

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

2016 TOU3 1023

2016 TOU3 1024

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Mars 2016

Par Claire BUIRETTE et Alain CARROT

Etude des obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes.

Une étude qualitative auprès des médecins généralistes en Midi-Pyrénées

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Jean Paul Carme

JURY:

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Docteur Serge BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean Paul CARME	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Madame le Docteur Julie SUBRA	Assesseur

Nos remerciements

A Monsieur le Professeur Oustric,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre dévouement à revaloriser la médecine générale. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Serge Bismuth,

Vous nous faites l'honneur de juger de notre thèse. Nous vous remercions de nous avoir aidé à trouver notre Directeur de thèse en la personne du Dr Jean Paul Carme.

A Monsieur le Docteur Jean Paul Carme

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour nous avoir guidé tout au long de notre thèse. Nous vous remercions pour votre grande disponibilité et votre gentillesse.

A Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa

Nous vous remercions pour les enseignements que vous nous avez prodigué par l'intermédiaire du DUMG, ainsi que pour avoir accepté d'évaluer notre travail.

A Madame le Docteur Julie Subra

Nous vous remercions pour avoir accepté de juger de notre travail.

Nous remercions tous les médecins que nous avons rencontré au cours de notre internat et qui nous ont apporté les clés de la pratique médicale.

Nous remercions tous les médecins qui ont accepté de participer à notre travail de recherche.

Nous remercions Mme Colette Lacombe pour avoir très gentiment accepté de nous aider dans notre travail.

Remerciements de Claire

A Stéphane qui a su me décrocher les étoiles, qui m'émerveille tous les jours un peu plus

A mes parents pour m'avoir appris à découvrir la vie et avoir été toujours présent à mes côtés.
C'est grâce à vous que je suis là.

A mon frère pour avoir toujours voulu me protéger.

A ma belle-famille qui a su m'accepter dans leur famille.

A mon père et Clément, JOYEUX ANNIVERSAIRE !

A Clément, merci d'être à mes côtés depuis si longtemps, d'être un second frère pour moi

A Yooye, pour m'avoir soutenu dans tous les moments difficiles de ma vie,

A Isa, pour tes extravagances et ton amitié sincère et pour avoir toujours cru en moi,

A Aurélie, pour m'avoir accompagné dans mes folies (Rock, Saut à l'élastique et soirées au Bazar),

A Nathalie, je te souhaite plein de bonheur dans ta carrière même si je regrette qu'il te prenne tout ton temps

A Cécile, Charlotte et Faz, je vous adore, ne changez rien à votre bonne humeur

A Julie, pour tous les moments passés ensemble

A Elise, pour m'avoir proposé un voyage inoubliable en compagnie d'une personne inoubliable

Aux grenadins, pour votre joie de vivre et votre accueil chaleureux

A Alain pour m'avoir fait découvrir et aimé la médecine générale et à sa femme Geneviève, pour sa bienveillance et sa générosité

Remerciements de Alain

A toutes ces personnes que j'aime :

A mes parents : Vous vous êtes employés, toutes ces années, à créer l'environnement le plus favorable possible à ma réussite, tant professionnelle que personnelle. Pour tout ceci je ne vous remercierai jamais assez,

A mes grands-parents, vous êtes des exemples à tant d'égards,

A Sophie, tu es ma pile, mon moteur, mon héroïne. Merci pour ton aide dans notre travail,

A toute ma famille, merci pour l'amour dont vous m'entourez,

A Chantal et Eric, professeurs, guides et amis, votre vie m'inspire au quotidien,

A toute l'équipe de la Maison de Santé des Ondes, qui sait rendre ce métier épanouissant,

A tous mes maîtres de stages, qui ont su me transmettre leur passion d'un exercice bien fait,

A mes copains, qui ont su m'apporter tout au long de ces années l'épanouissement personnel,

A tous ceux qui cherchent par l'altruisme et la sobriété à construire un monde meilleur.

LISTE DES ABREVIATIONS

AcBUS	: Accord de Bon Usage des Soins
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS	: Agence Régionale de Santé
ASIP Santé	: Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CDM	: Code de Déontologie Médicale
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP	: Code de Santé Publique
DMP	: Dossier Médical Partagé (anciennement Dossier Médical Personnel)
EGS	: Evaluation Gériatrique Standardisée
EI	: Entretien Individuel
EPP	: Evaluation des Pratiques Professionnelles
FG	: Groupe Focalisé
HAS	: Haute Autorité de Santé
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MMSE	: Mini Mental State Examination
MSU	: Maître de Stage Universitaire
NGAP	: Nomenclature Générale des Actes Professionnels
P4P	: Pay for Performance
ROSP	: Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
VSM	: Volet de Synthèse Médical

*« Mal nommer un objet, c'est ajouter au malheur de ce monde. »
Albert Camus.*

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	METHODES.....	2
	1) Rôles des chercheurs et réflexivité.....	2
	2) Méthode qualitative	2
	3) Echantillonnage : sélection et recrutement des participants	2
	4) Ethique	3
	5) Recueil des données.....	3
	1. Le guide d'entretien.....	3
	2. Le recueil des données.....	4
	3. La retranscription.....	4
	6) Analyse thématique	5
	1. Le codage	5
	2. La thématization	5
	3. La catégorisation.....	5
	7) Saturation des données empirique	6
	8) Comparaison du travail et résolution des conflits	6
	9) Logiciels utilisés	6
III.	RESULTATS.....	7
	1) Population étudiée et déroulement de l'étude	7
	1. La population étudiée	7
	2. L'entretien individuel	8
	3. Le premier groupe focalisé	8
	4. Le deuxième groupe focalisé	9
	5. Le troisième groupe focalisé	9
	6. Les causes de refus	9
	7. Résolution des conflits	10
	2) Les obstacles à la tenue du dossier médical au domicile.	10
	1. Obstacles liés à une mauvaise définition du dossier et de son architecture.	10
	A. Définition imprécise du dossier médical et manque de consensus.	10
	B. Contenu du dossier médical difficile à définir	11
	C. Le désaccord des médecins sur l'architecture du dossier rendait sa lecture difficile.	12
	D. Les obligations légales du dossier médical	13

E.	Exemple de situation où les médecins étaient en désaccord sur le contenu du dossier : L'évaluation gériatrique	13
2.	Obstacles liés aux médecins	18
A.	Obstacles liés aux médecins dans la tenue du dossier	18
B.	Les obstacles à la tenue d'un dossier de liaison par le médecin.....	22
3.	Obstacles liés à la pratique de la visite au domicile.....	24
A.	La tenue du dossier dépend du nombre de visites.....	24
B.	Les visites étaient consommatrices de temps	24
C.	Les visites étaient mal vécues.....	25
D.	Obstacles liés aux types de visite.....	25
E.	Le faible taux de visites à domicile dans leur activité n'incite pas les médecins à investir.....	25
4.	Le domicile n'est pas un lieu favorable à la tenue d'un dossier médical.....	26
A.	La tenue du dossier au domicile était rendue compliquée par l'absence de la logistique présente au cabinet.....	26
B.	Le dossier stocké au domicile pouvait disparaître après une hospitalisation.....	26
C.	La présence d'un dossier au domicile inquiétait les médecins quant au respect du secret médical.....	27
D.	Le stockage d'éléments non connus par le patient au domicile posait problème.	28
5.	Obstacles liés à la volonté de respecter le secret médical.	28
A.	La sécurisation du dossier stocké au domicile pouvait être fastidieuse.....	28
B.	La volonté de respecter le secret médical ne devait pas être un frein à la tenue d'un dossier utile au partage.....	29
C.	Autocensure du patient craignant le non-respect du secret médical.....	29
6.	Obstacles liés au patient.....	30
A.	Les patients avaient tendance à mal gérer le dossier ou à le perdre.....	30
B.	Les médecins jugeaient difficile de responsabiliser les patients sur la tenue du dossier au domicile.....	30
C.	Difficultés de perception par les patients concernant la propriété du dossier	31
D.	Difficulté de percevoir l'avis des patients sur leur propre dossier.....	31
E.	Obstacles liés à la perception de l'intérêt du médecin pour le dossier médical par les patients.....	31
7.	Obstacles liés à la multiplicité des supports	32
8.	Obstacles liés au support.....	33
A.	Le problème de la tenue du dossier dépasse celui du support.....	33
B.	Obstacles à l'utilisation de la mémoire.....	33
C.	Obstacles à l'utilisation d'un support papier.....	34
D.	Obstacles liés au dossier synthétique sous format papier.....	34

E.	Obstacles à l'utilisation d'un support informatique	35
F.	Obstacles à l'utilisation d'un dossier de liaison comme support au dossier médical.	36
G.	Obstacles à l'utilisation d'une synthèse informatique comme support au dossier médical.....	39
H.	Obstacles à l'utilisation du DMP comme support au dossier médical.....	41
I.	Obstacles à l'utilisation d'une personne de confiance en tant que support du dossier médical.....	45
J.	Obstacles à l'utilisation d'un carnet de santé comme support au dossier médical....	45
9.	Obstacles liés à l'organisation du cabinet.....	45
A.	Obstacles liés au confrères	45
B.	Obstacles liés à l'utilisation d'un secrétariat	46
C.	Utilisation du dictaphone.....	46
IV.	DISCUSSION	47
1)	Forces et faiblesses de l'étude.	47
1.	Limites de l'étude.....	47
2.	Forces de l'étude.....	47
2)	Obstacles liés à une mauvaise définition du dossier et de son architecture.	48
1.	Il existe peu d'éléments législatifs sur la définition du dossier médical	48
2.	Les recommandations de bonnes pratiques	49
3.	Discussion sur la définition du dossier médical dans la littérature.....	50
4.	Difficultés à harmoniser les pratiques entre les médecins	51
5.	Conclusion.....	52
3)	La population âgée : Une caractéristique de la visite à domicile pour laquelle l'évaluation gériatrique est difficile à intégrer dans le dossier.....	53
1.	Manque d'intérêt pour la gériatrie	53
2.	Difficultés techniques à réaliser une EGS et donc à l'intégrer au dossier.....	53
3.	Difficultés à coordonner l'évaluation gériatrique avec les paramédicaux.....	54
4.	Conclusion.....	54
4)	Obstacles liés au médecin généraliste et à sa perception des visites à domicile	55
1.	Les difficultés à s'autoévaluer malgré des outils existants.	55
2.	Le manque de temps.	55
3.	Le manque de motivation du médecin	56
4.	Le temps passé à tenir un dossier pourrait aboutir au burn out	57
5.	La rémunération était jugée insuffisante au regard des contraintes.....	58
6.	Conclusion.....	59

5) Les obstacles de chaque support utilisé par les médecins.	60
1. Multiplicité des supports pour un même patient	60
2. Différents supports au domicile.....	60
A. Le débat papier/informatique : Une sempiternelle lutte ?.....	61
B. Dossier de liaison : obstacles à son utilisation comme support	63
C. Synthèse informatique.....	66
D. Le Dossier Médical Partagé.....	67
E. Carte vitale.....	71
F. Carnet de santé.....	71
V. CONCLUSION.....	72

I. INTRODUCTION

La visite à domicile est une spécificité de l'activité du médecin généraliste. Même si le nombre de visites a considérablement diminué depuis l'instauration de l'Accord de Bon Usage des Soins, elle ne peut complètement disparaître. Elle contribue principalement à la prise en charge des personnes âgées, population toujours plus importante du fait de l'avancée en âge des générations du baby-boom et de l'allongement de l'espérance de vie.

Les médecins effectuaient en moyenne 10 visites au domicile par semaine en 2013.(1) Elles sont principalement destinées aux patients en soins palliatifs, en perte d'autonomie ou âgés. Elles permettent l'accès aux soins pour les personnes isolées. Même si elles peuvent paraître enrichissantes pour le médecin car elles contribuent à situer le patient dans son environnement. Elles sont souvent perçues comme chronophages et non valorisées financièrement.(2)

Au fil de leurs stages et remplacements, de jeunes chercheurs ont été confrontés à une grande variabilité de qualité des dossiers lors des visites. En 2005, un état des lieux évaluait à 54.4% le taux de médecins en zones urbaines qui tenaient systématiquement le dossier pour les patients vus en visite.(3) En 2011, une enquête auprès de maîtres de stage de Midi-Pyrénées révélait diverses pratiques concernant le support du dossier : 20% utilisaient un support papier transporté du cabinet, 5% un support informatique transporté, 42% un support écrit laissé au domicile du patient, 22% une retranscription sur le support informatique du cabinet et 12% n'utilisaient aucun support.(4)

Il existe pourtant des recommandations de 1996 concernant la tenue du dossier médical rédigées par l'ANAES. Elles en expliquent l'importance et détaillent la manière d'y parvenir. On peut alors se demander quels obstacles rencontrent les médecins généralistes lors des visites à domicile. Il est intéressant d'en appréhender les aspects liés au support mais aussi de s'intéresser au contenu. En effet, les visites à domicile s'effectuent dans des conditions particulières et concernent des situations souvent complexes. Elles sont destinées à une population dont la prise en charge est souvent pluridisciplinaire et pour lesquelles le maintien à domicile est un objectif recherché.

Les chercheurs ont mis en place une enquête qualitative par groupes focalisés auprès de médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Son objectif était d'identifier les obstacles à la tenue du dossier médical lors des visites des personnes âgées à leur domicile.

II. METHODES

1) Rôles des chercheurs et réflexivité

L'étude a été réalisée par deux chercheurs, internes en médecine générale qui se sont partagé le travail bibliographique, le recueil des données, la retranscription, l'encodage et l'analyse ainsi que la rédaction.

Les chercheurs ont fait un travail de réflexivité par rapport à leur place d'interne et leur statut de médecin pour avoir conscience des biais potentiellement présents tout au long de l'étude.

2) Méthode qualitative

Le choix de la méthode qualitative fut retenu devant la nécessité d'explorer des phénomènes sociologiques difficiles à objectiver.(5) Les groupes focalisés (ou focus groups) semi-dirigés avaient pour intérêt de stimuler les échanges entre participants. Ils pouvaient ainsi mettre en opposition leurs pratiques et leurs vécus. Les données ont ensuite été exploitées selon une analyse thématique.

3) Echantillonnage : sélection et recrutement des participants

Des médecins généralistes de Midi-Pyrénées ont été recrutés pour participer aux groupes focalisés. Le nombre idéal recherché était entre 6 et 8 participants, le nombre minimum requis était de 4 personnes, le nombre maximum était de 12 personnes.(6)

L'échantillonnage a été raisonné afin d'obtenir une variabilité maximale dans les profils des médecins généralistes selon les critères suivants : sexe, âge, exercice urbain ou rural, ancienneté d'installation, constitution du cabinet (présence de secrétaires ou de confrères), modalités de tenue et accessibilité des dossiers lors des visites, maître de stage ou non. Ces variables étaient recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire appelé talon sociologique distribué lors des groupes focalisés. (**Annexe 1 : Talon sociologique**)

Plusieurs moyens de recrutement des participants ont été utilisés : Soit de proche en proche, par l'intermédiaire de médecins rencontrés sur les terrains de stage, soit par recrutement à l'aide de listes de courriels (obtenues par l'intermédiaire du directeur de thèse ainsi que par le biais de sites d'annonces de recherche de médecins remplaçants).

Ils ont été contactés initialement par courriel, téléphone, ou en personne, pour obtenir un accord de principe. Un courriel commun d'invitation leur a été envoyé pour expliquer le thème de l'étude « Le dossier médical au domicile de la personne âgée », et pour préciser le respect de l'anonymat et les modalités pratiques de la session du groupe focalisé (**Annexe 2 : Courriel aux médecins généralistes**).

4) Ethique

Chaque participant de l'étude a signé un formulaire de consentement concernant sa présence et le recueil des données. Il y était spécifié que celles-ci seraient anonymisées. (**Annexe 3 : Formulaire de consentement**)

L'anonymisation des données s'est faite à deux reprises : Lors des groupes focalisés, chaque participant s'est identifié en utilisant une lettre à la place de son nom, puis lors de la retranscription, tout élément permettant de les identifier a été rendu anonyme.

Les chercheurs ont soumis le sujet au comité d'éthique du département de médecine générale de Midi-Pyrénées, qui a rendu un avis favorable le 28 juin 2014.

5) Recueil des données

1. Le guide d'entretien.

Un guide d'entretien fut réalisé, de façon à guider les participants vers plusieurs « points clés » qui devaient être abordés lors de chaque groupe focalisé.

Le guide débutait par une question d'ouverture permettant aux participants de s'exprimer librement sur le sujet. Plusieurs questions de relance étaient ensuite prévues en cas de blocage ou lorsque les participants s'écartaient du sujet. Elles ont été séparées en deux parties. : L'une traitant du support et de la logistique (informatique, stockage, secret médical,

organisation du cabinet et DMP), et l'autre du contenu et de la définition du dossier médical spécifique à la visite au domicile (contenu, évaluation gériatrique et apport des paramédicaux, disponibilité d'un modèle, dossier de liaison). (**Annexe 4** : Guide d'entretien n°1)

Le guide a été testé à l'aide d'un entretien individuel pour vérifier le bon cheminement des questions, ainsi que leur bonne compréhension. Les chercheurs ont choisi de le tester avec un médecin qu'ils connaissaient, mais qui ne connaissait pas l'étude et qui tenait peu les dossiers lors des visites à domicile.

La méthode qualitative permet l'évolution du guide au cours de l'étude en fonction des résultats obtenus tant que celle-ci poursuit les mêmes objectifs de recherche.

2. Le recueil des données.

Le recueil des données s'est déroulé selon un entretien individuel et des groupes focalisés en Midi-Pyrénées sur des bassins de santé différents.

Les réunions ont été animées par une personne qui pouvait être soit une tierce personne expérimentée aux groupes focalisés, soit par un des chercheurs. Le second chercheur prenait alors le rôle de scribe et notait la métacommunication horodatée. Pour faciliter la retranscription, les réunions ont été enregistrées par l'intermédiaire d'un ou de deux dictaphones (Olympus VN-240pc©, Iphone 6S©).

Les chercheurs ont procédé à une analyse du contexte d'énonciation à la fin de chaque groupe focalisé (**Annexe 6** : Exemple de contexte d'énonciation : Groupe Focalisé n°3). Elle avait pour but de préciser les circonstances dans lesquelles ont été recueillies les données.

3. La retranscription.

Chaque chercheur a retranscrit la moitié de l'enregistrement à l'aide d'un logiciel de traitement de texte informatique (Microsoft Word©, Libre Office©) le plus fidèlement possible. Ce travail a été réalisé dans les jours qui ont suivi les recueils des données. Les données de métacommunication ont été intégrées : entre parenthèses, les aspects non verbaux ainsi que les éléments anonymisés ; en majuscules, les hausses de voix ; en petite police, les chuchotements ; les points de suspension pour les courts silences ; entre accolades lorsque

des intervenants parlaient en même temps ; et « blanc » en majuscule pour les longs silences. Chaque médecin a été identifié par une lettre, permettant de respecter l'anonymat. L'animateur a été identifié par l'abréviation « An ». La retranscription a été relue par l'autre chercheur qui s'est aidé de la réécoute de l'entretien pour validation.

Chaque retranscription constitue un verbatim, et l'ensemble des verbatim correspond au corpus de l'étude. (**Annexe 7** : Extrait du verbatim, groupe focalisé 1)

6) Analyse thématique

L'analyse thématique a permis de dégager des thèmes en lien avec la question de recherche. Ces thèmes ont amené à l'émergence de certains concepts. L'analyse thématique s'est déroulée en plusieurs temps : le codage, la thématization et la catégorisation.(7)

1. Le codage

Le verbatim fut découpé en unités de sens qui se définissaient selon A.Gotman et A.Blanchet par « *un noyau de sens repérable en fonction de la problématique et des hypothèses de la recherche* ». (8) Les chercheurs ont attribué à chaque unité, un code reprenant le sens. Lorsque d'autres unités du verbatim étaient porteuses du même sens, celles-ci étaient rattachées au même code.

2. La thématization

La thématization est une démarche descriptive. Elle consiste au regroupement des différents codes dont le sens est similaire pour aboutir à des thèmes communs. Ceux-ci n'ont donc pas été définis en amont mais au fur à mesure du travail d'analyse.

3. La catégorisation.

Les chercheurs ont ensuite réorganisé les thèmes en fonction de l'objectif de recherche afin d'en dégager des concepts, c'est la catégorisation. Tous les éléments n'étant pas en lien avec la question de recherche ont été jugés hors sujet. Les éléments se rattachant à la pratique des médecins en maison de retraite ou en contexte de soins palliatifs ont été exclus, car ils avaient leurs spécificités.

7) Saturation des données empirique

La saturation des données empirique a été atteinte lorsque les unités codées n'apportaient plus d'éléments nouveaux à la question de recherche. Le nombre de groupes focalisés n'a donc pas été établi en amont. Les chercheurs se sont assurés après chaque groupe focalisé d'être arrivés à la saturation théorique des données par l'absence d'éléments nouveaux et par la vérification que tous les profils de médecins aient été interrogés. Tant que ces objectifs n'étaient pas atteints, un autre groupe focalisé était organisé.

8) Comparaison du travail et résolution des conflits

Les chercheurs ont réalisé une comparaison lors des différentes étapes de l'étude :

- Lors de la retranscription,
- Lors la segmentation du verbatim en unités de sens,
- Lors de la validation du codage,
- Lors de la thématization et de la catégorisation.

Lorsque les deux chercheurs étaient en conflit lors de l'une des étapes, ils pouvaient procéder de la manière suivante :

- a) Relecture du verbatim et réécoute de l'enregistrement
- b) Si le conflit persistait, le directeur pouvait être mis à contribution pour arriver à un consensus.

9) Logiciels utilisés

Le travail de recherche bibliographie fut indexé à l'aide de Zotero©, de Roy Rosenzweig Center for History and New Media.

Les logiciels de traitement de texte utilisés ont été différents selon les chercheurs : Libre Office© ou Microsoft Word©. Ils ont été ensuite transférés puis analysés avec l'aide d'un logiciel de traitement d'analyse des données, NVivo© de QSR International.

Les chercheurs ont pu travailler en commun avec l'aide d'un logiciel de prise en main à distance, TeamViewer© et l'utilisation d'un cloud, Google Drive©.

III. RESULTATS

1) Population étudiée et déroulement de l'étude

1. La population étudiée

L'étude s'est déroulée selon 1 entretien individuel et 3 groupes focalisés brassant 3 départements de Midi-Pyrénées : L'Aveyron, la Haute-Garonne et le Lot (**Annexe 8** : Tableau récapitulatif des médecins interviewés).

Ainsi, concernant l'ensemble des médecins :

- Leur sexe : 50 % étaient des femmes, 50% étaient des hommes.
- Leur âge : 10 % d'entre eux avaient entre 20 et 29 ans, 25 % entre 30 et 39 ans, 20 % entre 40 et 49 ans, 20 % entre 50 et 59 ans, et 25 % avaient plus de 60 ans.

Concernant seulement les médecins installés :

- Le lieu d'exercice : 17 % d'entre eux travaillaient en milieu rural, 50 % en milieu semi-rural, et 33 % en milieu urbain.
- La durée d'installation : 33 % étaient installés depuis moins de 5 ans, 17 % entre 5 ans et 9 ans, 17 % entre 20 et 29 ans, 33 % depuis plus de 30 ans.
- La présence d'associés : 28 % d'entre eux n'avaient pas d'associés, 28 % avaient 1 associé, 6 % : 2 associés, 33 % : 3 associés, 6 % : 5 associés.
- Disponibilité d'un secrétariat : 28 % n'avaient pas de secrétariat, 72 % en disposaient
- Maîtres de stages universitaires : 61 % ne l'étaient pas, 39 % l'étaient.
- Le nombre de visites hebdomadaires : 6 % déclaraient en faire moins de 5 ; 28 % entre 5 et 9 ; 39 % entre 10 et 19 ; 28 % déclaraient en faire 20 ou plus par semaine.
- L'accessibilité d'un dossier au domicile : 39 % déclaraient ne pas y avoir accès, alors que 61 % déclaraient y avoir accès.
- La rédaction d'une observation systématique, 56 % des médecins installés déclaraient ne pas le faire, 44 % déclaraient en rédiger une.
- Le type de support : 28 % retranscrivaient au retour au cabinet, 39 % transportaient un dossier papier, 6 % transportaient un ordinateur, 17 % utilisaient un dossier papier stocké au domicile et 11 % n'utilisaient aucun support.

Il existe une variabilité satisfaisante des caractéristiques des médecins interviewés.

