

# Le dossier médical informatisé

## Comment peut-il contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles ?

Les informations contenues dans le dossier médical sont-elles suffisantes et utilisables pour contribuer à la nouvelle obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ? Pour le vérifier, nous avons réalisé un audit de pratique dans un cabinet de deux médecins généralistes sur la prise en charge des patients dépendants de l'alcool.

Par **Olivier Kandel, Bernard Gavid, Claire Roy, Jean-François Maugard**, département de médecine générale, Université de Poitiers ; Société française de médecine générale.

L'EPP a été rendue obligatoire en France par l'article 14 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et a été définie par le décret d'application du 14 avril 2005.

Cette évaluation consiste, selon la Haute Autorité de santé, à analyser régulièrement sa pratique effective par rapport aux recommandations. Se pose alors la question de la manière de la réaliser. Deux options principales sont ouvertes : d'une part, l'évaluation a posteriori (démarche rétrospective) qui consiste à analyser les données d'activité clinique (conservées dans le dossier médical) par rapport à une recommandation de pratique ; d'autre part, l'évaluation a priori qui consiste à pratiquer en suivant une recommandation, par exemple en appliquant un protocole ou en s'aidant de *reminders* (démarche prospective).

Le dossier médical est donc essentiel pour réaliser cette évaluation puisqu'il fournit les données qui sont le reflet de la pratique « effective » ; son analyse doit permettre une comparaison avec la pratique « référencée ».

**Objectif de l'étude :** les informations contenues dans le dossier médical sont-elles exploitables et suffisamment pertinentes pour réaliser une évaluation a posteriori ?

### MÉTHODES

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé un audit de pratique sur la tenue du dossier médical informatisé. Cet audit a été conduit dans un cabinet de médecine générale de Poitiers (86) composé de deux médecins masculins qui se sont installés simultanément en 1986 et qui relèvent en direct et en continu l'ensemble des consultations depuis 15 ans à l'aide du *Dictionnaire des résultats de consultation* (DRC-SFMG).<sup>1</sup>

**Référentiels utilisés.** Ce travail s'appuie sur deux référentiels : le premier sur la tenue du dossier médical en médecine générale<sup>2</sup> pour valider la bonne tenue de celui-ci et le second sur le sevrage ambulatoire des patients alcooliques,<sup>3</sup> problème fréquent en médecine générale<sup>4</sup> aux conséquences multiples et sollicitant une prise en charge diversifiée. Le choix de réaliser cette évaluation à partir de l'exemple du sevrage alcoolique se justifiait aussi d'un point de vue méthodologique. Les médecins du cabinet dans lequel s'est déroulée cette étude avaient une expérience ancienne dans la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool, ce qui laisse penser qu'ils connaissaient les référentiels. Cela permettrait plus aisément d'imputer les éventuels écarts de pratique par rapport aux scores attendus à une déficience de la

qualité des informations contenues dans le dossier et non à une méconnaissance de « la bonne pratique ».

**L'audit** a consisté à mener une étude rétrospective descriptive des dossiers médicaux, puis une analyse des informations retrouvées par rapport aux deux référentiels choisis. L'échantillon étudié était composé du regroupement des dossiers médicaux des patients dépendants de l'alcool, pris en charge, au moins une fois, par l'un ou l'autre des médecins entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et le 31 décembre 2004.

**Indicateurs utilisés.** Nous avons arrêté une liste de critères objectifs pour servir d'indicateurs d'évaluation. Puis, nous avons fixé pour chacun d'eux un score de résultat attendu. Plusieurs niveaux de score ont été retenus (de 50 % à 90 %). Ceux-ci ont été définis en croisant l'aspect plus ou moins obligatoire des critères dans les recommandations et l'applicabilité estimée, pondérés par les limites d'ordre technique de l'outil de recueil. Ainsi, par exemple, chaque critère qualifié d'indispensable était affecté du score de 90 % et non de 100 %.

