des médecins non informatisés	29

3.9	Analyses bi variées	30
3.9.1	Comparaison des médecins et de leurs pratiques en fonction de leur année d'installation	30
3.9.2	Comparaison des médecins et de leurs pratiques en fonction de leur satisfaction globale	32
3.9.3	Comparaison des médecins et de leurs pratiques en fonction du nombre de visites hebdomadaire	34
3.9.4	Comparaison des pratiques en fonction de l'exhaustivité du dossier	36
3.10	Résumé synthétique des résultats	37
4	DISCUSSION	39
4.1	Discussion sur la méthode	39
4.1.1	Élaboration du questionnaire	39
4.1.2	Difficultés rencontrées	40
4.1.3	Forces de l'étude	40
4.1.4	Limites-Biais	41
4.2	Discussion sur les résultats	42
4.2.1	Comparaison de l'échantillon à la population cible	42
4.2.2	Commentaire des principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature	42
4.2.2.1	Les informations médicales sont majoritairement présentes à domicile...	43
4.2.2.2	...par des moyens d'accès variés, mis en place par les praticiens	44
4.2.2.3	Des solutions énergivores pour les médecins...	47
4.2.2.4	...dépendantes de leurs activités à domicile	49
4.2.2.5	Le problème de la confidentialité au domicile...	50
4.2.2.6	...et la communication entre les intervenants - coordination des soins indispensable	50
4.2.2.7	Cas de la permanence des soins	51
4.2.2.8	Une problématique similaire pour les jeunes installés et leurs aînés	52
4.3	Perspectives	53
4.3.1	Recherches complémentaires	53
4.3.2	Perspectives d'évolution du dossier médical en visite à domicile	54
5	CONCLUSION	55
6	BIBLIOGRAPHIE	57
7	ANNEXES	61
7.1	Questionnaire	61
7.2	Intégralité des résultats comparatifs en fonction de la satisfaction globale	64
7.3	Résultats comparatifs des médecins en fonction du nombre de visites hebdomadaires	66
8	SERMENT MEDICAL	67
9	RESUME	68

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Origine de l'initiative du système de dossier en VAD	24
Tableau 2 : Freins à la constitution d'un système d'accès aux informations en VAD	25
Tableau 3 : Fréquence de la gêne ressentie lors des prises en charge en VAD	26
Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographiques et activités des médecins ayant accès à l'ensemble de informations	27
Tableau 5 : Descriptif des données socio-démographiques et activités des médecins n'ayant aucune information au domicile de leurs patients	28
Tableau 6 : Descriptif des caractéristiques et activités des médecins non informatisés de l'échantillon	29
Tableau 7 : Descriptif des données socio-démographique et activités des médecins en fonction de l'année d'installation	31
Tableau 8 : Informations médicales déclarées accessibles en fonction de l'année d'installation	31
Tableau 9 : Moyens d'accès aux informations médicales en fonction de l'année d'installation	32
Tableau 10 : Comparaison des informations accessibles lors des visites à domicile en fonction de la satisfaction des médecins	33
Tableau 11 : Comparaison des moyens d'accès aux informations en fonction de la satisfaction globale des médecins	33
Tableau 12 : Gêne ressentie par les médecins lors des visites à domicile en fonction de la satisfaction des médecins	34
Tableau 14 : Comparaison du moyen d'accès aux informations chez les médecins ayant un dossier médical à domicile en fonction du nombre de visites hebdomadaires	35
Tableau 15 : Comparaison de la gêne ressentie par les médecins lors des visites en fonction du nombre de visites hebdomadaires	36
Tableau 16 : Comparatif des modes d'accès aux informations médicales en fonction de l'exhaustivité du dossier	36
Tableau 17 : Comparatif de la satisfaction globale vis à vis du dossier en fonction de l'exhaustivité du dossier	37
Tableau 18 : Comparaison de la gêne ressentie par les médecins en fonction de l'exhaustivité de leur dossier	37
Tableau 19 : Récapitulatif des données socio-démographiques et activités des médecins en fonction de leur satisfaction globale	64
Tableau 20 : Freins à la constitution d'un système permettant l'accès aux informations	65
Tableau 21 : Satisfaction globale en fonction de l'année d'installation chez les médecins ayant accès aux informations	65

Tableau 22 : Tableau comparatif de la satisfaction des médecins en fonction de l'origine de la mise en place du système	65
Tableau 23 : Comparatif des caractéristiques générales et de l'activité des médecins en fonction du nombre de visites hebdomadaires	66

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme des flux	16
Figure 2 : Pyramide des âges	17
Figure 3 : Répartition des actes par semaine	18
Figure 4 : Informations médicales déclarées accessibles lors des visites à domicile par les médecins de l'échantillon	19
Figure 5 : Formats papiers utilisés par les médecins ayant recours au papier exclusivement comme support des informations médicales	20
Figure 6 : Formats informatiques utilisés par les médecins ayant recours à l'informatique exclusivement comme support des informations médicales	21
Figure 7 : Moyens d'accès aux informations pour la partie papier pour les médecins utilisant les deux formats	21
Figure 8 : Moyens d'accès aux informations pour la partie informatique pour les médecins s'aidant des deux formats	22
Figure 9 : Informations accessibles lors des visites à domicile pour les médecins non informatisés	30

GLOSSAIRE

ACBUS : Accord de Bon Usage des Soins de santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

CSP : Code de la Santé Publique

CDM : Code de la Déontologie Médicale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

HAS : Haute Autorité Sanitaire

DMP : Dossier Médical Personnel puis Dossier Médical Partagé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

CNIL : Conseil National de l'Informatique et des Libertés

REAGJIR : Regroupement Autonomes des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

INSEE : Institut National Statistiques Études Économiques

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide COmmunication

VAD : Visite à Domicile

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CJP : critère de jugement principal

CJS : critère de jugement secondaire

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

CPS : Carte Professionnel de Santé

IDEL : Infirmier-ère Diplômé-e d'état Libéral-e

1 INTRODUCTION

Les visites à domicile sont spécifiques de l'activité du médecin généraliste. Après une diminution de leurs nombres initiée par l'ACBUS en 2002 (1), le vieillissement de la population et le virage ambulatoire de la médecine pourraient inverser les chiffres dans les années à venir.

Les avis des médecins sur cet acte sont divers : ils s'accordent sur sa nécessité pour se rendre compte de l'état de dépendance et du mode de vie de leurs patients, et apprécient pour la plupart cette rupture avec le rythme des consultations (2-4).

Les avis négatifs concernent en partie la qualité de la prise en charge qui leur semble moins bonne que celle des patients suivis au cabinet (4), pouvant influencer sur la sécurité des soins (5).

Le lieu de l'examen mais aussi l'absence de dossiers médicaux en sont des éléments explicatifs.

En effet, si la tenue d'un dossier médical est généralisée au cabinet, il n'en est pas de même lors des visites à domicile (6,7).

Actuellement, il n'existe pas de recommandations concernant la nécessité d'un dossier médical lors des visites à domicile, alors que l'ANAES a établi un rapport en 1996 sur les dossiers médicaux en médecine libérale (8). Ce rapport décrit les éléments indispensables au bon suivi des patients. Bien qu'il n'existe pas d'études prouvant leur association, le lien entre qualité des soins et les dossiers médicaux est implicite.

Quelques travaux de thèses récents se sont intéressés aux pratiques concernant les dossiers médicaux ainsi qu'aux difficultés rencontrées par les médecins lors des visites à domicile (4,6,7,9,10).

Ces derniers mettent en avant plus de difficultés à prendre en charge leurs patients ainsi qu'une plus grande insatisfaction lorsqu'ils ne disposent pas des informations médicales sur place (9). La qualité des soins et le suivi des pathologies chroniques semblent meilleurs lorsque les informations médicales des patients sont disponibles lors de la consultation (10).

Cependant, d'après ces mêmes études, les médecins généralistes s'accommodent de ces difficultés et ne sont pas prêts à mettre en place des solutions leur permettant d'avoir accès à ces informations (6,7).

1.1 Le dossier médical en médecine libérale, aspect légal

A l'inverse du dossier médical en établissement de santé pour lequel des articles de lois (11) sont prévus ainsi que des recommandations établies par la HAS concernant son contenu (12), le dossier médical en médecine libérale n'est pas aussi bien réglementé.

L'obligation de tenue d'un dossier médical, en ville comme à l'hôpital apparaît en 1995 avec l'article 45 du Code de la déontologie (11): « *Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.* » .

La même année paraît un décret relatif au dossier de suivi médical introduit la notion de d'utilité dans la qualité des soins. « *Le médecin chargé de la tenue du dossier médical d'un patient assure la synthèse de l'ensemble des informations médicales mentionnées à partir de l'article R145-9 et éclaire la démarche de soins du patient, en vue notamment d'éviter les risques d'interaction médicamenteuse et de redondance des actes de prescriptions. Pour la coordination du suivi médical du patient, il est en liaison, dans le respect des règles déontologiques, avec les autres professionnels de santé dispensant des soins au patient, et notamment avec les autres médecins auxquels il transmet toutes informations utiles sur l'état de celui-ci.* » (13).

Une modification a été apportée en 2012 à l'article 45 pour préciser que les notes personnelles du médecin sont différentes du dossier médical prévu par la loi : « *Les notes personnelles du médecin ne sont ni accessibles au patient et aux tiers.* »

Si sa constitution est obligatoire, les règles concernant son contenu dans le cadre de la médecine libérale sont plus floues. En 1996 l'ANAES, maintenant devenue HAS, publie des recommandations de bonnes pratiques concernant les dossiers médicaux en exercice libéral (8). Elles précisent les objectifs et le contenu nécessaire pour y parvenir, en soulignant toutefois que le médecin est « *libre et responsable des informations qui y sont enregistrées* ».

Parmi ces objectifs, on peut retenir :

- retrouver rapidement et sans risques de confusion le bon dossier
- se remémorer du contenu des rencontres précédentes
- disposer à tout moment d'une histoire médicale actualisée et synthétique comportant les éléments utiles à la prise de décision
- expliciter les arguments qui sous-tendent les décisions

- planifier et assurer un suivi médical personnalisé en fonction des pathologies, des problèmes de santé, des facteurs de risques et environnementaux
- favoriser la transmission à un autre soignant (associé, remplaçant, successeur, confrère en ville ou hospitalier, intervenant paramédical...) des informations permettant d'optimiser l'efficacité, la sécurité et l'efficience de son intervention.

La connaissance de certaines informations médicales est un prérequis nécessaire pour répondre à ces objectifs.

Ainsi, outre les informations administratives, l'ANAES considérait que les informations suivantes étaient indispensables dans un dossier médical :

- antécédents personnels et familiaux
- facteurs de risques
- statut vaccinal et autres actes de prévention
- allergies et intolérance médicamenteuse

Ces éléments sont également rappelés par la Société Française de Médecine Générale comme socle de la démarche diagnostique et de la démarche décisionnelle (14,15).

1.2 Les dossiers médicaux lors des visites à domicile

Si la nécessité de télétransmission (16) et les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) (17) ont permis une harmonisation des pratiques avec la création de dossiers médicaux informatisés via un logiciel métier au cabinet, il n'en est pas de même lors des visites à domicile.

Il apparaît dans ces travaux récents (7,9,18), ainsi qu'à l'occasion de mes remplacements, que les modes de fonctionnement sont divers lors des visites à domicile. Certains médecins ne disposent d'aucunes informations lors de cet acte alors que d'autres mettent en place des stratégies élaborées pour avoir accès aux principales informations du dossier médical.

Aucune étude actuellement ne permet de faire un état des lieux sur les informations disponibles lors des visites à domicile.

1.3 Changement de profil de la nouvelle génération de médecins généralistes

L'installation en médecine libérale est l'occasion pour une nouvelle génération de médecins généralistes de pratiquer dans les conditions qu'ils souhaitent (19). Cela s'effectue dans un contexte où l'installation est plus tardive après une période de remplacements plus longue qu'auparavant (20,21).

Durant cette période, les médecins remplaçants sont amenés à expérimenter différents modes de fonctionnement en matière d'organisation, notamment pour les dossiers médicaux et peuvent se faire leurs propres avis sur ce qu'ils comptent reproduire ou mettre en place une fois installés.

Il semble logique de penser que s'ils ont rencontré des difficultés ou expérimenté des techniques leur apportant satisfaction durant leurs périodes de remplacement, ils sont prêts à réfléchir à des solutions.

La problématique des dossiers médicaux à domicile reste intacte malgré l'essor de solutions numériques et l'arrivée d'une nouvelle génération de médecin généraliste, plus à l'aise avec cet outil (6).

1.4 Question de recherche et objectifs de l'étude

Question de recherche : A quelles informations médicales les médecins généralistes girondins déclarent-ils avoir accès lors de leurs visites à domicile ?

L'objectif principal de cette étude était de décrire les informations médicales auxquelles les médecins généralistes girondins déclarent avoir accès lors de la réalisation des visites à domicile.

Les objectifs secondaires étaient au nombre de trois :

- décrire les différents modes d'accès aux données médicales lors des visites à domicile
- comparer les informations accessibles ainsi que les moyens utilisés par les médecins en fonction de leur durée d'installation
- évaluer la satisfaction des médecins par rapport à la présence de ces informations

2 METHODE

2.1 Type de l'étude

Pour répondre à la question de recherche et atteindre nos objectifs, nous avons réalisé une enquête de pratique par questionnaire auprès d'un échantillon de médecins généralistes.

2.2 Population de l'étude

La population cible de l'étude était l'ensemble des médecins généralistes installés dans le département de la Gironde réalisant des visites à domicile, après exclusion des modes d'exercices particuliers exclusifs.

2.3 Critère de jugement, le contenu du questionnaire (cf. annexe 1)

Le questionnaire a été élaboré sur l'application LimeSurvey rendu disponible par l'Université de Bordeaux. Il comportait 36 questions réparties en 6 groupes :

- la première partie du questionnaire s'intéressait aux caractéristiques socio-démographiques des participants ainsi qu'à leurs conditions et rythme de travail.
- la deuxième partie permettait de répondre à la question de recherche : des informations médicales étaient proposées, les praticiens devaient répondre s'ils avaient accès à ces informations pour leurs patients lors de leurs visites à domicile, en dehors des résidents d'EHPAD.

Les troisième et quatrième parties du questionnaire s'adressaient aux médecins ayant déclaré avoir au minimum accès aux antécédents de leurs patients ainsi qu'aux traitements en cours lors des visites à domicile, correspondant au critère de jugement :

- la troisième partie s'intéressait aux formats utilisés pour rassembler ces informations et permettait de répondre à un des objectifs secondaires.
- La quatrième partie s'intéressait aux origines de la mise en place de ce système d'accès aux informations médicales.

La cinquième partie s'adressait aux médecins ayant déclaré ne pas avoir accès soit aux antécédents médicaux soit aux traitements en cours de leurs patients :

- elle cherchait à repérer les freins possibles à la constitution d'un système de dossier lors des visites à domicile.

La sixième et dernière partie était commune à l'ensemble des participants :

- elle portait sur la satisfaction globale des médecins quant aux informations médicales accessibles lors des visites, soit le dernier critère secondaire.

Une première version avait été établie et testée par plusieurs médecins généralistes afin de s'assurer de la compréhension des questions et de chronométrer le temps de passage. Celui-ci a été estimé entre 5 et 10 minutes. Les remarques formulées ont été prises en compte pour établir la version définitive.

Lors de l'analyse comparative des pratiques en fonction de l'année d'installation des médecins, il a été retenu une date d'installation postérieure à Janvier 2014.

2.4 Modalité de recueil des données

Un lien vers le questionnaire auto-administré a été diffusé par voie e-mail : la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Gironde (CPAM) a réalisé l'envoi.

Les données ont été recueillies de manière anonyme pendant un mois. Une relance a été effectuée 15 jours après le premier mail.