2. L'entretien individuel

L'entretien individuel, avec le médecin X, a duré 26 minutes. Il a été réalisé au cabinet du médecin après ses consultations. Celui-ci n'a pas montré qu'il était nécessaire de modifier le guide d'entretien. Les chercheurs ont décidé d'intégrer les informations recueillies à l'étude étant donné qu'elles répondaient à la question de recherche. L'un des chercheurs avait été stagiaire du médecin. Il connaissait ses pratiques, qui consistaient à rédiger une observation succincte sur son dossier informatisé du cabinet au retour des visites. Il a donc été décidé que l'autre chercheur réaliserait l'entretien seul.

3. Le premier groupe focalisé

Le groupe focalisé 1, était composé de 9 médecins, identifiés dans l'étude par les lettres de « A » à « I ». Il a duré 2 heures et 10 minutes. Il a été réalisé dans une salle prêtée par la mairie d'une ville limitrophe entre deux départements. Lors de la réunion, l'un des chercheurs était le stagiaire de quatre des médecins présents. L'animation a été réalisée par une sage-femme retraitée, formée à la recherche qualitative et à l'animation de groupes focalisés. L'un des médecins travaillait sur l'élaboration d'un dossier de liaison harmonisé dans le bassin de santé.

A l'issue de ce groupe focalisé, les chercheurs se sont aperçus que la question de relance « Certains praticiens impriment un dossier informatisé avant de partir en visite, que pensez-vous de cette pratique ? » faisait référence à une solution en particulier et pouvait orienter les réponses. Ils ont donc décidé de la reformuler et de l'intégrer à la première question qui elle-même a été modifiée de façon à la rendre plus compréhensible : « En quoi l'organisation de votre cabinet (Secrétaire, associés, impression d'un dossier...) vous aide à la tenue du dossier à domicile ? ».

Il a été mentionné le carnet de santé proposé par Alain Juppé en décembre 1996, lors du groupe focalisé, raison pour laquelle les chercheurs ont intégré l'exemple dans la question de relance concernant l'aide apportée par la disponibilité d'un modèle de dossier médical. (**Annexes 4 et 5** : Guides d'entretien n°1 et n°2).

Les médecins remplaçants ont été évoqués lors du premier groupe focalisé. Leur profil pouvait apporter des éléments nouveaux à la question de recherche. Des médecins remplaçants ont donc participé au second groupe focalisé.

4. Le deuxième groupe focalisé

Le groupe focalisé 2, était composé de 6 médecins, identifiés dans l'étude par les lettres de « J » à « O ». Il a duré 2 heures et 22 minutes, l'enregistrement s'est arrêté à 2h17 minutes lors de la question de conclusion. Les notes du scribe ont permis de vérifier qu'aucune nouvelle idée n'a été abordée pendant les 5 minutes manquantes. Il a été réalisé à l'internat de la ville où a été menée la réunion. L'un des chercheurs avait été le stagiaire d'un des médecins. Lors de la réunion, 3 participants étaient personnellement connus par les deux chercheurs.

Après avoir analysé la répartition des profils en fonction de la variable « lieu d'exercice », il a été conclu que peu de participants travaillaient en milieu urbain. Le troisième groupe focalisé a donc été organisé au sein d'une grande ville.

5. Le troisième groupe focalisé

Le groupe focalisé 3 fut difficile à réaliser étant donné un faible taux de réponses aux invitations envoyées. La première tentative fut un échec. Une seconde réunion a permis de recruter 7 médecins après l'envoi de 66 invitations. 2 se désistèrent au dernier moment et un n'est pas venu, sans justification. Le groupe focalisé 3 fut donc composé de 4 médecins, identifiés dans l'étude par les lettres de « P » à « S ». Il a duré 2 heures et 16 minutes. Q est arrivé à la 45ème minute. Il a été réalisé dans une salle louée à l'URPS. L'un des médecins travaillait sur l'élaboration d'un dossier de liaison harmonisé dans le bassin de santé.

Un des chercheurs connaissait deux des médecins présents dans le cadre de remplacements. Il a donc été décidé que l'autre chercheur serait l'animateur.

Lors du travail du contexte d'énonciation, la saturation des données est apparue comme étant probable. Ceci fut confirmé lors de l'analyse. (**Annexe 6**: Contexte d'énonciation).

6. Les causes de refus

Certains médecins ont décliné l'invitation pour des raisons de disponibilité. D'autres n'étaient pas présents pour cause d'oubli. Les chercheurs ne connaissaient pas les causes de refus pour la majorité des personnes contactées.

7. Résolution des conflits

Il n'a pas été nécessaire de recourir à l'avis du directeur de thèse lors des résolutions de conflit puisque les deux chercheurs sont arrivés à une conclusion consensuelle après réécoute des enregistrements.

2) Les obstacles à la tenue du dossier médical au domicile.

Les extraits du corpus seront signalés en gris suivis par l'abréviation « EI » pour « entretien individuel » et « FG » pour « groupe focalisé » et de la lettre correspondant au médecin qui parle.

1. Obstacles liés à une mauvaise définition du dossier et de son architecture.

A. Définition imprécise du dossier médical et manque de consensus.

a) Définition imprécise et confusion entre dossier de liaison et dossier médical

Certains médecins considéraient que l'obstacle principal à la tenue d'un dossier de bonne qualité était le manque de définition du dossier médical.

« On a pas trouvé la solution idéale, et on peut pas la trouver par l'informatique que tant qu'on n'aura pas résolu le problème de « Qu'est-ce que c'est un dossier médical à domicile ? » ». (FG 1, G)

Les médecins relevaient une confusion entre la notion de dossier médical et la notion de dossier de liaison.

« ... parce que tout à l'heure on a tout confondu en fait : le dossier médical, le dossier de liaison avec les infirmières, est-ce que c'est pareil ? On n'a pas précisé, enfin ... du coup on n'est pas bien au clair. » (FG 1, G)

b) Difficulté de définir la nature du dossier souhaitable au domicile

Certains médecins considéraient que la nature du dossier au domicile était conditionnée par la volonté de partager ou non des informations. Ils se demandaient s'il était préférable de tenir un dossier personnel au médecin ou un dossier pluridisciplinaire.

« Est-ce que le dossier médical, il n'est qu'à moi, qu'à moi, qu'à moi et dans ce cas-là, c'est

facile j'ai mon truc à moi et puis quel que soit le support. Ou est-ce que euh je suis sur un dossier pluridisciplinaire parce que j'ai l'impression qu'il faut partager avec les autres [...] mais il y a des trucs que j'ai pas envie de partager. » (FG 1, G)

c) Manque de consensus entre les médecins

Ils estimaient qu'il n'y avait pas de consensus sur la tenue du dossier médical, ce qui impliquait des pratiques différentes.

« Pour l'instant, il n'y a pas de règles enseignées, donc chacun fait un peu à sa sauce pour arriver à se comprendre. » (FG 2, N)

« et que personne ne fait pareil et qu'on n'a pas d'attitude commune » (FG 1, I)

L'architecture du dossier médical était propre au médecin et à sa vision de la médecine.

« La structure de mon dossier médical, c'est moi qui l'ai fait, à ma façon de voir. » (FG 2, N)

Certains médecins considéraient que leur mauvaise tenue du dossier était liée à l'ambition récente de qualité, notamment pour des raisons légales.

« La mienne elle est médiocre, mais bon c'est, c'est nouveau hein. Jusqu'à maintenant on ne le faisait pas. ». (FG 1, F)

*« Quand on nous demande maintenant, les **jeunes** sont formés, quand même je pense, à s'y tenir à peu près parce que ça fait partie de notre responsabilité, ça était écrit, ce qui était pas écrit avant. Ça fait **partie** de la responsabilité du médecin, maintenant de plus en plus. Ça fait partie du rôle médecin traitant tout ça. Ouais, mais c'est des nouvelles obligations, qui on va dire, qui coulent de source. » (FG 2, N)*

B. Contenu du dossier médical difficile à définir

a) Contenu du dossier médical

Les médecins avaient du mal à définir le contenu du dossier médical. Ils répondaient à la question les interrogeant sur le contenu à y faire figurer par « Bah tout ce qui vient quoi ... » et « Je ne sais pas ... » (EI, X).

Les médecins étaient en désaccord concernant les éléments importants à faire figurer dans le dossier médical lors des visites à domicile.

« G : [...] J'aime bien avoir le poids.

A : Oui, oui, non, mais bon {G : Je trouve simplement} “Primordiales” {G : Primordiales mais oui primordiales} C’est superfétatoire.

G : Le poids c’est, le poids c’est superfétatoire ? {B : Si le poids} » (FG 1)

Les médecins étaient en désaccord concernant la propriété des notes personnelles et le fait qu’elles puissent faire partie du dossier médical.

*« G : Le dossier **médical** appartient au patient.*

A : Le dossier médical oui, toute note personnelle, non.

E : Non pas tes notes. » (FG 1)

Les antécédents étaient une notion mal limitée. Les médecins rajoutaient dans la section « antécédents » des éléments n’en faisant pas rigoureusement partie.

« Ça veut dire les informations qui sont pas les antécédents mais euh qui peuvent être importantes « la dernière visite chez le cardiologue ». [...] C’est pas vraiment une pathologie [...] mais enfin, c’est quand même des informations importantes pour nous. » (FG 2, N)

b) Contenu du dossier partagé.

Il était difficile de définir quelles informations devaient être présentes dans le dossier partagé au domicile. C’était considéré comme étant le rôle ardu du médecin.

*« F : **Que** met-on à domicile et que met-on, enfin à la vue de tout le monde et ...*

*G (Coupe F) : Et que met-on pas ? Mais il y a quand même plein de situations frontières où où ... où on est **mal à l’aise** Mais peut-être que ce malaise, il est normal, ça et il est inhérent à notre métier ... » (FG 2)*

C. Le désaccord des médecins sur l’architecture du dossier rendait sa lecture difficile.

Certains médecins trouvaient que des éléments importants étaient inapparents au sein du dossier médical et de ses observations qui s’accumulaient...

« C’est très compliqué. Si tu veux [savoir] quand tu as exploré la dernière fois le pied [...] diabétique [...] Ou sinon il faut relire toutes les, toutes les observations. » (FG 3, R)

... tandis que d’autres médecins considéraient que toutes les informations étaient importantes et ne devaient pas être hiérarchisées.

« Moi je pars du principe que tout ce qui est dit, tout ce qui est fait, peut un jour avoir une

pertinence. [...] De dire qu'il faut hiérarchiser le dossier, c'est de dire qu'en fait euh le médecin, l'être humain, il n'est pas capable de recul ou de discernement. » (FG 3, S)

Lorsque les dossiers étaient partagés entre plusieurs médecins, les différentes façons de le remplir posaient un problème de lisibilité.

« ... il faut qu'on se mette d'accord aussi sur la façon dont on remplit le dossier; [...] à la rubrique observations, il faut qu'on connaisse les abréviations de chacun, il faut qu'on sache où on le met quand on a un arrêt de travail, pour que ce soit bien évident. » (FG 3, S)

D. Les obligations légales du dossier médical

Certains médecins jugeaient leur gestion du dossier entravée par le cadre législatif. La vision de l'administration ne favorisait pas ce que la logique médicale dictait au médecin quant à la conservation des informations obsolètes.

« Je suis médecin, je sais quand même les informations dont j'ai besoin pour soigner ce patient. C'est pas [l'administration qui va m'expliquer] que je peux pas jeter l'INR d'il y a onze mois, faut le faire ben non, le cadre législatif empêche de faire des choses pareilles. » (FG 3, N)

E. Exemple de situation où les médecins étaient en désaccord sur le contenu du dossier : L'évaluation gériatrique

a) Obstacles liés au rapport du médecin avec la gériatrie.

Certains médecins prenaient en charge des personnes âgées lors des visites sans avoir l'impression de pratiquer la gériatrie. Cette pratique pouvait étonner quelques médecins.

« E : ... moi tous les patients que je vois à domicile sont vraiment en fragilité, et euh, ils sont pratiquement tous déments.

[...]

E : Je n'y connais rien en (rire) en évaluation de gériatrie à part le MMS que je fais à domicile, après le reste, je, je, je fais pas beaucoup de gériatrie, en fait [...]

B : Tu fais pas beaucoup de gériatrie, mais tu fais des visites à domicile ?

E : Oui. (E fait oui de la tête) » (FG 1)

Certains médecins n'avaient pas d'attraits pour la gériatrie, que peu de motivation et n'étant pas spécialistes en gériatrie, ils ne souhaitaient pas réaliser les évaluations eux-mêmes.

« ... j'ai très peu d'affinité avec la gériatrie. » (FG 3, R)

« S'il y a besoin d'évaluer, je le fais faire par le gériatre [...] c'est assez compliqué l'évaluation. Je ne suis pas spécialisé là-dedans, je ne veux pas rentrer dans les détails. » (FG 3, R)

« J'ai pas trop la patience de m'y plonger. » (FG 3, R)

b) Apport de l'évaluation gériatrique standardisée jugé limité

Certains médecins considéraient que le résultat obtenu après une évaluation gériatrique standardisée n'apportait pas d'élément nouveau par rapport à l'intuition qu'ils avaient eue.

« ... les évaluations gériatriques [...] des fois on en voit, on se dit que [...] quatre pages, pour finalement, une intuition autre qu'on a et ça n'a pas apporté d'éléments. » (FG 3, Q)

Certains médecins considéraient que l'intuition était suffisante pour le suivi de la personne âgée et que l'évaluation gériatrique standardisée n'était pas nécessaire.

«... je pense qu'on le fait de façon très intuitive par notre connaissance du patient, mais on ne le cote pas, on ne le met pas en chiffres ... » (FG 2, N)

Certains médecins considéraient qu'il n'était pas nécessaire de recourir à des tests chiffrés pour réaliser une prise en charge adaptée.

« ...j'ai pas eu besoin de faire un Tinetti pour faire la prescription. » (FG 1, A)

Certains médecins considéraient que l'évaluation gériatrique faisait perdre du temps alors que la langue française était suffisamment précise pour décrire la situation.

« ... le français est assez précis, [...] j'ai pas envie de perdre du temps là-dessus. » (FG 3, R)

Certains médecins considéraient que les évaluations gériatriques, s'appuyant sur des questions fermées, limitaient le patient dans ses réponses, ce qui ne permettait pas d'évaluer certains aspects de la situation.

« On pose des questions fermées et les gens doivent répondre oui/non, et c'est vrai quand tu prends en pratique, tu arrives à faire de moins en moins de questions fermées et à mieux évaluer ton, ton patient. Et dans toutes les échelles [...] il y a beaucoup de choses auxquelles on, on échappe. » (FG 3, R)

Certains médecins considéraient que la réalisation d'une évaluation gériatrique chiffrée avait peu d'intérêt lorsque les patients étaient opposés à la prise en charge qui en découlerait. Objectiver ce risque sans avoir de solution était inconfortable au point de ne pas l'intégrer au dossier.

« Et le vrai problème, c'est que ça débouche sur quoi ? Parce que [...] vouloir faire marcher quelqu'un qui ne veut pas marcher ... » (FG 1, A)

« ... si on objective un risque qu'on avait senti intuitivement, on va se retrouver avec un risque qui est objectivé, et toujours pas de solution. Donc en plus de ne pas avoir de solution, on a un risque qui est affirmé. Donc ça devient encore plus inconfortable. » (FG 3, S)

c) Obstacles techniques à la réalisation de l'évaluation gériatrique par le médecin en visite

Certains médecins considéraient que le temps passé à réaliser une évaluation gériatrique chiffrée n'était pas compensé par la rémunération des visites.

« On pourrait, mais pas avec une visite à 33 euros, [...] parce que si on parle d'évaluation gériatrique standardisée [...], ça veut dire MMS, test nutritionnel, un test de Tinetti, un test de dépistage de la dépression, il y en a pour une, une heure et demi. » (FG 1, G)

Certains outils chiffrés permettant l'évaluation gériatrique étaient perçus comme médiocres ou mauvais.

« [Le MMS], ... un piètre représentatif, ... un très mauvais outil quoi. » (FG 1, A)

Certains médecins exprimaient que certains outils chiffrés étaient adaptés à la recherche et non à la pratique médicale puisqu'ils étaient conçus par des personnes ne pratiquant pas les visites à domicile.

« ... le Tinetti, ça sert uniquement dans la recherche, en aucun cas, je veux dire ça a un intérêt pratique pour des jeunes comme nous. » (FG 1, A)

« Mais euh les mecs qui font les articles, ils ne font pas des visites à domicile » (FG 1, A)

Certains considéraient que les échelles d'évaluation gériatrique étaient très techniques.

« ... les évaluations gériatriques tous leurs scores je me dis « waouh » c'est d'une technicité ... » (FG 3, R)

Certains médecins considéraient que le domicile n'était pas le lieu approprié à la réalisation d'une évaluation gériatrique chiffrée, notamment car il ne s'agissait ni d'un renouvellement, ni d'une situation d'urgence.

« [Réaliser une évaluation gériatrique au domicile] c'est hors sujet, c'est comme si [...] je faisais euh une consultation ophtalmo à domicile. Je pense qu'on ne peut pas tout faire à domicile ... » (FG 1, A)

« A domicile, non ! [...] [C'est] soit l'urgence soit du renouvellement » (FG 1, A)

Certains médecins considéraient qu'ils n'avaient aucune connaissance concernant l'évaluation gériatrique standardisée. Elle nécessitait une formation spécifique.

« Je n'y connais rien en (rire) en évaluation de gériatrie » (FG 1, E)

« Mais j'avoue que c'est une formation ... c'est très particulier. » (FG 3, R)

Certains médecins considéraient que certains outils chiffrés étaient trop long à réaliser, et que leur répétition dans le temps rendait leur réalisation impossible.

« ... l'évaluation de l'autonomie avec un questionnaire de quatre pages, c'est pas possible. Surtout quand ça change et que l'état se dégrade, si tous les quinze jours, il faut refaire l'éval, enfin, pour moi c'est pas réalisable. » (FG 2, L)

Certains médecins pensaient que les résultats des évaluations réalisées par des outils chiffrés devaient être rapides à relire.

« Qu'il puisse être rapide pour être relu » (FG 2, J)

Certains médecins exprimaient qu'en l'absence d'une tierce personne pour réaliser l'évaluation gériatrique standardisée, elle ne serait pas réalisée en visite par les médecins.

« Ca peut-être de la délégation de tâches intéressantes, parce que, nous clairement, on ne va pas le faire. » (FG 1, G)

d) Freins à la contribution des paramédicaux dans la réalisation d'une évaluation gériatrique au domicile.

Certains médecins considéraient que la délégation de l'évaluation gériatrique aux paramédicaux était rendue compliquée par l'absence de sélection préalable des outils.

« Mais avec quel outil ? [...] Ou quelle échelle ? » (FG 2, Q)

Certains outils étaient considérés comme ne pouvant pas être délégués aux paramédicaux, particulièrement le Mini Mental State Examination (MMSE).

« Enfin, l'évaluation faite par une tierce personne, pour les sujets qui concernent en particulier le MMS, n'est pas du tout, si tu le fais pas passer toi » (FG 1, A)

Certains médecins considéraient qu'ils devaient maîtriser les compétences de l'évaluation gériatrique avant de pouvoir les déléguer aux paramédicaux.

« ... il faut maîtriser la compétence pour pouvoir la déléguer, avant toute chose. » (FG 3, S)

Certains médecins doutaient que la délégation de l'évaluation gériatrique aux paramédicaux fut rentable au vu du financement que cela impliquait.

« ... faire une évaluation standardisée par des paramédicaux [...] c'est absolument in-finançable par rapport à ce que ça, la rentabilité que ça aura ... » (FG 1, G)

Certains médecins considéraient que pour pouvoir déléguer l'évaluation gériatrique aux paramédicaux, il était nécessaire qu'ils fussent reconnus, formés et rémunérés. Les projets déjà existants étaient considérés comme freinés par l'état. Ceci pouvait être expliqué par les difficultés budgétaires de la sécurité sociale.

« ... il y a une autre solution, c'est que l'évaluation gériatrique soit faite par d'autres que nous, c'est-à-dire, si on a des infirmières formées » (FG 1, G)

« Après, il faut trouver des moyens de ... que la délégation des tâches soit formalisée, euh validée euh ... qu'il y ait des cotations d'actes pour ça et pour l'instant le seul protocole qui a été proposé à l'ARS, euh sur le dépistage de la fragilité par les infirmières, il est monté, toujours pas redescendu. Je pense qu'il ne redescendra jamais. » (FG 1, G)

« Si quelqu'un veut payer pour que quelqu'un le fasse, très bien, les comptes de la secu sont dans le rouge ... » (FG 2, N)

Certains médecins exprimaient que l'évaluation gériatrique était également chronophage pour les paramédicaux si elle leur était déléguée.

« C'est chronophage parce que s'il faut à chaque fois te remplir euh tout le machin et on n'est pas les seuls. C'est pareil pour les infirmières, c'est pareil pour les kinés. » (FG 2, N)

Certains médecins considéraient que la solution visant à faire contribuer les différents soignants à l'évaluation gériatrique par l'intermédiaire d'un dossier compartimenté en différentes parties dédiées pouvait être mise en défaut par la motivation des soignants. Celle-ci pouvait être conditionnée par la longueur des parties à remplir.

« Si on a notre classeur avec un intercalaire kiné, le kiné il a l'évaluation motrice, un intercalaire infirmière, elles ont l'évaluation de l'autonomie, un intercalaire médecin, qui s'occupe du champ cognitif, un intercalaire famille et ils décrivent la situation sociale du patient, ben on a nos quatre éléments. » (FG 2, J)

*« C'est pas parce que tu vas mettre **quatre** papiers que les **quatre** intervenants en question vont les remplir. » (FG 2, N)*

« ... il faut que ce soit quelque chose [de] très rapide pour chaque intervenant ... » (FG 2, L)

2. Obstacles liés aux médecins

A. Obstacles liés aux médecins dans la tenue du dossier

a) Difficulté pour les médecins à s'auto-juger

Les médecins ont éprouvé de la difficulté à juger de la qualité de leur propre dossier médical sauf lorsqu'ils y étaient confrontés lors des transmissions avec les remplaçants.

« C'est difficile de juger de la propre qualité de ce qu'on fait. » (FG 1, G)

« ... c'est quand on se fait remplacer. Parce qu'après c'est là que vraiment où ça waouh ça saute aux yeux quoi, que c'est n'importe quoi ... » (FG 3, S)

Certains considéraient que la tenue du dossier lors des visites n'était pas très difficile.

« Bah c'est-à-dire, la difficulté, c'est pas une grande difficulté. » (EI 1, X)

b) Obstacles liés à la dévalorisation des notes du médecin

Certains médecins trouvaient que leurs notes personnelles étaient moins utiles que les autres documents tels que les dernières ordonnances, résultats biologiques, comptes rendus d'hospitalisation ou de spécialistes. Elles étaient considérées comme étant uniquement le lien entre les multiples autres documents médicaux.

*« ...moi personnellement, c'est pas tant **mes** notes propres qui me sont le plus utiles, je m'aperçois, à la maison, c'est les dernières ordonnances, les dernières biologiques, les derniers comptes rendus d'hospitalisation ou de spé. » (FG 1, A)*

« Parce que mes bafouilles, ça fait un peu la liaison [...]entre ces différents courriers quoi. Bon, enfin c'est notre métier, de faire la liaison et d'organiser tout ça. » (FG 3, S)

c) La tenue du dossier était chronophage.

D'autre part, il leur arrivait de ne pas avoir le temps de tenir le dossier.

« Mais il m'arrive d'avoir des journées avec des visites ou comme hier j'en avais 16, donc ... je ne l'ai pas fait. Ça dépend vraiment des jours. » (FG 2, K)

Les médecins avaient l'impression que le temps dédié à la tenue du dossier n'avait fait qu'augmenter au fil de leur carrière.

« J'ai toujours tenu des dossiers médicaux, [...] en 30 ans, euh, le laps de temps qu'on prend dans une consultation à écrire n'a fait qu'augmenter. » (FG 1, A)

Les médecins pensaient qu'ils ne pourraient pas, dans le futur, adhérer à des solutions chronophages de tenue du dossier étant donné que la démographie médicale risquait de ne pas s'améliorer.

« Moi, je me vois pas faire ça tous les jours, quoi, sauf si on est 10 de plus dans 5 ans, mais euh... J'ai peur que ça soit pas le cas. » (FG 2, G)

Les médecins considéraient que le temps passé à remplir le dossier empiétait sur le temps passé à soigner. Ils avaient le sentiment d'avoir perdu en productivité.

