

I. DOSSIER INFORMATISE

I.1. Journalier

L'évaluation du Contact Ordinaire Médecin, document utilisé pendant l'année 1985, a montré que ce document devait être réduit dans son contenu et dans son format de manière à pouvoir inclure dans une feuille A4 recto-verso cinq contacts ordinaires médecin, six items ont été retenus pour structurer la prise de note lors des consultations. Le nouveau document s'appelle JOURNALIER (annexe 1). Un avantage, et pas des moindres, est que dans une seule feuille il y a moyen de garder un maximum d'informations, suivre l'évolution d'une maladie, suivre l'histoire médicale du patient, etc. Il est très aisé d'envoyer une copie à un spécialiste ou à l'hôpital au moment de l'hospitalisation du malade. Toute l'information contenue dans ce document peut être encodée dans le dossier informatisé.

I.2. Information médicale de base

Ce document est imprimé sur du papier couleur épais de manière à être reconnu facilement à l'intérieur du dossier papier. Il contient des informations très complètes sur les antécédents médico-chirurgicaux, obstétricaux, psychologiques, iatrogènes, etc. (annexe 2). Nous travaillons actuellement à la mise au point d'une fiche préventive qui sera imprimée au verso de l'information médicale de base. La plupart des informations sont codables.

I.3. Fiche examen préventif (gynécologie)

Cette fiche est utilisée pour l'examen de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein (annexe 3). Les informations réunies dans ce document ne peuvent pas encore être introduites dans le logiciel. En attendant, une analyse manuelle a été faite pour la campagne de dépistage 1986. Voir rapport sur cette campagne dans ce même volume.

I.4. Fiche de coordination

Une fiche très simple a été mise au point pour recueillir l'information lors des réunions de coordination. Des informations qui permettent d'identifier le patient, noter le motif de son passage en réunion de coordination, les décisions prises et les responsables de réaliser les tâches accordées, etc. (annexe 4). L'information de cette fiche peut être encodée sur notre logiciel (voir résultats dans ce même rapport).

II. ENCODAGE SYSTEMATIQUE

Une des difficultés qui se présente au praticien ou groupe de praticiens qui informatisent leur travail est de savoir que faire de l'information réunie dans les dossiers parfois depuis de nombreuses années. Dans notre Centre nous possédons environ 3500 dossiers médicaux. L'information administrative de tout nouveau patient est encodée immédiatement. Les anciens dossiers sont en cours d'encodage. A l'heure actuelle nous en avons encodé plus de la moitié ce qui a signifié un travail considérable et difficile pour le secrétariat vu le caractère monotone de la tâche. Lorsque l'encodage d'un patient est terminé, nous pouvons générer une étiquette administrative reprenant toutes les informations fondamentales. Ceci facilite l'identification du patient lors de la référence vers des structures spécialisées.

