

## Étude originale

# Classification praticienne et système d'information

## Étude de faisabilité d'un réseau régional thématique de recueil de données médicales en médecine générale (ORPA –IDF)<sup>1</sup>

par  
**François Raineri**,  
 médecin généraliste;  
**Gilles Hebbrecht**,  
 médecin DIM  
 de la SFMG;  
**Yann  
 Thomas-Desessarts**,  
 médecin généraliste;  
**Philippe Boisnault**,  
 médecin généraliste.  
 Société française de  
 médecine générale,  
 141, avenue  
 de Verdun, 92130  
 Issy-Les-Moulineaux;  
 sfmg@sfmg.org ;  
 http://www.sfmg.org/

**RÉSUMÉ :**

**Objectif** : des médecins généralistes libéraux naïfs (n'ayant aucune expérience de structuration du dossier médical à l'aide de classifications) peuvent-ils, dans le cadre d'un observatoire thématique, utiliser en continu une classification praticienne pour structurer leur dossier médical ?

**Méthode :**

xxxxxxxx

**Résultats :**

xxxxxxxx

**Perspectives :**

xxxxxxxxxxxxxxxx

Rev Prat Med Gen xxxxxxxx.

En France, 8 ans après les ordonnances Juppé, la structuration médicalisée des dossiers médicaux informatisés de médecine générale reste balbutiante. La « non-utilisation » des outils actuellement disponibles pour des recueils collectivement exploitables « interdit » au médecin généraliste l'analyse et la valorisation des données recueillies (qu'il s'agisse de sa propre activité, de celle du groupe au sein duquel il exerce, des médecins de son secteur ou de sa région, ou encore de l'activité de la profession tout entière en tant que collectivité organisée). En médecine générale, deux classifications obéissant à des logiques distinctes sont utilisables : la Classification internationale des soins primaires (CISP2) éditée par la WONCA<sup>2</sup> et le *Dictionnaire des résultats de consultation* en médecine générale (DRC) édité par la Société française de médecine générale (SFMG).<sup>3</sup> Le changement d'habitudes qu'implique pour le médecin leur utilisation d'une part, et la résistance d'une partie de la profession à ce qui est ressenti comme une normalisation de l'information d'autre part, constituent sans doute des freins à leur diffusion. Cependant, concrètement, c'est surtout leur non-disponibilité dans la majorité des logiciels médicaux<sup>4</sup> qui pose un problème. Des généralistes convaincus utilisent déjà en continu ces outils lors de leurs consultations, mais des expérimentations recrutant des utilisateurs « naïfs » sont encore peu nombreuses.<sup>5</sup> En 2001, avec le soutien d'un financement FAQSV IDF (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville de la région Île-de-France), la SFMG a initié une étude de faisabilité d'un réseau régional thématique de recueil de données médicales en médecine générale. L'objectif de ce réseau était de décrire les contacts (consultations et visites) des médecins généralistes avec les patients âgés

de 70 ans ou plus, en utilisant le *Dictionnaire des résultats de consultation* comme outil de recueil des problèmes de santé pris en charge.

Pour réaliser cette étude, la SFMG a recruté de façon majoritaire des médecins libéraux n'ayant aucune expérience du *Dictionnaire des résultats de consultation* dans leur pratique courante (médecins « naïfs »). Elle s'est également appuyée sur son réseau national d'observatoire des pratiques : l'Observatoire de la médecine générale (médecins OMG).

Dans le cadre de cet article nous tenterons de répondre à la question : des médecins généralistes libéraux « naïfs » peuvent-ils, dans le cadre d'un observatoire thématique, utiliser en continu une classification praticienne pour structurer leur dossier médical ?

**MÉTHODOLOGIE****Inclusion**

Les médecins généralistes ont été recrutés uniquement en Île-de-France et sur le mode du volontariat, parmi les utilisateurs du logiciel *Easy-prat* versions 5 et 6, seul logiciel labellisé « DRC » et « OMG » en 2001 :<sup>6</sup>

- 19 membres de l'OMG ont accepté de participer à cette étude ;
- 26 médecins naïfs ont été volontaires.