« ... à force de passer du temps à écrire, on fait de moins en moins [...] notre métier de base. Et je pense qu'on est une des professions où on a perdu la productivité. » (FG 1, A)

d) La tenue du dossier dépend de la motivation du médecin.

Certains médecins considéraient que la tenue du dossier dépendait de la qualité du travail du médecin. Celle-ci était déjà visible via les dossiers médicaux du cabinet.

« Ben la qualité du dossier médical tenu en visite à domicile dépend de la qualité du praticien qui le tient. » (FG 2, N)

« C'est vrai quoi si tu fais n'importe quoi au cabinet, tu fais n'importe quoi à domicile. » (FG 1, G)

Certains médecins considéraient que quelques patients étaient peu mobilisés.

« Sauf quand tu vas à la maison et que la mémé elle est assise au coin du feu et que tu ne la vois toute la vie que, assise au même endroit, mais il y a des gens comme ça. » (FG 1, G)

Certains médecins déclaraient ne pas prendre le temps d'écrire dans le dossier ce qui le rendait minimaliste.

« J'ai des patients ils ont [...] quasiment que leurs noms et les lettres des spécialistes dans leur dossier. Et [...] mes notes à moi, il y en a aucune parce que je ne prends pas la peine d'écrire des notes. » (FG 1, D)

Le médecin rédigeait une observation au retour de la visite sur son logiciel informatique uniquement pour la comptabiliser.

« ... quand je disais que je notais systématiquement mes passages chez le patient [...], c'était de la pudeur pour dire, quand je rentrais de mes visites, [...] la comptabilité faisait que je rentrais une recette, donc une recette égale une visite. » (FG 3, S)

Alors que d'autres en profitaient pour écrire quelques éléments médicaux succincts.

« Donc au lieu de n'enregistrer que la recette, je m'efforce de dater l'observation. Je [...] ne m'intéresse pas qu'à la recette, donc euh je m'efforce de dater la date de la visite [...], le motif de la visite, si c'est un renouvellement. » (FG 3, P)

La motivation pouvait baisser avec l'âge.

« ... je me suis baladée avec le pèse bébé, mais j'avais 20 ans de moins. Je ne le fais plus. Bien compter des comprimés de traitement tuberculose, pour savoir si ils les prenaient ou pas, ... il y a un moment ... , c'est tout. » (FG1, B)

Certains médecins considéraient qu'il était difficile de traiter tous les patients de la même façon.

« Alors c'est facile de dire que je traite tout le monde pareil, j'ai pas d'à priori, bon hein voilà. Faut pas être dupe non plus, mais euh. » (FG 3, S)

e) Les freins du médecin liés à la rémunération

Certains médecins ont exprimé un mécontentement quant à la non réévaluation de leur rémunération malgré les attentes toujours croissantes, notamment quant à la tenue du dossier médical.

« ... c'est con à dire mais vous êtes là aussi pour vivre, [...] ça va pas le faire ; surtout avec des consultations à vingt-trois euros, voilà. Ils vont nous en demander de plus en plus. On peut être de plus en plus efficace sur la tenue du dossier médical, voilà. » (FG 2, N)

Il a été dit que la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) valorisait financièrement les possesseurs de logiciels permettant d'élaborer des synthèses annuelles. Mais aussi que les éditeurs s'intéressaient à l'argent reçu par les médecins pour la bonne tenue du dossier médical et augmentaient le coût de leur service.

« Tous les logiciels sont équipés d'un, on te le demande dans [...], le ROSP [...] si tu as la possibilité de faire des synthèses annuelles ... » (FG 2, M)

« ... au niveau du logiciel, [...] ils deviennent de plus en plus intéressés, financièrement du moins. [...] j'ai l'impression qu'on a une petite enveloppe de la sécu par rapport à la tenue des dossiers et [...] qu'ils veulent la totalité. » (FG 3, R)

f) Les difficultés du médecin à s'adapter à l'informatique

Certains médecins ont jugé que l'utilisation d'un dossier informatisé au domicile avait nécessité une adaptation compliquée.

« ... j'ai vu dans (structure de soins) [...] une patiente en fin de vie, [...] qui avait une interface par [...] un petit écran, par internet. {R : C'était compliqué, moi j'ai trouvé.} Il a fallu que je m'adapte. » (FG 3, P)

Les médecins estimaient qu'il allait être plus difficile pour les confrères les plus âgés de s'adapter à l'usage de l'informatique au domicile.

« Ça se fera dans la douleur pour les vieilles générations, comme la nôtre. » (FG 2, N)

Certains médecins, par crainte de perdre des données lors d'un changement de logiciel, préféraient s'accommoder d'un logiciel insatisfaisant plutôt que d'utiliser une meilleure solution informatique.

« Pour changer de logiciel, du moins c'est très compliqué. [...] j'ai beaucoup d'informations sur mon logiciel, je l'aime pas, [...] et je, je me suis accommodé avec ça, mais alors tout changer de système » (FG 3, R)

g) Obstacles liés à la pratique du médecin

Certains médecins remplissaient les observations des visites sur leurs dossiers informatisés au cabinet de façon différée.

« Alors ce que je fais, moi, lorsque bon je fais mes comptes, en fin de [...] chaque visite est [...] enregistrée comme une consultation, dans le dossier patient » (FG 3, P)

Certains médecins remplissaient les observations au cabinet concernant les visites effectuées, entre deux consultations ce qui aboutissait parfois à en omettre.

« ... comme je saisis à la volée ou entre 2 patients les actes, donc la trace de la visite, parfois je ne le fais pas et après comme je ne reviens pas dessus, c'est un peu problématique, donc euh. » (FG 3, S)

Certains médecins tenaient peu ou pas de dossier médical lorsqu'ils n'avaient pas de dossier de liaison disponibles à domicile.

« En pratique je remplis assez peu ... d'observations, de ... je tiens assez peu de dossiers. La seule fois où je le fais c'est quand il y en a déjà un dossier. Soit parce que le patient est en HAD, c'est assez rare. Soit parce que euh les infirmiers euh en ont laissé un. » (FG 3, S)

B. Les obstacles à la tenue d'un dossier de liaison par le médecin

a) Difficultés liées à la création et à la gestion du dossier de liaison par les médecins.

Certains médecins se sentaient incapables de créer un dossier de liaison sur format papier au domicile.

« ... je suis incapable, je n'ai jamais créé de dossier moi-même, en papier. » (FG 3, P)

En l'absence de dossier de liaison proposé par les organismes de soins, les médecins avaient des difficultés à les mettre en place par manque d'habitude. Ils avaient aussi des difficultés à l'imposer.

« Mais après lorsqu'il n'y a pas le dossier infirmier, je n'en ai pas. [...] [Un] simple cahier d'écolier suffit [...]. Mais c'est difficile de, d'imposer un cahier à un patient, [...] j'en ai pas l'habitude. » (FG 3, P)

Certains médecins fustigeaient la culture du dossier qui comme à l'hôpital consistait à en déléguer la tenue aux infirmiers alors que ce n'était pas leur rôle. De ce fait, les médecins délaissaient l'organisation du dossier.

« C'est comme ça à l'hôpital où les médecins ont, je pense quand même, ont laissé beaucoup la gestion du dossier du classement, [...] aux infirmiers, alors que ça n'est pas leur travail, [...] si les médecins rangent leurs dossiers médicaux, s'occupent de leur dossier médical, ils sont contents de trouver leur dossier médical mais la culture en France, déjà à l'hôpital où les infirmières sont formées, c'est pas celle-là. C'est les infirmières qui se débrouillent avec les dossiers, les médecins, ils écrivent dedans, le classement, le rangement, c'est pas leur problème. » (FG 2, N)

Le dossier de liaison pouvait être le support aux éléments médicaux du dossier à condition que les médecins aient pensé à les apporter.

« Mais je sais, je sais au moins que j'aurais la dernière ordonnance, la dernière analyse qui a été faite et éventuellement la lettre du spécialiste si j'ai pensé à l'amener une fois. » (FG 1, D)

b) Difficultés à tenir un dossier de liaison par manque de temps.

Certains médecins ne remplissaient pas, par manque de temps les dossiers de liaison.

« sur le cahier infirmier, j'écris un petit mot [...] il y a à peu près un tiers pour qui je ne pense pas le faire parce que j'ai pas le temps, ... » (FG 2, O)

c) Pratiques différentes vis-à-vis du dossier de liaison.

Il existait de multiples manières d'interagir avec le dossier de liaison.

« Donc quand il y est, oui, je mets la date, [...] mon passage, [...] je réponds aux questions des infirmiers [...] et après je marque si j'ai fait des prescriptions, voilà. » (FG 3, S)

« ... je mets très rarement d'informations dessus, très rarement de notes. » (FG 1, D)

« ... effectivement, il se substitue presque au dossier médical, quasiment. » (FG 1, G)

3. Obstacles liés à la pratique de la visite au domicile.

A. La tenue du dossier dépend du nombre de visites.

La pratique de retranscrire tous les éléments médicaux mis à jour sur un format papier était jugée possible que si le médecin avait peu de visites. Ce n'était pas le cas en milieu rural.

« Je parlais du médecin à (nom de commune rurale), ouais c'était, il y avait énormément de visites, c'était quasi impossible de tenir ce type de dossier. » (FG 3, R)

« Bon après, je limite le plus possible les visites parce que, je ne suis pas dans le cadre d'une patientèle de campagne. » (FG 3, R)

Certains ressentaient des difficultés à limiter le nombre de visites. Ils avaient des difficultés à convaincre les patients de venir au cabinet lorsque la visite n'était pas justifiée.

*« ... j'essaye d'en prendre le moins possible, mais du coup, je suis **encore** en train d'essayer de trouver des, une solution, pour limiter au maximum les visites » (FG 2, O)*

« ... je me suis retrouvé au domicile [...] à leur demander « Pourquoi je viens ? Pourquoi eux, ils ne viennent pas ? Ah ouais mais vous comprenez, il y a trop de monde [...] {Q : C'est pas toujours évident.} » (FG 3, S)

Les critères justifiant la visite du médecin au domicile étaient difficiles à établir.

«... là je suis encore en train de définir ces, ces critères, justement, c'est mon gros problème actuel. » (FG 2, O)

Les secrétaires pouvaient augmenter le nombre de visites injustifiées, ce qui pouvait être considéré comme un frein par les médecins.

« Ça me paraît euh plus facile en tous cas de, de juger en fonction des, des personnes que je connais moi-même, quel est le motif euh, juger si on peut attendre. Avec la secrétaire que j'avais, [...] il y avait des erreurs, souvent. » (FG 3, P)

B. Les visites étaient consommatrices de temps

Les visites étaient considérées chronophages.

« Et la visite, c'est déjà euh ... très consommateur de temps euh ... » (FG 2, M)

Les médecins considéraient qu'il y avait un manque de conscience par les acteurs de la santé en France de l'aspect chronophage des visites.

« ... il faut que tous les artisans de la santé en France, soient convaincus aussi de la chose. » (FG 1, H)

C. Les visites étaient mal vécues

Certains motifs peu justifiés lors des consultations au cabinet, étaient plus mal vécus encore en visite car il fallait se déplacer.

« Quand je vois en consultation au cabinet des patients pour qui je me dis « ils sont venus pour rien » [...] on passe au suivant et on oublie un petit peu. Quand par contre on a fait un peu de route que, mine de rien on a pris une demi-heure au bas mot, pour ce qui s'avère être pas grand-chose, c'est là où il y a la marge pour euh. » (FG 3, S)

D. Obstacles liés aux types de visite

Les médecins considéraient que la tenue du dossier au domicile était particulièrement difficile pour les patients alternant entre la visite et la consultation au cabinet. Ils trouvaient que leur dossier médical était dispersé, ce qui pouvait causer des pertes de données. La rédaction d'une observation au cabinet était chronophage pour ces visites ponctuelles.

« ... le plus gros problème [...] c'est essentiellement les gens qui font un coup domicile, un coup cabinet, parce que là du coup euh ... c'est trop compliqué d'avoir le ..., [...] avant je le faisais quand je rentrais, le soir je réécrivais tout dans le dossier, mais [...] j'ai arrêté, ça me prend trop de temps, j'écris juste sur l'ordinateur que je les ai vu, [...]. Et du coup ça pose soucis pour ceux qui ... qui sont nomades un coup l'un, un coup l'autre, parce que du coup, je ne sais plus où sont les informations ... » (FG 2, O)

Les médecins rencontraient des difficultés lors des visites non planifiées, car ils n'avaient pas emporté le dossier médical avec eux.

« ... ça arrive fréquemment que l'on soit appelé, euh, sur des visites qui n'étaient pas prévues au départ. Après, effectivement, on ne peut pas avoir de dossier médical. » (FG2, H)

E. Le faible taux de visites à domicile dans leur activité n'incite pas les médecins à investir.

Les médecins jugeaient que puisque les visites représentaient une faible part de leur activité, ils n'étaient pas prêts à investir, ni à s'investir dans le dossier médical lors des visites.

« A domicile, [...] je ne me bats pas trop. Non seulement comme je disais tout à l'heure, c'est pas une grande partie de mon ... » (FG 3, S)

« [Les] quelques patients qu'on voit en visite, bon, même pas 10% de l'activité, donc euh ... pour 10% de l'activité, on n'investit pas trop ... » (FG 3, S)

4. Le domicile n'est pas un lieu favorable à la tenue d'un dossier médical

A. La tenue du dossier au domicile était rendue compliquée par l'absence de la logistique présente au cabinet.

Certains médecins trouvaient que la mise à jour du dossier était plus difficile à domicile qu'au cabinet.

« La principale difficulté, la mise à jour du dossier. Notamment pour le dossier à domicile » (FG 1, H)

Certains médecins expliquaient que devant la même situation, ils remplissaient mieux le dossier médical au cabinet que le dossier de liaison au domicile.

« ... en visite, euh le patient, toujours pareil BPCO qui fait une exacerbation, il y aura pas trop, même s'il y a un dossier de liaison, même si c'est bien fait, euh, et que donc je fais l'effort de le remplir, je ne vais pas écrire la température, ou 39°5, expectore plus, alors que ça par contre, quand je l'ai en consultation au cabinet, ça oui, je le note. » (FG 3, S)

Les médecins considéraient que le lieu n'était pas adapté car les outils informatiques leur manquaient. Ils pensaient être moins performants qu'un ordinateur pour tenir le dossier. Il était craint que le fossé entre le cabinet et le domicile s'agrandisse étant donnés les apports toujours plus importants de l'informatique au cabinet.

«... c'est là qu'on a les outils pour tenir un dossier médical de façon efficace. Ce n'est pas le cas à domicile. » (FG 2, N)

« ... on a beau essayer d'être plus performant, on ne vaut jamais un logiciel ... » (FG 2, L)

« Je crois que le fossé va se creuser au contraire entre les nouvelles technologies ... et la réalité que nous retrouverons à domicile. » (FG 1, I)

B. Le dossier stocké au domicile pouvait disparaître après une hospitalisation

Certains médecins perdaient leur dossier ou le retrouvaient détérioré lorsqu'il était conservé au domicile et emmené par le patient lors d'une hospitalisation.

« ... pendant longtemps j'ai fait le double du dossier papier, euh..., du cabinet et que je laissais chez le patient, avec régulièrement le problème [...] que le dossier disparaissait lors d'une hospit' ou autre ... » (FG 1, A)

« ... le jour où ils partent à l'hosto', c'est plus parfait après ... » (FG 1, A)

C. La présence d'un dossier au domicile inquiétait les médecins quant au respect du secret médical

Les médecins craignaient pour la compromission du secret médical s'ils consignaient des informations dans le dossier au domicile y compris dans le dossier de liaison.

« Et puis parce que si on met tout, on expose toutes les euh, trop d'informations ... » (FG 3, S)
« L'objet, motif de la visite, le traitement, les discussions avec les infirmiers, tout ça c'est dans le classeur qui est au vu de tous. » (FG 3, S)

Certains médecins pensaient que des personnes parfois extérieures au domaine médical, pouvaient compromettre le secret médical lorsque le dossier était stocké au domicile.

« ...c'est vrai que tout le monde peut y accéder, ... même le personnel non médical donc ça c'est un peu, ça c'est contraignant. (I approuve de la tête) » (FG 1, C)

Certains médecins ont rencontré des situations où la famille était malveillante ce qui impliquait qu'ils ne laissaient pas de dossier à domicile.

« ... j'ai déjà eu plusieurs cas où c'est même les enfants même qui n'étaient pas bienveillants, donc euh non. Il n'y a pas de dossier médical à domicile ... » (FG 1, E)

Certains médecins considéraient que les éléments médicaux laissés au domicile étaient sous la responsabilité des patients et de leur famille. Ceci pouvait poser problème dans la majorité des cas puisque les patients sont souvent atteints de troubles cognitifs.

« ... le patient a son dossier médical ... voilà, euh ... la famille et le patient sont ... oui ... sont responsables des éléments euh ... qu'ils ont en leur possession ... » (FG 2, M)

« ... il n'est quand même pas obligé de le montrer à n'importe qui ce dossier, voilà, Il faut [...] hormis les troubles cognitifs bien sûr que [le patient] garde quand même la maîtrise de son dossier. » (FG 2, L)

« ... tous les patients que je vois à domicile sont vraiment en fragilité, et euh, ils sont pratiquement tous déments . » (FG 1, E)

Beaucoup de médecins disaient ne jamais avoir rencontré de problème de secret médical lié à la présence du dossier au domicile. D'autres disaient qu'il était sans-cesse bafoué. Mais certains réalisaient qu'ils n'avaient pas conscience que des éléments médicaux d'apparence anodine comme les ordonnances pouvaient compromettre le secret médical.

« Non, j'ai jamais de soucis euh au domicile. » (FG 2, E)

« ... les soucis liés au secret pour moi ils sont au domicile, ils [...] sont permanents [...]. Le secret médical est toujours bafoué » (FG 3, S)

« ... mais le dossier, c'est aussi le traitement, l'ordonnance. L'ordonnance, après si on pousse le bouchon, dès qu'on donne une ordonnance, à, à quelqu'un s'il la laisse traîner chez lui, TRUVADA®, bon il faut aller sur Google©, TRUVADA® ah bon, merde alors. » (FG 3, S).

D. Le stockage d'éléments non connus par le patient au domicile posait problème.

Le médecin considérait qu'il était nécessaire de vérifier l'absence d'élément non connu par le patient dans son dossier stocké au domicile.

« Il [...] faut faire attention de ne pas laisser un courrier où il y a un diagnostic dessus, que le patient ne connaît pas bien entendu : cancer, ou autre. » (FG 3, P)

5. Obstacles liés à la volonté de respecter le secret médical.

A. La sécurisation du dossier stocké au domicile pouvait être fastidieuse.

Certains médecins trouvaient que les recommandations concernant la préservation du secret médical étaient trop contraignantes. Elles ne pouvaient être réalisées en pratique et risquaient de ne pas permettre l'accès au dossier.

« C'est d'ailleurs toute la complication du ... de ces dossiers à domicile ou en maison de retraite, ou c'est que si on veut être complètement dans les clous sur le secret médical, euh on n'a quasiment ... **pas** de possibilité d'avoir facilement accès au dossier. » (FG 2, N)

Certains médecins considéraient que sécuriser un dossier stocké au domicile sous format informatique avec un mot de passe serait pénible.

« Et le problème c'est que quand on résout ça sous forme informatique avec des mots de passe euh, (souffle) on a déjà passé deux digicodes, [...] et après il va falloir encore rentrer, mais bon voilà quoi. » (FG 3, S)

B. La volonté de respecter le secret médical ne devait pas être un frein à la tenue d'un dossier utile au partage.

Pour limiter les risques de compromettre le secret médical, certains préféraient ne pas écrire sur un dossier au domicile car ils jugeaient ces données mémorisables.

« Euh, le type, il est, ... je sais qu'il est ... psychopathe pervers, je le marque pas sur le dossier, hé. Et je n'ai pas besoin de le marquer pour le savoir. » (FG 1, A)

Certains médecins expliquaient que pour préserver le secret médical de manière optimale, on limitait l'accès aux informations utiles aux intervenants lors de problèmes aigus.

*« ... toute la limite se situe là, est-ce qu'on privilégie l'accès facile aux informations de quelqu'un qui pourrait avoir un problème aigu [...] ou au contraire, on sécurise, on sécurise, on sécurise. [...] Si on écrit dans le cahier, [...] il suffit de lire le cahier qui traîne sur la table pour [savoir les antécédents], **mais le jour** où la personne chute, ben ça peut lui sauver la vie parce que du coup on sait qu'il est sous anticoagulant ... » (FG 2, O)*

Pour préserver le secret médical, certains médecins rendaient le dossier au domicile édulcoré. La conséquence était qu'il devenait insuffisamment exploitable.

« Personnellement, je n'ai pas rencontré de gros soucis mais peut-être parce que effectivement, je laisse un dossier minimaliste. » (FG 1, I)

*« ... il n'y a aucun problème [...] parce qu'on fait tout pour ne pas en avoir, au prix d'avoir quelque chose de **pas** formidablement exploitable ... » (FG 1, G)*

C. Autocensure du patient craignant le non-respect du secret médical.

Les médecins pensaient que les patients pouvaient s'autocensurer s'ils avaient peur que le dossier soit partagé et donc que le secret médical soit compromis.

« Si le patient sait que ce que nous, on écrit dans le dossier, va être vu par tout le monde, il va peut-être être tenté par nous en dire le moins possible » (FG 1, E)

6. Obstacles liés au patient

A. Les patients avaient tendance à mal gérer le dossier ou à le perdre.

Les médecins expliquaient que les dossiers laissés au domicile avaient tendance à être perdus ou mal gérés par les patients.

*« Moi j'avais essayé de ... laisser le dossier au domicile du patient, et ... régulièrement je ne le retrouvais pas, ou il était **perdu**, ou **caché** sous un tas de trucs, » (FG 1, E)*

« ... Régulièrement, [...] il y a des factures EDF au milieu d'une biologie de 1985. » (FG1, A)

Certains médecins étaient exaspérés par la perte des dossiers laissés à domicile. Ils ont été contraints de changer de lieu de stockage pour éviter la perte de données qu'impliquait l'égaré du dossier au domicile.

*« ... j'en ai **clairement** ras le bol qui perdent mes trucs, donc je ne le laisse plus chez eux. » (FG 2, O)*

*« **Mais l'ensemble** de mon dossier médical n'est pas **stocké** au domicile [...] ça représenterait un risque trop important, ça voudrait dire que tu n'aurais plus rien quoi. » (FG 1, G)*

Les patients n'étaient pas jugés assez responsables pour détenir leur dossier.

« Les patients ne sont pas assez responsables pour avoir leur dossier médical. » (FG 2, N)

B. Les médecins jugeaient difficile de responsabiliser les patients sur la tenue du dossier au domicile.

Certains médecins pensaient qu'il était difficile de responsabiliser les patients quant à la gestion du dossier laissé au domicile car une majorité était atteinte de troubles cognitifs.

« A : Le vrai problème c'est comment arriver [...] à convaincre le patient que tel dossier il reste là, il n'y touche pas.

G : Sauf que la plupart des gens qu'on voit en visite sont des malades d'Alzheimer» (FG1)

Des médecins estimaient que les patients ne voyaient pas l'utilité du dossier médical.

« ... j'ai le sentiment qu'ils n'en perçoivent pas l'utilité. » (FG 1, A)

C. Difficultés de perception par les patients concernant la propriété du dossier

Les médecins avaient des difficultés à faire comprendre au patient que le dossier médical leur appartenait et qu'il n'était pas la propriété du médecin.

« ... il y a besoin vraiment d'une explication de texte pour leur, leur expliquer que non, le dossier, il est à eux en fait. » (FG 1, A)

D. Difficulté de percevoir l'avis des patients sur leur propre dossier.

Certains médecins avaient des difficultés à percevoir la vision des patients concernant le dossier médical et son lieu de stockage.

« C : Moi, je pense qu'ils sont demandeurs d'avoir, un travail, enfin en équipe [...]

I : Faut pas répondre pour eux.

G : Non, je pense qu'il y a de tout.» (FG 1)

« Je ne pense pas que beaucoup de patients soient véritablement opposés à ce qui ait un dossier médical qui reste à domicile, après est-ce qu'ils sont enthousiastes ? » (FG 1, H)

E. Obstacles liés à la perception de l'intérêt du médecin pour le dossier médical par les patients.

Certains pensaient que lorsque le dossier médical était peu utilisé et mal tenu par le médecin, les patients avaient tendance à ne plus le présenter ou à moins en prendre soin.

