



**A g e n c e N a t i o n a l e
d ' A c c r é d i t a t i o n e t
d ' I v a l u a t i o n e n S a n t é**

**LA TENUE
DU DOSSIER MÉDICAL
EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
ÉTAT DES LIEUX ET
RECOMMANDATIONS**

SEPTEMBRE 1996

Service Médecine Libérale

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANDEM est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'oeuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en Septembre 1996; il peut être acheté (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM)

Service Diffusion Communication

159, rue Nationale. 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : (1) 42 16 72 72 Fax : (1) 42 16 73 73

© 1994, Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM)

AVANT-PROPOS

La tenue d'un dossier pour chaque patient suivi en médecine ambulatoire a été rendue obligatoire par le Code de Déontologie en 1995. Cependant, contrairement aux médecins généralistes d'autres pays, les praticiens français ne disposaient pas jusqu'ici de données évaluées ni de recommandations sur la tenue des dossiers en médecine générale. A la demande de la Direction Générale de la Santé, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale a mené un travail qui vise à rattraper ce retard.

La méthodologie appliquée dans ce travail est celle des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC). L'objectif principal des RPC est de fournir une synthèse du niveau de preuve scientifique existant et de l'opinion d'experts sur les aspects cliniques et de Santé Publique d'un sujet de pratique médicale, et d'être ainsi une aide à la décision définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas et les domaines où existent des controverses ou des incertitudes. Le développement des Recommandations pour la Pratique Clinique et leur application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources.

En favorisant l'élaboration de Recommandations pour la Pratique Clinique, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale souhaite répondre aux préoccupations de tout acteur de santé soucieux d'améliorer sa pratique quotidienne et d'asseoir ses décisions sur les bases les plus rigoureuses et objectives possibles.

Professeur Yves MATILLON
Directeur de l'Agence

Ce travail a été réalisé par le Docteur Hector FALCOFF, sous la direction du Professeur Michel DOUMENC, responsable du Service de Médecine Libérale de l'ANDEM.

Le Docteur Marielle LAFONT-PICTON a coordonné l'enquête auprès des groupes régionaux de médecins libéraux.

Les recommandations ont été élaborées grâce à un groupe de travail comprenant les personnalités suivantes :

Docteur Jean BRAMI, médecin généraliste, Paris

Docteur Monique DANIERE, médecin généraliste, Feyzin

Docteur Anne DEBRUN, médecin de Santé Publique, Paris

Professeur Michel DOUMENC, médecin généraliste, Fontenay aux Roses

Docteur Jean-François DÜRR, médecin généraliste hospitalier, Freyming-Merlebach

Docteur Jacques ELKINE, médecin généraliste, Tarbes

Docteur Hector FALCOFF, médecin généraliste, Paris

Docteur Jean-Luc GALLAIS, médecin généraliste, Paris

Docteur Pierre GALLOIS, médecin interniste, Charnay-les-Mâcon, Président du groupe de travail

Docteur Bernard GAVID, médecin généraliste, Neuville en Poitou

Docteur Jacques HUMBERT, médecin généraliste, Beauvoir sur Mer

Docteur Antoine LAMBERT, médecin généraliste, Calais

Professeur Jean-Pierre WAINSTEN, médecin généraliste, Paris.

L'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale tient à exprimer sa reconnaissance aux Associations de Formation, Structures Professionnelles et Sociétés Savantes de Médecine Générale qui l'ont aidée à constituer le groupe de travail et à compléter la recherche bibliographique :

- Association Confédérale pour la Formation Médicale (ACFM)

- Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

- MG-Form

- Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG)

- Société Française de Médecine Générale (SFMG)

- Syndicat National des Médecins de Groupe (SNMG)

- Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC).

L'Agence remercie également les Groupes Régionaux de Médecins Libéraux pour leur participation à l'enquête sur les fonctions et le contenu du dossier médical, ainsi que les membres des Groupes qui ont accepté de relire ce document et de le critiquer constructivement avant sa finalisation :

*Dr Daniel COURTI, médecin généraliste, Sailly/s/Lys
Dr Gérard-Philippe DESBONNETS, médecin généraliste, Fleurbaix
Dr Jean-Miche HERPE, radiologue, Saintes
Dr Philippe HOFLIGER, médecin généraliste, Nice
Dr Pierre KLOTZ, médecin généraliste retraité, Altkirch
Dr Jean-Pierre LAFONT, médecin généraliste, Morières les Avignon
Dr Jean-Pierre MAIRESSE, médecin généraliste, Le Havre
Dr Christian MARTINET, médecin généraliste, Saint Julien de l'Escap
Dr Pierre MECHALY, médecin généraliste, Chilly Mazarin
Dr Jean NOUCHI, médecin généraliste, Nice
Dr Patrick POCHET, médecin généraliste-endocrinologue, Clermont-Ferrand,
Dr Philippe POINOT, médecin généraliste, Carbonne
Dr Dominique RICHARD, médecin généraliste, Morangis
Dr Emmanuel ROUBERTIE, médecin généraliste, Vendôme
Dr Bruno SENEZ, médecin généraliste, Eyzin Pinet
Dr WAGNER BALLON, médecin généraliste, Joué les Tours*

Nous tenons également à remercier pour leur collaboration efficace :

*Dr Richard BAKER, University of Leicester, Grande-Bretagne
Dr Gillian BELLAS, Commonwealth Department Human Services and Health, Australie
Dr Paul BERNARD, Société Scientifique de Médecine Générale, Bruxelles, Belgique
Dr Claire BOMBARDIER, Institute for Work and Health, Toronto, Canada
Dr Brendon KARNEY, National Health and Medical Research Council, Australie
Pr Georges FREEMAN, Charing Cross and Westminster Medical School, Londres, Grande-Bretagne
Dr A. GRANADOS, Agence d'évaluation de technologie médicale, Barcelone, Espagne
Dr Rod HAMILTON, College of Physicians and Surgeons of Ontario, Canada
Dr L. LIAROPOULOS, Université d'Athènes, Grèce
Dr G. ROBERTS, Family Medecine, Etats-Unis
Dr Christian OOSTERBOSCH, Les Nouveaux Généralistes, Paris
Dr Chris SALIBURY, St Mary's Hospital Medical School, Londres, Grande-Bretagne
Pr VAN DEN HAUTE, Faculté de Médecine, Bruxelles, Belgique
Dr Dick WILLEMS, Amsterdam, Hollande.*

La saisie des données de l'enquête sur le dossier médical a été réalisée par le Docteur Jean-Christophe BABLON. Qu'il en soit également remercié.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
RÉSUMÉ	10
Chapitre 1 LE DOSSIER MÉDICAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE :	
RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	19
1. Stratégie de la recherche documentaire	19
2. Que sait-on de la tenue du dossier médical en médecine générale en France aujourd'hui ?	22
3. Quelle est la qualité des données dans les dossiers tenus par les médecins généralistes d'autres pays ?	23
3.1. Le degré d'exhaustivité des dossiers	24
3.2. La validité des données contenues dans les dossiers	25
4. Comment structurer les données dans le dossier médical en médecine générale ?	28
4.1. L'exemple du Dossier Orienté par Problèmes	28
4.2. Les limites du Dossier Orienté par Problèmes	31
4.3. Autres modèles	33
5. Le dossier peut-il améliorer la qualité des soins ?	35
5.1 A-t-on la preuve qu'une façon particulière de tenir le dossier améliore la qualité des soins ?	35
5.2. Peut-on utiliser le dossier dans un processus d'amélioration de la qualité des soins tel que l'audit ?	41
6. Quels sont les principaux aspects réglementaires et juridiques concernant la tenue du dossier en médecine générale ?	43
6.1. Textes réglementaires	43
6.2. Critères de recertification	45
6.3. Aspects juridiques	46
7. Quelles perspectives ouvre l'informatisation du dossier médical en médecine générale ?	47
7.1. Objectifs de l'informatisation des dossiers médicaux	48
7.2. Les potentialités du dossier médical informatique	48
7.3. L'acceptabilité du dossier informatique	50
7.4. Évaluation du dossier informatique	50
7.5. Les faiblesses des systèmes informatiques actuels	52
7.6. L'exemple du dossier informatique des médecins hollandais	53

Chapitre 2 L'ENQUÊTE AUPRÈS DU RÉSEAU DE MÉDECINS	
LIBÉRAUX DE L'ANDEM	55
1. Méthode de l'enquête	55
2. Résultats de l'enquête	55
Chapitre 3 RECOMMANDATIONS POUR LA TENUE DU DOSSIER	
DU PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE	57
1. Objectifs	57
2. Nature des informations à recueillir	58
2.1.Tableau synthétique des informations à recueillir	58
2.2. Présentation analytique des informations à recueillir	59
3. Structuration des informations dans le dossier	65
4. Sécurité et conservation des dossiers	67
5. Formation à la tenue du dossier	68

INTRODUCTION

La tenue d'un dossier pour chaque patient suivi en médecine ambulatoire a été rendue obligatoire par le Code de Déontologie en 1995. Cependant, contrairement aux médecins généralistes d'autres pays, les praticiens français ne disposaient pas jusqu'ici de données évaluées ni de recommandations sur la tenue des dossiers en médecine ambulatoire. A la demande de la Direction Générale de la Santé, l'ANDEM a mené un travail qui vise à rattraper ce retard.

L'objectif de ces recommandations est de contribuer à améliorer, à travers une meilleure tenue des dossiers actuels, la qualité des actes médicaux. Cet objectif ne saurait être atteint par des recommandations contraignantes, qui risquent au contraire de générer des effets pervers : on peut tenir de magnifiques dossiers et faire une très mauvaise médecine ! Nous espérons que ce document sera par lui-même suffisamment convaincant pour inciter les praticiens à suivre les recommandations, et que son contenu intéressera les responsables de la formation médicale initiale et continue.

La méthode de travail s'est appuyée sur l'expérience de l'ANDEM dans l'élaboration de Recommandations pour la Pratique Clinique. Dans un premier temps ont été menées conjointement une recherche documentaire systématique et une enquête auprès du réseau de médecins libéraux de l'ANDEM. Dans un deuxième temps, l'ensemble de ces données a été présenté à un groupe d'experts, qui a élaboré les recommandations. Avant d'arrêter la version finale du document, celui-ci a été soumis d'une part aux responsables du réseau de médecine libérale de l'ANDEM, qui ont été interrogés sur la clarté et la pertinence du contenu, et d'autre part au Conseil Scientifique de l'ANDEM, qui a vérifié sa conformité aux critères scientifiques des productions de l'Agence.

Le document comprend tout d'abord un résumé, suivi d'une présentation détaillée des résultats de la recherche documentaire, les résultats de l'enquête et enfin les recommandations du groupe de travail.

Parallèlement à leur utilisation individuelle quotidienne, deux autres modes d'utilisation du dossier sont probablement appelés à se développer. Il s'agit tout d'abord du partage du dossier entre soignants intervenant auprès du même patient. Cette perspective va de pair avec une redéfinition des missions du médecin généraliste et la réorganisation du système de soins. Il s'agit ensuite de l'exploitation collective des données contenues dans les dossiers médicaux à des fins d'analyse et de régulation du système de soins, d'évaluation des pratiques professionnelles, de base pour l'orientation de recherches (clinique, épidémiologique et médico-économique). Pour avancer dans ce sens, des expérimentations et des développements technologiques sont encore nécessaires : informatisation des dossiers en médecine générale, adoption d'un langage commun par les généralistes, mise au point d'un système de codage performant. Le groupe d'experts réuni par l'ANDEM n'a pas développé ces aspects de la tenue du dossier des années à

venir. Si dans certaines parties de ce document il est fait référence au dossier informatique, c'est uniquement pour en souligner les potentialités, et mettre en évidence certaines limites du dossier papier.

RÉSUMÉ

I. LE DOSSIER MÉDICAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ÉTAT DES LIEUX (SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE)

Notre travail a pour objet le dossier médical du médecin généraliste, celui avec lequel il travaille au quotidien. Nous n'abordons pas la tenue du dossier (ni du carnet) dit "de suivi médical" prévu par la loi.

Que sait-on de la tenue du dossier médical en médecine générale en France aujourd'hui ?

Très peu d'enquêtes ont été réalisées sur ce sujet. Il semble que 90% des médecins généralistes français tiennent des dossiers pour les patients qu'ils voient régulièrement en consultation, et que les dossiers sont utilisés en visite au mieux dans environ 50% des cas. Les médecins déclarent enregistrer les antécédents, les symptômes ou motifs de consultation, les diagnostics, les complications, les traitements. Ces données ne résultent pas de l'examen des dossiers eux-mêmes, et ne permettent absolument pas de répondre à la question de la qualité des dossiers des médecins généralistes en France aujourd'hui.

Quelle est la qualité des données contenues dans les dossiers des médecins généralistes d'autres pays ?

Plusieurs études conduites dans des pays anglo-saxons ont mis en évidence des insuffisances dans la documentation des traitements et des examens prescrits, des gestes médicaux réalisés. Le fait qu'un geste ne soit pas enregistré sur le dossier ne signifie pas nécessairement qu'il n'a pas été fait. Des études bien menées ont comparé les actions enregistrées dans les dossiers à celles relevées grâce à des enregistrements audiovisuels des consultations, ou à celles rapportées par les patients immédiatement après les consultations. Moins de la moitié des actions entreprises étaient enregistrées dans les dossiers.

Les données contenues dans les dossiers sont "à usage interne" : les médecins utilisent les dossiers comme aide-mémoire, et notent les informations qu'ils estiment nécessaires pour la suite de la prise en charge, sans se soucier de transcrire fidèlement les actions qu'ils accomplissent.

Dans leur état actuel les dossiers constituent une source de données insuffisante pour évaluer les pratiques de soins et impropre aux activités de recherche clinique et épidémiologique. Le développement des audits, et en premier lieu des audits sur la tenue du dossier lui-même, devraient permettre aux médecins de prendre conscience des lacunes des dossiers et contribuer à l'amélioration de leur tenue.

Comment structurer les données dans le dossier médical en médecine générale ?

Cette question est cruciale en raison de la masse de données générées par la prise en charge du patient, et de la diversité des tâches que le médecin doit accomplir. Un stockage purement chronologique des données aboutit à un empilage d'où il devient impossible d'extraire les données nécessaires au moment voulu. Lorsque le médecin concerné n'est pas le médecin habituel du patient cette difficulté est exacerbée.

La principale tentative de structuration rationnelle des dossiers est celles du Problem Oriented Medical Record (POMR), initiée il y a près de trente ans aux États-Unis, et développée depuis dans divers pays (Australie, Belgique, Hollande, Israël...).

Le POMR est composé de quatre éléments essentiels : la liste des problèmes, la liste des traitements, le journalier, la base de données.

La liste des problèmes est un résumé constamment à jour de l'histoire médicale du patient. Une liste des problèmes bien tenue constitue une véritable table des matières du dossier, grâce à la date de début et de fin des problèmes.

La liste des traitements inclut tous les médicaments pris de manière régulière. La liste présente de manière claire l'ensemble des traitements actuels et passés ; elle évite la prescription de traitements ayant échoué antérieurement ; sa mise à jour à chaque contact permet de vérifier l'observance, d'éviter les prescriptions redondantes, les incompatibilités médicamenteuses. La liste est particulièrement utile chez les personnes âgées polypathologiques et chez les patients ayant des troubles cognitifs.

Le journalier est l'élément du dossier qui permet un recueil systématique des données de chaque contact. Pour chaque problème sont notés dans l'ordre :

- les éléments subjectifs (S) c'est à dire les informations apportées par le patient
- les éléments objectifs (O) issus de l'observation du médecin
- l'appréciation (A) (assessment) du problème à la fin du contact
- le plan (P) de prise en charge du problème.

Le respect systématique de ces quatre éléments, que résume l'acronyme SOAP, a un intérêt pédagogique évident.

Une fiche spécifique constituée de rubriques prédéfinies peut être utilisée pour les actes de prévention ou le recueil systématique des données concernant un problème suivi au long cours .

La base de données comprend les éléments administratifs et les informations ayant un caractère "définitif". Des informations peuvent figurer à la fois dans la liste de problèmes et dans la base de données.

Le POMR a donné lieu à un certain nombre de critiques : risque de confondre bonne médecine et bonne tenue du dossier, imprécision de la notion de problème,

risque de perdre la vision synthétique du patient en segmentant les données par problèmes.

Le POMR est porteur d'un message dont la portée dépasse celle du modèle : il ne faut pas se contenter de stocker chronologiquement les données. Un dossier devrait avoir une structure permettant différentes présentations des données (chronologiquement, par problèmes, par catégorie de données - biologie, imagerie, etc.) selon les besoins du clinicien. Ce besoin de plasticité est un argument majeur pour l'informatisation des dossiers en médecine générale (cf plus loin).

Quelles sont les preuves de l'impact de la qualité des dossiers sur la qualité des soins ?

Prouver que de meilleurs dossiers contribuent à de meilleurs soins est difficile. Le "gold standard" pour les essais portant sur le dossier médical est constitué par l'essai randomisé en groupes parallèles de médecins ; le critère principal de jugement est soit le résultat des soins, soit le processus de soins si le lien entre processus et résultat est prouvé ; l'essai doit durer un temps suffisant pour que le dossier à l'essai soit intégré dans la routine. Peu d'études de ce niveau ont été publiées.

Les bénéfices du POMR n'ont jamais été démontrés par des essais randomisés. Par contre plusieurs essais ont mis en évidence une amélioration du processus de soins lors de l'utilisation de fiches de suivi spécifiques de certains problèmes chroniques ou des activités de prévention et de dépistage. Ces fiches sont d'autant plus efficaces qu'elles sont intégrées à un dossier informatique qui rappelle automatiquement au médecin les échéances des actions à accomplir.

Quels sont les principaux aspects réglementaires concernant la tenue du dossier en médecine générale ?

En France le seul texte officiel qui régit la tenue du dossier est celui de l'article 45 du Code de Déontologie Médicale, décret 95-1000 du 6/9/95 : Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir 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..

Dans différents pays de culture médicale anglo-saxonne existent non seulement des textes réglementaires mais aussi des listes de critères pour la tenue du dossier, destinées au processus de recertification des médecins. Ces critères sont nettement plus exigeants que les textes réglementaires. Ils sont extrêmement proches d'un pays à l'autre (cf. § I.6.2). Ils traduisent l'existence d'un consensus professionnel fort concernant la tenue des dossiers.

Quels sont les principaux aspects juridiques concernant la tenue du dossier en médecine générale ?

A la demande du patient le médecin est dans l'obligation de transmettre à un autre médecin les données objectives (résultats d'examens, comptes-rendus, etc.) contenues dans le dossier. Si des données subjectives (observations, commentaires, résumés, rédigés par le médecin) paraissent utiles pour la prise en charge elles doivent également être transmises.

Le médecin est soumis à la règle de la prescription trentenaire (article 2262 du code civil). Il doit en tenir compte pour décider de la durée de conservation des dossiers archivés.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés stipule que le responsable du fichier (il s'agit ici du médecin responsable des dossiers, qu'ils soient informatisés ou non) s'engage à prendre "toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations, et notamment d'empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou communiquées à des tiers non autorisés".

Quelles perspectives ouvre l'informatisation du dossier médical en médecine générale ?

Les modes de traitement des données médicales doivent s'adapter à des systèmes de soins qui sont eux-mêmes de plus en plus complexes. Une évolution est souhaitable pour :

1 - assurer la continuité et la cohérence des soins (maladies chroniques suivies au long cours, polypathologie, intervenants multiples auprès d'un même patient, sources de données multiples : consultants, hospitalisations, examens d'imagerie, de biologie...) ;

2 - assurer les tâches de médecine préventive (dépistage, détection précoce, vaccinations...) qui nécessitent une programmation ;

3 - répondre à la pression sociale pour documenter et justifier les décisions ;

4 - favoriser la prise de conscience progressive des professionnels concernant la nécessité d'évaluer la qualité des soins et de mettre en place des procédures d'amélioration de la qualité.

Ces considérations ont conduit l'Institute of Medicine des États-Unis à désigner les dossiers médicaux informatiques comme "une technologie essentielle pour le système de soins".