**Données recueillies**

Contractuellement, les praticiens participants s'engageaient à recueillir pour l'ensemble des actes « consultation » et « visite » les données suivantes :

- les caractéristiques socioprofessionnelles (CSP) des patients ;
- les résultats de consultation (RC) caractérisant les problèmes pris en charge ;
- les décisions (gestes techniques, imagerie, biologie) et recours ;
- les prescriptions médicamenteuses.

Les médecins étaient indemnisés pour l'étude et une optimisation sur site des postes informatiques était contractuellement prévue.

### Déroulement de l'étude

- L'étude a été effectuée sur 24 mois au total, en 5 phases, celle de recueil proprement dite ayant duré au total 7 mois :
- mise en place sur 6 mois (1<sup>er</sup> janvier-30 juin 2001) avec le recrutement en avril-mai et 3 jours de formations en juin (résultat de consultation, informatique, Internet) ;
- premier recueil de 4 mois (1<sup>er</sup> juillet-31 octobre 2001) suivi d'une première extraction ;
- première analyse des réactions des participants et des données extraites ;

- second recueil de 3 mois (1<sup>er</sup> mars-31 mai 2002) ;
- analyse finale, accompagnée de l'expression des données recueillies sur un site Web, qui s'est prolongée jusqu'en décembre 2002.

### Critères de jugement

- Pour rendre compte de la bonne utilisation de tout outil de recueil de données médicales, il faut répondre à 4 questions :
  - le recueil de l'activité (consultations et visites) est-il exhaustif ? Dans le cas présent, les médecins naïfs ont-ils rendu compte de l'ensemble de leurs contacts avec les patients ?
  - l'utilisation de l'outil de recueil (*Dictionnaire des résultats de consultation* ou autre) est-elle systématique ? Dans le cas présent, quand les médecins rendaient compte de leur activité, avec quelle fréquence ont-ils structuré leur recueil à l'aide du *Dictionnaire des résultats de consultation* ?
  - l'ensemble des problèmes de santé pris en charge au cours de l'acte a-t-il été recensé ?
  - l'ensemble des termes disponibles du DRC a-t-il été utilisé ?
- Notons que l'axe quantitatif (les deux premières questions) a été évalué sur les résultats de la seconde période de recueil. En effet, pour évaluer l'exhaustivité de recueil des contacts patient-praticien, la comparaison aux « relevés individuels d'activité et de prescriptions » (RIAP) fournis par les caisses était indispensable, et ceux-ci n'ont été accessibles que pour la deuxième période de recueil.

### RÉSULTATS

#### Axe quantitatif

**Exhaustivité du recueil de l'activité enregistrée**, évaluée à partir des RIAP.

**Pour l'ensemble des praticiens**, l'exhaustivité de recueil de l'ensemble des contacts (V + C) a été de 82 %, plus spécifiquement de 90 % pour les consultations et de 42 % pour les visites (soit moins d'un contact sur deux saisi malgré le caractère contractuel du recueil).

Une analyse détaillée de la dispersion des résultats au sein du groupe montre (tableau 1) que :

- pour les consultations, 81 % des praticiens (n = 34) ont eu une exhaustivité de recueil des consultations supérieure à 80 % ;
- visite, 12 % des praticiens (n = 5) ont eu une exhaustivité de recueil des visites supérieure à 80 % ; 21 % des praticiens (n = 9) ont eu une exhaustivité de recueil de visites inférieure ou égale à 5 % ; 67 % des praticiens (n = 28), c'est-à-dire la majorité, ont oscillé entre ces deux extrêmes.

**Quartile** : chacune des trois valeurs qui divisent une série statistique ordonnée en quatre parties d'effectifs égaux.

Le 1<sup>er</sup> quartile Q1 est la plus petite valeur du caractère, telle qu'au moins 25 % des termes de la série aient une valeur du caractère qui lui soit inférieure ou égale.