*« ... les patients [...] nous amènent leur carnet de santé, bon, vous ne marquez rien dedans, ok, la fois d'après, non plus, [...] la quatrième fois, ils ne l'ont pas, ça va de soi. [...] à domicile c'est un peu la même chose ... quand on arrive à chaque fois, faut prendre du temps, [...] mettre son nez dans le dossier euh, de dégager toutes les prises de sang, [...] qui servent à rien. [...] Je fais, je fais le ménage dans le dossier. [...] Les patients voient **mieux** qu'on y est motivé, qu'on est intéressé par le dossier et donc ont plus tendance ... » (FG 2, N)*

Le dossier de liaison laissé par les organismes de soins était considéré par les médecins comme mieux respecté par les patients car il était plus régulièrement consulté.

« A : Dès qu'une infirmière intervient à la maison, [...] ça nous donne [...] un support et celui-là je sais pas pourquoi, les patients le respectent. [...]

I : [...] l'infirmière [intervient] à intervalle régulier. [...] Il n'a pas le temps de prendre la poussière et de finir sur une étagère, parce qu'il est consulté régulièrement. » (FG 2)

7. Obstacles liés à la multiplicité des supports

Certains médecins considéraient qu'il n'était pas possible de se passer de plusieurs niveaux de supports pour le patient vu à domicile. Dans certains cas, c'était lié à la nécessité d'avoir un dossier médical propre au médecin et un second dossier partagé avec les professionnels de soins à domicile. Dans d'autres circonstances, le dossier était partagé entre le cabinet et le domicile.

« ... on ne peut pas faire l'économie de plusieurs niveaux de dossiers » (FG 3, Q)

« ... j'ai plusieurs dossiers. J'ai un dossier comme tu dis qu'à moi et à mes associés. Et après un dossier que je partage avec les infirmières ... » (FG 1, E)

« J'ai l'impression de stocker le dossier au cabinet et d'avoir des éléments utiles au domicile du patient » (FG 1, G)

Certains médecins considéraient que le dossier de liaison ne devait contenir que les données utiles à la transmission d'informations.

« ... je vais mettre que les données, qui ont un intérêt dans la liaison. » (FG 1, E)

Il était exprimé par certains médecins que la multiplicité de supports à tenir impliquait une limitation de la saisie des données au cabinet pour ne pas perdre de temps.

«... s'il devait y avoir double saisie, [...] dans mon dossier médical [...] ça se limiterait [...] à date de visite, motif de visite, et l'ordonnance ... » (FG 3, S)

Certains médecins considéraient que chercher à avoir un dossier complet au domicile et au cabinet relevait du bricolage.

« ... j'essaie de garder un double au moins des ordonnances pour les scanner dans mon dossier informatique [...]. Donc c'est du bricolage de très mauvaise qualité ... » (FG 3, Q)

Certains médecins considéraient qu'il était difficile de savoir dans quel dossier consigner les informations lorsqu'il en existait plusieurs en visite.

« ... si, à côté de notre dossier, il y a le dossier des infirmiers, puisque qu'est-ce qu'on va saisir dans notre dossier et puis on va aussi essayer de mettre un mot pour le classeur des infirmiers. » (FG 3, S)

L'utilisation de plusieurs supports de dossier était critiquée car elle pouvait disperser les différents éléments médicaux.

« C'est compliqué, [...] Donc, si tu commences à dissocier, tu vois, chez le patient t'as, t'as les biologies euh, l'ordonnance euh, et ... les courriers et puis chez toi tu as tes notes personnelles. » (FG 2, G)

Renseigner plusieurs supports pour un seul patient n'était jugé réalisable que pour un nombre limité de personnes car cela impliquait une lourdeur due à la double saisie.

« ... il vient avec le classeur des infirmiers. [...] je marque dans [ce] classeur [...] comme si je le voyais à domicile [...] et je remplis la consultation dans mon dossier {R : sur ton PC ?}. Et oui, [...] je le fais pas pour tous les patients. {R : Ce serait compliqué.} » (FG 3,S)

8. Obstacles liés au support

A. Le problème de la tenue du dossier dépasse celui du support.

Certains médecins considéraient que la nature du support ne constituait pas l'obstacle principal. L'informatisation ne pouvait pas résoudre les difficultés qu'ils rencontraient déjà lors de la tenue d'un dossier papier.

« ... on ne fait bien en informatique, que ce que l'on fait déjà super bien en papier. Et comme déjà on ne sait pas ce qu'on fait sur le dossier médical papier et que personne ne fait pareil ... » (FG 2, G)

Certains avaient exprimé que la solution idéale pour la tenue d'un dossier lors des visites à domicile n'existait pas.

« Après l'idéal pour moi, mais qui pour l'instant n'existe pas » (FG 2, G) .

B. Obstacles à l'utilisation de la mémoire.

Certains médecins exprimaient qu'ils utilisaient leur mémoire comme support tout en reconnaissant qu'elle pouvait être défaillante.

« ... je fais confiance à ma mémoire, qui est de plus en plus défaillante. » (FG3, P)

Certains médecins considéraient qu'il était impossible de mémoriser tout le dossier des différents patients.

« ... on est censé savoir **tout sur tout le monde** [...] mais c'est pas, on va dire ... » (FG 2, N)

C. Obstacles à l'utilisation d'un support papier.

Certains médecins considéraient que le dossier papier était voué à disparaître car il était jugé dépassé. Certains ne désiraient plus l'utiliser.

« ... ces papiers que vous utilisez encore parce que c'était ancestralement comme ça, c'est une solution qui à mon avis n'est pas pérenne. » (FG 1, D)

« ... j'ai plus envie de faire des papiers. J'ai tourné la page si on peut dire. » (FG 3, P)

Certains considéraient que l'utilisation d'un support papier entraînait une accumulation d'éléments parfois inutiles, rendant le dossier difficilement transportable.

« ... on parle de dossier au sens extensif c'est-à-dire, on parle de toutes les lettres, de toute la biologie, de tout, euh, ce qui finit [...] à faire des, des masses de données qui deviennent complètement inutiles, ... parfois, difficilement transportables. » (FG 2, N)

Certains médecins reprochaient au support papier de se dégrader avec le temps.

« ... j'ai un dossier papier pourri sur la forme, enfin avec (rire) le papier qui s'écorne, les élastiques, enfin hyper moches ... » (FG 1, G)

Certains médecins reprochaient au support papier la nécessité d'apporter du matériel bureautique pour le tenir.

« ...sur chaque dossier papier, il faut aller chez les gens avec sa petite agrafeuse, ses petites pochettes, ses petits fluos, ça devient compliqué là, hein. » (FG 2, N)

D. Obstacles liés au dossier synthétique sous format papier

Certains médecins trouvaient que la tenue d'un dossier sur des feuilles comprenant l'ensemble des éléments retranscrits et réactualisés pour les visites à domicile, pouvait être brouillon lorsque les patients étaient suivis depuis longtemps.

« Des fois c'est un peu brouillon, surtout quand le patient, je le suis depuis quelques temps, ça fait 4 feuilles pour le même patient, c'est ... » (FG 3, R)

Certains considéraient que la tenue d'une synthèse sous format papier était fastidieuse, longue, difficile à mettre à jour en temps et en heure, et pouvait ne pas être pérenne.

« ... c'est fastidieux. Je le fais encore, du moins je me suis, c'est vrai que des fois, du moins je prends du retard là-dessus. C'est un peu, c'est un peu long. » (FG 3, R)

« il se peut qu'un moment je m'essouffle sur ce système-là. » (FG 3, R)

E. Obstacles à l'utilisation d'un support informatique

Certains médecins considéraient que l'informatisation du dossier médical au domicile pouvait être une solution pour quelques-uns, mais pas pour l'ensemble des praticiens.

*« ... ça n'a pas résolu le problème du dossier médical à domicile, [...] ça peut être une solution pour **un individu**, pour un médecin, mais on n'a pas l'outil qui fait que c'est une solution euh... pour tout le monde ... » (FG 1, G)*

Certains médecins considéraient que la numérisation et le classement des éléments papiers était chronophage. La solution de recevoir les éléments directement par courriel était rendue peu utile du fait de l'absence de correspondants, que ce soit payant ou gratuit.

« ... classer les lettres, les scanner, euh pour un dossier papier aussi en complément du dossier informatisé, c'est vrai que c'est beaucoup de temps de, de classement. » (FG 2, M)

*« ... j'ai demandé euh, à ce que l'on ait le, les courriers ... sur euh ... les mails sécurisés. [...] Je n'y suis pas encore arrivé, [...] je n'avais aucun correspondant, personne ne l'utilise pour quinze euros par an. [...] Il y a [...] des systèmes **gratuits** de messageries sécurisées, Médimail© [...], [qui] ne sont pas utilisés, on n'a pas de correspondants ... » (FG 2, N)*

Certains médecins estimaient que leur mauvais niveau en informatique ne leur permettait pas d'avoir un avis éclairé.

« ... je ne maîtrise pas du tout, en pratique, je ne sais pas si c'est compliqué ... » (FG 2, J)

L'absence d'accès à un réseau internet mobile pouvait constituer un frein.

« Parce que si t'es obligé de monter en haut du village pour avoir un réseau ... » (FG 2, K)

Certains médecins considéraient que l'utilisation des nouvelles technologies, avait un coût supérieur aux solutions papier, que les médecins n'étaient pas prêts à financer dans un contexte de visites mal rémunérées.

« ... la technologie qui a derrière, je vois, coûte ... quand même bonbon, [...] je pense que l'armée, par exemple, peut avoir des outils pareils mais je me vois pas financer ça » (FG 1, A)

« ... toutes ces nouvelles technologies il faudra les faire fonctionner avec une visite à domicile qui est cotée de façon encore dérisoire. » (FG 1, I)

Certains estimaient que la solution informatique idéale n'était pas encore disponible. Le retard informatique pris par les médecins dans leur pratique était jugé surprenant.

« ... l'utopie du dossier informatisé [...] c'est pas pour maintenant. » (FG 1, A)

« ... c'est **ahurissant**, le retard au niveau de la technologie qu'on peut avoir dans notre métier, c'est, c'est effrayant. » (FG 1, N)

Certains jugeaient que l'informatique nécessitait un investissement et de la motivation.

« Techniquement, ça me semble un peu, [...] il faut être sacrement motivé. » (FG 3, R)

Certains considéraient que les solutions informatiques tombaient en panne.

« Il y a toujours une **panne** quelque part. » (EI, X)

Certains médecins pensaient que les solutions informatiques pouvaient être piratées.

« Aucun système n'est sûr à cent pour cent, ça c'est sûr ... » (FG 3, R)

F. Obstacles à l'utilisation d'un dossier de liaison comme support au dossier médical.

Certains médecins trouvaient que les notes étaient des éléments dont le partage était à discuter. Certains praticiens excluaient les éléments délicats du dossier de liaison.

« **G** : [...]il y a des trucs que j'ai pas envie de partager. Et du coup, on est embêté avec ça, c'est ça qui nous parasite en fait, moi j'ai l'impression.

B : C'est bien ce que je voulais te faire dire par rapport aux notes personnelles ... » (FG 1)

« Moi, j'ai un peu tendance à faire comme A, je, je, en fait, je fais comme si j'écrivais dans mon dossier médical, sauf euh, sauf chose délicate. » (FG 1, G)

Des médecins se plaignaient de l'archivage régulier par les organismes de soins du dossier de liaison, qui impliquait une perte d'informations pour le praticien. Ils avaient l'impression que les infirmiers ne s'intéressaient pas à ce qu'ils avaient écrit.

« ... j'ai essayé de le considérer comme le dossier médical, et puis face à l'archivage sauvage qu'elles faisaient de temps en temps, sans me demander mon avis, j'ai fini par dire bon, ben puisque ça les intéresse pas ce que je fais ... » (FG 2, N)

« ... je ne le fais plus parce que j'ai eu un problème une fois, où mes informations ont disparu et je n'avais plus rien. » (FG 1, E)

Certains médecins expliquaient qu'en l'absence d'autres intervenants, ils ne disposaient pas de dossier de liaison comme support à leur dossier médical et qu'ils tenaient succinctement le dossier au cabinet.

« S'il n'y a pas [de dossier de liaison], si c'est des patients chez qu'il n'y a pas de passage infirmier, [...] quand je rentre ... de mes visites, [...] je trace juste le passage dans le dossier médical du, du ... du cabinet, [...] mais pas le motif de la visite, voilà. » (FG 3, S)

Certains médecins considéraient que, comme le dossier mis en place par les organismes de soins infirmiers était prévu pour les infirmiers, il ne pouvait être un bon support au dossier médical. Le manque de culture commune entre les infirmiers et les médecins pouvait expliquer cette incompatibilité à travailler sur le même support. Ceci pouvait être argumenté par le fait que les médecins ne partageaient pas la même échelle de temps que les infirmiers pour la prise en charge des patients.

« [Les organismes infirmiers] fournissent leur structure et l'utilisent pour eux, ils ne la mettent pas à notre disposition même si dessus c'est marqué « observations pour le médecin », gnia gnia gnia c'est pas, c'est pour eux, c'est pas tellement pour nous, c'est pas prévu donc ben du coup ça marche pas pour nous, voilà. » (FG 2, N)

« Il nous manque une culture commune avec les infirmiers pour que chacun puisse travailler sur, j'allais dire sur un même dossier, mais chacun avec sa partie euh de manière à ce que tout le monde marche ... pareil quoi. » (FG 2, N)

« Donc les infirmières le font mais ils n'ont pas les mêmes exigences et le, la même attente par rapport aux dossiers, parce qu'ils n'ont pas le même temps dans leur travail. L'infirmier y fait ce que tu lui dis à l'instant T, il ne réfléchit pas sur ce qui s'est passé, parfois il y a un an et demi, ou il y a six mois ... » (FG 2, N)

Certains médecins considéraient que les infirmiers ne tenaient le dossier infirmier que parce qu'il s'agissait d'une obligation légale. Il était donc renseigné qu'avec des éléments peu informatifs pour le médecin.

*« ... le problème, c'est que la, beaucoup d'infirmières le font j'allais dire **que** parce que c'est une obligation légale, elles tiennent assez peu de choses honnêtement à part leurs transmissions. » (FG 2, N)*

Certains déclaraient qu'ils complétaient le dossier de liaison selon la place disponible.

« ... j'écris la synthèse, quand il y a de la place, quand c'est faisable. » (FG 2, O)

Certains médecins considéraient qu'ils apportaient plus d'informations au dossier de liaison que celui-ci n'apportait d'informations au médecin.

« ... ça va plutôt être des données que moi je vais apporter du dossier médical au dossier de liaison que l'inverse. J'ai pas souvent des informations euh dans l'autre sens. » (FG 1, E)

Certains jugeaient que les dossiers de liaison proposés par les organismes de soins étaient de qualité variable.

« ... les dossiers des (nom des organismes de soins) qui sont plus ou moins ... plus ou moins à jour et plus ou moins complets pour certaines choses » (FG 1, H)

Certains médecins exprimaient qu'ils communiquaient plus par téléphone avec les infirmiers que par l'intermédiaire du dossier de liaison.

« ... j'avoue que j'ai pas fait grand-chose par rapport [au dossier de liaison] [...]. Et on communique plus par téléphone ... » (FG 3, R)

Certains médecins indiquaient que les transmissions entre les infirmiers et les médecins étaient moins souvent réalisées en ville qu'à la campagne.

« ... dans les campagnes c'était peut-être des fois un peu mieux tenu qu'en ville euh pour euh la transmission infirmiers et médecins, du moins c'est pas systématiquement fait. » (FG 3, R)

Certains médecins considéraient que rares étaient les professionnels de santé qui entretenaient le dossier de liaison par l'archivage des informations obsolètes.

« Moi je, dans le dossier médical des patients, je, j'enlève les prises de sang, je classe, j'agrafe, na na na na. On n'est pas nombreux à le faire. » (FG 2, N)

Certains médecins expliquaient que fusionner le dossier de liaison avec le dossier médical impliquait que le médecin ne pouvait pas l'emporter ni y accéder depuis le cabinet.

« ... quand il y a un classeur infirmier, si ça existe, ça, ça s'envole, enfin ça, je ne l'ai plus. Je ne l'ai plus quand le patient je le prends plus en charge ... » (FG 3, S)

« mais ça, il reste chez le patient et je ne l'emporte pas chez moi. » (FG 3, P)

Certains pensaient qu'il était plus difficile de convaincre les intervenants au domicile d'utiliser un support informatique pour le dossier partagé plutôt qu'un support papier.

« Le problème c'est qu'il faut convaincre tous les intervenants d'adopter. Le cahier, on n'a pas besoin de convaincre. » (FG 3, S)

Certains médecins considéraient qu'il fallait beaucoup de motivation pour développer un dossier de liaison communément réfléchi.

« Au domicile, je, je vous admire, hein ... {Q : C'est des essais, il y a rien d'admiratif.} Bah si, quand même, parce que c'est quand même une euh ... » (FG 3, P)

Certains médecins considéraient qu'il était difficile de mettre en place un dossier de liaison entre les structures de soins et l'ambulatorio.

« Pour l'instant, on parle de la liaison déjà de nous en ambulatorio, après les autres structures euh ... c'est encore plus utopique. » (FG 1, G)

Certains médecins étaient exaspérés par le fait que les infirmiers ne lisaient pas leurs transmissions écrites sur le dossier de liaison.

« ... je suis systématiquement appelée ... après ma visite, et je leur dis « mais vous avez lu mes transmissions ? », et elles ne les ont pas lues et c'est systématique. » (FG 2, O)

Certains médecins ne prenaient pas connaissance des observations laissées par les kinésithérapeutes dans le dossier de liaison.

« Ben j'ai vu que ça y était mais je les ai pas lu. » (FG 2, O)

G. Obstacles à l'utilisation d'une synthèse informatique comme support au dossier médical.

Certains médecins considéraient que la synthèse ne pouvait être réalisée par les secrétaires car ceci ne relevait pas de leurs compétences.

« Tu ne peux pas demander à une secrétaire, tiens voilà la lettre du cardio, tu me sors de là, les informations qui vont être intéressantes pour le dossier médical du patient. C'est pas leur boulot, non c'est le mien. » (FG 2, N)

Certains médecins n'arrivaient pas à faire imprimer la synthèse du dossier par la secrétaire pour l'avoir disponible lors de la visite.

« Mais j'ai pas encore trouvé le moyen de leur faire elle-même réimprimer la synthèse [...] quand je vais chez les patients avec le dossier au domicile » (FG 2, N)

Certains médecins avaient connaissance de la fonction synthèse du dossier dans les logiciels informatiques mais ne l'utilisaient pas. D'autres ne la connaissaient pas.

« [La fonction synthèse] existe mais je l'utilise pas. » (FG 2, M)

« Et synthèse, je ne sais même pas ce que c'est, je ne m'en sers pas du tout. » (FG 3, S)

Certains médecins considéraient que la production d'une synthèse n'était pas automatique et nécessitait un travail chronophage au préalable.

« ... il a fallu déjà que tu fasses une synthèse. Ça prend du temps ça aussi ... » (FG 1, D)

Certains médecins expliquaient que l'impression d'une synthèse informatique nécessitait d'avoir rempli au préalable le dossier de façon précise. Il fallait respecter un langage parfois chronophage et fastidieux, et s'adapter à l'architecture du logiciel.

« Je crois que pour obtenir une bonne synthèse, il faut bien renseigner tout, [...] donc ça il faut s'astreindre ... » (FG 3, P)

« J : Mais pour l'utiliser, il faut rentrer les antécédents dans les bonnes cases.

N : Toutes les informations qui utilisent ce genre de fonctions avancées doivent être euh ... écrites [...] dans des euh langages [...] difficiles d'accès. » (FG 2)

« Il te faut cinq minutes pour écrire un truc que t'aurais écrit en trois mots. » (FG 2, O)

Certains jugeaient que le travail de mise à jour des synthèses était très important.

« De tenir à jour la synthèse des dossiers. ça, c'est quand même, un travail euh, assez difficile, c'est un travail de titan, oui, c'est, assez énorme. » (FG 2, N)

Certains médecins considéraient que la synthèse du dossier nécessitait un travail de nettoyage difficile à réaliser.

« Et au fur à mesure, j'essaie d'effacer quand même de la synthèse, et je le fais pas assez, [...] des éléments anciens qui ont été remplacés [...] par des éléments nouveaux. » (FG 2, N)

H. Obstacles à l'utilisation du DMP comme support au dossier médical.

a) L'objectif du DMP et sa sécurisation inquiétaient les médecins

Certains médecins exprimaient un avis défavorable à l'encontre du DMP ...

« (Fait non de la tête) Non, non, je suis personnellement, ça tu peux le noter. Je ne suis pas très favorable au DMP » (EI, X)

... tandis que d'autres médecins doutaient du fait que le DMP ait pu constituer une solution à la tenue du dossier patient.

« ... j'ai du mal à penser que [le DMP] puisse être une solution concrète aux gens qu'on voit aujourd'hui en visite ... » (FG 1, G)

Certains pensaient que le DMP ne pouvait être une solution du fait de sa sécurisation fragile. Le respect du secret médical dans ces conditions était jugé comme utopique.

*« Ça peut marcher, mais je trouve la **fragilité** du système ... et [...]le problème du secret professionnel, ça devient de l'utopie là. » (FG 1, A)*

Certains étaient contre le DMP puisqu'il pouvait contribuer à un fichage de la société.

« Les médecins ne sont pas des policiers quoi ... il ne faut pas qu'ils aient un système comme les, le fichage ... que font les ministères et les la police des individus. » (EI, X)

Certains pensaient que le DMP pouvait augmenter le risque de compromettre le secret médical, notamment par des personnes n'appartenant pas au domaine de la santé telles que les employeurs et assurances. Les médecins auraient pu limiter les éléments consignés à des contenus factuels.

« Et deuxièmement toutes nos réserves sur les notes personnelles seront, seront multipliées par 25, si, si le DMP fonctionne donc on sera toujours sur du très factuel ... » (FG 1, G)

« On parle de données sensibles, là, c'est plus, là c'est pas l'aide-ménagère là, c'est les assurances, c'est les employeurs. » (FG 2, A)

Certains médecins considéraient que pour rendre le DMP acceptable, il aurait été nécessaire de prévoir des zones sécurisées.

« ... j'imagine que le DMP, [...] n'auront accès qu'à certaines zones du dossier {G : Tu as des accès réservés, oui.} que certains des intervenants. » (FG 1, D)

Certains médecins craignaient que les patients eussent le sentiment de perdre le contrôle des informations confiées à cause de l'utilisation d'un dossier partagé entre tous les professionnels de santé. Malgré l'existence de zones sécurisées, le patient aurait pu avoir des difficultés à limiter l'accès par manque de connaissance sur le fonctionnement du DMP.

« ... les infos données finalement à tout un panel euh médical peuvent pour le patient lui donner l'impression qu'il perd un peu la main sur ce qu'il veut bien donner. » (FG 3, Q)

*« ... le patient est en droit, quand il **comprend** comment ça fonctionne, et en droit de dire euh telle information, monsieur le professeur, je vous le donne à vous mais je n'ai pas du tout envie que ça apparaisse dans le ... » (FG 3, Q)*

Certains jugeaient que le DMP impliquait un risque de compromission du secret médical entre médecins.

« ... il y a un écueil extraordinaire, quoi : d'abord, il y a la confidentialité du patient, même entre médecins. [...] il y a des médecins qui n'ont pas le droit d'aller chercher dans le dossier d'un patient d'un autre confrère. » (EI, X)

b) Le DMP : Une utilisation complexe et technique

Certains médecins expliquaient que le DMP nécessitait un matériel adapté et une connexion efficace.

« ... le DMP, ça va bien si t'as quand même un ordinateur, une tablette ... » (FG 2, G)

« Mais le DMP, il faut une connexion, à ... internet » (FG 2, E)

Certains craignaient que le DMP soit une solution compliquée.

« Ça pourrait mais il faudrait que ça soit simple » (FG 3, R)

Certains médecins ne s'étaient pas intéressés au DMP puisqu'il n'avait jamais été précisément défini ni expliqué.

« P : On nous a jamais défini exactement ce que c'est le DMP. [...] »

S : C'est d'ailleurs pour ça que je me suis jamais vraiment penché sur le, sur le soufflé, je ne le mange pas avant qu'il soit cuit ... » (FG 3)

Certains considéraient que le stockage du DMP sur la carte vitale avait pour inconvénient de nécessiter l'adhésion des médecins à une architecture commune de dossier.