La principale force du dossier informatique est probablement que les informations sont libérées des contraintes liées à une organisation spatiale (support physique, format préétabli) ou temporelle (succession des rencontres). Le dossier informatique peut présenter les informations dans n'importe quel ordre et format voulus. L'ordinateur peut produire de nombreux comptes-rendus, résumés, index, à partir de la totalité des données enregistrées : synthèse des données les plus importantes du dossier, liste des problèmes actifs, liste des médicaments, des résultats biologiques anormaux, données spécifiques pour une maladie chronique.

Un système informatique peut générer des alertes et des rappels, permettant d'améliorer la sécurité des prescriptions et le respect des protocoles de suivi. Il peut contribuer à améliorer les pratiques et à mettre en oeuvre des recommandations en proposant des aides à la décision immédiates, des ordonnances préétablies conformes à des protocoles validés, une rétroaction par l'apport régulier d'information sur les performances.

L'informatisation des dossiers ouvre la possibilité de constituer de grandes bases de données en médecine ambulatoire, moyen puissant pour développer les connaissances sur les modes d'évolution des états chroniques, les réponses à différents traitements, les coûts des maladies et des différents types de prise en charge, les valeurs prédictives de différents symptômes et signes pour différents diagnostics, ou leur valeur pour prédire l'intérêt d'un examen complémentaire.

D'assez nombreuses études ont cherché à évaluer le degré de satisfaction et les craintes des patients vis à vis de l'informatisation du dossier médical. La méthodologie de ces études est souvent criticable et leurs conclusions doivent être considérées avec prudence. Cependant les résultats de ces études sont cohérents : les patients ne semblent pas gênés par l'ordinateur ; le médecin n'a pas un contact moins personnel, il n'est pas ressenti comme moins disponible. La crainte exprimée le plus fréquemment est que la confidentialité des informations soit mise en danger par l'informatique. Ces résultats soulignent la nécessité d'informer clairement les patients sur les connexions à des réseaux éventuels, et sur les dispositions destinées à maintenir la confidentialité

Comme toute technologie médicale le dossier informatisé doit être rigoureusement évalué afin de connaître son efficacité sur la qualité des soins. Même si l'informatisation du dossier médical peut contribuer à la régulation du système de santé, ou apporter un certain confort bureaucratique du médecin, elle devrait avoir pour objectif principal la qualité des soins délivrés à chaque patient. A ce jour des études méthodologiquement solides portant sur les rappels automatiques et les aides à la planification des soins ont bien montré la capacité de ces dispositifs à améliorer les performances du médecin.

En France, une soixantaine de programmes de dossier médical informatique sont proposés aux médecins généralistes par des sociétés commerciales. Ils n'ont donné lieu à aucune évaluation précise.

Aux Pays-Bas, l'informatisation des dossiers médicaux des médecins généralistes est un succès incontestable. Quatre raisons ont été évoquées pour expliquer ce succès :

- l'adoption d'un vocabulaire standardisé
- le choix de l'interactivité du médecin avec l'ordinateur (le médecin saisit lui-même les données)

- l'implication de structures professionnelles à travers l'élaboration initiale d'un cahier des charges pour les systèmes informatiques gérant les dossiers
 - le remboursement par le gouvernement de 60% du coût de l'informatisation.
- L'expérience hollandaise souligne l'importance d'une définition par les professionnels, à un niveau national, des standards pour les systèmes informatiques.

Quelle est l'opinion des médecins généralistes des groupes régionaux de l'ANDEM sur le contenu et les fonctions du dossier en médecine générale ?

Une enquête a été menée auprès des médecins libéraux des groupes régionaux de l'ANDEM. L'objectif était de connaître l'opinion de ces médecins sur le contenu idéal des dossiers en médecine générale, et sur les fonctions que devraient assurer les dossiers.

La fonction de rappel et d'alerte est classée en tête par les praticiens. Les autres fonctions essentielles du dossier d'après l'enquête correspondent bien aux fonctions décrites dans la littérature. De même le contenu du dossier qui se dégage de l'enquête répond aux critères de recertification de plusieurs pays. Les praticiens qui ont répondu à l'enquête ont un intérêt particulier pour l'évaluation, sont souvent enseignants de médecine générale, responsables d'associations de FMC ou d'autres structures professionnelles : leur opinion sur le dossier médical n'est probablement pas représentative de l'opinion moyenne. Il est cependant intéressant de constater qu'une enquête d'opinion auprès de cette frange "éclairée" de la profession conduit à des résultats proches de ceux que l'on peut tirer de l'analyse de la littérature internationale.

II. LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE : SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations ont été élaborées par le groupe de travail en s'appuyant sur trois sources d'information : la synthèse documentaire, les critères de recertification de différents pays, les résultats de l'enquête auprès des groupes régionaux de l'ANDEM. **La convergence de ces trois sources mérite d'être soulignée.**

Les experts du groupe de travail et la plupart des médecins sollicités pour la lecture du document en phase de finalisation ont souligné que **la question de la qualité du dossier est directement liée à celle du temps consacré à sa tenue.**

La nature des informations recueillies et leur disposition dans le dossier répondent à des objectifs précis :

- retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier
- se remémorer le contenu des rencontres précédentes
- disposer à tout moment d'une histoire médicale actualisée et synthétique, comportant les éléments utiles à la prise de décision
- structurer le recueil d'informations au moment des rencontres
- expliciter les arguments qui sous-tendent les décisions
- planifier et assurer un suivi médical personnalisé prenant en compte les pathologies, les problèmes de santé, les facteurs de risque, les facteurs psychologiques 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
- minimiser le risque iatrogène en disposant, lors de la prescription, des informations suivantes : âge, pathologies chroniques ou aiguës, facteurs de risque, données biologiques éventuelles (créatinine chez les personnes âgées par exemple), traitements en cours (prescrits par les différents médecins et / ou auto-prescrits), allergies et intolérances médicamenteuses antérieures
- documenter les faits liés à la prise en charge des patients.

Tableau synthétique des informations à recueillir
(des précisions sur chaque item sont apportées au § III.2.2).

Identification	
Nom complet actualisé	indispensable
Sexe	indispensable
Date de naissance	indispensable
Numéro du dossier	souhaitable
Symbolle pour signaler les homonymes	souhaitable

Informations administratives		
Adresse		indispensable
Téléphone		indispensable
Profession		indispensable
Numéro de Sécurité Sociale		souhaitable
Affection de longue durée (ALD)		souhaitable
Tuteur, curateur, tiers payeur		souhaitable
Mutuelle		souhaitable
Données d'alerte (dont les allergies et intolérances médicamenteuses)		indispensable
Rencontre		
Nom du médecin		indispensable
Date de la rencontre		indispensable
Type de contact		indispensable
Données significatives de la rencontre		souhaitable
Conclusion / synthèse de la rencontre		indispensable
Décisions		indispensable
Histoire médicale actualisée et facteurs de santé		
Antécédents personnels		indispensable
Antécédents familiaux		indispensable
Facteurs de risque		indispensable
Vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage		indispensable
Événements biographiques significatifs		indispensable souhaitable

Le médecin doit disposer les informations et écrire dans le dossier papier d'une manière suffisamment lisible pour permettre la lecture par d'autres : remplaçant, associé, successeur. La couverture du dossier papier doit être en bon état. Il est possible de faciliter l'utilisation des informations du dossier papier en signalant les données principales (surligne...) , en les regroupant dans des fiches thématiques, en réactualisant régulièrement la partie "Histoire médicale et facteurs de santé".

Le dossier doit aider le médecin à structurer sa démarche au cours de la rencontre, particulièrement avec les patients qui ont des problèmes multiples, grâce à un recueil méthodique des informations, représenté dans la grille ci-dessous.

Identification du médecin - Date et type du contact					
Problème Données significatives	1	Problème Données significatives	2	Problème Données significatives	3

Conclusion / synthèse 1	Conclusion / synthèse 2	Conclusion / synthèse 3
Décisions 1	Décisions 2	Décisions 3

Une donnée significative, une conclusion ou une décision peuvent concerter plusieurs problèmes.

Les documents sources contenant des informations potentiellement utiles (compte-rendu d'un examen d'imagerie, lettre détaillée d'un correspondant) ou ayant une valeur médico-légale (compte-rendu opératoire...) doivent être classés d'une manière méthodique dans le dossier (liasse agrafée par ordre chronologique par exemple) ou archivés et indexés afin d'être retrouvés facilement.

Des fiches spécifiques peuvent être insérées dans les dossiers : fiches de prévention et dépistage, fiches pour des pathologies chroniques justifiant un suivi planifié. Ces fiches ont un double intérêt : d'une part, leur caractère synoptique permet de se faire une idée précise et rapide du suivi sur une période, d'autre part elles servent d'échéanciers et de rappels pour planifier les actions à venir.

Il peut être utile d'extraire du dossier les points clés indispensables à communiquer à un autre médecin appelé à intervenir auprès du patient, et de les inscrire sur une fiche de synthèse régulièrement actualisée.

Au cours de ses études, le futur généraliste doit être formé à la tenue des dossiers des patients ambulatoires, en particulier dans les stages auprès des praticiens, dès le deuxième cycle des études médicales.

Chapitre 1

LE DOSSIER MÉDICAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

I. STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Une recherche systématique sur 10 ans a été réalisée en octobre 1995 sur MEDLINE et EMBASE ; elle a été limitée aux publications de langue française et anglaise.

Le mot-clé :

Medical record(s)

a été associé à :

Ambulatory care ou,
Ambulatory care facilities ou,
Outpatients ou,
Physicians, family ou,
Physician ou,
Physician's practice patterns ou,
Family practice ou,
Family medicine ou,
General practice ou,
General practitioner ou,
Primary health care ou,
Primary medical care.

Les recherches ont porté sur :

L'identification des recommandations pour la pratique clinique et des conférences de consensus :

2 références ont été obtenues sur MEDLINE, 1 sur EMBASE.

L'identification des études contrôlées randomisées ou comparatives :

26 références ont été obtenues sur MEDLINE, 6 sur EMBASE.

Les publications portant sur l'assurance qualité :

Les mots-clés initiaux ont été croisés avec :

Quality assurance, health care ou,
Quality of health care ou,
Quality control ou,
Health care quality ou,
Total quality management ou,
Reference standards ou,
Medical audit ou,
Audit ou,
Accreditation ou,
Program evaluation ou,
Evaluation studies ou,
Outcome and process assessment (health care) ou,
Outcome assessment (health care) ou,
Process assessment (health care) ou,
Peer review, health care ou,
Peer review ou,
Utilization review ou,
Professional review organizations ou,
Professional standards review organization.

48 références ont été obtenues sur MEDLINE, 16 sur EMBASE.

Les publications portant sur la structure du dossier :

Les mots-clés initiaux ont été croisés avec :

Organization ou,
Methods ou,
Standards ou,
Organization and management ou,

Health care organization ou,
Structure activity relation ou,
Structure-activity relationship ou,
Structure analysis ou,
Documentation ou,
Data collection ou,
Trends.

75 références ont été obtenues sur MEDLINE, 6 sur EMBASE.

Une recherche spécifique de la littérature française a été faite en janvier 1996 sur :

- PASCAL, où 11 références ont été obtenues,
- la BDSP (Banque de Données Santé Publique), où 7 références ont été obtenues,
- le registre télématique des thèses (TELETHESES).

Les bibliographies des articles issus de la recherche automatisée ont été systématiquement exploitées.

La recherche a aussi visé les textes réglementaires et les recommandations concernant le dossier en médecine générale, en France et à l'étranger.

Afin de connaître d'éventuels travaux non publiés ou en cours, les principales sociétés scientifiques de médecine générale et des associations impliquées dans la formation médicale initiale et continue des médecins généralistes (ACFM, CNGE, MG Form, SFMG, SFTG, SNMG, UNAFORMEC) ont été sollicitées.

Au total, 256 documents ont été analysés, permettant d'apporter des informations pour répondre à six questions :

- 1 - Que sait-on de la tenue du dossier médical en médecine générale en France aujourd'hui ?
- 2 - Quelle est la qualité des données contenues dans les dossiers en médecine générale ?
- 3 - Comment peut-on structurer les données dans le dossier médical en médecine générale ?
- 4 - Quels sont les liens entre le dossier et la qualité des soins ?
- 5 - Quels sont les principaux aspects réglementaires et juridiques concernant la tenue du dossier en médecine générale ?

6 - Quelles perspectives ouvre l'informatisation du dossier médical en médecine générale ?

II. QUE SAIT-ON DE LA TENUE DU DOSSIER MÉDICAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN FRANCE AUJOURD'HUI ?

Une enquête téléphonique, rapportée par Danière (1) a été menée par G. Durand en 1986, dans le cadre de l'UNAFORMEC (2), auprès d'un échantillon stratifié (rural, semi-rural, urbain) de 79 médecins généralistes. 100 % d'entre eux déclaraient faire des dossiers sur leurs patients. 5% étaient informatisés. Le dossier utilisé était le modèle Oedip Cerem dans 65% des cas ; dans les autres cas, il s'agissait des modèles Medic, Mappei ou de simples fiches bristol. Une synthèse sur l'état du patient figurait dans 61% des cas, les médecins notaient des informations à chaque consultation dans 58% des cas, le dossier était emporté en visite dans 44% des cas.

L'enquête de la SFMG "Actes et fonctions du médecin généraliste" (3) apporte des données sur la disponibilité du dossier en début de séance et la tenue du dossier à l'issue de la séance. Cette enquête prospective a été réalisée en 1994, un jour par semaine tiré au sort, pendant trois semaines consécutives, sur un échantillon de 250 généralistes représentatifs pour l'âge, le sexe, le secteur conventionnel, la répartition géographique et l'activité mesurée d'après le SNIR (Système National Inter-Régimes). La disponibilité du dossier est fortement liée à la position soignante du médecin par rapport au patient qui le consulte. Elle varie selon la connaissance du patient par le médecin (84,6% sont des patients habituellement suivis, 8% sont des patients connus mais non suivis régulièrement, 7,3% sont des nouveaux patients). Le médecin généraliste a un dossier pour 94,5% des patients habituellement suivis, mais uniquement pour 53% des patients connus. Le dossier médical a été complété dans 69,9% des séances avec une variation importante selon le lieu de l'acte : 84,8% en consultation et 43,6% en visite.

Une enquête postale (4) a été réalisée par l'Ordre National des Médecins en mai et juin 1994 auprès d'un panel de 1788 médecins généralistes. 1241 (69,9%) réponses ont été obtenues. 9 médecins sur 10 créent systématiquement un dossier pour un nouveau patient. Dans 71% des cas, le dossier est constitué d'une fiche vierge. 15% des médecins (ceux qui sont informatisés) utilisent un dossier type. Le dossier médical comporte des notes personnelles et les comptes rendus d'examen dans 95% des cas. Parmi les éléments contenus dans les dossiers, les médecins citent les antécédents, les symptômes ou motifs de consultation, les diagnostics, les complications, les traitements. 3 médecins sur 4 recueillent les informations en présence du patient. Chez 90% des répondants, le fichier est "sous

clé". 23% des répondants ont un ordinateur pour le traitement de texte et la gestion du cabinet, qu'ils utilisent dans près d'un cas sur deux pour la gestion du dossier et la rédaction d'ordonnances. La déclaration à la CNIL n'a été faite que dans un cas d'informatisation sur deux. Sur les 77% non informatisés, 1/3 (25%) envisage de s'informatiser, et 38% souhaite recourir à un dossier type. Les limites de cette enquête, la plus importante qui ait été réalisée en France, tiennent d'une part à l'absence de vérification des données, d'autre part au taux de non répondants.

On n'a que très peu d'information sur ce que contiennent réellement les dossiers des médecins généralistes en France. Un audit a été organisé par le groupe d'Avignon du réseau de médecine libérale de l'ANDEM (5). 36 médecins volontaires ont analysé à l'aide d'une grille de 19 items les dossiers de 1139 patients âgés de plus de 20 ans connus depuis plus de deux ans. Le taux de remplissage était de 90% pour l'adresse, 48% pour la situation familiale, 74% pour la profession, 50% pour les vaccinations, 96% pour le motif de consultation, 93% pour le traitement en cours ; 52% des visites étaient reportées sur les dossiers. Les résultats obtenus par ces médecins, volontaires motivés par l'auto évaluation, ne sont probablement pas généralisables.

Il est vraisemblable que 90% des médecins généralistes français tiennent des dossiers pour les patients qu'ils voient régulièrement en consultation. Il est également vraisemblable que les dossiers sont utilisés en visite au mieux dans environ 50% des cas. Ces enquêtes ne permettent absolument pas de répondre à la question de la qualité des dossiers des médecins généralistes en France aujourd'hui.

III. QUELLE EST LA QUALITÉ DES DONNÉES DANS LES DOSSIERS TENUS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'AUTRES PAYS ?

Des études réalisées dans différents pays ont essayé de répondre à cette question, en vérifiant de manière systématique la présence de certains items dans les dossiers.

Burnum (6) a décrit différentes raisons pouvant altérer la qualité des informations contenues dans les dossiers médicaux ambulatoires ou hospitaliers. Les médecins peuvent mal interroger les patients, mal interpréter les données de l'examen clinique, ou faire simplement des erreurs de transcription des informations dans les dossiers. Les examens de laboratoire peuvent être mal faits ou mal transcrits. Les déclarations des patients peuvent être fausses involontairement : la déclaration "je suis allergique à la pénicilline" est fausse 9 fois sur 10. La crainte de la perte de confidentialité liée à l'informatisation et à l'accès à distance des données peut conduire le patient à cacher, ou le médecin à ne pas noter, des éléments essentiels

sur les habitudes, les facteurs de risque. Enfin, les dispositions réglementaires, les mécanismes de régulation, de paiement du médecin et de remboursement du patient, peuvent avoir des effets pervers et conduire le patient ou le médecin à modifier ou ne pas noter certaines informations.

La plupart des études se sont intéressées au degré d'exhaustivité des dossiers et/ou à la validité des données contenues dans les dossiers.

1. Le degré d'exhaustivité des dossiers

Dans une étude américaine (7) réalisée en 1972, les dossiers de 1628 patients vus par un échantillon de médecins généralistes ont été analysés : le diagnostic était enregistré dans 60 % des cas, les dosages des médicaments prescrits l'étaient dans 24% des cas .

Dans une étude plus petite, réalisée (8) dans un centre universitaire de médecine générale, la comparaison des enregistrements audio et des dossiers de 51 consultations d'enfants a montré que la plainte principale, le diagnostic et les traitements étaient bien notés sur les dossiers (plus de 90% d'enregistrement), alors que les dosages des médicaments ne l'étaient pas.

Une autre étude (9), menée dans une structure universitaire de médecine de famille aux USA, fait état, sur un échantillon de 375 dossiers, d'un taux de documentation des antécédents familiaux dans les dossiers (informatisés) de 2,7% .

Plusieurs études ont mis en évidence les faiblesses de la documentation des traitements.

Dans une petite étude américaine (10), 87% des prescriptions effectuées dans un poste de soins n'étaient pas enregistrées dans le dossier. Une étude portant sur 355 patients ambulatoires (11) a comparé le traitement noté dans le dossier et celui de la fiche du pharmacien qui avait délivré les médicaments. 21% des dossiers médicaux omettaient au moins une drogue prescrite. 62% des dossiers contenaient des imprécisions ou des inexactitudes sur la dose. La documentation de la prescription de drogues potentiellement toxiques n'était pas mieux faite que celle des drogues moins toxiques.

Dans une étude anglaise (12), les traitements réellement pris par 50 patients (interview des patients avec leurs dossiers) ont été comparés aux traitements inscrits dans leurs dossiers : une différence a été notée dans 78% des cas. Bien que les différences fussent mineures dans la plupart des cas, les prises d'hypnotiques et anxiolytiques étaient ignorées par les dossiers dans 1 cas sur 2. Il peut s'agir d'automédication et d'un "déficit de communication" entre le médecin et le patient.

Dans une autre étude anglaise (13), l'examen des dossiers de 171 patients hypertendus a montré l'absence d'information concernant le fond d'oeil dans 61%

des cas, l'absence des résultats d'analyses de sang et d'urine dans 43% des cas, d'ECG dans 32% des cas, de radiographie du thorax dans 34% des cas. D'autre part, l'information concernant le test à la tuberculine ou le BCG n'était enregistrée que dans 22% des dossiers alors que 89% de la population avait bénéficié soit du test soit du BCG. Les auteurs ne discutent pas l'intérêt des items, et admettent que "non enregistré" ne signifie pas "non fait". Cependant ils concluent que la qualité du contenu des dossiers est insuffisante du point de vue médico-légal, éducationnel, épidémiologique et pour la recherche. Parmi les raisons de cette mauvaise qualité, les auteurs citent :

- l'incohérence de la structure et du contenu des dossiers individuels, où l'information est fragmentée et difficile à retrouver ;
- l'absence d'intérêt et de motivation pour promouvoir l'uniformité et améliorer la qualité des dossiers ;
- le peu de temps disponible en consultation.