2.5 Aspect réglementaire et éthique

Engagement conformité MR 003, l'étude a été déclarée à la CNIL sous le numéro 2210199.

2.6 Analyse statistique

Les réponses ont été exportées sous la forme d'un fichier Excel®. Les variables ont été analysées selon une analyse statistique descriptive classique.

Pour la partie comparative, les tests statistiques ont été réalisés grâce au site biostatgy. Les tests du Chi 2 et de Fisher ont été utilisés en fonction des effectifs. Le seuil de significativité retenu a été 0,05.

3 RESULTATS

3.1 Participation et diagramme des flux

1746 médecins ont reçu le premier mail les invitant à répondre au questionnaire le 25 Janvier 2019. 120 ont été exclus de la relance 15 jours plus tard du fait d'une erreur de distribution lors du premier mail : il s'agissait de médecins exerçant dans des structures d'urgences type « SOS Médecins » ou dans les services d'urgences de cliniques.

Au total, 1626 médecins correspondaient à la population cible de notre étude.

412 réponses ont été comptabilisées après un mois de recueil, parmi elles, 270 réponses étaient complètes.

246 réponses ont pu être analysées pour le critère de jugement principal, soit un taux de réponse exploitable de 15 %.

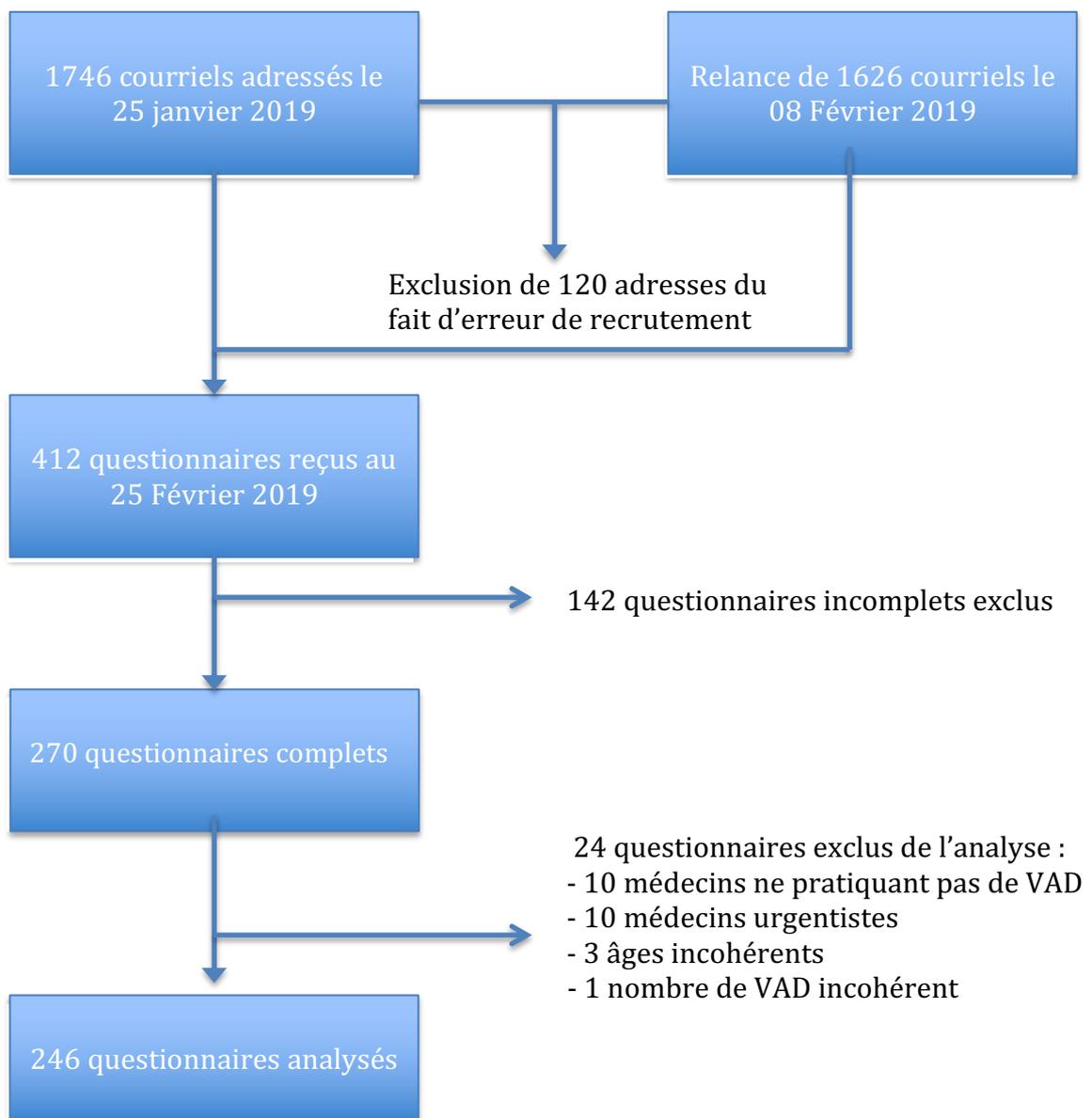


Figure 1 : Diagramme des flux

29 participants ont été exclus de l'analyse comparative portant sur l'année d'installation car les dates déclarées d'installation étaient postérieures au moment de l'étude.

3.2 Description de l'échantillon des médecins participants : données socio-démographiques et activités

3.2.1 Age des participants

La médiane des âges déclarés était de 45 ans (Q1-Q3 : 36-56).

3.2.2 Sexe

49,6% était des femmes et 50,4% des hommes.

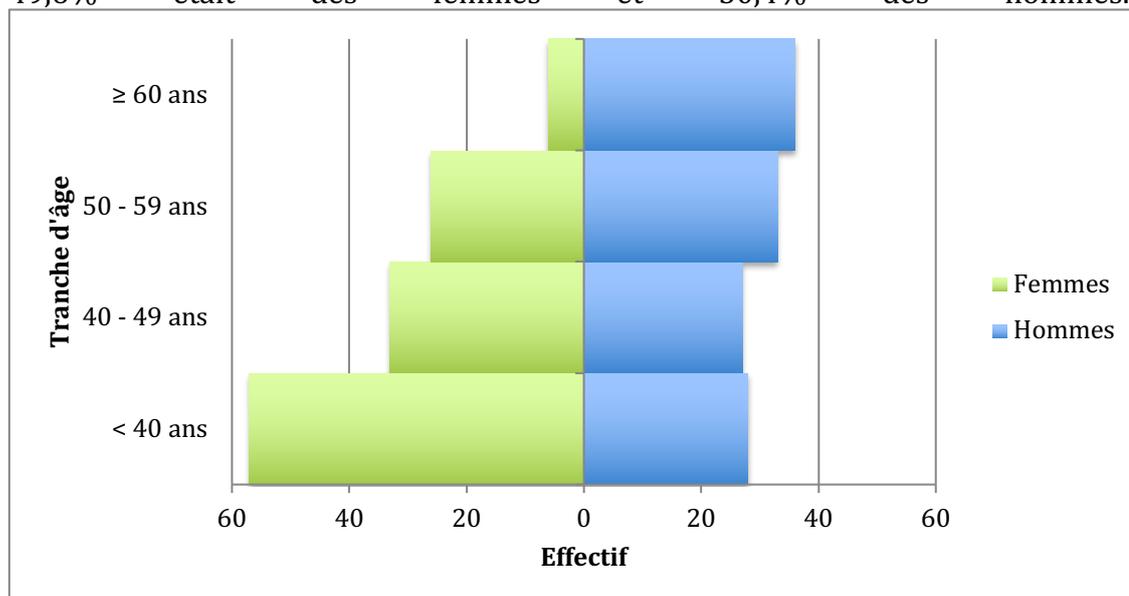


Figure 2 : Pyramide des âges

3.2.3 Durée d'installation et temps de remplacement

La durée moyenne d'installation était de 13,5 ans ($\pm 12,0$ ans), la médiane de 9,6 ans (Q1-Q3 : 3,1-22,2).

Cette analyse se fait après exclusion de 29 réponses du fait de date d'installation déclarées incohérentes.

Ils avaient obtenu leur thèse depuis en moyenne 16,6 ans ($\pm 12,1$ ans), la médiane était de 14,0 ans (Q1-Q3 : 5,4-27,7).

La médiane du temps de remplacement déclaré était de 27 mois (Q1-Q3 : 9-48) : ils étaient nombreux à déclarer s'être installés immédiatement après l'obtention de leur thèse.

3.2.4 Mode d'exercice

74% des médecins de l'étude déclaraient exercer en groupe.

Parmi les médecins exerçant en groupe, 12 avaient le statut de collaborateur, soit 0,7%.

Il s'agissait pour 59% d'une reprise de patientèle.

3.2.5 Lieu d'exercice

Ils étaient 40% à déclarer exercer en milieu rural, contre 60% en milieu urbain.

3.2.6 Informatisation

Les médecins généralistes de l'échantillon ont très majoritairement déclaré être informatisés : 95% disposaient de dossiers médicaux informatisés à leur cabinet via un logiciel métier.

3.2.7 Activité

Les généralistes de notre étude déclaraient travailler en moyenne 8,4 demi-journées par semaine. Le nombre moyen d'actes déclaré par semaine était de 112 ($\pm 32,8$).

Le nombre moyen de visite par semaine était de 12, la médiane était de 10 (Q1-Q3 : 5-15). Les visites à domicile représentaient 10,7% de leurs activités.

Ils déclaraient suivre en moyenne 40 patients régulièrement en dehors du cabinet, la médiane était de 30 patients (Q1-Q3 : 15-50).

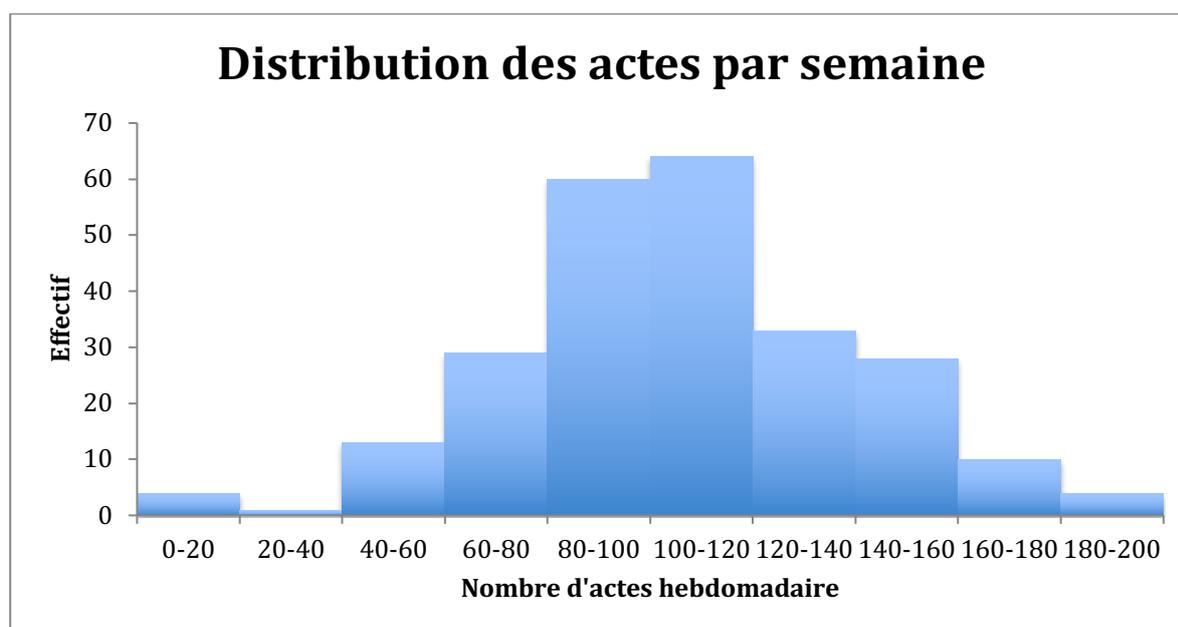


Figure 3 : Répartition des actes par semaine

3.3 Informations médicales accessibles lors des visites à domicile

Les médications des patients et les résultats biologiques étaient les informations les plus fréquemment déclarées présentes lors des visites à domicile, pour respectivement 95% et 89% des médecins interrogés.

Les autres paramètres étaient majoritairement présents, à l'exception du statut vaccinal, disponible uniquement dans 45% des cas.

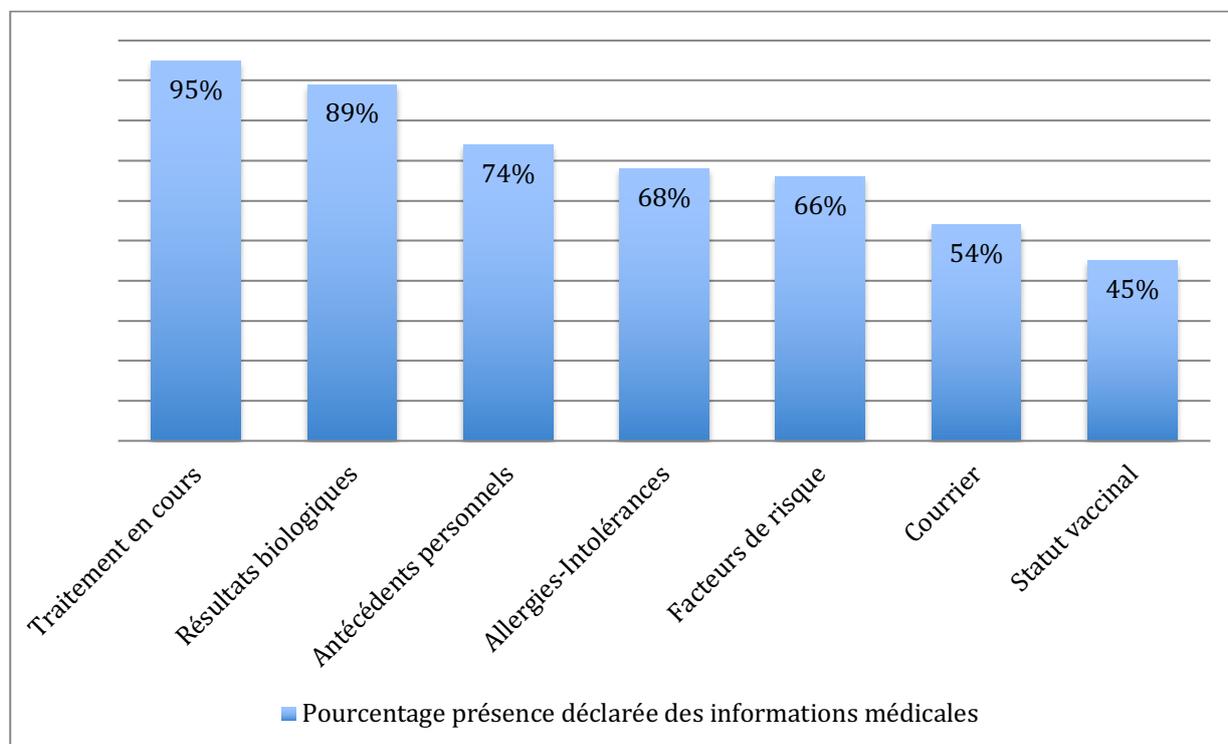


Figure 4 : Informations médicales déclarées accessibles lors des visites à domicile par les médecins de l'échantillon

- 181 médecins ont déclarés avoir accès au minimum aux antécédents et aux traitements en cours de leurs patients, leur permettant un accès aux parties 3 et 4 du questionnaire.

- 65 médecins ont déclarés qu'il leur manquait soit l'accès aux antécédents soit celui aux traitements, leur permettant un accès à la 5ème partie du questionnaire.

- 87 médecins soit 35% des répondants déclaraient avoir accès à l'ensemble des informations.

