

Qualité de notification sur le dossier médical en première ligne

Quality of the medical record notification in primary health care

Sriha Belguith Asma, Elmhamdi Sana, Bouanene Inès, Ben Saad Meriem, Ben Salah Aroua, Harizi Chahida, Soltani Essoussi Mohamed

Service de médecine préventive et d'épidémiologie - Hôpital Fattouma Bourguiba - Monastir

RÉSUMÉ

Prérequis: Le dossier médical (DM) est un outil très important pour l'organisation, la planification et la traçabilité de soins. Sa tenue est considérée comme un critère majeur de qualité des soins.

But: comparer le degré de la notification des données sur les Dossiers Médicaux Structurés (DMS) en Subjectif, Pré-appréciation, Objectif, Appréciation et Post-appréciation (SPOAP) avec les Dossiers Médicaux Non Structurés (DMNS)

Méthodes : c'est une étude analytique portant sur les DM de 4 Centres de Santé de Base (CSB) du gouvernorat de Monastir, dont deux utilisaient la structuration SPOAP. Sur le plan méthodologique, nous avons procédé par un échantillonnage à 3 degrés. Le premier tirage sur les mois, le deuxième sur les semaines et le troisième tirage sur les dossiers de type systématique avec un pas de 2. Les caractéristiques sociodémographiques des patients, les motifs de contact, les données de l'examen clinique, les hypothèses diagnostics et les procédures ont été collectés.

Résultats : Au terme de cette étude, nous avons colligé 910 dossiers médicaux dont 401 (44%) dans les 2 centres utilisant la structuration SPOAP et 509 (56%) dans les 2 autres centres. L'examen physique était noté dans 67% des DMS et 43 % des DMNS ($p < 10^{-4}$), l'examen pulmonaire dominait les actes physiques notés sur les DMS et les DMNS, les hypothèses diagnostics étaient notés sur 72,3 % des DMS et sur 31,2 % des DMNS ($p < 10^{-4}$), les conduites et les prescriptions médicamenteuses étaient plus notées dans DMS que dans les DMNS ($p < 10^{-3}$).

Conclusion : L'utilisation de DMS en SPOAP améliore la notification sur le dossier du patient et la continuité des soins en première ligne.

Mots-clés

Dossier médical; Première ligne; Classification internationale en première ligne.

SUMMARY

Background: The medical record is a very important tool for organizing, the planning and tracking of care. Her outfit is considered as one of the major criteria for care quality.

Aim: compare, the degree of given collected notification on the Structured Medical Record (SMR) in Subjective, Pre-appreciation, Objective, Appreciation and Post-appreciation (SPOAP) and on Not Structured Medical Record (NSMR).

Methods: It is a retrospective, analytic study, including 910 DM. Executed in four primary health centers, at Monastir governorate in 2010. As regards methodology, we conducted a sampling at 3 degrees. The first draw of the month, the second on the weeks, the third is systematic type of medical records with a step of sounding of 2. We collected information about patient's socio-demographic characteristics, the contact patterns, clinical examination of the data, assumptions and diagnostics procedures. We used chi2 test to compare the distribution between SMR and NSMR at the Threshold of 5 %.

Results: Four hundred and one SMR (44 %) and 509 (56 %) NSMR were included. The contact patterns was noted on 44 % of NSMR and 93% of SMR ($p < 10^{-4}$). The physical examination had been noted on 67 % of SMR and 8% of NSMR ($p < 10^{-4}$), the hypotheses diagnoses on 72 % of SMR and 31 % of NSMR ($p < 10^{-4}$). The conducts had been noted on 98 % of SMR and 95% of NSMR ($p < 0,045$). The distribution of the motives for contacts, physical acts, hypotheses diagnoses and therapeutic families were different between SMR and NSMR. The medical records was adequate in 52 % of SMR and in 2% of NSMR ($p < 10^{-4}$).

Conclusion: The use of SMR improves the notification and the care continuity.

Key - words

Medical records; primary health care, International Classification of Primary Care

Le DM est un outil central de l'organisation des soins, de réflexion, de synthèse, de planification, de traçabilité, et de recherche (1, 2). Le dossier médical (DM) est un support important en médecine familiale qui constitue la porte d'entrée au système de soins et qui est fondé sur une communication appropriée (1, 2). Le médecin au cours de son entretien et de son approche global du patient notifié des données sur le dossier médical. Sa bonne tenue est devenue comme un critère majeur de qualité de soins (2). Ce dernier, dans notre contexte Tunisien, est inadapté pour inclure des données médicales, sociales et administratives (3, 4).