2. La validité des données contenues dans les dossiers

Des données sont valides si elles décrivent bien ce qu'elles sont censées décrire, c'est à dire essentiellement l'état du patient et ce que fait le médecin.

Long (14) a comparé les données du dossier et la prise en charge réelle de 17 patients consultant pour un mal de gorge. Les auteurs ont constaté que les éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique sont faits bien plus souvent qu'ils ne sont notés dans le dossier (exemple : la question "avez-vous de la fièvre ?" est posée dans 82% des cas, et la réponse est enregistrée dans 25% des cas). Les éléments considérés par le praticien lui-même comme importants dans la prise en charge d'une angine sont nettement plus souvent réalisés qu'enregistrées dans les dossiers.

Dans une autre étude américaine (15), concernant 40 patients ambulatoires d'une structure universitaire de médecine générale, les données des dossiers ont été comparées aux déclarations des patients, recueillies par interview téléphonique : la concordance était de 89% pour le motif de la consultation ("chief complaint"), de 83% pour les médicaments prescrits et de 72% pour le diagnostic.

Dans une étude australienne (16), 39 médecins généralistes ont comparé des dossiers et des enregistrements vidéo des consultations réalisées par d'autres médecins. Ils devaient les classer selon 4 niveaux croissants de complexité ("descripteurs" couramment utilisés en Australie). Les auteurs ont observé d'une part de grandes variations entre les observateurs, qu'il s'agisse de coter les dossiers ou les enregistrements vidéo, et d'autre part que la cotation des consultations à partir des dossiers était inférieure à la cotation à partir des enregistrements vidéo.

Ils en concluent qu'il serait inapproprié d'utiliser le dossier médical pour évaluer le contenu ou la complexité de la consultation.

Des chercheurs (17) ont essayé de déterminer si les actions préventives réellement effectuées étaient enregistrées dans les dossiers. Pour 2281 consultations effectuées par 16 médecins généralistes le contenu des dossiers a été comparé aux réponses faites par les patients à un questionnaire. Dans 516 cas, un enregistrement vidéo de la consultation a également été analysé. La "sensibilité" du dossier pour témoigner des actions accomplies était de 45% pour les conseils concernant le tabac, de 29% pour les conversations sur la consommation d'alcool, de 84% pour la mesure de la pression artérielle. Les auteurs concluent que l'examen des dossiers sous-estime les actions préventives entreprises par les médecins concernant le tabac et l'alcool.

Dans une étude hollandaise (18), 35 médecins généralistes ont été consultés par 4 patients simulés ; ceux-ci ont décrit immédiatement après les consultations, à partir de listes préétablies, l'ensemble des actions accomplies par les médecins. Les dossiers ont été demandés aux médecins ensuite. 25 à 36 % seulement des actions accomplies pendant la consultation ont été enregistrées sur les dossiers. L'histoire clinique avait été la plus mal enregistrée (29 %), les traitements prescrits avaient été les mieux enregistrés (69 %). Pour les auteurs, l'examen des dossiers ne reflète pas la pratique des médecins et ne constitue pas une bonne méthode d'évaluation.

Une idée répandue est que les dossiers ambulatoires peuvent constituer une source de données pour la recherche clinique et épidémiologique (19). En réalité, des obstacles importants limitent cette utilisation. Pour des études de pharmacovigilance par exemple, il faut des médecins qui tiennent leurs dossiers de manière très précise et complète, et il faut aussi qu'ils soient représentatifs de l'ensemble des médecins (20). Pour analyser les problèmes des patients, il faut que les médecins accordent la même importance aux mêmes faits.

Dans une étude (21), 2 observateurs expérimentés ont observé derrière une glace sans tain 59 rencontres entre des résidents et des patients. Chaque observateur a listé les problèmes qu'il identifiait et a précisé le problème qui lui paraissait le plus important. Les listes des observateurs ont été comparées aux dossiers tenus par les résidents. Les observateurs avaient détecté en moyenne 2,5 problèmes par patient, alors que le résident en avait détecté 1,5. C'est pour les problèmes sociaux que la différence était la plus nette. Dans 50 cas sur 59, il n'y avait pas d'accord entre les observateurs pour le problème principal.

Dans une autre étude (22), 4 observateurs de même compétence ont extrait et classé des données à partir de dossiers de patients atteints de maladie de Hodgkin. 2 observateurs utilisaient une grille de critères. L'extraction des données fut très variable d'un lecteur à un autre s'ils n'utilisaient pas la grille pour identifier les

données à extraire. En revanche, lorsque des critères appropriés étaient utilisés, les données cliniques contenues dans les dossiers médicaux pouvaient être identifiées et classées de manière reproductible. Une des questions soulevées par cette étude était celle de l'interprétation rétrospective de symptômes lorsque les patients avaient plusieurs pathologies associées.

Des auteurs anglais (23) ont évalué le taux d'enregistrement dans les dossiers de facteurs de risque : tabac, alcool, pression artérielle, poids, habitudes alimentaires, exercice, activité professionnelle. Les patients pour qui les facteurs de risque étaient enregistrés n'étaient pas représentatifs de la clientèle. Le biais dit "les pires d'abord" conduisait à surestimer la consommation de tabac parmi les fumeurs par exemple. Pour les auteurs, il faudrait atteindre au moins 80% d'enregistrements des facteurs de risque pour obtenir des données utiles en santé publique.

La recherche sur le retard diagnostique en cancérologie est en grande partie basée sur les informations du dossier. Des auteurs catalans (24) ont montré que les dossiers médicaux étaient souvent moins fiables que les entretiens avec les patients pour l'analyse rétrospective des symptômes initiaux du cancer et des procédures diagnostiques mises en œuvre en amont de l'hôpital. Globalement, les dossiers sous-estimaient nettement l'intervalle écoulé entre le premier symptôme et le diagnostic. Un accord sur la nature du premier symptôme et sa date de survenue n'existe que pour 40% des patients.

L'informatisation des dossiers médicaux permettrait-elle leur utilisation à des fins d'évaluation et de recherche ? Pour M. Goldberg (25) cette utilisation ne serait possible que sous plusieurs conditions, visant à limiter les risques d'erreur et de biais :

- enregistrer de manière systématique un minimum d'informations pour chaque patient ;
- définir un noyau stable de données à enregistrer ;
- enregistrer les informations en utilisant une terminologie définie à l'avance (classification reconnue) ;
- contrôler la saisie en temps réel et vérifier les données (données manquantes, valeurs aberrantes) ;
- vérifier la variabilité intra-observateur et inter-observateur.

Il ressort des études analysées que les données contenues dans les dossiers sont "à usage interne" : les médecins utilisent les dossiers comme aide-mémoire, et notent les informations qu'ils estiment nécessaires pour la suite de la prise en charge, sans se soucier de transcrire fidèlement les actions qu'ils accomplissent. En particulier l'enregistrement des traitements ne reflète pas la totalité des médicaments pris par les patients ; les dosages et les durées de prescription sont peu enregistrés. Il en est de même pour les activités de conseil et de prévention.

Dans leur état actuel, les dossiers constituent une source de données insuffisante pour évaluer les pratiques de soins et impropre aux activités de recherche clinique et épidémiologique.

Il faut souligner l'absence de données françaises et le fait que presque toutes les études disponibles se sont déroulées dans les pays du nord de l'Amérique et de l'Europe. Dans la plupart de ces pays, les patients sont "abonnés" à une structure de soins primaires, qui comprend souvent un nombre important de professionnels. Dans ces structures, la communication entre professionnels à travers le dossier et l'évaluation des pratiques professionnelles sont plus développées qu'en France : la question de la qualité des données contenues dans les dossiers est posée dans ces pays avec acuité, et depuis longtemps. **En France, pays où l'exercice médical ambulatoire est très individuel et la culture évaluative encore faiblement développée, il serait important de réaliser des études pour connaître réellement la qualité des données contenues dans les dossiers en médecine générale.**

IV. COMMENT STRUCTURER LES DONNÉES DANS LE DOSSIER MÉDICAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Cette question est cruciale en raison de la quantité et de la diversité des données générées par la prise en charge du patient, et de la diversité des tâches que le médecin doit accomplir en s'appuyant sur ces données : suivre des pathologies chroniques, débrouiller des problèmes aigus en tenant compte des antécédents, programmer des actes de prévention, informer d'autres acteurs impliqués dans la prise en charge. Pour chacune de ces tâches, un accès à des catégories différentes de données est nécessaire. Les modalités de stockage des données dans le dossier peuvent faciliter ou au contraire rendre difficile cet accès.

1. L'exemple du Dossier Orienté par Problèmes

En 1968, le New England Journal of Medicine publie l'article princeps de Laurence Weed "Medical records that guide and teach" (26), dans lequel est développé le concept de Dossier Orienté par Problèmes (Problem Oriented Medical Records : POMR). **Le POMR a constitué jusqu'à ce jour la principale tentative faite pour structurer les données d'une manière rationnelle.** Aux États-Unis, le concept a fortement influencé l'organisation des dossiers médicaux ainsi que la formation initiale des médecins et a donné lieu à une abondante bibliographie (27-29). Il a également été appliqué en Australie, en Hollande, en Belgique, en Israël (30-34).

A l'origine du POMR, il y a deux constats très simples. D'une part, les patients ne viennent pas consulter le médecin avec une maladie dont il s'agirait de décrire le tableau "comme dans les livres", mais avec de multiples problèmes à la fois médicaux, psychologiques et sociaux. D'autre part, le "débrouillage" d'un problème nécessite le plus souvent plusieurs contacts et certains problèmes sont pris en charge au long cours. Un recueil simplement chronologique des informations aboutit après quelque temps à un empilage confus : pour trouver les informations nécessaires à la prise de décision, une recherche à travers tout le dossier est nécessaire. Lorsque le médecin concerné n'est pas le médecin habituel du patient, cette difficulté est exacerbée.

Le POMR est composé de quatre éléments essentiels : **la liste des problèmes, la liste des traitements, le journalier, la base de données.**

- **La liste des problèmes** est proposée comme une solution pour structurer les données dans le dossier autrement que par la chronologie. Dans la liste des problèmes (35) sont notés tous les diagnostics et états significatifs pouvant influer sur les soins futurs du patient. Une anomalie clinique ou biologique inexpliquée peut également y être notée. Les problèmes sont numérotés dans l'ordre où ils ont surgi au cours des contacts. Une partie des problèmes est donc notée dès l'ouverture du dossier, et correspond aux antécédents médicaux et chirurgicaux. La date de début du problème (première apparition dans le dossier) et la date de fin doivent également être notées. Les états chroniques sont toujours notés ; certains conseillent de noter également les états aigus, dont la récurrence peut permettre d'identifier un problème plus important (exemple : infections urinaires à répétition finissant par faire pratiquer des examens complémentaires révélant une uropathie). La compréhension d'un problème évolue généralement au cours de la prise en charge ; le problème doit toujours être noté dans la liste à son plus haut niveau de résolution (exemple : un problème noté "pyrosis fréquent" peut, après fibroscopie, devenir "RGO sur hernie hiatale sans oesophagite"). Les éléments importants psychologiques, familiaux, sociaux, doivent être notés sur la liste. Le format de la liste, sa lisibilité, sa situation dans le dossier, toujours à la même place, doivent être soigneusement mis au point. La liste est d'abord un résumé constamment à jour de l'histoire médicale du patient. Elle contribue à la continuité des soins en évitant que certains problèmes soient négligés, en particulier lorsqu'un autre médecin (associé, remplaçant, successeur) s'occupe du patient. Elle facilite l'évaluation des pratiques lors des prises en charge d'états pathologiques chroniques. Elle constitue une véritable table des matières du dossier, grâce à la date de début et de fin des problèmes. Enfin, elle incite le médecin à se ménager un temps de réflexion avant de prescrire, afin de formuler le problème à son plus haut niveau de résolution.

- La **liste des traitements** inclut tous les médicaments pris de manière régulière. Pour chaque médicament sont notés le nom, la posologie, la durée de la prescription et le nombre de renouvellements autorisés. Les médicaments prescrits pour une période brève peuvent être notés dans la liste ou dans le journalier au fur et à mesure des contacts. Les allergies médicamenteuses, les intolérances, les précautions particulières liées à certaines prescriptions peuvent également être notées dans la liste. La liste présente de manière claire l'ensemble des traitements actuels et passés ; elle évite la prescription de traitements ayant échoué antérieurement ; sa mise à jour à chaque contact permet de vérifier l'observance, d'éviter les prescriptions redondantes, les incompatibilités médicamenteuses. La liste est particulièrement utile chez les personnes âgées polypathologiques et chez les patients ayant des troubles cognitifs.

Le rapprochement des deux listes (problèmes et traitements) doit permettre au prescripteur de clarifier les raisons de la prise de chaque médicament.

- Le **journalier** est l'élément du dossier qui permet le recueil des données de chaque contact. Dans le POMR, ce recueil est fait de manière systématique en suivant un plan précis. Pour chaque problème sont notés dans l'ordre :

- les éléments **subjectifs (S)** c'est à dire les informations apportées par le patient
- les éléments **objectifs (O)** issus de l'observation du médecin
- **l'appréciation (A)** (assessment) du problème à la fin du contact
- le **plan (P)** de prise en charge du problème.

Le respect systématique de ces quatre éléments, que résume l'acronyme SOAP, a un intérêt pédagogique évident. La méthode SOAP est enseignée dans toutes les facultés de médecine américaines : sa diffusion est telle que le terme de *soaping* est utilisé fréquemment pour désigner le recueil des données. Au cours du recueil, le médecin doit classer les données selon deux axes, qui peuvent être représentés par le tableau ci-dessous.

	Problème 1	Problème 2	Problème 3...
S			
O			
A			
P			

Une **fiche spécifique** constituée de rubriques prédéfinies peut être utilisée pour le recueil systématique des données concernant un problème suivi au long cours : maladie chronique, traitement d'un facteur de risque, suivi du nourrisson, contraception orale, etc. (36-39). Une fiche destinée à la prévention peut être envisagée.

- **La base de données**

La base de données comprend en principe les éléments administratifs, les informations ayant un caractère "définitif". Cependant, des informations telles qu'un antécédent maternel de cancer du sein, un antécédent personnel de tabagisme, une profession comportant un risque particulier, peuvent être considérées comme des problèmes en cours pour le patient, dans la mesure où elles génèrent une surveillance particulière. Leur inscription dans la liste des problèmes peut être envisagée. Certains auteurs privilégient la liste des problèmes, qui constitue alors un résumé de l'histoire du patient incluant les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risque, les diagnostics, les problèmes résolus ou non, et même les résultats des examens complémentaires ; la base de données est alors pratiquement réduite aux informations administratives. D'autres auteurs préfèrent ne pas surcharger la liste des problèmes : n'y figurent que les problèmes "actifs". Un problème résolu devient un élément de la base de données ; sa réactivation le fait revenir dans la liste des problèmes. En réalité, le partage entre base de données et liste des problèmes est décidé par chaque praticien en fonction de ses objectifs pour le patient à un moment donné : on peut donc considérer que dans le modèle du POMR, il y a une partie à deux niveaux, "base de données - liste des problèmes", et que les informations circulent d'un niveau à l'autre, ou figurent en même temps dans les deux. L'informatique peut permettre facilement différentes présentations des informations de la "base de données - liste des problèmes" selon que le praticien recherche les problèmes actifs, les facteurs de risque, les antécédents familiaux, un résumé de l'histoire du patient, etc.

2. Les limites du Dossier Orienté par Problèmes

Critique de SOAP. La distinction entre informations subjectives et objectives a été discutée (40-44), ainsi que l'intérêt de revenir à une formulation plus classique de type "histoire" et "examen clinique". N'y a-t-il pas dans les informations apportées par le patient des données réellement objectives ? Et les informations tirées de l'examen clinique sont-elles toujours exemptes de subjectivité ? Pour les défenseurs de SOAP, la rubrique "subjective" est destinée à recueillir le discours du patient, y compris lorsqu'il exprime ses sentiments, ses désirs, ses représentations des problèmes. La distinction S/O aurait donc une vertu pédagogique dans la formation à l'écoute, sans interprétation médicale prématurée des paroles du patient.

Faisabilité du Dossier orienté par Problèmes. La faisabilité générale du modèle a été discutée par certains auteurs (28, 45). Les difficultés sont liées aux limites physiques du support papier, à la tenue à jour de la liste des problèmes, à l'absence

de définition du contenu de la base des données. Le recueil est assez difficilement réalisable en routine sur un support papier. Il faut noter que dès 1968 Weed (26) préconise le recours à l'ordinateur. La conversion des dossiers traditionnels au modèle POMR nécessite du temps. Rakel (27) rapporte une expérience dans laquelle 2000 dossiers papier ont été convertis en 2 ans. Ways (28) décrit de manière précise une méthode de conversion. Il conseille de commencer par introduire une liste de problèmes dans les dossiers au fur et à mesure que les patients sont vus, en y inscrivant les problèmes en cours. Les autres éléments sont maquettés et introduits progressivement : base de données contenant les éléments sociaux, économiques familiaux, fiche de prévention (health maintenance chart), etc. L'auteur conseille de commencer le "soaping" avec numérotation des problèmes le jour où la liste des problèmes est introduite dans le dossier. Il est souhaitable de commencer également à constituer des fiches (flow sheet) pour les résultats biologiques et les résultats des examens complémentaires ; le gain de place est immédiat, la perte de temps à la saisie est largement compensée par la rapidité avec laquelle les informations sont retrouvées par la suite.

Ne pas confondre bonne médecine et bonne tenue du dossier. Pour Goldfinger (46), le médecin (et encore plus l'étudiant) peut privilégier le style plutôt que le contenu, se réfugier compulsivement derrière la tenue du dossier, et enregistrer parfaitement des soins de qualité lamentable. La bonne tenue d'un dossier de type POMR prend du temps : le danger serait que le médecin déplace vers la tenue du dossier une partie du temps consacré au malade.

Critique du concept de problème.

Pour Feinstein (47), qui pourtant critique Weed, le point fort du modèle est la notion de problème. En abandonnant la classification antérieure basée sur les diagnostics et en autorisant l'expression de chaque problème (y compris social, par exemple) dans ses propres termes "observationnels", Weed permet une libération intellectuelle des "fers" nosographiques imposés par la taxinomie classique des maladies. La démarche s'inscrit dans une critique du système hospitalier aux États-Unis dans les années 60, caractérisé par la multiplication des spécialités, la segmentation de la démarche médicale, le manque de temps pour penser globalement au malade.

Mais la notion même de problème peut être critiquée (46, 47). Le problème n'est pas défini par des critères précis, il n'y a pas de système de codage des problèmes : la notion même de standardisation semble contradictoire avec la notion de problème. Lorsque le clinicien est face à une situation qu'il ne comprend pas, il peut être tenté d'en faire un nouveau problème au lieu de l'intégrer à l'ensemble. Le médecin peut identifier de nombreux problèmes sans se rendre compte qu'ils sont liés, la segmentation en problèmes pouvant empêcher la pensée synthétique. Certaines informations cliniques, comme la pression artérielle, sont liées à

plusieurs problèmes en même temps. L'interprétation des résultats des examens complémentaires, biologiques en particulier, nécessite une vue d'ensemble de l'individu et de la chronologie des événements, et est rendue difficile si les données sont présentées en "grappes de problèmes".

Le Dossier Orienté par Problèmes en France.

La recherche documentaire n'a pas mis en évidence d'expérience d'utilisation du Dossier Orienté par Problèmes en France. Le modèle a été présenté au cours de certains séminaires de FMC sur le dossier médical (1, 48-51)

L'ACFM (48) propose dans ses séminaires de formation sur le dossier médical un modèle de type POMR, avec une fiche de synthèse actualisée correspondant à la liste des problèmes, en introduisant le "soaping" ainsi que le concept d'épisode, correspondant à l'ensemble de contacts pour un problème donné (52). Ce modèle est proposé dans la perspective du dossier informatique et du codage.

