

## LA PRATIQUE MEDICALE DANS UN CONTEXTE DE SOINS PRIMAIRES

## Particularites et nouvelles tendances

Med Lassaad Latrech\*, Med Ellias Latrech\*\*, Raoudha Ben Hafsa\*\*\*, Khédija Najahi\*, Houda Saied\*\*

\* Centre Intermédiaire La Marsa

\*\* Centre de Santé de Base Sidi Mosbah

\*\*\* Centre de Santé de Base Mégrine coteaux

M. L. Latrech, M. E. Latrech, R. Ben Hafsa, K. Najahi, H. Saied

LA PRATIQUE MEDICALE DANS UN CONTEXTE DE SOINS PRIMAIRES. Particularites et nouvelles tendances

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°01) : 76 - 81

M. L. Latrech, M. E. Latrech, R. Ben Hafsa, K. Najahi, H. Saied

MEDICAL PRACTICE WITHIN THE PRIMARY HEALTH CARE CONTEXT. Characteristics and new trends

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°01) : 76 - 81

## RÉSUMÉ

**Prérequis :** L'exigence d'une pratique clinique de qualité est un perpétuel défi. De nombreux constats ont été établis concernant la variabilité des soins et des résultats ainsi que les dérives des coûts. Dans cet environnement le praticien doit maintenir et améliorer sa performance clinique.

**But:** Sondage d'opinion auprès de médecins généralistes concernant l'évolution de leur pratique en rapport avec le progrès des sciences médicales.

**Méthodes :** Enquête par questionnaire auto administré comportant 20 items auprès d'une cinquantaine de médecins de première ligne du secteur public choisi par tirage au sort à propos de leur opinion, leur connaissance et leur savoir faire concernant certains aspects de leur activité.

**Résultats:** L'estimation par les médecins de la durée moyenne d'une consultation est de 10 mn; les facteurs de l'allongement de la durée d'une consultation sont les pluripathologies, les symptômes médicalement inexpliqués et les patients d'âge extrême. La stratégie d'anamnèse préférée est celle par pathologie suivie de la méthode globale ; dans la relation médecin malade l'aspect médical prévaut sur l'approche centrée sur le patient (Médicopsychosocial).

La plupart des médecins se comportent en enseignant et conseiller plutôt qu'en technicien et tuteur. Les symptômes médicalement inexpliqués correspondent surtout à des pathologies psychosomatiques et à des plaintes masquées. La valorisation de l'information sanitaire consiste en priorité dans l'utilisation d'une classification standardisée puis dans l'enregistrement électronique de l'activité.

**Conclusion :** Notre étude a permis de confirmer un certain degré de discordance entre la pratique de nos médecins et les nouvelles tendances signalées dans la littérature. La validité de ces résultats reste tributaire d'une enquête à réaliser auprès des patients.

## SUMMARY

**Background :** The request for a high quality clinical practice is a permanent challenge. Many conclusions have been drawn concerning the medical care and the results variability and the drifts cost. Within this context the General Practitioner has to maintain and improve his performance.

**Aim:** To asse the agreement of primary care physicians with new trends in the specialized literature

**Methods :** A survey via an auto-questionnaire comprising 20 items was addressed to 50 General Practitioners of the Public Health Sector, draw chosen, in order to provide their opinion, knowledge and know-how relative to certain aspects of their daily activity.

**Results:** The General Practitioners' estimation of the average time for a consultation is 10 minutes; the reasons of its prolongation are the poly-pathologies, the unexplained medical symptoms and the extreme aged patients. The preferred anamnesis strategy is followed by the global method; in the relationship General Practitioner - Patient the medical aspect is prevailing on the centred patient approach (psycho - socio-medical).

The majority of General Practitioners are behaving more as teachers and advisors than as technicians and tutors. The non - explained medical symptoms are merely corresponding to psychosomatic pathologies and hidden complaints. The sanitary information promotion consists, in priority, in the use of a standard classification and then in the electronic activity registration.

**Conclusion:** Our study allowed us to confirm a certain clash between our General Practitioners' practice and the new trends in the specialized literature. The validity of these results remains though dependant of a survey to be done with the Patients.

