

Université Henri Poincaré, Nancy 1

Faculté de Médecine

École de santé Publique

**EXPLOITATION DES DONNEES DU DOSSIER DE SANTE  
INFORMATISE EN SOINS PRIMAIRES.  
RESISTANCES ET SOLUTIONS.  
ETUDE DANS HUIT MAISONS MEDICALES WALLONNES.**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Université de Santé Publique

**Mention « Promotion de la Santé »**

Présenté par

Dr Marc VANMEERBEEK

Année universitaire 2003-2004

L'Ecole de Santé Publique, la Faculté de Médecine, l'Université Henri Poincaré, Nancy 1 et leurs personnels n'entendent donner ni approbation, ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire, celles-ci devant être considérées comme propres à leur(s) auteur(s).

De la même façon, la méthodologie d'investigation et l'exploitation des résultats n'engagent que leur(s) auteur(s).

## Table des matières

<i>Table des matières</i> .....	3
<i>Glossaire</i> .....	5
<i>Résumé</i> .....	8
<i>Mots-clés</i> .....	8
<b>I. Introduction</b> .....	9
<b>II. Méthodes</b> .....	10
<b>A. Population cible</b> .....	10
<b>B. Intervention</b> .....	11
<b>C. Mesures quantitatives</b> .....	11
<b>D. Analyse qualitative</b> .....	12
<b>E. Confidentialité</b> .....	12
<b>F. Retour d'information</b> .....	12
<b>III. Résultats</b> .....	13
<b>A. Indicateurs d'utilisation du DSI :</b> .....	13
1. Proportion des patients vus en 2003 ayant au moins 1 épisode de soins dans leur dossier : tableau 1 .....	13
2. Nombre d'épisodes créés par patient durant l'année 2003 : tableau I.....	13
3. Professions qui encodent des épisodes : figure 1 .....	14
4. Proportion de sous-contacts avec les patients notés au DSI : tableau II.....	14
<b>B. Analyse de contenu des groupes nominaux</b> .....	15
1. Item « éthique » .....	15
2. Item « formation » .....	16
3. Item « recherche de sens ».....	16
4. Item « pratique ».....	17
5. Item « pluridisciplinarité » .....	18
<b>IV. Discussion</b> .....	19
<b>A. Bilan de l'intervention</b> .....	19
1. Biais .....	19
2. Le côté pratique .....	20
3. Motivation et pluridisciplinarité .....	20
4. Les formations .....	21
5. L'éthique.....	22
<b>B. Propositions d'actions à développer</b> .....	22
1. Objectif « motivation ».....	22
2. Objectif « développement du logiciel ».....	23
3. Objectif « formation » .....	23
4. Objectif « des réponses pratiques » .....	24
5. Objectif « sécurité ».....	24
6. Objectif « lobbying ».....	24

<b><i>Bibliographie</i></b> .....	25
<b><i>V. Annexes</i></b> .....	27
<b>A. Résultats des groupes nominaux : tous les verbatims, classés par items</b> .....	27
1. Ethique.....	27
2. Formation .....	28
3. Recherche de sens.....	29
4. Pratique.....	30
5. Pluridisciplinarité .....	33
<b>B. Lettre d’annonce</b> .....	35
<b>C. Texte de réflexion, envoyé avant le groupe nominal</b> .....	37

## Glossaire

Access : gestionnaire de bases de données, partie de la suite bureautique « Office2000® » de Microsoft®.

CIM : Classification des maladies déterminée et éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). Depuis sa première publication (au XIX<sup>e</sup> siècle), la C.I.M. a été régulièrement mise à jour. La dixième révision du manuel (ICD-10 en version anglaise) a été éditée par l'O.M.S. en 1993. Il contient 21 divisions principales (chapitres) et dans chacune, un regroupement hiérarchique des subdivisions (rubriques). La 10<sup>e</sup> révision en langue française date de 1994-96.

Glossaire européen en santé publique <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>  
<http://www.spieao.uhp-nancy.fr/~kohler/CIM10/CIM10Som.htm>

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires. Depuis 1972 le Comité International de Classification de la WONCA (WICC) met au point les instruments nécessaires à la recherche en médecine générale. L'International Classification of Primary Care (ICPC), sa principale création, est disponible en plus de vingt langues. La 2<sup>e</sup> édition en langue française a été publiée en 2000.

M.Jamouille, M.Roland, J.Humbert, JF.Brûlet. (Eds) Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires 2ème version (CISP-2), assorti d'un glossaire de médecine générale, préparé par le Comité International de Classification de la WONCA. Care Edition, Bruxelles, 2000 <http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/index.html>

Contact (rencontre) : Tout échange professionnel entre un patient et un ou plusieurs membres d'une équipe soignante. Un ou plusieurs problèmes ou diagnostics (épisodes) peuvent être identifiés lors d'une rencontre, et constituent autant de sous-contacts. L'analyse des données de consultation doit faire la distinction entre les rencontres et les problèmes présentés.

Glossaire international pour la médecine générale / médecine de famille. [www.wbcispclub.be/glossaire95.htm](http://www.wbcispclub.be/glossaire95.htm)

Donnée : 1 : Fait élémentaire, statistique ou élément d'information.

2 : Représentation (quantitative ou qualitative) d'un événement. La même information, un diagnostic par exemple, peut être représentée sur un papier de deux manières, constituant ainsi deux données : par des lettres de l'alphabet, un « infarctus du myocarde », ou par un code d'une classification, « K75 ».

Glossaire européen en santé publique <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

DSI : Dossier de santé informatisé. Par opposition au « dossier médical » qui est plutôt la propriété des médecins, l'expression « dossier de santé » renvoie au patient qui en est le centre, et à tous les thérapeutes auxquels il s'adresse.

Épisode : Un épisode de soins, tel qu'on l'entend dans la CISP, se définit comme la période qui part de la première présentation d'un problème de santé ou d'une maladie à un producteur de soins jusqu'au dernier contact pour ce même motif. Un épisode nouveau débute avec la première rencontre pour la première manifestation d'une maladie ou pour la récurrence de celle-ci après un intervalle libre asymptomatique. Du côté patient, un épisode s'étend de l'apparition des premiers symptômes jusqu'à leur complète résolution.

Glossaire international pour la médecine générale / médecine de famille. [www.wbcispclub.be/glossaire95.htm](http://www.wbcispclub.be/glossaire95.htm)

Information : Élément de connaissance pouvant être représenté physiquement de différentes manières qui a pour but la conservation, l'analyse ou la communication. Le terme " données " n'est pas un synonyme d'information.

Glossaire européen en santé publique <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

Interdisciplinarité : L'interdisciplinarité concerne le transfert des méthodes d'une discipline à l'autre. L'interdisciplinarité déborde les disciplines mais sa finalité reste inscrite dans la recherche disciplinaire.

Basarab Nicolescu : La transdisciplinarité. Manifeste. Editions du Rocher, Monaco, 1996.

Maison médicale : Association de soins primaires pluridisciplinaire. Les premières sont nées en Belgique au début des années 70, en réaction à l'hospitalocentrisme de l'époque. Elles offrent des soins globaux, intégrés et continus, à partir d'une équipe pluridisciplinaire, réunissant au moins plusieurs médecins «généralistes», une infrastructure de secrétariat et d'accueil, des soins infirmiers, de la kinésithérapie, du service social et une possibilité de recours à un psychothérapeute. Cette pratique proche de la population, cherche à aborder chaque individu dans sa globalité, en intégrant les aspects d'information, de prévention et de soins dans une perspective de promotion de la santé et de santé communautaire. La plupart de ces associations ont choisi un mode de fonctionnement autogestionnaire et non hiérarchique. Fonctionnant par nature en pluri- et interdisciplinarité, elles s'essaient depuis quelques années à la transdisciplinarité.

D'après : A. Perissino, les «associations de santé intégrée». <http://www.maisonmedicale.org/index.php?id=89#top>

Pluridisciplinarité : La pluridisciplinarité concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois. La démarche pluridisciplinaire déborde les disciplines mais sa finalité reste inscrite dans le cadre de la recherche disciplinaire.

Basarab Nicolescu : La transdisciplinarité. Manifeste. Editions du Rocher, Monaco, 1996.

SOAP : Acronyme de *Subjective, Objective, Assessment, Plan* (subjectif, objectif, appréciation, procédures) : les 4 étapes d'une relation d'aide.

Weed LL. 1968

Taxinomie : Classification des problèmes de santé par groupes apparentés de diagnostics.

Glossaire international pour la médecine générale / médecine de famille. [www.wbcispclub.be/glossaire95.htm](http://www.wbcispclub.be/glossaire95.htm)

Transdisciplinarité : La transdisciplinarité concerne, comme le préfixe "trans" l'indique, ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au delà de toute discipline. Sa finalité est la compréhension du monde présent , dont un des impératifs est l'unité de la connaissance.

Basarab Nicolescu : La transdisciplinarité. Manifeste. Editions du Rocher, Monaco, 1996.

## **Résumé**

Introduction : Le dossier de santé informatisé (DSI), utilisé quotidiennement en soins primaires, peut constituer un instrument de récolte de données utilisables localement pour l'amélioration de la qualité des soins et, à une plus grande échelle, une base de données épidémiologiques. Malgré une politique de promotion du DSI de la Fédération des Maisons médicales belges francophones, son utilisation reste très marginale.

Méthodes : Huit maisons médicales motivées par l'informatisation de leur dossier ont été rencontrées. Des indicateurs quantitatifs d'utilisation du DSI ont été mesurés. Une évaluation qualitative des résistances à l'informatisation et des solutions pouvant y être apportées a été réalisée par la technique du groupe nominal.

Résultats : L'utilisation du DSI reste faible, sauf exception. Les solutions proposées ont pu être regroupées en 5 catégories : éthique (confidentialité, relation avec le patient, relation du thérapeute avec la machine), formation (à l'informatique, à la logique classificatoire, formation accessible), recherche de sens (envie d'utiliser les outputs locaux dans des projets d'amélioration de la qualité des soins, comparaison avec d'autres praticiens, encadrement local), pratique (amélioration du logiciel, amélioration de l'organisation interne des équipes, gestion du temps passé à l'encodage des données) et pluridisciplinarité (coordination entre secteurs, effort soutenu par l'ensemble de l'équipe, projets communs).

Discussion : Les praticiens sont prêts à s'informatiser s'ils en retirent des bénéfices immédiats (connaissance de leur patientèle et de leur fonctionnement d'équipe). Ils ont exprimé le besoin de disposer d'un outil simple à utiliser, qui ne leur fasse pas perdre de temps et qui respecte leurs spécificités de travail et d'organisation (équipe pluridisciplinaires et autogérées). Ils ont exprimé le besoin d'un soutien extérieur, sous forme de formations adaptées et d'encadrement pour la gestion des données. Les préoccupations de type éthique (sécurité, transfert de données, place de l'ordinateur dans la relation avec le patient) sont étonnamment peu présentes.

## **Mots-clés**

MeSH : Belgique, Pratique groupe forfait payé d'avance, Informatique médicale, Dossier médical informatisé, Base de données, Conception logiciel, Relation homme ordinateur, Groupe interpair, Terminologie informatique, Recherche qualitative.