Médiane (ou second quartile) : le nombre qui permet de couper la population étudiée en deux groupes contenant le même nombre d'individus.

La 3<sup>e</sup> quartile Q3 est la plus petite valeur du caractère, telle qu'au moins 75 % des termes de la série aient une valeur du caractère qui lui soit inférieure ou égale.

**TABLEAU I**  
Répartition par quartile des exhaustivités par praticien de recueil des consultations (C) et visites (V)

	C	V	C + V
minimum	3,9 %	0,0 %	3,3 %
1 <sup>er</sup> quartile	83,1 %	5,1 %	72 %
Médiane	100 %	42,6 %	96,7 %
3 <sup>e</sup> quartile	100 %	72,5 %	100 %
maximum	100 %	100 %	100 %

**TABLEAU II**  
Comparaison des répartitions par quartile des exhaustivités par praticien de recueil des consultations (C) et visites (V) entre les médecins OMG et « naïfs »

Actes	C		V		C + V	
	OMG	Naïf	OMG	Naïf	OMG	Naïf
minimum	53,5 %	3,9 %	0,0 %	0,0 %	36,2 %	3,3 %
1 <sup>er</sup> quartile	81 %	89,8 %	22,5 %	1,8 %	74,8 %	70,9 %
médiane	100 %	100 %	51,6 %	32,4 %	99,3 %	89,1 %
3 <sup>e</sup> quartile	100 %	100 %	83,0 %	61,2 %	100 %	100 %
maximum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	p = 0,20 <sup>7</sup>		p = 0,86		p = 0,32	

**TABLEAU III**  
Répartition par quartile des exhaustivités par praticien d'utilisation du DRC en fonction des consultations (C) et des visites (V)

Actes	C	V	C + V
minimum	2,7 %	0 %	2 %
1 <sup>er</sup> quartile	72,1 %	91,9 %	78,4 %
médiane	89,4 %	98,7 %	91,5 %
3 <sup>e</sup> quartile	96,8 %	100 %	96,7 %
maximum	100 %	100 %	100 %

**TABLEAU IV**  
Comparaison des répartitions par quartile chez les médecins OMG des exhaustivités par praticien d'utilisation du DRC en fonction des consultations (C) et des visites (V)

Actes	C		V		C + V	
	OMG	Naïfs	OMG	Naïfs	OMG	Naïfs
minimum	2,7 %	9,6 %	0 %	50 %	2 %	9,6 %
1 <sup>er</sup> quartile	91 %	60,1 %	97,2 %	78,1 %	94 %	62 %
médiane	95,8 %	79,1 %	100 %	97 %	96,3 %	83,7 %
3 <sup>e</sup> quartile	99,6 %	84,8 %	100 %	99,6 %	98,7 %	91,4 %
maximum	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	p < 0,05 <sup>7</sup>		p < 0,05		p < 0,05	

**TABLEAU V** Comparaison en valeur absolue du nombre de RC enregistrés par acte et par patient âgé de 70 ans et plus au cours du premier et du second recueil dans les 3 groupes de médecins naïfs

Données sources	ORPA Non valide		ORPA Valide strict		ORPA Valide tous âges		ORPA Total	
	Phase 1	Phase 2	Phase 1	Phase 2	Phase 1	Phase 2	Phase 1	Phase 2
Nombre de patients différents	503	495	1 524	1 339	1 487	1 422	3 514	3 256
Total des contacts (V+C)	1 018	864	3 215	2 607	3 657	3 034	7 890	6 505
Nombre total de RC enregistrés	1 034	799	8 610	7 241	8 154	7 939	17 798	15 979

**TABLEAU VI** Comparaison en pourcentage du nombre de RC enregistrés par acte et par patient âgé de 70 ans et plus au cours du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> recueil dans les 3 groupes de médecins naïfs

	ORPA Non valide		ORPA Valide strict		ORPA Valide tous âges		ORPA Total	
	Phase 1	Phase 2	Phase 1	Phase 2	Phase 1	Phase 2	Phase 1	Phase 2
RC par acte	1,02	0,92	2,68	2,78	2,23	2,62	2,26	2,46
Évolution		- 9,8 %		+ 3,7 %		+ 17,4 %		+ 15,4 %
RC par patient	2,06	1,61	5,65	5,41	5,48	5,58	5,06	4,91
Évolution		- 21 %		- 5,9 %		+ 1,8 %		- 2,9 %

NB : Selon les données de l'OMG en 2002, les patients de 70 ans et plus avaient en moyenne 3,43 RC par acte.