MG Form (53) suggère l'intérêt de présenter les données chronologiquement ou par problèmes en fonction des besoins du praticien, tout en soulignant que cette approche nécessite une informatisation et une véritable structuration des données, ce que les logiciels actuels ne permettent pas.

Le Dossier Orienté par Problèmes a suscité un vaste intérêt depuis près de trente ans malgré l'absence de preuve de sa supériorité (voir § 1.5). Les bénéfices ressentis à l'usage du Dossier Orienté par Problèmes peuvent être en partie liés à l'enthousiasme des utilisateurs et à leur plus grande activité de supervision des dossiers (29). S'intéresser aux dossiers est forcément bénéfique pour le processus de soins, quel que soit le format préconisé.

3. Autres modèles

En dehors du Dossier par Problèmes, aucun modèle de dossier médical pour la médecine générale ne se détache de l'analyse documentaire. Cependant, de nombreux médecins ont cherché à définir le contenu des dossiers. Nous en rapportons trois exemples proposés par des médecins du groupe de travail.

- Le dossier de M. Danière (1) comprend :
 - 1- Identification, complétée par mode de vie, famille, travail, habitat, origine culturelle et géographique.
 - 2 - Rappels : intolérances et allergies, quelques pathologies rares.
 - 3 - Synthèse : au moins reporter au fil du temps les diagnostics et les événements importants, soit intégrés à la synthèse, soit à part : prévention, suivi, problèmes non résolus.
 - 4 - Synthèse partielle sur un sujet important (= flow sheet).

5 - Recueil des informations à chaque consultation : plainte ou motif de la consultation, interrogatoire, données cliniques, éventuellement données paracliniques, synthèse provisoire (diagnostic, hypothèse), prescriptions : traitements, examens, arrêt de travail, conseils.

- Le dossier de B. Gavid (54) comprend :

1 - Données objectives permanentes :

- état civil ;

- données médicales : antécédents, vaccins, réactions iatrogènes et allergies, comptes rendus des recours à des spécialistes, des hospitalisations, des actes techniques, des examens biologiques ;

2 - données objectives de la séance : biométrie, résultat de consultation, décisions (prescriptions, arrêt de travail, suivi programmé, etc.), commentaire personnel ;

3 - données subjectives : difficiles à conceptualiser et noter dans le dossier : "norme intime" résultant de toute l'histoire entre le patient et son médecin, référents immédiats et médiats, mimique et gestuelle du patient...

- Le dossier proposé par J. Elkine et son groupe de travail sur la Charte du dossier médical (55) décrit trois catégories d'informations contenues dans le dossier :

1 - l'observation médicale, comprenant des données issues de l'entretien médical et des données factuelles (symptômes, mesures biomédicales, diagnostics, traitements, actes de dépistage et de prévention) ;

2 - les notes d'exploitation (hypothèses diagnostiques, projets divers) ;

3 - la correspondance médicale, produit de la communication interdisciplinaire.

La structuration de ces données se fait en six sections ou fiches :

1 - l'identification : limitée à la fonction de classement des dossiers et de "lien" entre les différents composants (archives de la correspondance, données administratives, etc) ;

2 - l'histoire médicale actualisée (les antécédents personnels) ;

3 - les minutes : elles correspondent au journalier du POMR, et sont recueillies selon le principe du "soaping" ;

4 - les routines : elles élargissent la notion de fiches de suivi en regroupant les différents plans de surveillance et traitements au long cours ;

5 - les pistes ou points de repère : il s'agit de structurer des informations qui peuvent à terme avoir une influence sur les diagnostics et les traitements. On y distingue les accidents allergiques, les intolérances, médicamenteuses ou non, les épisodes médicaux non étiquetés, etc. C'est là que s'inscrivent les antécédents familiaux qui ont la même valeur du point de vue décisionnel ;

6 - la fiche de synthèse : elle permet de réaliser périodiquement un "toilettage" des données. C'est le résumé de l'ensemble de la problématique médicale du patient à un moment donné.

Qu'ils décrivent le dossier en termes opérationnels (identifier, rappeler, synthétiser, recueillir) ou de manière plus abstraite visant à conceptualiser la démarche du médecin généraliste, ces praticiens ont des conceptions convergentes du contenu du dossier.

Les aspects concrets de la réalisation du dossier papier, les matériaux utilisables, les modes de classement, les méthodes pour signaler les données essentielles, ont été recensés à la suite de séminaires de FMC sur le dossier médical (56).

Le Dossier Orienté par Problèmes est porteur d'un message dont la portée dépasse celle du modèle : il ne faut pas se contenter de stocker chronologiquement les données. Un dossier doit avoir une structure permettant différentes présentations des données (chronologiquement, par problème, par catégorie de données - biologie, imagerie, etc.) selon les besoins du clinicien. Cette nécessaire plasticité est un argument majeur pour l'informatisation des dossiers en médecine générale (cf § 1.7.2).

V. LE DOSSIER PEUT-IL AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS ?

Cette question recouvre deux problèmes distincts :

- a-t-on la preuve qu'une façon particulière de tenir le dossier améliore la qualité des soins ?
- peut-on utiliser le dossier dans un processus d'amélioration de la qualité des soins tel que l'audit ?

1. A-t-on la preuve qu'une façon particulière de tenir le dossier améliore la qualité des soins ?

Tous les auteurs postulent la nécessité du dossier en médecine générale. Le premier argument est la mémoire limitée de l'homme. Weed, le père du POMR, a dit en 1972 que "la plupart des médecins peuvent retenir trois problèmes d'un patient ; les très bons médecins en retiennent cinq ; mais le patient moyen en a onze" (57). La littérature abonde d'exemples de situations cliniques où l'absence de dossier nuit à la prise en charge, où les médecins doivent, comme des détectives, déduire à partir de la dernière ordonnance le problème que leur patient avait lors de la dernière rencontre... Dans une étude anglaise (58), les auteurs se sont intéressés à des médecins qui allaient faire des visites au cours des gardes, sans emporter le dossier du patient. Lorsque, à posteriori, le dossier leur a été soumis, ils ont

considéré que s'ils avaient disposé du dossier pendant la visite, leur décision aurait été modifiée dans 10% des cas.

Les arguments de bon sens ne suffisent pas pour répondre à la question fondamentale : quelles sont les preuves de l'impact de la qualité des dossiers sur la qualité des soins ? En l'absence de réponse à cette question, des recommandations ne peuvent s'appuyer que sur l'avis d'experts, ce qui en diminue sensiblement la portée. Après tout, on pourrait rétorquer aux défenseurs de la qualité des dossiers que d'excellents cliniciens, passant beaucoup de temps auprès de leurs patients et leur délivrant des soins de qualité optimale, manqueraient de temps pour "soigner" les dossiers, et qu'inversement des médecins pourraient se consacrer à une tenue exemplaire, voire obsessionnelle des dossiers, sans se soucier de la qualité des soins.

Les difficultés méthodologiques des études portant sur le dossier médical

Prouver que de meilleurs dossiers contribuent à de meilleurs soins n'est pas facile sur le plan méthodologique. Diverses études ont mis en évidence une liaison entre la qualité des dossiers et la qualité des soins. Par exemple, Zuckerman (8) a montré que mieux les diagnostics et les traitements étaient notés dans les dossiers et plus les patients avaient des connaissances sur leurs problèmes médicaux. Carter (59) a évalué la qualité documentaire des dossiers vis à vis de la prescription de médicaments (nom du produit, dosage, posologie, nombre de renouvellements) et la pertinence de la prescription elle-même vis à vis de la situation clinique (panel d'évaluateurs disposant du dossier médical) : il a mis en évidence une association positive entre la qualité de la prescription et celle de sa documentation dans le dossier.

Mais les études qui montrent un lien entre qualité des dossiers et qualité des soins ne permettent pas d'établir un rapport de cause à effet : il n'est pas surprenant que les bons médecins tiennent de bons dossiers ! Ces études permettent de considérer le dossier comme un *indicateur* mais ne suffisent pas à l'élèver au rang d'*agent* de la qualité des soins. Seules des études comparatives bien faites pourraient prouver que c'est grâce à un meilleur dossier que des soins sont de meilleure qualité. Ces études sont difficiles à réaliser et peuvent être sujettes à différents biais. Dans les études comparatives "avant-après", les résultats peuvent être influencés par des modifications de l'environnement entre les deux temps de l'étude. Dans les études randomisées en groupes parallèles, lorsque la randomisation porte sur les patients, le comportement des médecins vis à vis des patients du groupe "contrôle" peut être influencé par l'utilisation du dossier à l'essai dans le groupe "intervention". Lorsque la randomisation porte sur les médecins, ceux alloués au groupe "intervention" peuvent faire preuve d'un enthousiasme vis à vis du dossier à l'essai (effet Hawthorne) qui peut conduire à de meilleurs résultats indépendamment du dossier : dans ce cas, l'effet positif initialement

mesuré peut s'estomper dans le temps. Une autre difficulté méthodologique provient du choix des critères de jugement de la qualité des soins qui doivent être retenus dans les essais. La qualité des soins est une notion complexe, dont certaines composantes comme la disponibilité ou l'empathie ne sont évidemment pas liées au dossier. Les critères de jugement peuvent être choisis à deux niveaux : le déroulement du processus des soins, et les résultats des soins pour le patient. Dans l'idéal, c'est le niveau des résultats qui doit être privilégié. Cependant, les résultats des soins dépendent d'un nombre considérable de facteurs et la responsabilité du dossier dans les résultats des soins, si elle existe, est diluée et très difficile à mettre en évidence. De plus, certains problèmes de santé pris en charge en médecine générale sont spontanément résolutifs ; d'autres (les facteurs de risque en particulier) évoluent lentement et les résultats d'une intervention ne peuvent être mesurés qu'avec un recul de plusieurs années. C'est pourquoi, dans la plupart des essais randomisés sur le dossier en médecine générale, le jugement porte sur le processus de soins. Cette démarche est pertinente seulement lorsqu'un lien positif entre un processus de soins et un résultat a été prouvé de manière indiscutable.

Le "gold standard" pour les essais portant sur le dossier médical est donc constitué par l'essai randomisé en groupes parallèles de médecins ; le critère principal de jugement est soit le résultat des soins, soit le processus de soins si le lien entre processus et résultat est prouvé ; l'essai doit durer un temps suffisant pour que le dossier à l'essai soit intégré dans la routine. Peu d'études de ce niveau ont été publiées.

Les études portant sur la structure du dossier

Sur la structure du Dossier Orienté par Problèmes, qui a fait tant couler d'encre, nous n'avons trouvé que trois études comparatives (60-62).

Fletcher, en 1974 (60), a comparé des dossiers traditionnels et des Dossiers Orientés par Problèmes selon deux critères : le temps nécessaire pour auditer les dossiers et la capacité à détecter des erreurs dans le processus de soins. Il n'a pas mis en évidence de différence entre les deux modèles.

Switz, en 1976 (61), a montré que, chez les patients anémiques, le processus de soins n'a pas été meilleur avec le dossier orienté par problèmes qu'avec le dossier classique (étude avant après). L'identification de l'anémie n'est pas plus rapide, le diagnostic de la cause ni la mise en route du traitement non plus. Même chez les patients ayant plus de 10 problèmes différents, patients qui devraient tirer des avantages du POMR, ces avantages n'ont pas été mis en évidence. Cependant les auteurs soulignent la faible puissance statistique de cette étude.

Margolis, en 1984 (62), a mené une étude avant - après sur deux groupes parallèles : dans le groupe intervention la première partie de l'étude se déroulait avant et la deuxième partie après l'introduction de POMR pédiatriques ; dans le

groupe témoin les dossiers classiques étaient utilisés dans les deux temps de l'étude. Dans le groupe intervention les dossiers sont plus complets après l'introduction des POMR ; dans le deuxième temps de l'étude la comparaison intergroupes est favorable au POMR. Le meilleur recueil concerne l'histoire familiale, prénatale et de la naissance, la nutrition, les vaccins, l'environnement, le contexte psychosocial. Les données concernant la croissance et le développement, les maladies passées et les données de l'examen physique ne sont pas modifiées (62). L'auteur était un ardent promoteur du POMR : cette étude prouve peut-être seulement que si des médecins sont sensibilisés au problème de la tenue des dossiers, les dossiers s'ajoutent améliorent, indépendamment du type de dossier testé.

Actuellement, en ce qui concerne le POMR, on peut donc considérer que "quoique sa structure ait du sens et que de nombreuses autorités le soutiennent, ses bénéfices n'ont pas été prouvés par des essais randomisés - une frustration dont les tenants de la 'médecine basée sur le niveau de preuve' sont familiers" (63-65). En dehors des rares études qui ont évalué globalement la structure du dossier, la plupart des auteurs se sont intéressés à un des éléments composant le dossier. Une étude originale (66) a mis en évidence une meilleure aptitude du médecin à prédire un résultat de laboratoire ou l'évolution d'un symptôme lorsqu'il disposait d'une fiche de synthèse en plus du dossier médical standard. La fiche a permis le plus souvent de se passer du dossier lui-même. Les auteurs ont conclu que cette aptitude prédictive était une compétence clinique qui aidait à prendre de meilleures décisions. Dans l'étude, la fiche était élaborée par ordinateur mais cet élément n'a pas paru déterminant. Le point essentiel était certainement que les informations importantes du dossier médical standard n'étaient pas noyées au milieu d'informations secondaires.

Une étude a prouvé que l'introduction d'un ordonnancier autocopiant ("one-write form") améliorait spectaculairement l'enregistrement des traitements prescrits dans les dossiers (10).

Une étude a essayé d'évaluer la préférence des médecins généralistes concernant un des éléments du POMR, la liste des problèmes. Sur 100 lettres adressées par des hospitaliers à des généralistes, 10 seulement mettaient en exergue une liste de problèmes. Une lettre fictive (avis d'un correspondant pneumologue concernant un enfant asthmatique) a été envoyée sous deux formes, avec et sans liste des problèmes, à 100 médecins généralistes. 84 ont préféré celle avec la liste des problèmes (67).

Le format du dossier contribue au suivi de recommandations préventives. Une étude a mis en évidence l'amélioration de la compliance des médecins avec des recommandations vaccinales après modification du dossier : déplacement de la

fiche préventive (“health maintenance inventory”) à une place plus évidente du dossier, et préimpression des vaccinations recommandées sur la fiche (68).

Les études portant sur les fiches de suivi et les rappels automatiques.

La fiche de suivi (36) est à l'origine un instrument destiné au suivi d'une maladie chronique en période relativement stable. Sur la même fiche figurent les données cliniques utiles au suivi, les résultats d'examens complémentaires et les traitements. Chaque donnée est datée. Tout état qui nécessite de programmer des actions précises peut bénéficier d'une fiche. Il en est de même des actions de prévention et de dépistage. La fiche fonctionne comme un échéancier. Elle facilite la continuité de la prise en charge et l'évaluation de l'efficacité des actions entreprises. Des auteurs ont rapporté l'expérience de fiches pour le suivi d'états aussi variés que le diabète, la polyarthrite rhumatoïde ou la contraception orale (36-38). La fiche de suivi sur un support papier a des avantages : elle est en permanence dans le dossier, elle est souple, on peut y noter des informations complémentaires et la modifier, son coût est modeste. Ses principaux inconvénients sont que le système dépend de la motivation du médecin, et que les patients qui ne consultent pas ne sont pas rappelés automatiquement.

Les rappels automatiques (69) sont une des composantes des dossiers informatiques. Ils rendent un service supplémentaire par rapport aux fiches de suivi puisqu'ils calculent automatiquement la date des actions à entreprendre et ils "sautent aux yeux" du médecin, soit à l'ouverture du dossier du patient, soit à la date de l'action à accomplir, même si le dossier du patient n'est pas ouvert. Certains systèmes informatiques génèrent automatiquement une lettre de rappel destinée au patient. Le rappel automatique prend en compte les limites du médecin, sa tendance à oublier, sa difficulté à identifier une échéance, et son manque de temps (70). La plupart des études publiées sur les rappels automatiques ont été menées dans des structures de soins américaines comportant certes des systèmes informatiques, mais où les médecins travaillent sur des résumés du dossier, édités sur un support papier avant la rencontre avec le patient. Le rappel est édité en même temps et accroché au résumé. Le travail de saisie est effectué après la rencontre. Les conclusions tirées de ces études pourraient donc s'appliquer partiellement à des dossiers non informatisés, auxquels on accrocherait avant la rencontre une note de rappel.

De nombreux auteurs ont évalué les systèmes des fiches de suivi et des rappels automatiques. D'une manière générale, il est clair que lorsque le recueil systématique et répété d'un ensemble d'informations est souhaité, un questionnaire standardisé permet de recueillir près de 100% des informations, alors que l'interrogatoire sans support préétabli atteint au mieux 66% du recueil (71). Tout système de recueil qui spécifie des items améliore le degré d'exhaustivité (64).

Dans une étude portant sur le suivi des diabétiques, l'introduction d'un tel système

a fait chuter le taux moyen de données manquantes pour des éléments cliniques fondamentaux (poids, créatinine, réflexes, FO) de 33,5% à 2% (72). Dans une autre étude (37), l'introduction d'une fiche de suivi du diabétique a amélioré le suivi ophtalmologique, l'examen régulier des pieds, la surveillance cytobactériologique des urines. Dans une autre étude, le degré d'exhaustivité des données concernant les symptômes des patients sidéens passait de 39 à 87%, et les données concernant les signes cliniques de 45 à 68% avec une fiche de suivi générée par l'ordinateur (73). Dans une structure de suivi ambulatoire d'hypertendus, le degré d'exhaustivité du recueil d'informations pour 8 symptômes "clés" était de 60 % dans les dossiers conventionnels et de 99% pour les fiches de suivi spécifiques éditées par informatique.

Les activités de prévention et de dépistage ont été une des cibles privilégiées des fiches de suivi et des rappels automatiques. Ces systèmes améliorent le plus souvent, mais de manière variable, la performance du médecin pour la réalisation des frottis, l'examen clinique des seins, le toucher rectal de dépistage, la prescription des mammographies de dépistage, la recherche d'un saignement occulte dans les selles, les vaccinations (70, 74-80). Un aide-mémoire "jetable" placé au début du dossier a amélioré, pendant les trois mois de la durée de l'étude, les examens préventifs des yeux et des oreilles des nourrissons (39).

Une étude récente (81) a évalué, dans des dossiers informatisés, un système de rappels mis en place à partir de guidelines pour la prise en charge des patients HIV +. Ces messages étaient visibles pour une partie des médecins, aveugles pour l'autre partie. Dans le groupe intervention les médecins ont réagi et pris des décisions adaptées plus rapidement que dans le groupe contrôle.

Cependant, les résultats des études sur les fiches de suivi et les aide-mémoire ne sont pas tous favorables. Ainsi par exemple, dans une étude portant sur 1224 patients de sexe masculin pendant cinq ans, une fiche de suivi préventive (tabac, alcool, TA, poids, hemoccult, audition, cholestérol) n'a pas permis d'améliorer la performance des médecins (82, 83).

Certaines études (84-87) ont comparé différents types de rappels automatiques pour des actions de prévention : rappel au médecin, lettre de rappel au patient, appel téléphonique du patient, combinaison de plusieurs types de rappel. Sans surprise, ces études ont montré que la combinaison de rappels est la méthode la plus efficace, en particulier grâce à la relance des patients qui ne se présentent pas spontanément. Cependant, le simple rappel au médecin au niveau du dossier médical a le meilleur rapport coût efficacité.

Il paraît établi que les fiches de suivi et les rappels automatiques intégrés au dossier médical constituent des moyens simples d'améliorer la qualité des soins dans deux domaines : les activités préventives (vaccinations, dépistage) et le suivi de certaines maladies chroniques.

2. Peut-on utiliser le dossier dans un processus d'amélioration de la qualité des soins tel que l'audit ?

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui vise à améliorer la qualité des soins (88). Pour réaliser un audit, il est nécessaire de disposer d'informations sur les pratiques médicales. On considère en général que les dossiers médicaux constituent une source d'information essentielle pour réaliser des audits, du moins à l'hôpital (89).