**Recueil des données.** Un questionnaire, qui constituait la grille de recueil pour la lecture des dossiers médicaux, a ensuite été préparé sous Excel. Le logiciel de dossier médical utilisé (Easyprat V6) permet d'extraire

# DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ

TABLEAU 1 – SCORES DES INDICATEURS POUR LA RECOMMANDATION DOSSIER MÉDICAL

Critères	Score attendu	Nb de dossiers	Score réalisé	Adéquation
Nom complet actualisé	90 %	177	100 %	+
Sexe	90 %	177	100 %	+
Date de naissance	90 %	177	100 %	+
Numéro de dossier	90 %	177	100 %	+
Homonymes signalés	90 %	177	100 %	+
Adresse	75 %	171	96 %	++
Téléphone	75 %	132	75 %	=
Profession	75 %	137	77 %	=
Nom du médecin	90 %	177	100 %	+
Date de la rencontre	90 %	177	100 %	+
Type de rencontre	90 %	177	100 %	+
Donnée sur rencontre	50 %	172	97 %	++
Conclusion/synthèse	90 %	177	100 %	+
Décisions	90 %	177	100 %	+
Antécédents	75 %	150	85 %	+
Allergie, Intol. Risque	75 %	150	85 %	+
Vaccination, dépistage	75 %	54	31 %	Moins
Événements, Biblio	50 %	172	97 %	++

une liste de dossiers en fonction d'un diagnostic. S'agissant d'étudier la pratique de la prise en charge par sevrage ambulatoire des patients dépendants de l'alcool, les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants : d'abord rechercher tous les dossiers comportant au moins une fois le diagnostic « problème avec l'alcool » entre le 1/01/2002 et le 31/12/2004. Parmi ceux-ci n'étaient alors retenus que ceux pour lesquels un au moins des deux critères (items) suivants était présent : dépendance psychologique ou dépendance physique.

## RÉSULTATS

Sur la période des trois années étudiées, 217 dossiers contenaient au moins une fois le diagnostic « problème avec l'alcool » ; 177 (81 %) dossiers contenaient le critère de dépendance (psychologique et ou physique) à l'alcool.

**Données du dossier médical.** Le recueil des informations écrites dans les dossiers montre que le sex-ratio (H/F) des patients dépendants de l'alcool était de 2,2, mais de 1,3 pour les patients en cure ambulatoire. Moins de un patient sur 10 avait moins de 30 ans. Moins de la moitié (43 %) des patients étaient mariés ou vivaient en couple, mais il manquait 20 % des données en ce qui concerne la situation familiale. Un tiers des patients n'avaient pas le baccalauréat (37 %) et près d'un patient sur cinq (18 %)

avait dépassé Bac + 3, mais il manquait 24 % des données pour cet item.

**Données sur le sevrage ambulatoire des patients.** Presque tous les patients avaient une dépendance qualifiée de psychique (95 %) et seulement la moitié d'entre eux avaient une dépendance physique à l'alcool (47 %). Au total, un patient dépendant sur deux l'était uniquement sur le plan psychique.

Les pathologies le plus souvent associées à l'alcoolisme étaient les troubles dépressifs (60 %), l'anxiété (48 %), les autres troubles psychiques (42 %), l'insomnie (32 %), le tabagisme (31 %) et l'hypertension artérielle (12 %).

Concernant les signes cliniques ou biologiques associés, 53 % des patients n'en avaient aucun. Un signe clinique hépatique était noté dans 11 % des dossiers, neurologique dans 6 % et des signes cardiologiques dans 3 %. Un peu moins de la moitié des patients avaient un signe biologique.

Plus de la moitié (55 %) des patients avaient eu une prise en charge antérieure et un tiers une hospitalisation antérieure. Un tiers des patients (35 %) avaient déjà fait plusieurs tentatives de sevrage et 40 % avaient été orientés vers une structure spécialisée ou un suivi alterné (psychologique, social...).

L'habitude du cabinet était de prévoir un rythme de consultation hebdomadaire le premier mois. Cette fréquence était effective-

ment retrouvée pour un patient sur trois, et pour la moitié on retrouvait la trace de deux à trois consultations dans le premier mois. Une description globale des traitements prescrits est possible. À plus d'un patient sur deux étaient prescrits des benzodiazépines (90 % des cas), des antidépresseurs (73 %), de l'acamprosate (56 %) ou du méprobamate (53 %).