**Comparaison des médecins naïfs au groupe OMG (tableau II) :**

- pour les consultations : l'exhaustivité de recueil des consultations du groupe des médecins naïfs était légèrement supérieure à celle du groupe des médecins de l'OMG sans que cette différence soit significative (1<sup>er</sup> quartile respectivement 90 % et 81 %). Dans les 2 groupes, des médecins recueillaient 100 % de leurs actes ;
- pour les visites : l'exhaustivité de recueil des visites du groupe des médecins naïfs était inférieure à celle du groupe des médecins de l'OMG sans que cette différence soit significative (1<sup>er</sup> quartile respectivement 2 % et 22,5 % ; médiane respectivement 32 % et 52 %). Les quelques médecins qui rendaient compte des visites d'une façon satisfaisante appartenaient cependant majoritairement à l'OMG.

**Exhaustivité d'utilisation de l'outil de recueil DRC** en fonction des actes enregistrés.

**Pour l'ensemble des praticiens**, l'utilisation du *Dictionnaire des résultats de consultation* en fonction des actes (V + C) enregistrés était proche de 85 %.

Pour les consultations, l'exhaustivité d'utilisation du *Dictionnaire des résultats de consultation* approchait les 85 % (contre 89 % pour l'ensemble de l'OMG 2002 pour la même période)

Pour les visites, l'exhaustivité était proche de 95 % (contre 89 % pour l'ensemble de l'OMG 2002 pour la même période) : quand la décision était prise de recueillir les visites, celles-ci étaient alors bien renseignées. Une analyse plus détaillée des exhaustivités de recueil par praticiens montre (tableau III) que :

- pour les consultations, 27 praticiens (soit 64 % du total) ont eu une exhaustivité d'utilisation du *Dictionnaire des résultats de consultation* supérieure à 80 % ;

- pour les visites, 25 praticiens (soit 60 % du total) ont une exhaustivité d'utilisation du *Dictionnaire des résultats de consultation* lors des visites supérieure à 95 %. Une fois la décision prise de renseigner la visite, le *Dictionnaire des résultats de consultation* était alors utilisé de façon quasi exhaustive.

**Comparaison des médecins naïfs au groupe OMG (tableau IV)**

Lors des consultations, l'exhaustivité d'utilisation du *Dictionnaire des résultats de consultation* par les médecins naïfs était significativement inférieure à celle du groupe des médecins de l'OMG qui était très élevée (1<sup>er</sup> quartile respectivement 60 % et 91 %). Il existait néanmoins un groupe de médecins naïfs dont l'utilisation du DRC approchait celle des médecins de l'OMG (3<sup>e</sup> quartile : 85 %). Lors des visites, l'exhaustivité d'utilisation du DRC par les médecins naïfs (1<sup>er</sup> quartile : 78 %, médiane : 97 %) était significativement inférieure à celle du groupe des médecins de l'OMG (1<sup>er</sup> quartile : 97 %, médiane : 100 %) mais dans des proportions moindres que pour les consultations.