Pour mener des actions d'évaluation ou d'auto-évaluation sur la qualité de la tenue des dossiers médicaux, les critères doivent être simples et peu nombreux. Dans le programme américain DEMPAQ (Development and Evaluation of Methods to Promote Ambulatory Care Quality), l'évaluation de la qualité des dossiers s'appuie sur la vérification de la présence dans chaque dossier des informations suivantes : (90) :

- *plainte ou raison du contact,*
- *observations sur le patient,*
- *conclusions ou diagnostic,*
- *plan de soin ou d'exploration,*
- *identification du clinicien.*

Des critères plus spécifiques peuvent être définis lorsqu'on souhaite évaluer un aspect de la pratique. Pour évaluer les pratiques de prévention dans une "practice" anglaise de 11334 patients, des auteurs (91) ont établi la liste de critères suivants :

- *Consommation d'alcool et de tabac : information enregistrée depuis moins de 3 ans*
- *Poids : information enregistrée depuis moins de 3 ans*
- *Information sur sérologie rubéole chez femmes de 16 à 40 ans enregistrée*
- *Information sur frottis enregistrée depuis moins de 3 ans chez femmes de 16 à 65 ans ayant une activité sexuelle et non hystérectomisées*
- *Si traitement régulier (plus de trois prescriptions consécutives) : fiche de "prescriptions répétées"*
- *Résultat d'une mesure de la TA enregistré depuis moins de cinq ans chez les patients de 35 à 70 ans*
- *Chez les patients hypertendus (définis comme soit recevant un hypotenseur, soit ayant 3 mesures supérieures à 160/95) traitement inadéquat si 3 mesures supérieures à 160/95.*

Un audit sur le traitement de l'hypertension (92) a été conduit dans un cabinet de groupe de huit médecins suédois, où les dossiers étaient informatisés. Les dossiers des patients hypertendus suivis en 1989 (585 dossiers) ont été analysés comparativement à un référentiel préétabli. Un an plus tard, l'analyse a été reprise

(574 dossiers). L'enregistrement de l'histoire clinique et des facteurs de risque s'était amélioré. Il n'y avait pas de changement significatif au niveau des prescriptions. Les auteurs insistent sur l'aide apportée par les dossiers informatisés pour mener des audits cliniques.

Cependant, le support papier n'empêche pas de mener des audits sur un nombre considérable de patients. En Grande Bretagne, Neville et coll. (93) ont évalué la qualité de la prise en charge des enfants asthmatiques, en recherchant, dans les dossiers papier de 10685 enfants âgés de 1 à 15 ans, la fréquence de symptômes évocateurs d'asthme et des traitements antiasthmatiques. Plus de 20% des enfants avaient eu des symptômes. Chez 8,4% des enfants seulement, un diagnostic d'asthme avait été porté et 1,2% seulement prenaient des aérosols de corticoïdes. Les auteurs concluent d'une part à la faisabilité de l'audit, d'autre part à une probable insuffisance dans la prise en charge de beaucoup d'enfants asthmatiques et à l'intérêt de l'examen des dossiers pour les identifier.

En France, sous l'impulsion de l'ANDEM, les audits en médecine ambulatoire commencent à se développer.

Un groupe de praticiens (5) a réalisé un audit sur la qualité de la tenue du dossier à l'aide d'une grille de 19 items. *Dans le dossier doivent figurer : téléphone, adresse, nom de jeune fille et situation familiale, profession, n° S.S. et régime, séjours tropicaux, vaccinations, allergies, antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux, pathologie principale, poids < 1an, TA à la dernière consultation, taille, chronologie et résultats des examens complémentaires, motif et compte rendu de la dernière consultation, de la dernière visite à domicile, traitement actuel.*

Un document (94) du service de médecine libérale de l'ANDEM a recensé 13 audits dont 11 publiés. Trois audits seulement (95-97) se sont appuyés strictement sur les données du dossier médical (recueil rétrospectif), tous les autres ont utilisé l'interrogatoire des patients en plus de l'examen du contenu des dossiers (recueil prospectif de données rétrospectives). Sur les trois audits "sur dossier" deux (95, 96) sont des audits individuels de médecins dont les dossiers sont informatisés, ce qui a permis un travail d'évaluation exclusivement rétrospectif et exhaustif. Dans le troisième audit (97), les médecins devaient inclure les trois derniers patients asthmatiques identifiés à partir du registre des consultations réalisées. Les auteurs considèrent que "l'audit a montré les limites de l'utilisation du contenu des dossiers" et donnent pour exemple le fait que 79 % des patients avaient eu des EFR (d'après le souvenir du médecin), mais les résultats n'étaient insérés dans les dossiers que dans 47% des cas". C'est certainement ce qu'ont considéré les organisateurs des 9 audits à recueil prospectif en décidant de recueillir les données en présence du patient afin de combiner la mémoire du dossier et la mémoire du patient pour reconstituer la pratique.

Aujourd'hui, en France, il n'est pas possible de considérer les dossiers comme une source d'information fiable pour l'audit en médecine générale. Le développement des audits, et en premier lieu des audits sur la tenue du dossier lui-même, devraient permettre aux médecins de prendre conscience des lacunes des dossiers et contribuer à l'amélioration de leur tenue.

VI. QUELS SONT LES PRINCIPAUX ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET JURIDIQUES CONCERNANT LA TENUE DU DOSSIER EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Il faut distinguer les textes réglementaires et les critères de recertification appliqués dans certains pays.

1. Textes réglementaires

En France, il s'agit essentiellement de l'article 45 du Code de Déontologie Médicale, décret 95-1000 du 6/9/95 (98) : *Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir 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.*

En Belgique, l'article 38 du Code de Déontologie Médicale précise que *le médecin doit en principe tenir un dossier médical pour chaque patient* et l'article 46 que *le médecin est tenu de conserver les dossiers médicaux pendant 30 ans ; le cas échéant il doit veiller à leur destruction, le respect du secret professionnel étant assuré.*

Au Québec le règlement sur la tenue du dossier du médecin, (qui ne concerne pas que les généralistes) est plus détaillé (99). Nous en citons un extrait ci-dessous.

Le médecin doit constituer un dossier médical pour toute personne qui le consulte.

Le médecin doit insérer au dossier médical qu'il a constitué, les renseignements, les observations et les documents suffisants pour décrire clairement l'identité du patient, notamment ses nom, prénom, sexe, date de naissance et adresse, et à l'occasion de chaque consultation :

- la date

- les **observations médicales** recueillies par suite de l'**interrogatoire et de l'examen**
- les **demandes et comptes rendus des examens complémentaires et des consultations avec un autre médecin ou un autre professionnel**
- le **diagnostic**
- les **ordonnances, avec mention, dans le cas d'une ordonnance de médicaments, du nom, de la concentration et de la posologie**
- le **traitement prescrit ou effectué, et dans le cas d'un traitement chirurgical, le protocole rendant compte de l'intervention**
- les **autorisations légales le cas échéant**
- **tout autre document se rapportant à la maladie de son patient**

Le médecin doit signer ou parapher toute inscription qu'il fait lui-même et qui est versée au dossier si elle n'est pas manuscrite ou s'il n'est pas le seul à verser des informations au dossier.

Au Québec, des contrôles périodiques effectués auprès des médecins vérifient l'adéquation entre les actes médicaux décrits et les actes facturés. Le contenu du dossier médical est ainsi lié au mode de paiement du médecin et à la nomenclature des actes médicaux.

2. Critères de recertification

Dans différents pays de culture médicale anglo-saxonne existent des **listes de critères destinées au processus de recertification** des médecins. Ces critères sont nettement plus exigeants que les textes réglementaires. Ils traduisent la volonté des gouvernements et des structures professionnelles de "tirer vers le haut" la qualité des dossiers. Dans le tableau ci-dessous nous en rapportons trois exemples (100-102).

INFORMATIONS À ENREGISTRER POUR CHAQUE RENCONTRE ET POUR LA FICHE DE SYNTHÈSE SELON LES CRITÈRES DE RECERTIFICATION PROFESSIONNELLE EN VIGUEUR AUX ÉTATS UNIS, EN AUSTRALIE, AU CANADA (ONTARIO)

	Etats-Unis	Australie	Canada (Ontario)
Rencontre	<ul style="list-style-type: none"> -plainte principale ou motif de la rencontre -constatations objectives -diagnostic ou impression clinique -examens complémentaires éventuels -traitements prescrits -informations, conseils 	<ul style="list-style-type: none"> -la raison de la rencontre -le problème pris en charge -le plan de prise en charge -tous les médicaments prescrits -toute action préventive mise en oeuvre -la documentation de tout recours à d'autres prestataires de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - plainte principale - durée des symptômes - description des symptômes - anomalies de l'examen physique - absence d'anomalies, lorsqu'elle est significative - demandes de tests de laboratoire, radiographies et autres investigations - demandes d'avis à d'autres médecins - diagnostic ou diagnostic provisoire - plan de traitement - doses et durées de prescription des médicaments - notes relatives au suivi des patients atteints de maladies chroniques - fiches de suivi de la croissance si approprié - "Ontario Antenatal forms" si approprié
Synthèse	<ul style="list-style-type: none"> "Liste" <i>items datés toujours à la même place</i> -diagnostics et états (conditions) significatifs -interventions chirurgicales -explorations invasives significatives -allergies -effets médicamenteux indésirables significatifs -médicaments prescrits et/ou utilisés par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> "Récapitulatif de l'état de santé" incluant : <ul style="list-style-type: none"> - histoire familiale et sociale - problèmes antérieurs - problèmes en cours - facteurs de risque - allergies - intolérances - traitements - vaccinations - modalités de prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - histoire familiale - informations sur l'état fonctionnel - histoire médicale - allergies - dates des vaccins - récapitulatif - liste des médicaments pris par les patients souffrant de maladies chroniques ou de polyopathologie

Outre le contenu, les listes de critères concernent aussi certaines qualités de l'organisation du système de dossiers. Les critères australiens par exemple précisent que les dossiers doivent être retrouvés facilement, doivent être lisibles, précis, bien structurés ; l'organisation du système doit limiter les risques de

destruction des dossiers (incendie...) et garantir la confidentialité des informations qui y sont enregistrées (local réservé, mots de passe pour les dossiers informatisés) ; le système doit prévoir une procédure pour le suivi des tests anormaux et pour l'incorporation des réponses des correspondants.

Il est intéressant de constater la convergence des listes de critères de différents pays. En l'absence de preuve scientifique concernant le lien entre les critères exigés et l'amélioration de la qualité des soins, **on peut interpréter cette convergence comme la traduction d'un consensus professionnel fort, concrétisé par les deux propositions suivantes :**

- "Étroitement liée à la qualité des soins, la tenue du dossier influence certaines caractéristiques et plus particulièrement la continuité, la sécurité et l'efficacité"(89).
- "Le dossier constitue la pierre angulaire de l'évaluation de l'exercice et sa bonne tenue témoigne généralement d'un exercice de qualité" (103).

3. Aspects juridiques

La tenue des dossiers doit prendre en compte certains aspects juridiques, qui méritent d'être rappelés (104, 105).

Transmission du dossier à un autre médecin. Il est habituel de distinguer deux types de données dans le dossier : les données objectives (résultats d'examens, comptes-rendus, etc.) et les données subjectives (observations, commentaires, résumés, rédigés par le médecin). Doivent être transmis les documents objectifs ; le praticien reste juge de l'opportunité d'une éventuelle transmission de ses notes. S'il y a des informations utiles pour la continuité de la prise en charge, il doit les transmettre. En cas de décès du médecin, les patients peuvent demander la transmission de leur dossier au nouveau médecin traitant sous pli fermé. En cas de cession, le cédant doit trier dans le dossier ce qui s'apparente à des confidences qui lui étaient exclusivement adressées et les conserver.

Conservation des dossiers. Le médecin peut avoir besoin des informations contenues dans le dossier non seulement pour prendre en charge son patient, mais aussi pour justifier ses décisions et, s'il est mis en cause, pour construire l'argumentaire de sa défense. Or, selon les règles de la prescription trentenaire (article 2262 du code civil), un médecin est effectivement, sur le plan civil, responsable d'un acte commis pendant au moins trente ans. Pour un patient mineur ce délai peut même être augmenté du nombre d'années séparant les faits de la majorité du patient, et atteindre ainsi 48 ans si les soins ont été apportés à un nouveau-né. Cette disposition fait peser une lourde hypothèque non seulement sur le médecin, mais également sur ses héritiers en cas de décès. Ceux-ci, en acceptant la succession, sont tenus de supporter les conséquences dommageables d'actes effectués par le praticien, dans les limites de la prescription trentenaire. Il est donc

fortement conseillé de conserver pendant cette période les dossiers médicaux, même si un tri peut toujours être effectué par le praticien sous sa propre responsabilité. En cas d'informatisation des dossiers il paraît souhaitable d'archiver les documents originaux essentiels (tels que les comptes rendus opératoires ou d'anatomie pathologique, par exemple), afin d'être à même de les produire en cas de litige.

Sécurité des dossiers. Le droit à la sécurité des données résulte tout d'abord de l'obligation au secret professionnel. De plus, la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (106) stipule que le responsable du fichier (il s'agit ici du médecin responsable des dossiers, *qu'ils soient informatisés ou non*) s'engage à prendre "toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations, et notamment d'empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou communiquées à des tiers non autorisés". Les précautions habituelles prises dans les cabinets médicaux pour les dossiers papier (local non accessible au public, meuble fermé à clé), sont jugées insuffisantes par la Commission Nationale Informatique et Libertés pour les dossiers informatiques. Pour ces dossiers il est recommandé de mettre en place un dispositif de sécurité performant directement en prise avec le système informatique (107).

Déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). En cas d'informatisation des dossiers médicaux, le fichier doit faire l'objet d'une déclaration à la CNIL.

VII. QUELLES PERSPECTIVES OUVRE L'INFORMATISATION DU DOSSIER MÉDICAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Les limites du dossier papier ont été largement analysées (63, 108, 109): ils sont souvent mal structurés, difficiles à lire, parfois introuvables. L'éparpillement des informations, empilées chronologiquement, peut retarder l'identification et la résolution des problèmes cliniques. Des traitements qui ont échoué ou donné des effets indésirables peuvent être represcrits. Les difficultés de classement des examens complémentaires peuvent conduire à répéter des examens inutilement. Pour éviter ces inconvénients, il est nécessaire de reporter les mêmes données sur différents supports (par exemple dans la partie "rencontre" et dans la partie "synthèse"). La moindre tentative d'évaluation ou de recherche clinique à partir des dossiers demande des heures de recherche manuelle fastidieuse. Les dossiers papier posent des problème de classement, de dégradation des supports et d'archivage.

1. Objectifs de l'informatisation des dossiers médicaux

L'informatisation du dossier médical peut *théoriquement* résoudre la plupart de ces problèmes.

L'informatique médicale a connu un développement considérable depuis vingt ans. Le nombre d'articles en langue anglaise indexés sur MEDLINE et dont le titre comportait les termes "medic-" ou "health" et "comput-" était de 35 en 1972, 245 en 1982 et 647 en 1992 (65). Pour Barnett (108), la force qui pousse à l'informatisation n'est pas tant la puissance impressionnante de la technologie informatique aujourd'hui, mais plutôt la nécessité d'améliorer radicalement l'utilisation des informations médicales.

Les modes de traitement de l'information qui s'étaient développés alors que les systèmes de soins étaient moins complexes paraissent aujourd'hui dépassés. Des changements sont justifiés pour :

1 - assurer la continuité des soins (maladies chroniques suivies au long cours, polypathologie, intervenants multiples auprès d'un même patient, sources de données multiples : consultants, hospitalisations, examens d'imagerie, de biologie...) ;

2 - assurer les tâches de médecine préventive (dépistage, détection précoce, vaccinations...) qui nécessitent une programmation ;

3 - répondre à la pression sociale pour documenter, justifier les décisions ;

4 - favoriser la prise de conscience progressive des professionnels concernant la nécessité d'évaluer la qualité des soins et de mettre en place des procédures d'amélioration de la qualité.

Ces considérations ont conduit l'Institute of Medicine des États-Unis à désigner les dossiers médicaux informatiques comme "**une technologie essentielle pour le système de soins**" (110).

2. Les potentialités du dossier médical informatique

Elles ont été décrites par de nombreux auteurs (108, 109, 111, 112) (65, 113-115). La principale force du dossier informatique est probablement que les informations sont libérées des contraintes liées à une organisation spatiale (support physique, format préétabli) ou temporelle (succession des rencontres). Les informations du dossier informatique peuvent être disponibles à plusieurs endroits quasi simultanément, accessibles à partir de terminaux. Le dossier informatique peut présenter les informations dans n'importe quel ordre et format voulus. L'ordinateur peut produire de nombreux comptes-rendus, résumés, index, à partir de la totalité des données enregistrées : synthèse des données les plus

importantes du dossier, liste des problèmes actifs, liste des médicaments, des résultats biologiques anormaux, données spécifiques pour une maladie chronique. Le dossier informatique peut contribuer à modifier les pratiques et à mettre en œuvre des recommandations à travers :

- des aides à la décision immédiates, basées sur des arbres décisionnels,
- des ordonnances préétablies conformes à des protocoles validés,
- une rétroaction par l'apport régulier d'information sur les performances.

L'informatisation collective ouvre la possibilité de constituer de grandes bases de données en médecine ambulatoire, moyen puissant pour développer les connaissances sur les modes d'évolution des états chroniques, les réponses à différents traitements, les coûts des maladies et des différents types de prise en charge, les valeurs prédictives de différents symptômes et signes pour différents diagnostics, ou leur valeur pour prédire l'intérêt d'un examen complémentaire.

Le dossier médical idéal (63) est un enregistrement structuré, précis et complet, de ce qui a été observé, pensé et fait par le médecin. L'objectif principal est de contribuer à la prise en charge du patient. Le dossier est également utile pour la recherche clinique et épidémiologique, l'éducation des médecins, les audits cliniques et pour la gestion du système de soins. Enfin il constitue une source fiable en cas de problème médico-légal. Le dossier idéal permet l'enregistrement de toutes les catégories de données y compris les sons et les images, sous une forme fidèle à l'original (les mots du patient, le degré d'incertitude du praticien). Toutes les données sont notées une seule fois et indexées. Chaque donnée peut être codée. Une donnée qui manque temporairement est distinguée d'une donnée inconnue définitivement, ou d'une donnée absente (signe négatif). Les données peuvent être entrées n'importe où et n'importe quand, ce qui implique un dossier compact et portable, utilisable sans entraînement particulier. La capture de données à partir de n'importe quelle source (autre dossier, laboratoire, appareil de mesure) est possible. Un contrôle de la vraisemblance et de la cohérence des données a lieu automatiquement pendant la saisie. Seules des personnes autorisées peuvent accéder au dossier ; l'auteur de toute entrée ou modification est identifiable. Les données complémentaires peuvent être saisies sans réorganisation du dossier. La recherche d'une information est précise, rapide et simple. Différentes catégories de recherches sont possibles. Les données sont enregistrées dans une forme non ambiguë, non redondante, bien organisée, grâce à un vocabulaire contrôlé. Enfin la taille du système, l'infrastructure nécessaire, l'apprentissage, ont des coûts raisonnables.

3. L'acceptabilité du dossier informatique

Des auteurs (116-121) ont cherché à évaluer le degré de satisfaction et les craintes des patients vis à vis de l'informatisation du dossier médical. Ces études prennent en compte également la gêne éventuelle occasionnée par la présence de l'ordinateur sur le bureau du médecin. Il s'agit le plus souvent d'études non contrôlées, de taille réduite, portant sur les patients d'une seule structure de soins. Les praticiens qui mènent ces études sont souvent eux-mêmes convaincus de l'intérêt de l'informatique. Même si leurs conclusions doivent être considérées avec prudence, les résultats de ces études sont cohérents : les patients ne semblent pas gênés par l'ordinateur ; le médecin n'a pas un contact moins personnel, il n'est pas ressenti comme moins disponible. La crainte exprimée le plus fréquemment est que la confidentialité des informations soit mise en danger par l'informatique. Ces résultats soulignent la nécessité d'informer clairement les patients sur les connexions à des réseaux éventuels, et sur les dispositions destinées à maintenir la confidentialité (116).