« Oui mais l'ouvrir, c'est une chose mais l'alimenter ... et le, le, le de pouvoir le compiler et le comprendre, c'en est une autre. Très difficile de rentrer dans la structure de quelqu'un d'autre. » (FG 2, N)

Certains médecins expliquaient que le stockage du DMP sur la carte vitale avait été bloqué par la législation française. Un autre frein était sa possible accessibilité par toute personne pouvant la lire.

« ... la législation française n'a pas permis que le dossier médical soit sur la carte vitale ... » (FG 2, M)

« Qui est-ce qui va pouvoir lire aussi le, le, la carte vitale, parce que les assureurs peuvent très bien la lire, les pompiers pourraient très bien la lire. » (FG 2, M)

Certains médecins expliquaient que la carte vitale n'avait pas été pensée pour contenir le DMP. Elle avait une capacité de stockage trop faible, il fallait donc envisager une augmentation de sa mémoire.

« [Pour] l'instant, c'est pas dedans, ça pas été prévu que ce soit dedans. » (FG 2, N)

« N : Non. Ou alors il faudra sur la carte vitale rajouter une mémoire. »

M : Il y a quatre pages de mémoire [...] {N : C'est pas grand-chose} sur la puce. » (FG 2)

Certains médecins craignaient que le DMP soit inefficace ou illisible du fait de l'abondance documentaire. Il aurait fallu qu'il puisse proposer les informations pertinentes, différentes selon les spécialités.

« ... il faut [...] établir un classement pour que chaque professionnel puisse aller voir et trouve en évidence essentiellement ce qui va l'intéresser parce qu'il n'aille pas shunter toutes les informations à cause du bruit de, de ... recherche documentaire. » (FG 2, N)

Certains médecins considéraient que le DMP au niveau national n'était pas pertinent, et qu'il fallait lui préférer un DMP à l'échelon local.

« ... que ce soit standardisé au moins sur une population locale plutôt qu'à l'échelon national. Je ne pense pas que ce soit très intéressant, restons même plus éloignés de cette préoccupation-là. » (FG 2, H)

Certains médecins expliquaient qu'il était souhaitable et techniquement possible de formater les bases communes de différents logiciels pour utiliser le DMP, sans imposer une structure ou un logiciel au médecin, mais cela était coûteux, long, et compliqué à réaliser.

« Il crée une structure que tout le monde devrait pouvoir utiliser [...] avec laquelle tous les logiciels devront être interfacés. C'est techniquement possible [...]. {O : Ça demande beaucoup d'argent.} Et c'est pratiquement, probablement assez compliqué. » (FG 2, N)

L'autre solution selon les médecins aurait été l'acceptation par tous les praticiens d'un logiciel commun unique ce qui aurait demandé leur adaptation à celui-ci et l'abandon de leur ancienne solution informatique ce qui les aurait rebutés.

« Ça demanderait un logiciel commun ... » (FG 2, M)

« Partager un dossier, c'est encore une fois, une structure que l'on va nous imposer à laquelle il faudra qu'on se forme et qu'on s'habitue. » (FG 2, N)

« Oui et puis aussi, [...] demander aux médecins d'abandonner leur logiciel ... » (FG 3, S)

Certains médecins considéraient que l'utilisation par tous les médecins du DMP nécessitait une harmonisation des pratiques donc une formation des médecins.

« si on veut faire un DMP euh général, il faut établir un, un dossier, une structure du dossier qui va être exploitable par tous les médecins et compréhensible par tous [...]. Ça demande là aussi, en amont, d'enseigner aux médecins les, la structure du dossier » (FG 2, N)

L'avènement du DMP et la lourdeur administrative qui pouvait en découler, étaient craints par les médecins qui avaient déjà des difficultés à gérer les informations contenues dans leur propre dossier médical.

« ... le DMP [...] pose quand même énormément de problèmes euh parce que qui euh qui le remplit, qui efface les informations qui sont devenues obsolètes[...] et ça ce sont des problèmes qui sont déjà pas faciles à gérer pour le médecin mais qui sont ingérables d'un point de vue administratif, euh. » (FG 2, N)

Certains médecins considéraient que la mise à jour du DMP serait chronophage.

« ... Je crois ça demanderait un temps fou de le mettre à jour. Dans notre pratique quotidienne, ce serait intéressant mais je pense que c'est hyper chronophage » (FG 3, R)

Certains pensaient que le recueil du consentement du patient était un prérequis indispensable à l'usage du DMP. Il était jugé ardu de le recueillir chez les patients déments.

« Et le DMP, il faut le consentement du patient parce que le patient Alzheimer, comment tu récupères son consentement ? » (FG 1, E)

I. Obstacles à l'utilisation d'une personne de confiance en tant que support du dossier médical.

Certains médecins considéraient que la personne de confiance ne pouvait être un bon support au dossier médical car elle était peu accessible, peu compétente, d'un âge avancé. Il était cité la rareté des patients ayant défini la personne de confiance.

« la personne de confiance, c'est rarement accessible ou sinon eh ben, ... c'est euh la personne du même âge [...] qui ne saura pas expliquer les choses, quoi. » (FG 2, O)

« Souvent c'est des personnes dépendantes seules, la personne de confiance, ben soit elle a le même âge, et ah ben, elle meurt juste six mois plus tard. » (FG 2, O)

« J'ai très peu de personnes qui m'ont défini leur personne de confiance. » (FG 2, M)

J. Obstacles à l'utilisation d'un carnet de santé comme support au dossier médical.

Certains trouvaient que le carnet de santé était difficile à entretenir, et terminé rapidement. Il impliquait une multiplicité des supports et augmentait le risque de compromission du secret médical.

« ... je trouvais le carnet de santé qu'ils avaient établis assez bien, du moins en faisant attention à ce que l'on marque sur le carnet de santé, mais ... » (FG 2, R)

« ... c'était difficile à entretenir et puis vite on arrivait au bout du carnet de santé » (FG 2, R)

« Si, si on en utilise euh mais là on rajoute une difficulté parce qu'on remplit le dossier médical informatisé, le carnet de santé du patient. » (FG 2, N)

9. Obstacles liés à l'organisation du cabinet.

A. Obstacles liés au confrères

Certains médecins étaient limités par leurs confrères dans leur volonté d'améliorer le fonctionnement du cabinet notamment par l'emploi d'un secrétariat ou le changement d'une solution informatique.

*« ... je dis pas que c'est **bien** de ne pas avoir de secrétariat. C'est comme ça qu'on fonctionne, les autres ils veulent pas en entendre parler. » (FG 3, S)*

«... je ne me suis jamais penché [sur un logiciel de gestion de dossier médical en ligne] parce que effectivement ça voudrait dire à mes associés, le logiciel pour lequel on s'est engagé pendant 3 ans là ... toujours pareil quoi changer de... » (FG 3, S)

B. Obstacles liés à l'utilisation d'un secrétariat

L'absence de secrétaire rendait la gestion de l'archivage et de la mise en forme de la synthèse infaisable sur le long terme.

*« ... les synthèses de dossier je les ai fait tout seul pendant peut-être un an, au moins un an, deux ans c'était fait, à moitié fait. Depuis que j'ai trouvé une organisation avec une secrétaire qui, qui les tape, **qui** les range dans le dossier après que **moi** j'ai fluotté les lettres, qu'elle ait la synthèse de faite, mais c'est elle qui la met en forme, ça tourne » (FG 2, N)*

Certains médecins étaient gênés de demander aux secrétaires de les aider dans la gestion de leur dossier alors que ces derniers semblaient très occupés.

« J'ose pas demander parce que j'ai l'impression qu'elles ont beaucoup de taf ... » (FG 2, O)

La délégation des tâches aux secrétaires dépendait de leur nombre et du temps qui leur était alloué, ce qui résultait de l'investissement financier que les médecins étaient prêts à faire.

« ... il y a des limites à l'utilisation des secrétaires, c'est ni plus ni moins que le temps pendant lequel tu les payes. [...] Après à nous de définir financièrement où est la limite de l'utilisation des secrétaires. [...] On peut avoir deux secrétaires ou trois qui tournent mais il faut les payer. » (FG 2, N)

C. Utilisation du dictaphone

L'utilisation d'un dictaphone pour la saisie de données médicales sans avoir l'accès au dossier lors des visites avait l'inconvénient d'être une solution qui ne permettait que la production d'informations et non la consultation.

*« **D** : On a un dictaphone, puis c'est la secrétaire qui va rentrer effectivement quelques phrases, des données dans l'ordinateur quand on rentre au cabinet ? [...] »*

***E** : Mais le problème, tu n'auras pas l'antériorité là-dessus. De l'instantané, tu vas le retranscrire dans ton dossier au cabinet, et au domicile tu n'auras rien. » (FG 2)*

Certains médecins considéraient que les médecins généralistes étaient peu habitués à utiliser un dictaphone pour la saisie des données lors des visites.

« ... contrairement aux spécialistes, c'est vrai qu'on fait assez peu de lettres, on n'a pas tellement l'habitude du dictaphone. » (FG 2, N)

IV. Discussion

1) Forces et faiblesses de l'étude.

1. Limites de l'étude.

La principale limite de l'étude fut la perte des dernières minutes d'enregistrement du groupe focalisé 2 ce qui constitue un biais de déperdition de l'information. Il a été néanmoins possible, grâce aux notes du « chercheur-scribe » de vérifier l'absence d'idées novatrices.

Une autre limite fut le faible nombre de participants au dernier groupe focalisé. Cependant, il fut riche en échanges.

D'autre part, les médecins présents connaissaient le statut d'interne des chercheurs. Ceci a pu provoquer un biais de désirabilité sociale.

Malgré le travail de réflexivité effectué par les chercheurs, et l'utilisation d'un guide d'entretien il est possible que leurs propres convictions aient pu influencer la teneur des débats.

2. Forces de l'étude.

Il a été choisi par les auteurs d'utiliser une méthode d'analyse qualitative. Celle-ci était adaptée au sujet de recherche. L'utilisation de groupes focalisés a permis la confrontation des idées entre médecins interviewés.

Tout au long de l'étude, les chercheurs se sont attachés à suivre rigoureusement la méthode. La population recrutée était diversifiée. La comparaison des travaux des deux chercheurs, au cours des différentes étapes du travail de recherche a contribué à sa validité interne.

La saturation empirique des données a été atteinte à l'issue du troisième groupe focalisé.

2) Obstacles liés à une mauvaise définition du dossier et de son architecture.

Les médecins avaient des difficultés à définir le concept de dossier médical tant dans sa nature que dans son contenu du fait de leur vision personnelle de la médecine. Ceci s'était notamment manifesté par leur difficulté à distinguer le dossier médical propre au médecin du dossier de liaison. Les notes personnelles pouvaient être un point de désaccord entre les médecins qui doutaient de leur appartenance au dossier médical.

1. Il existe peu d'éléments législatifs sur la définition du dossier médical

Le concept de dossier médical est abordé dans deux articles de loi. Dans le Code de Santé Publique (CSP), l'article L1111-7 stipule que : « *Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.* »(9)

Il est ici défini un ensemble de documents relatifs à la santé du patient auxquels il peut prétendre l'accès lorsqu'il le souhaite. Il est possible de le considérer comme étant le contenu du dossier médical. En aucun cas il ne définit sa nature et son contenu de façon précise. Le seul contenu défini de manière détaillée est celui du dossier médical employé dans le cadre des établissements de santé publiques ou privés.(10)

D'autre part, le Code de Déontologie Médicale (CDM) stipule dans l'article 45 que : « *Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.* ».(11) Le CDM a été modifié le 9 mai 2012 afin de préciser que les notes personnelles du médecin étaient indépendantes du dossier médical prévu par la loi : « *Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers.* »(11)

Cet article n'apporte pas d'élément supplémentaire à la définition du dossier médical. Il précise toutefois l'obligation du médecin à tenir des notes personnelles, qui seront indépendantes du dossier médical et non transmissibles au patient.

Dans une fiche pratique, en 2015, destinée au patient, la direction de l'information légale et administrative expliquait que le dossier médical n'est pas unique. Le patient dispose d'autant de dossiers que de professionnels de santé qui le soignent. Chacun de ces dossiers comprend uniquement les éléments du professionnel concerné, nécessaires à l'élaboration et au suivi du patient. Il crée un doute en ajoutant qu'il existe un dossier médical unique, appelé DMP, non obligatoire, qui ne se substitue pas aux dossiers des professionnels de santé.(12)

Quant au dossier de liaison, il n'a pas été défini législativement.

2. Les recommandations de bonnes pratiques

En France, la tenue du dossier a été rendue obligatoire pour la première fois en 1995 par le CDM sans en définir les objectifs et la nature. Ce n'est que par le rapport de l'ANAES, en 1996 qu'une liste d'objectifs au dossier médical et un contenu sont proposés. Le médecin a alors comme ambition « d'améliorer la démarche médicale en interagissant avec le dossier lors du recueil des données et d'optimiser les différentes utilisations possibles des données déjà enregistrées ».(13) L'ANAES définit un cahier des charges pour la tenue du dossier médical en médecine générale.

Les recommandations faisaient la distinction entre le dossier hospitalier et le dossier du médecin généraliste en ambulatoire. Le dossier hospitalier répondait à la nécessité de prendre en charge une crise, sur un intervalle souvent court, et avait donc un contenu exhaustif, alors que le dossier du médecin généraliste répondait à la nécessité d'une prise en charge au long cours d'un patient ayant des problèmes multiples. Il devait donc permettre « la recherche sélective des informations déterminantes pour une prise de décision immédiate ».(13) C'est dans ce contexte que ces recommandations ont préconisé que la formation des futurs généralistes se fasse auprès des praticiens ambulatoires.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini le dossier patient au sein de l'hôpital mais reste imprécise sur sa définition en ambulatoire. Elle considère qu'il correspond au recueil et à la conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli. Il assure la traçabilité des actes effectués. C'est un outil de communication, de coordination et d'informations entre les acteurs de

soins et le patient. Il permet la compréhension du parcours hospitalier. Il précise qu'il faut définir le rôle et la responsabilité de chaque acteur de santé dans sa tenue.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins précise la nature du dossier médical en faisant référence à la législation. Dans un rapport de 2010, il en explique les objectifs qui sont orientés vers la démarche diagnostique et l'optimisation des données. Il déconseille d'y faire figurer des notes personnelles, c'est-à-dire des données non formalisées. Selon lui, le contenu des dossiers médicaux en ambulatoire doit s'appuyer sur les textes législatifs précisant le contenu des établissements de santé.(14) Il devrait donc y figurer des éléments tels que « la lettre du médecin qui est à l'origine de l'admission », « les conclusions de l'évaluation clinique initiale » ou « le dossier de soins infirmiers ». Ce modèle prévu dans un contexte hospitalier semble donc peu adapté à l'exercice du médecin généraliste en cabinet. Le dossier médical en ambulatoire et plus précisément lors des visites n'est pas clairement défini. Il ne peut répondre à la prise en charge multidisciplinaire des personnes âgées au domicile.

3. Discussion sur la définition du dossier médical dans la littérature

Dans le journal LANCET en 1994, le Dr Wyatt JC a défini le dossier médical idéal comme 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 ».(15) Le Dr Wyatt augmente la portée du dossier médical en lui attribuant une utilité pour la recherche, la formation et l'accréditation des systèmes de soins par rapport aux recommandations ANAES.

Le Pr Fieschi expliquait dans un rapport demandé par le ministre de la santé en 2002 pour l'établissement d'un dossier médical partagé que « les discussions sémantiques sur la définition du dossier médical [pouvaient] bloquer le développement de la réflexion sur le partage nécessaire des informations qu'il contient ».(16) Il considérait que le dossier médical ne pouvait être défini sans avoir conçu un référentiel et des normes sémantiques qui puissent être communes aux différentes spécialités dont la médecine générale. Il concluait donc que la volonté de créer un dossier partagé pouvait s'apparenter uniquement à un recueil de données du patient ayant pour objet l'amélioration du suivi de son état de santé.

4. Difficultés à harmoniser les pratiques entre les médecins

Depuis l'édition du dernier guide de recommandations pour la tenue du dossier médical en ambulatoire par l'ANAES en 1996, la volonté de « travailler ensemble » semblent avoir pris une place plus importante.

En 2016, en France, le médecin généraliste de premier recours n'est soumis à aucun système d'accréditation itératif, contrairement aux structures hospitalières. Ceci permet une certaine variabilité des pratiques, particulièrement concernant la tenue du dossier médical. Mais la souplesse des différents modes d'exercice, ne signifie pas pour autant que chaque médecin est dédouané de toute responsabilité. L'ANAES établissait en 1996 que « le médecin est libre (et responsable) du choix des informations qui y sont enregistrées. ». (13)

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) mise en place depuis janvier 2012 peut s'apparenter à un système pouvant à terme harmoniser les pratiques. Il se compose de deux grandes dimensions : d'un côté l'organisation du cabinet, de l'autre la qualité de la pratique médicale.

Le premier point traite particulièrement du fonctionnement du médecin, notamment vis-à-vis du dossier médical. Il comprend 5 indicateurs :

- « - Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle ;
- Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié ;
- Equipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices ;
- Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients ;
- Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour chaque patient.» (12)

Ainsi, pour obtenir la rémunération associée, le médecin généraliste a la nécessité de tenir des dossiers informatisés, à l'aide d'une solution numérique équipée d'une aide à la prescription certifiée, et qui permette d'élaborer des synthèses annuelles.

On peut y voir une volonté discrète mais présente d'harmoniser les pratiques des médecins libéraux, dans un but de santé publique. Ceci pourrait tendre vers une

« accréditation incitative ». Notons que la Cour des comptes, en plus de critiquer les « rémunérations supplémentaires » permises par la ROSP, regrettait que « les conventions ne prévoient, en outre, aucune sanction financière directe en cas de non-respect des objectifs. ».(17)

Pour la première fois, la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 définit les professions libérales et dit « [qu'elles] regroupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ... ».(18)

Or l'indépendance professionnelle implique que les médecins fonctionnent indépendamment les uns des autres. Dès lors, il est logique que leurs modes de fonctionnement soient différents et propres à chaque praticien. L'ethnologue Aline Sarradon-Eck confirme dans une enquête parue en 2008 dans la Revue d'Epidémiologie de Santé Publique, que « chez les généralistes, l'individualisation des pratiques domine », et que « chaque praticien tend à travailler à sa manière ».(19)

Le désir d'harmonisation des pratiques que peuvent impliquer les projets comme la ROSP peut donc être perçu comme s'opposant à la définition des « professions libérales » auxquelles les médecins généralistes appartiennent dans leur grande majorité. Il était donc craint que la ROSP signe « la fin du libéralisme médical ».(20)

Des systèmes informatiques de formatage des informations médicales sont en cours d'élaboration, mais leur développement est rendu complexe par la nature très hétérogène des données. En outre, il reste probable que les professionnels ne puissent s'affranchir du partage d'un même référentiel sémantique.(21)

5. Conclusion

Il est difficile pour les médecins de s'aider de la loi pour concevoir la définition et le contenu du dossier médical. Il existe de multiples façons de le définir selon les objectifs visés.

Ceux poursuivis par les recommandations étaient peu axés sur le partage d'informations. L'évolution vers un dossier partagé nécessiterait de réaliser leur réactualisation.

La volonté d'échanger entre professionnels nécessiterait l'harmonisation de la tenue des dossiers, ce qui pourrait être perçu comme un frein à l'indépendance professionnelle du médecin libéral.

3) La population âgée : Une caractéristique de la visite à domicile pour laquelle l'évaluation gériatrique est difficile à intégrer dans le dossier.

1. Manque d'intérêt pour la gériatrie

Certains médecins avaient des difficultés à réaliser une évaluation gériatrique standardisée dans leur pratique quotidienne soit parce qu'ils n'avaient pas conscience que les personnes âgées qu'ils voyaient au domicile pouvaient relever de la gériatrie, soit parce qu'ils n'avaient pas d'attrait pour cette discipline. Celle-ci nécessitait une formation particulière. Ils n'avaient pas les connaissances nécessaires pour l'utiliser.

D'autres jugeaient que l'évaluation gériatrique standardisée avait peu d'intérêt dans leur pratique. Ils considéraient que leur intuition suffisait à la prise en charge appropriée de la personne âgée. Ils estimaient que la langue française et les questions ouvertes étaient mieux adaptées pour décrire une situation par rapport aux échelles standardisées. De plus, ils avaient l'impression d'être dans des positions inconfortables lorsqu'une échelle confirmait un risque pressenti alors que le patient refusait la prise en charge adaptée.

Des études qualitatives par des entretiens semi-dirigés en 2011 à Rouen, en 2013 en Franche-Comté et en 2015 à Toulouse confirment la préférence des médecins généralistes pour l'interrogatoire et le dépistage subjectif plutôt que l'utilisation d'EGS.(22)(23)(24) Elles mettent aussi l'accent sur la méconnaissance des outils disponibles.

Plusieurs études ont pourtant montré l'intérêt de l'évaluation gériatrique pour réduire la morbi-mortalité des personnes âgées.(25) Le médecin généraliste a une place privilégiée pour dépister les troubles débutants et évaluer le déclin fonctionnel du patient. Or dans une étude comparative entre l'évaluation subjective des médecins et une évaluation par des tests de dépistages validés, les médecins avaient tendance à sous-estimer ces troubles.(26)

2. Difficultés techniques à réaliser une EGS et donc à l'intégrer au dossier.

Les médecins qui avaient de l'intérêt pour l'évaluation gériatrique ne la réalisaient pas en pratique par manque de temps. Ils considéraient que le temps consacré à l'évaluation n'était pas bien rémunéré. Les nouveaux modes de rémunération n'ont pas été abordés. D'autres part, ils jugeaient les échelles trop longues à utiliser en pratique tant pour leur réalisation mais aussi pour la relecture ultérieure des résultats. Ils ne pouvaient réitérer l'évaluation pour en apprécier l'évolution.

Les outils d'EGS étaient jugés inappropriés à la visite à domicile et trop techniques. Certains considéraient même qu'ils n'étaient utiles que pour la recherche.

L'HAS propose une évaluation gériatrique de premier recours en 2013.(27) Elle évalue de multiples domaines : les fonctions supérieures, la souffrance psychique, les fonctions sensorielles, l'état bucco-dentaire, l'état nutritionnel, la mobilité et l'équilibre, l'autonomie et le statut économique et social. L'HAS a proposé en Avril 2014 un questionnaire permettant de décider la mise en place d'un plan personnalisé de santé chez les patients de plus de 75 ans.(28) Il serait intéressant d'évaluer ces outils dans la pratique du médecin généraliste, et plus particulièrement lors des visites à domicile.

3. Difficultés à coordonner l'évaluation gériatrique avec les paramédicaux.

La collaboration des paramédicaux à l'EGS était jugée compliquée par les médecins. Elle nécessitait d'avoir au préalable déterminé les outils d'évaluation à déléguer, compte tenu que certaines échelles étaient considérées comme pouvant être réalisées uniquement par le médecin. Il était nécessaire que les paramédicaux soient formés, reconnus et rémunérés. Or leur apport était jugé limité par rapport au financement que cela demandait et en raison des difficultés budgétaires de la sécurité sociale. Il était mis aussi en avant que l'évaluation gériatrique était autant chronophage pour les paramédicaux que pour les médecins. Ces derniers doutaient de leur motivation.

L'HAS révèle, dans une note méthodologique, une étude qualitative de 2009 qui met en évidence le manque de coordination entre les différents professionnels de la santé concernant l'évaluation gériatrique.(29) Le temps consacré à la coordination des tâches, n'était pas valorisé financièrement, il était le premier obstacle à cette continuité des soins.

4. Conclusion

Le domicile peut sembler être un lieu privilégié pour la réalisation d'une EGS, puisque la personne âgée est dans son élément. Or les médecins n'en perçoivent pas l'intérêt ou manquent de temps et de moyens pour la réaliser. La mauvaise coordination avec les paramédicaux ne permet pas d'effectuer une évaluation efficace et multidisciplinaire. L'élaboration d'un support à l'évaluation gériatrique, intégré au dossier médical, réfléchi de manière pluridisciplinaire pourrait permettre de dépister la personne âgée fragile, ou d'évaluer son déclin fonctionnel pour lui proposer un plan personnalisé de soins.

4) Obstacles liés au médecin généraliste et à sa perception des visites à domicile

1. Les difficultés à s'autoévaluer malgré des outils existants.

Certains médecins avaient des difficultés à évaluer leur propre dossier. C'est à l'occasion de transmissions avec les remplaçants qu'ils prenaient conscience de sa qualité. Pour pouvoir l'améliorer, il est important que les médecins puissent s'évaluer.