- 10 médecins soit 4% déclaraient n'avoir accès à aucune de ces informations.

3.4 Moyens utilisés comme support des informations médicales

Sur les 181 médecins ayant eu accès à cette partie du questionnaire, 120 (66%) déclaraient utiliser un format papier, 20 (11%) un format informatique exclusif, et 41

(23%) les deux formats. Parmi les différents supports proposés, il était possible d'en sélectionner plusieurs.

3.4.1 Description des formats papiers utilisés comme support des informations médicales

Les médecins déclaraient utiliser majoritairement un cahier ou un classeur comme support de ces informations médicales, puis le dossier de liaison infirmier. Ils étaient peu nombreux à utiliser le carnet de santé de l'adulte. 38 médecins ont déclaré associer un cahier au dossier de liaison infirmier.

11 médecins ont choisi la réponse « Autre » : l'analyse des commentaires libres indiquait que ces praticiens utilisaient leurs dossiers papier du cabinet qu'ils amenaient lors des visites.

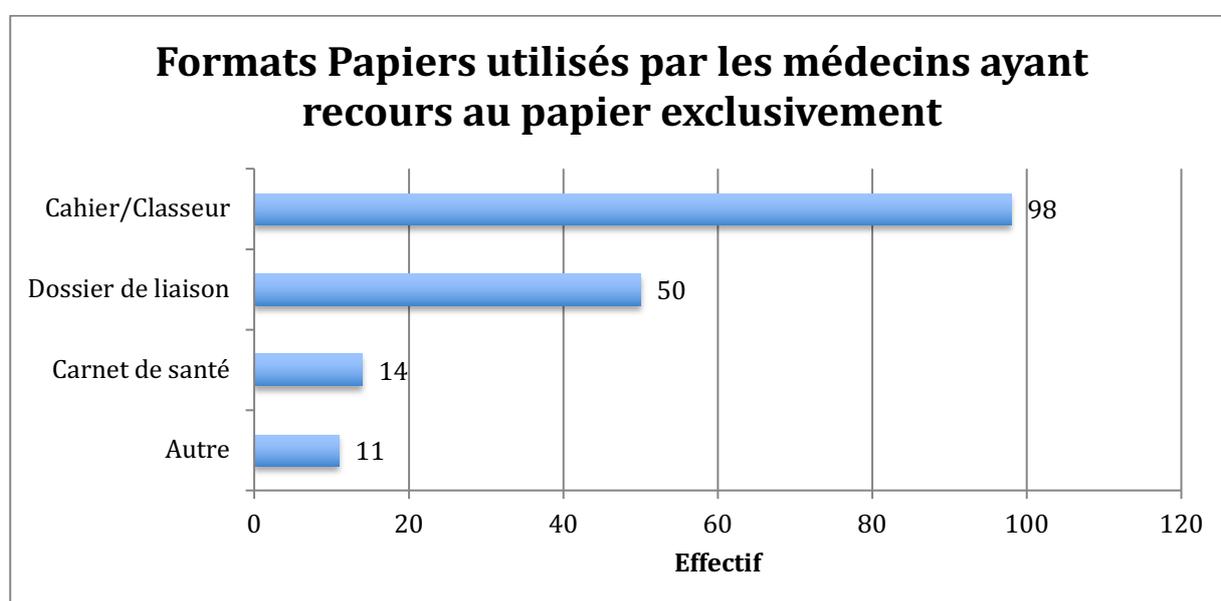


Figure 5 : Formats papiers utilisés par les médecins ayant recours au papier exclusivement comme support des informations médicales

3.4.2 Description des formats informatiques utilisés comme support des informations médicales

Le logiciel métier accessible sur support mobile était le support le plus déclaré comme utilisé par les médecins de l'étude.

L'analyse des réponses « Autre » indiquait que ces praticiens utilisaient l'application Team Viewer leur permettant d'avoir accès à leurs dossiers informatisés du cabinet. Ces médecins auraient pu se classer dans la réponse « Application mobile » ou bien « Logiciel métier sur support mobile ».

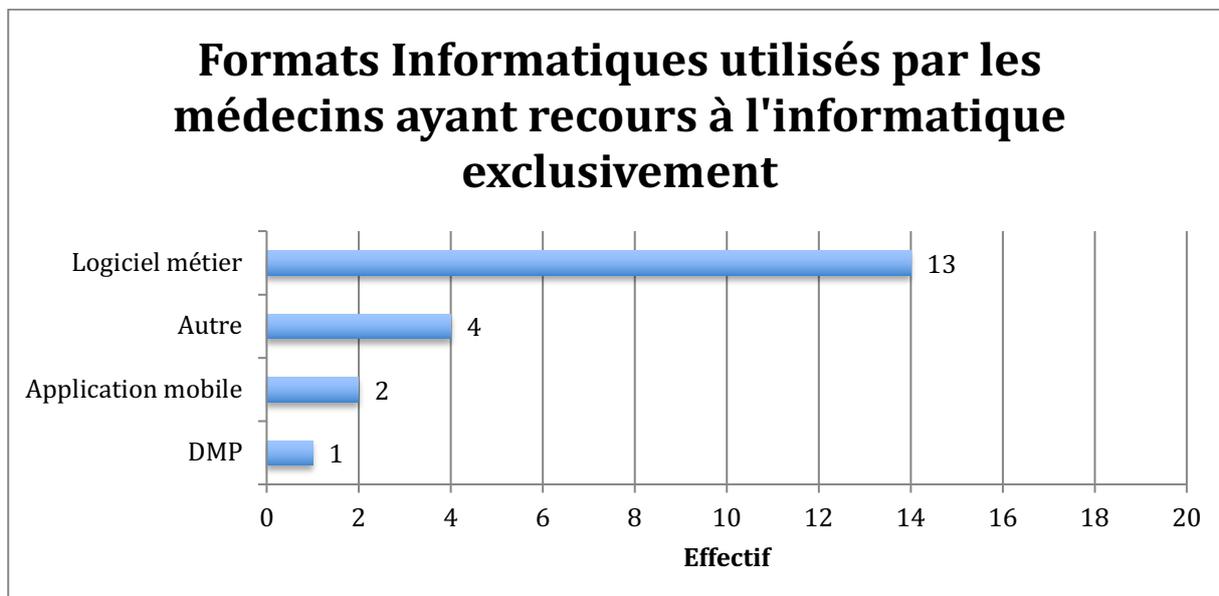


Figure 6 : Formats informatiques utilisés par les médecins ayant recours à l'informatique exclusivement comme support des informations médicales

3.4.3 Description des formats papier et informatique utilisés comme support aux informations médicales

Les associations les plus utilisées étaient :

- le cahier-classeur avec le logiciel métier sur support mobile pour 13 médecins
- le cahier-classeur avec l'application mobile pour 10 médecins
- le carnet de liaison avec l'application mobile pour 5 médecins

Les autres associations étaient citées de manière isolée.

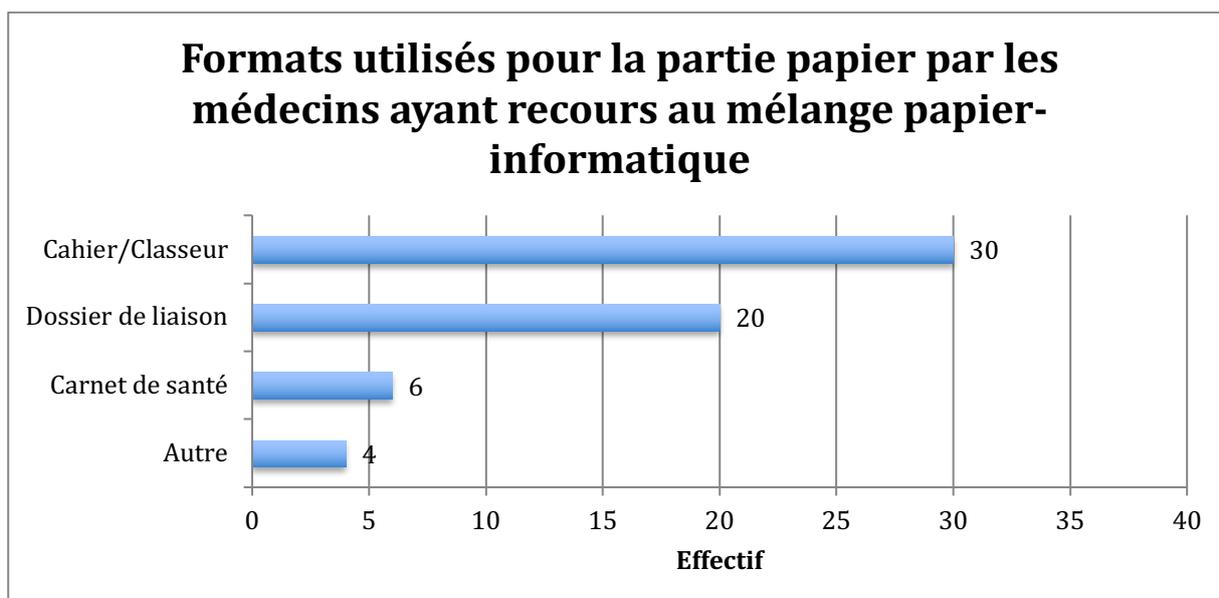


Figure 7 : Moyens d'accès aux informations pour la partie papier pour les médecins utilisant les deux formats

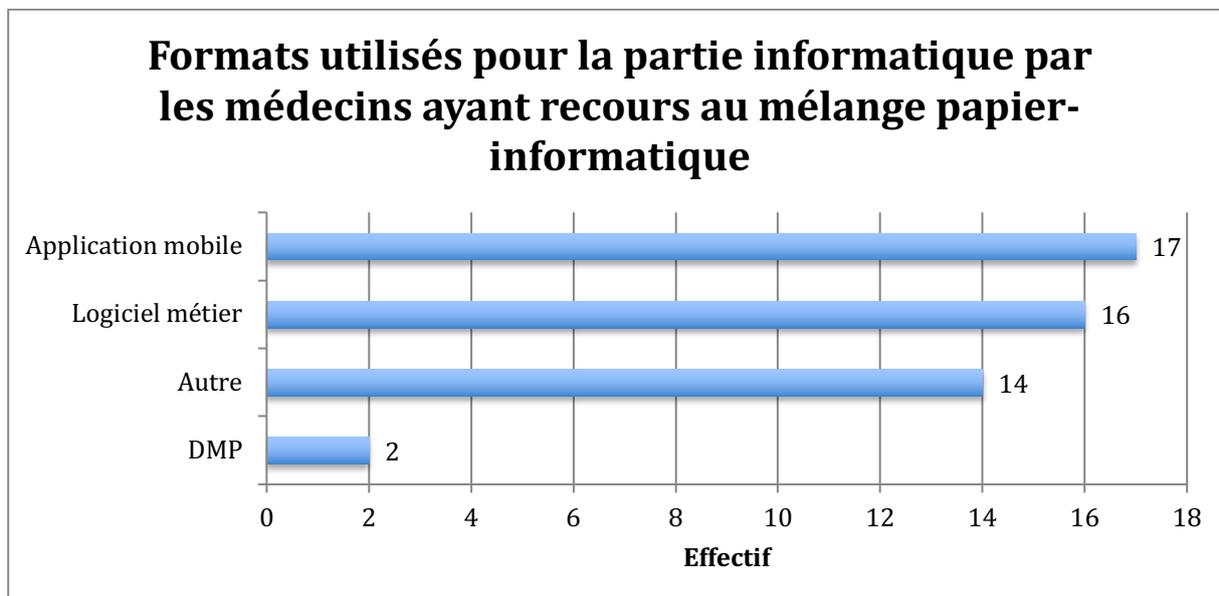


Figure 8 : Moyens d'accès aux informations pour la partie informatique pour les médecins s'aidant des deux formats

3.4.4 Description du mode de fonctionnement

Beaucoup de réponses ont été données à la question ouverte non obligatoire : « *Pouvez-vous brièvement expliquer votre mode de fonctionnement lors des visites à domicile ?* »

Leurs analyses ont permis de faire dégager quelques réponses similaires :

- Utilisation d'une application mobile, *Globule*, qui permet un accès aux informations médicales ainsi qu'un outil de communication entre professionnels de santé : « *Application globule utilisée très fréquemment* » « *Après avoir rédigé mon observation, copier/coller vers le site de « Globule » pour le lien avec les paramédicaux.* »
- Préparation de la visite : consultation du dossier en amont, courriers, biologie, parfois impression des ordonnances au cabinet et modification a posteriori si nécessaire : « *consultation du dossier au cabinet avant ma visite pour contrôler les derniers courriers, bilan...* »
- Utilisation de la mémoire, connaissance des patients : « *Patients suivis tous depuis plus de 30 ans connus avec mémorisation de leurs antécédents* »
- Utilisation d'un dossier commun avec plusieurs professionnels de santé : « *Classeur partagé avec paramédicaux* »
- Conservation du duplicata de l'ordonnance afin de reporter les traitements dans le dossier informatisé une fois de retour au cabinet : « *en visite, je garde le feuillet*

duplicata de l'ordonnance. Au retour, j'écris une courte observation et je fais scanner à la secrétaire le duplicata de l'ordonnance »

- Aide d'un tiers si nécessaire : *« Lors de ma visite, si besoin j'appelle mes collègues pour me transmettre les infos par téléphone. » « Si besoin appel à ma secrétaire pour quelques infos supplémentaires. »*

Cette question a également reçu de nombreuses réponses décrivant le déroulement de l'acte : *« Visites une fois par mois aux patients avec des maladies chroniques + à la demande des patients si peuvent pas se déplacer + les urgences » « examen clinique, observation, renouvellement ou prescription initiale ».*

3.5 Mise en place du système d'accès aux informations médicales

3.5.1 Médecins déclarant avoir mis eux-mêmes leur système en place

158 des 181 médecins (87%) qui avaient déclarés avoir accès aux antécédents et aux traitements étaient responsables de la mise en place de leur système d'accès aux informations médicales en VAD.

Parmi ces praticiens, ils avaient déclaré généraliser leurs actions puisque 137 (87%) avaient eu la même démarche pour l'ensemble de leurs patients suivis à domicile.

Les 21 (13%) médecins à ne pas avoir été systématiques dans la généralisation d'un système d'accès aux données médicales en VAD ont déclaré avoir constitué des dossiers pour la majorité de leur patients vus à domicile :

- 7 médecins déclaraient avoir mis en place ce système pour 50% de leurs patients,
- 7 médecins pour 75 %,
- 6 pour plus de 75 % de leurs patients suivis en VAD.

L'analyse des réponses libres à la question *« Quels sont les critères qui vous ont fait mettre en place ce système pour certains patients »* permet de dégager quelques axes :

- amélioration du suivi pour les pathologies chroniques et les poly-pathologies pour les médecins disposant des informations médicales lors des visites : *« Besoin d'avoir les infos en visite surtout pour les patients poly-pathologiques, ou ne sachant pas se suivre eux-mêmes (peu éduqués, ou troubles cognitifs) »*
- facilitation du travail de coordination avec équipes paramédicales : *« Incapacité du patient à faire le lien entre les différents intervenants » « important pour le suivi et la coordination des soins »*

- optimisation du travail d'un médecin remplaçant ou dans le cadre de l'urgence :
« Pour une traçabilité des visites et laisser des infos si passage SOS médecins ou SAMU » « nécessité de suivi pour les remplaçants »

3.5.2 Médecins déclarant avoir repris un système déjà existant

23 médecins soit 13% déclaraient avoir repris un système déjà existant ; l'initiative revenait dans ces cas à :

Tableau 1: Origine de l'initiative du système de dossier en VAD

Initiateur du système	Effectif	Pourcentage
Prédécesseur	14	61
IDE libérale	8	35
Patient/Sa famille	4	17
Leur associé	4	17
Organisme de soins	3	13
Leur collaborateur	1	4
Autre	1	4

3.5.3 Satisfaction envers ce système d'accès et souhait de modifications

156 des 181 médecins de ce groupe (86%) se déclaraient satisfaits par leur système d'accès aux informations actuel, 46 (25%) souhaitaient le modifier ou l'améliorer. La totalité des médecins non satisfaits par leur système actuel souhaitait entreprendre des modifications.