Les résistances des praticiens à l'informatisation sont alimentées par des craintes relatives au manque de souplesse de l'enregistrement des données dans les dossiers informatiques, à la perte de précision et de finesse des informations retenues, aux changements des habitudes de travail ; ils sont également préoccupés par les risques de panne des systèmes, de perte des données, de défaut de confidentialité (108). Dans une enquête auprès de 471 médecins anglais (122), la majorité ne pensait pas que l'ordinateur risquait de détériorer l'image du médecin ou déshumaniser le médecin. Les demandes les plus fréquentes étaient que le recours au spécialiste ne soit pas remplacé par l'avis de l'ordinateur, que celui-ci soit d'utilisation facile et qu'il améliore le coût-efficacité des tests et des traitements. Les craintes principales étaient que les ordinateurs atteignent l'intimité personnelle et professionnelle, qu'ils génèrent des problèmes éthiques et médico-légaux et renforcent le contrôle du gouvernement sur les médecins.

4. Évaluation du dossier informatique

Comme toute technologie médicale le dossier informatisé doit être rigoureusement évalué afin de connaître son efficacité sur la qualité des soins. Les difficultés méthodologiques décrites plus haut (paragraphe I.5.1) concernent également l'évaluation des dossiers informatisés. Une difficulté supplémentaire est d'attribuer un effet positif au système et non à tout le travail de réflexion, voire de réorganisation qu'entraîne le développement et la mise en place du système (64).

La plupart des articles publiés sont de simples descriptions d'expériences ou des essais non contrôlés. Une analyse de la bibliographie publiée en 1989 (123) faisait

état de 10% d'essais randomisés sur 135 études. Les évaluations ont porté le plus souvent sur un aspect du dossier : rappel automatique, suggestion générée par l'ordinateur face à une situation clinique ou critique générée suite à une décision, affichage à l'écran de résultats antérieurs ou d'un résumé du dossier, information rétroactive sur les coûts des décisions prises ou sur les économies potentielles en cas de modification des décisions.

Mc Donald a conduit deux études contrôlées qui ont été publiées en 1976 et 1984 (124, 125). L'objectif était d'évaluer un programme de rappels automatiques capable de faire des suggestions face à certaines situations cliniques pour lesquelles un protocole avait été prédefini. Les suggestions n'étaient faites qu'aux médecins du groupe intervention. Dans la première étude (essai croisé), le programme intégrait 390 situations "protocolisées". Dans la deuxième étude, le nombre de situations s'élevait à 751 et pendant les deux années qu'a duré cette étude des suggestions ont été faites pour 12467 patients. Les résultats ont montré que les médecins bénéficiant de l'intervention réagissaient positivement aux suggestions : le respect des protocoles était nettement supérieur dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle. La compliance était extrêmement forte lorsque les suggestions informatiques correspondaient à des recommandations qui avaient été explicitement acceptées par les médecins avant l'étude. L'auteur concluait que le dispositif "aidait l'action à rester fidèle à l'intention". Cependant, si le processus de soins était amélioré, il n'a pas été mis en évidence de meilleurs résultats en termes de santé pour les patients. Cette étude a bien montré les limites des études dont le critère de jugement est un résultat de santé en soins primaires : le résultat peut ne se manifester qu'après plusieurs années de suivi, l'effet de l'intervention est dilué par les soins donnés aux patients par ailleurs, les échantillons doivent atteindre des tailles considérables pour montrer des différences de mortalité pour les actions de dépistage ou les interventions sur des facteurs de risque.

Des études contrôlées (126, 127) ont montré qu'une présentation synthétique de résultats d'examens complémentaires disponibles pour le patient réduisait la prescription de nouveaux examens complémentaires. Dans une étude (128) les médecins du groupe intervention recevaient des récapitulatifs mensuels estimant les économies qui auraient été générées par l'utilisation de médicaments génériques. Le résultat a été une différence significative de la prescription de génériques dans le groupe intervention.

Récemment, trois revues de la littérature ont été publiées.

Johnston (129) a examiné les essais contrôlés évaluant l'effet des systèmes informatiques d'aide à la décision (SIAD) sur les processus et les résultats des soins. La recherche des études a été menée avec une grande rigueur méthodologique ; des critères stricts ont présidé à la sélection des études incluses

dans l'analyse. Parmi les études évaluées celles qui concernent les soins primaires portent sur les actions de prévention : le SIAD améliore la performance dans 4 études sur 6 de manière statistiquement significative.

Sullivan (130) a conduit une revue systématique des travaux publiés entre 1984 et 1994, évaluant l'influence de l'informatisation en soins primaires et répondant à des critères d'inclusion prédéfinis. Les travaux concernaient soit le processus de soins, soit la performance du médecin, soit les résultats au niveau du patient. 30 travaux ont été retenus. Avec l'ordinateur, la consultation était plus longue d'une minute environ, le contenu médical de l'entretien était plus important et le contenu social l'était moins. L'utilisation de l'ordinateur favorisait les données de l'interrogatoire ("doctor initiated") par rapport au discours spontané du patient ("patient initiated"). L'amélioration des performances allait de 8 à 50%. L'amélioration la plus importante était observée dans les études qui portaient sur un acte de prévention et où une mesure unique était effectuée, ce qui pourrait être expliqué par un biais d'"effet de premier passage ". Trois études seulement évaluaient des résultats. Dans une étude, le contrôle de l'HTA était meilleur grâce à la critique fournie par l'ordinateur, bien que la critique fut différée. Une critique spécifique instantanée pourrait donc avoir des résultats encore meilleurs. Les 2 autres études portaient sur la satisfaction des patients et ne montraient pas de différence.

Balas (131) a analysé les essais randomisés portant sur les systèmes d'information clinique, et évaluant l'amélioration des processus de soins ou les résultats. La plupart des systèmes avaient été conçus pour la prise en charge des patients ambulatoires (82%), dans des structures de soins primaires en particulier (66%). Les systèmes avaient pour cible le prescripteur dans 64% des cas. 4 types d'interventions informatiques amélioraient les soins en médecine de famille : les rappels automatiques et les aides à la planification des soins destinées aux soignants, les rappels automatiques destinés aux patients, les interventions visant à l'éducation des patients. L'auteur conclut que pour améliorer la qualité des soins les systèmes informatisés en soins primaires doivent incorporer ces services.

5. Les faiblesses des systèmes informatiques actuels

Les difficultés et les échecs rencontrés avec le dossier informatique dans certaines structures de soins nord-américaines ont donné lieu à des publications (113, 123, 132) :

- la diversité des environnements des structures médicales cadre mal avec un système unique,
- les praticiens s'accommodent difficilement d'un vocabulaire contrôlé pour saisir les données,
- comme les praticiens travaillent le plus souvent sur des fiches papier dont le contenu est secondairement saisi par le personnel, les informations ne sont pas disponibles immédiatement pour d'autres médecins et le praticien lui-même ne peut pas bénéficier d'une interactivité immédiate avec le système,
- l'installation du système est complexe et la transition "traumatique",
- le système a besoin d'une maintenance lourde, pour programmer des fonctions nouvelles qui apparaissent nécessaires, pour changer les formats des documents,
- le coût du système est élevé,
- le dossier médical informatique n'intègre pas les services de systèmes experts ni l'accès aux grandes bases de données.

En France, une soixantaine de programmes de dossier médical informatique ont été recensés (133). Ils n'ont donné lieu à aucune évaluation précise. La plupart se contentent de reproduire les fonctionnalités du dossier papier (134) ; la recherche des informations est effectivement plus rapide et plus facile mais la gestion de l'ensemble des données reste tout à fait statique. Aujourd'hui, faute de langage commun, de formation au recueil, de structure cohérente des dossiers, les données sont difficilement exploitables.

6. L'exemple du dossier informatique des médecins hollandais

Les dossiers informatiques des médecins généralistes hollandais répondent tous à un cahier des charges élaboré par une société savante et une association professionnelle (135). Les fonctions assurées et les services rendus par tous les systèmes sont comparables. Ils permettent tous de remplacer le dossier papier par un Dossier Orienté par Problèmes. Un système informatique comprend plusieurs modules (clinique, administratif, de facturation...). 58 % des MG hollandais avaient un système informatique en 1992, 38 % avaient l'ensemble des modules correspondant au dossier -patient, et parmi eux 70% l'utilisaient. Le système pionnier, nommé ELIAS facilite le codage du contenu des rencontres (SOAP), des motifs des rencontres et des diagnostics (International Classification of Primary Care), des prescriptions (codage spécifique hollandais). De même, il est possible de coder la liste des problèmes.

L'informatisation des dossiers médicaux parmi les généralistes hollandais est un succès incontestable. Quatre raisons ont été évoquées pour expliquer ce succès (136) : l'adoption d'un vocabulaire standardisé, le choix de l'interactivité du médecin avec l'ordinateur (choix "zéro papier"), l'implication de structures

professionnelles à travers l'élaboration du cahier des charges, et le remboursement par le gouvernement de 60% du coût de l'informatisation. L'expérience hollandaise souligne l'importance d'une définition par les professionnels, à un niveau national, des standards pour les systèmes informatiques.

L'informatisation du dossier médical ne devrait avoir pour objectif principal ni la gestion du système de santé, ni le confort bureaucratique du médecin mais la qualité des soins délivrés au patient.

Des systèmes informatiques intégrés au dossier ont montré, au cours d'essais randomisés, leur capacité à améliorer les processus de soins et en particulier, les actions de prévention et de dépistage.

Un point-clé pour le développement des dossiers médicaux informatiques est l'élaboration d'un cahier de charges par les futurs utilisateurs du système.

Chapitre 2

L'ENQUÊTE AUPRÈS DU RÉSEAU DE MÉDECINS LIBÉRAUX DE L'ANDEM

I. MÉTHODE DE L'ENQUÊTE

Une enquête a été menée auprès des 142 médecins libéraux des groupes régionaux que l'ANDEM a constitué dans 15 régions. Le premier temps de l'enquête, purement qualitatif, a consisté en une réflexion collective des groupes à partir d'une question ouverte : "Quels sont les six principaux services que le dossier médical doit rendre au médecin généraliste ?" Les 15 groupes régionaux ont adressé des réponses, tantôt collectives, tantôt individuelles. Les réponses ont été compilées, sans en écarter aucune à priori, et classées en trois catégories correspondant d'une part aux *fonctions* que doit assurer le dossier médical (exemples : structurer la démarche médicale, alerter en cas d'allergie antérieure à un produit prescrit...), d'autre part à son *contenu* (exemples : allergies, motif de la rencontre, résultats biologiques...) et enfin à ses *qualités* (exemples : accessible, lisible, interactif...). Au total 20 items de fonctions, 45 items de contenu et 10 de qualités ont été proposés. Dans le deuxième temps de l'enquête, chaque médecin a reçu individuellement trois listes correspondant aux trois catégories de réponses proposées. Chaque fonction a été cotée selon une échelle verbale de 4 descripteurs : inutile, éventuellement utile, utile, indispensable. Chaque élément du contenu a été coté selon une échelle numérique allant de 1 à 9. Il était précisé qu'un score égal à 1 correspondait à un item "sans importance", et un score égal à 9 à un item "absolument essentiel". Pour chaque qualité du dossier médical le médecin a répondu à une question ouverte : "Comment faites-vous pour y parvenir ?". Il ne lui a pas été demandé de coter les qualités du dossier. Chaque médecin a donné des informations sur sa spécialité et sur le type de dossier qu'il utilisait.

117 médecins (92 généralistes et 25 spécialistes) sur les 142 sollicités ont participé à la deuxième partie de l'enquête.

II. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Sur 20 fonctions du dossier, identifiées au cours de la première partie de l'enquête par une question ouverte, celles qui ont été jugées utiles ou indispensables par plus de 80% des médecins sont :

- alerter lorsque la situation le justifie (97,4%)

- centraliser les données du patient (95,7%)
- assurer la continuité de la prise en charge (94,0%)
- gagner du temps en organisant les données pour les retrouver au moment nécessaire (93,2%)
- éviter les examens redondants et les traitements inutiles (89,7%)
- communiquer avec les confrères (87,2%)
- rappeler la planification de la surveillance des pathologies chroniques (85,5%)
- rappeler la planification des actions de prévention et de dépistage (82,1%)
- aider à la prise de décision (80,3%).

De même, les rubriques du dossier qui ont été notées entre 7 et 9 (dans une échelle de 1 à 9) par plus de 80% des médecins sont :

Identifiants et données administratives : nom, prénom, date de naissance, adresse, téléphone.

Histoire médicale : antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, familiaux, allergies, échecs et intolérances antérieurs à des traitements, CR d'hospitalisations, lettres de correspondants, résultats des examens complémentaires antérieurs.

Pour chaque contact : motif(s) du contact, données de l'examen clinique, résultat(s) de consultation, prescription de médicaments, traitements en cours, demandes d'examens complémentaires et d'avis spécialisés.

Prévention : facteurs de risque, habitudes de vie, vaccins.

La fonction de rappel et d'alerte, qui a donné lieu au plus grand nombre d'essais randomisés positifs dans les publications, est classée en tête par les praticiens. Les autres fonctions essentielles du dossier d'après l'enquête correspondent bien aux fonctions décrites dans la littérature. De même, le contenu du dossier qui se dégage de l'enquête répond aux critères de recertification de plusieurs pays. Les praticiens qui ont répondu à l'enquête ont un intérêt particulier pour l'évaluation, sont souvent enseignants de médecine générale, responsables d'associations de FMC ou d'autres structures professionnelles : leur opinion sur le dossier médical n'est probablement pas représentative de l'opinion moyenne. Il est cependant intéressant de constater qu'une enquête d'opinion auprès de cette frange "éclairée" de la profession conduit à des résultats proches de ceux que l'on peut tirer de l'analyse de la littérature internationale.

Chapitre 3

RECOMMANDATIONS POUR LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

I. OBJECTIFS

La bonne tenue du dossier vise à :

- améliorer la démarche médicale en interagissant avec le dossier lors du recueil des données ;
- optimiser les différentes utilisations possibles des données déjà enregistrées.

Plus concrètement la nature des informations recueillies et leur disposition dans le dossier doivent permettre d'atteindre certains objectifs :

- retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier ;
- se remémorer le contenu des rencontres précédentes ;
- disposer à tout moment d'une histoire médicale actualisée et synthétique, comportant les éléments utiles à la prise de décision ;
- structurer le recueil d'informations au moment des rencontres ;
- expliciter les arguments qui sous-tendent les décisions ;
- planifier et assurer un suivi médical personnalisé prenant en compte les pathologies, les problèmes de santé, les facteurs de risque, les facteurs psychologiques 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 ;
- minimiser le risque iatrogène en disposant, lors de la prescription, des informations suivantes : âge, pathologies chroniques ou aiguës, facteurs de risque, données biologiques éventuelles (créatinine chez les personnes âgées par exemple), traitements en cours (prescrits par les différents médecins et / ou auto-prescrits), allergies et intolérances médicamenteuses antérieures ;
- documenter les faits liés à la prise en charge des patients.

II. NATURE DES INFORMATIONS À RECUEILLIR

Le dossier doit s'adapter à la diversité des pratiques et des personnalités des médecins. C'est pourquoi le groupe de travail a distingué les informations dont le recueil est indispensable et celles dont le recueil est souhaitable.

1. Tableau synthétique des informations à recueillir

Identification	
Nom complet actualisé	indispensable
Sexe	indispensable
Date de naissance	indispensable
Numéro du dossier	souhaitable
Symbole pour signaler les homonymes	souhaitable
Informations administratives	
Adresse	indispensable
Téléphone	indispensable
Profession	indispensable
Numéro de Sécurité Sociale	souhaitable
Affection de longue durée (ALD)	souhaitable
Tuteur, curateur, tiers payeur	souhaitable
Mutuelle	souhaitable
Données d'alerte	indispensable
Rencontre	
Nom du médecin	indispensable
Date de la rencontre	indispensable
Type de contact	souhaitable
Données significatives de la rencontre	souhaitable
Conclusion / synthèse de la rencontre	indispensable
Décisions	indispensable
Histoire médicale actualisée et facteurs de santé	
Antécédents personnels	indispensable
Antécédents familiaux	indispensable
Allergies et intolérances médicamenteuses	indispensable
Facteurs de risque	indispensable
Vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage	indispensable
Événements biographiques significatifs	souhaitable

2. Présentation analytique des informations à recueillir

Identification

Nom complet actualisé (indispensable)

Pour les femmes, le nom comprend le nom de jeune fille et les modifications à la suite des mariages et des séparations éventuels.

Sexe (indispensable)

Cette information est justifiée avant tout en raison des prénoms mixtes et de beaucoup de prénoms étrangers dont on ne peut pas facilement distinguer le genre.

Date de naissance (indispensable)

Elle est évidemment préférable à l'âge lors de la constitution du dossier, puisque celui-ci doit le plus souvent servir pendant de nombreuses années.

Numéro du dossier (souhaitable)

Le classement des dossiers papier par ordre numérique est plus rapide et plus sûr (générant moins d'erreurs que le classement par ordre alphabétique). Chaque nouveau dossier est classé à la suite des précédents, évitant la saturation des tiroirs de classement (qui oblige à redistribuer l'ensemble des dossiers dans l'ensemble des tiroirs). Le système oblige à tenir une liste faisant correspondre les noms avec les numéros des dossiers. Dans cette liste, les noms sont classés par ordre alphabétique. Le problème du classement ne se pose pas pour les dossiers informatiques.

Symbole signalant les homonymes.

Le risque de confusion est faible mais ses conséquences peuvent être graves. L'existence d'un homonyme doit être clairement signalée en tête du dossier papier ou dès l'ouverture d'un dossier informatique.

Informations administratives

De nombreuses informations administratives peuvent être pertinentes pour la prise de décision médicale : profession à risque, adresse correspondant à un habitat insalubre... Elles peuvent donc figurer également dans la "zone médicale" du dossier. Seule l'informatique permet de saisir l'information une seule fois et de la présenter dans plusieurs parties du dossier en même temps.

Le médecin doit veiller à une mise à jour des données administratives, et en particulier à celle des informations qui permettent de contacter le patient.

Adresse (indispensable)

L'adresse doit être précise et actualisée ; elle doit comprendre le code d'accès éventuel du bâtiment, et des indications complémentaires lorsque l'accès au domicile du patient est difficile (certaines cités de banlieue, certains hameaux isolés).

Téléphone (indispensable)

L'information doit parfois être négociée (numéros sur "liste rouge"). Il faut expliquer au patient l'intérêt de cette information pour le suivi, ainsi que son caractère aussi confidentiel que celui des données médicales.

Profession (indispensable)

En réalité cette rubrique comprend trois informations différentes : la profession actuelle, les professions passées, et le statut actuel (actif, chômeur, étudiant, handicapé, retraité, etc.). L'actualisation régulière des informations de cette rubrique est essentielle.

Numéro de Sécurité Sociale (souhaitable)

Cette information est utile pour toute communication avec la Caisse de Sécurité Sociale du patient. La CNIL interdit l'indexation du N° de S.S. ; celui-ci ne peut donc pas servir au classement des dossiers.

Affection de longue durée (ALD) (souhaitable)

Il est important de savoir que le patient bénéficie d'une exonération de ticket modérateur, et de connaître la ou les maladie(s) en cause. Le patient peut être incapable de préciser ce point au médecin au moment de la prescription. La connaissance de la date d'expiration de la prise en charge au titre d'une ALD peut permettre au médecin d'éviter une rupture dans la prise en charge en demandant le renouvellement en temps voulu.

Mutuelle (souhaitable)

Le taux de prise en charge et la somme laissée à la charge du patient peuvent avoir des conséquences importantes sur l'observance des prescriptions. Si le médecin possède ces informations il peut en tenir compte lors de la prise de certaines décisions et en discuter ouvertement avec le patient.

Données d'alerte (indispensable)

Certains antécédents et pathologies chroniques, certains facteurs de risque, les allergies, intolérances et effets indésirables des traitements prescrits antérieurement peuvent constituer des données d'alerte. La qualité de leur enregistrement dans le dossier est un facteur essentiel de la sécurité de la prescription. Dans les dossiers informatiques, le problème est théoriquement simple : la fiche contenant les données d'alerte peut s'ouvrir lors de l'ouverture du dossier. Mieux encore, si le dossier est interactif l'alerte peut se manifester en réponse à une décision du médecin. Dans les dossiers papier, pour que la fonction d'alerte soit efficace, ces données doivent être signalées toujours de la même manière et localisées au même endroit (exemple : notées en couleur ou surlignées, sur une des pages de couverture du dossier ou sur une fiche cartonnée de couleur, distincte des feuilles où sont saisies les données des rencontres).