L'ANAES avait proposé un outil d'auto-évaluation en 2003 se basant sur ses recommandations de 1996 (**Annexe 9** : « La tenue du dossier du patient - Référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. »). Actuellement, cet outil est resté à l'état expérimental.

Depuis l'obligation des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) en 2004, de multiples services ont vu le jour. Ils portent maintenant le qualificatif d'Organismes accrédités pour l'EPP et répondent à un cahier des charges définis par l'HAS. Certains programmes proposés portent sur la tenue du dossier médical.(30) Les limites de ces outils d'évaluation des compétences sont « l'absence de valorisation du médecin par rapport au temps et à l'énergie consacrée à l'auto-évaluation ».(30)

2. Le manque de temps.

Les médecins considéraient que la tenue du dossier médical ainsi que la visite à domicile prenaient du temps. L'accessibilité du dossier lors des visites au domicile nécessitait beaucoup d'organisation pour le médecin. Au vu de la démographie médicale qui diminue et aux difficultés des médecins à limiter les visites, ils ont jugé qu'ils auraient de plus en plus de difficultés à tenir un dossier.

En 2006, une enquête d'opinions auprès de 216 médecins généralistes de Midi Pyrénées, a montré que « les trois quarts des généralistes se [sentaient] débordés ».(31) Or la démographie médicale montre une diminution de 7,4 pour cent de médecins généralistes entre 2007 et 2015.(32) C'était dans ce contexte que les médecins interviewés exprimaient leurs difficultés à accorder toujours plus de temps à la tenue d'un dossier. L'INSEE, en 2009, selon un scénario validé jusqu'à présent, estimait qu'il faudrait attendre 2030 pour que les effectifs de médecins reviennent à un niveau similaire à 2006, situation déjà jugée difficile.(33) Ces données justifient la crainte des médecins à manquer de temps dans le futur pour tenir un dossier de qualité.

Selon les recommandations de l'ANAES, la tenue du dossier prend du temps. En effet, elle demande lors des consultations et des visites de renseigner les informations administratives, les données significatives des consultations (informations tirées de l'examen clinique, des examens complémentaires, des courriers, des métacommunications), d'établir une conclusion de la rencontre, et une conduite à tenir qui comprend les prescriptions, les conseils, les recours aux spécialistes et la planification des actions à venir.(13)

L'ANAES explique alors que la bonne tenue du dossier nécessite que « le médecin y travaille, en dehors de la présence du patient, pour y incorporer les données provenant de différentes sources, en faire la synthèse et réorganiser le dossier ». Elle reconnaît le temps que tout ceci demande, tout en insistant sur le fait que « la question de la qualité du dossier est directement liée à celle du temps consacré à sa tenue ».(13) Selon elle, la bonne tenue du dossier dépend du niveau d'exigence du médecin envers lui-même.

3. Le manque de motivation du médecin

La tenue du dossier est directement liée à la motivation du médecin puisqu'elle demande de l'exigence. Cette motivation peut prendre différents aspects : celle liée à la pratique en générale et celle liée uniquement à la tenue du dossier.

Les médecins expliquaient que le dossier médical au domicile était le reflet de la pratique du médecin. Elle pouvait déjà se voir dans les dossiers du cabinet. Certains médecins suggéraient aussi que des patients étaient peu mobilisés par leurs confrères. Si les patients ne sont pas examinés, le médecin aura peu de données à consigner dans le dossier.

Certains médecins notifiaient la visite soit par la date, soit par des éléments succincts uniquement pour la comptabiliser. Ils admettaient ne pas prendre le temps pour tenir le dossier comme ils l'auraient fait au cabinet.

Les causes de ce désinvestissement peuvent être multifactorielles. Il est difficile de les étudier. L'étude a pu mettre en évidence certains de ces éléments. D'une part les difficultés du médecin à prendre en charge chaque patient de manière identique. D'autre part l'impression qu'avançant dans leur carrière, leur motivation diminuait. Et par ailleurs, la volonté de ne pas investir dans des solutions potentiellement coûteuses alors que les visites représentent qu'une faible part de leur activité. En 2013, les visites représentaient 11,7% des actes totaux NGAP.(1) La mauvaise rémunération de celles-ci pouvaient aussi contribuer au

désintéressement des médecins. *Ceci est abordé dans le chapitre 5. La rémunération était jugée insuffisante au regard des contraintes.*

On peut supposer que l'investissement du médecin dépend du médecin lui-même, de sa relation avec le patient mais aussi de sa place dans la société.

4. Le temps passé à tenir un dossier pourrait aboutir au burn out

Les médecins avaient l'impression que le temps passé à tenir un dossier ne cessait d'augmenter. Ils craignaient alors que celui dédié au patient ne diminue. Cette crainte était perçue par l'ANAES, puisqu'elle reprenait une citation de Goldfinger expliquant que « le danger serait que le médecin déplace vers la tenue du dossier une partie du temps consacré au malade ».(13)

On peut se demander alors quelle était la valeur symbolique liée à l'activité de tenir un dossier. En effet, ils ne considéraient pas ce travail comme faisant partie de leur référentiel métier. Certains le dévalorisaient même en expliquant que leurs notes étaient inutiles. Ce travail avait donc une valeur péjorative. Cette dépréciation peut s'expliquer par l'augmentation du temps passé à tenir le dossier. En effet, Marc Thiebaut en 2003 évaluait l'impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste.(34) Il retrouvait une corrélation significative entre le nombre d'heures effectuées par le médecin et l'estime de soi. Plus les médecins avaient une charge importante en temps de travail, plus leur qualité de vie diminuait, ce qui entraînait une dévalorisation.

Par ailleurs, la bonne tenue du dossier était chronophage et s'inscrit dans un contexte où les médecins manquent de temps. Ils avaient l'impression d'avoir perdu en productivité, notion définie par Marc Thiebaut comme étant la qualité de soin pour le patient.(34) On peut supposer que les médecins ne peuvent pas à la fois tenir un dossier de qualité et prodiguer des soins de qualité puisque leur temps horaire n'est pas infini. Pour éviter un épuisement professionnel, ils ont probablement limité le temps de la tenue du dossier au profit du patient.

Christina Maslach, psychologue américaine décrivait le burn out selon trois dimensions : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et la perte de l'accomplissement personnel se manifestant par une perte de l'estime de soi. La dépersonnalisation se traduit par des attitudes impersonnelles, une indifférence vis-à-vis du

travail.(35) Les groupes focalisés ont pu mettre en évidence deux manifestations du burn out : l'épuisement professionnel et la perte de l'estime de soi. La dépersonnalisation n'a pas été mise en exergue. Cela peut s'expliquer par le volontariat des personnes interviewées. Ils n'étaient probablement pas dans l'indifférence par rapport à leur pratique et donc à ce sujet.

Il convient donc de rester vigilant quant aux conséquences qu'une augmentation d'exigence vis-à-vis de la tenue du dossier peut impliquer. Il est possible que, pour éviter un épuisement professionnel, les médecins limitent la charge du travail liée à la tenue du dossier.

5. La rémunération était jugée insuffisante au regard des contraintes.

Les médecins avaient l'impression qu'il leur était demandé de fournir toujours plus d'efforts, pour des visites perçues comme insuffisamment rémunérées. La ROSP pouvait correspondre à un moyen de réévaluer la rémunération des médecins, mais ceux-ci craignaient que les sommes fussent détournées par les éditeurs de logiciels par augmentation des prix.

Une étude quantitative auprès de 177 étudiants menée par Bénédicte Reumaux en 2014, a montré que les internes considéraient en grande majorité (à 92%) que la rémunération et le niveau de vie des médecins n'avait pas été déterminant dans le choix de la médecine générale aux ECN.(36) Ainsi, les internes au moment du choix de leur spécialité, ne décident pas d'exercer le métier de médecin généraliste pour des raisons financières.

D'autre part, l'étude quantitative de Céline Rancon en 2013 a montré que les médecins étaient assez satisfaits de leur rémunération.(37) Ce constat positif doit cependant être nuancé puisque comme l'ont montré Céline Rancon ainsi que Clément Bousson en 2013 une majorité des médecins installés trouvaient que leur rémunération n'était pas à la hauteur de leur temps de travail.(37)(38) C'était aussi l'avis de la plupart des internes.(37)

En 2014, Pierra Lefèvre a montré que « la ROSP [était] souvent perçue par les médecins comme l'image d'un âne à qui l'on tendrait une carotte, comme si les mesures incitatives [pouvaient] faire avancer les médecins en améliorant leurs pratiques ».(20) Cette dernière hypothèse semble accréditer une étude américaine de 2006, qui consistait en une méta-analyse de 17 études.(39) Elles ont montré que la qualité des soins pouvait être améliorée de façon modeste par des programmes de paiements à la performance (P4P). En France, le bilan à 3 ans de la ROSP établi par la CPAM en 2015 semble aussi rassurant quant

aux résultats escomptés : Le taux général d'atteinte des objectifs est passé de 53% en 2012 à 65.1% en 2014. (40)

Ainsi, il semble que la qualité du dossier puisse être améliorée par une augmentation de la rémunération.

La ROSP semble, malgré une certaine forme de méfiance, avoir été relativement bien accueillie dans les faits. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques a montré en 2012 que seuls 5% des médecins déclaraient l'avoir explicitement refusé.(41) Selon l'assurance maladie, la ROSP aura été versée à 89 000 médecins libéraux en 2014 (40) contre 75 000 en 2012. (42)

En 2013, les internes interrogés par Bénédicte Reumaux étaient seulement 32% à souhaiter un paiement à l'acte exclusif, et 67 % à souhaiter un autre mode de rémunération.(36) Quant aux médecins interrogés par Clément Bousson, ils étaient favorables à 65% à l'introduction de nouveaux forfaits.(38) Ainsi, les médecins ne semblent pas être opposés à l'adjonction de ces nouveaux modes de rémunérations.

Les médecins de l'étude exprimaient enfin leur crainte concernant le fait que ces augmentations de rémunération soient au moins partiellement absorbées par les éditeurs de logiciels médicaux. L'analyse objective de l'évolution du coût des logiciels est rendue complexe à cause des multiples modes de paiements (à l'achat, abonnement, contrat d'entretien obligatoire ...).

Ainsi, sans que les motivations du médecin puissent s'apparenter à une course aux profits, les nouveaux modes de rémunérations tels que la ROSP peuvent être les bienvenus ainsi que bénéfiques dans la recherche d'amélioration. Il faudra néanmoins veiller à ce que les sommes dégagées ne soient pas perçues par les prestataires de logiciels.

6. Conclusion

Il apparaît donc que la difficulté de tenir un dossier résulte en partie d'une problématique intriquée de manque de temps, d'une motivation variable et d'un manque de reconnaissance financière pouvant être partiellement compensée par de nouveaux modes de rémunération. Il faut être vigilant à ce que la charge de travail liée à l'exigence de la tenue d'un dossier n'aboutisse pas au burn out.

5) Les obstacles de chaque support utilisé par les médecins.

Même si certains médecins considéraient que le support n'était pas le problème principal, force est de constater que ce sujet était très présent tout au long des réunions. Il était parfois conclu qu'il n'existait pas de support idéal.

1. Multiplicité des supports pour un même patient

Les médecins fonctionnaient fréquemment avec plusieurs niveaux de dossiers : ceux-ci s'organisaient souvent autour de la dichotomie : « dossier au domicile du patient, partagé avec les autres soignants » versus « dossier au cabinet, qui est propre au médecin ».

Ils jugeaient parfois cette multiplicité des supports comme étant indispensable, même si elle présentait plusieurs inconvénients. Deux types de pratiques se dégagent : Certains médecins craignaient que les informations se dispersent, et avaient des difficultés à ce que les différents dossiers restent complets. Ils considéraient que la solution n'était faisable que si elle concernait peu de patients.

D'autres médecins hésitaient quant au support à utiliser lorsqu'ils étaient multiples. Ils avaient le sentiment de passer moins de temps à écrire sur chaque dossier, comme s'ils partageaient le temps dédié à la tenue d'un seul.

Les médecins avaient des difficultés à savoir quel contenu correspondait à quel dossier. Ils avaient donc tendance à disperser les informations ou bien à peu remplir les différents supports. Il serait donc souhaitable qu'ils aient à leur disposition une définition claire et précise quant au rôle et à la spécificité de chacun de ces dossiers.

2. Différents supports au domicile

Certains médecins avouaient n'utiliser que leur mémoire pendant les visites à domicile. Eux-mêmes ou d'autres critiquaient cette façon de faire puisqu'elle pouvait impliquer d'importantes pertes d'informations. Lorsque les médecins exprimaient utiliser leur mémoire, ceci signifiait qu'ils n'avaient pas accès à un dossier pendant les visites. Les supports utilisés par les autres médecins étaient multiples. Outre la prévisible opposition entre le papier et l'informatique, les médecins ont discuté de la possibilité d'utiliser le dossier de liaison comme support, ainsi que la synthèse informatique. Le Dossier Médical Partagé même s'il n'est pas utilisé en pratique a été largement débattu. De façon plus marginale, ils ont évoqué le carnet de santé et la personne de confiance.

A. Le débat papier/informatique : Une sempiternelle lutte ?

a) Entre un papier dépassé ...

Les détracteurs du dossier papier critiquaient principalement sa propension à se dégrader avec le temps, l'accumulation de données qui au fur et à mesure le rendait peu exploitable. Enfin, les médecins devaient disposer d'un matériel de bureau pour l'entretenir, donc potentiellement de devoir l'emmener en visites, gênait aussi certains médecins.

L'ANAES, dans ses recommandations de 1996, était bien consciente des deux premiers obstacles (13):

- Concernant la possible dégradation du support avec le temps, elle exprimait que « La couverture du dossier papier [devait] être en bon état » et conseillait de « 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. »
- Concernant l'effet accumulation, elle proposait au médecin de « minimiser cet inconvénient majeur du dossier papier en signalant les données principales (surligneur...), en les regroupant dans des fiches thématiques, en réactualisant régulièrement la partie "Histoire médicale et facteurs de santé" ».

Emporter le dossier papier au domicile, rendait la logistique parfois compliquée : les médecins avaient la nécessité de passer au cabinet avant toute visite, y compris celles qui n'étaient pas prévues pour récupérer leur support. De plus, cela nécessitait de transporter un dossier qui pouvait s'alourdir avec les années.

Plutôt que d'emporter le dossier intégral pendant leurs visites, certains médecins rédigeaient manuellement une synthèse papier, mais c'était parfois jugé long, fastidieux, et difficile à mettre à jour en temps et en heure.

Enfin, certains médecins laissaient leur dossier médical papier au domicile du patient. Cette solution était crainte car elle les exposait au risque de perdre ce dossier. En plus de poser un problème de suivi médical évident, ceci mettait le médecin en défaut vis à vis de la loi. En effet, il est obligatoire pour le médecin de conserver les informations médicales pendant 30 ans, voir 48 ans si le patient a été pris en charge dès la naissance.(13) Et le fait que le patient perde le dossier alors qu'il en était le dépositaire ne pourra probablement pas libérer

le médecin de ses responsabilités. En effet, le CSP dans son article 45 exprime clairement que « *dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin* ». (43)

Le papier était un support jugé souvent « dépassé », qui allait irrémédiablement être remplacé par le dossier informatique : il était temps de « tourner la page ».

b) ... et une informatique inaboutie au domicile.

Dès lors, il serait tentant de penser que les environnements informatiques constituent une solution à la tenue du dossier au domicile. Parmi les médecins présents aux réunions, certains l'utilisaient en tant que support durant leurs visites, d'autres l'avaient abandonné.

De multiples freins à son utilisation étaient relevés : Le risque de pannes liées à sa fragilité et aux conditions d'utilisation en ambulatoire, ainsi que la crainte d'être piraté, la lourdeur de l'allumage et de l'extinction dans un contexte de visites déjà jugées consommatrices de temps. Ceci impliquait qu'il était nécessaire que les médecins soient très motivés pour l'employer. Des compétences techniques pouvaient être nécessaires à son utilisation, ce qui pouvait être craint notamment par les médecins les plus âgés.

Certains considéraient que la numérisation des papiers qu'ils recevaient au domicile était chronophage, et étaient déçus de la faible adhésion aux systèmes de messageries sécurisées type Médimail©. Les recommandations de l'ANAES en 1996 établissaient déjà que « l'informatique pourrait à l'avenir faciliter l'enregistrement et le stockage de ces données grâce à leur transmission directe. ». En 2002, Georges Schlumberger a établi un état des lieux de l'utilisation des outils informatiques par les médecins généralistes. Il avait alors conclu que « les réseaux de partages sont encore très limités dans leur fonctionnement et ne permettent pas suffisamment la réception par courriel de la correspondance médicale ». (44) Force est de constater qu'en 2016, malgré des solutions techniques fonctionnelles, une minorité de courriers reçus par les médecins généralistes le sont effectivement par voie informatique.

Certaines façons de procéder (telles que l'utilisation d'un ordinateur portable pour les visites et d'une station de travail au cabinet) nécessitaient une synchronisation des bases de données qui pouvait être défaillante. Ceci pouvait être difficile à résoudre à cause d'une assistance informatique peu présente. Ce problème a conduit l'un des médecins interviewés à abandonner la solution.

De plus en plus d'éditeurs de logiciels médicaux proposent des solutions en lignes, qui exportent les données médicales dématérialisées sur un serveur distant (« cloud »). Celles-ci peuvent sembler intéressantes, particulièrement sur le plan logistique, mais les médecins craignaient de ne pas disposer des informations en cas de réseau non disponible, et s'interrogeaient sur la sécurisation des données. D'autre part, ces solutions peuvent être onéreuses. Certains médecins ont expliqué qu'ils n'étaient pas prêts à absorber le surcoût que l'utilisation de solutions informatiques impliquait par rapport au papier.

Ainsi, certains médecins regrettaient le retard pris par le milieu médical concernant l'informatisation. Ils considéraient qu'en 2015, l'informatique pouvait être un support au dossier seulement pour certains médecins, en réponse à certaines pratiques. Elle n'est pas actuellement une solution adaptée à tous les médecins.

Au total, il se dégage de cette opposition une impression de « phase de transition » : Comme s'il était nécessaire de se soustraire au papier mais sans que les médecins aient actuellement de solution informatique efficace à laquelle se raccrocher dans le contexte des visites à domicile.

B. Dossier de liaison : obstacles à son utilisation comme support

Les médecins avaient tendance à utiliser le dossier de liaison laissé au domicile par les organismes de soins comme support au dossier médical. Les pratiques étaient diverses selon les médecins : une simple consultation du dossier, l'archivage des éléments médicaux ou la fusion avec le dossier médical.

a) Intérêt parfois discuté

Les dossiers de liaison étaient jugés de qualité variable mais ce qui gênait davantage les médecins, était leur caractère peu informatif. Ils jugeaient l'intérêt du dossier de liaison limité. Selon les médecins, les dossiers infirmiers résultaient d'une obligation légale et comportaient donc peu d'éléments utiles pour la prise en charge du patient.

Le dossier infirmier est effectivement décrit dans le décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières.(45) Dans l'article 2 du décret, « l'infirmier est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins

infirmiers ». L'article 28 précise que « l'infirmier ou l'infirmière peut établir, pour chaque patient, un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son rôle propre et permettant le suivi du patient ». Les infirmiers ont donc la possibilité de réaliser un dossier de soins infirmiers qui contiendra tout élément nécessaire à la continuité des soins. Ces textes de loi s'opposent donc aux propos recueillis concernant le fait que le dossier de liaison relevait d'une obligation légale et serait dénué de toute utilité de par son caractère contraint.

L'intérêt des médecins pour le dossier de liaison a été évalué en 2014, lors d'une enquête descriptive et observationnelle auprès de médecins traitants et de patients de plus de 65 ans.(46) Seulement 9% des médecins considéraient le « carnet de liaison sénior » novateur et 31% n'avaient aucunement l'intention de poursuivre son utilisation.

b) Le dossier de liaison est disponible que par l'intermédiaire des organismes de soins

Les médecins étaient confrontés à sa disponibilité. En effet, le dossier de liaison n'était disponible qu'à deux conditions : s'il y avait d'autres intervenants à domicile, et si les organismes de soins le mettaient à disposition. D'autre part, le médecin pouvait être confronté au manque de place disponible pour pouvoir le compléter convenablement. Ces obstacles à sa présence pourraient être levés par le médecin en créant lui-même un tel dossier à domicile. Cependant ils éprouvaient des difficultés à le concevoir.

c) Difficulté à préciser le contenu du dossier de liaison en raison du secret médical

Lorsque le dossier de liaison était disponible, les médecins étaient en opposition sur le contenu à y consigner. Certains considéraient que le secret médical pouvait être compromis puisque le dossier était au domicile. En effet, ils expliquaient que le secret médical était toujours bafoué à domicile et qu'ils n'en avaient pas forcément conscience. Ils remplissaient donc peu le dossier et considéraient que le contenu devait se limiter aux informations utiles à la communication interprofessionnelle.

D'autres considéraient que le secret médical ne devait pas être un obstacle aux soins. Le patient vu à domicile est un patient fragile, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. Dans ce contexte, la coordination des soins est primordiale. La volonté de

préservé le secret médical pouvait rendre les dossiers succincts et inexploitable pour les intervenants au domicile, les remplaçants ou les médecins de garde.

Ce dilemme entre préservation du secret médical et amélioration de la prise en charge multidisciplinaire est une spécificité de la visite à domicile. Le serment d'Hippocrate réactualisé par le Conseil de l'Ordre stipule que « [Le] premier souci [du médecin] sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments ... ». On peut considérer que la prise en charge multidisciplinaire peut contribuer à promouvoir la santé. Or le même serment stipule aussi que « admis dans l'intimité des personnes, [le médecin taira] les secrets qui [lui] seront confiés ».(47) Ces deux injonctions placent le médecin dans une position délicate.

En outre, lorsque le secret médical n'est pas préservé, le médecin ou le professionnel de santé intervenant à domicile encourrent un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende selon l'article 226-13 du Code pénal.(48)

- d) Les différentes visions du soin entre les médecins et les infirmiers rendent l'utilisation commune du dossier de liaison difficile.

Certains médecins se plaignaient quant à la mauvaise utilisation par les infirmiers de leurs observations consignées dans le dossier de liaison. Ils avaient l'impression que les infirmiers ne lisaient pas leurs transmissions ou qu'ils archivaient sans précaution des données importantes. Ils considéraient qu'il y avait une incompatibilité d'utilisation du fait qu'ils ne partageaient pas la même vision des soins. Les médecins avaient besoin de pouvoir récupérer des informations anciennes tandis que l'infirmier avait une vision à court terme du soin.

- e) Le dossier médical fusionné avec le dossier de liaison est inaccessible depuis le cabinet.

Les médecins ont parfois besoin d'avoir accès au dossier médical en dehors de la présence du patient pour pouvoir soit réaliser un archivage des informations obsolètes, soit échanger avec d'autres spécialistes. Lorsque le support du dossier médical était le dossier de liaison, il était donc au domicile et devenait inaccessible au médecin au cabinet.

f) Difficulté à mettre en place un dossier de liaison entre l'hôpital et l'ambulatorio.

Certains médecins expliquaient leur crainte de laisser les données dans le dossier de liaison car il était souvent perdu après une hospitalisation. L'étude descriptive et observationnelle de 2014 met en évidence les difficultés à établir un support aux échanges entre l'hôpital et l'ambulatorio. En effet, le principal motif de la non-récupération du carnet après l'étude était la perte du dossier à l'hôpital dans 33% des cas. Par ailleurs, la rubrique « Fiches de liaison ville-hôpital » était utilisée dans 11% des cas.(46)

g) Conclusion

Le maintien à domicile de la personne âgée est une préoccupation de la médecine actuelle. Il s'articule entre les différents intervenants au domicile. La conception d'un dossier de liaison, pouvant être le support au dossier médical, doit se faire en concertation afin de définir les rôles de chacun, et l'organisation des données recueillies.

C. Synthèse informatique

Certains médecins créaient une fiche synthétique informatisée pour l'utiliser comme support du dossier au domicile. L'utilisation d'une synthèse nécessitait de l'avoir réalisée au préalable. Les logiciels informatiques proposaient des fonctions d'aide à la synthèse. Cependant cette fonction était parfois méconnue des médecins.

Une partie des médecins considérait que celle-ci était difficile à utiliser. Elle nécessitait de remplir le dossier informatisé de manière adéquate, c'est-à-dire chaque élément à l'emplacement dédié. Ce travail était compliqué car il nécessitait parfois un langage informatique spécifique et fastidieux.