**Répartition des médecins naïfs par typologie de recueil**

En termes d'exhaustivité de recueil, selon les axes quantitatifs, les 26 praticiens naïfs peuvent être répartis en 4 groupes homogènes :

- **le 1<sup>er</sup> groupe est celui des abandons** en cours d'étude : cela ne concernait que 12 % (n = 3) des praticiens ; ils avaient abandonné l'étude dès la première phase ;

- **le 2<sup>e</sup> groupe (ORPA « non valide »)** recouvre les praticiens qui n'ont pas pu, sur le long terme, répondre aux exigences du cahier des charges. Cela concernait 35 % des médecins naïfs (n = 9) pour lesquels l'exhaustivité de recueil a été inférieure à 50 % et (ou) le taux d'utilisation du DRC inférieur à 30 % ;

- **le 3<sup>e</sup> groupe (ORPA « valide strict »)** comprend les praticiens qui ont répondu au cahier des charges de l'étude, soit 19 % des médecins (n = 5) ; ils ont eu une pratique dans ce champ comparable à celle des praticiens de l'OMG (avec un minimum de 80 % d'exhaustivité de saisie des contacts et un taux minimal d'utilisation du DRC en fin de 2<sup>e</sup> phase de 77 %) ;

- **le 4<sup>e</sup> groupe (ORPA « valide tous âges »)**, 35 % des médecins naïfs (n = 9), est constitué des praticiens dont les pratiques de recueils étaient comparables à celles des membres de l'OMG, non seulement dans le champ des patients âgés de 70 ans et plus, mais aussi pour l'ensemble de leurs patients, toutes classes d'âge confondues.

**Axe qualitatif**

Les analyses effectuées dans le contexte qualitatif portent sur les 2 périodes de manière à mettre en évidence d'éventuelles évolutions de comportement de recueil.

**Exhaustivité du recensement des problèmes de santé** pris en compte par les médecins naïfs en fonction des contacts enregistrés. Nous avons pris le parti de comparer qualitativement les 3 groupes de médecins naïfs (ORPA « non valide », ORPA « valide strict » et ORPA « valide tous âges ») identifiés lors de la phase d'analyse quantitative et ce au cours des 2 phases.

Rappelons que le nombre de résultats de consultation (RC) par acte et le nombre de problèmes de santé par patient augmente globalement avec l'âge et que, selon les données de l'OMG en 2002, les patients de 70 ans et plus avaient en moyenne 3,43 RC par acte et 5,62 RC par patient pour la même période, tous types de contact (V + C) confondus.

La comparaison des activités de recueil du nombre de problèmes de santé pris en charge au cours de chaque acte dans les 3 groupes montre (tableau V et VI) que :

- **le groupe ORPA « non valide »** non seulement n'a pas satisfait aux critères d'exhaustivité quantitative, mais il s'est également découragé entre les 2 phases pour la qualité de son travail de recueil

(évolution négative du recensement de 10 %) ;  
 – **le groupe ORPA « valide strict »** a fait preuve d'un recensement de qualité dès la première phase, en progressant légèrement (+ 4 %) entre les 2 phases pour aboutir à 80 % d'enregistrement de RC par acte par rapport aux médecins expérimentés de l'OMG ;  
 – **le groupe ORPA « valide tous âges »** a satisfait aux critères du cahier des charges en terme d'exhaustivité quantitative tout en utilisant d'emblée le DRC pour l'ensemble des classes d'âges en faisant preuve d'une démarche qualitative d'emblée satisfaisante avec cependant – 0,25 RC par acte par rapport au groupe ORPA « valide strict ». Il a cependant nettement progressé entre les 2 phases pour aboutir à 76 % d'enregistrement de RC par acte par rapport aux médecins expérimentés de l'OMG.

**Exhaustivité des entrées du DRC utilisées par les praticiens**

Rappelons que si le *Dictionnaire des résultats de consultation* décrit les 277 tableaux sémiologiques (problèmes de santé) les plus fréquemment pris en charge en médecine générale, seuls 136 ± 56 d'entre eux ont été observés en moyenne par praticien chez les patients âgés de 70 ans et plus dans la base OMG 2002, et 84 ± 40 pour la même période dans ORPA Phase 2.