## MOTS - CLÉS

pratique médicale, soins primaires

## KEY - WORDS

Primary health care, Medical practice

## الممارسة الطبية في نطاق الرعاية الصحية الأولية خصوصياتها وتوجهاتها المستحدثة

الباحثون : م. ل. الأطرش - م. ا. الأطرش - ر. حفصة - خ. نجاحي - ه. سعيد

المقدمة : تمثل متطلبات الممارسة السريرية عالية الجودة تحدياً متجدداً فقد تبين من خلال عديد المعايير اختلاف مستوى نوعية الرعاية الصحية ونتائجها وانعكاساتها وكذلك انحراف تكاليفها. وفي هذا السياق يتعين على الطبيب الممارس المحافظة والرفع من مستوى أدائه. الهدف : عملية سبر آراء أطباء عامين بخصوص تطور أسلوب ممارستهم بالتوازي مع تطور العلوم الطبية.

الطريقة : مسح استبياني يشتمل على 20 سؤال موجه لأطباء ممارسين في الخطوط الأمامية ضمن القطاع العام 50 قصد استجوابهم عن آرائهم ومعارفهم ومهاراتهم في بعض أوجه نشاطهم .

النتائج : حسب تقدير الأطباء تستغرق فترة العيادة الطبية في معدلها لكل مريض 10 دقائق. ومن أسباب امتداد فترة العيادة : تراكم الأمراض، الأعراض الغامضة طبيياً والمرضى ذوو الأعمار القصوى.

أما الإستراتيجية المفضلة لاستجواب المريض عن سوابقه فهي طريقة سرد الأمراض تليها الطريقة الإجمالية. وبخصوص علاقة الطبيب بالمريض فإن الجانب الطبي محبذ على المقاربة المركزة على المريض. كما أن أغلبية الأطباء يصرحون أنهم يتعاملون كمدرسين أو كمستشارين أكثر من تعاملهم كتقنيين أو كأوصياء. الأعراض الغامضة طبيياً تعبر على المظاهر نفسجسدية أو على الاضطرابات المقنعة أسلوب تهمين المعلومات الصحية يرتكز خصوصاً على الترتيب النمطي ثم على التدوين الإلكتروني للنشاط. الخاتمة : تبين من خلال بحثنا مدى محدودية الإنسجام بين طريقة الممارسة الحالية للأطباء المستجوبين والتوجهات المستحدثة المذكورة في الأبحاث ذات الصلة علماً وأن مصداقية هذه النتائج تبقى رهناً ما ستمتدده البحوث المستقبلية مع المرضى.

الكلمات الأساسية : الممارسة الطبية، الرعاية الصحية الأولية

Les thèmes de la pratique médicale, de la qualité des soins et du coût de la santé, préoccupent tous les intervenants dans le domaine médical et sont l'objet d'un débat permanent.

De nos jours, la pratique médicale se trouve confrontée à un environnement de plus en plus contraignant.

- la science médicale se densifie et s'enrichit continuellement, il en résulte un besoin permanent d'information.
- les patients sont de plus en plus exigeants concernant le droit à l'information et à la sécurité.
- l'organisation administrative et économique des systèmes de soins a tendance à se compliquer.

Certaines constatations prouvent bien que tout n'est pas pour le mieux dans la pratique médicale, c'est ainsi que :

- malgré les progrès technologiques qui devraient rendre le diagnostic clinique infaillible, les erreurs diagnostiques continuent d'être communes, deux études récentes montrent 45% de discordance entre le diagnostic clinique et le diagnostic post-mortem (autopsie) (1) (2); de même, et dans le cadre des soins primaires deux études rapportent des omissions d'informations cliniques dans 13,6 % des visites médicales ; et des recueils d'information anamnestiques essentielles correspondant seulement à 59% des items au cours d'une consultation (3) (4).

- Les pathologies iatrogéniques occultes en pratique ambulatoire, mieux perçues et analysées en milieu hospitalier, ne sont pas rares ; deux études hospitalières estiment que 6,7 % des admissions sont dues à une réaction adverse sérieuse (5) et que 25% des admissions dans un service de médecine interne aboutissent à des réactions adverses (6). Dans une étude en milieu ambulatoire 27% des patients ont souffert d'un évènement adverse (7).