Rencontre

Nom du médecin, date de la rencontre, type de contact (indispensables)

L'identification du médecin ayant enregistré des informations est importante en cas de dossier partagé (associés, remplaçant, successeur). Sur le dossier papier la calligraphie de chacun peut le plus souvent être reconnue, sauf lorsque l'auteur est un remplaçant étant intervenu plusieurs années auparavant. Sur le dossier informatique chaque donnée enregistrée doit pouvoir être attribuée à celui qui l'a saisie. Cette liaison doit se faire automatiquement.

Le type de contact précise les circonstances dans lesquelles les données ont été enregistrées : consultation, visite, contact téléphonique (fréquemment à l'origine de conseils, de modifications de posologie des traitements en cours, etc.), contact avec un proche ou un correspondant, contact épistolaire. L'enregistrement des contacts téléphoniques, très fréquents en médecine générale, est souhaitable mais difficile à réaliser avec les dossiers papier. Il est facilité par l'informatisation, qui permet un accès immédiat à l'ensemble du fichier. L'information sur le type de contact est indispensable en cas de codage des actes.

Données significatives de la rencontre (souhaitable)

Il est difficile de formaliser cette partie du dossier : le médecin est libre (et responsable) du choix des informations qui y sont enregistrées. Le contenu de cette partie devrait comprendre :

- 1 - les différentes demandes et plaintes exprimées, qui peuvent être enregistrées en utilisant les mots du patient,
- 2 - d'autres informations tirées de l'entretien,
- 3 - les informations tirées de l'examen clinique,
- 4 - les informations tirées de résultats d'examens complémentaires, lettres ou comptes-rendus apportés par le patient (ces documents allant également alimenter la base de données - voir plus bas),
- 5 - des informations tirées de l'observation de l'attitude du patient (communication non verbale), des informations sur le ressenti du médecin, sur l'interaction entre les protagonistes (négociation...).

De la grande quantité de données analysées au cours de la rencontre, il est recommandé d'enregistrer celles qui ont été *opératoires*, c'est à dire celles qui ont permis d'identifier des problèmes, d'aboutir à des conclusions, de prendre des décisions ou de planifier les actions à venir. Dans certaines situations cliniques, l'absence d'un symptôme ou d'un signe clinique peut être importante pour justifier une décision et mérite d'être notée. Il serait cependant dangereux de dériver vers une tenue des dossiers "défensive" ayant pour objectif *principal* de justifier les décisions.

Comment présenter les données correspondant à une rencontre ? Le praticien a le choix entre plusieurs options, parmi lesquelles le groupe de travail n'a pas souhaité trancher.

La distinction subjectif/objectif (**cf. SOAP page...**), qu'on peut rapprocher de symptômes/signes, a l'intérêt de prendre en compte ce qui se passe "dans la tête du patient". Mais la connotation des deux termes pourrait laisser penser que les éléments subjectifs (les mots du patient) ont moins de valeur décisionnelle que les éléments objectifs (les observations), ce qui est faux : d'une part certaines informations issues de l'entretien ont une valeur décisionnelle majeure (le rythme d'une douleur ulcéreuse, par exemple), d'autre part les signes cliniques sont toujours perçus à travers la subjectivité du médecin, enfin la décision est toujours fortement influencée par la subjectivité des deux protagonistes.

Une autre possibilité est de distinguer les éléments (subjectifs ou objectifs) livrés spontanément par le patient et ceux que le médecin découvre par l'investigation.

Une troisième possibilité est de mettre en exergue le(s) motif(s) de la rencontre. Cependant, le motif ne se confond pas toujours avec la demande explicite. À un premier niveau, un patient hypertendu peut venir "pour renouveler l'ordonnance" : le motif est alors "suivi d'HTA". À un niveau plus complexe, un patient peut exprimer une plainte ("je suis fatigué") et le motif peut n'être découvert qu'au cours, voire à la fin, de l'entretien ("demande d'arrêt de travail", "difficulté sexuelle", etc.). L'identification du motif de la rencontre est un des résultats de la démarche médicale. La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) (137) comprend des codes pour les motifs de rencontre.

Le dossier informatique doit permettre de modifier la présentation des données significatives "à la demande". Par exemple, il doit être possible de visualiser toutes les données correspondant à des rencontres ayant le même motif, ou bien toutes les données d'une catégorie (signes cliniques, résultats biologiques, etc.) classées par ordre chronologique.

Certains praticiens peuvent faire le choix de n'enregistrer que les décisions, sans noter les données significatives ni les conclusions (voir ci-dessous). Parfois, le raccourci est parlant et le médecin peut reconstituer l'ensemble de sa démarche. Par exemple, une prescription de paracétamol et sérum physiologique à un nourrisson permet à posteriori au médecin d'affirmer qu'il s'agissait d'une rhinopharyngite. Cependant, le groupe de travail considère que :

1 - dès que la situation est imprécise ou potentiellement grave les éléments positifs et négatifs qui ont servi à la prise de décision doivent être explicités.

2 - les conclusions du médecin doivent toujours être enregistrées dans le dossier de manière explicite (**cf. ci-dessous**).

Conclusion / synthèse de la rencontre (indispensable)

Cette partie correspond au A (assessment) de SOAP. Le médecin doit y enregistrer les diagnostics avec leur degré d'incertitude, les problèmes identifiés en les formulant au plus haut degré d'élaboration possible. Il est évident qu'il ne parvient pas forcément à une conclusion *médicale* à la fin de chaque acte, et qu'une

telle conclusion est parfois apportée seulement à la suite d'un chaînage d'actes (notion d'épisode de soins), voire jamais ! Cependant, à l'issue de tout acte médical des décisions sont prises. La conclusion / synthèse est le "trait d'union intellectuel" entre les données significatives et les décisions prises. Le processus de formulation écrite de la conclusion / synthèse structure la réflexion du médecin. C'est dans ce sens que la tenue du dossier peut être considérée comme une partie de l'acte médical lui-même.

La partie conclusion / synthèse est celle où le médecin formule les problèmes auxquels il est confronté au terme de sa démarche. Cette dénomination est celle qui peut donner lieu à un codage direct ou secondaire. La Classification Internationale des Soins Primaires (137) ou le Dictionnaire de Résultats de Consultation de la SFMG (138) peuvent par exemple être utilisés pour cette conclusion/synthèse.

Décisions (indispensable)

Dans cette partie sont enregistrés :

- les prescriptions : médicaments, examens de biologie, imagerie, arrêts de travail, soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie, appareillages
- les conseils, les régimes
- les recours aux spécialistes, les hospitalisations
- la planification des actions à venir.

Il faut insister particulièrement sur l'enregistrement précis des médicaments prescrits, de leur dose et de la durée de prescription. Les informations concernant des médicaments prescrits par d'autres médecins ou auto-prescrits doivent être recherchées et enregistrées le cas échéant. Cet effort est justifié par la recherche d'une sécurité de prescription maximale. L'informatisation peut résoudre simplement le caractère fastidieux de l'enregistrement redondant de ces informations (à la fois sur le dossier et sur l'ordonnance).

La planification peut être enregistrée sur une fiche de suivi spécifique lorsqu'elle concerne une pathologie chronique (voir plus bas).

Histoire médicale actualisée, facteurs de santé

Il s'agit des antécédents personnels et familiaux, des allergies et intolérances, des facteurs de risque, des actions de prévention et de dépistage accomplies, des événements biographiques significatifs. Ces informations constituent, avec les données d'alerte et les résultats des examens complémentaires, la base de données médicale du patient. L'actualisation de la base de données doit être un souci constant du médecin. Cependant, celui-ci doit considérer à la fois le risque de perdre de l'information utile et celui d'alourdir la base de données avec des informations non significatives. Les informations qui doivent y figurer sont celles

qui peuvent être utiles à l'avenir, pour le suivi d'une pathologie, la compréhension d'une situation clinique, la prévention. L'informatique peut permettre, à partir de la base de données, de produire différentes présentations d'une partie ou de la totalité des informations selon les besoins : liste des problèmes actifs, synthèse à communiquer à un autre intervenant, état des vaccinations... Le dossier papier n'a pas cette souplesse : lors de la constitution du dossier un mode de présentation est choisi ; les données apportées lors des mises à jour ultérieures sont enregistrées le plus souvent par ordre chronologique mais le médecin se heurte à l'espace obligatoirement limité offert par le dossier papier. De plus certaines données évoluent, des corrections peuvent être nécessaires. Il est judicieux de réévaluer périodiquement les informations et de les "redéployer" dans une base de données plus adaptée aux besoins. Ce besoin de redéploiement justifie que, dans le dossier papier, la base de données soit enregistrée sur une fiche à part et non sur une des pages de couverture du dossier. La transmission d'une copie de cette fiche peut être un élément clé de la communication avec d'autres médecins ayant à prendre en charge le patient.

Antécédents personnels (indispensable)

"Antécédents" signifie "les faits qui précèdent "(Petit Larousse) : chaque rencontre contribue à produire les antécédents de la rencontre suivante. Les données peuvent être disposées de différentes manières : regroupées par catégorie (antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, etc.), classées par ordre chronologique, par ordre de gravité, en fonction de l'état "actif" ou "éteint" du problème auquel elles se rattachent. Selon la situation clinique une présentation peut être plus pertinente qu'une autre.

Antécédents familiaux (indispensable)

Ces informations permettent d'identifier des facteurs de risque ; elles contribuent également à comprendre l'histoire personnelle du patient.

Allergies et intolérances médicamenteuses (indispensable)

Ces informations doivent impérativement être mises en exergue : inscription en couleur, surlignage, fiche cartonnée à part... Dans un dossier informatique, elles doivent donner lieu à un rappel automatique le cas échéant.

Facteurs de risque (indispensable)

Ils comprennent les facteurs professionnels, ceux liés à l'environnement, ceux liés à la consommation d'alcool, de tabac ou d'autres produits, ceux liés à divers comportements à risque, notamment sexuels. La prise en compte de ces facteurs s'inscrit dans une perspective de prise en charge globale des problèmes de santé.

Vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage réalisées périodiquement (indispensable)

Ces informations peuvent être présentées sur une fiche à part qui rappelle les échéances des actions à entreprendre.

Événements biographiques significatifs (souhaitable)

La définition d'un événement biographique significatif dépend particulièrement de la subjectivité du médecin. Il est souhaitable d'enregistrer les informations qui contribuent à la compréhension de l'histoire médicale et psychologique du patient (deuil, divorce, chômage, conflit professionnel...).

III. STRUCTURATION DES INFORMATIONS DANS LE DOSSIER

La bonne tenue du dossier exige que le médecin y travaille **aussi en dehors de la présence du patient** afin d'incorporer les données provenant de différentes sources (examens de laboratoire, courriers divers), pour en faire la synthèse, pour réorganiser si besoin le dossier (archivage, "dégraissage"...). **La question de la qualité du dossier est directement liée à celle du temps consacré à sa tenue.**

Le médecin doit disposer les informations et écrire dans le dossier d'une manière suffisamment lisible pour permettre la lecture par d'autres : remplaçant, associé, successeur. La couverture du dossier papier doit être en bon état. Il faut limiter la quantité d'informations notées sur les pages de couverture, afin de limiter le travail de recopiage en cas de remplacement d'une couverture détériorée.

L'enregistrement simplement chronologique des informations dans le dossier papier pendant plusieurs années aboutit à un empilage d'où il est difficile d'extraire rapidement les informations utiles à la prise de décision. Le médecin peut minimiser cet inconvénient majeur du dossier papier en signalant les données principales (surligne...) , en les regroupant dans des fiches thématiques, en réactualisant régulièrement la partie "Histoire médicale et facteurs de santé". Le dossier informatique évite théoriquement cet inconvénient dans la mesure où il peut présenter les informations sous différents formats à la demande ; il peut aussi enregistrer une information saisie une seule fois dans plusieurs parties du dossier.

Le dossier peut aider le médecin à structurer sa démarche au cours de la rencontre, particulièrement avec les patients qui ont des problèmes multiples. Une démarche méthodique permet de prendre en compte l'ensemble des problèmes du patient. Cette démarche est représentée par une grille, que le dossier informatique peut matérialiser.

Identification du médecin - Date et type du contact		
Problème Données significatives	1 Problème Données significatives	2 Problème Données significatives
Conclusion / synthèse 1	Conclusion / synthèse 2	Conclusion / synthèse 3
Décisions 1	Décisions 2	Décisions 3

Une donnée significative, une conclusion ou une décision peuvent concerner plusieurs problèmes.

L'utilisateur du dossier papier peut adopter un plan systématique inspiré de cette grille, ou avoir sa propre grille "en tête" : l'essentiel est que son recueil de données soit structuré.

Traitements des documents

Fréquemment les dossiers papier des patients suivis au long cours contiennent de nombreux documents : lettres de correspondants, résultats biologiques, comptes rendus d'examens d'imagerie ou d'endoscopie, comptes rendus opératoires, d'hospitalisation, d'anatomie pathologique, etc. Les informations utiles contenues dans la plupart de ces documents peuvent être résumées en quelques mots. Il est recommandé de recopier ce résumé sur le dossier. Lorsque les informations sont utilisées pour une prise de décision immédiate, elles sont notées dans la partie rencontre. Lorsqu'elles peuvent s'avérer utiles à l'avenir, elles sont notées également dans la base de données médicales. Lorsqu'elles sont en grand nombre et répétitives, comme c'est le cas pour les résultats biologiques, il peut être utile de les noter sur une fiche à part. Cependant la retranscription par le médecin ou la secrétaire prend du temps et peut être à l'origine d'erreurs. L'informatique pourrait à l'avenir faciliter l'enregistrement et le stockage de ces données grâce à leur transmission directe.

Il faut conserver les documents sources s'ils contiennent des informations complémentaires potentiellement utiles (compte-rendu d'un examen d'imagerie, lettre détaillée d'un correspondant) ou s'ils ont une valeur médico-légale (compte-rendu opératoire...). Si le nombre de documents conservés est important, il peut être utile de les classer d'une manière méthodique dans le dossier (liasse agrafée par ordre chronologique par exemple) ou de les archiver, et de les indexer afin de les retrouver facilement.

Fiche de suivi spécifique thématique et / ou générale

Pour de nombreux patients, il est possible de définir, à partir de recommandations validées, un *protocole de suivi* comprenant les actions nécessaires à la prise en charge des problèmes chroniques ou récurrents et les actions de

prévention/dépistage. Il peut être pratique d'utiliser une fiche spécifique, distincte de la partie rencontre, pour enregistrer les données relatives à ce suivi. La fiche a un double intérêt : d'une part, son caractère synoptique permet de se faire une idée précise et rapide du suivi sur une période; d'autre part, elle sert d'échéancier et d'aide-mémoire pour planifier les actions à venir.

Il est possible d'étendre l'usage de la fiche à tous les patients, même s'ils n'ont pas de pathologie chronique et ne consultent que pour des problèmes aigus de manière espacée. Dans ce cas il s'agit d'une fiche de prévention/dépistage. La fiche n'est pas standard, mais adaptée à chaque patient en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs de risque.

Fiche de synthèse à lecture rapide

Il peut être utile d'extraire de la base de données les points clés indispensables à communiquer à un autre médecin appelé à intervenir auprès du patient et de les inscrire sur une fiche spécifique. A titre d'exemple, le lecteur trouvera en annexe le Cumulative Patient Profile (CPP), fiche de synthèse proposée par les médecins généralistes de l'Université de Toronto, Canada (139).

Le dossier idéal : un tableau de bord pour le suivi à court, moyen et long terme du patient par son médecin généraliste

Le médecin a besoin de toutes les informations disponibles pour prendre de bonnes décisions et pour planifier les actions à venir. Comme un tableau de bord, le dossier doit permettre une visualisation à la fois rapide et précise de ces informations. Dans le dossier papier, les "cadrans" de ce tableau de bord sont au nombre de cinq :

- les informations administratives
- la grille de saisie des dernières rencontres et de la rencontre en cours
- l'histoire médicale actualisée ou au moins son résumé (la fiche de synthèse)
- les données d'alerte
- la fiche de suivi personnalisée éventuelle.

Le dossier contient d'autres informations, qu'il est possible de retrouver au prix d'une certaine recherche : la totalité des résultats des examens complémentaires réalisés, des traitements prescrits, des problèmes de santé rencontrés par le patient tout au long du suivi.

IV. SÉCURITÉ ET CONSERVATION DES DOSSIERS

Les dossiers papier doivent être conservés dans un local non accessible au public ou dans un meuble fermé à clef. Pour les dossiers informatiques, il est recommandé de mettre en place un dispositif de sécurité performant, directement

en prise avec le système informatique, conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 (106).

La sauvegarde régulière des fichiers informatiques est indispensable.

Il est conseillé de conserver les dossiers pendant une durée au moins égale à trente ans à compter du dernier épisode de soins. Si le patient était mineur au moment des soins ce délai doit être augmenté du nombre d'années séparant la date des soins de celle de la majorité du patient.

L'informatisation des dossiers ne dispense pas de conserver les documents originaux essentiels tels que les comptes rendus opératoires ou d'anatomopathologie.

V. FORMATION À LA TENUE DU DOSSIER

L'étudiant hospitalier, le résident, sont formés à la tenue du dossier du patient hospitalisé. Ce dossier doit recueillir un maximum de données cliniques et de nombreux résultats d'examens complémentaires. Toutes ces informations sont centrées sur la prise en charge d'un problème prioritaire, sur la gestion d'une crise, sur une période de quelques jours à quelques semaines. La formation à travers la tenue de ce dossier ne prépare pas le futur généraliste à la recherche sélective des informations déterminantes pour une prise de décision immédiate, ni à la gestion des données nécessaires à la prise en charge au long cours de patients ayant des problèmes multiples. Au contraire, elle contribue au développement d'une perception incomplète de la pratique professionnelle future qu'il peut être difficile de corriger par la suite. Pour les membres du groupe de travail cette perception est souvent évidente dans la manière qu'ont beaucoup de jeunes médecins de tenir les dossiers au cours des remplacements : absence de formulation claire des différents problèmes, enregistrement non sélectif des informations, absence de planification de la prise en charge dans le temps. **C'est donc dès la formation initiale que le futur généraliste doit être éduqué à la tenue des dossiers des patients ambulatoires, en particulier au cours des stages auprès des praticiens dès le deuxième cycle des études médicales.**

RÉFÉRENCES

1. Danière M.

Le dossier médical en médecine générale.

Paris : UNAFORMEC 1987; octobre: 45P.

2. Durand G.

Le dossier médical en médecine générale. (Communication orale).

Paris : UNAFORMEC 1986: 11P.

3. Gallais JL.

Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales
(Documents de recherches en médecine générale n°45).

Paris : Société Française de Médecine Générale 1994: 108P + annexes.

4. Dubois O.

Dossier médical : que font les médecins généralistes ?

Bull Ordre Méd 1995; 1: 7.

5. Réseau de Médecine Libérale de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.

Etude du suivi du dossier médical par des praticiens libéraux.

Avignon : Réseau de Médecine Libérale de l'ANDEM 1992: 13P.

6. Burnum JF.

The misinformation era : the fall of the medical record.

Ann Intern Med 1989; 110: 482-4.

7. Dawes KS.

Survey of general practice records.

Br Med J 1972; 3: 219-23.

8. Zuckerman AE, Starfield B, Hochreiter C, Kovasznay B.

Validating the content of pediatric outpatient medical records by means of tape-recording doctor-patient encounters.

Pediatrics 1975; 56: 407-11.

9. Crouch MA, Thiedke CC.

Documentation of family health history in the outpatient medical record.

J Fam Pract 1986; 22: 169-74.

10. Miller LG, Matson CC, Rogers JC.

Improving prescription documentation in the ambulatory setting.

Fam Pract Res J 1992; 12: 421-9.

11. Monson RA, Bond CA.

The accuracy of the medical record as an index of outpatient drug therapy.

JAMA 1978; 240: 2182-4.

12. Feely M, Singleton S, McGibney D.

The inadequacies of information on current drug therapy in out-patients' records.

J R Coll Phys London 1984; 18: 222-4.

13. Jachuck SJ, Price P, Bound CL.

Evaluation of quality of contents of general practice records.

Br Med J 1984; 289: 26-7.

14. Long T.

A limitation in the use of office records for health care evaluation.

Pediatrics 1975; 56: 295-6.