Non MeSH : Groupe nominal.

## **I. Introduction**

S'il n'est pas vraiment prouvé que les technologies de l'information permettent d'augmenter le niveau de santé de la population, l'utilisation d'un dossier structuré par patient en soins primaires permet de suivre l'histoire de cette personne dans la durée et théoriquement de concourir à lui fournir les soins les plus adéquats. La base de données épidémiologiques qui peut être tirée de l'agrégation de ces dossiers individuels est considérable et peut être valorisée dans l'intérêt des patients et des professionnels eux-mêmes {1} et constituer la base d'un système d'information sanitaire.

Au niveau européen, le projet Euro-Med-Data (1997-2001) était une étape dans la constitution d'un réseau de partage de données de santé destiné à établir des indicateurs de santé à l'échelle de l'Union. Des données existent à grande échelle pour plusieurs pays, mais ce réseau reste en grande partie à construire {2}. Une part importante des données se trouve inutilisée chez les médecins généralistes. Leur collecte peut s'envisager de façon cohérente si les praticiens « producteurs » y voient eux-mêmes un intérêt.

En Belgique, outre le réseau de médecins vigies et les grandes enquêtes sur la santé des habitants, diverses expériences de recueil de données ont eu lieu depuis juin 1998 au sein de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) : des médecins généralistes volontaires testent un auto-enregistrement de certains aspects des soins (hypertension, diabète,...) dans le but de susciter un intérêt pour leur qualité. La validation du dossier médical informatisé comme outil d'enregistrement n'est toujours pas atteinte dans le dernier rapport {3}, les résultats n'étant pas toujours convergents avec l'enregistrement sur papier. Les problèmes viennent tant des utilisateurs que des logiciels. L'ISP a un projet sur 4 ans {4} pour constituer un réseau de généralistes pouvant fournir des données fiables.

Depuis 2002, le gouvernement fédéral belge soutient activement la structuration et la standardisation des logiciels pour généralistes {5} et kinésithérapeutes, notamment par la codification des pathologies selon la CISP-2 et/ou la CIM-10. Le Service Public Fédéral (SPF) de la Santé Publique remet annuellement un label aux logiciels qui satisfont à ses critères, dont la liste est évolutive.

La Fédération des Maisons médicales francophones (FMM) développe depuis quelques années un dossier de santé informatisé (DSI) pluridisciplinaire qui a satisfait en 2002 et 2003 aux conditions de labellisation du SPF de la Santé Publique. Il est implanté dans 40 équipes francophones et 6 neerlandophones. La motivation des professionnels à

entrer dans une démarche de récolte des informations cliniques des consultations est déterminante pour la pérennité de l'action et la qualité des données.

Mais les praticiens renâclent devant la démarche d'informatisation. Un forum de réflexion a été organisé sur ce thème en décembre 2001 par un groupe de travail dont je faisais partie ; il s'en est suivi une publication dans la revue des Maisons médicales {6}, puis des interventions dans huit équipes wallonnes, à leur demande, pour proposer un canevas de réflexion sur le passage à l'informatique : résistances diverses, objectifs, formations, planification, coûts, etc. La partie clinique du logiciel diffusé par la Fédération a été distribuée gratuitement à toutes les équipes qui avaient déjà acquis son module de facturation des honoraires au forfait. Enfin, des formations à son usage ont été organisées à plusieurs reprises, par secteur professionnel.

Malgré tout cela, l'utilisation du DSI semble rester très faible, et la qualité des quelques données récoltées très insuffisante au regard de ce qui pourrait se faire {7}.

Les objectifs du présent travail sont :

- Mesurer des indicateurs de l'utilisation actuelle du DSI de la FMM.
- Définir, avec la participation des utilisateurs, le contenu d'un programme d'actions pour les Maisons médicales en vue de lever les résistances au recueil de données en soins primaires par le recours au dossier de santé informatisé.

## **II. Méthodes**

### **A. Population cible**

Une rencontre de deux heures sur leur lieu de travail a été proposée aux huit équipes wallonnes (lettre d'annonce : annexe B) qui, à leur demande, avaient bénéficié en 2002-2003 d'actions de promotion de l'utilisation du DSI<sup>1</sup> ; toutes ont accepté. Ces équipes sont financées forfaitairement par les organismes assureurs en échange d'une inscription des patients. La population desservie à une date donnée est connue à l'unité près. De plus, ces équipes ont fait le choix de n'être pas hiérarchisées. Il n'existe pas forcément de structure de direction pouvant ordonner un changement des habitudes de travail, mais des structures participatives de gestion. Toutes disposent de la même version du même logiciel de DSI (PRICARE 3.2.23). Ce logiciel, outre ses fonctions administratives et comptables, enregistre les rencontres avec les patients sous forme de contacts liés à un ou plusieurs

---

<sup>1</sup> Les équipes bruxelloises, regroupées en une fédération autonome, ont pu bénéficier simultanément des mêmes rencontres et formations, mais avec une autre équipe d'animateurs/formateurs.

épisodes. Dans la version utilisée, la classification utilisée est la CISP-1 pour les motifs de rencontre, les procédures et les épisodes.

### **B. Intervention**

L'intervention a consisté d'une part en une mesure quantitative sur leur base de données, juste avant l'entretien, et d'autre part en une évaluation qualitative des freins à l'utilisation du DSI et des solutions pouvant y être apportées. Les rencontres ont eu lieu en mai 2004, et ont été animées par le référent informatique de la FMM et moi-même. Environ une semaine avant le rendez-vous, les équipes ont reçu un courrier introductif destiné à remettre en mémoire à chaque participant ses propres expériences face à l'informatisation en les confrontant à un panel plus large. Onze thèmes de résistances possibles étaient décrits (annexe C), provenant de la littérature et de mon expérience personnelle comme formateur.

La technique du groupe nominal, validée pour l'identification des problèmes et des besoins, et pour la hiérarchisation des solutions {8, 9} a été utilisée. Les membres de l'équipe disponibles le jour de la visite constituaient le groupe nominal : absence de hiérarchie préalable, participants directement concernés par le problème (experts de leur milieu) et intéressés par sa solution. Pour travailler sur une formulation positive des problèmes, la question initiale portait sur les solutions envisagées. Après une courte introduction au double contexte, d'une part de ce mémoire et d'autre part de la suite de la démarche initiée par l'équipe elle-même à propos de l'informatisation du dossier de santé au cours des deux dernières années, la question posée était : « **Comment dépasser les blocages actuels pour valoriser les données que votre DSI peut stocker ?** »

### **C. Mesures quantitatives**

Le nombre de participants ainsi que leur profession ont été notés.

Trois indicateurs quantitatifs d'utilisation du DSI ont été mesurés, rapportés à l'activité globale de l'équipe (contacts de l'année 2003 avec la population desservie) :

1. La proportion des patients vus en 2003 ayant au moins 1 épisode de soins dans leur dossier, traduisant la fréquence minimale d'utilisation du DSI.
2. Le nombre d'épisodes créés par patient durant l'année 2003, par profession, traduisant l'intensité d'utilisation du DSI. Ce 2<sup>e</sup> indicateur essaie d'évaluer la fiabilité de la base de données pour son utilisation épidémiologique éventuelle.

3. La comparaison du nombre de (sous-)contacts notés au DSI (activité clinique enregistrée), avec le nombre d'actes prestés (activité réelle), par secteur professionnel. Cet indicateur essaie d'évaluer la praticabilité d'un encodage systématique des problèmes de santé relevés pendant les consultations. Logiquement, les sous-contacts chez les médecins doivent être plus nombreux que les actes prestés, les patients consultant régulièrement en médecine générale pour plus d'un problème à la fois.

Ces indicateurs ont été préalablement étalonnés dans 4 équipes de référence (nommées plus loin REF1 à REF4), comportant des praticiens connus pour leur investissement depuis des années dans l'informatisation du dossier de santé. Les deux derniers indicateurs ont été confrontés aux mesures de Okkes et al. {10} pour les médecins.

Les mesures ont été réalisées par un ensemble de requêtes *Access* appliquées à la base de données de l'équipe visitée.

#### **D. Analyse qualitative**

Le contenu des discussions et votes en groupe nominal, retranscrit sur tableau pendant la discussion, a servi de base à l'analyse ultérieure du contenu.

***Analyse immédiate*** : Le rang de priorité des verbatims de chaque équipe a été calculé immédiatement par totalisation des points et discuté avec les participants.

***Analyse différée*** : Analyse sémantique du contenu des groupes nominaux : regroupement des verbatims en items, analyse des priorités retenues par les équipes. Corrélation avec les données objectives recueillies dans la base de données.

#### **E. Confidentialité**

Aucune donnée nominative concernant les patients ou les thérapeutes n'a fait l'objet d'une informatisation. Chaque équipe a été identifiée par un numéro qui lui a été communiqué pour pouvoir lire les résultats la concernant en clair.

#### **F. Retour d'information**

La retranscription des entretiens a été envoyée dans les 10 jours à chaque équipe. Le mémoire a été diffusé dès son achèvement en priorité auprès des équipes participantes.

### **III. Résultats**

#### ***A. Indicateurs d'utilisation du DSI :***

##### ***1. Proportion des patients vus en 2003 ayant au moins 1 épisode de soins dans leur dossier : tableau 1***

L'équipe 7 a une fréquence d'utilisation du DSI élevée (96 %). Les équipes 4 et 6, avec 61% et 49%, ont dépassé le stade des essais isolés et sont probablement utilisatrices émergentes. Les autres fréquences d'utilisation, entre 0 et 12 % traduisent une utilisation occasionnelle ou d'utilisateurs isolés dans leur équipe. Aucune équipe n'a déclaré utiliser de programme sélectif d'encodage limité à certaines pathologies ou certains des contacts avec les patients qui puisse expliquer des chiffres artificiellement bas mais néanmoins fiables dans des limites fixées.

##### ***2. Nombre d'épisodes créés par patient durant l'année 2003 : tableau I***

L'intensité d'utilisation varie entre 2,3 et 3,6 nouveaux épisode par patient et par an dans les équipes de référence, soit un peu plus que les mesures de Okkes. Les équipes émergentes sont aussi dans ce standard, et l'équipe 7 le dépasse. Le résultat de l'équipe 1 ne peut être pris en considération vu la fréquence d'utilisation presque nulle.

