

Université de Poitiers  
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2014

Thèse n°

THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement  
Le 28 octobre 2014 à Poitiers par

**Madame Quiterie LAGRAULA**  
Née le 27 mai 1982 à Dax (Landes)

**De l'utilisation de l'ordinateur  
en consultation de médecine générale .**

**Enquête auprès de 234 patients de Charente après sensibilisation de leur médecin.**

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur ROBLOT Pascal  
Membres : Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José  
Monsieur le Professeur MORICHAU-BEAUCHANT

Directeur de thèse : Madame le Docteur VIGNERON Marie-Claudine



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie – radiothérapie (**en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014**)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

**Professeur des universités de médecine générale**

GOMES DA CUNHA José

**Professeurs associés de médecine générale**

BINDER Philippe  
VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

BIRAULT François  
BOUSSAGEON Rémy  
FRECHE Bernard  
GIRARDEAU Stéphane  
GRANDCOLIN Stéphanie  
PARTHENAY Pascal  
VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

DEBAIL Didier, professeur certifié  
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

**Professeurs émérites**

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## Remerciements

A Monsieur le Professeur Roblot, merci de nous faire l'honneur de présider notre jury.

A Monsieur le Professeur Gomes Da Cunha, merci d'avoir accepté de juger notre travail.

A Monsieur le Professeur Morichau-Beauchant, merci d'avoir accepté de juger notre travail.

A Madame le Docteur Vigneron, merci grandement d'avoir accepté de nous accompagner dans cette aventure.

A Messieurs les Docteurs Parthenay et Girardeau et Madame le Docteur Olariu pour leur aide dans l'élaboration du sujet d'étude et la méthodologie.

A Monsieur le Docteur Papin et tous les médecins recrutés, merci de votre participation sans laquelle cette étude n'aurait pu avoir lieu.

A tous les patients et les secrétaires des cabinets médicaux dans lesquels cette recherche a pris place, merci vivement de votre aide.

A mes relecteurs et aides techniques, merci profondément de votre aide indispensable dans la dernière ligne droite de ce travail.

A Jérôme, à nos enfants, votre amour, votre confiance et votre patience sont si précieux !

A nos parents sans qui, bien sûr, nous ne serions jamais arrivés jusque là, merci mille fois.

A nos frères et sœurs et notre famille, merci de votre soutien indéfectible.

Aux amis que nous avons la chance d'avoir, merci pour tous ces bons moments passés ensemble et à venir...

A toutes ces rencontres, médicales, paramédicales ou toutes autres, qui ont participé à faire évoluer notre réflexion, notre vision du monde, de la vie et de notre métier, merci.

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	7
<b>1- L'ordinateur, le patient et le médecin, quelle relation possible ?</b> .....	8
1.1- Vers une relation thérapeutique... ..	8
1.2- Exploration des critères de qualité de la relation médecin-patient .....	9
1.3- Inquiétudes quant à l'informatisation des cabinets médicaux .....	10
1.4- Etat des lieux, la relation médecin malade à l'ère de l'informatique .....	11
1.5- Améliorer la formation pour améliorer l'offre de soins .....	13
1.6- Conclusion .....	16
<b>2- Matériel et méthode</b> .....	18
2.1- Type d'étude . .....	18
2.2- Objectifs de l'étude .....	18
2.3- Population étudiée .....	18
2.3.1- Description de l'échantillon .....	18
2.3.2- Critères d'inclusion et d'exclusion .....	19
2.4- Intervention .....	19
2.5- Outils d'évaluation .....	20
2.6- Traitement des données .....	21
<b>3- Résultats</b> .....	22
3.1- Echantillon de population .....	22
3.2- Réponses aux questions 5 et 11 .....	25
3.3- Réponses aux questions 1 et 6 .....	26
3.4- Réponses aux questions 2 et 7 .....	26
3.5- Réponses aux questions 3 et 8 .....	28
3.6- Réponses aux questions 4 et 9 .....	30
3.7- Réponses à la question 10 .....	32

<b>4- Discussion</b> .....	33
4.1- Résultats principaux et comparaison à la littérature .....	33
4.2- Forces et faiblesses de l'étude .....	35
4.2.1- Points faibles .....	35
4.2.2- Points forts .....	37
4.3- Ouverture sur des recherches futures .....	39
<b>Conclusion</b> .....	40
<b>Bibliographie</b> .....	41
<b>ANNEXES</b> .....	44

## **Introduction**

Les difficultés relationnelles rencontrées ou imaginées dans les prises en charge de médecine générale interrogent. Les praticiens sont-ils conscients de tous les enjeux ? Possèdent-ils les clés qui leur permettent d'ouvrir les portes d'une « bonne relation thérapeutique » ? La « relation d'aide personnalisée » (savoir communiquer de façon appropriée avec le patient et/ou son entourage), compte parmi les compétences à acquérir pour satisfaire aux exigences de la profession. Certains aspects de cette compétence méritaient d'être approfondis.