**Scores réalisés sur la tenue du dossier médical.** Les résultats sont égaux ou supérieurs aux scores attendus pour 17 des 18 indicateurs retenus (tableau 1).

**Score réalisé pour la recommandation sur le sevrage alcoolique.** Les résultats sont égaux ou supérieurs aux scores attendus pour 6 des 11 indicateurs retenus (tableau 2). Le taux de suivi et de rendez-vous programmés variait de 67 à 90 % en fonction du stade de prise en charge (v. encadré ci-contre).

## DISCUSSION

### Dossier médical : bien tenu

Avec 17 des 18 indicateurs atteignant ou dépassant le score attendu pour le référentiel sur la tenue du dossier médical, l'objectif est atteint. Ce bon résultat est en partie expliqué car, avec le logiciel utilisé, certaines informations doivent être obligatoirement saisies (exemple : nom du patient, mode de rencontre...) ou le sont de manière automatique (exemple : nom du médecin, date...). Le critère ayant obtenu un résultat inférieur à celui attendu est « Vaccination, dépistage » avec 31 % pour 75 % attendus. Cela peut s'expliquer en partie par un problème informatique occasionnel du module vaccination, ayant entraîné la perte d'une partie des données. La revue de la littérature<sup>1,5,6</sup> montre des résultats proches des nôtres ; les plus mauvais résultats concernent les facteurs de risque, les allergies et intolérances médicamenteuses et les vaccinations. L'étude la plus récente<sup>6</sup> montre un taux de 36 % pour la vaccination.

### Sevrage alcoolique : des écarts qui reflètent la pratique

Pour le référentiel sur le sevrage alcoolique, les meilleurs résultats sont la proposition de sevrage qui figurait dans 95 % des dossiers, l'hydratation (90 %) et un partenariat professionnel (79 %). Les plus mauvais

# DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ

TABLEAU 2— SCORES DES INDICATEURS POUR LA RECOMMANDATION SUR LE SEVRAGE ALCOOL

Critères	Score attendu	Nb de dossiers	Score réalisé	Adéquation
Sevrage proposé	80 %	168/177	95 %	++
Biologie demandée	80 %	113/177	64 %	Moins
Cure ambulatoire	50 %	83/177	47 %	=
Partenariat	66 %	66/83	79 %	++
Hydratation	80 %	75/83	90 %	++
Thiamine	80 %	5/83	6 %	Moins
Sevrage tabac	66 %	6/34	17 %	Moins
Prescription de BZD	80 %	52/83	69 %	=
Diminution des BZD dans 15 jours	80 %	45/52	85 %	+
> 2 consultations dans le 1 <sup>er</sup> mois	80 %	41/83	49 %	Moins
Prescription antidépresseur		63/83	76 %	
Délai d'institution antidépresseur	66 %	19/83	30 %	Moins

résultats concernent la demande de biologie avant sevrage (64 %). Cela peut s'expliquer par une prise en charge externe antérieure (55 %). Si 90 % des dossiers des patients comportaient une consultation programmée, 49 % en ont eu moins de trois dans le premier mois. Le dossier est bien un reflet de la réalité de ce qui s'est fait (patient non revu) sans que tout soit imputable au praticien. Le délai de 15 jours avant la prescription d'un antidépresseur n'a pas été souvent respecté (30 %). Il faut rapprocher cela des 60 % de troubles dépressifs associés. La faible prise en charge simultanée de l'alcool et du tabac (17 %) s'explique clairement, puisque les médecins du cabinet reconnaissent ne plus le faire systématiquement en raison d'un trop grand nombre d'échecs. Une fois encore le dossier médical est bien un reflet de la pratique du médecin. Enfin, la quasi-absence de prescription de thiamine (6 %) est le plus mauvais résultat. Les médecins du cabinet constatent que, depuis 20 ans, ils la prescrivent rarement. Une des principales raisons est que ce médicament n'est pas remboursé par la sécurité sociale. Pour des raisons d'observance et de coût, ils réservent ces prescriptions aux patients qui ont des signes objectifs ou sont à fort risque de troubles neurologiques.