**Tableau I**

N° équipe	Population desservie par le centre au 31/12/03	Nombre d'épisodes ouverts en 2003	Nombre de patients concernés par ces épisodes	Proportion patients vus qui ont min. un épisode	Nombre d'épisodes / patient encodé	Total contacts 2003
1	2452	8	3	<b>0,12 %</b>	<b>2,67</b>	24192
2	1856	73	59	<b>3,49 %</b>	<b>1,24</b>	12700
3	3850	427	282	<b>7,63 %</b>	<b>1,51</b>	37997
4	1196	1561	574	<b>61,46 %</b>	<b>2,72</b>	7042
5	2163	221	174	<b>9,16 %</b>	<b>1,27</b>	14061
6	953	1263	462	<b>49,04 %</b>	<b>2,73</b>	7310
7	1373	5008	1247	<b>96,37 %</b>	<b>4,02</b>	7516
8	3388	474	363	<b>11,99 %</b>	<b>1,31</b>	22656
REF1	2983	5146	2236	<b>79,07 %</b>	<b>2,30</b>	28191
REF2	778	2264	593	<b>92,08 %</b>	<b>3,82</b>	3780
REF3	1935	3657	1404	<b>78,09 %</b>	<b>2,60</b>	14163
REF4	1087	3456	959	<b>95,52 %</b>	<b>3,60</b>	8426
Okkes					<b>1,3 à 2,5</b>	

### 3. Professions qui encodent des épisodes : figure 1

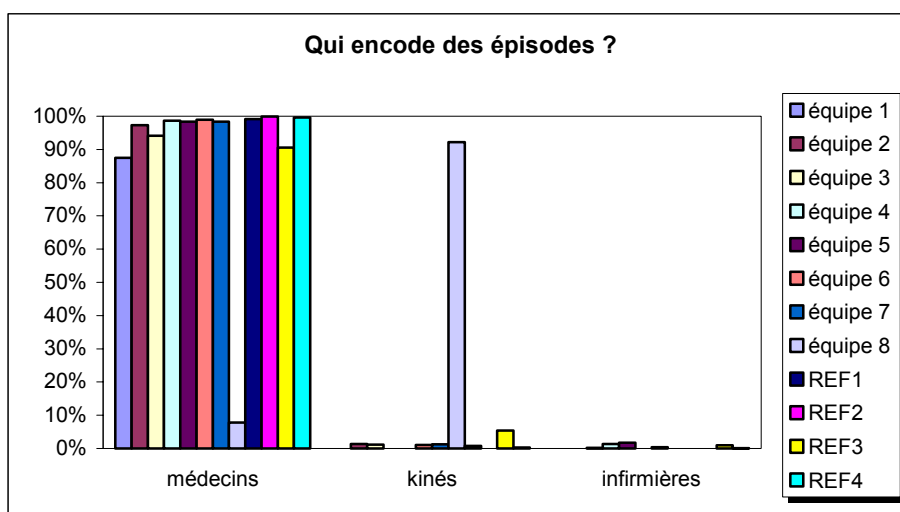


Figure 1

Les épisodes de l'équipe 8 sont presque exclusivement le fait du secteur kiné.

### 4. Proportion de sous-contacts avec les patients notés au DSI : tableau II

Tableau II

N° équipe	Médecins			Kinésithérapeutes			Infirmières		
	Sous-contacts encodés	Actes prestés	Rapport contacts / actes	Sous-contacts encodés	Actes prestés	Rapport contacts / actes	Sous-contacts encodés	Actes prestés	Rapport contacts / actes
1	0	15121	<b>0,00</b>	0	3776	<b>0,00</b>	0	5295	<b>0,00</b>
2	123	9959	<b>0,01</b>	0	1226	<b>0,00</b>	0	1382	<b>0,00</b>
3	57	24234	<b>0,00</b>	12	6519	<b>0,00</b>	0	6813	<b>0,00</b>
4	0	5394	<b>0,00</b>	0	1611	<b>0,00</b>	0	37	<b>0,00</b>
5	62	8893	<b>0,01</b>	1	2686	<b>0,00</b>	5	2392	<b>0,00</b>
6	0	5404	<b>0,00</b>	0	1085	<b>0,00</b>	0	797	<b>0,00</b>
7	11408	5638	<b>2,02</b>	635	1252	<b>0,51</b>	197	626	<b>0,31</b>
8	883	14598	<b>0,06</b>	3945	4411	<b>0,89</b>	0	3005	<b>0,00</b>
REF1	10507	17595	<b>0,60</b>	2205	6182	<b>0,36</b>	0	4414	<b>0,00</b>
REF2	5534	3020	<b>1,83</b>	5	582	<b>0,01</b>	1	178	<b>0,01</b>
REF3	10890	8299	<b>1,31</b>	4313	3251	<b>1,33</b>	731	1515	<b>0,48</b>
REF4	13238	4938	<b>2,68</b>	620	1662	<b>0,37</b>	1534	1826	<b>0,84</b>
Okkes			<b>1,1 à 1,7</b>						

Seule l'équipe 7 utilise le DSI pour noter les consultations, dans tous les secteurs. Le comportement des praticiens des équipes de référence est assez hétérogène, surtout chez les paramédicaux. Une partie des médecins utilisateurs enregistrent plus de pathologies que dans les mesures de Okkes et al.

## **B. Analyse de contenu des groupes nominaux**

Nous avons rencontré 57 praticiens, dont 24 médecins, 12 accueillant(e)s, 6 kinésithérapeutes, 6 administratifs, 5 infirmier(e)s, 2 psychologues et 2 assistantes sociales ; de 3 à 9 personnes étaient présentes par rencontre.

178 verbatims différents ont été produits par les 8 groupes après l'étape de clarification, dont 119 (67 %) ont recueilli au moins un point lors du vote préliminaire. Le consensus obtenu après cette étape a chaque fois été jugé suffisant par les participants, et aucune équipe n'a éprouvé le besoin d'un second vote après l'étape de discussion. Les verbatims ont été classés en 5 catégories d'items : tableau III et annexe A.

**Tableau III**

<b>N° équipe</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Proportion de verbatims	Ethique	0,0%	4,5%	29,2%	12,5%	4,2%	0,0%	5,0%	3,4%
	Formation	30,8%	9,1%	12,5%	12,5%	12,5%	4,5%	5,0%	17,2%
	Recherche de sens	23,1%	22,7%	33,3%	4,2%	41,7%	45,5%	30,0%	20,7%
	Pratique	30,8%	40,9%	20,8%	58,3%	29,2%	40,9%	45,0%	51,7%
	Pluridisciplinarité	15,4%	22,7%	4,2%	12,5%	12,5%	9,1%	15,0%	6,9%

Les solutions proposées se répartissent différemment selon les équipes. Si l'équipe 3 est très désireuse de protections éthiques, elle est, par contre, très isolée dans ce genre de demande. Le besoin de formation est présent partout, mais est exprimé surtout par l'équipe 1, qui n'utilise pratiquement pas le DSI. Par contre, l'équipe 7, grande utilisatrice du DSI, semble n'en avoir plus besoin. L'item « recherche de sens » est particulièrement important dans les équipes 5 et 6, particulièrement faible dans l'équipe 4. Toutes les équipes ont de nombreuses demandes de type pratique, même celles qui n'ont aucune expérience réelle de l'informatique ; ce besoin est particulièrement important dans l'équipe 4 (utilisatrice émergente) et dans l'équipe 8 (non utilisatrice). L'équipe 2 est la plus demandeuse de solutions favorisant la pluridisciplinarité.

### ***1. Item « éthique »***

14 verbatims, dont 7 produits par la seule équipe 3, traitent :

- de la confidentialité et de la sécurité des données à garantir (6 verbatims, 4 votes).
- de la relation soignant / patient à préserver (4 verbatims, 2 votes).
- de la difficile relation des thérapeutes avec l'informatique médicale (4 verbatims, 3 votes).

9 verbatims sur 14 (64%) ont fait l'objet d'un vote, avec des priorités plutôt basses (fig. 2).

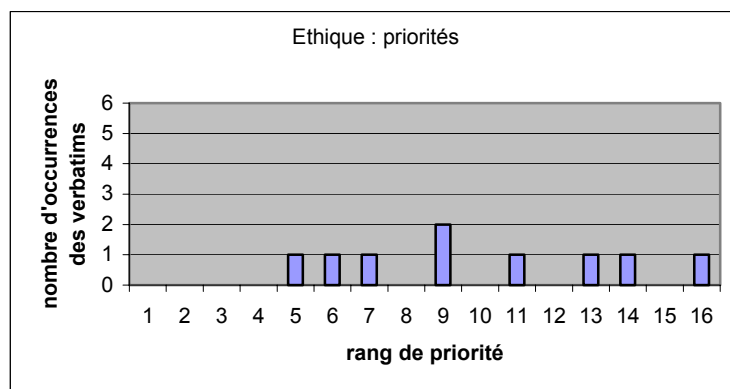


Figure 2

## 2. Item « formation »

21 verbatims exprimaient des souhaits:

- de formation de base à l'informatique : 9 verbatims, 7 votes.
- de formation à la logique de pensée (supposée ou réelle) des dossiers informatisés : 6 verbatims, 5 votes.
- sur l'organisation pratique de ces formations : sur place, ludique, continue. (6 verbatims, 6 votes).

18 verbatims sur 22 ont fait l'objet d'un vote (82 %), avec un niveau de priorité moyen (figure 3).

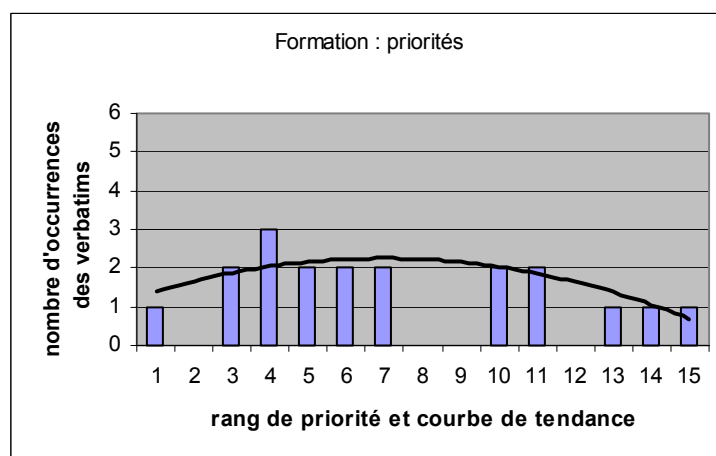


Figure 3

## 3. Item « recherche de sens »

49 verbatims ont concerné :

- les *ouputs* : *output* local, statistiques, tableau de bord : 14 verbatims, 12 votes.
- l'envie d'utiliser ces *ouputs* dans des projets visant à augmenter la qualité des soins (projets ciblés) : 13 verbatims, 7 votes.

- le partage éventuel de données soit dans l'équipe, soit dans un cadre plus large, essentiellement dans un but de comparaison avec d'autres praticiens ou d'actions communes ; l'utilisation épidémiologique nationale est citée une seule fois : 7 verbatims, 3 votes.
  - les formations spécifiques à acquérir pour atteindre ces objectifs : 7 verbatims, 6 votes.
  - la nécessité d'un encadrement au sein de l'équipe (personne de référence) : 2 verbatims, 2 votes.
  - la motivation de façon plus générale : échanges avec des utilisateurs contents, explication du sens de l'épidémiologie, de la santé publique : 6 verbatims, 2 votes.
- 32 verbatims sur 49 ont fait l'objet d'un vote (65 %), avec un rang de priorité dans la moyenne haute (fig. 4).

