

IMS Health & Quintiles are now



EUDIP : étude sur l'usage des dossiers informatisés du patient par les médecins généralistes dans la pratique quotidienne

SYNTHÈSE ET CONCLUSIONS

Réunion IQVIA & CSMF du 30 mai 2018

Etude réalisée par IQVIA pour la CNAMTS

Objectifs de la réunion

Revenir de façon synthétique sur les grands enseignements de l'étude :

Analyse descriptive

Description détaillée des fonctionnalités de 5 logiciels médecins, couvrant ~50% du marché

Analyse quantitative

Rappel de la méthodologie et présentation des grands résultats

Analyse statistique

Typologie des médecins, selon leur profil et leur habitudes de remplissage du dossier informatisé du patient

Volet qualitatif

Restitution des 30 entretiens qualitatifs réalisés auprès de médecins généralistes pour comprendre les ressorts de l'utilisation des DIP

Agenda

- + **Rappel de l'objectif de l'étude**
- + Analyse descriptive de 4 logiciels
- + Analyse quantitative
- + Analyse statistique
- + Volet qualitatif

La CNAMTS souhaite acquérir une meilleure vision des pratiques en termes d'utilisation de l'informatique médicale en médecine générale

L'informatique médicale en médecine générale est une préoccupation importante des pouvoirs publics de santé. Mais malgré des promesses qui intéressent et un taux d'équipement des médecins généralistes français supérieur à 80%, grâce aux efforts et aux incitations de l'Assurance Maladie, le développement de l'usage de ces outils semblent parfois lent et partiel. Pourtant, l'extension des fonctionnalités et de l'usage des logiciels médicaux ouvrent, à terme, la possibilité :

de transformer et d'améliorer les pratiques médicales :

- requêtes permettant de repérer tous les patients atteints d'une même pathologie et de suivre le respect des examens recommandés,
- affichage des recommandations de bonnes pratiques cliniques correspondant au diagnostic renseigné pour un patient.

d'alimenter les travaux des chercheurs sur la qualité et de l'efficience des soins :

- analyses épidémiologiques (incidence / prévalence, situations cliniques, ...),
- analyse des pratiques professionnelles,
- suivi de cohortes de patients chroniques,
- études pharmaco-épidémiologiques...

Actuellement, la CNAMTS ne dispose pas d'une image suffisante des pratiques en termes d'informatique médicale en médecine générale et des potentiels des données générées.

→ Objectif de l'étude : dresser un état des lieux des pratiques des MG sur le renseignement des dossiers médicaux informatisés patients

Agenda

- + Rappel de l'objectif de l'étude
- + **Analyse descriptive de 4 logiciels**
- + Analyse quantitative
- + Analyse statistique
- + Volet qualitatif

Le premier volet de cette étude consiste en une description détaillée de l'équipement des MG : logiciels ? fonctionnalités disponibles ? etc.

Les fonctionnalités relatives au dossier patient de 4 logiciels couvrant environ 50% du marché ont été détaillées : Axisanté 5 (CompuGroup), Crossway (Cegedim), HelloDoc V5.60 et Weda

Liste détaillée des fonctionnalités proposées

Logiciel	Fonctionnalité	Description
Axisanté 5
Crossway
HelloDoc V5.60
Weda

Un fichier Excel détaillé permet de lister et détailler toutes les fonctionnalités, logiciel par logiciel, ainsi que les options de remplissage (texte libre, etc.) mais aussi les possibilités d'interaction avec les autres professionnels de santé

Aperçu des interfaces

The screenshots illustrate the user interface of the medical software, showing a patient's medical history, current medications (e.g., PARLODEL), and diagnostic results. The interface is designed for ease of use, with clear navigation and data presentation.

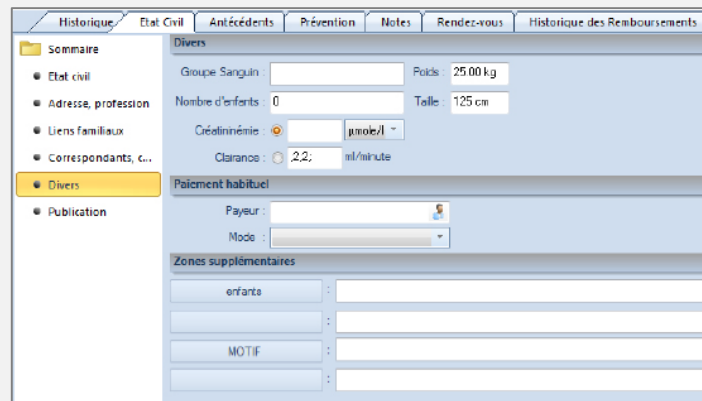
Des aperçus d'interface permettent d'illustrer la facilité d'utilisation

Le principal enseignement de cette première analyse, est que les logiciels présentent tous une multitude de fonctionnalités et une forte personnalisation possible mais une ergonomie plutôt complexe

Une forte arborescence du dossier patient

Dossier patient présenté sous forme de différents « onglets » ou « volets » reprenant entre autres :

- Le profil patient
- Les antécédents / les facteurs de risque
- L'historique médical
- Le motif de visite

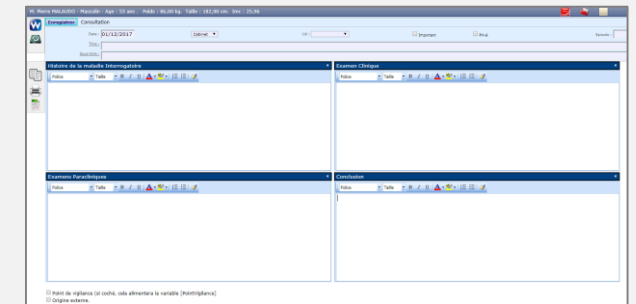


Exemple interface Dossier Patient HelloDoc

Un module consultation souvent organisé en « blocs »

AxiSanté, Hellodoc, Weda présentent le module consultation sous forme de « blocs »:

- Interrogatoire
- Examen
- Diagnostic
- Conclusion



Exemple interface Consultation Weda

Crossway axe le module consultation autour de la prescription :

- Nouvelle prescription / Renouvellement / Prescription type

Remarque : CISP disponible dans 2 logiciels uniquement, sinon CIM 10

Agenda

- + Rappel de l'objectif de l'étude
- + Analyse descriptive de 4 logiciels
- + **Analyse quantitative**
- + Analyse statistique
- + Volet qualitatif

Le second volet consiste en l'analyse des taux de remplissage des différents champs de ces logiciels (étude quantitative)

À partir de l'étude de deux panels IQVIA de médecins généralistes utilisant les 4 logiciels cités précédemment (observatoires LPD - Longitudinal Patient Database et DA - Disease Analyzer), étude du remplissage des dossiers patients :

Sur la base de **2 300 médecins généralistes** éligibles à l'étude

Sur la population générale : ensemble des **2 584 000 patients** suivis par ces médecins

Sur les **113 400 patients atteints de Diabète de type 2**, suivis par ces médecins

Sur les **26 000 patients atteints de Fibrillation atriale**, suivis par ces médecins

Champs étudiés

Profil du patient

- Ex : sexe, âge, taille, poids, IMC, etc.

Éléments cliniques

- Ex : signes & symptômes / motif de consultation / diagnostic, etc.

Actes & prescriptions

- Ex : prescription médicamenteuse, d'examens biologiques ou autres (imagerie...), résultat biologiques, etc.

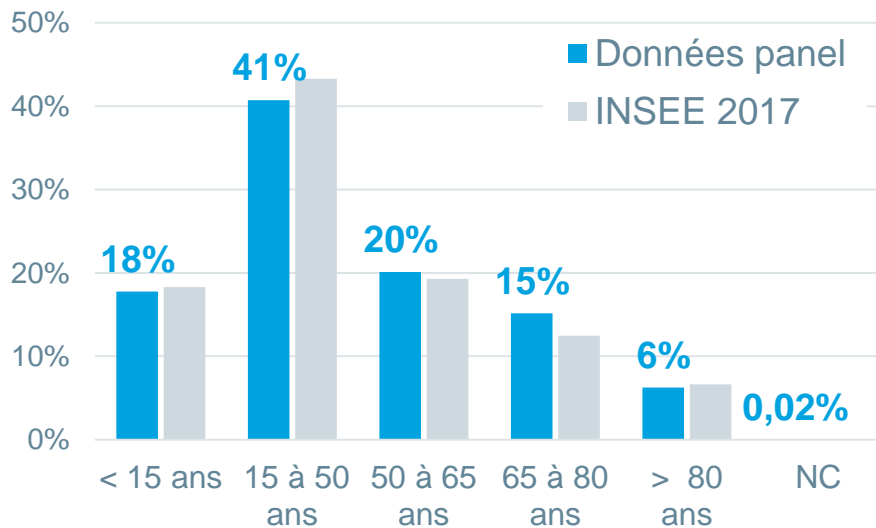
Principaux enseignements de l'analyse quantitative (1/4)

Informations générales sur le patient (population générale) :

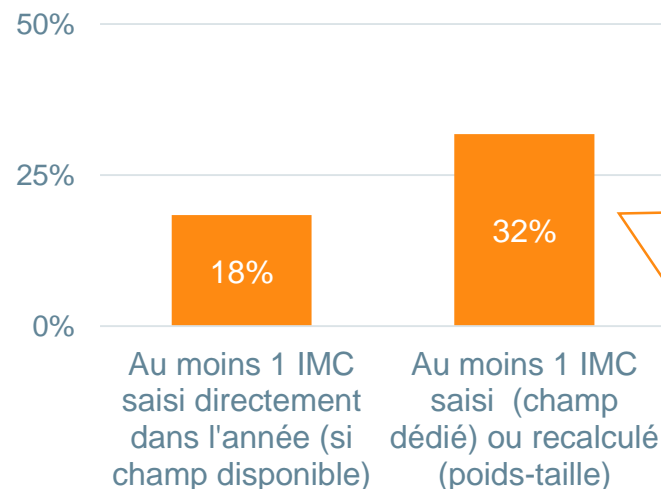
- Le sexe et l'âge des patients sont complétés dans la quasi-totalité des dossiers patients, avec une représentativité de l'échantillon très bonne en comparaison avec les données INSEE
- La moitié des patients sélectionnés ont consulté leur médecin entre 1 et 3 fois en 2016
- Le poids est plutôt bien renseigné dans les dossiers patients – 44% de mise à jour du poids dans l'année, avec une légère surreprésentation des patients en surpoids / obèses
- L'ALD semble correctement renseignée : 16% des dossiers concernés, en ligne avec les données du Site AMELI

Remplissage de l'âge des patients et représentativité (versus. INSEE)

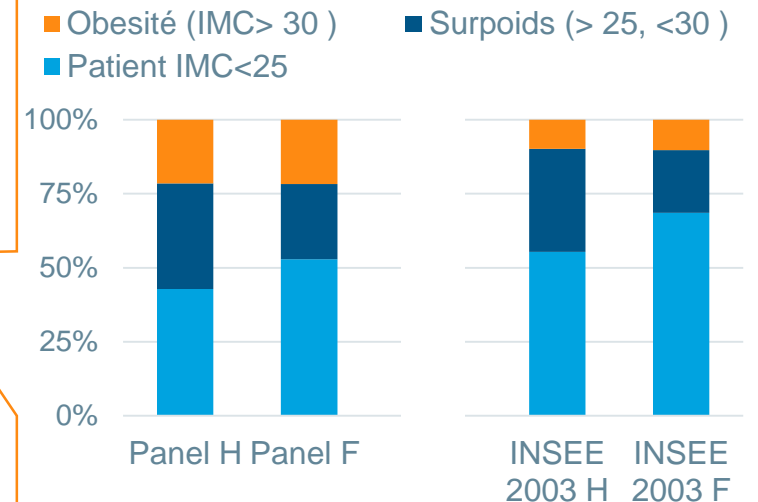
Age moyen : 42 ans ; Age médian : 43 ans