C'est ainsi que plusieurs études avaient conclu que la qualité du contenu des DM est insuffisante du point de vue médico-légal, éducationnel, épidémiologique et pour la recherche (5, 6). Le DMS utilisant la classification internationale des soins primaire (CISP) aide à mieux orienter la pratique médicale avec une approche plus systématisée, globale incluant le biologique le psychologique et le social (7, 8) Convaincu de l'utilité de la classification, l'unité de médecine de famille de Monastir l'avait intégrer dans 4 centres de santé de base depuis 1997. Cette étude vise à comparer la qualité de notification des données médicales sur les DMS et les DMNS, plusieurs années après son implantation.

MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude analytique, rétrospective portant sur les DM dans 4 centres de Santé de Base (CSB), dans le gouvernorat de Monastir. Parmi les 4 CSB retenus pour l'étude, deux utilisent la structuration en Subjectif, Pré-appréciation, Objectif, Appréciation et Post-appréciation (SPOAP) et deux ne l'utilisent pas (Tableau I).

Tableau 1 : Composantes de la structuration SPOAP

Subjectif S	Procédures Pré- Appréciation P	Objectif O	Appréciation A	Procédures Post- Appréciation P
•Symptômes et plaintes décrites par le patient. •L'interrogatoire dirigé	•Eléments de l'examen clinique	•Valeur	•Diagnostic certain ou douteux •Symptômes et plaintes	•Référence, •Examens complémentaires, •Traitement.

Sur le plan de la méthodologie, nous avons procédé par un échantillonnage systématique à 3 degrés. Le premier tirage sur les mois pour retenir le premier mois de chaque saison (Janvier, Avril, Juillet et Octobre). Le deuxième tirage sur les semaines pour retenir les 2 médianes. Le troisième tirage sur les dossiers, nous a permis de considérer un dossier sur deux.

Les DM inclus dans l'étude étaient ceux des consultations aiguës sans Rendez-vous, chez les adultes. Les dossiers de malades chroniques ont été exclus. La collecte des données s'est déroulée sur 2 mois.

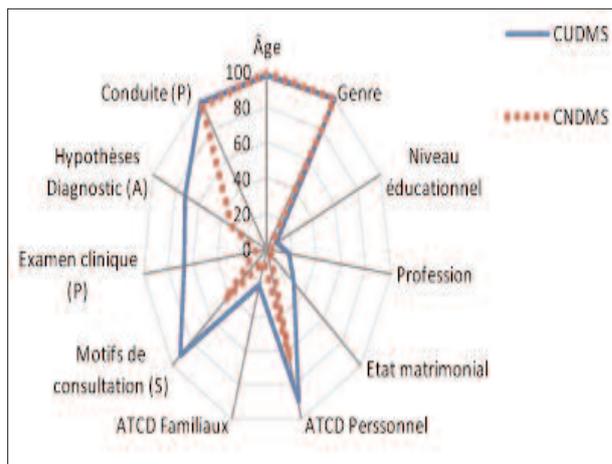
Sur le plan opérationnel, nous avons défini un Dossier Médical Structuré (DMS) en SPOAP quand la notification sur le DM suit les recommandations CISP (8-10).

Nous avons défini un DM adéquat quand les cinq éléments de la consultation sont notés (les antécédents personnels, le motif de contact, le geste physique réalisé, l'hypothèse diagnostic posé et la conduite). Les données collectées, portent sur les caractéristiques sociodémographiques des patients, les antécédents personnels et familiaux, les motifs de contact, les données de l'examen clinique, les hypothèses diagnostics et les procédures. Le médecin enquêteur avait été formé sur l'utilisation de la classification CISP, sur le codage des éléments de la consultation ainsi que la saisie informatisée des données. L'analyse des données avait été réalisée sur matériel informatique SPSS 15.0. Pour la comparaison des variables qualitatives nous avons utilisé le test de chi2 de Pearson au seuil de signification de 5%.