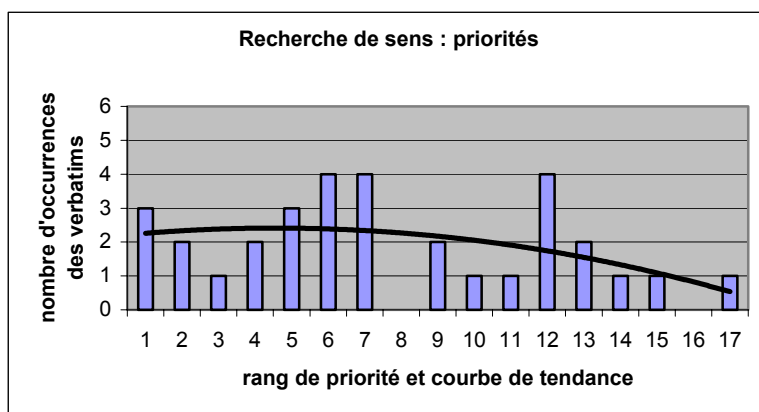


Figure 4

#### 4. Item « pratique »

72 verbatims ont été rassemblés, une moitié ayant trait à l'amélioration du logiciel :

- 25 verbatims (18 votes) pour le développement du logiciel , et plus particulièrement la bureautique, l'utilisation du logiciel en visite à domicile, l'adaptation à la spécificité des secteurs, la représentativité de l'équipe auprès du développeur du logiciel, l'augmentation des termes de recherche.
- 11 verbatims (10 votes) pour la convivialité du logiciel, sa simplicité d'utilisation.

L'autre moitié concernait :

- des solutions liées à l'organisation interne, et en particulier qualité et disponibilité du matériel, choix clair entre le dossier papier et le DSI, compétence et intérêt informatique dans les critères d'engagement du personnel, présence d'un coordinateur informatique compétent dans l'équipe (22 verbatims, 7 votes).

- le temps lié à l'utilisation de l'ordinateur pour la saisie des données de consultation, actuelles et passées, ou pour se former à l'utiliser : 14 verbatims, 10 votes.
- 45 verbatims sur 72 ont fait l'objet d'un vote (62 %), avec un degré de priorité moyen à élevé (figure 5).

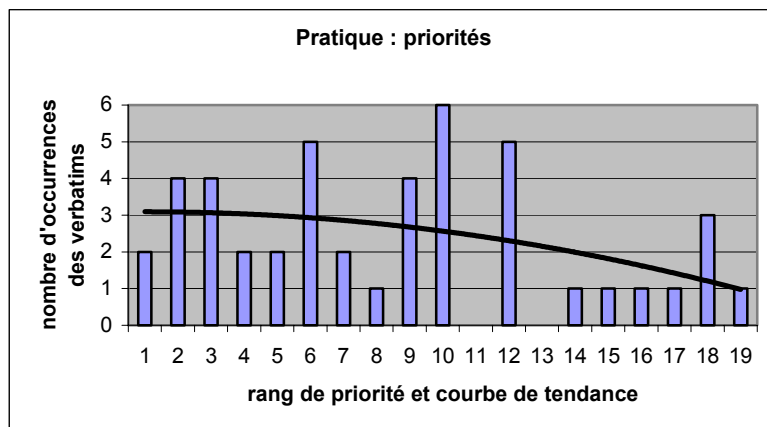


Figure 5

### 5. Item « pluridisciplinarité »

21 verbatims ont été émis. Les propositions allaient vers :

- une meilleure coordination entre les secteurs professionnels, essentiellement pour déterminer qui encode quoi : 11 verbatims, 6 votes.
- un travail dans lequel chacun se sente soutenu par l'effort collectif : 8 verbatims, 7 votes.
- la réalisation de projets : 2 verbatims, 2 votes.

15 verbatims sur 21 ont fait l'objet d'un vote (71 %), avec une priorité élevée (figure 6).

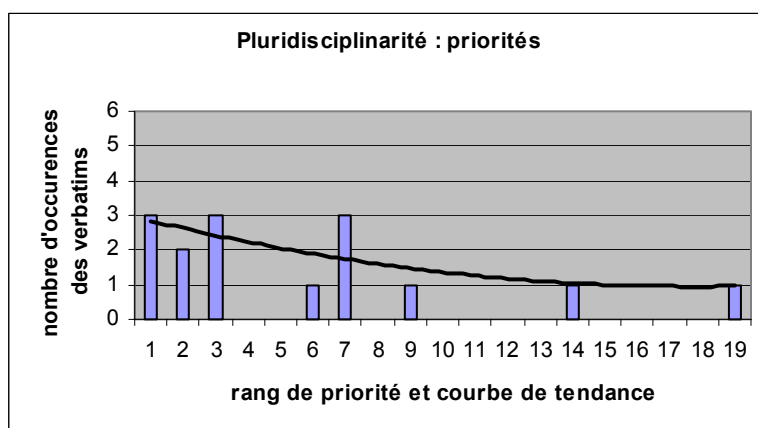


Figure 6

## **IV. Discussion**

Le recueil de données dans un but épidémiologique régional est un objectif accessible à quelques équipes à court terme. Il reste à en valider la qualité de façon plus précise.

Une utilisation locale des données de consultation dans le but d'améliorer la qualité des soins est un objectif qui doit tendre vers une généralisation. Les solutions pratiques imaginées dans les équipes rencontrées peuvent constituer la base d'un programme d'actions, à initier par exemple par la Fédération des Maisons médicales.

### **A. Bilan de l'intervention**

Les mesures quantitatives sur les bases de données des équipes visitées ont confirmé la faible utilisation du DSI dans la plupart d'entre elles, mais pas dans toutes. La situation réelle est moins catastrophique que celle imaginée. Une équipe s'est hissée au même niveau quantitatif que celles retenues comme références, et que les données de la littérature {10}, avec un encodage des données de consultations qui semble systématique dans tous les secteurs : une utilisation pluridisciplinaire est donc possible. Deux autres ont franchi le premier pas vers une informatisation de leurs données, sans être encore au stade où les données de consultation sont encodées systématiquement. Pour les cinq autres équipes, pourtant motivées par le problème, la situation est donc bien bloquée quelque part dans le processus, et la démarche de ce travail trouve sa justification. Les résistances identifiées se retrouvent dans la littérature consacrée au milieu hospitalier ou aux généralistes, mais certains aspects n'ont pas été exprimés : fiabilité des supports, interopérabilité des systèmes, manque de mouvement d'ensemble pouvant supporter les individus.

#### ***1. Biais***

Ces équipes constituent un ensemble assez hétérogène quant aux solutions qu'elles envisagent et au degré de priorité qu'elles leur accordent. De plus, cet échantillon de petite taille ne comportait que des équipes motivées par l'informatisation. Les résultats collectés doivent être considérés comme un reflet qualitatif des blocages. Même si leur présentation a comptabilisé soigneusement tous les verbatims, toute interprétation quantitative doit être envisagée avec prudence. Par contre, pour chaque équipe prise individuellement, le groupe nominal a fourni des solutions et un ordre de priorité valables.

La mesure des indicateurs quantitatifs dans les équipes prises comme références a révélé des différences de comportement entre praticiens : les taux d'utilisation du DSI en consultation et l'utilisation pluridisciplinaire effective sont assez variables. Il ne s'agit donc pas d'une vraie référence, mais d'une base de comparaison.

## ***2. Le côté pratique***

Le très grand nombre de demandes d'amélioration du logiciel traduit une certaine exaspération des utilisateurs. Les demandes des utilisateurs sont parfois en attente depuis des années. Cet aspect était le mieux connu des résistances, parce qu'il s'exprimait régulièrement ; il est confirmé. Dans le contexte des Maisons médicales où règne le quasi monopole de fait<sup>2</sup> d'un logiciel, il paraît illusoire de poursuivre un programme d'informatisation sans répondre rapidement aux nombreux souhaits d'amélioration.

La peur de perdre du temps à cause de l'informatique est très présente, surtout dans la saisie des informations, et dans une moindre mesure en formation. Personne ne semble imaginer que pour certaines opérations au moins, l'informatique permette de gagner du temps ou d'augmenter le confort de travail : impression des ordonnances et modèles de documents divers, alarmes thérapeutiques, gestion de dossiers complexes ou volumineux, filtres divers sur la vue de l'histoire d'un patient. Il y a là pourtant des avantages couramment reconnus.

## ***3. Motivation et pluridisciplinarité***

Deux points marquent l'originalité des Maisons médicales : une forte motivation à utiliser les données pour des projets d'amélioration de la qualité des soins et le caractère pluridisciplinaire des solutions à apporter.

Si les thérapeutes imaginent difficilement un avantage en consultation, il existe une demande pour voir ce qui peut « sortir » des ordinateurs pour apprendre des choses de la patientèle desservie ou du fonctionnement de l'équipe. Beaucoup ont souhaité des formations techniques. Quelques uns ont souligné l'importance de se former aussi aux méthodes de la santé publique et de la conduite de projets, ce qui est pertinent. Le lien avec l'assurance de qualité, telle qu'elle s'est développée à la FMM depuis plusieurs années est évident, mais la situation actuelle semble résulter d'une promotion de la culture du projet, sans promotion de la culture de l'outil permettant de le réaliser. Ceci renforce l'importance de la rétroaction locale pour la qualité des données récoltées {2}.

---

<sup>2</sup> grâce au module de facturation des honoraires au forfait, unique en son genre.

L'organisation interne des équipes a été reconnue comme un des freins. Une des particularités des maisons médicales est le mode de fonctionnement autogestionnaire qui peut augmenter le nombre de responsables à convaincre du bien-fondé du changement. « *Il semble globalement que l'autogestion apporte de grandes satisfactions aux travailleurs et dans un même temps des frustrations occasionnées par un manque d'efficacité, un manque de désignation claire des lieux de décision...* » {11}. Si les décideurs sont multiples, les bénéficiaires du changement doivent également être multiples, et clairement identifiés par tous.

Le souhait d'un partage de données local, avec un logiciel trop orienté vers la logique purement médicale génère des frustrations chez les paramédicaux. Dans ces équipes pluridisciplinaires autogérées, le souhait légitime de partage du savoir et de l'information suppose que l'effort d'informatisation soit réparti sur tous (6 équipes sur 8 ont insisté sur ce point) et profite à tous. On le voit, l'enjeu dépasse le fait d'avoir un langage et des objectifs communs {12} comme ceux des réseaux libéraux de soins coordonnés à domicile {13}.

Le partage de données se heurte aux différences entre les membres : différences face à la technique, face à la motivation, face au temps disponible,... L'envie exprimée d'avancer tous ensemble suppose que les objectifs et les moyens à mobiliser soient connus de tous, et estimés au plus près. La formalisation et l'organisation de la prise de parole dans les groupes nominaux a créé des surprises parmi les participants tellement les scores étaient tranchés, avec des alliances ou mésalliances inattendues.