Taux de remplissage de l'IMC des patients



Niveau d'IMC par sexe des patients et représentativité (vs. INSEE)

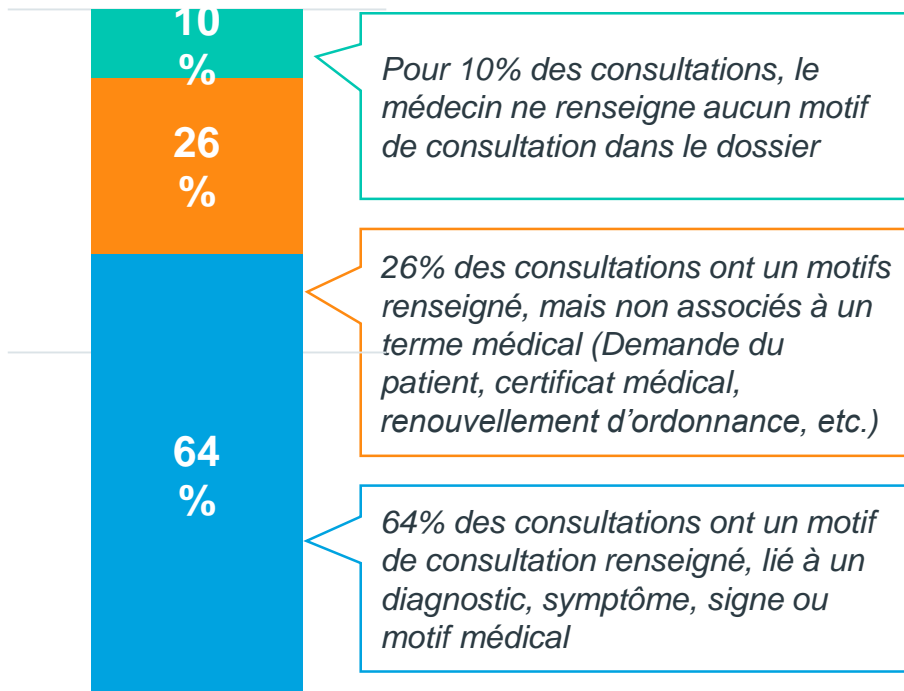


Principaux enseignements de l'analyse quantitative (2/4)

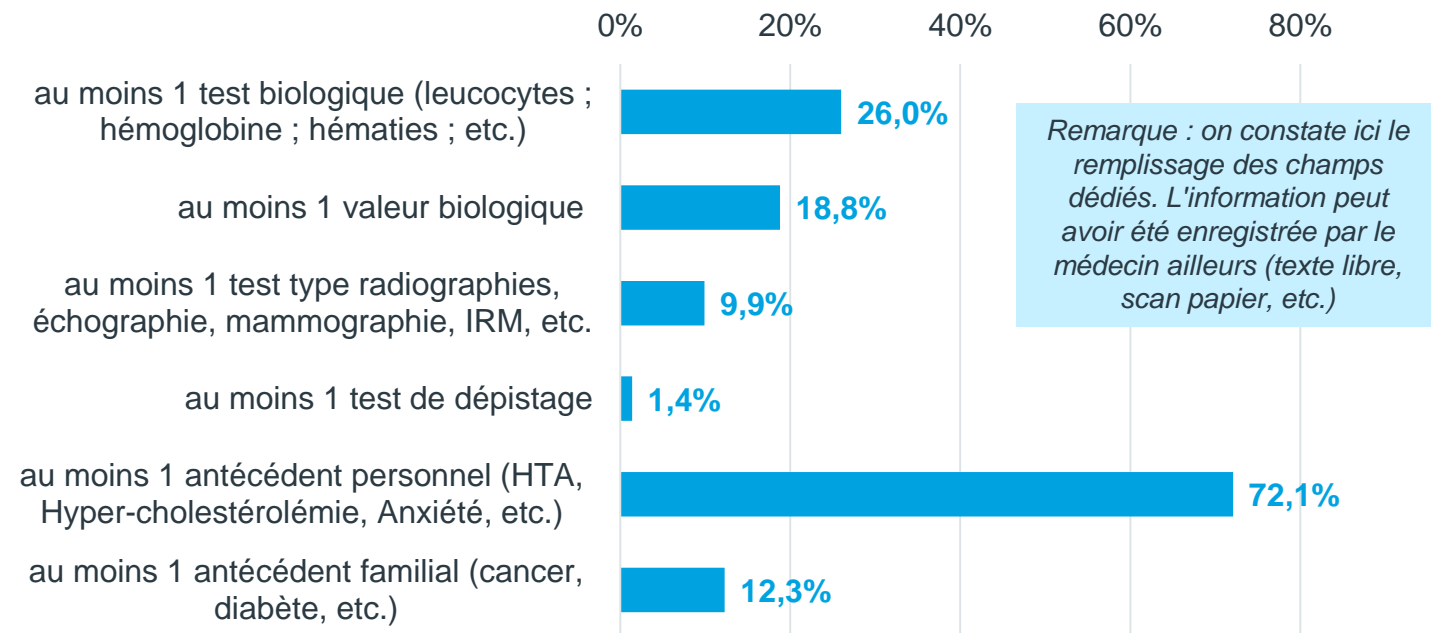
Informations cliniques (population générale) :

- La grande majorité (64%) des consultations donne lieu au renseignement d'une information clinique (symptôme, signe, diagnostic)
- La prescription médicamenteuse reste largement utilisée – et renseignée par les médecins (82% des consultations donnent lieu à la rédaction d'une ordonnance)
- En revanche, les médecins renseignent de façon beaucoup plus inégale les informations telles que la prescription de tests de dépistage ou d'examen biologiques, les antécédents, les principaux facteurs de risque