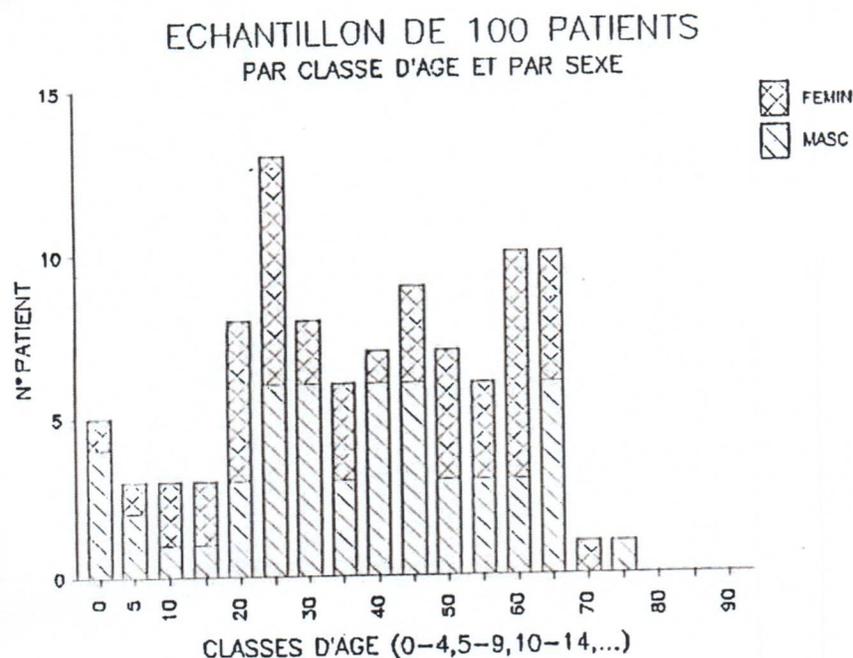
III. ENCODAGE EXPERIMENTAL DE 100 DOSSIERS ET SON ANALYSE

Pour tester notre logiciel et notre façon de l'utiliser nous avons encodé 100 dossiers complets (administratif, social et médical) et fait une analyse de type audit.

III.1. Matériel et méthodes

Nous avons prélevé au hasard un échantillon randomisé de 100 dossiers médicaux. Parmi les 3 500 dossiers que nous détenons, nous avons choisis parmi les patients dont le journalier contenait au moins 2 prises de note qui au cours de 6 premiers mois de l'année 1986. Cet échantillon est représentatif de la population qui s'est présenté à notre Centre pendant le premier semestre de l'année en cours. Le choix des dossiers, l'encodage et l'analyse de l'information ont été réalisés par deux équipes différentes pour éviter les biais de sélection. Le fait de ne retenir que les dossiers contenant 2 prises de note représente aussi un biais important, mais notre but était tout autant de connaître notre population que d'analyser le comportement des prestataires de soins. La composition de l'échantillon est représentée dans le graphique N°1

Graph. n° 1



III.2. Résultats

III.2.1. Enquête sociale

Nous avons fait une enquête sociale pendant le mois de Juin 86. Nous avons ainsi rencontré les 93 patients parmi les cents tirés au hasard pour l'étude informatisée déjà décrite.

Nous ne sommes pas en mesure de pouvoir tirer actuellement des conclusions à partir de ces données. Une étude détaillée représenterait un travail important. Nous donnons en annexe 6 les résultats brut de cette enquête.

Relevons-en toutefois les données essentielles :

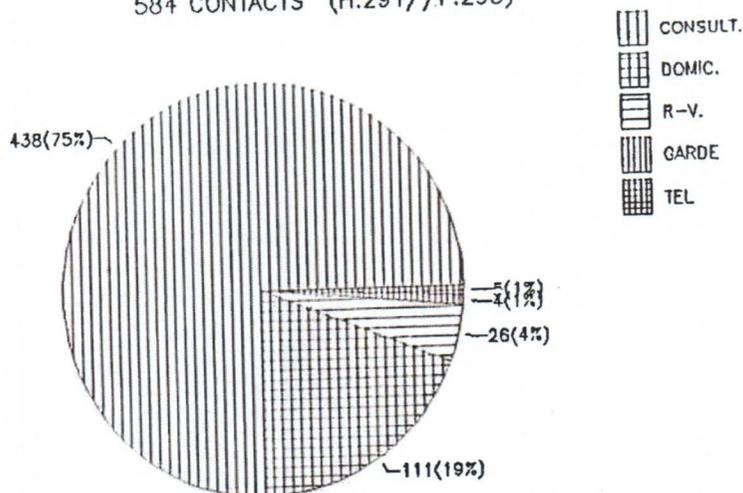
- nombre de personne par ménage : 2,98 %
- immigrés de première génération : 11,8 %
- immigrés de deuxième génération : 14 %
- personnes soutenues par la CPAS : 12 %

III.2.2. Contacts patient

a) Données générales

Les patients de l'échantillon ont eu en moyenne 5,84 contacts avec les médecins du Centre (584 contacts). Les deux secteurs d'activité les plus importants furent les consultations au Centre (75 %) et les visites à domicile (19 %). Toutefois, il est important de souligner que le journalier n'est pas toujours rempli par les médecins lors des visites à domicile et surtout lorsqu'il s'agit des gardes ou des avis par téléphone. (graphique N° 2).