#### **4. Les formations**

Les équipes ont bien identifié leurs besoins en formations, d'abord à l'informatique de base, ensuite à la logique de l'informatique médicale. Ce second besoin est sans doute renforcé par le fait que le logiciel utilisé est depuis ses premières versions très structuré et structurant : utilisation de la logique SOAP en consultation, orientation problème et utilisation obligatoire d'une classification internationale des motifs de rencontre, maladies et procédures (CISP). Ces caractéristiques vont un peu à l'encontre des souhaits de facilité d'utilisation, et d'ailleurs la plupart des logiciels commerciaux en vente jusqu'à l'année dernière favorisaient plutôt le confort de l'utilisateur aux dépens de la rigueur ; cependant, pour exigeantes qu'elles paraissent, elles sont en passe de devenir la norme, sous l'impulsion du processus de labellisation des logiciels médicaux initié en 2002 par le SPF de la Santé {5}. Le souhait de formations pour exploiter les données renforce le besoin d'une information structurée et codifiée. D'ailleurs, les réticences à l'utilisation des

classifications, trouvées dans mon expérience {6, 14} comme dans la littérature {15}, n'ont plus été exprimées dans les groupes nominaux.

## **5. L'éthique**

Enfin, les préoccupations éthiques ont été reléguées à des niveaux de priorité bas. Ceci peut à la rigueur s'expliquer par la mise en avant de priorités plus urgentes. Mais elles ont aussi été très peu nombreuses et fort absentes du débat, sauf dans une équipe où la relation homme / machine semble problématique et génératrice de peur ou de conflit.

En matière de sécurité des données, la moitié des équipes semble n'avoir aucune préoccupation : soit elles font une totale confiance aux protections existantes, soit elles n'imaginent pas du tout l'utilisation frauduleuse possible de leurs données, ce qui dans les deux cas est inquiétant. Les failles de sécurité sont potentiellement plus importantes dans un réseau plus grand {16}.

La place accordée à l'ordinateur dans la relation soignant / soigné entre peu dans les préoccupations actuelles. Une seule équipe encode les données de consultation, et n'aborde pas ce problème ; peut-être celui-ci s'est-il totalement résolu avec l'expérience, comme remarqué dans l'enquête de 2000 du CreDES {17}. Les équipes qui n'encodent que les épisodes de soins, ou qui n'ont pas d'utilisation régulière de l'ordinateur en consultation ne sont pas confrontées au problème. Peut-être n'y a-t-il de problème que dans la tête des soignants {18} ? Pour certaines équipes, une enquête locale sur la place de l'informatique dans la relation avec les patients pourrait dissiper d'éventuelles craintes {19, 15}.

La question des conditions du transfert de données à des tiers pour une utilisation épidémiologique n'a pas été évoquée.

### **B. Propositions d'actions à développer**

Si les objectifs sont en partie partagés, les besoins des équipes à un moment donné peuvent se différencier assez nettement. L'idéal est de créer les conditions d'un accompagnement individualisé dans un mouvement d'ensemble.

#### **1. Objectif « motivation »**

L'amélioration de la qualité des soins et la récolte de données épidémiologiques sont deux objectifs distincts, mais complémentaires. La FMM, intéressée par les deux, devrait participer de façon visible et concrète à l'impulsion et au soutien du programme.

Malgré un logiciel jugé souvent d'un accès difficile, des équipes utilisent déjà le DSI et traitent leurs données. Une information diffusée largement doit permettre de

montrer les résultats obtenus et leur impact sur la pratique : tableau de bord d'activité, projets d'amélioration de la qualité finalisés, gains de temps. Les difficultés, les efforts consentis, les solutions trouvées pour y arriver doivent également être présentés : répercussions sur la relation avec le patient, temps passé à l'encodage des consultations, à l'analyse des données, en formations. La communication doit mettre en avant des utilisateurs courants plutôt que les gens connus pour promouvoir habituellement les solutions informatiques.

Il est sans doute illusoire de croire que toutes les équipes aient l'envie et les moyens de traiter elles-mêmes les données issues de leur pratique. Pour elles, une structure d'appui doit pouvoir être rendue opérationnelle, de façon à pouvoir proposer des ensembles de requêtes répondant aux questions les plus fréquentes et effectuer si nécessaire le traitement des données, conseiller sur la pertinence de récolte de tel ou tel paramètre ou indicateur.

## ***2. Objectif « développement du logiciel »***

L'outil de travail doit ressembler à la structure du noyau humain qui l'utilise : pluriel dans ses spécificités professionnelles et ses compétences face à la technique informatique. Il doit donc proposer des interfaces propres aux professions paramédicales, structurées autour du noyau central du dossier qu'est la liste des épisodes du patient, et être amélioré vers plus de fonctionnalités pratiques, une légèreté de l'utilisation et une transparence du codage. Les thérapeutes doivent apprendre à structurer quelque peu leur pensée, mais l'ordinateur doit être amélioré dans ses interfaces de dialogue avec les humains, sous peine de créer une allergie viscérale aux machines {20}. Cette partie du travail incombe au développeur du logiciel.

Pour y arriver, les utilisateurs doivent être associés de plus près aux différentes phases du développement. La FMM doit assumer son rôle de défense de ses membres.

## ***3. Objectif « formation »***

Il n'entre pas dans les compétences de la FMM de proposer une formation de base à l'informatique, mais il est important de pouvoir renseigner les organismes qui s'en chargent dans chaque région, la fréquence et la durée des formations, et leur coût.

Les formations à l'utilisation du logiciel et aux techniques d'extraction des données (base de données Access) organisées depuis 2 ans par la fédération n'ont atteint que très partiellement leur objectif. Il est nécessaire de revoir leur organisation et de les évaluer comme un projet autonome. Les formateurs doivent se rapprocher des besoins et

demandes (même non exprimés) des utilisateurs, les rencontrer sur leur terrain comme nous l'avons fait, dans une démarche quasi anthropologique. Les avis des praticiens valent bien les revues de la littérature. Un espace peut être réservé à l'expression et à la discussion autour des échecs rencontrés par les participants, méfiants face aux éternelles promesses d'un futur radieux {21}. Les définitions même de « succès » ou d' « échec » peuvent prêter à controverses. Leur présentation en groupe peut amener des pistes de solutions pour d'autres {22}.

La participation assez faible des jeunes médecins dans notre échantillon indique peut-être un manque de formation pendant les études : exercices de structuration de l'information et démonstration de son utilité. Ce besoin a aussi été trouvé dans la littérature anglo-saxonne, où il est assumé {23}, et francophone, où il est à l'état de souhait {24}.

#### ***4. Objectif « des réponses pratiques »***

Un audit de la situation de chaque équipe avant l'informatisation serait utile : connaissances, attitudes et pratiques des membres, matériel, objectifs poursuivis, temps de mise en œuvre et budget disponibles. Les choix pourraient être faits clairement, et l'étape suivante de planification du changement en découlerait naturellement. Cette étape peut s'inspirer de programmes existants {25}, et la FMM pourrait en fournir le cadre. La suite logique consiste à fournir le support permettant de résoudre les problèmes identifiés.

#### ***5. Objectif « sécurité »***

Les principes de sécurité des bases de données informatisées (sauvegarde, protection contre les intrusions indésirables, sécurité des transferts) sont différents de ceux applicables à une pièce où des dossiers manuscrits sont centralisés {26}. Une information sur les stratégies de sécurité, sur les procédures et les exigences légales, est d'autant plus indispensable que la demande est faible.

#### ***6. Objectif « lobbying »***

Les efforts britanniques ou néerlandais consentis dès les années 80 en collaboration avec les organisations professionnelles {27, 28, 29} ont abouti à des projets de grande envergure qui favorisent la collecte de données en soins primaires et son feed-back vers les praticiens {30, 31}. La situation belge est bien moins favorable, mais évolue actuellement dans le bon sens {5}. Un lobbying efficace pourrait peut-être amplifier cette tendance.

## **Bibliographie**

1. Lamberts H, Mennerat F, Okkes I. **Dossier de patient structure en épisodes et analyse des données en médecine générale 1. La réalité aux Pays-Bas.** In Venot A, Falcoff H. **L'Informatisation du Cabinet Médical du Futur**, Volume 11. Paris, Springer-Verlag France, 1999 <http://www.hbroussais.fr/Broussais/InforMed/InforSante/Volume11/11-20.html> consulté le 09/02/2004.
2. Lagasse R, Desmet M, Jamouille M, et al. **European situation of the routine data collection and their utilisation for health monitoring. Euro-Med-Data. Final report.** Bruxelles:Ecole de santé publique, Université libre de Bruxelles. Déc. 2001. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/1999/monitoring/fp\\_monitoring\\_1999\\_frep\\_07\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1999/monitoring/fp_monitoring_1999_frep_07_en.pdf) p. 152, consulté le 09/02/2004.
3. Vandenberghe H, Bastiaens H, Jonckheer P et al. **Amélioration de la qualité en médecine générale sur base d'enregistrements de données de consultation: diabète de type 2 et hypertension artérielle - Rapport final.** Bruxelles:Institut Scientifique de la Santé Publique, juin 2003:IPH/EPI REPORTS N° 2003 – 09, p 62-65 [http://www.iph.fgov.be/epidemiology/epifir/qualityfr/quality02\\_fr.pdf](http://www.iph.fgov.be/epidemiology/epifir/qualityfr/quality02_fr.pdf) consulté le 30/12/03.
4. Declerck E. **ResoPrim, réseau expérimental en soins de santé primaires.** Bruxelles:document public du SPF de Programmation de la Politique Scientifique 9/12/03.
5. Groupe de travail EMDMI. **Dossier médical informatisé.** Bruxelles:SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2003. <http://www.health.fgov.be/EMDMI/> Consulté le 10/02/04.
6. Prévost M, Della Giustina V, Gosselain Y, Laperche J, Legrève C, Roland M, Vanmeerbeek M. **Gestion de l'information dans les pratiques de soins intégrés.** Santé conjugquée 2002.19:5-11.
7. Vanmeerbeek M, Berquin E. **Le recueil systématique de données dans le dossier médical informatisé comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique.** Non publié.
8. Delbecq AL, Van de Ven AH. **A group process model for problem identification and program planning.** Journal of Applied Behavioral Sciences, 1975.7:466-480.
9. Pineault R, Daveluy C. **La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies.** Montréal:Les Editions Agence d'Arc,1986:236-240.
10. Okkes IM et al. **The role of family practice in different health care systems: a comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States.** J Fam Pract. 2002.51(Jan):72-3. [http://www.jfponline.com/content/2002/01/jfp\\_0102\\_00072.asp](http://www.jfponline.com/content/2002/01/jfp_0102_00072.asp) consulté le 07/05/2004.
11. Ladavid C. **Le système « autogestionnaire » en maisons médicales : analyse de cas.** Santé conjugquée, 2004.28(avril):13.
12. **Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile. Perspectives d'avenir et informatisation.** ANAES, guides méthodologiques, juin 1997. [http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&](http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y& p. 32-33.) p. 32-33. consulté le 10/02/2004.
13. Latignies O, Brohée A, Lamy D, Ronneau S, Devroye V, Minguet C, Sépulchre C, Dendeau B, Guerez J-P, Saliez E, Roland M, De Jonghe M, Vanmeerbeek M, Berquin , Formato V, Jamouille M. **Le projet CRISNET, outil open source pour le dossier médical partagé en réseau.** Communication au sixième atelier du CISP-Club. Mons, Belgique, 24-26 octobre 2003. <http://www.wbcispclub.be/crisnet.html> consulté le10/02/2004.
14. Havelange C. **La trace, construction d'un récit.** Santé conjugquée, 2002.19:12-13. Transcription de V. Della Giustina.
15. de Lusignan S, Wells SE, Hague NJ, Thiru K. **Managers see the problems associated with coding clinical data as a technical issue whilst clinicians also see cultural barriers.** Methods Inf Med., 2003.42(4):416-22. <http://www.schattauer.com/zs/methods/artikel.asp?path=/zs/methods/2003/4/&nummer=me03040416> consulté le 08/08/2004.