L'analyse des réponses libres à la question « *Que comptez-vous entreprendre ?* » a permis de faire dégager quelques axes :

- solution informatique prépondérante : avoir accès à leur logiciel métier du cabinet sur un support mobile ou accès à un logiciel métier en ligne : « *Utilisation d'un logiciel métier en ligne* » « *On étudie la possibilité d'emmener le logiciel en visite* »
- réflexion sur qualité réseau internet en zone rurale : « *Informatiquement mais problèmes liés à la connexion en milieu rural* »
- utilisation de plateforme d'aide à la coordination Paaco et son application Globule permettant d'avoir accès aux informations médicales des patients et de communiquer avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux : « *Informatisation par tablette avec logiciel hébergé et utilisation de Globule pour la correspondance avec les correspondants paramédicaux et médicaux. Généralisation du dossier IDE* »

3.6 Médecins n'ayant pas accès aux principales informations

Ils étaient 65 répondants soit 27% des participants de l'étude.

Parmi eux, 24 soit 37% souhaitaient modifier leurs pratiques et mettre en place un système leur permettant un accès aux informations du dossier médical.

La solution informatique était majoritairement citée par les médecins :

- logiciel métier sur support mobile ou utilisation logiciel en ligne : « *utilisation du logiciel du cabinet sur tablette (module à acheter)* »
- Fiche récapitulative papier avec mise à jour régulière : « *Imprimer une fiche sur les antécédents par exemple et remettre aux patients les derniers courriers des spécialistes au lieu de les garder au cabinet* »

41 médecins soit 63% ne souhaitaient pas changer leur mode de fonctionnement, pour les raisons suivantes :

Tableau 2 : Freins à la constitution d'un système d'accès aux informations en VAD

Freins à la constitution d'un système d'accès	Effectif	Pourcentage
Caractère chronophage	26	63
Utilisation de la mémoire	15	37
Manque de motivation	13	32
Absence d'utilité ressentie	13	32
Autre	10	24
Perte d'info due à la multiplicité des supports	9	22
Coût éventuel	8	20
Absence d'attrait pour les nouvelles technologies	4	10
Entrave possible au secret médical	2	5

L'analyse des commentaires libres à la question « *Autre* » a permis de faire dégager quelques raisons nouvelles :

- peu d'envie de s'investir dans un système car ils réalisent peu de visites : « *Trop peu de visites* »
- pas d'envie de s'investir car le départ à la retraite est proche : « *Retraite proche* »
- solution informatique non envisagée : « *Ne connais pas d'autres possibilités qu'un cahier* »
- manque de temps : « *Manque de temps : chaque jour, c'est la course* »

- disparition du moyen mis en œuvre : « *J'ai essayé de mettre un classeur avec un dossier médical bien tenu chez certains patients mais le classeur disparaît malheureusement* »

3.7 **Satisfaction**

3.7.1 Globale

202 médecins sur les 246 de l'échantillon (82%) se déclaraient satisfaits par les informations médicales disponibles lors de leurs visites à domicile.

3.7.2 Gêne ressentie par les médecins lors des visites à domicile

22 médecins (9%) déclaraient ne jamais être gênés par l'absence de certaines informations lors de leurs visites à domicile, 224 médecins (91%) s'estimaient gênés à des degrés divers (toujours, régulièrement, parfois).

Tableau 3 : Fréquence de la gêne ressentie lors des prises en charge en VAD

Gêne ressentie	Effectif	Pourcentage
Jamais	22	9
Parfois	182	74
Régulièrement	39	16
Toujours	3	1

3.8 **Analyse en sous-groupe de médecins**

3.8.1 Description des médecins déclarant avoir accès à l'ensemble des informations médicales lors de leurs VAD

87 médecins soit 35% des participants de l'étude ont répondu avoir accès à l'ensemble des informations médicales proposées.

Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographiques et activités des médecins ayant accès à l'ensemble de informations

Variable	Nombre de données disponibles	N ou moyenne	% ou écart type (min-max)
Age (ans)	87	47,1	±7,8 (29-72)
Sexe	87		
Féminin		41	47
Masculin		46	53
Lieu d'installation	87		
Urbain		48	55
Rural		39	45
Mode d'installation	87		
Création		34	39
Reprise		53	61
Mode d'exercice	87		
Seul		21	24
En groupe		66	76
Collaboration	66	2	3
Partage des dossier	66	59	90
Informatisation du dossier médical	87	81	93
Durée de remplacement (mois)	87	30	
Activité	87		
Nombre de ½ journées		8,2	±1,6 (1-11)
Nombre d'actes hebdo		113	±32,8(20-200)
Nombre de VAD hebdo		13,4	
Pourcentage de VAD			±12,1(11-66)
Nombre de patients en VAD		43	11,8
			43,4 (1-200)

16 médecins (18 %) déclaraient utiliser le format informatique exclusivement, 51 (59%) le format papier et 20 (23%) un mélange des deux formats.

Parmi les médecins utilisant un format informatique, ils déclaraient se servir majoritairement de leur logiciel métier sur support mobile en visite à domicile.

Parmi les 51 médecins utilisant un format papier, le cahier/classeur était le plus cité, ensuite il s'agissait du dossier de liaison. Les médecins ayant répondu « Autre » utilisaient le dossier papier du cabinet qu'ils transportaient lors des visites.

Ces médecins déclaraient être responsables à 92% de la mise en place du support leur permettant l'accès à ces informations.

3.8.2 Description des médecins déclarant n'avoir accès à aucune information lors des VAD

Ils étaient 10, soit 4% de l'échantillon.

Tableau 5 : Descriptif des données socio-démographiques et activités des médecins n'ayant aucune information au domicile de leurs patients

Variable	Nombre de données disponibles	N ou moyenne	% ou écart type (min-max)
Age (mois)	10	49,3	±11,3(35-64)
Sexe	10		
Féminin		3	30
Masculin		7	70
Lieu d'installation	10		
Urbain		10	100
Rural		0	0
Mode d'installation	10		
Création		3	30
Reprise		7	70
Mode d'exercice	10		
Seul		4	40
En groupe		6	60
Collaboration	6	1	17
Partage des dossiers	6	6	100
Informations des dossiers médicaux	10	10	100
Durée de remplacement (mois)	10	24	±36 (0-48)
Activité	10		
Nombre de ½ journées		9	±1,6(8-11)
Nombre d'actes hebdo		102	±33(18-150)
Nombre de VAD hebdo		5	±13(1-10)
Pourcentage de VAD			4,9
Nombre de patients en VAD		21	±46,1(5-50)

La totalité de ces médecins déclarait préparer leurs visites à l'avance : consultation du dossier informatique au cabinet et impression des ordonnances.

3 parmi eux comptaient changer de mode de fonctionnement : ils envisageaient un dossier informatique.

Les raisons invoquées pour ne pas modifier leurs pratiques étaient principalement le caractère chronophage de la tenue d'un dossier, le coût éventuel et le manque de motivation.

7 médecins déclaraient se sentir gênés « *Parfois* », 3 « *Régulièrement* ». 7 étaient globalement satisfaits, et correspondaient avec ceux ne souhaitant rien modifier dans leur pratique.

3.8.3 Description des médecins non informatisés

Ils étaient 11 à déclarer ne pas disposer des dossiers médicaux sous forme informatique à leur cabinet, représentant 4,5% de notre échantillon.

Tableau 6 : Descriptif des caractéristiques et activités des médecins non informatisés de l'échantillon

Variable	Nombre de données disponibles	N ou moyenne	% ou écart type (min-max)
Age (ans)	11	61	±11,5 (44-72)
Sexe	11		
Féminin		1	10
Masculin		10	90
Lieu d'installation	11		
Urbain		6	54,5
Rural		5	45,5
Mode d'installation	11		
Création		6	54,5
Reprise		5	45,5
Mode d'exercice	11		
Seul		6	54,5
En groupe		5	45,5
Temps de remplacement (mois)	11	33	±34,4 (0-60)
Activité	11		
Nombre de ½ journées		7	1,6 (2-10)
Nombre d'actes hebdo		77	±32,9 (20-140)
Nombre de VAD hebdo		11	±12,2 (2-20)
Pourcentage de VAD			14,2
Nombre de patients en VAD		49,5	±46,4 (12-100)

Ces médecins avaient majoritairement accès aux informations médicales proposées : 8 sur 11 (73%) déclaraient avoir accès à la totalité de ces informations.

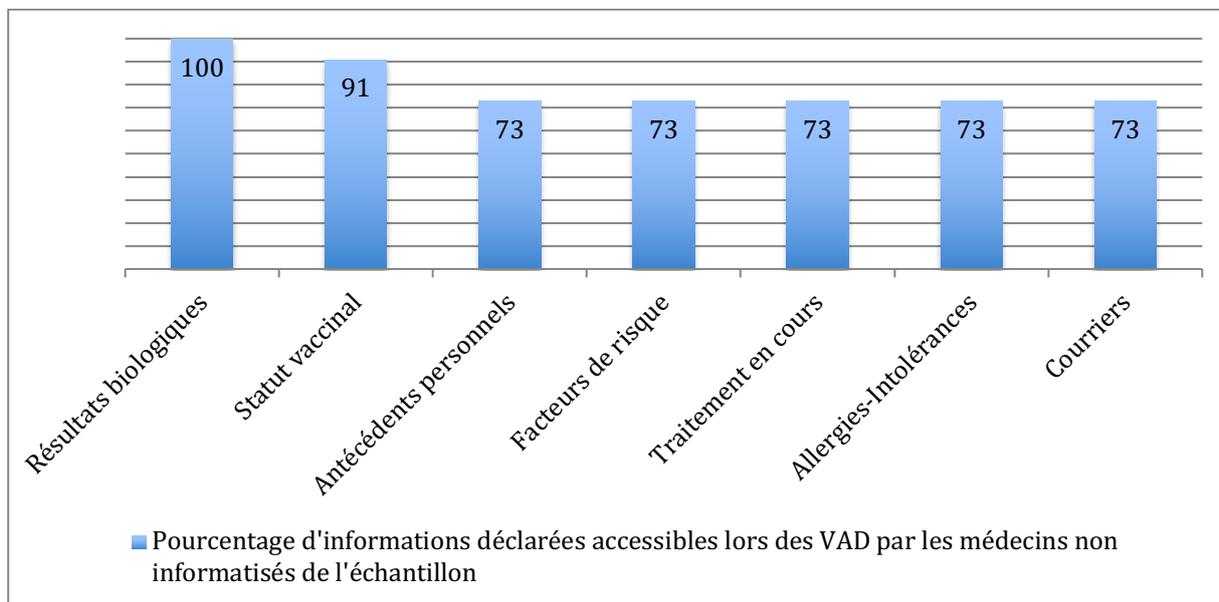


Figure 9 : Informations accessibles lors des visites à domicile pour les médecins non informatisés

Parmi les 8 médecins ayant eu accès à la partie du questionnaire portant sur les formats mis en place, ils déclaraient tous utiliser un cahier ou un classeur.

Toutes les réponses à la question libre concernant le mode de fonctionnement décrivaient leurs organisations générales et non celles de leurs dossiers médicaux, ainsi il n'était pas possible de savoir s'ils se servaient du même support au cabinet qu'en visite.

Ces 8 médecins déclaraient avoir mis en place eux-mêmes le système. Ils étaient tous satisfaits de leur mode de fonctionnement et ne comptaient pas modifier leurs pratiques. Concernant la satisfaction globale, les 11 médecins déclaraient rencontrer des difficultés « parfois » à domicile et étaient tous globalement satisfaits.

3.9 Analyses bi variées

3.9.1 Comparaison des médecins et de leurs pratiques en fonction de leur année d'installation

Il a été retenu Janvier 2014 comme date d'installation pour la comparaison entre les jeunes installés et les médecins séniors.

Cette comparaison s'est effectuée sur seulement 217 médecins : 29 réponses ont été exclues du fait de dates d'installation ininterprétables car postérieures au moment de l'étude. Parmi eux, 81 (37%) se sont installés après Janvier 2014 et 136 (63%) avant.

Tableau 7 : Descriptif des données socio-démographiques et activités des médecins en fonction de l'année d'installation

Variable	Médecins installés avant 2014 N=136		Médecins installés après 2014 N=81		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Age (moyenne-ans)	52,2		35,5		5,5 ^{E-} 47	Student
Sexe (%)					7,6 ^{e-} 6	Chi2
Féminin	39		70			
Masculin	61		30			
Lieu d'exercice (%)					0,86	Chi2
Urbain	58		59			
Rural	42		41			
Mode d'installation (%)					1	Chi2
Création	60		60			
Reprise	40		40			
Mode d'exercice (%)					0,004	Chi2
Seul	32		15			
En groupe	68		85			
Collaborateur (%)	1		13		2 ^{e-} 4	Fisher
Partage des dossiers (%)	85		97		3,9 ^{e-} 3	Fisher
Informatisation des dossiers médicaux (%)	93		100		0,005	Fisher
Durées de remplacement (mois)	35,8		38,2		0,52	Student
Activité						
Nombre de ½ journées	8,8		7,5		<0,01	Student
Nombre d'actes hebdo	102		99		<0,01	
Nombre de VAD hebdo	13,4		9,81		0,02	
Nombre de patients en VAD	46		31		0,01	

Il a été mis en évidence une différence significative concernant l'accès au statut vaccinal des patients : les médecins installés depuis plus de 5 ans déclaraient avoir plus accès à cette information lors de la visite que leurs confrères.

Tableau 8 : Informations médicales déclarées accessibles en fonction de l'année d'installation

Informations médicales	Médecins installés avant 2014 N=136		Médecins installés après 2014 N=81		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
	Traitement	131	96	79		
Biologie	125	92	79	97	0,71	Chi2
Antécédents	105	77	59	73	0,47	Chi2
Allergies	97	71	53	65	0,36	Fisher
Facteur de risque	96	70	51	63	0,24	Fisher
Courriers	70	52	45	55	0,56	Chi2
Statut vaccinal	72	53	31	38	0,036	Chi2

Concernant les modes d'accès à ces informations, il n'a pas été mis en évidence de différence significative sur les moyens d'accès utilisés par les médecins en fonction de leurs années d'installation.

Tableau 9 : Moyens d'accès aux informations médicales en fonction de l'année d'installation

Format utilisé comme support	Médecins installés avant 2014 N=104		Médecins installés après 2014 N=59		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Format Papier	70	67	40	68	0,94	Chi2
Format Informatique	10	10	8	14	0,44	
Format papier et informatique	24	23	11	19	0,5	

Concernant la mise en place du système d'accès aux informations médicales, les médecins installés depuis plus de 5 ans déclaraient être significativement plus à l'origine de leurs systèmes d'accès que leurs plus jeunes confrères ($p=0,008$, Test Chi2).

Les jeunes installés craignaient significativement plus une rupture du secret médical que les médecins séniors, représentant un frein à la constitution d'un accès au dossier ($p=0,015$, Test de Fisher).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant la gêne ressentie par les médecins lors des visites et leur niveau de satisfaction globale.

Cependant, la comparaison de la satisfaction globale des médecins n'ayant pas accès aux informations en fonction de leur année d'installation suggérait que les médecins séniors étaient plus satisfaits que leurs jeunes confrères, à informations égales ($p=0,07$, Test du Chi2).