L'ordinateur s'est imposé au cours de ces dernières décennies comme nouvel outil de travail. Certains craignaient qu'il ne permette plus au médecin et son patient de communiquer simplement. En quoi son utilisation interfère-t-elle dans la relation médecin-patient ? Si les médecins sont informés et donc conscients des interférences possibles, sont-ils à même de les gérer afin de maintenir des échanges de qualité en pratique quotidienne ? Dans ce cas, une évolution du niveau de satisfaction globale de leurs patients est-elle mesurable ?

# **1- L'ordinateur, le patient et le médecin,** **quelle relation possible ?**

## **1.1- Vers une relation thérapeutique...**

Les Professeurs Mantz et Wattel dans leur rapport pour l'Académie de Médecine de juin 2006 (1), rappellent que « la communication est un des aspects de la relation, élément essentiel car de sa qualité dépend celle de la relation. Aussi joue-t-elle un rôle décisif à toutes les phases de l'exercice médical : c'est elle qui donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité ». Une grande partie des litiges entre soignants et soignés résulte d'un manque ou d'une insuffisance de communication.

La capacité des soignants à « bien communiquer » est nécessaire à la préservation d'une « bonne relation » entre soignant et soigné. La communication avec le médecin est, de manière significative, positivement corrélée à l'adhésion du patient (2).

Cette compétence communicationnelle et au-delà relationnelle du praticien apparaît dans les critères de qualité de la relation médecin-patient établis par diverses études. Elle participe à la satisfaction du patient, facteur prédictif de la poursuite de la relation thérapeutique et de l'observance du traitement proposé. Ce sentiment de satisfaction du patient est considéré en soi, comme un résultat légitime du processus de soins. Ses facteurs déterminants sont retrouvés dans les attentes des patients envers leur médecin généraliste. (3)

La mise en place et l'entretien d'une relation de qualité entre un médecin et son patient sont gage d'efficacité thérapeutique. C'est « l'effet médecin », notion décrite par M. Balint au siècle dernier. Selon ce psychanalyste hongrois, dans la prise en charge d'un patient, le médecin peut être considéré comme le premier outil thérapeutique (4).

L'efficacité de ce « médicament » est pourtant peu évaluée à la différence de ses homonymes pharmacologiques. La plupart des études menées mesurent l'influence de ce paramètre sur une impression subjective du patient et/ou du praticien (enquêtes qualitatives de satisfaction). Quelques essais comparatifs randomisés de bon niveau de preuve ont montré l'influence de certaines attitudes et habiletés médicales sur des critères cliniques objectifs. Ces attitudes et habiletés sont caractéristiques d'une relation médecin-patient centrée sur le patient. (5)

## **1.2- Exploration des critères de qualité de la relation médecin patient.**

Le travail de thèse de Mlle Dedianne (3) expose les critères de bonne qualité de cette relation. Il a été prolongé par la publication de deux articles successifs dans la presse spécialisée (6, 7). Plusieurs de ces critères tirés de la revue de littérature de Mlle Dedianne et concordants avec les résultats de son travail de thèse sont cités ci-après :

- *tenir compte du rôle des communications non verbales, en particulier dans l'efficacité thérapeutique ;*
- *encourager le patient à exprimer ses émotions, ses soucis et à poser des questions ;*
- *lui permettre d'exprimer ses attentes ;*
- *expliquer le diagnostic et informer sur le traitement ;*
- *l'impliquer dans la décision thérapeutique ;*
- *établir un accueil verbal et un contact visuel ;*
- *ne pas interrompre le patient qui expose les motifs de consultation ;*
- *l'écouter attentivement en respectant les temps de silence ;*
- *réaliser une compréhension commune en vérifiant que le patient a bien compris le diagnostic, le pronostic et le traitement.*

Son analyse fait cependant apparaître des critères problématiques ou de non qualité. Ces derniers sont vécus négativement par les protagonistes de la relation. Ils sont dits non satisfaisants, non souhaitables.

Dans ces critères, l'utilisation de l'outil informatique ne figure pas. Or, un mauvais usage de cet outil pourrait aggraver certains de ces items : le manque d'assurance du médecin, une relation « consommériste », la gestion du temps (selon les médecins)/un médecin perçu comme pressé (selon les patients).

### **1.3- Inquiétudes quant à l'informatisation des cabinets médicaux.**

L'informatisation des cabinets médicaux est acquise et même obligatoire (article L.161-35 du Code de la Sécurité Sociale issu de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 qui instaure l'obligation de transmission électronique des documents de facturation des actes et prestations pour les professionnels de santé). Cependant, elle pose toujours de nombreuses questions, notamment en ce qui concerne la qualité de l'offre de soins.