- une grande variabilité dans les pratiques médicales illustrées par des études, à titre d'exemple, une étude a montré un taux d'hystérectomie plus bas chez les épouses de médecins et avocats et plus élevé chez les femmes à faible et moyen niveau d'instruction (8) ainsi qu'une sur-utilisation de la gastroscopie (9) et une sous-utilisation de la colonoscopie (10) sans motif rationnel.

- une partie non négligeable de malades se réfugie dans les médecines alternatives après avoir été déçus par la médecine conventionnelle (11,12).

Par contre, un renouveau de la pratique médicale en première ligne est en train de se réaliser, car la médecine générale a acquis une certaine autonomie par rapport aux médecines hospitalière et spécialisée, par sa définition et la précision de son domaine d'action (13). Mieux encore un enseignement postuniversitaire individualise désormais la médecine générale (DES de médecine générale) et en a fait une spécialité à part entière (14) (15).

La mise au point de méthodes d'amélioration de la sécurité en soins primaires concernant le diagnostic, la prescription et la communication (16), l'application de modèles d'évaluation, de perfectionnement de la compétence et de la performance clinique dans le cadre de la certification des cliniciens (17) (18); et pour conclure un souci de lier le salaire à la compétence clinique et à la qualité de soins (19) (20) font que dans cet

environnement le praticien doit évaluer la performance de sa pratique et c'est l'objet de cette étude.

Le but de cette étude a été de réaliser un sondage d'opinion auprès de médecins généralistes concernant l'évolution de leur pratique en rapport avec le progrès des sciences médicales.

## MATERIEL ET METHODES

L'étude s'est déroulée dans le grand Tunis au cours du second trimestre de l'année 2006.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, par questionnaire auto administré comportant 20 items réalisé auprès de médecins généralistes du secteur public tirés au sort.

L'échantillonnage est représentatif des médecins de santé publique de la région.

La technique de sondage est en grappe à 2 degrés avec comme unité primaire les groupements de santé de base (5) et comme unités secondaires les circonscriptions sanitaires.

La base du sondage est la liste des structures sanitaires sous tutelle du ministère de la santé publique parue sur le journal officiel du 26/07/2005.

Ont été éligibles à l'étude 60 médecins, 52 ont accepté de répondre à notre questionnaire soit un taux de 86%.

Le sexe ratio ainsi que la répartition par ancienneté sont conformes à la structure de la démographie médicale de la région. Le questionnaire s'est penché sur les thèmes de la consultation, de la communication, de la relation médecin-malade, les symptômes médicalement inexplicables, l'information sanitaire, l'examen physique, la prescription, la référence, la prévention et le changement de pratique ; seuls les cinq premiers items cités seront présentés dans ce travail, les autres seront développés dans des publications ultérieures.

Les résultats sont présentés sous forme tabulaire utilisant les statistiques descriptives (fréquence absolue, fréquence relative).

## RESULTATS

### A. Consultation

La durée moyenne de consultation est de 10mn, elle varie entre 5 et 20 mn.

Les facteurs de l'allongement de la durée d'une consultation sont dominés par les pluri pathologies, les symptômes médicalement inexplicables et les patients d'âges extrêmes ; à un degré moindre par les problèmes psychosociaux, la réalisation d'un geste technique et la prise en charge de la prévention. La charge de travail, le sexe du patient ainsi que le milieu d'exercice du praticien ne sont pas significatifs.

### B. Communication

La durée moyenne d'écoute initiale du médecin est de 17 sec  
La stratégie d'interrogatoire concernant les antécédents familiaux comprend trois types, nos enquêtés ont eu recours (Tab.1) :

\*à la technique pathologie dans 71% des cas

\*à la technique globale dans 23% des cas

\*à la technique famille dans 6% des cas

**Tableau 1 :** Stratégie d'interrogatoire : Le type de question posé au patient pour l'interroger

Technique	Nombre	Pourcentage (%)
Pathologie	37	71
Globale	12	23
Famille	3	6

**C. Relation médecin-malade**

Les médecins enquêtés estiment qu'ils sont sollicités dans (Tab.2) :

- 31 % des cas dans le domaine strictement médical
- 27 % des cas équilibre entre le biomédical et psychosocial
- 25 % des cas biomédical avec un peu de psychosocial
- 10 % des cas strictement psychosocial
- 7% des cas strictement informatif