Renseignement du motif de consultation



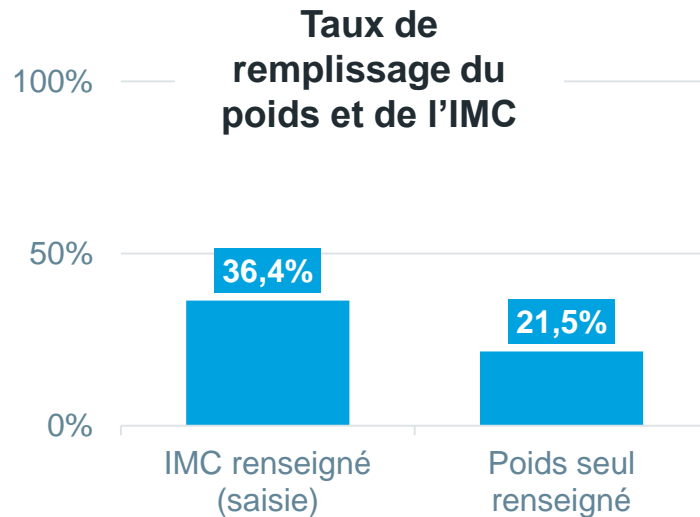
Taux de remplissage des champs dédiés à des informations dans le dossier patient



Principaux enseignements de l'analyse quantitative (3/4)

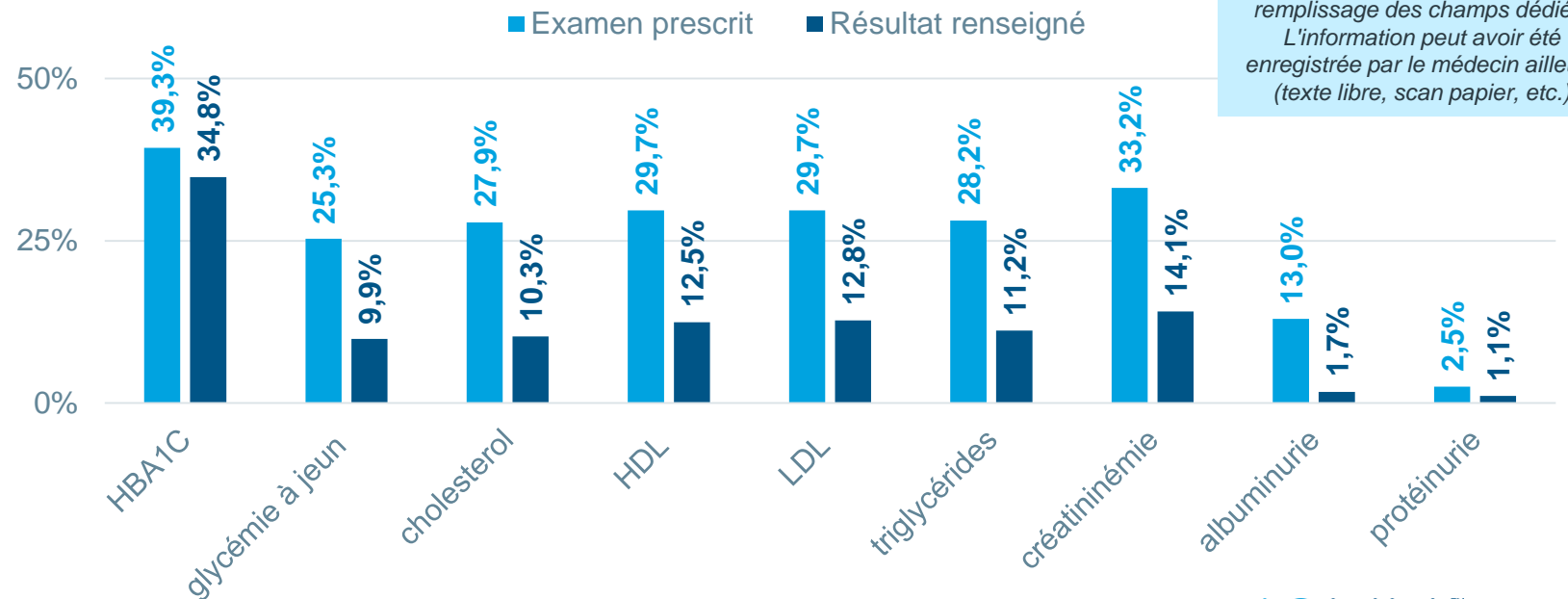
Spécificités des dossiers patients diabétiques :

- Logiquement, les patients diabétiques consultent plus fréquemment que la moyenne : 6,3 (vs. 4,1 pour la population générale)
- Moins de la moitié des patients diabétiques ont un poids suivi dans le logiciel médecin, avec une fréquence de MAJ du poids en moyenne : 3,3 fois par an
- La prescription et les résultats d'HBA1C et de Glycémie à jeun sont relativement peu renseignés (39% de prescription ; 35% de taux renseigné) ; il en va de même pour les autres examens et résultats. Ce constat est également valable pour les patients diagnostiqués pour la 1^{ère} fois en 2016.



Fréquence de MAJ du poids en moyenne : 3,3 fois par an
Nombre moyen de consultation des diabétiques : 6,3

Taux de remplissage des champs liés à la pathologie (renseignement en 2016)



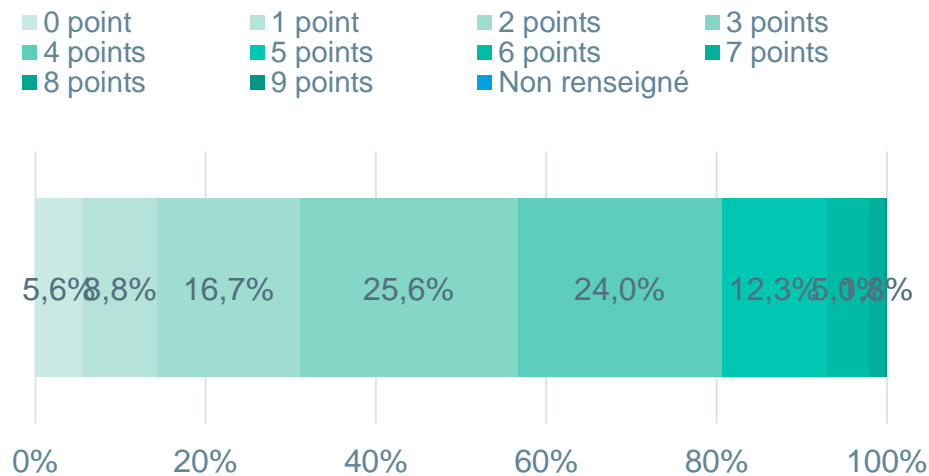
Remarque : on constate ici le remplissage des champs dédiés. L'information peut avoir été enregistrée par le médecin ailleurs (texte libre, scan papier, etc.)