RÉSULTATS

Au terme de cette étude, nous avons colligé 910 DM dont 401 DMS (44%) et 509 Dossiers Médicaux Non Structurés (DMNS) (56%). Le niveau éducationnel, la profession, l'état matrimonial et les ATCD familiaux étaient faiblement notés aussi bien sur les DMS que sur les DMNS. Les motifs de consultation, l'examen clinique et les hypothèses diagnostics étaient statistiquement plus notés sur les DMS que sur les DMNS (Figure 1).

Figure 1 : Répartition de la notification des données de la consultation sur les DMS et les DMNS



Les antécédents étaient plus notifiés dans les DMNS que dans les DMS ($p < 0,04$). Le motif de contact était noté sur 93 % des DMS et sur 44% des DMNS ($p < 10^{-4}$). La répartition des motifs de contact notés selon les chapitres, selon les composantes et selon les rubriques du CISP étaient statistiquement plus notés dans les DMS que dans les DMNS (Tableaux II).

L'examen physique était noté sur 67 % des DMS et sur 43% des DMNS ($p < 10^{-4}$). Les hypothèses diagnostics étaient notés sur 72,3 % des DMS et sur 31,2% des DMNS ($p < 10^{-4}$). La répartition des actes physiques selon la CISP et des hypothèses diagnostics étaient différentes entre les DMS et le DMNS (Tableau III). Les conduites étaient notés sur 97,5% des DMS et sur 94,9 % des DMNS

($p < 0,045$). Les prescriptions médicamenteuses étaient consignées dans 88% des DMS et dans 78% des DMNS ($p < 10^{-3}$). La répartition des familles thérapeutiques n'étaient pas semblable entre les DMS et le DMNS ($p < 0,003$) (Tableau IV). La répartition de la notification des examens para-cliniques étaient équivalente entre les DMS et DMNS. Le DM était jugé adéquat dans 52% des DMS et dans 2% des DMNS ($p < 10^{-4}$) (Figure 2).

Tableau 2 : Répartition des ATCD et des motifs de contacts dans les DMS et les DMNS.

	DMS n (%)	DMNS n (%)	p
Les ATCD Personnels	27 (14)	25 (18)	0,04
T90 : Diabète type 2	22 (11)	28 (20)	
K86/K87 : Hypertension artérielle	17 (9)	19 (14)	
A92 : Allergie médicamenteuse	4 (2)	21 (15)	
L67 : Problème rhumatologie	10 (5)	11 (8)	
K71 : Rhumatisme articulaire aiguë	656 (70)	284 (30)	
Les motifs de contacts : symptômes (S)			
Nombre de motifs notés par contact			
0	32 (8)	284 (56)	$< 10^{-4}$
1	186 (46)	174 (34)	
2	106 (26)	41 (8)	
>3	77 (19)	9 (2)	
Principaux type de motif de contact notés selon les chapitres			
R – Respiratoire (n= 302)	247 (38)	55 (19)	$< 10^{-4}$
L - Ostéo-articulaire (n= 144)	81 (12)	63 (22)	
D – Digestifs (n=104)	65 (10)	39 (14)	
N – Neurologie (n= 78)	62 (9)	16 (6)	
A – général (n=74)	61 (9)	13 (5)	
B - Sang, organes hématopoïétiques (n=59)	24 (4)	35 (12)	
Autres	116 (18)	63 (23)	
Type de motifs notés selon les composantes du CISP			
01- 29 : Symptômes et plaintes (n=803)	584 (92)	219 (78)	$< 10^{-4}$
30- 49 : Procédures diagnostiques et préventives (n=2)	2 (0,3)	0 (0)	
60 - 61 : Résultats des tests (n=68)	20 (3)	48 (17)	
62 : Administratifs (n= 13)	2(0,3)	11 (4)	
63 – 69 : Références et autres motifs de contact (n=22)	20 (3)	2 (0,7)	
70 - 79 : Diagnostics et maladies (n= 6)	5 (0,8)	1 (0,3)	
Les 10 premiers motifs de contact selon les rubriques du CISP			
R05 Toux (n=114)	75 (11)	39 (14)	$< 10^{-4}$
R21 Symptôme, plaintes gorge (n= 112)	108 (16)	4 (1,4)	
N01 Céphalées (n=51)	41 (6)	10 (3)	
B60 Résultats analyses Sang,syst.hématop immunol. (n=46)	14 (2)	32 (11)	
L03 Symptôme, plaintes lombes (n=31)	14 (2)	17 (6)	
A03 Fièvre (n= 29)	29 (4)	0 (0)	
R07 Eternement / congestion nasale (n=26)	23 (4)	3 (1)	
D02 Douleur estomac (n= 25)	15 (2)	10 (3)	
A04 Faiblesse généralisée fatigue (n=23)	17 (3)	6 (2)	
63 Rencontre de suivi (n= 22)	20 (3)	2 (0,7)	