**Tableau 2 :** Motifs des sollicitations du médecin par le patient

Domaine	Nombre	Pourcentage (%)
Strictement Médical	16	31
Equilibre Biomédical et Psychosocial	14	27
Biomédical et peu de Psychosocial	13	25
Strictement Psychosocial	5	10
Strictement Informatif	4	7

Par ailleurs, ils considèrent qu'ils se comportent dans (Tab.3):

- 32% des cas en enseignant
- 29% des cas en conseiller
- 27% des cas en technicien
- 12% des cas en tuteur

**Tableau 3 :** Type de comportement prédominant du médecin vis à vis du patient

Comportement en	Nombre	Pourcentage (%)
Enseignant	17	32
Conseiller	15	29
Technicien	14	27
Tuteur	6	12

**D. Symptômes médicalement inexpliqués (SMI)**

Les médecins enquêtés devant des SMI pensent en priorité dans:

- 56 % des cas à des pathologies psychosomatiques
- 26 % des cas à des troubles somatoformes
- 12 % des cas à des plaintes masquées
- 6 % des cas à des troubles factices

Les SMI à leur avis se manifestent dans (Tab.4) :

- 54% des cas par des plaintes physiques
- 27% des cas par des plaintes comportementales
- 12% des cas par des plaintes émotionnelles
- 7% des cas par des plaintes cognitives

**Tableau 4 :** Interprétation par le médecin des Symptômes Médicalement Inexpliqués

Plaintes	Nombre	Pourcentage (%)
Physiques	28	54
Comportementales	14	27
Émotionnelles	6	12
Cognitives	4	7

**E. Information sanitaire**

Afin d'améliorer le recueil de l'information sanitaire (Tab.5):

En ce qui concerne les médecins anciens :

- 65% optent pour la classification standardisée de l'activité médicale

- 35% pour l'enregistrement électronique de l'activité médicale

En ce qui concerne les médecins jeunes :

- 42% optent pour la classification standardisée de l'activité médicale

- 58% pour l'enregistrement électronique de l'activité médicale

CISP2 : Classification Internationale des Soins Primaires

EMR : enregistrement électronique de l'activité médicale

**Tableau 5 :** Préférences des médecins pour le recueil de l'information sanitaire

Recueil de l'information	Médecin Ancien		Médecin Jeune	
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)
Classification Standardisée	17	65	11	42
Enregistrement Electronique	9	35	15	58

**DISCUSSION****A. consultation**

La durée moyenne d'une consultation est un des paramètres de la qualité des soins, sa variation reflète le niveau d'organisation des systèmes de soins et la qualité de prise en charge des malades.

Dans notre enquête la durée moyenne d'une consultation était de 10 mn, comparée à certains pays Européens (21) nous nous situons au juste milieu (Tab.6).

**Tableau 6 :** Durée d'une consultation selon les pays

Pays	Durée en mn	Commentaires
Allemagne	7,6	Forte demande implique consultation plus courte
Espagne	7,8	> 200 rencontres/semaine
Royaume Uni	9,4	Système de santé bien organisé, liste restreinte
Pays bas	10,2	payement par capitation
Belgique	15,0	Marché ouvert, accès direct investissement
Suisse	15,6	dans le temps => convaincre le malade

Les variations inter médecins par ancienneté et par sexe ne sont pas significatives

Les facteurs de l'allongement de la durée de consultation dans notre enquête étaient :

- les pluri pathologies,
- les symptômes médicalement inexpliqués
- âges extrêmes
- problèmes psychosociaux

Dans une étude multicentrique Européenne Deveugele et al. (21) relevaient que c'était plutôt la pratique en milieu urbain, patient de sexe féminin, nouveau problème psychosocial qui en étaient les déterminants.

Quel que soit son motif, l'allongement du temps de contact lors de la consultation médicale favorise le transfert de l'information et la satisfaction du patient, fait confirmé par l'étude de Bindman et al. (22).

**B. Communication**

A travers la littérature, la communication médecin-malade est médiocre.