REPARTITION DES PRISES DE NOTES
584 CONTACTS (H:291//F:293)

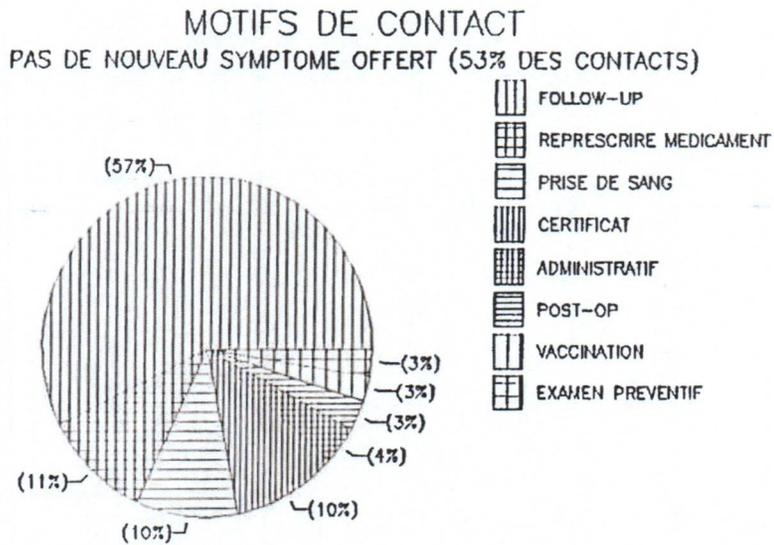


4 MEDECINS - 12 MOIS - 100 PATIENTS
- 9 -

2° Pas de nouveau symptôme offert

L'activité de follow-up prend ici une importance très grande par rapport à l'activité totale (28 %). Les prises de sang correspondent à 5,3 % de l'activité totale. Les "actes administratifs" telles que prescrire des médicaments, faire des certificats et "les actes administratifs exclusifs" ont occupé 13,25 % de l'activité. Les motifs de contact pour activité préventive (sans compter la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein) correspondent à 3,2 % de l'activité totale. Voir graphique (4).

Graph. N° 4



317 CONTACTS SUR 596 (100 PATIENTS) EN 12 MOIS

III.2.3. Analyse des antécédents

Le tableau N° (1) montre les antécédents médicaux relevés par les médecins du Centre. L'antécédent le plus fréquent est l'hypertension suivi de manière inattendu par l'hépatite virale. Toute aussi curieux est le nombre réduit d'infarctus du myocarde notés. D'autres problèmes, telles que diabète, obésité et alcoolisme sont manifestement sous-estimés.

Tableau N° 1	ANTECEDENTS	TOTAL	F	M
	HYPERTENSION ARTERIELLE	21	14	7
	HEPATITE VIRALE	15	7	8
	BRONCHITE CHRONIQUE	12	6	6
	ULCERE DUODENAL	10	3	7
	BPCO	10	5	5
	BRONCHITE AIGUE	9	5	4
	SINUSITE	9	7	2
	ARTHROSE	8	8	0
	FEUMONIE	7	3	4
	SOUS ALIMENTATION ENFANT < 5 ANS	5	1	4
	OBESITE	5	3	2
	ANEMIE	5	2	3
	VARICELLE	5	2	3
	PRESSION	4	2	2
	TUBERCULOSE PULM.	4	4	0
	CYSTITE	4	4	0
	ROUGEOLE	4	2	2
	GOUTTE	4	2	2
	ALCOOLISME	4	0	4
	CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE	3	1	2
	INFARCTUS DU MYOCARDE	3	0	3
	HERNIE HIATALE	3	1	2
	SILICOSE PULM.	3	0	3
	OREILLONS	3	1	2
	ANGINE AIGUE RECIDIVANTE	3	1	2
	OTITE MOYENNE AIGUE	3	0	3
	ARYTHMIE	3	1	2
	CERVICARTHROSE	2	2	0
	ARTERITE PERIPH.	2	0	2
	RHINITE ALLERGIQUE	2	1	1
	OTITE CHRONIQUE	2	0	2
	DECOMPENSATION CARDIAQUE	2	1	1
	LOMBALGIE	1	0	1
	CANCER DU SEIN	1	1	0
	PLEURESIE	1	1	0
	STENOSE AORTIQUE	1	1	0
	DIABETE	1	1	0
	SYPHILLIS	1	1	0