Figure 2 : Répartition de l'adéquation des dossiers médicaux entre ceux structurés et ceux non structurés

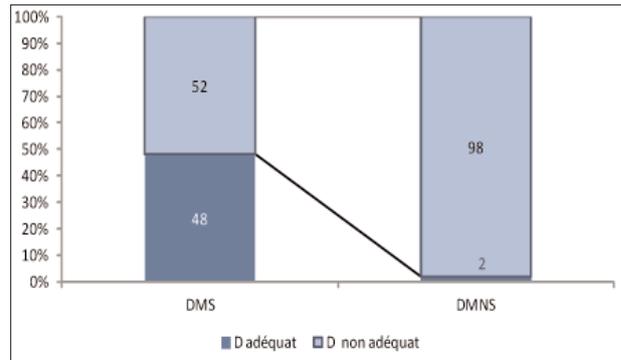


Tableau 3 : Répartition des actes physiques et des hypothèses diagnostiques dans les DMS et les DMNS

	DMS n (%)	DMNS n (%)	p
Actes physiques (P)			
Nombre d'actes physiques notés par contact	536	53	$< 10^{-4}$
0	132 (33)	466 (92)	
1	95 (24)	35 (7)	
2	89 (69)	6 (1)	
3	69 (17)	2 (0,4)	
≥ 4	14 (4)	0 (0)	
Actes physiques notés			
R31 Pulmonaire (n=162)	151 (30)	12 (23)	$< 10^{-4}$
HR31 Oreille / gorge (n=147)	142 (28)	5 (9)	
K31 Circulatoire (144)	117 (23)	27 (51)	
L31 Locomoteur (n=39)	35 (7)	4 (8)	
D31 Digestif (n=24)	22 (5)	2 (4)	
U31 Urinaire (n=11)	11 (2)	0 (0)	
Autres	58 (11)	3 (6)	
Les hypothèses diagnostics (A)			
Nombre d'hypothèses diagnostics notés par contact	334	190	$< 10^{-4}$
0	111 (28)	350 (69)	
1	249 (62)	129 (25)	
2	38 (10)	29 (6)	
3	3 (1)	1 (0,2)	
Répartition des hypothèses diagnostics selon les chapitres de la CISP			
R – Respiratoire	145 (50)	90 (58)	0,08
S – Cutanée	18 (6)	20 (13)	
L - Ostéo-articulaire	24 (8)	12 (8)	
D – Digestifs	20 (7)	14 (9)	
F – Œil	8 (3)	6 (4)	
H – Oreille	9 (3)	5 (3)	
K – Circulatoire	12 (4)	1 (1)	
Autres	98 (29)	42 (22)	
Liste des 10 principales hypothèses diagnostics notés			
R76 Angine aiguë (144)	77 (23)	67 (35)	0,04
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup (37)	25 (8)	12 (6)	
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite (34)	27(8)	7 (4)	
R80 Grippe (31)	23 (7)	9 (5)	
R97 Rhinite allergique (19)	14 (4)	5 (3)	
F70/F71 Conjonctivite infectieuse/ allergique (13)	6 (2)	7 (4)	
L90 Gonarthrose (12)	6 (2)	6 (3)	
U71Cystite/autre infection urinaire (10)	9 (3)	1 (1)	
H71Otitite moyenne aiguë (10)	6 (2)	4 (2)	
S76 Autre maladie infectieuse de la peau (10)	6 (2)	4 (2)	

Tableau 4 : Répartition des conduites dans les DMS et les DMNS.