La comparaison du nombre total de termes différents utilisés par les 3 groupes au cours des 2 phases dans une classification ne comportant que 277 termes possibles montre (tableau VII) que :

- **le groupe ORPA « non valide »** n'a d'emblée utilisé qu'un faible nombre de termes différents avec une médiane à 35 et sans chercher à explorer les ressources de l'outil proposé en 2<sup>e</sup> phase ;
- **le groupe ORPA « valide strict »** a, dès la 1<sup>re</sup> phase, eu recours à la diversité des descriptifs du *Dictionnaire des résultats de consultation* de façon satisfaisante avec une médiane d'emblée à 79,5 et une dispersion à peu près stable en 2<sup>e</sup> phase ;
- **le groupe ORPA « valide tous âges »** a également fait la preuve d'une démarche qualitative d'emblée satisfaisante dans son recours à la diversité des descriptifs du *Dictionnaire des résultats de consultation* avec une médiane d'emblée à 73 qui progresse légèrement en 2<sup>e</sup> phase.

**DISCUSSION**

Au-delà de la seule participation à un observatoire des pratiques, l'exhaustivité de recueil de l'activité médicale renvoie à la bonne tenue du dossier médical, à la place de l'information écrite par rapport à l'information connue dans les représentations du médecin, au regard du patient sur la capacité du médecin à enregistrer les données qui le concernent et finalement à des « obligations » réglementaires et déontologiques.

**Les visites insuffisamment enregistrées**

Sous réserve de la fiabilité des RIAP élaborés par les caisses, l'exhaustivité de l'enregistrement des « consultations » par les médecins naïfs paraît globalement excellente, meilleure même que celle des médecins de l'OMG (tableau II).

Cette exhaustivité est tout à fait insuffisante pour les visites, en dehors d'un sous-groupe restreint qui rendait compte de son activité de visite d'une façon un peu plus exhaustive, à rapprocher

d'un sous-groupe au comportement identique dans le groupe des médecins de l'OMG.

Dans le cadre d'un observatoire de recueil, l'enregistrement des visites dépend :

- de la qualité des outils informatiques « portables » disponibles tant dans leurs fonctionnalités (synchronisation aléatoire des recueils de visites) que dans leur praticabilité (fragilité et encombrement des portables) et leurs coûts. En définitive, les ordinateurs portables sont peu utilisés par les médecins qui doivent trouver le temps de retranscrire l'activité de visite lors de la consultation ;
  - de la place de la visite dans l'activité individuelle (d'anecdotique pour 2 médecins à considérable pour 2 autres) conjuguée aux modes d'organisation du cabinet (présence ou non d'un secrétariat) ou aux modes opératoires du médecin (passage préalable ou pas par le cabinet) ;
  - plus globalement, de la diminution de la place des visites dans l'activité médicale, réduction déjà observée tout au moins dans les autres tranches d'âge et qui sera un élément facilitant ;
- Notons que, dans le cadre d'observatoires de pratiques, des redressements sont possibles lors de la phase d'exploitation des données, comme c'est déjà souvent le cas dans d'autres études institutionnelles.

**Utilisation exhaustive du DRC**

L'exhaustivité globale de l'utilisation du DRC lors des consultations est encourageante s'agissant de nouveaux utilisateurs même si elle était inférieure à celle du groupe des médecins de l'OMG. Pour les visites, comme dans le groupe des médecins de l'OMG, une fois la décision de rendre compte de la visite acquise, les médecins naïfs utilisaient alors le DRC de façon quasi exhaustive.

**Quatre sous-groupes d'utilisateurs**

Une analyse plus fine prenant en compte les critères qualitatifs a permis d'identifier 4 sous-groupes d'utilisateurs.

**Les deux premiers rassemblaient les 12 praticiens** (47 % des médecins naïfs) qui n'avaient pas pu atteindre les objectifs fixés par l'étude.

**Le groupe ORPA « abandon »**, 12 % des médecins naïfs, correspondait aux médecins qui avaient abandonné l'étude dès la 1<sup>re</sup> phase. Ce très faible taux d'abandons est tout à fait surprenant, compte tenu du changement de paradigme que sous-tend le passage d'un enregistrement parfois aléatoire et toujours peu structuré (sinon par un langage « personnel ») à un recueil systématique et structuré (« langage commun ») d'informations médicales.