Après une consultation, on constate que :

-50% des malaises et des soucis qui ont conduit le patient chez le médecin n'ont pas été exprimés

-50% des troubles psychologiques et sociaux n'ont pas été diagnostiqués

-50% des patients quittent la consultation sans avoir compris les messages de leur médecin

Les causes de cette « maladie de la communication » varient et les plus communes sont :

-asymétrie de la relation entre un médecin compétent et un patient profane

-insuffisance d'écoute et de la parole du médecin qui sous estime l'attente anxieuse du patient

-le manque de temps des médecins accablés par les tâches administratives

La communication a été explorée dans notre étude à travers la variable monologue (durée moyenne d'écoute initiale par patient) elle était de 17 sec comparée à celle des Etats-Unis 23 sec, Palestine 27 sec, Slovénie 28 sec (23) (24).

L'enseignement à tirer pour la pratique consiste à acquérir le réflexe de retenue afin de permettre au patient de terminer son message sans l'interrompre. L'autre variable explorée consiste dans la stratégie d'interrogatoire sur les antécédents familiaux : 71% des praticiens interrogent leurs patients par la technique pathologie, 24% utilisent la technique globale et seulement 5% la technique famille. Dans une étude Française Aubert et al. (25) viennent de confirmer que la technique pathologie suivie par celle de la famille permet de recueillir 4 fois plus d'informations en terme d'antécédents au prix d'une durée 4 fois plus longue. La recommandation de cette étude préconise qu'à l'occasion d'une première rencontre le choix de la stratégie combinée pathologie/famille favoriserait un recueil

d'information exhaustif et plus contributif.

**C. Relation médecin-malade**

La relation médecin-malade ne fait pas partie du cursus des futurs praticiens.

Au début de sa carrière chaque médecin se comporte de façon instinctive/intuitive et acquiert au cours de sa vie professionnelle certains réflexes plus ou moins adaptés (Tab.7).

Concernant le modèle relationnel, dans notre enquête (Tab.3)

- 32% des praticiens déclarent se comporter en éducateur
- 29 % des praticiens déclarent se comporter en conseiller
- 27 % des praticiens déclarent se comporter en technicien
- 12 % des praticiens déclarent se comporter en tuteur

En France le médecin généraliste est considéré comme conseiller dans 90% des cas et confidant dans 50% des cas (26). Dans une étude datant de quelques années, le médecin généraliste Tunisien fait prévaloir son rôle technique 90% sur son rôle relationnel 10% (27). La médecine générale traditionnelle est régie par le paternalisme (examen physique+prescription) illustrée par l'habitude qu'avaient pris les médecins à ne guère impliquer le malade dans sa prise en charge. En revanche, un des piliers de la médecine générale actuelle et futuriste est représenté par l'approche centrée sur le patient (ACP) (28). Des études récentes suggèrent que la relation médecin-malade idéale devrait correspondre au modèle délibératif où l'information du patient est exhaustive, son autonomie est orientée et où le rôle du médecin est d'être persuasif et éducateur (29)

Il ressort de notre étude que les médecins enquêtés déclarent qu'ils sont sollicités par leurs patients dans des proportions proches d'une étude Américaine dans laquelle d'ailleurs Roter et al. (30) confirment que la satisfaction du patient augmente dans le domaine psychosocial, celle du praticien dans le domaine informatif (Tab.8). En médecine générale l'approche thérapeutique est multidimensionnelle, elle comprend une dimension physique, une dimension comportementale, une dimension cognitive et une dimension émotionnelle, à chacune de ces dimensions correspond une réponse de la part du patient (31). Il a été établi dans une étude de Moreau et al (32) que l'intervention à visée cognitivo-émotionnelle du médecin est efficace sur le plan thérapeutique et que cet « effet-médecin »

**Tableau 7 : Relation médecin-malade en fonction du modèle et des variables relationnelles (Glossaire)**

Modèle relationnel	Variable relationnelle	Patient		Praticien	
		Appréciation du patient : Information	Autonomie du patient : participation	Engagement du praticien	Rôle du praticien
Informatif		Exhaustive	Large	Exécutant	Technicien
Interprétatif		Exhaustive	Partagée	consultant	Conseiller
Délibératif		Exhaustive	Orientée	Persuasif	Educateur
Paternel		Sélective	Limitée	autoritaire	Tuteur

en soins primaires repose sur une attitude émotionnelle d'attention, d'empathie et d'une réassurance positive. L'enseignement à tirer est que le médecin généraliste doit avoir une approche thérapeutique centrée sur le patient dans sa dimension individuelle, familiale et communautaire et qu'il ne doit guère négliger les dimensions cognitives et émotionnelles en favorisant la dimension physique.