Pour que la synthèse soit toujours lisible, il était nécessaire de l'alléger régulièrement. C'était un travail jugé chronophage par les médecins, que les secrétaires ne pouvaient faire à leur place. Cela dépassait leur compétence.

D. Le Dossier Médical Partagé.

Le DMP, depuis la loi santé promulguée le 26 janvier 2016, ne signifie plus « Dossier Médical Personnel » mais « Dossier Médical Partagé », répondant ainsi à la tendance actuelle de promouvoir le partage d'informations.(49)

Les médecins se sont appropriés la question concernant le DMP de diverses manières. Certains pouvaient y être opposés, tandis que d'autres doutaient de sa faisabilité ou de son intérêt. Ils croyaient peu que le DMP puisse solutionner le problème de la tenue d'un dossier patient au domicile.

a) Les réticences étaient de plusieurs types :

Les raisons éthiques et sécuritaires.

Les médecins ont exprimé une grande inquiétude quant au risque de compromission du secret médical : Ils craignaient le piratage illégal, bien entendu, mais surtout que les bases de données ainsi constituées puissent un jour être partagées légalement avec les assurances et les employeurs. Ils auraient donc tendance à n'écrire que des éléments peu informatifs, et ce support ne pouvait donc pas s'apparenter à un vrai dossier médical. A l'extrême, quelques médecins craignaient que le DMP fût un moyen de ficher la population. Ils semblaient craindre l'avènement d'un système s'apparentant au régime totalitaire décrit dans « 1984 » de Georges Orwell (50) et ne souhaitaient pas y contribuer.

Une autre crainte très présente était qu'il fût possible pour toute personne accédant au DMP d'obtenir l'ensemble des informations médicales. Ceci allait à l'encontre du respect du secret médical, même si les personnes pouvant accéder au DMP étaient uniquement des médecins. La création et la configuration de zones réservées, c'est-à-dire munies d'autorisations spécifiques, pouvait être une solution. Outre la difficulté technique de les réaliser, les médecins craignaient que ce système soit complexe et donc incompris de la part des patients. Ces derniers pourraient s'autocensurer par crainte que leur état de santé fût visible sur un dossier dont ils maîtrisaient mal la sécurisation.

Il était abordé l'intérêt du recueil du consentement avant la création du dossier. Or les personnes pour lesquelles celui-ci aurait pu être particulièrement intéressant étaient entre autres, les personnes atteintes de troubles cognitifs. Les médecins s'interrogeaient quant à la valeur de leur consentement dans ces conditions.

Les réticences d'ordre technique

En premier lieu, la constitution et l'actualisation de ce DMP posait question : Certains médecins pensaient qu'il serait nécessaire d'utiliser une solution informatique identique pour tous, alors que d'autres pensaient que les différents logiciels existants pourraient produire des informations compatibles avec le DMP. Concernant la première possibilité, le fait de devoir abandonner leur ancien logiciel et de s'adapter au nouveau pouvait être un frein important. La seconde possibilité était jugée compliquée, longue et coûteuse.

C'est clairement cette seconde solution qui est actuellement privilégiée : En octobre 2013, l'HAS et l'ASIP Santé, ont produit un document « volet de synthèse médicale élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale »(51) . Ce document avait pour vocation d'aider les éditeurs à faire évoluer leurs logiciels, de façon à ce que la synthèse produite automatiquement, soit compatible avec le DMP. On peut donc voir ici la volonté d'épargner au médecin la nécessité de se conformer à une architecture qui ne serait pas la sienne. Mais comme nous l'avons vu précédemment au paragraphe « Synthèse informatique », ceci n'est pas dénué de toute lourdeur.

Il a été aussi cité la nécessité d'avoir un accès internet pour y accéder, ce qui pouvait particulièrement poser problème au domicile.

Les réticences liées à l'aspect possiblement pesant du DMP.

Par ailleurs, les médecins exprimaient de franches inquiétudes quant à la lourdeur que le DMP pouvait induire au quotidien : Certains craignaient l'aspect chronophage que son remplissage pouvait impliquer, surtout s'il se surajoutait au dossier médical. D'autres craignaient que le DMP fût saturé d'éléments parfois obsolètes, imposés par les cadres administratifs. Ils redoutaient de ne plus parvenir à retrouver les informations pertinentes qui pouvaient varier d'un spécialiste à l'autre.

b) Le DMP : Une idée novatrice à la pointe de la technologie ?

L'idée d'une solution informatique distante d'accès aux données médicales d'un patient n'est pas récente. Jean Claude Quiniou et Jean Marc Font, dans leur livre « les ordinateurs, mythes et réalités » datant de 1968, écrivaient comme prologue de ce livre visionnaire : « *Sauver, grâce à l'ordinateur, plusieurs milliers de vies humaines par an.* ». Ils développaient ensuite « *Imaginons chaque hôpital, chaque médecin [...] relié à un ordinateur installé au centre de Paris. Le médecin compose son numéro de Sécurité sociale sur un cadran semblable à ceux du téléphone [...] : sur l'écran apparaît aussitôt un texte d'une trentaine de lignes donnant [une synthèse de son dossier médical] ...* ». (52)

Plus récemment, Delphine Quesada Cabanel a montré en 2013 que le DMP était perçu comme une possible solution aux difficultés de communication entre médecins généralistes et urgences. (53) Lionel Frère a conclu en 2015 que le DMP « constitue un enjeu important pour les usagers afin d'établir un rapport de force équilibré autour de l'information médicale ». (54)

Force est de constater que depuis le lancement du projet en 2004, son avènement en 2011, et malgré des annonces successives de « relances », celui-ci est actuellement très peu utilisé : En février 2016, 571000 DMP ont été créés, ce qui représente 0,87 % de la population française. (55) Néanmoins, le projet continue d'exister, et la loi du 26 janvier 2016 semble préciser la direction suivie et les moyens d'y arriver.

c) Loi de santé du 26 janvier 2016 et orientation du DMP

L'alimentation du DMP : Une obligation pour le médecin ?

Ce dossier peut être créé sans l'accord du médecin traitant. Cependant, ce dernier est contraint par la loi d'interagir régulièrement avec. En effet, il est dit dans l'article L1111-15 que « Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale verse périodiquement, au moins une fois par an, une synthèse dont le contenu est défini par la Haute Autorité de santé ». (56) Il est donc important pour les médecins de s'approprier la fonction « volet de synthèse médical » (VSM) proposée par les logiciels informatiques.

D'autre part, il est nécessaire que les éditeurs proposent des solutions informatiques techniquement fiables pour la production et l'exportation de ces synthèses médicales. En effet, Céline Capape a mené en 2013 une étude concernant l'exportation du VSM sur le DMP par des médecins généralistes, et elle concluait que « *la pratique reste limitée compte tenu des problèmes techniques des logiciels médicaux* ». (57)

Le DMP : Un support surajouté, ne visant pas à remplacer les supports actuels du dossier patient.

La nouvelle signification de l'acronyme « DMP » peut être interprétée comme le souhait d'explicitier l'objectif de ce support : partager certaines données choisies. Il perd son caractère de dossier « personnel », utilisé jusqu'alors, qui pouvait faire penser aux médecins qu'il pourrait remplacer les supports existants.

L'utilisation du DMP comme dossier unique nécessiterait une complète compatibilité des différents logiciels. Mais préalablement au lancement du DMP, le Pr Marius Fieschi écrivait en 2003 dans un rapport adressé à la Ministre de la Santé : *« l'interopérabilité des systèmes d'information complexes demande également un codage des données suivant des normes et standards. La mise en œuvre de ces standards [...] est un objectif majeur mais il convient de ne pas faire de cette évolution des systèmes d'information un préalable au partage de l'information. Le partage à court terme [...] doit emprunter temporairement une autre voie »*. En 2016, le DMP nouvellement nommé incarne cette voie.(16)

Il est désormais pensé comme étant un système d'archivage accessible à tous les professionnels de santé, permettant la communication et non comme un support pouvant constituer un outil de travail se substituant aux solutions actuelles de dossier papier ou informatisé. La confusion entre ces deux possibilités a pu contribuer au désintéressement exprimé par certains médecins à l'encontre du DMP.

d) En attendant le DMP national, le DMP local comme solution ?

Enfin, certains médecins considéraient qu'un DMP local, possiblement sous format papier, était tout aussi performant et éviterait de tomber dans certains écueils induits par le DMP national. C'est l'objet d'une étude de 2005 menée par Perrot P, nommée : « Le dossier de liaison du patient dépendant à domicile : complément ou alternative au dossier électronique » et qui a montré l'efficacité d'un dossier de liaison papier. Elle concluait : « Le [DMP] est un dispositif qui sera mis en place au cours des prochaines années. Le dossier de liaison sur support papier, appartenant à la personne dépendante, offre une solution alternative et complémentaire. Il permet, à partir de l'existant et sans autres dispositifs organisationnels nouveaux, de coordonner l'activité sanitaire et sociale. »(58)

E. Carte vitale

Il était soulevé la possibilité d'utiliser la carte vitale comme support au dossier, mais les médecins craignaient que la capacité de stockage soit insuffisante.

D'autre part, le fait que différents médecins puissent interagir sur une même carte faisait craindre qu'ils eussent à s'adapter à une architecture imposée.

Enfin, certains médecins estimaient que ce support pouvait poser des problèmes de secret médical car le dossier était disponible à toute personne pouvant lire la carte vitale. Selon ces médecins, c'était dans ce contexte que la possibilité de stocker le dossier sur la carte avait été volontairement écartée.

F. Carnet de santé

Certains médecins discutaient de l'intérêt d'utiliser le carnet de santé comme support au dossier. Ils prenaient pour référence le carnet de santé proposé par Alain Juppé en 1994. Les difficultés qu'ils avaient rencontrées étaient liées au support papier. Il était difficile à entretenir et rapidement fini.

De plus, les médecins avaient tendance à l'utiliser en plus de leur dossier médical, ils avaient donc un double travail de remplissage. Il posait le même problème que le dossier papier à domicile par rapport à la responsabilité du patient.

V. Conclusion

Les médecins généralistes éprouvent des difficultés pour tenir un dossier lors des visites à domicile. Les principales raisons évoquées étaient le manque de temps et un support inadapté. Un problème plus profond a été mis en évidence : l'absence de définition précise à leur dossier en visite. A l'heure de la prise en charge multidisciplinaire, de l'harmonisation des pratiques et du maintien à domicile des personnes âgées, l'objectif du dossier en visite doit être défini clairement. Faut-il un dossier unique partagé par toute l'équipe soignante intervenant au domicile ou plutôt plusieurs dossiers dont les objectifs de chacun seront définis au préalable ? La réponse à cette question ne passe pas uniquement par l'avis des médecins. Il serait nécessaire de recueillir les avis des patients, de leur entourage et de l'équipe soignante pour pouvoir proposer une solution consensuelle à la tenue du dossier.

Il est important de valoriser le travail chronophage qu'implique une bonne tenue du dossier. Les médecins considéraient que celui-ci venait s'ajouter à des visites déjà mal rémunérées. Par ailleurs il faut faire attention à ce que l'augmentation des exigences ne favorise pas le burn out des médecins.

Le support papier était jugé dépassé, sans que les solutions d'informatisation du dossier ne paraissent suffisamment abouties pour le remplacer au domicile. Les logiciels médicaux en ligne peuvent s'y apparenter, mais ils suscitent des interrogations, notamment quant à leur sécurisation. Le DMP, quant à lui, se construit comme un système d'archivage des données médicales du patient, et non comme une solution facilitant la tenue du dossier au domicile. A l'inverse, on peut craindre qu'il alourdisse le quotidien du médecin. Il est probable que de multiples solutions continuent à coexister, et ce parfois pour le même patient.

Il n'a pas été dégagé de solution idéale, et on peut s'interroger quant au futur du dossier médical. Les problématiques de sa tenue et de son archivage ne se résument pas au contexte des soins. Les solutions à venir dépendront de la société que l'on désire construire :

Faut-il privilégier la liberté de chacun à fonctionner comme il le désire, ce qui peut conduire à conserver des solutions hétérogènes et des bases de données disparates, au risque de ne pas optimiser la prise en charge de la personne ?

Ou bien faut-il privilégier un dossier uniformisé accessible à de multiples intervenants, qui certes semble permettre une meilleure coordination des soins, mais pose de nombreuses questions notamment quant à l'utilisation qui pourrait être faite de ces données ?

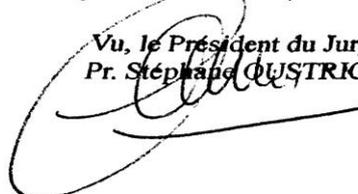
Toulouse, le 08.03.2016

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIÉ



Le 6 27/03/16

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



BIBLIOGRAPHIE

1. Données du Système National Inter-Régimes. Activité des médecins par région en 2013. ameli.fr; 2013.
2. Fourrier E. La visite à domicile du médecin généraliste: état des lieux, évolution et perspectives en Basse-Normandie en 2014. [Caen]: Université de Caen. UFR de médecine; 2014.
3. Chevassus C. Le support du dossier médical de la personne âgée dans le cadre de la visite au domicile par le médecin généraliste : état des lieux, perspectives vers le futur dossier médical partagé. [Paris]: Université de Paris 5 René Descartes.; 2005.
4. Nourry P. Le dossier médical au cours des visites à domicile : état des lieux - impact sur la qualité des soins en médecine générale. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2011.
5. Aubin-Auger I, and co. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;19(84):142–6.
6. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de Santé Publique CHU de Nice.
7. Escourou B, Freyens A. Analyse des données de la recherche qualitative. 2013 Sep 7; Département Universitaire de Médecine Générale, Toulouse.
8. Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin; 2007.
9. Code de la santé publique - Article L1111-7. Code de la santé publique.
10. Code de la santé publique - Article R1112-2. Code de la santé publique.
11. Code de la santé publique - Article R4127-45. Code de la santé publique.
12. Direction de l'information légale et administrative. Dossier médical [Internet]. 2015. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12210>
13. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. La tenue du dossier médical en médecins générale : Etat des lieux et recommandations. 1996 Sep.
14. Lucas J. Dématérialisation des documents médicaux. Ordre national des médecins; 2010 Juin.
15. Wyatt JC. Clinical data systems, Part 1: Data and medical records. Lancet Lond Engl. 1994 Dec 3;344(8936):1543–7.

16. Fieschi M. Les données du patient partagées: la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Rapp Au Minist Santé Fam Pers Handicap. 2003;1.
17. Senat. Rapport d'information. Session extraordinaire. 2014. Report No.: 699.
18. LOI n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives - Article 29. 2012-387 Mar 22, 2012.
19. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens: les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. Rev Epidémiologie Santé Publique. 2008;56(4):S197–S206.
20. Lefèvre P. Comment les médecins généralistes ont-ils intégré la ROSP à leur pratique? Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Haute-Normandie. [Rouen]: Université de Rouen; 2014.
21. Fieschi M. La gouvernance de l'interopérabilité sémantique est au cœur du développement des systèmes d'information en santé. Rapp À Minist Santé Sports. 2009;
22. Cavailles A, Vidal F. Comment les médecins généralistes de Midi-Pyrénées prennent en charge les personnes âgées, permettant leur maintien à domicile, étude qualitative semi-dirigée auprès des généralistes. [Toulouse]: Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil; 2015.
23. Smouts C. Ressenti à propos de l'Evaluation Gériatrique Standardisée de 14 médecins généralistes du Doubs. [Besançon]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2013.
24. Lyonnet N. Pratiques de l'évaluation de l'état de santé des personnes âgées en médecine générale: Étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes de Haute-Normandie. [Rouen]: Université de Rouen; 2011.
25. Deun PL, Gentric A. L'évaluation gériatrique standardisée: intérêt et modalités. Médecine Thérapeutique. 2004 Jul 1;10(4):229–36.
26. Moubtakir N. Intérêt et faisabilité d'une évaluation gérontologique standardisée simplifiée par rapport à une approche médicale habituelle en médecine générale. [Amiens]: Université de Picardie; 2012.
27. HAS. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? 2013 Décembre.
28. HAS. Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez des patients de plus de 75 ans. 2014.

29. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. 2015.
30. Hebert-Veillard S. Le bilan de compétence pour le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2005.
31. Vercruysse Dreux A-G. Le médecin généraliste et la gestion de son temps: à propos d'une enquête auprès de 216 médecins généralistes de Midi-Pyrénées. [Toulouse]: Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil; 2006.
32. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2015.
33. Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Taillier F, Oliet L. Quelles perspectives pour la démographie médicale. Insee Réf Fr Ses Régions Éditions. 2010;
34. Thiebaut M. Médecine générale et rythme de travail: impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural. [Nancy]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2003.
35. L'épuisement professionnel. In: Stress au travail et santé - Situation chez les indépendants. 2011. p. 117–28.
36. Reumaux B. Les modes de rémunération en médecine générale: enquête quantitative auprès de 171 internes nantais en 2013.
37. Rancon C. Les médecins sont-ils satisfaits de leurs revenus?: Etude quantitative auprès de 244 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2013.
38. Bousson C. Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux. [Besançon]: Université de Franche-Comté, UFR SMP; 2013.
39. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med.* 2006 Aug 15;145(4):265–72.
40. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à 3 ans. 2015.
41. Massin S, Paraponaris A, Bernhard M, Verger P, Cavillon M, Mikol F, et al. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. 2014;
42. Commission des comptes de la Sécurité sociale. Fiche d'éclairage extraite du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. 2003.

43. Code de déontologie médicale - Article 45. Code de déontologie médicale.
44. Schlumberger G. Les médecins généralistes et l'utilisation des outils informatiques: état des lieux, possibilités et description. [Toulouse]: Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Ranguel; 2002.
45. Florin M-P, Moussa T, Ollier C. Les obligations et la responsabilité juridique de l'infirmière. Heures de France; 1999. 292 p.
46. Vanhoutte C. Expérimentation d'un carnet de liaison sénior en soins primaires auprès de 32 médecins traitants de l'agglomération lilloise. [Lille]: Université du droit et de la santé; 2014.
47. Conseil de l'ordre des médecins. Serment médical. Bulletin de l'Ordre des médecins. 1996.
48. Code pénal - Article 226-13.
49. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 Jan 26, 2016.
50. George Orwell. 1984. Secker and Warburg; 1949.
51. ASIP Santé, HAS. Synthèse médicale Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale. 2013.
52. Font J-M, Quiniou J-C. Les ordinateurs. Mythes et réalités. Gallimard; 1969.
53. Quesada Cabanel D. Observation des obstacles à une circulation d'information efficiente entre les médecins généralistes et les services d'urgence: Enquête par entretiens semi-directifs en 2012, en Languedoc Roussillon. [Montpellier]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.
54. Frère L. Le dossier médical personnel (DMP), usages de patients: une enquête qualitative. Université européenne de Bretagne; 2015.
55. Site d'information du Dossier Médical Personnel. [Internet]. Available from: dmp.gouv.fr
56. Code de la santé publique - Article L1111-15. Code de la santé publique.
57. Capape C. Et si l'on partageait un volet de synthèse médicale structuré sur le DMP ? : étude d'une expérimentation sur le bassin de santé d'Amboise de juin 2012 à juin 2013. [Tours]: Université François Rabelais. UFR de médecine; 2014.
58. Perrot P, Baudier F, Schmitt B. Le dossier de liaison du patient dépendant à domicile : complément ou alternative au dossier électronique ? Sante Publique (Bucur). 2005;17(2):227-32.

ANNEXE 1 : TALON SOCIOLOGIQUE

Fiche descriptive :

Nous vous rappelons que ces données seront anonymes après la retranscription du débat. Les données collectées ne seront utilisées que pour le travail de recherche.

NOM, Prénom :

Sexe : M / F

Date de naissance :

Questions relatives à votre type d'exercice :

Entourez les réponses

Date d'installation :

Type d'installation : Urbain Semi-rural Rural

Lieu d'exercice :

Maître de Stage : oui / non

Nombre d'Associés :

Secrétariat présent au cabinet : oui / non

Questions relatives à vos visites à domicile :

Faites-vous des visites à domicile : oui / non

Nombre de visites en moyenne par semaine :

Avez-vous accès au dossier médical pendant la visite ? oui / non

Si oui, sous quelle forme ? :

Rédigez-vous systématiquement une observation à chaque visite ? oui / non

Si oui, sous quelle forme ? :

ANNEXE 2 : COURRIEL ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES

Bonjour,

Nous sommes actuellement deux internes travaillant pour notre thèse sur le dossier médical au domicile de la personne âgée.

Nous souhaitons réunir plusieurs médecins généralistes pour débattre de ce sujet dans une ambiance détendue (petits fours et rafraichissements fournis). Le débat durera entre 1h et 2h maximum.

Comme il s'agit d'un travail de recherche, le débat sera enregistré et les résultats seront rendus anonymes au moment de la retranscription du débat.

Nous vous proposons de participer au débat prévu :

le ...

à ...

Pouvez-vous nous répondre à l'adresse suivante : (*Adresse mail des chercheurs*)

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire.

Une fois la thèse achevée, une copie en format .pdf vous sera envoyée si vous le désirez.

Comptant sur votre participation et vous en remerciant très sincèrement par avance, nous vous prions d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Votre avis nous intéresse.

Cordialement

Claire BUIRETTE
Coordonnées mail et téléphonique

Alain CARROT
Coordonnées mail et téléphonique

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

LE DOSSIER MEDICAL AU DOMICILE DE LA PERSONNE AGEÉ

IDENTIFICATION

Chercheurs responsables du projet : BUIRETTE Claire & CARROT Alain

Programme d'enseignement : Thèse

Coordonnées des chercheurs

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Vous êtes invité(e) à prendre part au débat concernant le dossier médical au domicile de la personne âgée. Ce projet est réalisé dans le cadre d'une thèse sous la direction de Dr Jean-Paul CARME, Médecin généraliste, Attaché au Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

PROCÉDURE DEMANDÉE AU PARTICIPANT

Votre participation consiste à partager votre expérience lors d'un Focus Group (entrevue collective) qui sera enregistré en audio. Le lieu et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec le responsable du projet. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls, les responsables du projet et leur directeur de recherche, auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codés) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément par les responsables du projet pour la durée totale du projet, soit environ 2 ans.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous être libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoire, essai ou thèse, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

SIGNATURES :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche et que mon intervention soit enregistrée. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Nom et Signature du participant :

Date :

Je déclare avoir expliqué le but, la nature du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Nom et Signature du responsable du projet :

Date :

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN n°1

Consigne initiale : Observer et comprendre quels sont les freins à la tenue d'un dossier médical lors des visites à domicile.

Accueil des participants :

- Boissons + petits fours faits maison
- Remplir fiche « **Talon sociologique** »

Présentation du focus groupe :

- Présentation de l'animateur et du thème
- Remerciement de leur présence
- Principe du focus group : Le débat sera enregistré en vue d'être analysé. De ce fait, il est important que chacun prenne la parole l'un après l'autre. Pour faciliter l'exploitation de l'enregistrement, nous vous demandons de vous présenter systématiquement avant chaque prise de parole. Nous vous rappelons que toutes les données recueillies seront rendues anonymes lors de l'exploitation des résultats.
- Brise-glace : Tour de table des présentations + description en quelques mots des pratiques lors des visites et trouvez-vous un intérêt au dossier médical au domicile de la personne âgée ?

1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour tenir un dossier médical lors des visites de la personne âgée au domicile ?

Questions de relance :

- **INFORMATIQUE** : Que pensez-vous de l'apport des nouvelles technologies (Smartphone, ordinateur portable...) ?
- **STOCKAGE** : Quel lieu de stockage est préférable selon-vous ?
- **SECRET MEDICAL** : Avez-vous déjà rencontré des soucis liés au secret médical concernant le dossier du patient à domicile ?
- **ORGANISATION DU CABINET** : En quoi l'organisation de votre cabinet peut elle être une aide ou un frein à votre pratique ? Certains praticiens impriment un dossier informatisé avant de partir en visite, que pensez-vous de cette pratique ?
- **DMP** : Pensez-vous que le DMP puisse-être une solution au dossier en visite (en écartant le débat de sa mise en place) ?

2. Que pensez-vous de la qualité du dossier médical tenu lors des visites à domicile ?

Questions de relance :

- **CONTENU** : Quelles sont, selon vous, les informations primordiales à faire apparaître dans le dossier médical de la personne âgée vue à domicile ?
- **EVALUATION GERIATRIQUE** : Pensez-vous pouvoir intégrer dans le dossier médical une partie « évaluation gériatrique » ? Quel en serait, selon vous, le contenu ?
- **PARAMEDICAUX** : Quel serait l'apport des paramédicaux dans l'évaluation de la personne âgée ?
- **DISPONIBILITE D'UN MODELE** : Pensez-vous que la mise à disposition d'un dossier médical type (à imprimer ou commander) vous aiderait dans votre pratique (ex : carnet de santé de l'enfant, dossier ADMR, ...) ?
- **DOSSIER DE LIAISON** : Comment utilisez-vous le dossier de liaison quand il existe ? Comment l'associez-vous avec le dossier médical ?