16. Benson T. **Why general practitioners use computers and hospital doctors do not-Part 2: scalability.** BMJ, 2002.325:1090-1093  
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/325/7372/1090> consulté le 09/02/2004.
17. Dourgnon P., Grandfils N., Sourty-Le Guellec M.-J., Zimina M. **L'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale.** Paris:Credes 2000. Etude Formmel.  
<http://www.credes.fr/Formmel/rapport.pdf> , p. 37, consulté le 09/02/2004. Résumé disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum26.pdf> consulté le 08/08/2004.
18. Garrison GM, Bernard ME, Rasmussen NH. **21st-century health care: the effect of computer use by physicians on patient satisfaction at a family medicine clinic.** Fam Med., 2002.34(5):362-8.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12038718&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12038718&dopt=Abstract) consulté le 10/02/2004.
19. Watkins C, Harvey I, Langley C, Faulkner A, Gray S. **General practitioners' use of computers during the consultation.** Br J Gen Pract., 1999.49(442):381-3.  
<http://ceres.ingentaselect.com/vl=12420580/cl=33/nw=1/rpsv/cw/rcgp/09601643/v49n442/s11/p381> consulté le 29/04/2004.
20. Asimov I. **Les cavernes d'acier**, Hachette, 1956.
21. Sittig Dean F et al. **Techniques for Identifying the Applicability of New Information. Management Technologies in the Clinical Setting:An Example Focusing on Handheld Computers.** Proc AMIA Symp. 2000:804-8.  
<http://www.amia.org/pubs/symposia/D200917.PDF> consulté le 10/02/2004.
22. Stavri PZ, Ash JS. **Does failure breed success : narrative analysis of stories about computerized provider order entry.** Int J Med Inf., 2003.72(1-3):9-15.
23. Liaw ST, Marty JJ. **Learning to consult with computers.** Med Educ., 2001.35(7):645-51.  
<http://www.blackwell-synergy.com/openurl?genre=article&sid=nlm.pubmed&issn=0308-0110&date=2001&volume=35&issue=7&spage=645> consulté le 09/02/2004.
24. Jamouille M, Roland M, Mennerat F, Humbert J. **Origine de la CISP et mise en application actuelle dans les pays Francophones.** In Venot A, Falcoff H: **L'Informatisation du Cabinet Médical du Futur**, Volume 11. Paris, Springer-Verlag France, 1999.  
<http://www.hbroussais.fr/Broussais/InforMed/InforSante/Volume11/11-19.html> sous 3.3, consulté le 10/2/2004.
25. Carrupt M. **Nouvelles technologies : conditions de réussite d'implantation dans le secteur de la santé.** [http://www.cmhc.ch/formation/projet\\_informatique.pdf](http://www.cmhc.ch/formation/projet_informatique.pdf) p.5-9 consulté le 08/08/2004.
26. Anderson R. **NHS-wide networking and patient confidentiality.** BMJ, 1995.311:5-6 Editorials.  
[http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/311/6996/5?ijkey=83a59ef46f9e3f778be611fd019ac5b280ffda96&keytype2=tf\\_ipsecsha](http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/311/6996/5?ijkey=83a59ef46f9e3f778be611fd019ac5b280ffda96&keytype2=tf_ipsecsha) consulté le 10/02/2004.
27. Benson T. **Why general practitioners use computers and hospital doctors do not-Part 1: incentives.** BMJ, 2002.325:1086-1089  
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/325/7372/1086> consulté le 09/02/2004.
28. Royal College of General Practitioners.. **General practice computerisation.** London: RCGP, 2000:RCGP information sheet October 2000 No7.  
<http://www.rcgp.org.uk/rcgp/information/publications/information/rcf0007/Rcf0007d.asp> consulté le 09/02/04.
29. van der Lei J, Duisterhout JS, Westerhof HP, et al. **The introduction of computer-based patient records in The Netherlands.** Ann Intern Med., 1993.15;119(10):1036-41  
<http://www.annals.org/cgi/content/full/119/10/1036> consulté le 10/02/2004.
30. **Primis. Data quality analysis service.** The University of Nottingham.  
[http://www.primis.nottingham.ac.uk/pages/Data\\_Quality\\_Analysis.asp?om=m2](http://www.primis.nottingham.ac.uk/pages/Data_Quality_Analysis.asp?om=m2) consulté le 09/02/2004.
31. <http://www.linh.nl/> consulté le 10/08/2004.

## V. Annexes

### A. Résultats des groupes nominaux : tous les verbatims, classés par items.

Tous les verbatims produits par les équipes après l'étape de clarification du groupe nominal sont regroupés ici, classés par items. Les numéros des 2 colonnes de gauche permettent de les identifier individuellement, par équipe, et à l'intérieur de chaque équipe. Les chiffres des 3 colonnes de droite permettent de voir, verbatim par verbatim, le score total obtenu lors du vote sur les priorités (chaque votant pouvait accorder de 1 à 5 points à 5 verbatims maximum), le nombre de votants sur ce verbatim dans l'équipe (fréquence), et le degré de priorité obtenu dans l'équipe au terme du vote (la priorité 1 étant celle qui a recueilli le plus de points).

#### 1. Ethique

N° équipe	N° verbatim	Verbatims de type « éthique »	Score	Fréquence	Priorité
2	14	Informers les patients de l'encodage pendant les consultations			
3	9	Garantie du secret médical vis-à-vis de l'extérieur	7	2	5
3	11	Garantir que la machine ne remplace pas le travailleur	4	1	9
3	21	Retrouver le contact avec les personnes	4	1	9
3	22	Arrêter de vouloir dépasser les blocages	1	1	16
3	29	Ne pas obliger à terminer la consultation par un diagnostic	2	1	14
3	30	Permettre diagnostic "?" ou "!"			
3	28	Clés d'accès au logiciel différenciées à l'intérieur de l'équipe	3	1	13
4	15	Augmenter la sécurité des données	5	2	7
4	16	Préserver la confidentialité			
4	17	Travailler l'acceptation des patients			
5	20	excellence de la confidentialité			
7	19	Définir strictement l'utilisation des données : confidentialité, transparence, éthique	6	2	6
8	5	Travail sur les représentations de l'utilisation de l'informatique dans la relation patient / thérapeute	4	1	11

Confidentialité et sécurité des données : 3-28, 3-9, 4-15, 4-16, 5-20, 7-19.

Relation soignant / patient : 2-14, 3-21, 4-17, 8-5.

Relation des thérapeutes avec l'informatique médicale : 3-11, 3-22, 3-29, 3-30.

## 2. Formation

N° Equipe	N° verbatim	Verbatims de type « formation »	Score	Fréquence	Priorité
1	1	Formation sur place au DSI	10	3	1
1	4	Faire des essais pour dépasser la peur de l'ordinateur	4	1	6
1	8	Entraînement à la structuration sans ordinateur	5	2	3
1	13	Formation à l'informatique	5	1	3
2	15	Temps pour remise à niveau pratique de tous les travailleurs	12	5	5
2	16	Apprendre l'encodage des actes en temps réel	3	1	11
3	16	Apprentissage digeste, ludique	2	1	14
3	26	Formation systématique (donc pas "sur le tas") de base à l'informatique pour tous			
3	27	Formation adaptée aux besoins de chaque secteur	6	2	7
4	2	Temps de formation	4	1	10
4	4	Formation utilisation informatique de base	5	1	7
4	27	Formations au logiciel reconnues et financées par ceux qui les suivent	8	2	4
5	15	Faciliter la formation spontanée	5	2	10
5	16	Moyen amusant pour changer la structure de pensée (structuration, codification)	3	2	15
5	21	Exiger une formation minimum	8	2	5
6	25	Formation basique à l'informatique	8	2	4
7	7	Formation systématique au logiciel et à la logique classificatoire	14	4	4
8	13	Formation poussée aux codes CISP			
8	18	Soutien et supervision	5	3	6
8	22	Trucs pour apprendre des automatismes			
8	29	Recyclage, formation continue	3	3	13
8	33	Remise à niveau pour tous	4	1	11

Formation de base à l'informatique : 1-4, 1-13, 2-15, 3-26, 4-4, 5-21, 6-25, 8-22, 8-33.

Formation à la logique de pensée des dossiers informatisés : 1-8, 2-16, 4-27, 5-16, 7-7, 8-13.

Organisation pratique des formations : 1-1, 3-16, 3-27, 5-15, 8-18, 8-29.

### 3. Recherche de sens

N° équipe	N° verbatim	Verbatims de type "recherche de sens"	Scores	Fréquence	Priorité
1	2	Continuer ce qui existe en matière d'exploitation	2	1	9
1	10	Evaluation de l'utilisation			
1	11	Encodage ciblé d'un groupe de patients dans le cadre d'un projet	6	2	2
2	5	Objectif d'utilisation à la MM (output local)	6	2	7
2	9	Définir les priorités de choses à encoder	13	4	4
2	11	Clarifier l'intérêt à encoder (output général)	3	1	11
2	19	Partager l'expérience d'autres utilisateurs			
2	20	Améliorer la motivation de chacun			
3	1	Formation sur comment utiliser les données en consultation, adaptée à chaque secteur (retour immédiat)	6	2	7
3	4	Avoir des objectifs clairs, précis, personnels, par secteur, en équipe, en fédération	7	3	5
3	7	Comprendre en quoi la valorisation des données aide à la pratique des soins			
3	12	Donner l'opportunité de se former à la recherche statistique			
3	13	Outil statistique inclus dans le logiciel, utilisable par tout le monde	4	1	9
3	19	Avoir des bénéfices rapides pour motiver (ex : échancier)	8	2	3
3	24	Renforcer le groupe de pilotage informatique (en personnes, en temps, en argent) pour interactivité experts/utilisateurs	2	2	14
3	31	Partir des demandes des utilisateurs			
4	18	Formation à l'utilisation des données	3	2	12
5	2	Echéances, planification, objectifs intermédiaires	10	4	4
5	3	Voir résultats rapidement, return	19	5	1
5	4	Montrer l'intérêt au patient	3	1	15
5	5	Projets pre- et post-return	7	2	6
5	7	Motiver en montrant le return	7	2	6
5	10	Personne de référence dans l'équipe pour la qualité des données	4	2	12
5	17	Accéder soi-même aux données (statistiques)	2	1	17
5	23	Expliquer le sens de l'épidémiologie, de la santé publique, la vivre	4	2	12
5	24	Return pour améliorer la pratique et le financement			
5	25	Echanges de données avec l'extérieur	7	2	6
6	1	Consensus d'équipe sur les données de santé pertinentes à encoder et à utiliser	33	7	1
6	3	Formation à Access pour l'exploitation des données	6	2	5
6	4	Formation à l'exploitation des données (épidémiologie, éthique, santé publique)	3	1	10

6	6	Reparler régulièrement de l'utilisation du DSI			
6	12	Favoriser le partage d'expériences à Liège et en fédération			
6	13	Utilisation des données pour améliorer la pratique	5	2	7
6	17	Utilisation nationale des données			
6	20	Formation à la structuration des données pour les travailleurs autres que MKI	2	2	13
6	22	Consensus IGL et Fédé sur codes, épisodes, requêtes pour la Région wallonne	2	1	13
6	26	Faire le point sur ce qui est encodé actuellement			
7	1	Savoir ce qu'on peut sortir du DSI, par secteur	5	3	7
7	3	Formation pour sortir des données	9	2	5
7	5	Permettre un accès facile aux résultats	2	1	12
7	21	Instauration d'un tableau de bord, avec son gestionnaire	17	5	2
7	24	Cibler l'encodage avec des projets			
7	25	Comparer avec les données d'autres MM			
8	4	Echanges avec des utilisateurs contents			
8	9	Moyens d'analyse des données. Formation	5	2	6
8	10	Donner sens à l'utilisation	23	5	1
8	16	Se fixer des priorités			
8	25	Objectifs simples, communs, utiles			
8	30	Démonstration de la valorisation des données			

*Outputs* possibles : 1-2, 2-5, 2-11, 3-13, 3-19, 5-3, 5-7, 5-17, 5-24, 6-13, 7-1, 7-5, 7-21, 8-30.