**Tableau 8 :** Relation médecin-malade en fonction du domaine relationnel

Domaine Relationnel	Etude	Notre étude	Etude américaine
R biomédicale relative		31	32
R biomédicale élargie		27	33
R biopsychosociale		25	20
R psychosociale		10	7
R informative		7	8

#### D. Symptômes médicalement inexpliqués

Domaine d'interface classique entre les différents niveaux de soins, les symptômes médicalement inexpliqués représentent un chapitre délicat en rapport d'une part avec la rationalisation des coûts de la santé et d'autre part avec l'exposition de la relation médecin-malade à des risques dont notamment :

- le désintérêt du médecin face à la revendication du patient
- des malades improbables face à des médecins complaisants
- une atteinte iatrogénique consécutive à une escalade diagnostique et thérapeutique (33) (34).

D'après une enquête récente menée par Luthy et al. (35), 30 à 50% des motifs de consultation de premier recours ne correspondent à aucune entité diagnostique reconnue par le système de classification des maladies. Dans une autre étude aussi récente Moreau et al. (36) précisent que la fréquence des symptômes bio médicalement inexpliqués se situe entre 10 et 40% des motifs de consultation de première ligne.

Le médecin généraliste a appris par l'expérience à se situer dans une dimension multifactorielle systémique et probabiliste que dans une dimension unicausale et analytique, il est plutôt dans une dimension de relativité et de doute que d'absolu et de certitude. Il doit par conséquent intégrer les notions de contexte, d'histoire, d'attente et de représentation et qui font qu'il adopte une approche médicale globale ou approche centrée sur le patient ACP (28).

L'enseignement à tirer devant des SMI est :

- d'examiner, de réexaminer (obligation minimale de moyens, créer le climat de confiance)
- de renoncer à l'approche anatomo-clinique et opter pour l'approche centrée sur le patient
- de s'intéresser au contexte (environnement, émotion, vécu, représentation, croyance, attente)
- d'adopter une grande retenue thérapeutique.

#### E. Information sanitaire

D'un point de vue conceptuel, l'utilité d'une information pour l'activité clinique peut se décliner selon les caractéristiques suivantes:

- sa validité scientifique
- sa pertinence

- son acceptabilité
- son importance pratique

Pour le praticien, l'information la plus utile sera celle qui lui permettra d'acquérir le plus directement possible la meilleure connaissance en termes qualitatifs et quantitatifs. Le langage médical est caractérisé par un vocabulaire riche, les termes utilisés ne sont pas univoques :

- une même maladie peut être désignée par des noms différents: synonymie
- un même terme peut avoir plusieurs significations : polysémie
- une même situation clinique peut avoir différentes appellations chez différents médecins
- un même observateur devant la même situation clinique peut recourir à différentes appellations à différents moments.

La structuration de l'information médicale nécessite l'utilisation d'outils pour des recueils collectivement exploitables, ce qui permet l'analyse et la valorisation des données. Plusieurs groupes de médecins de premiers recours à travers le monde : Hollande, Suisse, France, Australie, Belgique, et même Tunisie par des actions continues ou ponctuelles ont tenté avec des résultats encourageants l'utilisation de la classification Internationale des soins primaires CISP2 éditée par la WONCA, cet outil qui se veut universel permet de passer d'une épidémiologie orientée vers la prévalence à une épidémiologie orientée vers les épisodes. Ce qui permet par conséquent la transition d'une recherche descriptive vers une recherche expérimentale (37) (38) (39).

L'utilisation complète de la CISP2 par des médecins de premiers recours permet au cours du temps de caractériser des épisodes, d'analyser des évolutions et de mieux comprendre la relation entre le motif du patient pour la rencontre et la réponse professionnelle du médecin. L'utilisation d'une classification standardisée de l'activité médicale a constitué une priorité pour les médecins anciens 64%.

Pour les médecins plus jeunes, c'est l'enregistrement électronique de l'activité médicale qui prévaut 59%.