**Le groupe « ORPA non valide »** recouvrait 35 % des médecins naïfs (n = 9) dont l'exhaustivité de recueil avait été inférieure à 50 % et (ou) le taux d'utilisation du DRC inférieur à 30 %. L'exhaustivité du recensement des problèmes pris en charge était d'emblée nettement insuffisante (1,02 RC par acte en phase 1 pour 3,43 dans l'OMG), comme la diversité des termes utilisés (médiane de la phase 1 : 35 termes contre 82 pour l'ensemble de l'OMG). Ces médecins s'étaient découragés, n'étaient pas prêts ou ne comprenaient pas l'utilité d'un changement de méthode de travail,

**TABLEAU VII** Comparaison de la répartition par quartile du nombre de RC différents utilisés au cours des deux phases de recueil en fonction des trois groupes de médecins naïfs

Données sources	ORPA Non valide		ORPA Valide strict		ORPA Valide tous âges	
	Phase 1	Phase 2	Phase 1	Phase 2	Phase 1	Phase 2
Min	2	7	2	1	22	41
1 <sup>er</sup> quartile	9	17	51,8	50	51	57,5
Médiane	35	35	79,5	76,5	73	79
3 <sup>e</sup> quartile	51	39	94	94	105	101,5
Max	69	65	146	135	129	128

NB : Pour l'ensemble de l'OMG en 2002 : médiane = 83.



comme le montre par ailleurs la baisse d'exhaustivité dans l'utilisation du RC entre les 2 phases.

**Les deux derniers groupes rassemblaient les 14 nouveaux utilisateurs** (53 % des médecins naïfs) qui avaient atteint les objectifs fixés par l'étude.

**Le 3<sup>e</sup> groupe ORPA « valide strict »** (5 médecins soit 19 %) comprenait les praticiens qui avaient scrupuleusement répondu au cahier des charges de l'étude. Ils avaient recueilli l'ensemble des consultations et des visites des patients de 70 ans et plus, et s'étaient efforcés d'être exhaustifs dans le recueil des informations demandées. Avec un minimum de 80 % d'exhaustivité de saisie des contacts, et un taux minimal d'utilisation du DRC de 77 % en fin de 2<sup>e</sup> phase, leur pratique était comparable dans ce champ à celle des praticiens de l'OMG. L'exhaustivité du recensement des problèmes pris en charge était d'emblée satisfaisante (2,68 RC par acte pour 3,43 dans l'OMG), tout comme la diversité des termes utilisés (médiane : 77 contre 83 pour l'ensemble de l'OMG). Ces comportements étaient globalement stables dans les 2 phases.

**Le 4<sup>e</sup> groupe ORPA « valide tous âges »** (35 % des médecins naïfs, n = 9) était tout à fait particulier : il s'agissait de médecins naïfs qui avaient d'eux-mêmes « choisi » de structurer leur dossier médical à l'aide du DRC, non seulement pour les prises en charge des patients de 70 ans et plus, mais aussi pour celles des autres classes d'âges, et ce dans des termes comparables aux praticiens « chevronnés » de l'OMG. Avec des chiffres comparables au groupe ORPA « valide strict », leur pratique était également comparable dans ce champ à celle des praticiens de l'OMG. L'exhaustivité du recensement des problèmes pris en charge était d'emblée satisfaisante (2,62 RC par acte pour 3,43 dans l'OMG), tout comme la diversité des termes utilisés (médiane : 79 contre 83 pour l'ensemble de l'OMG). Ces comportements étaient globalement stables dans les 2 phases.

## CONCLUSION

Dans le cadre de cette étude de faisabilité d'un observatoire de recueil continu thématique en médecine générale :

- une majorité (53 %) des 26 médecins généralistes libéraux « naïfs » s'est montrée capable d'utiliser en continu et à long terme une classification praticienne pour structurer leur dossier médical ;
- surtout, le tiers (35 %) d'entre eux ont débordé du cadre thématique initial pour s'approprier totalement la méthode et structurer spontanément l'ensemble de leur activité de soin à l'aide de cette classification.