Envie d'utiliser les *outputs* pour la qualité des soins (projets ciblés) : 1-10, 1-11, 2-9, 3-7, 3-31, 5-2, 5-4, 5-5, 6-1, 7-24, 8-16, 8-25.

Partage de données : 2-19, 3-4, 5-25, 6-12, 6-17, 6-22, 7-25.

Formations spécifiques : 3-1, 3-12, 4-18, 6-3, 6-4, 7-3, 8-9.

Encadrement au sein de l'équipe : 2-21, 3-24, 5-10.

La motivation : 2-20, 5-23, 6-6, 6-26, 8-4, 8-10.

#### 4. Pratique

N° équipe	N° verbatim	Verbatims de type "pratique"	Scores	Fréquence	Priorité
1	3	Déléguer l'exploitation à quelqu'un			
1	5	Développer la bureautique	4	1	6
1	6	Supprimer l'interface clavier	3	1	8
1	9	Simplifier l'utilisation du logiciel	2	1	9

2	1	Décharger les médecins du travail d'encodage	16	6	3
2	2	Temps pour l'encodage du passé (engagement)	9	4	6
2	7	Avoir 1 ordinateur portable par thérapeute			
2	8	Désigner 1 "moteur" dans l'équipe pour stimuler et dépanner	17	5	2
2	12	Interface plus facile, plus intuitif	5	2	9
2	17	Supprimer le dossier papier ? Choix clair			
2	21	Allonger le temps de consultation			
2	23	Infrastructure à développer (PC, place)			
2	25	Réécrire les dossiers illisibles pour l'encodage			
3	2	Avoir un outil informatique plus convivial (agenda, raccourcis, marche arrière, souris, moins de codes à l'écran, outil qui s'adapte au thérapeute et non l'inverse)	19	5	1
3	6	Vision globale de l'agenda	8	2	3
3	8	Portabilité du logiciel à domicile			
3	15	Avoir du temps payé, en consultation et hors consultation	4	3	9
3	23	Suivre l'évolution technologique			
4	1	Utilisation plus rapide	14	3	2
4	3	Augmenter termes de recherche	1	1	18
4	6	Temps d'encodage			
4	8	Page d'encodage des contacts plus claire, facile	8	2	4
4	9	Synthèse claire par patient	3	1	12
4	12	Portabilité du logiciel	3	1	12
4	13	Enregistrement direct des prestations	7	2	6
4	14	Développer la télématique	2	1	16
4	19	Affichage du motif de contact par l'accueil	3	1	12
4	20	Afficher le traitement actuel	1	1	18
4	21	Augmenter le nombre d'ordinateurs	9	3	3
4	24	Simplifier l'encodage	4	3	10
4	25	Supprimer ou diminuer recueil sur papier			
4	28	Configuration différenciée des écrans	1	1	18
5	1	Plus de temps en consultation	18	5	3
5	6	Jeter le dossier papier (choix clair)	6	2	9
5	8	Améliorer le matériel	5	1	10
5	13	Convivialité du programme	4	2	12
5	18	Soutien à l'encodage du passé	1	1	19
5	22	Besoin de nuances dans l'encodage			
5	26	Excellence de la fiabilité	2	1	17
6	2	Procédure d'encodage/d'utilisation dans le logiciel la plus simple possible			
6	5	Financer du temps reconnu pour discuter, utiliser l'outil, gérer les données	12	4	2
6	8	Adéquation liste des pathologies au travail kiné	3	1	10

---

6	11	Clarté du choix dans la liste des pathologies dans un souci d'uniformisation	6	2	5
6	15	Supprimer le dossier papier			
6	18	Poids relatif dossier papier / DSI	3	3	10
6	23	Locaux adéquats et fixes			
6	24	Convivialité du logiciel ; développement avec les utilisateurs	1	1	15
6	27	Compétence et intérêt informatique dans les critères d'engagement			
7	2	Garder des traces, historique des données administratives encodées	2	2	12
7	6	Améliorer la qualité du processus d'encodage, et évaluation	5	1	7
7	9	Supprimer le dossier papier, et améliorer la portabilité du logiciel			
		Augmenter la souplesse du logiciel : scinder écrans d'encodage et de lecture, améliorer la visibilité des données significatives, supprimer le double encodage, automatiser plus nombreux, Supprimer les doublons dans les épisodes, paramètres, échéances, permettre la vérification de l'encodage, permettre la correction des contacts et épisodes des autres thérapeutes, logiciel plus simple pour encoder plus facilement			
7	10		28	8	1
7	12	Disposer de plus de temps pour encoder	4	1	10
7	22	Améliorer les thésaurus kiné, infirmier et psychosocial	5	1	7
7	23	Scinder le médical et le psychosocial dans le DSI			
7	31	Insérer des éléments éducatifs dans le logiciel	1	1	14
7	32	Augmenter la représentativité de l'équipe auprès du développeur du logiciel	4	2	10
8	3	Valoriser les bons encodeurs			
8	6	Rapidité et facilité d'utilisation	19	5	2
8	7	Clarté d'utilisation	5	1	6
8	11	Temps de formation à l'informatique			
8	12	Coordinateur informatique compétent dans l'équipe	5	1	6
8	15	Accès des assistants à toutes les prestations			
8	17	Choix de son propre matériel			
8	19	Bon matériel fiable et rapide			
8	23	Temps d'encodage	6	2	5
8	24	Supprimer le dossier papier			
8	28	Nouveaux codes			
8	31	Temps de mise en commun en équipe			
8	32	Adapter l'outil à la spécificité des secteurs	9	2	4
8	34	Logique adaptative du logiciel			
8	35	Evolutivité du logiciel			

---

Développement du logiciel : 1-6, 3-6, 3-23, 4-13, 4-20, 4-19, 5-26, 7-2, 7-31, 8-34, 8-35 ;  
bureautique : 1-5, 4-14 ; portabilité du logiciel à domicile : 3-8, 4-12 ; adaptation à la

spécificité des secteurs : 4-28, 6-8, 7-22, 7-23, 8-32 ; représentativité de l'équipe auprès du développeur du logiciel : 7-32 ; augmentation des termes de recherche : 4-3, 5-22, 6-11, 8-28.

Convivialité du logiciel, simplicité d'utilisation : 1-9, 2-12, 3-2, 4-8, 4-9, 4-24, 5-13, 6-2, 6-24, 7-10, 8-7.

Solutions liées à l'organisation locale : 2-25, 6-18, 6-23, 7-6, 8-15 ; qualité et disponibilité du matériel : 2-7, 2-23, 4-21, 5-8, 8-17, 8-19 ; choix clair entre le dossier papier et le DSI : 2-17, 4-25, 5-6, 6-15, 7-9, 8-24 ; compétence et intérêt informatique dans les critères d'engagement : 6-27, 8-3 ; présence d'un coordinateur informatique compétent dans l'équipe : 1-3, 2-8, 8-12.

Temps : 2-1, 2-2, 2-21, 3-15, 4-1, 4-6, 5-1, 5-18, 6-5, 7-12, 8-6, 8-11, 8-23, 8-31.

### 5. Pluridisciplinarité

N° d'équipe	N° verbatim	Verbatims de type "pluridisciplinarité"	Scores	Fréquence	Priorité
1	7	Accord intra-équipe sur la codification des maladies			
1	12	Utilisation des ressources humaines internes à l'équipe pour un projet	5	2	3
2	4	Définir qui peut encoder	6	2	7
2	10	Tous les thérapeutes d'accord d'utiliser le DSI	5	1	9
2	19	Partager l'expérience d'autres utilisateurs			
2	24	Projet commun de dynamique d'équipe	25	7	1
2	26	Savoir si l'utilisation est pluridisciplinaire			
3	5	Différencier le logiciel en fonction des paradigmes des différentes professions	18	5	2
4	5	Utilisation pluridisciplinaire	17	4	1
4	11	Accès à l'info partagé en équipe			
4	26	Tout le monde s'y met	5	2	7
5	9	tout le monde participe en même temps	19	5	1
5	12	accepter que c'est plus la tâche des médecins			
5	19	avancer en même temps (émulation)	1	1	19
6	7	Utiliser la permanence "Inscription et travail social" pour la récolte des données socio-économiques	5	2	7
6	19	Consensus sur <u>qui</u> encode quoi et <u>comment</u>	11	4	3
7	8	Augmenter le consensus dans la MM sur les choses à encoder ; définition d'une stratégie d'encodage	17	6	2
7	11	Définir une stratégie d'encodage des données socio-économiques des patients			

7	26	Améliorer la visibilité de la pluridisciplinarité	1	1	14
8	1	Tout le monde s'y met <del>en même temps</del>	5	3	6
8	8	Consensus intra- et inter-MM sur les codes cliniques	12	4	3

Coordination entre les secteurs professionnels : 1-7, 2-4, 2-19, 2-26, 3-5, 5-12, 6-7, 6-19, 7-8, 7-11, 8-8.

Effort collectif : 2-10, 4-5, 4-11, 4-26, 5-9, 5-19, 7-26, 8-1.

Réalisation de projets : 1-12, 2-24.

## **B. Lettre d'annonce**

Liège, le 17 mars 2004

Maison médicale de Z.

A l'attention de X.

Cher(e) ami(e),

Nous avons rencontré votre équipe, C. L. et moi, il y a environ 2 ans. Dans la foulée du forum de Natoye sur la gestion de l'information en Maison médicale, il s'agissait alors de sensibiliser aux fonctions du dossier de santé en soins de santé primaires. Depuis, des formations à l'utilisation de PRICARE ont eu lieu, à Bruxelles et à Liège ; peut-être certains d'entre vous y ont-ils participé. Pourtant, l'utilisation du dossier électronique pose encore pas mal de problèmes et son utilisation est loin d'être généralisée.