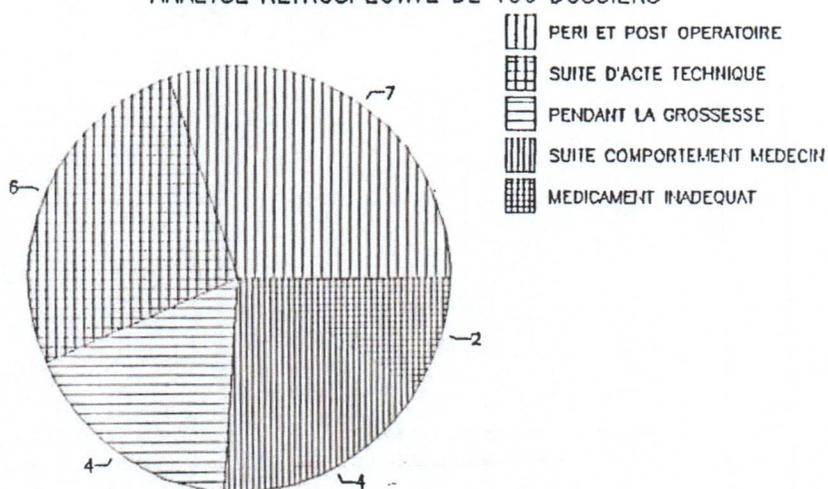
III.2.4. Analyse des problèmes iatrogènes chez les patients de l'échantillon

Cette information récoltée pour la première fois dans la fiche Information médicale de base s'est révélée riche en renseignements. Dix-sept patients disent avoir souffert de problème provoqué par la médecine.

Plus de la moitié sont des problèmes provoqués par des actes techniques et chirurgicaux; 17 % causés par le comportement inadéquat du médecin (annexe 5 et graphique N° 5).

Graph. N° 5

PROBLEMES PROVOQUES PAR LA MEDECINE
ANALYSE RETROSPECTIVE DE 100 DOSSIERS



23 PROBLEMES VECUS PAR 17 PATIENTS

IV. DISCUSSION

Après examen des résultats obtenus nous arrivons à la conclusion que notre méthodologie d'échantillonnage nous a conduit au choix d'un important pourcentage de " patients à haute fréquentation". En comparant notre échantillon à la pyramide des âges de la ville de Charleroi nous observons une différence marquée aux deux extrémités. Le graphique représentant notre échantillon donne l'idée que les populations de 0 à 5 ans et des seniors de plus de 65 ans sont sous-représentées. Cette différence pourrait être expliquée par une autre constatation que nous avons faite: les médecins ne prennent pas de notes lors de visites à domicile, or ces deux tranches de population sont la plupart du temps vues à leur domicile. Ceci explique la sous-estimation des visites à domicile: 19 % des prises de notes (ensemble de l'activité du Centre. Egalement sous-estimés, les avis par téléphone et les consultations réalisées pendant les gardes ne font que 5 % de l'activité totale. Et la raison est la même: pas de prise de notes.

L'enquête sociale est trop riche en informations pour analyser ses résultats ici. En termes généraux: si l'échantillon est représentatif de la population desservie par le centre de santé alors le logiciel peut nous être très utile pour mieux connaître: la population, les facteurs qui peuvent influencer sur sa santé, la cibler dans le cadre d'une campagne de prévention, etc.

L'analyse des motifs de contact avec nouveau symptôme offert révèle comme principal cause la douleur, ce qui marque une différence avec d'autres études du même type qui donnaient comme premier motif de contact la toux. Ici, nous avons eu une difficulté au niveau du logiciel qui dans son dictionnaire ne prend qu'une dizaine de types de douleur et confond en un seul tous les types de douleurs quand l'information est introduite sous forme de texte libre. Cette difficulté devrait s'amenuiser avec la mise au point des classifications actuellement à l'étude (voir document du Dr Jamouille sur les classifications).

L'analyse des motifs de contact sans nouveau symptôme nous ont permis de réfléchir encore plus à notre pratique et à sa forme de financement. Le paiement à l'acte de la pratique au niveau du premier échelon de recours ne favorise pas le développement des activités préventives. D'autre part, les médecins généralistes n'auront pas beaucoup d'intérêt à diminuer les consultations de follow-up très souvent dues à l'angoisse provoquée par la maladie chez le patient tant que cette forme de paiement sera maintenue.