3.9.2 Comparaison des médecins et de leurs pratiques en fonction de leur satisfaction globale

Les médecins ayant répondu être globalement satisfaits par les informations disponibles lors des visites étaient 202 soit 82% de l'échantillon. Les données socio-démographiques et les activités comparant les médecins satisfaits et les insatisfaits sont disponibles en annexe.

Les médecins se déclarant satisfaits ont significativement plus accès aux antécédents, aux allergies, aux traitements, aux facteurs de risques, aux courriers ainsi qu'au statut vaccinal de leurs patients lors des VAD que les médecins insatisfaits.

Tableau 10 : Comparaison des informations accessibles lors des visites à domicile en fonction de la satisfaction des médecins

Informations médicales	Médecins satisfaits N=202		Médecins non satisfaits N=44		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Traitement en cours	192	95	41	93	0,7	Chi2
Résultats de biologie	182	90	37	84	0,28	
Antécédents personnels	164	81	18	41	<0,01 (3,4 ^{E-8})	Chi2
Allergies-Intolérances	154	76	14	32	<0,01 (9,6 ^{E-9})	
Facteurs de risques	148	73	14	32	<0,01 (1,5 ^{e-8})	
Courriers	122	60	11	25	<0,01 (1,96 ^{e-5})	
Statut vaccinal	105	52	6	14	<0,01 (6,4 ^{e-10})	

Les médecins ayant un accès aux antécédents personnels ainsi qu'aux traitements en cours lors des visites sont très significativement plus satisfaits que ceux n'ayant pas de support ($p < 0,01 = 5,8 \times 10^{-8}$, Test du Chi2).

Concernant les modes d'accès à ces informations, les médecins non satisfaits déclaraient utiliser plus un format papier comme support des informations médicales de leurs patients.

Tableau 11 : Comparaison des moyens d'accès aux informations en fonction de la satisfaction globale des médecins

Format utilisé comme support	Médecins satisfaits N=163		Médecins non satisfaits N=18		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Format papier	104	64	16	89	0,03	Chi2
Format informatique	18	11	1	6	0,69	Fisher
Les deux	41	25	1	6	0,07	Fisher

39 médecins se déclaraient satisfait sans avoir accès aux principales informations :

- 38 avaient accès aux antécédents mais pas aux traitements
- 10 n'avaient pas accès aux traitements
- 7 n'avaient accès à aucune information

Les commentaires libres ont permis de comprendre leurs modes de fonctionnement.

Ils déclaraient préparer leurs visites : consultation du dossier médical présent au cabinet avant de se rendre chez leurs patients, impression des ordonnances si nécessaire. Certains praticiens évoquaient la connaissance des informations de santé de leurs patients.

Parmi eux, ils étaient 11 à vouloir modifier leurs pratiques et ils envisageaient tous d'opter pour une solution informatique (application Globule, logiciel mobile sur tablette ou téléphone portable...).

Concernant la gêne ressentie lors des visites à domicile pour l'ensemble des médecins, il a été mis en évidence une corrélation entre la fréquence des difficultés ressenties et la satisfaction globale des médecins sur les informations disponibles lors des visites : les médecins satisfaits répondaient de manière significative se sentir plus « *parfois* » en difficulté que leurs collègues insatisfaits. Ces derniers étaient significativement plus « *régulièrement* » en difficulté.

Tableau 12 : Gêne ressentie par les médecins lors des visites à domicile en fonction de la satisfaction des médecins

Gêne ressentie lors des VAD	Médecins satisfaits N=202		Médecins non satisfaits N=44		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Jamais	21	10	1	2	5,8E-12	Kruskal-Wallis
Parfois	164	81	18	41		
Régulièrement	16	8	23	52		
Toujours	1	1	2	5		

3.9.3 Comparaison des médecins et de leurs pratiques en fonction du nombre de visites hebdomadaire

Il a été retenu le nombre de 10 visites par semaine, correspondant à la médiane du nombre de visites hebdomadaire des médecins répondants. Les caractéristiques socio démographiques et les activités de ces deux groupes sont disponibles en annexe.

Concernant les informations médicales accessibles lors des visites à domicile, les médecins réalisant plus de 10 visites à domicile par semaine ont statistiquement plus accès aux antécédents, aux allergies et intolérances, aux facteurs de risque, au statut vaccinal et aux traitements en cours de leurs patients.

Tableau 13 : Comparatif des informations accessibles lors des visites par les médecins en fonction du nombre de visites hebdomadaires

Informations médicales	Médecins réalisant moins de 10 visites par semaine N=119		Médecins réalisant 10 visites par semaine ou plus N=127		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Traitement en cours	107	90	126	99	0,001	Chi2
Résultats de biologie	103	87	116	91	0,23	Chi2
Antécédents personnels	77	65	105	83	0,001	Chi2
Allergies-Intolérances	71	60	97	76	0,005	Chi2
Facteurs de risques	68	57	94	74	0,005	Chi2
Courriers	58	49	75	59	0,1	Chi2
Statut vaccinal	43	36	68	54	0,006	Chi2

Il n'existait pas de différences significatives concernant les moyens d'accès, même si l'utilisation du format papier semblait moins importante pour les médecins réalisant beaucoup de visites.

Tableau 14 : Comparaison du moyen d'accès aux informations chez les médecins ayant un dossier médical à domicile en fonction du nombre de visites hebdomadaires

Format utilisé comme support	Médecins réalisant moins de 10 visites par semaine N=76		Médecins réalisant 10 visites ou plus par semaine N=105		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Format Papier	55	72	65	62	0,14	Chi2
Format Informatique	7	9	12	11	0,63	
Les deux formats	14	19	28	27	0,19	

Les médecins déclarant réaliser au moins 10 visites par semaine ont répondu ne « jamais » se sentir gênés lors de leurs visites statistiquement plus que les autres médecins.

Tableau 15 : Comparaison de la gêne ressentie par les médecins lors des visites en fonction du nombre de visites hebdomadaires

Gêne ressentie lors des VAD	Médecins réalisant moins de 10 visites par semaine N=119		Médecins réalisant 10 visites ou plus par semaine N=127		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
	Jamais	6	5	16		
Parfois	93	78	89	70	0,15	Chi2
Régulièrement	18	15	21	16	0,76	Chi2
Toujours	2	2	1	1	0,61	Fisher

A la limite de la significativité, les médecins réalisant 10 VAD ou plus par semaine se déclaraient plus satisfaits concernant leurs informations que leurs confrères réalisant moins de VAD ($p= 0,057$, Test du Chi2).

3.9.4 Comparaison des pratiques en fonction de l'exhaustivité du dossier

Lors de la comparaison des moyens d'accès entre les médecins ayant un dossier exhaustif et ceux à qui il manque au moins une information (autre qu'antécédent et traitement), deux différences statistiquement significatives ont été mises en évidence :

- les médecins utilisant un format papier exclusif ont moins souvent un dossier exhaustif concernant les informations médicales
- les médecins utilisant un format informatique ont significativement plus un dossier comprenant l'ensemble des 7 informations médicales proposées dans le questionnaire

Tableau 16 : Comparatif des modes d'accès aux informations médicales en fonction de l'exhaustivité du dossier

Format utilisé comme support	Médecins ayant accès à toutes les informations N=87		Médecins n'ayant pas accès à toutes les informations N=94		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
	Format Papier	51	59	69		
Format informatique	16	18	3	3	<0,01 (8^{E-4})	Chi2
Les deux formats	20	23	22	24	0,94	Chi2

Concernant leur satisfaction, ils déclaraient très significativement être plus satisfaits que leurs confrères à qui il manque des informations médicales lors des visites.

Tableau 17 : Comparatif de la satisfaction globale vis à vis du dossier en fonction de l'exhaustivité du dossier

Satisfaction globale	Médecins ayant accès à toutes les infos N=87		Médecins n'ayant pas accès à toutes les infos N=159		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Satisfait	82	94	102	64	<0,01 (2,0 ^{E-7})	Chi2
Non Satisfait	5	6	57	36		

Les médecins ayant accès à l'ensemble des informations sont de manière statistiquement significative plus nombreux à ne se sentir « *jamais* » gênés lors de leurs visites à domicile.

Tableau 18 : Comparaison de la gêne ressentie par les médecins en fonction de l'exhaustivité de leur dossier

Gêne ressentie lors des VAD	Médecins ayant accès à toutes les infos N=87		Médecins n'ayant pas accès à toutes les infos N=159		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Jamais	18	21	4	2	4,8 ^{E-8}	Kruskal-Wallis
Parfois	65	75	117	74		
Régulièrement	3	3	36	23		
Toujours	1	1	2	1		

3.10 Résumé synthétique des résultats

Parmi les informations médicales proposées, les plus déclarées accessibles lors des visites à domicile des médecins de l'étude étaient les traitements en cours et les résultats d'examens biologiques. Le statut vaccinal de leur patient n'était déclaré disponible que dans moins de la moitié des cas.

Les moyens d'accès aux informations étaient variés selon les praticiens, avec une prépondérance de l'utilisation d'un format papier sous la forme d'un cahier ou d'un classeur laissé au domicile des patients.

Un tiers des participants de l'étude déclarait utiliser un mélange de papier et d'informatique et ont ainsi deux dossiers distincts lors de leurs visites.

Ces modes de fonctionnement étaient principalement mis en place par les praticiens. La durée d'installation n'avait pas d'incidence sur les pratiques : jeunes installés comme

médecins séniors déclaraient avoir accès aux mêmes informations lors de leurs visites à domicile et ce par les mêmes moyens.

Avoir accès aux principales informations médicales semblait associé à une plus grande satisfaction des médecins généralistes ainsi qu'à une diminution de la gêne ressentie lors des visites.

Le format papier est moins utilisé par les médecins ayant un dossier exhaustif.

L'accès aux informations médicales semble dépendant de l'activité des médecins en visites : les médecins réalisant plus de 10 visites par semaines ont significativement plus déclaré avoir accès aux principales informations médicales lors de la consultation sans qu'une différence en termes de moyens d'accès ne soit retrouvée. Les médecins ayant une grosse activité en visite à domicile déclarent se sentir moins régulièrement gênés que leurs confrères.

4 DISCUSSION

4.1 Discussion sur la méthode

4.1.1 Élaboration du questionnaire

Les critères proposés pour les éléments à disposition des médecins lors des visites à domicile étaient ceux présents dans le rapport ANAES de 1996 portant sur les dossiers médicaux en médecine générale (8) : leurs présences dans le dossier médical en exercice libéral étaient considérées comme indispensables.

Pour que les praticiens aient accès aux parties du questionnaire relatives à leurs modes de fonctionnement, il fallait que ces derniers aient répondu avoir au moins à disposition les antécédents personnels et les traitements en cours de leurs patients lors des VAD.

L'absence d'accès à ces éléments du dossier médical les classait dans la catégorie « *dossier médical incomplet* » et les renvoyait à la cinquième partie du questionnaire.

Nous aurions pu retenir les derniers résultats biologiques comme informations essentielles pour le critère de jugement mais il nous semblait que ces résultats étaient régulièrement présents au domicile des patients du fait de l'envoi des résultats par le laboratoire d'analyse, en dehors d'une initiative médicale. Ce cas de figure, bien que reflétant la réalité, ne correspondait pas à ce qui a motivé initialement la question de recherche.

Dans la 5ème partie du questionnaire portant sur les freins possibles à la constitution d'un support aux informations médicales, les critères listés étaient ceux apparus dans une thèse qualitative portant sur les obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites à domicile (7).

Pour la comparaison des praticiens en fonction de leur année d'installation, il a été retenu la définition du syndicat ReAGJIR pour définir les jeunes installés (22), soit une installation depuis moins de cinq ans, correspondant à une installation postérieure à Janvier 2014 dans le cadre de notre étude.

Pour la comparaison des médecins en fonction de leur nombre de visites hebdomadaires, nous avons choisi d'utiliser la médiane pour séparer la population en deux groupes égaux.

Nous avons décidé d'exclure les patients résidant en EHPAD car jugés non représentatifs du domicile des patients : en effet, il apparaissait que les résidents d'EHPAD disposaient d'un dossier standardisé mis en place par l'établissement. Les informations médicales sont accessibles de manière protégée, actualisées, sous l'initiative de l'équipe médicale et

paramédicale sur place. Ce cas de figure ne correspondait pas à la visite à domicile « classique » qui a motivé la question de recherche.

4.1.2 Difficultés rencontrées

Distribution du questionnaire :

Le premier mail a été envoyé par erreur à des praticiens ne répondant pas aux critères fixés en début d'étude : les médecins exerçant une activité d'urgence dans une structure « SOS médecins » ou dans des urgences libérales (Clinique Mutualiste, Clinique des 4 Pavillons) ont reçu le premier mail. Ces réponses ont pu être associées facilement à une activité d'« urgences » et éliminées pour l'analyse (grand nombre de visites par semaine mais aucun patient suivi à domicile).

Saisie des réponses :

Des limites inférieures et supérieures dans les âges n'avaient pas été prévues : des erreurs, probablement de saisie ont été commises par les participants, entraînant des réponses inexploitables, de même pour l'activité médicale déclarée.

Des erreurs de saisie ont eu lieu lors de la demande des dates d'installation : plusieurs médecins ont déclaré s'être installer dans le courant de l'année 2019 ou en 2020. Cela s'explique par le format retenu par l'application LimeSurvey (année en format « aa » et non en « aaaa », ce qui convertissaient les réponses « 19-xx » ou « 20-xx » en « 2019 » ou « 2020 »). Des dates de thèse postérieures aux dates d'installation ont également été retrouvées.

S'agissant de questionnaires complets, ces réponses ont été gardées pour l'analyse du critère de jugement principal et ont été éliminées pour l'objectif secondaire comparatif : 29 questionnaires ont été exclus pour l'analyse comparative sur la date d'installation.

4.1.3 Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale portant sur un problème de pratique professionnelle susceptible d'être partagé par l'ensemble des médecins généralistes réalisant des visites à domicile, permettant de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes en Gironde.

La recherche bibliographique effectuée n'avait pas permis de trouver des articles scientifiques traitant de la problématique des dossiers médicaux en visites à domicile.

Il n'a pas été retrouvé de données sur les pratiques actuelles déclarées des médecins lors des visites et sur leurs modes de fonctionnement.

Cette étude permet d'aborder les problématiques de permanence des soins et de coordination des soins avec le partage d'informations médicales entre les différents acteurs susceptibles d'intervenir autour d'un même patient.

Le mode de distribution des questionnaires fait que tous les médecins généralistes hors mode d'exercices particuliers exclusifs installés en Gironde ont reçu le mail.

4.1.4 Limites-Biais

Le questionnaire ayant été distribué par la Sécurité Sociale par un email avec le logo de l'institution, un biais de désirabilité a pu apparaître. En effet, les ROSP sont distribuées par la Sécurité Sociale, certains participants ont possiblement surestimé leurs informations disponibles pour ne pas prendre le risque d'être pénalisé.

Le moyen de distribution du questionnaire par voie mail a possiblement sélectionné les médecins à l'aise avec l'outil informatique, entraînant un biais de sélection et une possible surreprésentation des médecins informatisés.

Le biais de sélection apparaît également dans l'intérêt que porte les médecins à ce sujet : ceux qui se sont posés la question et qui ont mis en place un système de dossier médicaux à domicile ont probablement plus répondu et sont surreprésentés dans les résultats.

Enfin, il s'agit d'un questionnaire auto-administré comportant un biais de déclaration avec une impossibilité de vérifier les affirmations.