	DMS n (%)	DMNS n (%)	p
La conduite (P)			
Conseils notés			
Non	400	508	
Oui	1	1	
Références			
Non	366 (91)	451 (89)	NS
Oui	35 (9)	58 (11)	
Services de référence			
Dermatologie	6 (17)	10 (17)	
ORL	3 (8)	9 (16)	
Ophthalmologie	4 (11)	8 (14)	
Autres	22 (63)	31 (53)	
Prescription médicale			
Nombre de médicaments notés par contact			
0	50 (13)	114 (22)	
1	127 (32)	160 (31)	
2	148 (37)	162 (32)	0,002
3	64 (16)	62 (12)	
4	12 (3)	11 (2)	
Liste des principaux médicaments notés			
Antibiotique	194 (29)	178 (25)	
Anti-inflammatoire	170 (25)	133 (19)	
Antipyrétique/antalgique	135 (20)	132 (18)	
Supplémentassions	47 (7)	39 (5)	0,003
Mucolytique	47 (7)	48 (7)	
Autres	123 (18)	184 (26)	
Examens complémentaires (EC) notés			
Nombre des EC notés par contact			
0	89	78	
1	339 (85)	444 (87)	
2	51 (13)	56 (11)	0,423
3	9 (2)	7 (1)	
≥3	2 (1)	2 (1)	
Liste des principaux examens complémentaires notés			
34 - Analyse de sang	49 (55)	56 (72)	
35 - Analyse d'urine	10 (11)	10 (13)	
41- Radiologie diagnostique/imagerie	22 (25)	7 (9)	0,042
42 - Tracé électrique	6 (7)	1 (1)	
36 - Analyse de selles	2 (2)	3 (4)	
37 - Cytologie/histologie	0 (0)	1 (1)	

DISCUSSION

Cette étude a permis de confirmer que la notification des antécédents, des motifs de contacts, des gestes techniques et des hypothèses diagnostiques élaborés étaient significativement mieux notés sur les DMS que sur les DMNS. Ceci peut être expliqué par l'obligation du praticien à structurer l'entretien avec le malade en fonction des éléments à compléter sur le DMS ; ce qu'est de nature à améliorer ainsi la qualité de notification du dossier médical.

Ce résultat est conforme aux données de la littérature (11-14).

L'étude n'était pas à l'abri de quelques insuffisances méthodologiques, dont la principale était dans la sélection des médecins et des centres. En effet, les 2 centres où le DM est structuré et un des centres où le DM est non structuré, les médecins étaient des maîtres de stage, encadreurs d'internes et donc amené à mieux structurer et compléter son dossier. Ainsi la présence de stagiaire médical constitue probablement un élément d'amélioration de la tenue et de la notification du dossier médical. D'autre part, la description de la notification des données sur le dossier médical papier est peu étudiée, de ce fait nous avons trouvé des difficultés lors de l'analyse bibliographique sur ce thème.

Malgré l'évidence de ces résultats en faveur du DMS, certains obstacles sont liés à l'adoption de celui-ci telle que la surcharge des consultations de première ligne dans la région d'étude et le manque de motivation des médecins par ignorance de la structuration SPOAP (13). L'introduction de dossier médical spécifique orienté de maladie améliore significativement l'enregistrement des éléments de la rencontre médecin malade (11). Les DMS offrent aussi l'occasion d'impliquer des patients dans la décision médicale et dans leur propre prise en charge. Il permet d'impliquer les médecins dans la continuité des soins (12). Il offre le potentiel et l'opportunité pour améliorer la sécurité du patient et l'efficacité de soins et des prestations offertes en première ligne (15).

Le nombre moyen de motifs de contact sur les DMS dans notre étude était équivalent à celui trouvé par Ben Abdelaziz (16) et inférieur à celui trouvé par Gataa (17). Le nombre moyen de motifs de contact sur les DMNS était significativement moins importants. Nous avons montré que le chapitre des maladies « respiratoires » occupait la première position des motifs de contact, des actes physiques réalisés et des hypothèses diagnostics dans les DMS et les DMNS. Ce résultat concorde avec les résultats de Silva N et ceux de Dawes KS (18, 19). La rubrique « symptômes et plaintes » représentait la composante dominante des motifs de consultation sur les DMS. Ceci serait lié au fait que les consultants se sont habitués à présenter leurs plaintes élémentaires au médecin qui a une meilleure vision des problèmes de santé (20). Dans les DMS les symptômes et plaintes de gorge représentaient le premier motif de contact suivi par la toux, résultat conforme à celui trouvé par Ben Abdellaziz A (16). Dans les DMNS la première plainte était la toux suivi de résultats analyses de sang. Ce qui peut être expliqué par la tendance du praticien, travaillant avec un DMNS à noter que des notions objectives en renonçant aux données de l'examen physique et inscrivant les résultats des examens de sang.