L'enregistrement électronique de l'activité médicale est un phénomène émergent qui interfère dans de multiples chapitres :

- consultation : gestion informatisée du dossier médical
- laboratoire : coût, résultats précédents, probabilité de résultats anormaux
- imagerie : gestion informatisée et hiérarchisation des examens d'imagerie
- prescription : réduit les erreurs et évite les allergies médicamenteuses
- références : meilleure interaction entre praticiens

L'activité médicale informatisée permet aux praticiens d'utiliser la fonction de rappel (reminder) et la fonction d'alarme (alarm) dans les domaines de la thérapeutique et de la prévention (40) (41) (42). D'une façon générale, l'intégration technologique de l'enregistrement électronique de l'activité médicale réduit les erreurs, facilite l'accès aux données cliniques et aux données de recherche, tend vers l'utilisation optimale des moyens, offre un meilleur confort dans l'activité et permet une pratique plus performante.

## CONCLUSION

Le cumul de l'expérience des médecins de première ligne à travers le monde a permis de dégager certaines particularités et de tirer des leçons pour une meilleure pratique médicale.

Nos médecins enquêtés ont exprimé leurs points de vue parfois discordants avec les nouvelles tendances parues dans la littérature. Afin de confirmer l'authenticité, il est nécessaire d'enquêter auprès des patients et de confronter les résultats.

Les principales recommandations retenues visent à :

- allonger le temps de contact lors de la consultation,
- permettre au patient d'exprimer ses plaintes sans l'interrompre,

- opter dans son interrogatoire pour une stratégie combinée pathologie/famille afin d'obtenir le maximum d'informations concernant les antécédents familiaux,
- se rapprocher du modèle délibératif dans la relation médecin/malade,
- faire prévaloir l'approche thérapeutique centrée sur le patient dans sa dimension individuelle, familiale et communautaire
- examiner, réexaminer, s'intéresser au contexte et surtout éviter l'escalade thérapeutique devant les symptômes médicalement inexpliqués,
- utiliser des outils validés (CISP2) afin de structurer l'information médicale et encourager l'enregistrement et la gestion électronique de l'activité médicale afin de la valoriser.