Certaines questions du questionnaire auraient pu être différemment formulées afin de faciliter la compréhension :

- La question « *Pouvez-vous décrire brièvement votre mode de fonctionnement lors des visites à domicile* » aurait pu devenir « *Pouvez-vous décrire brièvement votre mode de fonctionnement en termes de dossiers médicaux lors des visites à domicile ?* » afin de ne pas récolter des réponses sur l'organisation générale
- Une échelle de satisfaction aurait pu être utilisée lors de la question finale portant sur la satisfaction afin de percevoir certaines nuances dans les réponses

4.2 Discussion sur les résultats

4.2.1 Comparaison de l'échantillon à la population cible

L'échantillon n'est pas comparable à la population cible pour les critères d'âge, de sexe et de lieu d'exercice. Les caractéristiques socio-démographiques de la population source nous ont été communiquées par le service statistique de la Sécurité Sociale. La définition retenue pour les caractères ruraux et urbains étaient ceux de l'INSEE (23,24).

Dans la population cible, les généralistes sont à 57,8% des hommes, avec une moyenne d'âge de 52 ans.

L'âge moyen des femmes généralistes est de 48 ans, contre 55 ans pour les hommes.

Dans notre échantillon, les femmes représentaient 49,6% des répondants et étaient significativement plus jeunes ($p < 0,01 = 8,55 \times 10^{-6}$ test de Fisher).

Les hommes ayant répondu aux questionnaires sont également plus jeunes que ceux de la population cible ($p < 0,01 = 0,003$ test du Chi2).

Cette différence s'explique par la féminisation de la profession observée depuis quelques années (21).

Ils sont très majoritairement informatisés, à 96%, et sont pour ce critère comparables aux médecins généralistes girondins.

Les médecins de la population cible ont un exercice en milieu urbain pour 90% d'entre eux.

Ceux de notre étude ont répondu exercer en secteur urbain à 60%. Ils sont moins urbains, et ce significativement ($p < 0,01 = 2,2 \times 10^{-16}$, test du Chi2). Cela peut s'expliquer par une définition différente des termes « urbain » et « rural » entre les médecins et l'INSEE, définition retenue par la CPAM pour les statistiques.

Les médecins considèrent probablement à tort se situer dans une zone rurale alors que la définition exacte les classe dans un exercice urbain et inversement (25).

Ils déclarent travailler 8,4 demi-journées par semaine et réaliser en moyenne 12 visites pour 112 actes. Les visites représentent donc 10,7% de leurs actes.

4.2.2 Commentaire des principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature

Les informations médicales considérées comme indispensables lors d'une consultation médicale sont majoritairement présentes lors des visites à domicile des médecins généralistes, et ce par divers moyens dont ils ont été les instigateurs. Ces solutions sont considérées comme énergivores et leurs mises en place semblent dépendantes de

l'activité et du nombre de patients suivis à domicile. La dualité entre le respect du secret des informations médicales et la coordination des soins indispensables pour ce type de patientèle est une problématique à part entière.

4.2.2.1 Les informations médicales sont majoritairement présentes à domicile...

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature des études permettant de comparer l'ensemble des résultats : les études actuelles concernent les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de leurs visites à domicile (7,9), les moyens leur permettant d'avoir accès aux dossier médical à domicile ou les informations qu'ils jugeaient indispensables (9).

Dans la thèse de Desechalliers (9), les médecins étaient unanimes sur le caractère indispensable de la présence des antécédents, facteurs de risque et allergies dans le dossier médical à domicile : 100% des médecins interrogés citaient ces éléments en priorité. Les traitements en cours, compte rendu d'hospitalisation ou de consultation étaient utiles pour seulement 20% des médecins, alors que 60% d'entre eux jugeaient important de connaître le statut vaccinal.

Il existe un fort contraste entre les informations théoriquement indispensables et la pratique déclarée des médecins généralistes.

Une étude récente de 2018 portant sur les erreurs médicamenteuses lors de soins ambulatoires en centre de santé pluridisciplinaires a montré que ces erreurs survenaient dans 40% des cas lors des visites à domicile (26). Elles ont eu une atteinte clinique jugée grave dans 17% des cas. Les causes mises en évidence étaient des défauts dans le processus de soins, le contexte de la prise en charge (notamment le lieu de la consultation, le caractère non planifié de l'acte ou la surcharge de travail), ainsi que les facteurs humains.

L'absence d'accès aux allergies et intolérances des patients lors d'une consultation expose au risque de réintroduction accidentelle du médicament aux conséquences potentiellement graves voire mortelles. Une étude réalisée en 2015 (27) a évalué les moyens utilisés par les médecins généralistes pour consigner les allergies médicamenteuses de leurs patients : 87% déclaraient disposer d'une note dans leur dossier médical informatisé, 84% dans le carnet de santé, 32% grâce à un support élaboré par leurs soins et 18% dans le dossier médical papier.

Cette information est loin d'être assez présente lors des visites à domicile. Son caractère indispensable à la prise en charge d'un patient est pourtant largement admis.

L'accès au statut vaccinal est le paramètre le moins présent lors des visites : cela peut s'expliquer par le fait que les dates de rappel des vaccinations pour la diphtérie, le tétanos

et la poliomyélite sont dépendantes de l'âge des patients et la vaccination antigrippale annuelle.

Une étude réalisée en Lorraine en 2012 portant sur la connaissance des médecins des statuts vaccinaux de leurs patients estime que ces derniers ont accès à cette information dans seulement 53% des cas (28).

Une étude toulousaine réalisée en 2011 (10) avait suggéré, bien que les résultats ne soient pas significatifs que la présence d'un dossier médical lors des visites améliorerait le suivi des pathologies chroniques ainsi que la couverture vaccinale des patients.

4.2.2.2 ...par des moyens d'accès variés, mis en place par les praticiens

Même si le support papier avec l'utilisation d'un cahier ou d'un classeur à domicile est prépondérant, les moyens d'accès restent variés :

-Quelques médecins se servent encore du carnet de santé instauré en 1996, bien que celui-ci ne soit plus renouvelé. Il avait été prévu dans le but de rationaliser les dépenses de santé, de limiter la redondance des examens complémentaires et de limiter les risques iatrogènes. Ce carnet est la propriété de l'assuré social et non du médecin. Le médecin était tenu de « *porter sur ce carnet la date des soins, son cachet et sa signature et, sauf opposition du patient, les constatations pertinentes pour le suivi médical de ce patient, notamment la mention des actes effectués ainsi que celle des examens et traitements* » (29).

Le carnet de santé de l'adulte n'a pas su trouver son utilité, aussi bien du côté des patients que des médecins (30).

-Le DMP n'est que peu utilisé par les médecins de notre étude. Des obstacles à son utilisation comme support de l'information médicale lors des visites avaient été relevés lors d'une thèse (7) : les médecins craignaient pour la sécurité des données avec le risque de piratage informatique. Ils redoutaient également une surcharge de travail que pouvait induire le remplissage de ce dossier, surtout s'il venait à se surajouter avec leur propre dossier.

Le problème de double-saisie se veut résolu avec l'adaptation des logiciels informatiques maintenant « DMP-compatibles » (31).

Ce dossier pouvant être alimenté par tous les médecins s'occupant d'un même patient, les informations jugées utiles peuvent varier d'un professionnel à un autre.

L'accès au DMP nécessite une connexion internet, or le problème de couverture internet en zone rurale a été signalé à plusieurs reprises par les médecins de l'étude. Seuls les professionnels de santé autorisés par les patients ont accès aux informations contenues dans le dossier, à l'exception des cas d'urgences vitales, où un médecin urgentiste ou du SAMU pourrait activer le mode « bris de glace » afin d'avoir accès au dossier (32,33).

La consultation du DMP nécessite l'utilisation de la carte CPS du médecin, de la carte vitale du patient, un accès à internet ou à un logiciel DMP-compatible. Dans le cadre de la visite à domicile, ce mode de fonctionnement ne semble pas être une bonne alternative.

-Quelques médecins de l'étude utilisent le même dossier informatisé au cabinet qu'en visite à domicile.

Ils ont opté pour un logiciel métier disponible via internet par un système de « cloud », ou alors ils utilisent le même ordinateur portable que lors des consultations.

D'autres médecins utilisent l'application Team Viewer® leur permettant de « prendre la main » sur leur ordinateur fixe du cabinet et ainsi sur leur logiciel.

-Quelques médecins déclarent utiliser une application seule comme support des informations médicales mais ils sont nombreux à envisager cette solution dans l'avenir.

L'application mobile utilisée en Gironde est l'application Globule® qui permet la création de dossier patient. Le praticien peut consigner les principaux antécédents, les traitements en cours, ainsi que communiquer avec les autres intervenants médico-sociaux du patient. Cet outil permet une coordination des soins mais nécessite un travail supplémentaire en plus du dossier médical.

Support papier comme support informatique comprennent des avantages et des inconvénients.

L'utilisation d'un support papier représente une possible dégradation avec le temps et un effet d'accumulation. L'ANAES avait préconisé dans son rapport de 1996 (8) de réactualiser régulièrement la partie « Histoire médicale et facteurs de santé » afin de disposer des informations les plus importantes. L'archivage des dossiers prend beaucoup de place et nécessite une organisation matérielle conséquente.

L'informatique pose le problème de la sécurisation des données avec le risque de piratage informatique. Les évolutions rapides des nouvelles technologies peuvent faire craindre également des modifications fréquentes de mode de fonctionnement si le système devient désuet. L'utilisation de l'informatique nécessite une organisation matérielle (recharge de batterie, parfois problèmes de connexion internet, sauvegardes fréquentes...). Ces freins à l'usage de l'informatique avaient été retrouvés dans différents travaux de thèses (6,7,18,34).

Les médecins de l'étude utilisent principalement deux dossiers distincts : un informatisé au cabinet qui leur est propre et un présent au domicile sous forme papier partagé avec les intervenants.

Ces résultats se retrouvent également dans les études de Nourry (10) et de Taine (35) avec une majorité de dossiers papiers au domicile des patients malgré une informatisation importante des dossiers au cabinet.

La prépondérance du format papier est peut-être en rapport avec le fait que les logiciels métiers présents sur le marché ne sont pas tous exportables sur un support mobile et que l'achat d'une extension peut représenter un coût important.

Lors d'une étude de 2007 (36), il avait été évalué que les médecins disposaient d'une version informatique de leur dossiers médicaux en visite dans seulement 14,3% des cas. Le taux d'utilisation de l'informatique en visite est légèrement supérieur à celui retrouvé dans les thèses de Desechelallier (9) et de Nourry (10) où respectivement 8% et 5% des médecins avaient recours à ce mode de fonctionnement.

La proportion des médecins utilisant l'informatique est significativement plus importante chez ceux ayant accès à toutes les informations que dans la population n'ayant pas un dossier exhaustif : les dossiers informatiques seraient donc plus complets que les dossiers non informatiques.

Il est reconnu que l'informatisation a permis une amélioration du suivi des pathologies chroniques grâce aux fonctions de rappels et à la structure du dossier (37).

Presque tous les médecins ayant choisi la solution informatique disposent du même dossier au cabinet qu'en visite (soit logiciel métier sur support mobile, soit logiciel métier accessible en ligne).

Les médecins de notre étude ayant à disposition les principales informations lors de leurs visites à domicile ont très majoritairement mis en place le système leur permettant d'y accéder.

Leurs démarches ont été systématiques pour 87% d'entre eux : ainsi tous leurs patients suivis à domicile bénéficient de ce système. Lorsque leurs pratiques n'ont pas été systématiques, ils avancent les arguments d'amélioration du suivi des patients poly-pathologiques et la nécessité de coordination des soins pour justifier la sélection des patients bénéficiant d'un dossier.

Ce résultat sur la systématisation dans la mise en place du dossier est étonnant car il est difficile de prendre en charge chaque patient de manière identique : tous les patients ne nécessitent pas le même investissement ou une coordination des soins avec l'intervention d'autres professionnels de santé.

La pertinence des informations présentes dans le dossier médical dépendent du profil du patient (38) : cela peut expliquer la non généralisation à l'ensemble de la patientèle. Ces médecins privilégient les patients qu'ils jugent les plus fragiles.

Les patients dépendants, âgés, atteints de troubles cognitifs, poly-pathologiques et à risque de décompensation sont plus à même de tirer profit d'une coordination des soins par l'intermédiaire de dossier pluri-professionnel (18).

Un accès aux antécédents, aux facteurs de risques, aux allergies, au statut vaccinal ainsi qu'aux courriers est associé à une plus grande satisfaction concernant les dossiers médicaux. La présence de l'association des antécédents personnels et des traitements est également associée à une plus grande satisfaction des médecins : ces informations médicales étaient celles choisies comme critères de jugement pour le questionnaire.

Sans surprise, les médecins satisfaits ressentent moins de difficultés lors des prises en charge à domicile que les médecins non satisfaits : la réponse « *parfois* » est prépondérante, alors que « *régulièrement* » est majoritaire chez les insatisfaits.

Ils utilisent significativement moins un dossier papier que les médecins non satisfaits. Il n'existe pas de différence significative mais une tendance sur l'utilisation d'un dossier mixte.

4.2.2.3 *Des solutions énergivores pour les médecins...*

L'aspect chronophage de la tenue d'un dossier, l'utilisation de la mémoire, le coût et l'absence d'utilité ressentie sont les freins les plus cités pour ne pas modifier les pratiques. La rémunération insuffisante de la visite a également été un argument avancé par quelques praticiens : ils jugent l'investissement nécessaire à la création et à l'entretien d'un dossier non valorisé par le tarif de la consultation en visite.

Les trois quarts des participants ne comptent pas modifier leurs pratiques actuelles : cela est en adéquation avec le nombre de médecins s'estimant satisfait par les informations dont ils disposent. Pour justifier cette inaction malgré les informations manquantes, on peut imaginer un phénomène d'habitude qui se produit ainsi que la connaissance des patients.

Ces arguments sont quelques fois cités par les médecins de l'étude ; ils estiment connaître assez bien leur patient pour ne pas avoir besoin des informations au moment de la consultation. Pourtant, il semblerait que c'est la disponibilité des données médicales au moment de la visite qui est importante dans la qualité des soins (10).

Un quart des médecins de l'étude souhaite modifier leurs pratiques, alors qu'ils sont 37% dans le sous-groupe des médecins n'ayant pas accès aux antécédents et aux traitements.

La solution informatique est citée par la majorité des médecins.

D'autres n'envisagent pas l'informatique en mobilité, car cela leur semble trop difficile à mettre en place ou inutile : ceci est vrai notamment chez les médecins installés depuis longtemps, ayant déjà fait face au virage informatique il y a 20 ans.

Certains médecins se servant de l'informatique à domicile utilisent le même système qu'au cabinet : cela représente l'avantage de ne pas avoir d'exercice de retranscription d'un support à un autre, représentant ainsi un risque de perte d'informations et une perte de temps. Ces efforts ont été souvent considérés comme démesurés dans les commentaires des médecins par rapport aux bénéfices perçus et à la valorisation de la visite à domicile.

La totalité des médecins ayant un support papier et voulant changer de mode de fonctionnement veulent passer à l'informatique.

Cela laisse entrevoir que l'utilisation du papier n'est plus perçue comme la solution la plus efficace et ne représente pas une pratique d'avenir.

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude sont satisfaits des informations médicales disponibles, même s'il leur arrive de rencontrer des difficultés lors de prise en charge. Ces difficultés se retrouvent à différents niveaux (réponses « *parfois* », « *régulièrement* » et « *toujours* ») mais sont majoritairement présentes.

Ils répondent « *Oui* » à la question de la satisfaction même si certains se disent gênés « *régulièrement* » ou « *toujours* ».

Cela traduit toutefois une tolérance envers la gêne ressentie et probablement un phénomène d'habitude des pratiques et de connaissance des patients.

La question « *Êtes-vous satisfait par votre dossier médical au domicile de vos patients* » avait été posée lors d'une thèse (9) : les médecins de cette étude étaient moins enthousiastes, seulement 51% d'entre eux s'estimaient satisfaits.

Cette étude intervient dans un contexte où la perception de la visite de la part des médecins est mauvaise : les commentaires libres ont récolté beaucoup d'avis négatifs concernant cet acte, certains médecins soulignant la rémunération dérisoire de l'acte par rapport à d'autres professions ou bien la difficulté de stationnement en milieu urbain. Beaucoup estimaient que l'acte était de mauvaise qualité et ne souhaitaient pas développer leur nombre de visites.