Principaux enseignements de l'analyse quantitative (4/4)

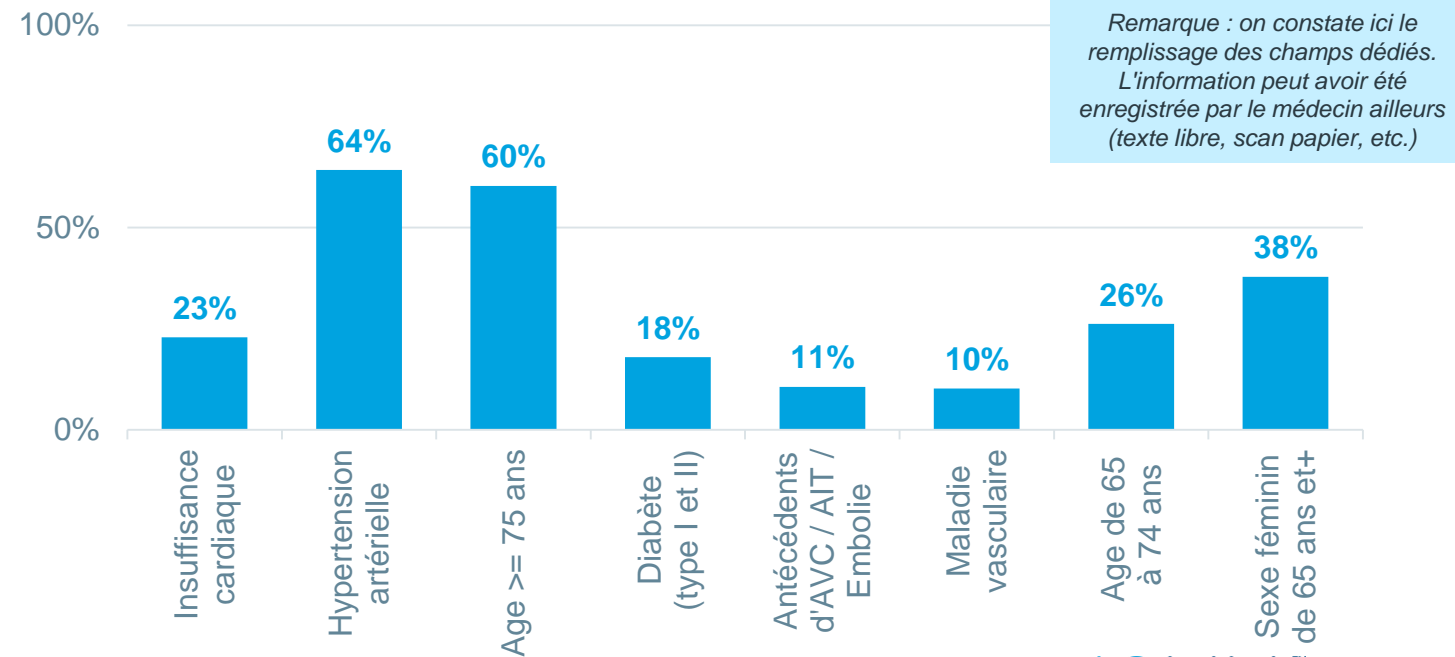
Spécificités des dossiers patients FA :

- La quasi-totalité des patients FA ont un Score CHA2DS2-VASc renseigné ; avec un taux de remplissage des facteurs de risque et comorbidités composant le score irrégulier

Taux de remplissage et distribution du Score CHA2DS2-VASc chez les patients FA



Taux de remplissage des facteurs de risque et comorbidités composant le score CHA2DS2-VASc



Agenda

- + Rappel de l'objectif de l'étude
- + Analyse descriptive de 4 logiciels
- + Analyse quantitative
- + **Analyse statistique**
- + Volet qualitatif

L'analyse statistique a ensuite pour objectif de définir d'éventuels profils ou critères caractérisant un médecin remplissant son EMR très peu / fortement

Méthodologie mise en œuvre

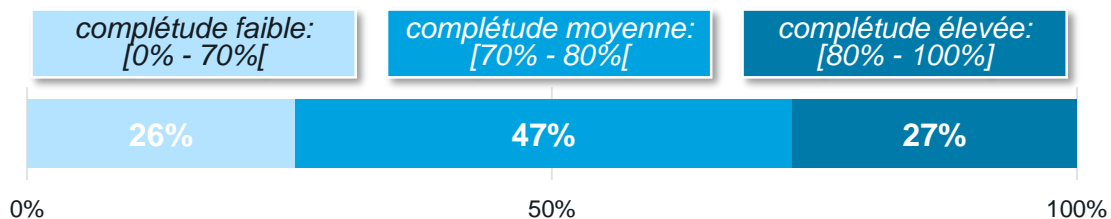
Étape 1 : pour chaque médecin, calcul d'un score composite de complétude

- Pour chaque médecin et chaque dossier patient, calcul d'un score de remplissage, basé sur la complétude d'une série de champs du dossier (les champs très peu remplis ont été écartés). Une surpondération est appliquée à certains champs en fonction de la pertinence médicale (ex : remplissage HbA1c chez un diabétique; INR pour un patient FA)
- En fonction de ce score, classement du médecin selon 3 niveaux de complétude : faible / moyen / gros

Étape 2 : étude d'un grand nombre de variables et mesure de l'écart entre les groupes de médecins