CONCLUSION

Le DMS permet de suivre l'histoire du patient dans le temps et de concourir à lui fournir les soins les plus adéquats. Vu l'apport du DMS dans la prise en charge de qualité des patients, il serait utile dans ce cadre de rendre disponible un DMS national à l'usage des praticiens, d'assurer la formation des médecins de famille à la structuration de CISP et son utilisation et son intérêt. Ces mesures sont de nature à améliorer la tenue et qualité de notification du DM et aussi à une meilleure prise en charge des patients. Le DMS est un document médical légal et un outil de traçabilité de l'information et est à la base

de données épidémiologiques et peut constituer la base d'un système d'information sanitaire. Le DMS est un outil pédagogique, en médecine de famille, utile dans les séances de perfectionnement professionnel axé sur les soins centrés sur le patient (21).

Références

1. Bourdillon F. Le dossier du patient. EMC-Médecine 2005; 2:385-91.
2. Pestaux D, Vanderbeck L. Le dossier médical en médecine générale. Louvain Med. 1999; 118:250-3.
3. Moutel G. Le dossier médical: enjeux médico-légaux et éthiques. Paris Descartes 2008-2009.
4. Falcoff H. Dossier médical en médecine générale. La revue du praticien médecine générale. 1997;404:71-80.
5. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM). La tenue du dossier médical en médecine générale : Etat des lieux et recommandation. . La revue du praticien - médecine générale 1996;10: 41-9.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité et de la tenue et du contenu – réglementation et recommandations. 2003.
7. Jamouille M, Roland M. Genèse de l'information clinique. Santé conjugée, octobre 2008 n° 46.
8. Jamouille M, Roland M, Mennerat F, Humbert F. Origine de la CISP et mise en application actuelle dans les pays Francophones. Informatique et Santé. 1999;11:01- 12.
9. Jamouille M, Roland M : Classification Internationale des Soins Primaires. 2nd ed Lyon, Alexandre Lacassagne, 1992.
10. Vanmeerbeek M. Exploitation des données du dossier de santé informatisé en soins primaires : Resistances et solutions. Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Université de Santé Publique. 2004.
11. Alberti H, Boudrigha N, Nabli M. Disease-specific medical records improve the recording of processes of care in the management of type 2 diabetes mellitus. Public Health. 2006 Jul;120: 650-3.
12. Arar NH, Wang CP, Pugh JA. Self-care communication during medical encounters: implications for future electronic medical records. Perspect Health Inf Manag. 2006; 3: 3.
13. Smith P A-GR, Bublitz C. Missing Clinical Information During Primary Care Visits. JAMA February 2,2005; 293. 5 : 565-71.
14. Moutel G. Le dossier médical: enjeux médico-légaux et éthiques. Paris Descartes 2008-2009.
15. Lusignan S, Katic M. UK and Croatia: family practice, its medical records and computerisation in the context of an enlarged Europe. Inform Prim Care. 2007;15:169-73.
16. Ben Abdelaziz A, Krifa I, Hadhri S, Bouabid Z, Daouas F, Msakni N, et al. La demande de soins dans les centres de médecine générale du Sahel tunisien. Cahier santé. 2004;14:223-9.
17. Gataa R, Nabli Ajmi T, Bougmiza I, Mîraoui A. La morbidité diagnostiquée en première ligne dans la région sanitaire de Sousse (Tunisia). Rev Med Brux. 2008;471-80.
18. Silva N MK. One day general practice morbidity survey in Sri Lanka. Family Practice 1998;15: 323-31.
19. KS. D. Survey of general practice records. Br Med J 1972;3: 219-23.
20. Formato V, Ronneau S. Le Dossier Médical Informatique et la standardisation de l'information. La Revue de la Médecine Générale 2004;209:89-91.
21. Schipper S, Ross S. Une nouvelle fiche d'entrevue de rappel stimulé par les dossiers pour les résidents en médecine familiale. Canadian Family Physician. 2010;56: 352-4.

Remerciements

Les auteurs remercient le personnel soignant des centre de santé de base de Ksar Hellal Riadh 1, de Jemmel, de Monastir (stah jabeur et bassatine) où à été réalisée cette étude. Ainsi que pour tous ceux qui nous ont initié et nous ont encouragés pour l'amélioration de la qualité du dossier médical et sa structuration en SPOAP