Ces inquiétudes formulées par les praticiens avant informatisation sont détaillées par une étude américaine menée entre janvier 2005 et octobre 2006 (8). Il s'agit, entre autres, du potentiel effet néfaste de la gestion du dossier médical informatique sur la qualité des soins délivrés et sur la relation médecin-malade. Plusieurs mois après l'informatisation de ces mêmes praticiens, ils notaient que leurs inquiétudes ne s'étaient pas confirmées alors que beaucoup des bénéfices envisagés s'étaient produits, facilitant apparemment une relation médecin-malade plus collaborative.

Ces mêmes préoccupations se retrouvent chez nos confrères français. En témoigne cette brève parue dans la revue Prescrire en 2007 (9) d'un médecin généraliste du Morbihan qui milite contre l'informatisation des cabinets médicaux. Il argumente pour le respect du « face à face » avec le patient, contre le « fichage » intrusif du patient et de la sécurité sociale. Dans la même revue un confrère lui a répondu. Il ouvre ou poursuit le débat (10) en pointant qu'il ne faut pas confondre choix personnels d'organisation du travail (notamment en ce qui concerne la prise de notes dans le dossier médical, qu'il soit sur support papier ou informatique) et considérations conceptuelles inappropriées de la relation médecin-malade.

Le Dr Even en 2003 (11) soulignait qu'une réflexion est nécessaire sur l'informatisation pour une prise de conscience de ses limites et un détachement du professionnel par rapport à l'outil afin de préserver une relation médecin-malade de qualité.

Il pointe également la peur d'une éventuelle violation du secret médical plus aisée grâce à l'informatisation. Cette peur est souvent exprimée par les praticiens ou leurs patients (3, 8, 9, 12, 13, 14). Elle peut être l'incarnation de la crainte d'une modification de la relation privilégiée entre médecin et patient à cause de l'informatique.

#### **1.4- Etat des lieux, la relation médecin malade à l'ère de l'informatique.**

L'utilisation de l'ordinateur en consultation interfère dans la relation médecin-patient. L'ordinateur peut être considéré comme un tiers dans cette relation. Ceci redistribue les rôles respectifs des participants et influe sur leur comportement relatif (15, 16).

De nouvelles attitudes sont apparues. L'ordinateur est utilisé comme moyen par le praticien pour faire une pause (réfléchir au dossier, « s'évader », abrégé une discussion trop longue ou gênante pour lui), ou comme une sorte de boîte magique et mystérieuse (12, 15). Dans le même temps, les praticiens informatisés ont tiré parti de cet outil en adoptant un rôle plus actif dans les tâches explicatives, préventives. Ils impliquent davantage le patient en l'encourageant à poser des questions, etc. Tout cela les rend plus efficaces sur le plan thérapeutique (« effet médecin ») (13, 17)

Une modification de la perception des temps de consultation par les patients a été mise en évidence par Mlle Remoiville. Ils ont le sentiment d'être « mieux » écoutés depuis l'informatisation de leur médecin, du fait qu'il dispose notamment de plus de temps pour discuter avec eux (grâce à la rapidité d'exécution des tâches administratives via l'informatique). Il apparaît également un sentiment de gain d'efficacité au niveau de la consultation. Le niveau de satisfaction est plus élevé. (13, 14, 17)

L'utilisation de l'outil informatique actuel requiert un niveau de concentration élevé de la part du médecin. Il est incompatible avec l'accomplissement simultané d'autres tâches requérant un même niveau de concentration élevé comme par exemple la tenue d'une discussion élaborée avec le patient (17, 18). Le risque étant qu'un certain nombre d'informations ne soient pas énoncées, retenues ou entendues. (19, 20). Ce problème, s'il n'est pas pris en compte, peut entraîner une diminution du sentiment d'écoute perçu par le patient. Ceci peut diminuer la satisfaction globale (considérée comme l'un des facteurs d'évaluation de la qualité de l'offre de soins). La difficulté peut être contournée via la mise en place de stratégies de communication particulières.

Le patient, qu'il en ait conscience ou non, adapte son attitude à la présence de l'ordinateur posé sur le bureau de consultation. Trois comportements ont été identifiés :

- regards vers l'écran instaurant une « relation à trois »,
- écran ignoré privilégiant des interactions principalement avec le médecin,
- écran clairement exclu signalant la volonté du respect d'une « relation à deux ».

Ces attitudes du patient influent sur celles du médecin et sur leur relation durant la consultation (16, 21). Le médecin reste le chef d'orchestre de la consultation. C'est lui qui structure le temps et l'avancée de la consultation malgré cette redistribution des rôles. (15, 17).