- Analyse de variables telles que l'âge et le sexe, la typologie de patientèle, cabinet de groupe, etc., pour les 3 groupes
- Conclusions sur l'association de certaines variables avec le niveau de complétude du dossier (univarié et multivarié)

Répartition des 2300 MG de l'étude, selon leurs score de complétude des dossiers patients



L'analyse multivariée permet de montrer l'association de certaines variables avec les comportements de complétude moyenne des dossiers

Profil du médecin

Sexe



Sex ratio en défaveur des Hommes / en faveur des Femmes

Age

Variable ne ressortant pas comme significative en multivarié

Région

Variable ne ressortant pas comme significative en multivarié

Activité

Nbre consult/jour



Un nombre moyen de consult / jour élevé est associé à une meilleure complétude

Nbre jours/an



Un nombre moyen de jours travaillés / an élevé est associé à une meilleure complétude

Cabinet groupé



Le fait de travailler en cabinet de groupe est associé à une meilleure complétude des dossiers

Secteur

Variable ne ressortant pas comme significative en multivarié

Profil de sa patientèle

Taille



Une taille de patientèle faible est associé à une meilleure complétude

% -15 ans



Une part de patients de moins de 15 ans forte est associé à une meilleure complétude

% polypathologie



Une part de patients polypathologique forte est associé à une meilleure complétude

% +65 ans

Variable ne ressortant pas comme significative en multivarié

En synthèse, quelques tendances de variables discriminantes entre ces 3 catégories de médecins

Tendance à compléter **faiblement** le dossier informatisé du patient

- Surreprésentation des médecins hommes
- Une moyenne d'âge très légèrement plus élevée (ressort en univarié seulement)
- Un peu plus souvent en pratique isolée
- Avec une activité plus faible (moins de consultations / jour ; moins de jours travaillés / an), mais une patientèle légèrement plus nombreuse
- Et avec une sous-représentation des enfants ou des patients poly pathologiques dans la patientèle

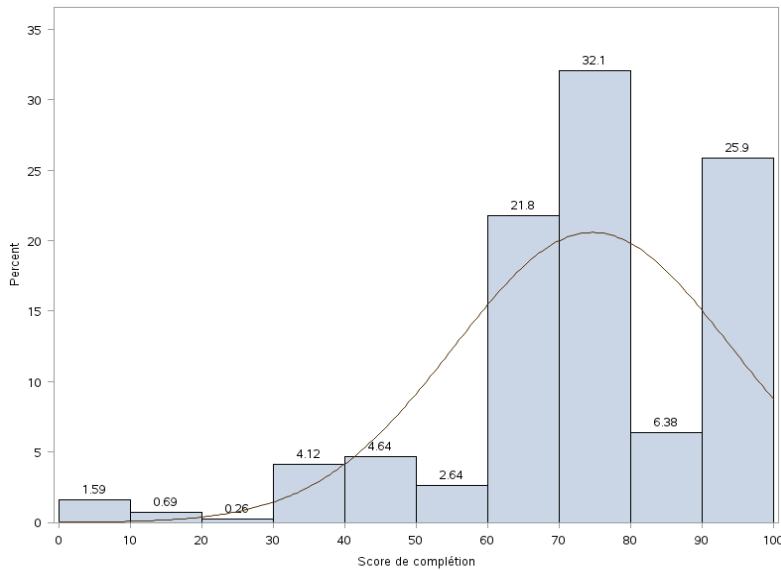


Tendance à compléter **fortement** le dossier informatisé du patient

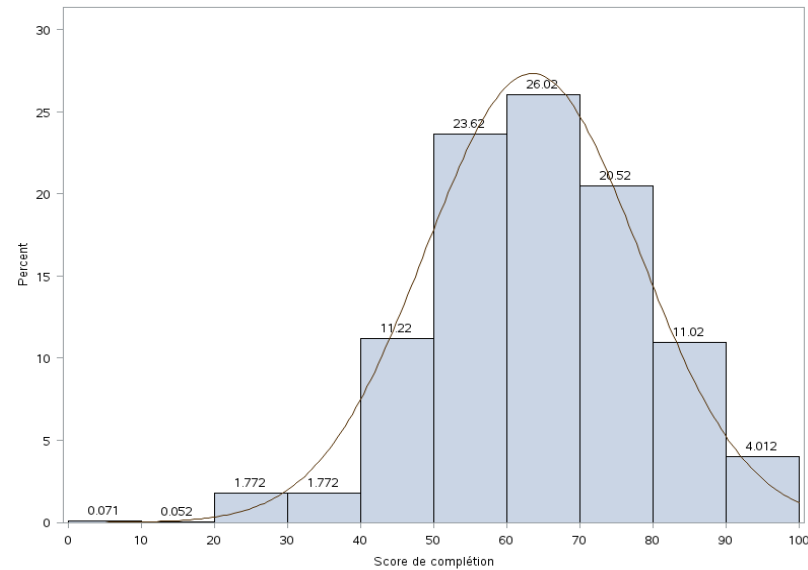
- Surreprésentation des médecins femmes
- Une moyenne d'âge très légèrement plus basse (ressort en univarié seulement)
- Un peu plus souvent en cabinets de groupe
- Avec une activité plus forte (plus de consultations / jour ; plus de jours travaillés / an), mais une patientèle un peu moins nombreuse (et donc une fréquence moyenne de consultation par patient plus élevée)
- Si les enfants ou les patients poly pathologiques sont nombreux dans la patientèle

Quel que soit le niveau moyen de complétude du médecin, le remplissage du dossier dépend toujours du profil du patient