Cette dévalorisation de la visite s'était également retrouvée dans d'autres thèses lorsque l'opinion des médecins avait été demandée (4,7).

4.2.2.4 ...dépendantes de leurs activités à domicile

Lors de la comparaison des médecins en fonction du nombre de visites hebdomadaires, on remarque plusieurs éléments :

- Les médecins réalisant plus de 10 visites par semaine ont statistiquement plus accès aux principales informations médicales que ceux qui en réalisent moins
- Ces mêmes médecins répondent se sentir « *jamaïs* » gênés plus souvent que les autres
- Ils ont également tendance à être plus satisfaits par leur système d'accès aux informations médicales en déplacement

Cela suggère un plus grand investissement des médecins à partir du moment où leur activité en visite est importante.

Ces résultats se sont retrouvés à quelques reprises dans les commentaires libres : certains médecins avançaient le fait de faire peu de visites comme frein à ne pas constituer un dossier lors des visites à domicile : « *trop peu de visite* »

Les médecins investissent plus facilement du temps dans la constitution d'un système de dossier médical lorsque les situations de prise en charge à domicile sont fréquentes.

Les médecins déclarant n'avoir accès à aucune information anticipent leurs visites en les préparant. Ils ont donc une vision synthétique récente de leur patient au moment de l'acte médical, sans toutefois avoir le dossier médical sous les yeux au moment de l'acte.

Ils réalisent peu de visites par semaine ce qui peut expliquer cette méthode. L'absence d'information au moment de la consultation n'est pour eux pas un facteur d'insatisfaction, aucun praticien ne compte modifier sa pratique.

4.2.2.5 Le problème de la confidentialité au domicile...

La confidentialité des informations et le secret médical sont des problématiques importantes lors des visites à domicile : révéler une information relevant du secret médical peut exposer le médecin à des poursuites judiciaires ainsi qu'à une amende.

Selon l'article 73 du Code de la Santé Publique (39) : « *Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.* »

Selon l'article 226-13 du code Pénal (40): « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* ».

Les médecins semblent sensibles à ces difficultés car la crainte de la rupture du secret médical fait partie des freins à la constitution d'un dossier médical à domicile. Le format papier laissé au domicile du patient expose le plus le secret médical.

Le consentement du patient n'a été abordé que par un seul participant dans notre étude : celui-ci laisse un dossier papier au domicile de ces patients.

4.2.2.6 ...et la communication entre les intervenants - coordination des soins indispensable

La coordination des soins complexes est définie comme une prise en charge nécessitant l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux (41). Les prises en charge des personnes âgées dépendantes à domicile s'inscrivent généralement dans ce cadre.

Dans la question finale ouverte, plusieurs praticiens ont parlé de l'application mobile Globule et de son pendant la plateforme Paaco qui permet l'accès au cabinet via un navigateur web.

La plateforme PAACO éditée par la société Ki-Lab depuis 2010 permet un accès au dossier médical ainsi qu'une communication sécurisée entre professionnels médicaux au cabinet

et en déplacement grâce à une version accessible sur tablette ou smartphone (42,43) dans l'objectif d'apporter une aide à la coordination des soins complexes.

L'application Globule permet la création de dossier pour chaque patient, avec l'ajout de documents (courriers, biologie...) concernant leur santé. Une messagerie sécurisée permet des échanges avec les professionnels du médico-social afin de faciliter la coordination des soins autour de ces personnes.

L'accès aux données est également possible hors connexion.

Utilisée dans un réseau de soins palliatif dans le Sud-Gironde, elle avait fait l'objet d'une thèse (44) : les praticiens interrogés soulignaient une facilitation de leurs prises en charge grâce à une meilleure communication avec les équipes, ainsi qu'une anticipation possible des problèmes posés par la situation.

Lors d'une thèse qualitative (18), les professionnels interrogés avaient déclaré plus consigner les compte-rendu de leurs interventions sur une application commune sachant qu'ils seraient facilement retrouvés par les autres intervenants.

4.2.2.7 Cas de la permanence des soins

Le problème de la permanence des soins a également été soulevé par plusieurs praticiens, à différents niveaux :

- Les médecins extérieurs intervenants dans l'urgence (SOS médecins, médecins de garde, SAMU) n'ont pas d'informations concernant leurs patients lors d'une consultation au domicile
- D'autres ont admis rencontrer des difficultés lorsqu'ils se rendaient chez des patients inconnus, par exemple dans le cadre d'une garde
- Enfin certains s'assurent que d'autres médecins ne rencontreront pas de difficultés à prendre en charge leurs patients s'ils ne sont pas présents (remplaçants, associés).

Certains médecins ressentent le besoin de laisser un historique médical pour faciliter les prises en charges extérieures : cela concerne aussi bien les pathologies aiguës (plutôt accessible à la permanence des soins) que les pathologies chroniques (en situation stable, accessible aux remplaçants).

Il existe peu de littérature et encore moins de littérature récente concernant les difficultés rencontrées par les médecins dans le cadre de la permanence des soins ou par les médecins remplaçants. Une étude anglaise datant de 1990 estime que dans seulement

10 % des cas, les médecins participant à un tour de garde auraient eu une attitude diagnostique ou thérapeutique différente s'ils avaient eu connaissance du dossier médical (45). Ces mêmes médecins jugeaient pourtant l'accès au dossier pendant la consultation utile dans 84% des cas. Cette étude laisse entendre que ces situations sont rares mais les conséquences d'un manque d'information peuvent être importantes.

Mêmes si ces remarques sont apparues à plusieurs reprises dans les commentaires, la permanence des soins et la facilitation du travail pour un médecin extérieur n'est pas la priorité pour la majorité des médecins.

En situation aigüe, lors d'une intervention d'un médecin de garde ou du SAMU, seul un dossier papier avec les informations de santé consignées à l'intérieur serait utile pour le médecin sur place. Cela pose le problème du respect du secret médical avec des informations potentiellement accessibles à toutes les personnes sur place.

La HAS et l'ANESM ont prévu un dossier de liaison d'urgence pour les résidents d'EHPAD en cas de besoin (46). Ce dossier comprend un document de liaison sur lequel sont consignés entre autres les antécédents, traitements en cours, allergies et statuts vaccinaux. Une autre fiche comprend les informations relatives à la situation aigüe. Ce document a été créé dans un but d'amélioration de la permanence des soins. L'élaboration d'une fiche médicale d'urgence basée sur ce modèle, régulièrement mise à jour, pourrait être une solution pour faciliter les éventuelles prises en charges médicales urgentes en permanence de soins de patients suivis en VAD.

4.2.2.8 Une problématique similaire pour les jeunes installés et leurs aînés

Les médecins installés depuis moins de 5 ans et leurs aînés ont sensiblement accès aux mêmes informations lors de leur visites, et ce par des moyens similaires.

Seules les informations relatives au statut vaccinal des patients sont plus disponibles pour les médecins installés depuis plus de 5 ans.

Les jeunes installés déclarent être plus sensibles au respect du secret médical : ils sont plus nombreux à avancer cette raison comme frein à la constitution d'un dossier médical dédié aux visites. Ceci peut expliquer la réticence à l'utilisation d'un format papier qui resterait à domicile chez les plus jeunes.

Les pratiques similaires entre les générations peuvent s'expliquer par le fait que les nouvelles générations ont été formées par leurs aînés notamment en stage ambulatoire lors de l'internat et les ont remplacés avant leurs propres installations.

Il était attendu que le format informatique soit plébiscité dans les résultats par les médecins nouvellement installés mais aucune différence significative n'a été mise en évidence.

Des résultats allant dans ce sens avaient pourtant été retrouvés dans plusieurs thèses (34,47) : les médecins plus jeunes étaient plus informatisés que leurs aînés et redoutaient moins les nouvelles technologies.

En revanche, pour certains médecins ne faisant pas partie de la génération numérique, l'absence d'attrait pour les nouvelles technologies était un argument pour ne pas changer leur pratique, l'âge étant un facteur de mauvaise adaptation aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

A informations égales, les médecins installés depuis plus de cinq ans ressentent moins de difficultés que leurs jeunes confrères et semblent moins insatisfaits : il intervient probablement un effet de connaissance des patients et d'habitudes dans leurs pratiques non recherché dans ce questionnaire.

4.3 Perspectives

4.3.1 Recherches complémentaires

Les biais de déclaratif, de désirabilité et de sélection sont potentiellement importants dans cette étude. Afin de vérifier ces informations, il faudrait demander à un tiers d'évaluer la qualité des informations présentes dans les dossiers médicaux, éventuellement par l'intermédiaire d'un médecin remplaçant. Cela pourrait cependant être perçu comme intrusif pour les médecins dont les habitudes seraient jugées.

L'HAS avait prévu un moyen d'évaluer la qualité des informations présentes dans les dossiers médicaux (12); il s'agissait d'un questionnaire auto administré, permettant de vérifier la présence de certaines informations comme des paramètres administratifs ou les antécédents médicaux. L'évaluation portait sur des patients tirés au hasard dans la patientèle des médecins.

Cette méthode d'évaluation est restée à l'état de prototype mais pourrait être utilisée dans le cadre d'une enquête de pratique transversale.

Une étude sur la permanence des soins pourrait également être intéressante : le ressenti de médecins exerçant à SOS médecin ou des médecins de garde concernant leurs prises en charge lors des visites à domicile « urgentes » pourrait être recherché. De la même manière, l'opinion des médecins travaillant au SAMU sur les informations médicales

disponibles lors de leurs interventions serait intéressant : le dossier médical et les informations qu'il contient sont-ils essentiels à la bonne prise en charge d'un patient en urgence ? Ou comme le suggère l'étude de Perry et Caine (45), leur absence ne modifierait la conduite des médecins que dans très peu de cas ?

La relation entre qualité des informations présentes dans les dossiers médicaux et bonne médecine est implicite mais n'est pas prouvée. Il faudrait réaliser des études randomisées en groupe parallèle de médecins. Le critère de jugement principal serait le résultat des soins, ou le déroulement du processus de soins si le lien avec le résultat est prouvé. L'étude devrait durer suffisamment longtemps. Aucune étude de cette envergure n'a été réalisée.

4.3.2 Perspectives d'évolution du dossier médical en visite à domicile

L'utilisation du même support de dossier médical au cabinet et en mobilité permettrait aux praticiens de disposer des principales informations médicales concernant leurs patients en tout lieu et en tout temps. Pour se faire, les logiciels métiers dématérialisés, fonctionnant par un système de « cloud » ou l'utilisation unique d'un support mobile seraient des solutions permettant le respect du secret médical, la généralisation à l'ensemble de la patientèle et l'absence de double saisie.

Le changement de logiciel ou l'achat d'une extension représentent des investissements matériel et personnel conséquents pour des médecins déjà installés dont la charge de travail est déjà importante. Le bénéfice perçu d'un tel dossier n'est pas assez important pour justifier ces modifications de pratiques.

L'installation en médecine libérale est probablement le moment le plus adapté pour effectuer ces mises en place.

L'utilisation d'une application mobile dans ce cadre pourrait également être intéressante. Elle constituerait une solution confortable pour un médecin extérieur, comme un médecin remplaçant, en situation aiguë comme en situation chronique.

5 CONCLUSION

A l'heure actuelle, les médecins généralistes girondins déclaraient majoritairement avoir accès aux informations médicales jugées indispensables par l'ANAES lors de leurs prises en charge en dehors du cabinet médical. Ils disent pourtant rencontrer des difficultés lors des visites du fait de l'absence de certaines données mais s'en accommodent facilement car ils sont 81% à se dire satisfaits des informations disponibles.

Ils utilisent principalement un format papier comme un cahier ou un classeur laissé au domicile des patients. A leurs yeux, ce format permet une coordination des soins avec les équipes paramédicales intervenant autour du patient.

Peu de différences sont constatées entre jeunes installés et médecins séniors en termes d'informations disponibles et de mode d'accès. Les médecins séniors semblent toutefois plus satisfaits que leurs jeunes confrères lorsqu'ils n'ont pas accès aux informations médicales : il intervient probablement des mécanismes de connaissance des patients ou d'habitude dans leurs pratiques.

L'accès aux principales informations médicales lors d'une consultation, aussi bien au cabinet qu'en visite est associé à une plus grande satisfaction de la part des médecins.

L'utilisation de l'informatique et a fortiori du même logiciel qu'au cabinet permet d'être plus exhaustif, de respecter le secret médical et d'augmenter la satisfaction globale. Cependant, tous les logiciels métiers ne sont pas disponibles sur support informatique mobile et l'achat d'une extension représente un coût non négligeable.

Lors d'une installation en médecine générale il paraît primordial de se pencher sur la question des visites à domicile et sur le mode de fonctionnement à adopter.

Il a été mis en évidence que plus le nombre de visites hebdomadaires était élevé, plus les médecins mettaient en place des stratégies pour avoir accès aux informations et faciliter leurs pratiques.

A cela viennent s'ajouter les problématiques de la coordination et de la permanence des soins. Il convient de se questionner sur les informations disponibles pour une équipe médicale en cas d'une intervention urgente chez une population vue à domicile principalement poly pathologique et à risque de décompensation.

Concernant la coordination avec les autres acteurs, paramédicaux ou autres médecins, l'application Globule permet la création d'un dossier et un rôle de communication grâce à une messagerie sécurisée. Certains praticiens commencent à utiliser ce mode de

fonctionnement, ils sont nombreux à l'envisager pour une amélioration de la prise en charge de leurs patients.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. JORF 20 août 2002. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins.
2. Schmutz C. Perception de la visite à domicile en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 jeunes médecins généralistes héraultais. [Thèse de médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2017.
3. Dufour A-L. La visite à domicile : encore d'actualité ? : étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans en région Rhône-Alpes [Thèse de médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard -Lyon 1; 2017.
4. Gautier E. La visite à domicile en médecine générale : opinion de six médecins généraliste en région Nantaise par la méthode de focus group. [Thèse de médecine]. [Nantes]: Université de Nantes; 2012.
5. Amalberti R, Bami J. Audit de sécurité des soins en médecine de ville Avec la contribution de Nicolas Loubry et Brigitte Sicaud. Paris: Springer Paris : Imprint : Springer; 2013.
6. Le Maner A. Le dossier médical libéral et la visite à domicile : quelles sont les problématiques persistantes pour le médecin généraliste ? Une revue de la littérature [Thèse de médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2018.
7. Buirette C., Carrot A. Etude des obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes [Thèse de médecine]. [Toulouse]: Université de Toulouse Paul Sabatier; 2016.
8. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations.[Internet].HAS ; 1996. 'consulté le 10 juin 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>
9. Deschallier C. Le dossier médical du patient dépendant vu à domicile : Quelles pratiques ? Quelles difficultés ? Quel avenir ? [Thèse de médecine]. [Rouen]: Université de Rouen; 2016.
10. Nourry P. Le dossier médical au cours des visites à domicile : état des lieux : impact sur la qualité des soins en médecine générale [Thèse de médecine]. [Toulouse]: Université de Toulouse Paul Sabatier; 2011.
11. Article 45 du Code de la Déontologie Médicale.