Mon désir est de vous donner l'envie d'aller plus loin : d'abord, vous aider à utiliser vos dossiers pour en tirer des informations plus globales sur la santé de vos patients, vous aider à évaluer certains aspects de votre pratique ; ensuite, vous montrer l'intérêt de rassembler des données de santé anonymes par ville, région, communauté de façon à en tirer des renseignements épidémiologiques et à nourrir le travail de promotion de notre travail que réalise la Fédération.

Dans le cadre du mémoire en Santé publique que je défendrai en septembre à l'Université de Nancy, je me propose d'étudier les résistances et les difficultés que présente l'utilisation du DSI dans ce contexte. C'est pourquoi je voudrais vous rencontrer une nouvelle fois, sûrement pas pour contrôler quoi que ce soit, mais pour écouter et comprendre. Un des objectifs est de cerner les limites de ce que nous pouvons faire ensemble. Un autre est de concevoir les stratégies de changement à appliquer en 2004-2005, au départ des besoins exprimés lors de ces rencontres. C. L. a accepté de reprendre son bâton de pèlerin pour animer ces rencontres avec moi.

En pratique, nous vous proposons une rencontre en équipe, comme la fois précédente, durant environ 2 heures (probablement plus que moins). La première partie fonctionnera en « focus group », c'est-à-dire permettra l'expression des difficultés, de leurs causes connues, au travers d'un entretien semi-dirigé. La seconde partie fonctionnera en « groupe nominal », c'est-à-dire tentera de hiérarchiser vos propositions de solutions. Idéalement, 6 à 8 participants sont requis durant les 2 heures ; il est souhaitable qu'ils

représentent les différents secteurs professionnels de la maison. Je vous transmettrai le compte-rendu de cet entretien peu de temps après notre rencontre.

De plus, et pour confronter le résultat des entretiens à votre pratique actuelle, je vous demande de pouvoir, avant l'entretien, mesurer un indicateur sur votre base de données : le nombre d'épisode par patient et par thérapeute, encodés durant l'année 2003. Cette mesure servira à lancer notre discussion. Pour que la procédure de mesure soit identique dans toutes les équipes, une requête Access sera appliquée. Les données concernant les patients seront strictement anonymes ; vos thérapeutes seront identifiés par un numéro qui permettra de reconnaître leur profession ; enfin, votre équipe sera identifiée par un numéro qui me permettra de vous transmettre les résultats qui vous concernent séparément des résultats globaux de mon enquête. Le résultat de cette requête pourra être enregistré sur votre serveur si vous le désirez.

Je me permettrai de téléphoner dans quelques jours pour fixer un rendez-vous, si bien sûr l'équipe marque son accord et, j'espère, son intérêt. A bientôt donc.

**Marc**

### **C. Texte de réflexion, envoyé avant le groupe nominal**

#### Regards sur l'informatisation d'un cabinet

Marc Vanmeerbeek, avril 2004

L'utilisation de l'informatique lors des contacts avec les patients est pour certains une évolution inéluctable. Si nous regardons la base de données qui se constitue progressivement par le filtre du patient, cela nous donne une mémoire gigantesque. Si elle est organisée, structurée, le filtrage par pathologie, par thérapeute, par date, par prescription, etc. permet d'avoir un regard différent sur sa pratique.

Pourtant, nombre d'entre nous appartiennent encore à la culture de l'écriture sur papier, et ne sont pas prêts d'échanger leur bic contre un ordinateur. C'est que les obstacles, voire les réticences peuvent être nombreux et variés. En voici un petit catalogue, soumis à ta critique et à ta réflexion.

#### **Le temps du passage.**

Décider de s'engager dans l'informatisation d'un cabinet ne peut se faire sans préparation : stratégie, planification et temps (et le temps, c'est de l'argent !) seront nécessaires. Si l'on est plusieurs, la stratégie doit en tenir compte, et la complexité augmente.

Le passage peut se faire par étapes : administration et comptabilité en premier, dossier clinique en dernier. L'appui des pairs (du « copain qui s'y connaît » aux organisations professionnelles) et une formation adaptée au métier sont bien souvent nécessaires.

Au départ, on ne retrouve pas la même chose sur les 2 types de support –papier et électronique- mais la fiabilité de l'informatique est une question de motivation et d'entraînement.

#### **Les formations.**

Se lancer dans l'aventure informatique sans aucune formation préalable est suicidaire. Et il n'y a pas que l'informatique : la formation à la structuration de l'information, à l'épidémiologie, à l'exploitation des données ne font pas partie du cursus de base des professionnels de santé.

Dans le domaine qui nous occupe, on peut rêver de programmes à l'échelle du pays, soutenus par les organisations professionnelles pour conseiller dans la démarche

d'informatisation, évaluer les différents systèmes disponibles, les coûts, les procédures, les avantages potentiels attendus, donner les formations, influencer les pouvoirs publics pour obtenir des subventions. Entre les éternels débutants et les experts, les formations doivent offrir des programmes adaptés. Le suivi et les mises à niveau des praticiens déjà formés doivent aussi être envisagés dans cet ensemble.

### **Avec le patient.**

L'ordinateur prend de la place sur le bureau, et l'écran s'interpose dans la relation jusque là duelle (au fait, le patient peut-il le regarder ou non ?). Certains encodent « en direct », d'autres « en différé ». Pour les visites à domicile, c'est parfois le seul choix possible en raison des limites du logiciel, de l'absence de matériel adapté, du manque de temps ou de l'incongruité du matériel dans l'environnement du patient. On ne sait pas toujours comment il perçoit cet objet qui parfois lui est plus familier qu'à nous, parfois lui est totalement étranger.

En échange de la place qu'il occupe et du temps qu'il mange, l'ordinateur permet, par filtrages successifs dans sa structure, de retrouver plus facilement une information que dans un fouillis de papiers, ou d'avoir des angles de vue multiples sur l'histoire du patient.

Il existe des pays, forcément paradisiaques donc lointains, où les praticiens disposent de personnel administratif pour l'encodage de données extra-cliniques.

### **Le codage réducteur.**

Il faut se souvenir que le codage est plus vieux que l'informatique ; la structuration de la consultation « problem oriented », le SOAP, la CISP sont l'œuvre de généralistes des années 60 et 70, époque où seules la NASA ou quelques universités possédaient un ordinateur.

Le codage des informations modifie le travail de construction cognitive du patient dans les structures du DSI et renforce sans doute le modèle de santé biomédical où tout peut être classifié, expliqué. Il existe plusieurs types de codage (CISP, CIM, SNOMED,...), pas tellement compatibles entre eux ; le « transcodage », ou traduction d'une classification à l'autre, est un exercice périlleux en raison de la différence des concepts de base. C'est en raison de ce manque d'interopérabilité sémantique, qu'il n'est pas encore tout à fait possible de communiquer au médecin traitant les données du résumé clinique minimum de l'hôpital, de comparer aisément des biologies venant de labos différents.

Les classifications sont conçues pour regrouper les malades en groupes homogènes afin de permettre de réaliser des études statistiques, c'est la principale méthode

d'augmentation des connaissances en médecine. Elles n'ont pas été créées pour décrire le réel, et ne sont pas aptes à le faire. Les outils terminologiques doivent permettre une lecture descriptive et une lecture statistique. Par contre, la trace écrite reflète beaucoup plus le système de pensée de l'écrivain, et donc sa subjectivité. L'ordinateur nous oblige à choisir les informations qui seront valorisées, en ayant présent à l'esprit le bénéfice éventuel pour le patient.

### **La pluridisciplinarité, la transdisciplinarité.**

Les médecins restent sans doute les grands pourvoyeurs actuels d'informations cliniques ; pourtant, ils n'en sont pas les seuls détenteurs. Une vue globale de la santé nécessite un partage de savoirs et un partage d'informations. Peu de systèmes informatiques actuels peuvent se vanter d'y parvenir.

Dans une équipe, il est courant de trouver des personnes à des niveaux très différents de leur perception de l'informatique.

### **La confidentialité.**

La multiplication des écrans permet à certains regards de s'égarer. Une définition des droits d'accès aux logiciels et des sécurités doit être réfléchie. Une base de données virtuelle sur un serveur est bien plus alléchante pour un hacker qu'un fouillis de dossiers en papier. En général, les législations rendent ceux qui constituent une base de données responsables de leur sécurité.

### **Big Brother.**

L'exercice libéral de la médecine en Belgique ne favorise pas l'interrogation sur la pertinence du système de santé et la définition d'objectifs de santé communautaire. Mais l'intérêt des pouvoirs publics par rapport aux informations en santé s'est modifié dans les dix dernières années. Que l'on pense à Pharmanet, aux profils en imagerie ou au réseau S3. Ce n'est pas forcément dangereux ou sans intérêt -on sait par exemple que l'informatisation est plus importante dans les pays où existe un échelonnement des soins- mais il n'est pas interdit de craindre des dérives.

Et même au sein d'une petite équipe, *Little Brother* peut également faire peur. L'analyse des données peut révéler les particularités de chaque pratique, pas forcément pour le bien commun.

### **Transfert de données à des tiers.**

Pour ne pas verser dans la paranoïa, il faut signaler qu'il est possible de décider soi-même de transférer des données à des tiers à des fins d'analyse, soit spontanément, soit sur

demande d'un tiers de confiance. L'intérêt se mesure alors à la qualité du retour qui est fait vers l'émetteur.

### **Les lois.**

Il existe un socle législatif commun aux pays de l'Union Européenne et du Conseil de l'Europe, mais chaque pays a ses particularités ou exigences propres. Et nul n'est censé ignorer la loi. En Belgique, une déclaration préalable à la Commission pour la Protection de la Vie privée est nécessaire pour constituer un fichier de données personnelles. Les transferts de données dans et hors du pays sont réglementés. Les documents électroniques n'ont pas toujours le même statut que leurs équivalents sur papier.

### **La technique.**

A titre personnel, je ne manipule pas le clavier aussi aisément que le bic et le temps d'écriture s'allonge. Un mot souligné, un petit dessin me permettait parfois de mieux me souvenir de l'entretien. Le beau et coûteux objet fraîchement acquis a sa logique de fonctionnement propre, son langage particulier. Le choix technique est vaste, les options infinies et les lendemains promis toujours meilleurs. Hélas, parfois il tombe en panne.

### **Les logiciels.**

Logiciel unique, pensée unique ? La fédération a presque l'air d'imposer son logiciel, pourtant si critiqué pour son manque de convivialité, sa bureautique si maigre et toujours pas utilisable à domicile. Toutes les maisons médicales doivent-elles avoir le même ? Les mises à jour sont trop rares, et la tentation est grande de le pirater en douce dans son coin pour l'améliorer. La maintenance est appréciée différemment selon les régions et les époques.

L'arrivée annoncée des systèmes experts –aide au diagnostic, à la décision, à la prescription, alarmes thérapeutiques et cliniques, raisonnement sur l'ensemble du dossier- et dont certaines fonctions commencent à être disponibles via l'Internet, modifiera encore notre relation au travail clinique.