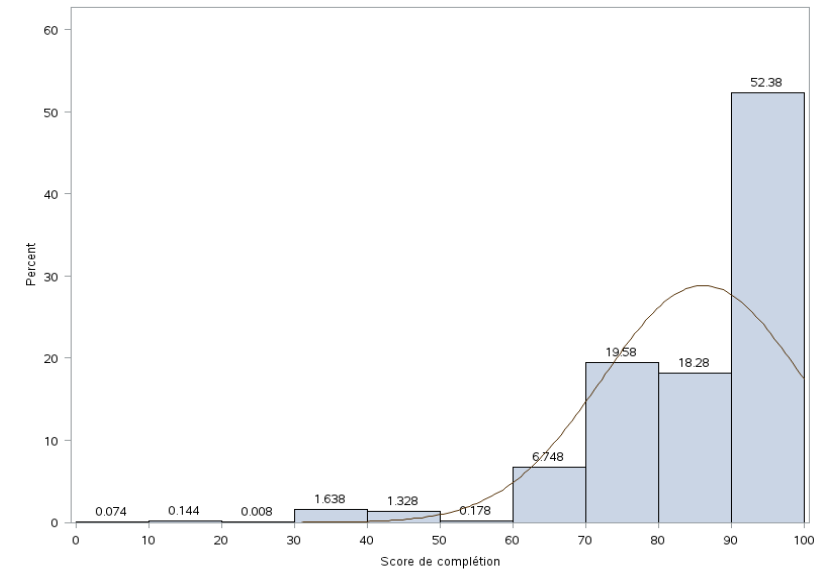
Histogramme du Score de complétude du dossier de **l'ensemble des patients** de l'étude



Histogramme du Score de complétude du dossier des **patients DT2** identifiés dans l'étude



Histogramme du Score de complétude du dossier des **patients FA** identifiés dans l'étude



Remarque : attention, les scores [ensemble des patients], [patients DT2] et [patients FA] ne sont pas calculés sur les mêmes variables ni sur les mêmes pondérations. Les variables et pondérations ont été définies sur la base de la pertinence médicale. Par exemple :

- pour [patients FA], le remplissage de l'INR est critique alors que non pris en compte dans le score [ensemble des patients].
- pour [patients DT2], le remplissage du poids est clé et donc plus fortement pondéré que pour [ensemble des patients].

complétude faible: [0 - 70[

complétude moyenne : [70 - 80[

complétude bonne à excellente : [80 - 100]

Agenda

- + Rappel de l'objectif de l'étude
- + Analyse descriptive de 4 logiciels
- + Analyse quantitative
- + Analyse statistique
- + **Volet qualitatif**

Une enquête téléphonique menée auprès de 30 MG pour comprendre leurs habitudes et attentes intervient en dernier volet de cette étude

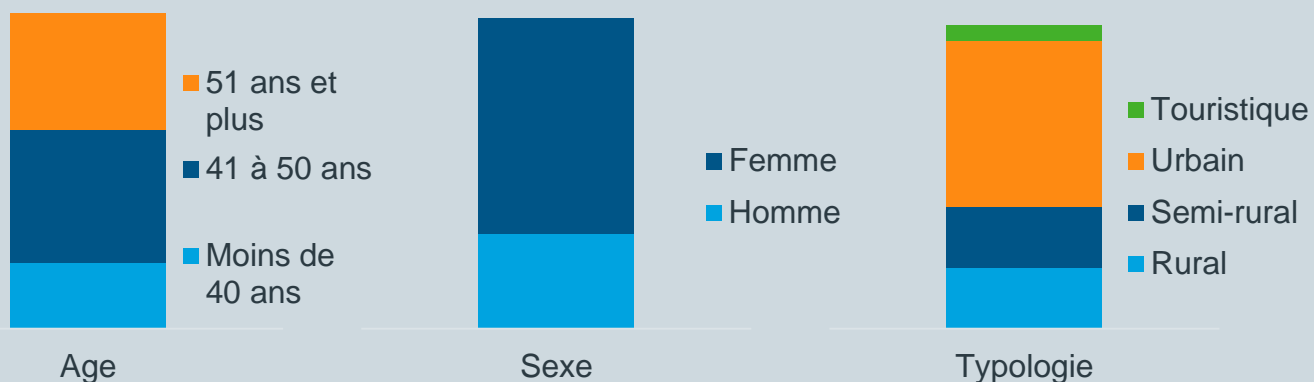
La phase qualitative permet de répondre aux objectifs suivants :

1. Diagnostiquer les **freins à l'utilisation** de toutes les fonctionnalités disponibles dans les logiciels médicaux pour renseigner de façon complète les dossiers patients.
2. Comprendre les **éléments de motivation / incitation** pour les médecins à effectuer ce travail.
3. Identifier les **évolutions souhaitées** pour que la situation actuelle évolue vers un meilleur renseignement des dossiers patients.

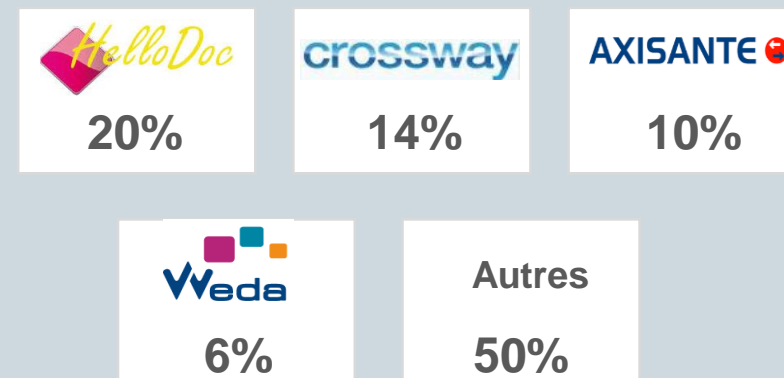
La méthodologie mise en place a été la suivante :



Profil des Médecins Généralistes ayant répondu à l'étude :



Logiciels utilisés par ces médecins :



Deux profils de médecins se dégagent : ceux qui considèrent le DIP comme un simple outil, et ceux qui le perçoivent comme un vrai partenaire

L'ensemble des généralistes **semble avoir bien accepté le dossier informatisé**, même si deux type d'utilisation distinctes se dessinent :



Pour la majorité, un outil qui **remplace simplement le papier**, a un statut d'archivage de l'information

« C'est un outil de travail pratique qui remplace le dossier papier. » (E.23)



Pour d'autres, un **partenaire** qui **améliore la pratique médicale**, sécurise les soins