3. A l'issue de ce débat, quels seraient vos souhaits et attentes à propos du dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée (tour de table) ?

ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN n°2

Les changements entre le premier et le second guide d'entretien sont surlignés.

Consigne initiale : Observer et comprendre quels sont les freins à la tenue d'un dossier médical lors des visites à domicile.

Accueil des participants :

- Boissons + petits fours faits maison
- Remplir fiche « **Talon sociologique** »

Présentation du focus groupe :

- Présentation de l'animateur et du thème
- Remerciement de leur présence
- Principe du focus group : Le débat sera enregistré en vue d'être analysé. De ce fait, il est important que chacun prenne la parole l'un après l'autre. Pour faciliter l'exploitation de l'enregistrement, nous vous demandons de vous présenter systématiquement avant chaque prise de parole. Nous vous rappelons que toutes les données recueillies seront rendues anonymes lors de l'exploitation des résultats.
- Brise-glace : Tour de table des présentations + description en quelques mots des pratiques lors des visites et Trouvez-vous un intérêt au dossier médical au domicile de la personne âgée ?

1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour tenir un dossier médical lors des visites de la personne âgée au domicile ?

Questions de relance :

- **INFORMATIQUE** : Que pensez-vous de l'apport des nouvelles technologies (Smartphone, ordinateur portable...) ?
- **STOCKAGE** : Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées concernant le stockage du dossier lors des visites à domicile ? Quel lieu de stockage est préférable selon-vous ?
- **SECRET MEDICAL** : Avez-vous déjà rencontré des soucis liés au secret médical concernant le dossier du patient à domicile ?
- **ORGANISATION DU CABINET** : En quoi l'organisation de votre cabinet (Secrétaire, associés, impression d'un dossier...) vous aide à la tenue du dossier à domicile ?
- **DMP** : Pensez-vous que le DMP puisse-être une solution au dossier en visite (en écartant le débat de sa mise en place) ?

2. Que pensez-vous de la qualité du dossier médical tenu lors des visites à domicile ?

Questions de relance :

- **CONTENU** : Quelles sont, selon vous, les informations primordiales à faire apparaître dans le dossier médical de la personne âgée vue à domicile ?
- **EVALUATION GERIATRIQUE** : Pensez-vous pouvoir intégrer dans le dossier médical une partie « évaluation gériatrique » ? Quel en serait, selon vous, le contenu ?
- **PARAMEDICAUX** : Quel serait l'apport des paramédicaux dans l'évaluation de la personne âgée ?
- **DISPONIBILITE D'UN MODELE** : Pensez-vous que la mise à disposition d'un dossier médical type vous aiderait dans votre pratique (exemples : type carnet de santé de l'enfant, dossier ADMR, carnet de Juppé ...) ?
- **DOSSIER DE LIAISON** : Comment utilisez-vous le dossier de liaison quand il existe ? Comment l'associez-vous avec le dossier médical ?

3. A l'issue de ce débat, quels seraient vos souhaits et attentes à propos du dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée (tour de table) ?

ANNEXE 6 : CONTEXTE D'ENONCIATION DU GROUPE FOCALISE n°3

Préparation du groupe focalisé :

1) Préparation du 1^{er} essai

- 15 médecins ont été contactés par mail à partir d'une mailing list d'un groupe de pairs.
- 3 médecins ont répondu qu'ils seraient indisponibles.
- 0 médecins disponibles à la date proposée
- Raisons supposées du refus : délai entre date proposée et invitation trop court, par manque de motivation, par manque de disponibilité, par manque de temps
- Décision de reporter le groupe focalisé en proposant un délai plus long et d'élargir le nombre de médecin contactés

2) Préparation du 2^{ème} essai

- 66 médecins ont été contactés par mail et par téléphone à partir d'une mailing list d'un groupe de pairs, d'un réseau de soins, de sites de remplacement, et d'annuaire téléphonique
- Seuls 8 médecins ont répondu dont 1 réponse négative pour manque de disponibilité
- Location d'une salle de l'URPS
- Date : mardi à partir de 20h30

Déroulement du groupe focalisé :

- 2 médecins ont annulés dans l'heure précédant la réunion
- 1 médecin ayant répondu favorablement n'est pas venu sans donner d'explications.
- 1 médecin est arrivé avec 45min de retard (Q)
- Au total : 4 médecins de P à S
- Durée du débat : 2h16 (début à 21h, fin 23h16)
- Mise en place de 2 dictaphones pour éviter la perte de données
- 2 médecins présents (R et S) étaient connus d'un des chercheurs dans le cadre de remplacements mais ce n'est pas celui qui faisait l'animation

Profils des médecins

- Médecins urbains
- Durées d'installation différentes
- Différents modes d'exercice : pro-papier, pro-informatique, anti-secrétaire, secrétariat multiple, 2 médecins avaient accès à un dossier médical au domicile tandis que les 2 autres tenaient peu le dossier en visite.
- Médecins motivés par le sujet de recherche : un médecin tente d'élaborer un dossier de liaison, 3 médecins ont discuté pour avoir notre avis après le débat jusqu'à 00h30

Contexte émotionnel :

- Perturbation des médecins par l'arrivée impromptue du médecin Q
- Impression d'un sentiment de confrontation entre 2 médecins (entre R et S)

Analyse :

- Sentiment d'être arrivé à saturation des données à la fin du focus group
- Bon échange et bonne communication entre les différents participants
- Sentiment que les médecins participaient avec aisance du fait de l'anonymat
- Nombre de médecins était la limite inférieure requise pour le focus group mais malgré tout il y a eu un bon échange donc le focus group est jugé satisfaisant

ANNEXE 7 : EXTRAIT DU VERBATIM (GROUPE FOCALISE 1 de la minute 36 à la minute 45)

A : Mais quelle est, quelle est la fonction quand même si ce n'est de transmettre ?

G : Et oui ! Et oui ! Tu ne peux pas dire que ça sert à rien. {**A** : Euh.} Et oui, on est d'accord.

BLANC

G : En fait, on est toujours, on est toujours, ... en fait, on on ... En fait, moi je trouve qu'on est en difficulté par rapport à ... : « je veux partager parce que c'est, c'est nécessaire » et « j'ai pas trop envie de partager quand même ». Et du coup, c'est ça qui nous bloque ... dans toutes ces histoires, quoi. Est-ce que le dossier médical, il n'est qu'à moi, qu'à moi, qu'à moi et dans ce cas-là, c'est facile j'ai mon truc à moi et puis quel que soit le support. Ou est-ce que, euh, je suis sur un dossier pluridisciplinaire parce que j'ai l'impression qu'il faut partager avec les autres mais si je commence à partager, ah ouais mais il y a des trucs que j'ai pas envie de partager. Et du coup, on est embêté avec ça, c'est ça qui nous parasite en fait, moi j'ai l'impression.

B : C'est bien ce que je voulais te faire dire par rapport aux notes personnelles, ça me semble évident.

E : Effectivement, j'ai plusieurs dossiers. J'ai un dossier comme tu dis qu'à moi (E et G rigolent) et à mes associés. Et après un dossier que je partage avec les infirmières, que ce soit en maison de retraite ou à domicile. Je fais acheter un petit cahier au patient, et puis ça fait dossier commun.

B : Donc t'as le dossier patient B, et t'as ton dossier ... au sujet du patient mais qui n'est plus le dossier du patient.

E : Qui est plus euh ... un peu plus complet.

BLANC

An : C et F ?

C : Hum, C, euh ... Après moi je suis pas, euh ... Je sais pas, moi, euh ... Je vois pas trop le problème en fait, je vois pas trop enfin ... Après c'est par rapport au secret médical ? C'est par rapport à quoi que vous avez peur de partager ? Enfin, moi, justement, je ... j'ai **pas** peur de partager parce que je me dis que plus les gens, les, les, les autres médecins savent, euh ... enfin ceux qui vont voir nos patients en garde, savent de choses, plus ils ont, ils ont de ... possibilités de d'agir, enfin. C'est ça que je comprends pas.

G : C'est pas avec les autres médecins. {**C** : C'est plutôt avec euh ...} Qu'est-ce que tu veux, une situation où ça se passe mal, une entrée en maison de retraite qui se passe mal, avec une équipe qui qui n'accueille pas la personne comme je pense qu'il faudrait l'accueillir, avec un syndrome dépressif majeur, euh... Tu écris **comment** ça dans le dossier médical, pourtant c'est un élément **médical** : syndrome dépressif majeur. Et tu vas essayer de discuter, et tu es en situation de blocage, et qu'est-ce que tu écris dans le dossier. {**A** : Syndrome dépressif majeur} Oui mais du coup, enfin moi j'ai besoin {**A** : Qu'est-ce que tu veux écrire d'autre ?} {**C** : Tu as le diagnostic !}

A : Euh ... A part quelque rarissime cas de ... **d'impressions personnelles** que je ne peux pas étayer avec des arguments objectifs du style euh ... je sais pas, euh ... mais euh pff.

G : Inceste, point d'interrogation ! Tu vois par exemple, ça tu le mets où ? Inceste, point d'interrogation. {**B** : Ça tu le mets dans ta tête.} Ça tu le mets dans ta tête, {**B** : Ça s'écrit nulle part.} mais ouais, c'est que dans ta tête.

A : Voilà c'est ça {**G** : Mais ouais.}, non mais ce genre de problème, t'as pas besoin de le noter pour t'en rappeler, hé ! {**G** : Non, toi non.} Et euh voilà. {**G** : Toi non !} Et après au niveau de la transmission de l'information, moi je suis, je suis comme C quoi : Quel est, à part quelques rarissimes informations sensibles avec un patient donné par exemple HIV + avec qui on est tombé d'accord pour que ça apparaisse pas. On sort ... j'essaye de dire les règles du jeu dans ce cas-là ... je vais le signaler au dentiste par exemple, au ... mais euh ..., et à part euh ... Et après, les appréciations **purement** individuelles d'ordre plus souvent psychologiques, qu'est-ce que c'est que tu veux pas partager ? {**E** : Mais après moi je vais te dire.} La tension, le pouls ? La fibrillation, euh ? {**E** : Ça peut être euh...} {**G** : Non.} le crépitant des bases, le poids ? {**G** : Avec ça, je n'ai aucun problème.} Bon ben alors qu'est-ce que tu mets d'autres dans le dossier ? Tu mets beaucoup d'autres trucs sensibles ?

E : Si ton dossier, il est à la vue de tout le monde. Les aides ménagères si elles sont un peu curieuses, elles vont regarder, si elles sont un peu bavardes, elles vont en parler. Euh, ça peut être vite compliqué. {**G** : Oui.} Euh si le papy, il veut pas dire qu'il a un cancer à ses enfants, ils vont regarder.

A (Coupe E) : A G (Nom d'une ville), tout le monde raconte sa tension, ses hémorroïdes.

G : **Ben s'il le raconte** (Sur un ton colérique), c'est leur problème mais c'est pas à nous de de ... de ... Tu vois mettre troubles de la mémoire avec difficultés de jugement {**A** : Non, mais...} chez un patient, où ça va être lu par d'autres qui éventuellement auraient quand

même des, des intentions euh {B : Mensongères.} malhonnêtes. {F : Moi, c'est l'interférence de l'entourage qui me dérange le plus.}

A : Non mais on ... on parlait en maison de enfin bon en EHPAD. {G : C'est pareil.} En EHPAD, dans lesquels il est censé avoir une prise en charge euh

G : Non mais à l'EHPAD, je remplis assez bien, moi je, je, je j'essaye de jouer le jeu de ... du dossier informatique parce que je pense que c'est quand même nécessaire à l'établissement et voilà.

A (Coupe G) : Bon moi à domicile, je mets que des notes, de celles que je viens de dire qui ont pour but pour moi de me retrouver. Euh, le type, il est, ... je sais qu'il est ... psychopathe pervers, je le marque pas sur le dossier, hé. Et je n'ai pas besoin de le marquer pour le savoir. {E : Hum.}

G : Oui mais du coup, enfin. ...BLANC... Toi tu le sais quoi.

A : Euh oui.

G : Oui mais.

BLANC

A : Mais ? Je veux dire que je pense que mon docteur, en garde, il s'en ... s'en rendra vite compte tout seul, hein. Il y a pas besoin que je le clame sur les toits. (B rigole) Mais par contre le fils et les aides ménagères, ils ont peut-être pas besoin de le savoir.

BLANC

An : Mme F peut être ?

F : Non, non moi ce que je disais, c'était l'interférence de l'entourage qui me gênait beaucoup à domicile si je laisse euh des papiers... Aussi bien il y a l'aide-ménagère qui va me prendre un rendez-vous et après elle va le mettre dessus ...

PETIT BLANC

G : Il y a quand même plein de choses qui sont délicates. Je veux dire « consommation d'alcool », tu le mets, tu le mets pas ? Tu as un élément médical majeur !

A : Ça tu n'es pas obligé de le mettre à domicile !

G : Hé ben oui mais ça veut dire que du coup

F (Coupe G) : **Que** met-on à domicile et que met-on, enfin à la vue de tout le monde et ...

G (Coupe F) : Et que met-on pas ? Mais il y a quand même plein de situations frontières où où ... où on est **mal à l'aise**. Mais peut-être que ce malaise, il est normal {A : C'est ça.} et il est inhérent à notre métier et c'est bien qu'il l'y soit mais n'empêche que c'est un des facteurs qui fait que c'est compliqué parce que tu mets pas alcool, ben tu passes à côté d'une

information médicale majeure, et tu le mets, ben tu t'exposes à ce que ... à ce que tout le village sache que, que ... voilà, alors peut-être qu'ils le savent déjà, c'est vrai. Oui mais ... oui mais {A : Ils le savent déjà.} Oui mais c'est pas... {I : Ils le savent avant toi, même ! (Rigole fort)} c'est pas à toi, non mais c'est pas à toi. {F : Ils vont s'en rendre compte bien vite}. Ouais, ... c'est ça. C'est pas pareil. ... C'est pas pareil.

PETIT BLANC

An : Je ... je vous propose de passer à la question suivante qui ...

E : (Coupe An) Je ... je veux juste rajouter quelque chose. Si le patient sait que ce que nous on écrit dans le dossier, va être vu par tout le monde, il va peut-être être tenté par nous en dire le moins possible. Et là, ça nous rompt une partie de notre relation, enfin.

ANNEXE 8 : Tableau récapitulatif des médecins

Individu	Sexe	Age	Durée d'installation	Lieu d'exercice	Nombre visites / sem	Accès au dossier	Format du dossier médical	Rédaction d'une observation	MSU	Nombre d'associés	Secrétaire
A	M	> à 60	30 à 39 ans	semi-rural	20	Non	Retranscription cabinet	Non systématique	Non	3	Oui
B	F	50 à 59	30 à 39 ans	urbain puis rural	8	Oui	Papier transporté	Non systématique	Oui	1	Oui
C	F	30 à 39	< 5 ans	semi-rural	12	Oui	Papier au domicile	Non systématique	Non	3	Oui
D	M	> à 60	30 à 39 ans	rural	25	Non	Retranscription cabinet	Non systématique	Oui	0	Non
E	F	30 à 39	5 à 9 ans	semi-rural	8	Oui	Fichier word personnalisé et transporté	Oui	Oui	3	Oui
F	F	> à 60	30 à 39 ans	semi-rural	15	Oui	Papier au domicile	Non systématique	Oui	0	Non
G	F	30 à 39	5 à 9 ans	semi-rural	20 - 30	Oui	Papier transporté	Oui	Oui	3	Oui
H	M	40 à 49	< 5 ans	semi-rural	20	Non	Aucun support	Non systématique	Non	1	Oui
I	M	50 à 59	20 à 29 ans	urbain	10	Oui	Papier transporté	Non systématique	Non	1	Oui
J	F	20 à 29	Remplaçant	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
K	F	20 à 29	Remplaçant	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
L	F	30 à 39	< 5 ans	rural	8	Oui	Papier au domicile	Oui	Non	1	Oui
M	M	50 à 59	20 à 29 ans	urbain	3	Non	Aucun support	Non systématique	Non	0	Non
N	M	40 à 49	5 à 9 ans	semi-rural	20	Oui	Papier transporté	Oui	Oui	3	Oui
O	F	30 à 39	< 5 ans	semi-rural	10	Oui	Papier transporté	Oui	Non	5	Oui
P	M	> à 60	30 à 39 ans	urbain	15	Non	Retranscription cabinet	Non systématique	Non	3	Non
Q	F	50 à 59	20 à 29 ans	urbain	10	Oui	Papier transporté	Oui	Non	0	Oui
R	M	40 à 49	< 5 ans	urbain	6	Oui	Papier transporté	Oui	Non	1	Oui
S	M	40 à 49	< 5 ans	urbain	6	Non	Retranscription cabinet	Non systématique	Non	2	Non
X	M	> à 60	30 à 39 ans	semi-rural	13	Non	Retranscription cabinet	Oui	Oui	0	Oui

ANNEXE 9 : TENUE DU DOSSIER DU PATIENT – REFERENTIEL D’EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ANAES – VERSION EXPERIMENTALE – JUILLET 2003

- I. **PROMOTEUR** : Agence Nationale d’Accréditation et d’Évaluation en Santé.
- II. **SOURCE** : Recommandations Anaes : «La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations », septembre 1996.
- III. **CIBLE PROFESSIONNELLE** : Les médecins à exercice ambulatoire.
- IV. **PATIENTS CONCERNÉS** : Tous les patients vus en consultation ou en visite et pour lesquels il ne s'agit pas de la première rencontre.
- V. **SÉLECTION DES DOSSIERS** : L’auto-évaluation porte sur 20 patients. La méthode prospective est retenue. Il est nécessaire de procéder à cette auto-évaluation en présence des patients car il faudra vérifier auprès d’eux certaines informations du dossier (ou l’absence de certaines informations).

Il est possible :

- soit d’analyser les dossiers de 20 patients vus consécutivement;
- soit de traiter quelques dossiers par jour à condition de ne pas les choisir. Il faut déterminer un mode de sélection aléatoire à l’avance et le respecter. On peut décider par exemple que l’on prendra les dossiers des deux premiers patients le premier jour, ceux des troisième et quatrième patients le deuxième jour, etc. Il faut éviter les sélections biaisées, comme un jour donné de la semaine.

VI. OBJECTIFS DE QUALITÉ ÉVALUÉS

- Retrouver rapidement et sans risque d’erreur le bon dossier et éliminer les risques d’erreur par homonymie (identité et date de naissance). *Code de la santé publique.*
- Pouvoir contacter facilement le patient ou son tuteur, même s’il est de passage (adresse et téléphone actualisés). *Accord professionnel.*
- Identifier rapidement les allergies et intolérances médicamenteuses. *Grade B.*
- Disposer d’une synthèse des antécédents médicaux et chirurgicaux, à jour des données significatives et comprenant les facteurs de risque du patient. *Grade B.*
- Enregistrer les données significatives de chaque consultation et les décisions prises. *Code de la santé publique.*
- Tenir informés le(s) correspondant(s) et le patient. *Code de la santé publique.*

Critères d’évaluation et Questions pour déterminer si les critères sont présents.

1. **Le nom complet actualisé est noté dans le dossier.**

Le nom actualisé, le nom de jeune fille éventuel, le prénom du patient sont - ils notés dans le dossier et confirmés auprès du patient ?

2. **La date de naissance est notée dans le dossier.**

La date de naissance est-elle notée dans le dossier et confirmée par le patient ?

3. **L'adresse précise et actualisée est notée dans le dossier, même si elle est temporaire (étudiants, vacances, etc.).**

L'adresse notée dans le dossier est-elle précise et confirmée par le patient ?

4. **Les coordonnées téléphoniques exactes sont notées dans le dossier.**

Les coordonnées téléphoniques sont-elles notées dans le dossier et confirmées par le patient ?

5. **Une liste datée et à jour des effets indésirables des médicaments (allergies et intolérances) est notée dans le dossier.**

Le patient confirme-t-il le contenu de la liste des allergies et intolérances médicamenteuses ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?

6. **Les antécédents personnels et familiaux significatifs, comprenant les facteurs de risque, sont notés dans le dossier.**

Le patient confirme-t-il les antécédents notés dans le dossier ou leur absence ?

7. **Les situations cliniques à risque et nécessitant une surveillance particulière sont notés dans le dossier.**

Il peut s'agir par exemple d'un traitement par anticoagulants, de traitement présentant des possibilités d'incompatibilité d'association avec d'autres thérapeutiques, de facteur de risque d'endocardite, etc.

Existe-t-il une liste clairement visible des pathologies ou des traitements mettant en jeu la sécurité du patient et nécessitant une surveillance particulière ?

8. **Les informations enregistrées à chaque rencontre comprennent les éléments ayant conduit à la conclusion et aux décisions prises.**

Trouve-t-on dans les notes de la dernière rencontre au moins un des éléments suivants : synthèse, diagnostic, résultats de consultation et d'examen complémentaires, arguments permettant de justifier les décisions prises ?

9. **Les prescriptions médicamenteuses successives, en particulier la dernière, sont notées dans le dossier avec leur posologie et leur durée.**

Les dernières prescriptions médicamenteuses avec leur posologie et leur durée sont-elles notées dans le dossier ?

10. **Le partage de l'information apparaît dans le dossier.**

Trouve-t-on dans le dossier mention des informations données au patient et s'il y a lieu le double des courriers envoyés au(x) correspondant(s) ?

Etude des obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes.

Introduction : Les visites au domicile constituent une part non négligeable de l'activité des médecins spécialistes en médecine générale. Le dossier médical tenu lors de celles-ci était de qualité variable et parfois peu rempli. L'objectif de la recherche était d'identifier les obstacles à la tenue du dossier médical lors des visites des personnes âgées à leur domicile par le médecin généraliste.

Méthodes : Cette étude qualitative composée d'un entretien individuel et de trois groupes focalisés a été menée auprès de 20 médecins généralistes ambulatoires de Midi-Pyrénées.

Résultats : Les principales difficultés étaient le manque de temps, le manque de rémunération, l'absence de support idéal. Le support papier était jugé dépassé sans que le support informatique ne soit suffisamment abouti pour être utilisé en visites. Il a aussi été dégagé une cause plus profonde qui était l'imprécision de la définition du dossier médical et de ses objectifs. L'harmonisation des pratiques, et du contenu était très discutée, notamment par rapport à la mise en place du Dossier Médical Partagé. L'intégration de l'évaluation gériatrique standardisée était un sujet de discorde.

Conclusion : Une meilleure définition des différents types de dossiers et de leur contenu semble souhaitable pour aider les professionnels de terrain à améliorer la qualité de ceux-ci. Mais cette quête de la performance génère un risque de burnout. Enfin, le futur du dossier du patient, de ses modalités de tenue et de stockage dépassent le contexte du projet de soin et dépendent du modèle sociétal souhaité.

Research about the obstacles encountered by general practitioners while trying to feed the medical record when visiting elderlies at home.

Introduction : Home visits is a significant part of the specialist's activity in general medicine. The medical record kept during these visits was variable in quality or even not filled out at all. This research aim at identifying the obstacles encountered by general practitioners while trying to feed exhaustively the medical record when visiting elderlies at home.

Methods : This qualitative study is made of an individual interview and three focus groups, has been conducted in association with 20 general practitioners of Midi-Pyrenees.

Results : The main difficulties encountered were the lack of time, the lack of pay, and the lack of a perfect medium. Paper files were considered outmoded while new technological supports aren't efficient enough to be used during visits. An underlying cause was the way the medical record is defined and used the vagueness of the definition of the medical record and its objectives. Content and practices, and the need to harmonize them or not, were much discussed, especially in relation with the DMP/(which could be translated by "shared medical files"). The integration of standardized geriatric assessment in the medical files was also disputed.

Conclusion : A better definition of the different types of files and their content seems necessary to help professionals to improve them in quality. But this quest for performance causes a risk of burnout. Finally, the future of medical record, its modality of filling and storage, beyond the context of the care project, depends on the desired social model.

MOTS-CLES : médecins généralistes, étude qualitative, dossier médical, visites à domicile, personnes âgées
KEYWORDS: general practitioners, qualitative study, medical records, home visits, elderly

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : CARME Jean-Paul