15. Ramsdell JW.

Concordance of the ambulatory medical record and patients' recollections of aspects of an ambulatory new-patient visit.

J Gen Intern Med 1986; 1: 159-62.

16. Mansfield BJ, Ireland M, Dickinson JA.

Variability in classification of consultations by consent-based descriptors.

Med J Aust 1991; 155: 626-30.

17. Wilson A, McDonald P.

Comparison of patient questionnaire, medical record, and audio tape in assessment of health promotion in general practice consultations.

Br Med J 1994; 309: 1483-5.

18. Rethans JJ, Martin E, Metsemakers J.

To what extent do clinical notes by general practitioners reflect actual medical performance ? A study using simulated patients.

Br J Gen Pract 1994; 44: 153-6.

19. Pringle M, Ward P, Chilvers C.

Assessment of the completeness and accuracy of computer medical records in four practices committed to recording data on computer.

Br J Gen Pract 1995; 45: 537-41.

20. Pringle M, Hobbs R.

Large computer databases in general practice.

Br Med J 1991; 302: 741-2.

21. Bentsen BG.

The accuracy of recording patient problems in family practice.

J Med Educ 1976; 51: 311-6.

22. Boyd NF, Pater JL, Ginsburg AD, Myers RE.

Observer variation in the classification of information from medical records.

J Chron Dis 1979; 32: 327-32.

23. Mant D, Phillips A.

Can the prevalence of disease risk factors be assessed from general practice records ?

Br Med J 1986; 292: 102-4.

24. Malats N, Belloc J, Gallen M, Porta M.

Disagreement between hospital medical records and a structured patient interview on the type and date of the first symptom in cancers of the digestive tract.

Rev Epidémiol Santé Publ 1995; 43: 533-40.

25. Goldberg M, Breart G, Ducrot H, Dusserre L, Letourmy A, Morel B.

Le médecin et son ordinateur: l'informatique au cabinet médical.

Paris : Frison-Roche 1994: 372P.

26. Weed LL.

Medical records that guide and teach.

N Engl J Med 1968; 278: 593-600.

27. Rakel RE.

The problem-oriented medical record (POMR).

Am Fam Physician 1974; 10: 100-11.

28. Ways PO, Jones JW, Hansbarger LC.

Use of the problem-oriented record in pediatrics.

In : The problem oriented system ; Hurst JW, Walker HK Eds.

New York : MEDCOM Press 1972: 133-47.

29. Froom J.

An integrated medical record and data system for primary care. Part 6: a decade of problem-oriented medical records : a reassessment.

J Fam Pract 1977; 5: 627-30.

30. Newble DI, Judd SJ, Wangel AG.

Quality control of patient care. The practical application of problem oriented medical records.

Aust N Z J Med 1974; 4: 23-8.

31. Margolis CZ.

Problem-oriented record. A critical review.

Paediatrician 1979; 8: 152-62.

32. Jamoullé M.

Information et informatisation en médecine générale.

In : Les informa-g-iciens : les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs. Actes des Troisièmes Journées de Réflexion sur l'Informatique.

Namur : Presses Universitaires 1986: 193-209.

33. Van Den Haute M.

Le dossier du médecin généraliste un modèle élaboré et testé par le Centre Universitaire de Médecine Générale du l'UCL.

Louvain Méd 1993; 112: 591-603.

34. Roland M.

Accès au dossier médical par les différents niveaux des soins de santé.

Courrier de la Fédération des Maisons Médicales et Collectifs Santé Francophones 1994;

92: 9-13.

35. Benson DS, Van Osdol W, Townes P.

Quality ambulatory care : the role of the diagnostic and medication summary lists.

Qual Rev Bull 1988; june: 192-7.

36. Schulman J, Wood C.

Flow sheets for charts of ambulatory patients.

JAMA 1971; 217: 933-7.

37. Hempel RJ.

Physician documentation of diabetes care : use of a diabetes flow sheet and patient education clinic.

South Med J 1990; 83: 1426-32.

38. Benn M.

Prescribing oral contraceptives and the medical record.

Aust Fam Phys 1991; 20: 1469-71.

39. Boltri JM.

Impact of a simple reminder on documentation of pediatric health screening procedures.

J Am Board Fam Pract 1992; 5: 215-8.

40. Donnelly WJ, Brauner DJ.

Why SOAP is bad for the medical record ?

Arch Intern Med 1992; 152: 481-4.

41. Di Poala J.

SOAP is good for medical record (letter).

Arch Intern Med 1992; 152: 2511.

42. Singer EP.

Why SOAP is good for the medical record ? Another view (letter).

Arch Intern Med 1992; 152: 2511.

43. Manning RT.

SOAP or HOAP (letter).

Arch Intern Med 1992; 152: 2514.

44. Payne CB.

Keep SOAP, not HOAP, alive (letter).

Arch Intern Med 1992; 152: 2514.

45. Sheldon MG.

The problems of problem-orientated records.

J R Coll Gen Pract 1976; 26: 437-46.

46. Goldfinger SE.

The problem-oriented record : a critique from a believer.

N Engl J Med 1973; 288: 606-8.

47. Feinstein AR.

The problems of the "problem-oriented medical record".

Ann Intern Med 1973; 78: 751-62.

48. Humbert J.

Bréviaire du médecin de famille. Séminaire ACFM dossier médical : méthodologie et codage.

Paris : Association Confédérale pour la Formation Médicale 1995; janvier: 17P.

49. Elkine J, Manel G, Wuithier N.

Introduction à l'utilisation optimisée du dossier médical. Livret d'animation. Séminaire MG-FORM - Toulouse, les 21 et 22 octobre 1994.

Toulouse : MG-FORM 1994: 37P.

- 50.** Le dossier médical : séminaire de formation médicale continue : compte-rendu des travaux. St Denis, les 25 et 26 novembre 1994.
Gennevilliers : EPID 92, APLSG, séminaire avec Brémond M, Fontaine A, Lombrail P, Pouchot J ; compte-rendu réalisé par Bacle F, Lalande M, 1994; : 23P.
- 51. Société de Formation Thérapeutique du Généraliste.**
Le dossier médical et l'autoévaluation en médecine générale. Séminaires SFTG 15 et 16 mars 1996, Dijon. Dossier animateur.
Paris : SFTG 1996: 20P.
- 52. Lamberts H, Hofmans-Okkes I.**
Episode of care : a core concept in family practice.
J Fam Pract 1996; 42: 161-7.
- 53. Elkine J.**
L'informatisation du dossier médical en médecine générale.
In Dossier médical organisation. Introduction à l'utilisation optimisée du dossier médical.
Livret documentaire. Toulouse, les 21 et 22 octobre 1994.
Toulouse : MG-FORM 1994: 14-5.
- 54. Gavid B.**
Le dossier médical en médecine générale.
Saintes : Réunion du Réseau Médecine Libérale ANDEM 1995; 19 octobre: 4P.
- 55. Elkine J.**
Charte du dossier médical.
Osmose 1996; 74: 5.
- 56. Metrop N.**
Le dossier médical en pratique.
Paris : UNAFORMEC 1986: 67P.
- 57. Alderson B.**
Help your patients, your colleagues and yourself. A review of medical records.
Austr Fam Phys 1991; 20: 1004-5.
- 58. Perry JR, Caine N.**
General practitioners' knowledge about patients and use of medical records in out of hours calls.
Br J Gen Pract 1990; 40: 190-3.
- 59. Carter BL, Helling DK, Burns EA, Johnson RE, Danielson SL.**
Association between appropriateness of prescribing and prescription documentation.
Am J Hosp Pharm 1983; 40: 1513-5.
- 60. Fletcher RH.**
Auditing problem-oriented records and traditional records. A controlled comparison of speed, accuracy and identification of errors in medical care.
N Engl J Med 1974; 290: 829-33.
- 61. Switz DM.**
The problem-oriented medical record.
Arch Inter Med 1976; 136: 1119-23.

62. Margolis CZ, Mendelsohn I, Barak N, Beinart T, Goldsmith JR.
Increase in relevant data after introduction of a problem-oriented record system in primary pediatric care.
Am J Public Health 1984; 74: 1410-2.

63. Wyatt JC.
Clinical data systems, part 1 : data and medical records.
Lancet 1994; 344: 1543-7.

64. Wyatt JC.
Clinical data systems, part 3: development and evaluation.
Lancet 1994; 344: 1682-8.

65. Wyatt JC.
Clinical data systems, part 2: components and techniques.
Lancet 1994; 344: 1609-14.

66. Whiting-O'Keefe QE, Simborg DW, Epstein WV, Warger A.
A computerized summary medical record system can provide more information than the standard medical record.
JAMA 1985; 254: 1185-92.

67. Lloyd BW, Barnett P.
Use of problem lists in letters between hospital doctors and general practitioners.
Br Med J 1993; 306: 247.

68. MacMillan Rodney W, Chopivsky P, Quan M.
Adult immunization : the medical record designs as a facilitator for physician compliance.
J Med Educ 1983; 58: 576-80.

69. Frame PS.
Can computerized reminder systems have an impact on preventive services in practice ?
J Gen Intern Med 1990; 5(Suppl): S112-5.

70. Fordham D, McPhee SJ, Bird JA, Rodnick JE, Detmer WM.
The cancer prevention reminder system.
M D Comput 1990; 7: 289-95.

71. Dollery CT, Beilin LJ, Bulpitt CJ, Coles EC, Johnson BF, Munro-Faure AD, Turner SC.
Initial care of hypertensive patients. Influence of different types of clinical records.
Br Heart J 1977; 39: 181-5.

72. Jones R, Hedley A.
Evaluation of a diabetes register and information system
In : Current perspectives in health computing; Weybridge : Br J Health Care Comput, Bryant J Ed., 1986; : 80-7.

73. Christie P, Heslop J, Robertson J, Jone R, Gruer L.
A clinical information system for HIV/AIDS patients at Ruchill Hospital , Glasgow : development and evaluation. Proceedings of medical informatics Europe'90, Glasgow.
Med Informatics 1990; 40: 567-9.

74. Cheney C, Ramsdell JW.

Effect of medical records' checklists on implementation of periodic health measures.
Am J Med 1987; 83: 129-36.

75. Madlon-Kay DJ.

Improving the periodic health examination : use of a screening flow chart for patients and physicians.
J Fam Pract 1987; 25: 470-3.

76. Turner BJ, Day SC, Borenstein B.

A controlled trial to improve delivery of preventive care : physician or patient reminders.
J Gen Intern Med 1989; 4: 403-9.

77. Chambers CV, Balaban DJ, Carlson BL, Ungemack JA, Grasberger DM.

Microcomputer-generated reminders. Improving the compliance of primary care physicians with mammography screening guidelines.
J Fam Pract 1989; 29: 273-80.

78. McPhee SJ, Bird JA, Jenkins CNH, Fordham D.

Promoting cancer screening. A randomized, controlled trial of three interventions.
Arch Intern Med 1989; 149: 1866-72.

79. McPhee SJ, Bird JA, Fordham D, Rodnick JE, Osborn EH.

Promoting cancer prevention activities by primary care physicians : results of a randomized , controlled trial.
JAMA 1991; 266: 538-44.

80. Battista RN, Williams JI, Boucher J, Rosenberg E, Stachenko SJ, Adam J, Levinton C, Suissa S.

Testing various methods of introducing health charts into medical records in family medicine units.
Can Med Assoc J 1991; 144: 1469-74.

81. Safran C, Rind DM, Davis RB, Ives D, Sands DZ, Currier J, Slack WV, Makadon HJ, Cotton DJ.

Guidelines for management of HIV infection with computer-based patient's record.
Lancet 1995; 346: 341-6.

82. Belcher DW.

Implementing preventive services. Success and failure in an outpatient trial.
Arch Intern Med 1990; 150: 2533-41.

83. Austin SM, Balas AE, Mitchell JA, Ewigman BG.

Effect of physician reminders on preventive care : meta-analysis of randomized clinical trials.

In : Proceedings of the 18th annual symposium on computer applications in medical care.
New York : McGraw Hill 1994; x: 121-4.

84. McDowell I, Newell C, Rosser W.

Computerized reminders to encourage cervical screening in family practice.
J Fam Pract 1989; 28: 420-4.

85. Ornstein SM, Garr DR, Jenkins RG, Rust PF, Arnon A.

Computer-generated physician and patient reminders. Tools to improve population adherence to selected preventive services.

J Fam Pract 1991; 32: 82-90.

86. Rosser WW, McDowell I, Newell C.

Use of reminders for preventive procedures in family medicine.

Can Med Assoc J 1991; 145: 807-14.

87. Rosser WW, Hutchison BG, McDowell I, Newell C.

Use of reminders to increase compliance with tetanus booster vaccination.

Can Med Assoc J 1992; 146: 911-7.

88. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.

L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire.

Paris : ANDEM 1993: 33P.

89. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.

Evaluation de la tenue du dossier du malade. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé.

Paris : ANDEM 1994: 69P.

90. HCFA pilot test lays ground for physician office review.

Rep Med Guidelines Outcomes Res 1991; 2: 1,6-7.

91. Scaffardi RA.

An evaluation of practice records and opportunistic screening.

Practitioner 1987; 231: 988-95.

92. Linnarsson R.

Medical audit based on computer-stored patient records exemplified with an audit of hypertension care.

Scand J Prim Health Care 1993; 11: 74-80.

93. Neville RG, Bryce FP, Robertson FM, Crombie IK, Clark RA.

Diagnosis and treatment of asthma in children : usefulness of a review of medical records.

Br J Gen Pract 1992; 42: 501-3.

94. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.

Recueil d'exemples d'évaluation des pratiques en médecine ambulatoire. Dossier documentaire.

Paris : ANDEM 1996: 150P.

95. Pare F, Durand G.

Audit sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans une clientèle de médecine générale.

Santé Publ 1994; 6: 7-15.

96. Casset JC.

Médecin généraliste et vaccination : l'ordinateur au service de l'efficacité.

Chambéry : Centre Hospitalier, Association des Médecins Informatisés pour la Recherche et les Essais Thérapeutiques (AMIRET). 1996: 4P.

97. Ormieres JJ, Schwartz C, Didier A.

Surveillance des asthmatiques par le médecin généraliste toulousain. Des patients insuffisamment éduqués. Audit de pratique.

Rev Prat (MG) 1996; 340: 39-45.

98. Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
Journal Officiel 8 septembre 1995: 13305-10.

99. Collège des Médecins du Québec.

Recueil des lois et règlements.

Montréal : CMQ 1995: 167P.

100. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Medical records. In : Accreditation manual for ambulatory health care (AMAHC). Volume 1 : standards.

Oakbrook Terrace : JCAHO 1992: 9-11.

101. Royal Australian College of General Practitioners.

Entry standards for general practices.

Sydney : RACGP 1996: 64P.

102. College of Physicians and Surgeons of Ontario.

Why should doctors maintain good medical records ? (Member's dialogue).

Toronto : CPSO 1993: 12P.

103. Corporation Professionnelle des Médecins du Québec

Tenue du dossier. Guide concernant la tenue du dossier par le médecin dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et dans les CLSC.

Montréal : CPMQ 1989: 22P.

104. Gribreauval JP.

Aspects juridiques du dossier médical en ville.

Rev Prescrire 1989; 9: 355-6.

105. Loubry N.

Propriété, conservation et transmission des dossiers médicaux.

Concours Méd 1991; 113: 2633-5.

106. Loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Journal Officiel 7 janvier 1978: 12P.

107. Allaert FA, Dusserre L.

Dossier médical informatisé : déontologie et législation.

Rev Prat 1996; 46: 333-7.

108. Barnett GO.

The application of computer-based medical-record systems in ambulatory practice.

N Engl J Med 1984; 310: 1643-50.

109. Shortliffe EH, Detmer DE.

Patient records and computers.

Ann Intern Med 1991; 115: 979-81.

110. Dick RS, Steen EB.

The computer-based patient record : an essential technology for health care.

Washington : National Academy Press 1991: 190P.

111. McDonald CJ, Tierney WM.

Computer-stored medical records. Their future role in medical practice.

JAMA 1988; 259: 3433-40.

112. Spann SJ.

Should the complete medical record be computerized in family practice ? An affirmative view.

J Fam Pract 1990; 30: 457-64.

113. Schoenbaum SC, Barnett GO.

Automated ambulatory medical records systems.

Int J Technol Assess Health Care 1992; 8: 598-609.

114. Ebell MH.

Computers in the examination room.

J Fam Pract 1995; 41: 293-4.

115. Elson RB, Connelly DP.

Computerized patient records in primary care. Their role in mediating guideline-driven physician behavior change.

Arch Fam Med 1995; 4: 698-705.

116. Rethans JJ, Hoppener P, Wolfs G, Diederiks J.

Do personal computers make doctors less personal ?

Br Med J 1988; 296: 1446-8.

117. Bright S.

Nearest and dearest.

Br J Healthcare Comput 1991; march: 58-9.

118. Legler JD, Oates R.

Patients' reactions to physician use of a computerized medical record system during clinical encounters.

J Fam Pract 1993; 37: 241-4.

119. Ornstein S, Bearden A.

Patient perspectives on computer-based medical records.

J Fam Pract 1994; 38: 606-10.

120. Solomon GL, Dechter M.

Are patients pleased with computer use in the examination room ?

J Fam Pract 1995; 41: 241-4.

121. Casset JC.

Le dossier médical informatisé en médecine générale : une nécessité ? Bilan de 4 années d'informatisation.

Document non publié 1995: 43P.

122. Young D, Chapman T, Poile C.

Physician, reveal thyself.

Br J Healthcare Comput 1990; november: 18-21.

123. Rodnick JE.

An opposing view.

J Fam Pract 1990; 30: 460-4.

124. McDonald CJ.

Protocol-based computer reminders, the quality of care and the non-perfectability of man.
N Engl J Med 1976; 295: 1351-5.

125. McDonald CJ, Hui SL, Smith DM, Tierney WM, Cohen SJ, Weinberger M, McCabe GP.

Reminders to physicians from an introspective computer medical record.
Ann Intern Med 1984; 100: 130-8.

126. Wilson GA, McDonald CJ, McCabe GP.

The effect of immediate access to a computerized medical record on physician test ordering : a controlled clinical trial in the emergency room.
Am J Publ Health 1982; 72: 698-702.

127. Tierney WM, McDonald CJ, Martin DK, Hui SL, Rogers MP.

Computerized display of past test results. Effect on outpatient testing.
Ann Intern Med 1987; 107: 569-74.

128. Gehlbach SH, Wilkinson WE, Hammond WE, Clapp NE, Finn AL, Taylor WJ, Rodell M.

Improving drug prescribing in a primary care practice.
Med Care 1984; 22: 193-201.

129. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A.

Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome : a critical appraisal of research.
Ann Intern Med 1994; 120: 135-42.

130. Sullivan F, Mitchell E.

Has general practitioner computing made a difference to patient care ? A systematic review of published reports.

Br Med J 1995; 311: 848-52.

131. Balas EA, Austin SM, Mitchell JA, Ewigman BG, Bopp KD, Brown GD.

The clinical value of computerized information services : a review of 98 randomized clinical trials.

Arch Fam Med 1996; 5: 271-8.

132. Lawler F, Cacy JR, Viviani N, Hamm RM, Cobb SW.

Implementation and termination of a computerized medical information system.
J Fam Pract 1996; 42: 233-6.

133. Les catalogues de progiciels CXP. Edition spéciale : Progiciels du domaine des cabinets médicaux.

Paris : CXP 1996

134. Lambert A.

L'information dans l'exercice médical.

Paris : Syndicat National des Médecins de Groupe (SNMG) 1992: 19P.

**135. Van Der Lei J, Van Der Does E, Man In'T Veld AJ, Musen MA,
Van Bemmel JH.**

Response of general practitioners to computer-generated critiques of hypertension therapy.

Meth Inform Med 1993; 32: 146-53.

136. Barnett GO, Jenders RA, Chueh HC.

The computer-based clinical record. Where do we stand ?

Ann Intern Med 1993; 119: 1046-8.

137. Lamberts H, Wood M.

The International Classification of Primary Care.

Oxford : University Press 1987

138. Société Française de Médecine Générale.

Le dictionnaire de résultats de consultations.

Paris : SFMG 1996; sous presse

139. Cumulative Patient Profile.

Toronto : University of Toronto, Family and Community Medicine Information Systems (FACMIS) 1977: 1P.