12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu du dossier du patient.[Internet].HAS. 2003. [consulté le 09 juin 2019]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf
13. Article R145-6 (abrogé au 20 octobre 1996) du Code de la Santé Publique.
14. Société Française de Médecine Générale. Démarche Diagnostique [Internet].[consulté le 07 mai 2019]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/theorie_pratique/demarche_diagnostique/
15. Société Française de Médecine Générale. Démarche Décisionnelle [Internet].[consulté le 07 mai 2019]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/theorie_pratique/demarche_decisionnelle/
16. JORF n°98 du 25 avril 1996. Ordonnance n° 96-345 du 24 Avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
17. Assurance Maladie-Dossier de presse. La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif. [Internet].[consulté le 05 novembre 2017]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_bilan_ROSP_2016_du_21_avril_def.pdf
18. Monier C. Dossier médical pluri professionnel informatisé et suivi des patients à domicile : facteurs individuels déterminant sa mise en place sur la commune de Frontignan (Hérault) [Thèse de médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2017.
19. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 2007;14(1):19-30.
20. Conseil de l'ordre des médecins. Conclusion de la mission Legmann : Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale [Internet]. 2010. [consulté le 17 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.snof.org/sites/default/files/Rapport-Legmann.pdf>
21. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France- Situation au 1er Janvier 2018. [Internet]. CDOM ;2018. [consulté le 15 juin 2019]
22. REAGJIR [Internet]. [consulté le 24 avril 2019]. Disponible sur: <https://reagjir.fr>

23. INSEE. Unité rurale. [Internet].[consulté le 08 aout 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1034>
24. INSEE. Unité urbaine. [Internet].[consulté le 08 aout 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
25. Coutrix C. La perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine selon les médecins généralistes d'Aquitaine. [Thèse de médecine]. [Bordeaux]:Université de Bordeaux; 2018.
26. Pourrain L, Serin M, Dautriche A, Jacquetin F, Jarny C, Ballenecker I, et al. Gestion des erreurs médicamenteuses en médecine générale : étude en maison de santé pluridisciplinaire. *Thérapies*. déc 2018;73(6):461-71.
27. Bourel G. Evaluation des outils de recueil de l'information « allergie médicamenteuse » chez les médecins généralistes en France [Thèse de médecine]. [Lille]: Université Lille 2; 2015.
28. Vuillaume M. Evaluation de la connaissance du patient et de son médecin traitant vis-à-vis de son statut vaccinal antitétanique. Etude prospective sur 172 cas menée aux urgences du centre hospitalier de Luneville durant l'hiver 2010-2011 [Thèse de médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
29. Article R162-1-2 du Code de la Sécurité Sociale.
30. Casteret AM. Le carnet de santé mort-né [Internet]. 1997. [consulté le 22 mai 2019]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/informations/le-carnet-de-sante-mort-ne_623034.html
31. Tout ce que les professionnels de santé doivent savoir sur le DMP [Internet]. [consulté le 20 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.ticsante.com/story.php?story=4327&mjeton=aIWUytSXA2X4q5gA13TkN5t2LJZcbw-ePQW\]njr\]MIxV_yIQ78YsHYCfYQSu\]9aIIY\]zxEX6-tRiuEKppRX5K8ZiApmWa3Z7IVkDWoXVNBq1k2xDI2BA5g..&owner=5354196](https://www.ticsante.com/story.php?story=4327&mjeton=aIWUytSXA2X4q5gA13TkN5t2LJZcbw-ePQW]njr]MIxV_yIQ78YsHYCfYQSu]9aIIY]zxEX6-tRiuEKppRX5K8ZiApmWa3Z7IVkDWoXVNBq1k2xDI2BA5g..&owner=5354196)
32. CNIL. Dossier Médical Partagé : questions-réponses [Internet]. 2018. [consulté le 20 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/en/node/24913>
33. Article L1111-17 du Code de la santé publique.
34. Brindel L. L'informatisation du dossier médical chez les médecins généralistes : étude chez les praticiens en Corrèze [Thèse de médecine]. [Limoges]: Université de Limoges; 2015.

35. Taine H. Impact du dossier informatique en visite à domicile sur la qualité des soins - point de vue de médecins généralistes de la Côte d'Opale [Thèse de médecine]. [Lille]: Université Lille 2; 2018.
36. Cahen V. Les logiciels de gestion du cabinet de médecine générale : utilisations, besoins et critiques [Thèse de médecine]. [Paris]: Université Paris 7- Denis Diderot; 2007.
37. Falcoff H, Benainous O, Gillaizeau F, Favre M, Simon C, Desfontaines E, et al. Développement et étude d'impact d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale. *Prat Organ Soins*. sept 2009;40(3).
38. Ben Laissaoui M. Pertinence des informations du dossier médical en fonction du profil des patients : évaluation de l'opinion des médecins généralistes [Thèse de médecine]. [Marseille]: Université Aix-Marseille; 2018.
39. Article 73 du Code de la Déontologie Médicale.
40. Article 226-13 du Code Pénal.
41. Article L6327-1 du Code Santé publique.
42. PAACO-TSA Institutionnel [Internet]. [consulté le 24 avril 2019]. Disponible sur: <http://www.tsa-esante.fr/services/paaco>
43. Internet. Globule- Le dossier communicant [Internet]. [consulté le 24 avril 2019]. Disponible sur: <http://www.globule.net/presentation/>
44. Laurens A. Le rôle de coordination des soins du médecin traitant dans les prises en charge palliatives à domicile : l'application GLOBULE peut-elle être une aide ? [Thèse de médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016.
45. Perry J R, Caine N. General practitioners' knowledge about patients and use of medical records in out of hours calls. *Br J Gen Pract*. 40(334) éd. Mai 1990;190-3.
46. HAS. Dossier de liaison d'urgence (DLU) [Internet]. HAS ; 2015. [consulté le 14 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu
47. 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 de médecine]. [Lille]: Université Lille 2; 2014.

13) Combien de patients suivez-vous à domicile ?

Partie 2 : Lors des visites à domicile que vous effectuez, en dehors des EHPAD

14) Avez-vous accès aux informations suivantes concernant vos patients :

Antécédents personnels	Oui	Non
Allergies	Oui	Non
Facteurs de risque	Oui	Non
Statut vaccinal	Oui	Non
Traitement en cours	Oui	Non
Derniers résultats biologiques	Oui	Non
Courriers des différents intervenants	Oui	Non

Partie 3 : Format

15) Sous quelle forme avez-vous accès à ces informations

Format Papier

Format informatique

Les deux formats

15 bis) Format papier

Par quel moyen :

Cahier classeur

Carnet de santé

Dossier de liaison

Autre

15ter) Format informatique

Par quel moyen

DMP

Logiciel métier sur support mobile

Application mobile

Autre

15 quad) Les deux formats

Si vous disposez des deux formats, par quel moyen avez-vous accès à ces informations pour la partie papier :

Cahier Classeur

Carnet de santé

Dossier de liaison

Autre

Et pour la partie informatique :

DMP

Logiciel métier sur support mobile

Application mobile

Autre

16) Pouvez-vous brièvement décrire votre mode de fonctionnement lors des visites à domicile ? (réponse libre, question non obligatoire)

Partie 4 : Mise en place du système

17) Est-ce vous qui avez mis en place ce système

Oui Non

18) Ce système vous satisfait-il ?

Oui Non

19) L'avez-vous fait pour tous vos patients suivis à domicile ?

Oui Non

Si non,

20) *Quelle proportion de vos patients bénéficie de ce système ?*

<25% 25% 50% 75% >75%

21) *Quels sont les critères qui vous ont fait mettre en place ce système pour certains patients ?*

22) Envisagez-vous de le modifier ?

Oui Non

Si oui,

23) *Que souhaitez-vous entreprendre ? Réponse libre*

Partie 5 : Si vous ne disposez pas de ces informations

24) Comptez-vous mettre en place quelque chose vous permettant d'y avoir accès ?

Oui Non

Si oui

25) *De quel type ? Réponse libre*

26) *Quels sont vos freins à la constitution d'un support vous permettant d'avoir accès à ces informations médicales lors des visites à domicile ?*

Caractère chronophage

Absence d'utilité ressentie

Utilisation de votre mémoire

Entrave possible au secret médical

Perte d'information liée à la multiplicité des supports

Manque de motivation

Absence d'attrait pour les nouvelles technologies

Coût éventuel

Autre

Partie 6 : Satisfaction

27) Vous arrive-t-il d'être gêné par l'absence de certaines informations médicales lors de la prise en charge à domicile ?

Jamais

Régulièrement

Parfois

Toujours

28) Etes-vous globalement satisfaits par les informations dont vous disposez lors des visites à domicile ?

Oui Non

29) Avez-vous des remarques à formuler ? (Question non obligatoire, réponse libre)

7.2 Intégralité des résultats comparatifs en fonction de la satisfaction globale

Tableau 19 : Récapitulatif des données socio-démographiques et activités des médecins en fonction de leur satisfaction globale

Variable	Médecins satisfaits N=202	Médecins non satisfaits N=44	p	Test
Age (an)	47,1	44,6	0,19	Student
Sexe (%)			0,78	Chi2
Féminin	50	48		
Masculin	50	52		
Lieu d'exercice (%)			0,18	Chi2
Urbain	58	66		
Rural	42	34		
Mode d'exercice (%)			0,38	Chi2
Seul	27	21		
Groupe	73	79		
Collaboration (%)	7,4	3,2	6 ^e -8	Chi2
Partage des dossiers (%)	90	88	0,59	Fisher
Mode d'installation (%)			0,98	Chi2
Reprise	59	59		
Création	41	41		
Informatisation des dossiers médicaux (%)	95	97,7	0,69	Fisher
Durée de remplacement (mois)	34,5	39	0,35	Student
Activité				
Nombre de ½ travaillées	9,4	8,3	0,8	
Nombre d'actes hebdo	100	109	0,47	
Nombre de VAD hebdo	12,5	10,4	0,22	Student
% de VAD dans l'activité	12,5	9,5		
Nombre de patients suivis en VAD	41,7	35	0,35	

A la question : « *Quels sont vos freins à la constitution d'un système vous permettant d'avoir accès à ces informations lors des visites ?* », les médecins déclarés satisfaits alors qu'ils ne disposaient pas des informations médicales lors de leur VAD ont déclarés :

Tableau 20 : Freins à la constitution d'un système permettant l'accès aux informations

Freins possibles	Effectif	Pourcentage
Aspect chronophage	21	75
Absence d'utilité ressentie	11	39
Utilisation de la mémoire	15	54
Entrave possible au secret médical	3	11
Perte d'information liée à la multiplicité des supports	9	32
Manque de motivation	11	39
Absence d'attrait pour les nouvelles technologies	8	29
Coût éventuel	9	32
Autre	11	39

Concernant la satisfaction globale en fonction de l'année d'installation chez les médecins ayant un dossier, il n'a pas été mis en évidence de différence significative.

Tableau 21 : Satisfaction globale en fonction de l'année d'installation chez les médecins ayant accès aux informations.

	Médecins installés avant 2014 N= 104		Médecins installés après 2014 N= 59		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Satisfait	88	84,6	50	84,7	0,98	Chi2
Non satisfait	16	15,4	9	15,3		

Il n'est pas mis en évidence de différence significative au niveau de la satisfaction entre les médecins ayant eu une initiative de création d'un système de dossier et ceux ayant repris un système déjà existant.

Tableau 22 : Tableau comparatif de la satisfaction des médecins en fonction de l'origine de la mise en place du système

	Médecins ayant créé un système N =158		Médecins ayant repris un système N=23		p	Test
	Effectif	%	Effectif	%		
Satisfait	144	91	19	83	0,25	Fisher
Non satisfait	14	9	4	17		

7.3 Résultats comparatifs des médecins en fonction du nombre de visites hebdomadaires

Tableau 23 : Comparatif des caractéristiques générales et de l'activité des médecins en fonction du nombre de visites hebdomadaires

Variable	Médecins réalisant moins de 10 visites par semaine N=119	Médecins réalisant 10 visites par semaine ou plus N=127	<i>p</i>	Test
Age (moyenne en année)	43,4	49,6	<0,01	Student
Sexe (%)			1 ^e -4	Chi2
Féminin	62	38		
Masculin	38	62		
Lieu d'exercice (%)			0,01	Chi2
Urbain	68	52		
Rural	32	48		
Mode d'installation (%)			4 ^e -8	Chi2
Reprise	41	76		
Création	59	24		
Mode d'exercice (%)			0,1	Chi2
Seul	28	24		
En groupe	72	76		
Partage des dossiers (%)	95	85	0,07	Fisher
Collaboration (%)	9	4	0,14	Chi2
Informatisation (%)	95	96	0,79	Chi2
Durée de remplacement (moyenne en mois)	37	33	0,74	Student
Activité				Student
Nombre de ½ journées hebdo	8,1	8,7	<0,01	
Nombre d'actes hebdo	105	119	<0,01	
Nombre de VAD hebdo	4,6	19	<0,01	
Nombre de patients en VAD	18,1	61,5	<0,01	

8 SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) 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 leurs 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

9 RESUME

Introduction : La constitution d'un dossier médical est généralisée au cabinet des médecins généralistes mais est réduite lors des visites à domicile (VAD). Pourtant, les informations qu'ils contiennent sous-tendent les prises en charge. Notre étude cherche à évaluer les informations médicales disponibles aux médecins généralistes installés en Gironde lors des VAD ainsi que les modes d'accès.

Méthode : Étude de pratique réalisée entre Janvier 2019 et Février 2019. Un questionnaire auto-administré fut envoyé par mail grâce à la CPAM 33 aux généralistes girondins hors modes d'exercice particuliers exclusifs.

Résultats : 246 réponses ont été analysées pour le critère de jugement principal, soit un taux de participation de 15%.

L'échantillon est plus jeune, plus féminin et plus rural que la population cible.

Ils déclarent avoir accès aux informations médicales suivantes :

74% aux antécédents, 68% aux facteurs de risques, 66% aux allergies et intolérances, 95% aux traitements, 89% aux derniers résultats biologiques, 45% au statut vaccinal, 56% aux courriers.

Ils utilisent majoritairement un dossier papier qui reste présent au domicile des patients.

Il n'est pas retrouvé de différences de pratique entre les médecins en fonction de leur durée d'installation.

L'utilisation du même dossier informatique qu'au cabinet est associée avec un niveau d'exhaustivité plus important. C'est ce mode de fonctionnement qui est envisagé pour ceux souhaitant modifier leurs pratiques.

La présence de ces informations au moment de la consultation est associée avec une plus grande satisfaction et une diminution de la gêne ressentie lors des prises en charge.

Conclusion : Les généralistes girondins sont globalement satisfaits des informations dont ils disposent lors des VAD. L'utilisation d'un outil informatique permettrait d'augmenter l'exhaustivité des dossiers, la satisfaction des médecins et diminuer le nombre d'erreur.

Mots-Clefs : Médecine Générale, Visite à domicile, Dossier médical, Satisfaction personnelle, Gestion des soins aux patients

Introduction: The setting-up of a medical record is generalised when conducted at the office of a General Practitioner (GP) but is reduced when performed during house call (HC). The information that these documents contain imply specific care. This study seeks to evaluate the medical information available to the GPs from the Gironde who perform their HC as their means of access. **Method:** Practical study undertaken between January and February 2019 through self-administered questionnaires sent to GPs from the Gironde outside of specific exclusiv exercises, sent by email by CPAM 33.

Results: 246 complete answers were analyzed for the principal assessment criterion, namely a participation rate of 15%.

They have declared having had access to the following information: 74% to the antecedents, 68% to risk factor, 66% to the allergies and intolerances, 95% to the treatments, 89% to the last biological outcomes, 45% to the vaccination status, 56% to the correspondence.

The majority use a paper record that remains at the residency. The use of the same electronic record employed at the medical office is associated with high level of exhaustivity: this modus operandi is considered by those who want to change their practices. The presence of more complete information upon consultation is associated with a greater satisfaction and a decrease in the discomfort felt during medical care. No difference of practice was established in relation to the length of the GP's installation.

Conclusion: The GPs from the Gironde are generally satisfied with the information that they dispose of during their HC. The use of a computerized tools would allow increase of the records' exhaustivity, the satisfaction of doctors and the decrease of the number of errors

Keyword: General practice, House call, Medical record, Job satisfaction, Patient care management