« Cela permet une meilleure qualité des soins. » (E.8)
« On gagne du temps et on sécurise la prescription » (E.3)

Quel que soit le profil, les médecins sont **presque toujours satisfaits** et persuadés à 1^{ère} vue de bien remplir le logiciel. Ils le jugent à l'aune de leurs **besoins quotidiens...**

« Je connais mon logiciel assez bien, à 70% environ. Suffisamment pour faire mes consultations. » (E.24)

« Je pense assez bien connaître le logiciel pour ce que je m'en sers. » (E.12)

...mais en allant plus loin, la plupart admet **mal connaître / ne pas utiliser toutes les fonctionnalités** du logiciel

« J'utilise les onglets essentiels à ma pratique, mais il y a des choses que je n'ai pas exploré. Je devrais peut-être aller voir... » (E.19)

Thème **dominant** avec éléments déclarés **convergents**

Thème **dominant** avec éléments déclarés **divergents**

Thème **mineur** / peu abordé

Les médecins admettent utiliser très souvent les champs libres pour enregistrer les informations, plutôt que les champs dédiés, par gain de temps



- Le **motif de consultation** est quasi-systématiquement renseigné (cité en 1er en spontané)...
... même s'il est souvent rempli **en texte libre**, sans codage de diagnostic ou de symptôme, et sert de « fourre-tout »
- La **taille** est souvent renseignée mais presque jamais mise à jour, sauf pour les enfants (plus rarement pour les patients vieillissants)
- Le **poids / IMC** est mis à jour régulièrement pour les patients avec risque spécifique. Cependant, une partie des médecins ne complètent pas ces données pour les patients sans constat notable visuel d'un changement physique
- Une majorité des médecins renseignent systématiquement les **antécédents** et **facteurs de risque**, mais souvent ne les isolent pas dans les cases dédiées mais les indiquent dans la case « antécédent », reprise lors des éditions de courrier
- Les **résultats d'analyse** sont quasiment systématiquement enregistrés, soit de manière automatique ou en recopiage, mais le plus souvent via les scans

« Le motif de la visite, c'est systématique. » (E.12)

« Je remplis toujours le titre de la consultation en mettant le motif principal, et après je remplis en champ libre. Il n'y a pas de structure. » (E.4)

« La taille, je ne le fais qu'1 fois. Si c'est un adulte de 40 ans, je ne vais pas le mesurer à chaque fois que je le vois ! En revanche, je le fais à chaque fois pour les petits. » (E.12)

« Ça dépend des patients. Pour un diabétique ou un obèse, c'est tous les 3 mois. » (E.12)

« Si la morphologie du patient est normale, je ne le pèse pas. » (E.14)

« Je remplis systématiquement les facteurs de risque, mais je les mets dans les antécédents médicaux. J'ai un onglet « Facteurs de risque », mais je ne trouve pas ça pratique. » (E.25)

« Les résultats des prises de sang sont paramétrées pour rentrer directement dans le dossier du patient. » (E.12)

Thème **dominant**
avec éléments
déclarés **convergents**

Thème **dominant**
avec éléments
déclarés **divergents**

Thème **mineur** / peu
abordé

Ils citent plusieurs freins et leviers à l'utilisation du dossier informatisé



Pas de besoin ressenti, absence de proactivité

« Je n'ai pas d'idée de ce que je pourrais faire et que je ne fais pas. Je n'ai pas identifié de besoin. » (E.22)

Manque de temps

« Le problème, c'est le temps, c'est tout... » (E.21)

Manque de confiance en l'informatique

« Quand il y a une panne, on est bien démuni... » (E.20)

Manque de suivi et d'accompagnement de l'éditeur de logiciel

Frein financier

Manque d'aisance en saisie sur écran / impact sur la relation patient



Optimisation de la prise en charge du patient

« Tout est bien rangé, bien classé. Cela permet une meilleure prise en charge dans le temps. » (E.11)

Gain de temps

« Un gain de temps incroyable ! Avec des ordonnances plus faciles à faire... » (E.28)

Possibilité de partager les informations : lisibilité, traçabilité, sécurité

Modernisation de la médecine / supériorité de l'informatisation versus le papier

Sécurisation médico-légale

Thème **dominant** avec éléments déclarés **convergents**

Thème **dominant** avec éléments déclarés **divergents**

Thème **mineur** / peu abordé

Autres réflexions autour de l'optimisation de l'utilisation du DIP dans les années à venir



Pour tous, une approche du dossier plus « clinique » / « patient par patient » que « patientèle » / analytique

La possibilité d'utiliser un outil « macro » permettant une vision globale de la patientèle et de la prise en charge est très peu entrevue par les MG. Quelques uns (rares) disent suivre épisodiquement les parcours de soin de certaines pathologies et éditer des données patientèle

« Quand je travaillais en Belgique, on faisait beaucoup de santé publique et de prévention, et donc sortait tous les patients diabétiques ayant eu une glycémie dans les 3 mois, par exemple. Aujourd'hui, on ne pourrait pas du tout le faire ça n'apparaît nulle part. » (E.4)



L'accessibilité du logiciel en ligne : un vrai plus en terme de remplissage

Un bien meilleur remplissage du dossier du fait de l'accessibilité au logiciel depuis tablette ou smartphone (EPHAD, visite à domicile)

« La plus grande force de Weda c'est qu'il est en ligne. Du coup quand je vais en maison de retraite, je peux y accéder. Je peux aussi y accéder de chez moi. Ça apporte une liberté. » (E.14)



La question de la rémunération : des avis très divergents ; globalement une communauté plutôt défavorable



• Certains (rares) suggèrent que la rémunération pourrait être **efficace** car immédiatement **incitative**



• La plupart n'y croient pas du fait du **manque de temps** qui, quoi qu'il en soit, en leur permet pas d'optimiser le remplissage
• Des réactions parfois vives : remplissage vu comme **bonne pratique**

Thème **dominant** avec éléments déclarés **convergents**

Thème **dominant** avec éléments déclarés **divergents**

Thème **mineur** / peu abordé

IMS Health & Quintiles are now



Merci !