Nous n'avons pas retrouvé d'autres travaux sur le suivi ambulatoire des patients dépendants de l'alcool.

## Les objectifs non atteints ne sont pas liés à la qualité du dossier

Soit les médecins reconnaissent ne pas suivre les recommandations pour les raisons, bonnes ou mauvaises, qu'ils justifient, soit plusieurs critères ou situations particulières permettent d'expliquer ces mauvais résultats (dépression associée, prise en charge antérieure, patients non revus). Ce n'est donc pas la qualité des informations du dossier qui est en cause, ce qui renforce l'hypothèse de départ sur exploitation du dossier médical. Une étude proche de la nôtre<sup>7</sup> évaluant la prise en charge des patients diabétiques de type 2 arrivait aux mêmes conclusions avec une réserve quant à la diversité des données enregistrées dans les dossiers. « *Simplifier l'étude des dossiers informatiques impliquerait que les médecins adoptent un langage commun et qu'ils aient des dossiers structurés de manière cohérente* ». Il faut préciser que dans notre étude les médecins utilisaient un thésaurus de diagnostics (DRC-SFMG) qui apportait une bonne structuration aux informations recueillies.

Le principal biais, qu'il sera difficile de

contourner, est lié aux problèmes techniques (pertes de certaines de données par panne intempestive...) qui interviennent comme une limite à l'utilisation du dossier médical pour l'EPP.

## CONCLUSION

Le dossier médical est un élément essentiel pour l'évaluation de la pratique professionnelle. Cela implique qu'il soit adapté à la pratique quotidienne du médecin et que les données recueillies soient bien structurées dans la base du logiciel.

Ce travail nous amène à deux remarques et propositions :

- les structures professionnelles ne devraient-elles pas inciter les éditeurs à améliorer l'adaptation des logiciels à la pratique courante du médecin, garantissant notamment une structuration pertinente du recueil des données médicales pour faciliter le suivi des patients et l'évaluation individuelle des pratiques ?
- devant la multiplication des recommandations et la diversité des sources médicales, les praticiens ne peuvent avoir en tête la totalité des recommandations. Ne pourrait-on pas imaginer un accès à ces documents par un affichage informatique immédiat et contextuel pendant la consultation (*reminder*) et privilégier l'« évaluation a priori » ? ■

## Références

1. Ferru P, Kandel O, *et al.* Dictionnaire des Résultats de Consultation (révision 2003-04). Doc Rech Med Gen;62:3-54.
2. ANAES. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. Septembre 1996.
3. ANAES. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Conférence de consensus. Mars 1999.
4. Observatoire de la médecine générale 2004-10. Société française de médecine générale <http://omg.sfm.org> – site visité le 30 mai 2006.
5. Bami J, Doumenc M, Lafont M. Le dossier médical en médecine générale : un audit clinique réalisé par 276 médecins généralistes. Rev Prat Med Gen 1999;13:2081-6.
6. Gallière Sansot S. Un audit de pratique sur le dossier médical en médecine générale. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, université René-Descartes ;2006.
7. Barthelon B, Falcoff H. La qualité de la prise en charge des patients diabétiques de type II chez 12 médecins généralistes : peut-on évaluer par une étude rétrospective des dossiers médicaux informatisés ? Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, université René-Descartes.
8. Falcoff H. Tenue du dossier : les recommandations toujours d'actualité. Rev Prat Med Gen 1999;13:2068-9.

## ENCADRÉ – SUIVI ET PROGRAMMATION DE CONSULTATIONS ULTÉRIEURES

- Dossiers avec le diagnostic « **problème avec l'alcool** » : 173/217 patients revus soit 80 %
- Dossiers des patients **dépendants de l'alcool** : 118/177 consultations programmées soit 67 %
- Dossiers avec **cure ambulatoire** initialisée : 75/83 programmations d'un rendez-vous soit 90 %