Les antécédents, plus qu'aucune autre donnée, nous ont signalé l'importance de bien noter l'information recueillie et surtout de demander toute l'information et encore de bien l'analyser pour corriger la pratique. Ici, le médecin se trouve confronté à sa propre perception des problèmes de santé; à la culture du patient -qui ne tient pas l'obésité ou l'alcoolisme comme un problème de santé- et à la sienne. L'analyse par ordinateur nous donnait 5% d'obésité et 4 % d'alcoolisme -pauvre ordinateur qui ne peut analyser que l'information qu'on lui donne. Après revision des poids nous arrivons à la conclusion que la population de notre échantillon est obèse à 30 %, et 20 % sont des buveurs.

L'analyse des problèmes iatrogènes vient renforcer l'idée que sans une minutieuse recherche de l'information nos statistiques seront toujours incomplètes, ex: le patient qui venait depuis des années avec sa lésion de l'omoplate ne nous avait jamais informé qu'une telle lésion était due à des mauvaises manoeuvres réalisés par un accoucheur ivre. Mais nous ne le lui avions jamais demandé non plus.

PROBLEMES PROVOQUES
PAR LA MEDECINE

ANALYSE D'UN ECHANTILLON DE 100 DOSSIERS
DE MEDECINE GENERALE

23 PROBLEMES CHEZ 17 PATIENTS

PERI ET POST PARTUM (4 probl.)

- + ACCOUCHEUR IVRE //LESION PERMANENTE OMOPLATE
 - + DIAGN.RUBEOLE INEXACT //ANXIOGENESE MAXIMALE
 - + FOETUS MORT AU 3eme MOIS PORTE JUSQU'A 9 MOIS
 - + ACC.PROVOQUE 6eme MOIS SUITE THERAPEUTIQUE INADEQUATE
-

THERAPEUTIQUE INADEQUATE (2 probl.)

- + HORMONOTHERAPIE THYROIDIENNE NON JUSTIFIEE
 - + INTOXICATION AIGUE PAR HALDOL PRESCRIT ET NON JUSTIFIE
-

COMPORTEMENT MEDICAL ABERRANT (4 probl.)

- + PATIENT "PIGEON" POUR MEDECINS EXPERTS
 - + TENTATIVE D'ABUS SEXUEL PAR MEDECIN
 - + DIAGNOSTIC GRAVE ERRONE POSE A LA LEGERE
 - + IGNORANCE AVOUEE DU ROLE DES MEDIC.PRESCRITS
-

C.S.G.H.

INFORMATION MEDICALE DE BASE

	<u>IDENTIFICATION</u>	I	DONNEES ADMINISTR. MANQUANTES
NOM :		I	
PRENOM :		I	
D.N. : ___/___/___	M/F	I	
MED. TRAIT. :		I	

DATE DE MISE A JOUR: / / AUTEUR: ----- ENCODE /___/

GROUPE SANGUIN: O / A / B / AB / - / +.
POIDS : TAILLE :

F.O.OUVERTES : H.T.A. // DIABETE // EPILEPSIE // ANGOR-INFAR //
COL-SEIN // GROSSESSE // AUTRES :.....

INTOLERANCE MEDICAMENTEUSE :
(précisez substances et réactions)

ALLERGIES:
(précisez suspectée ou prouvée)

RISQUES PROFESSIONNELS :
(précisez métier et pathologie)

PROBLEMES D'ORIGINE IATROGENE:
(précisez circonstances, mental et/ou psy)

ANTECEDENTS FAMILIAUX:

INTOXICATIONS HABITUELLES (café-tabac-alcool-drogue)

ANTECEDENTS PERSONNELS MEDICAUX (datation souhaitée):

OBSTETRICAUX: G...P...A...

CHIRURGICAUX:

PSYCHOLOGIQUES:

SPECIALISTE DE REFERENCE :

TRAITEMENT CONTINU ESSENTIEL:

DATE DE MISE A JOUR: / / AUTEUR: -----

ENCODE /___/

EVENEMENTS (nouveaux):