## RÉFÉRENCES

1. Nichols L, Aronica P, Babe C. Are autopsies obsolete? *Am. J. Clin Pathol* 1996; 110: 210-8
2. Burton EC, Troxclair DA, Newman WP. Autopsies diagnoses of malignant neoplasms. How often are clinical diagnoses incorrect? *JAMA* 1998; 280: 1245-8
3. Smith. P.C, Araya-guerra. R, Bublitz C et al. Missing clinical information during primary care visits. *Jama* 2005; 293: 565-71
4. Ramsey P.G, Curtis J R, Paaum D S et al. History-taking and preventive skills among primary care physicians: an assessment using standardized patients. *Am J Med* 1998; 104: 152-58
5. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reaction in hospitalized patients: a meta analysis of prospective studies. *JAMA* 1998; 279: 1200-5
6. De la Sierra A, Cardellach F, Cobo E et al. Iatrogenic illness in a department of general internal medicine. A prospective study. *Mt Sinai J Med* 1989; 56 :267-71
7. Ghandi T K, Weingart SN, Borus J et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N. Engl. J. Med.* 2003; 348: 1556-64
8. Domenighetti G, Casabianca A. Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers wives. *B M J.* 1997; 314: 1417.
9. Seematter-Bagnoud L, Vader J P, Wietlisbach V et al. Overuse and underuse of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy in various clinical settings. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 301- 8.
10. Vader JP, Pache I, Froehlich F et al. Overuse and underuse of colonoscopy in a European primary care setting. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 593-9
11. Holland J C. Use of alternative medicine - a marker of distress. *N Engl J Med* 1999; 340: 1758-9.
12. Astin J A, Why patients use alternative medicine. Results of a national study. *Jama* 1998; 279: 1548-53.
13. Léonard D. Expert généraliste, Quelles sont les compétences requises. *La revue du praticien M G* 2004; 18: 1055-56
14. Druais P I, Gilberg S. Le DES de médecine générale. *La revue du praticien M G* 2004; 18: 1364-66
15. Staldler H. Le défi de l'enseignement en médecine ambulatoire. *Médecine et hygiène* 2001; 59: 1848-50
16. Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. *B M J* 2002; 324: 584-7
17. M J Kurlley R K, Fraser R C, Baker R Model for directly assessing and improving clinical competence and performance in revalidation of clinicians *B M J* 2001; 322: 712-5
18. Landon B E, Normand S T, Blumenthal D Physician clinical performance assessment prospects and barriers. *JAMA* 2003; 290: 1183-89
19. Roland M. Linking physician's pay to the quality of care. A major experiment in the united kingdom *N Engl J Med* 2004; 351: 1448-54
20. Rosenthal MB, Frank RG, Li Z et al. Early experience with pay for performance from concept to practice *JAMA* 2005; 294:1788-93
21. Deveugele M, Derese A et al. Consultation length in general practice: cross sectional study *BMJ* 2002; 325: 472-4
22. Bindman A, Forrest C, Britt H et al. Diagnostic scope and exposure to primary care physicians in Australia, New Zealand and the United States: Cross Sectional Analysis of results from three national surveys *BMJ* 2007; 334: 1261-4
23. Langewitz W, Denz M, Feller A et al. Spontaneous talking time at start of consultation in out patient clinic: Cohort study. *BMJ* 2002; 325: 682-3
24. Rabinowitz I, Luzzatti R, Tamir A et al. Length of patient's monologue, rate of completion and relation to other components of the clinical encounter. Observational intervention study in primary care *BMJ* 2004; 328: 501-2
25. Aubert JP, Coste N, Audran G et al. Stratégies d'interrogatoires sur les antécédents familiaux au cours d'une consultation de médecine générale. *La revue du praticien M G* 2003; 17 :1044
26. Chahed MK, Maghazaoua F et al. Médecins généralistes et médecine générale: Image sociale et représentation de la population. *La Tunisie médicale* 2001 ; 79 : 401-7
27. Ennigrou S, Ayari H, Skhiri H et al. Médecine générale et médecins généralistes le point de vue des enseignants de la faculté de médecine de Tunis *La Tunisie Médicale* 2002 ; 80 : 605-15
28. Bicané Z. Préférences des malades pour l'approche centrée sur le patient dans la consultation de médecine générale. Thèse Médecin Monastir (Tunisie) 2003/1065
29. Emanuel EJ, Emanuel II. Four models of the physician patient's relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-26
30. Roter DL, Stewart M, Putnam SM et al. Communication patterns of primary care physicians *JAMA* 1997; 277: 350-56
31. Diblasi Z, Harkness E, Giorgiou A. Influence of context effects on health outcomes a systematic review. *The Lancet* 2001; 357: 757-62
32. Moreau A, Boussageon R, Givier P. Efficacité thérapeutique de l'effet médecin en soins primaires. *Presse médicale* 2006; 35: 967-73
33. Canevet JP. Maladies imaginaires et plaintes répétitives en médecine générale. *La revue du praticien MG* 1998; 12: 425- 23,26
34. Rig A, Dowick C, Humphis G. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practionners for somatic treatment? a qualitative study. *BMJ* 2004; 328: 1057-60
35. Luthy C, Cedraschi C, De Tonnac N. Symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne recommandations pour la prise en charge hospitalière. *Med hyg* 2003; 61: 918-22
36. Moreau A, Givier P, Figou S et al. Symptômes biomédicalement inexpliqués: intérêt de l'approche globale en médecine générale. *La revue du praticien MG* 2004; 18: 292-5
37. Latrech M.L. et al. Analyse de l'activité d'un CSB : Application de la CISP2. Communication VIII journées de DSSB Tunis 2000 Sept. 1-20
38. Ben Abdelaziz A. et al. Morbidity diagnosed in the general medicine public structure in Tunisia. *Santé Publique* 2003; 15: 191-202.
39. Ben Abdelaziz A. et al. Les motifs de consultation en médecine générale. *Tunisie Med.* 2003; 81: 926-32
40. Dexter PR, Perkins S, Overhage JM et al. A computerized reminder system to increase the use of preventive care for hospitalized patients *N.Engl.J.Med.* 2001; 345: 965-70
41. Kuperman G, Gibson R. Computer physician order entry: benefits, costs and issues. *Ann. Intern. Med.* 2003; 139: 31-9.
42. Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R et al. Information in practice. *BMJ.* 2003; 326: 1439-43.