La profession ayant fait la preuve de sa capacité à maîtriser les différents pôles de tels observatoires, la question de la généralisation de cette expérience à un plus grand nombre de thèmes, de régions et de praticiens de médecine générale est essentiellement celle de la pérennité des financements. Le projet SFMG-FAQSV national d'un réseau de recueil en continu de 400 médecins généralistes initié en 2004 sur 2 ans apporte une réponse transitoire à cette question, mais nul doute qu'elle se reposera, à terme, aux institutions concernées.

Cependant, le poids des représentations professionnelles, la finalité de la classification utilisée, la pertinence des outils informatiques et la place des professionnels doivent être pris en compte sur au moins 3 points :

- les généralistes libéraux expérimentateurs considéreraient aujourd'hui que leur responsabilité première s'exerce avant tout envers leurs patients, et principalement dans le domaine « directement utile » du soin et de la prévention. Partant de ce constat, les contraintes liées à l'exploitation épidémiologique des données médicales s'ajoutent à nombre d'autres contraintes subies par le médecin expérimentateur. Elles doivent donc être les plus transparentes possible pour favoriser l'acceptabilité et la continuité du recueil. En particulier, la contrainte la plus fondamentale est bien d'être compatible avec la prise en charge du patient, voire de la faci-

liter, d'autant plus que le praticien connaît déjà un problème majeur d'optimisation du temps de ses consultations. Dans ce sens, le *Dictionnaire des résultats de consultation*, facilement adopté dans cette étude par une majorité de praticiens inexpérimentés, se révèle expérimentalement un outil adapté ;

- nombre des logiciels médicaux actuellement diffusés en médecine générale sont sévèrement jugés par leurs utilisateurs, aussi bien en termes d'ergonomie générale que pour leur capacité à rendre compte de l'activité médicale. À titre d'exemple, au cours de l'étude, l'indice de satisfaction générale des investigateurs dans chacun de ces domaines n'a jamais dépassé 65 %. Cette difficulté de l'« industrie » informatique à travailler en partenariat avec la profession pour élaborer des outils fonctionnels est un constat quotidien et rémanent depuis l'avènement de l'informatique médicale. Elle s'ajoute aux questions liées à l'optimisation et à la maintenance des matériels des praticiens et grève la structuration médicale des données de soin ;

- enfin, si les médecins généralistes libéraux expérimentateurs sont prêts à se mobiliser autour de la mise en place d'observatoires des pratiques, ils considèrent que la maîtrise d'œuvre par un organisme professionnel reconnu est un point essentiel de leur adhésion.

## Remerciements

*Nous adressons tous particulièrement nos remerciements aux 42 médecins généralistes qui sont allés au bout de ce projet : les docteurs Andrieux, de Boe, Boisnauld, Bougrand, Collignon-Porte, Courty, Davoux, Dok-Hak, Droulers, Dugit-Gros, Duhôt, Ebin, Fiof-Imbault, Galasso, Girand, Helsen, Hintzy, Ikka, Jacquier, Lanque, Le Cohu, Ledu-Avajon, Leininger, Mandefield, Margerit, Mathelin-Rivoire, Mauri, Miche, Orme-Lynch, Quincy Y, Quincy M, Raineri, Remond, Sabo, Sardnal, Sebbah, Szidon, Tiscornia, Thosmas-Dessarts, Very, Vigouroux, Vionnet-Fuasset.*

## Références

1. Observatoire régional des personnes âgées de 70 ans et plus en Île-de-France. Rapport final au FAQSV mars 2003. Disponible [www.sfmfg.org](http://www.sfmfg.org).
2. <http://www.globalfamilydoctor.com/>
3. SFMG : Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. Documents de recherche en médecine générale n° 55/56/57, décembre 1999-janvier 2000.
4. Du moins ceux de CEGEDIM.
5. Expérimentation Prométheus <http://www.alphamedica.org>.
6. Label DRC & OMG (<http://www.sfmfg.org>).
7. Wilcoxon two sample test.