*Il importe pour lui d' « apprendre à mieux gérer l'usage de l'ordinateur en consultation, avec quelques règles : repousser son usage jusqu'à ce que le patient ait bien défini ses attentes, attendre le moment opportun pour regarder ses notes, séparer l'écoute de la prise de notes en indiquant votre intention de regarder le dossier quand vous aurez fini, pour que le patient en comprenne bien l'usage. Apprendre à structurer la consultation en éléments distincts (...) » (19 p.225 encadré)*

## **1.5- Améliorer la formation pour améliorer l'offre de soins**

La communication non verbale est un facteur important par lequel les patients décrivent et évaluent leurs interactions avec leur médecin généraliste. Ceux-ci devraient être formés pour mieux comprendre et gérer leur propre communication non verbale à l'égard de leurs patients. L'utilisation à bon escient de l'outil informatique en fait partie.(12, 15, 22)

Dans leur état des lieux des causes de ce problème de communication, les Professeurs Mantz et Wattel (1) insistent sur le manque voire l'absence de formation des personnels soignants. Ils remarquent également que « *trop souvent l'écran d'un ordinateur est interposé entre le patient et le médecin.* »

Une méta-analyse parue en 2000 dans le British Journal of General Practice (23) montre l'impact positif des formations à la relation sur la qualité de la prise en charge par le médecin généraliste. Ceci rejoint les critères de qualité cités plus haut.

Reprenant les inquiétudes formulées précédemment et plaidant pour une « pédagogie de la déconnexion » par rapport à l'outil informatique, le Dr Even pose la question : quelle formation médicale mettre en œuvre en tenant compte de ces nouvelles données ? (11)

Les Professeurs Mantz et Wattel proposent des pistes de formation et d'évaluation de ces compétences communicationnelles. Ils évoquent les études de performance portant sur la définition de critères validés sur la base d'audits cliniques ou d'enregistrements vidéo. Ils demandent le rétablissement de l'épreuve des « cliniques » en fin d'études de médecine (1).

Les chercheurs américains de l'équipe de Makoul proposent de coupler l'enseignement de la communication centrée sur le patient à celui de l'utilisation académique de l'outil informatique (dont la maîtrise est indispensable à acquérir pour ne pas interférer avec la relation médecin-malade) (17).

Dans le cadre de la formation médicale continue, l'étude danoise de A B Als souligne l'intérêt de filmer de manière régulière des consultations afin de bénéficier d'un feed-back sur ses propres attitudes relationnelles vis-à-vis de l'ordinateur. Elle note que le recours à l'ordinateur en cours de consultation n'est pas toujours conscient et donc aisément identifiable par le praticien. (12).

Dans ce même objectif de formation des professionnels, une liste de trois compétences transversales spécifiques à acquérir et développer a été proposée par l'équipe de chercheurs britanniques de Booth, Robinson et Kohannejad (18). Elle est présentée en page suivante .

Ces compétences, dans les critères qu'elles mettent en jeu, sont concordantes avec les critères de qualité de la relation médecin-patient identifiés précédemment (3). Elles répondent aux difficultés listées par les diverses études menées autour de l'ordinateur et citées ci-dessus (12, 15, 16, 22).

Ces compétences transversales ont été formulées sur la base des connaissances actuelles dans le domaine. Elles peuvent s'intégrer à la grille d'évaluation du déroulement d'une consultation dite de « Calgary-Cambridge » (24 chap.11). Cette grille vise à pouvoir évaluer les compétences relationnelles indispensables au bon déroulement d'une consultation. Elle a pour principe d'être utilisée de manière répétée afin d'imprégner le (futur) praticien de ces concepts et de le rendre plus efficace. Elle peut enfin être utilisée en autoévaluation et/ou en évaluation par un observateur.

Ces caractéristiques remplissent en grande partie les conditions pour la mise en œuvre d'une stratégie efficace pour l'enseignement et l'apprentissage de la communication listées par l'équipe canadienne Millette-Lussier-Goudreau. (25). Elles ont l'avantage, et pour la première fois, de s'intéresser spécifiquement au champ relationnel autour de l'utilisation de l'ordinateur en consultation.

Développer et maintenir le contact avec le patient

- Adapter sa posture en tenant compte de la position relative du médecin, du patient, de l'ordinateur
- Présenter une attitude ouverte quand on travaille sur l'ordinateur
- Utiliser le langage verbal et non verbal pour signaler au patient lorsque l'attention est portée à l'écran d'ordinateur
- Tirer parti de la structure de la consultation pour minimiser le risque de voir le patient parler alors que l'attention du médecin porte sur l'ordinateur
- Répondre aux interrogations du patient lorsqu'on travaille sur l'ordinateur

Impliquer le patient

- Expliquer pourquoi on travaille sur l'ordinateur
- Si on utilise l'ordinateur comme ressource documentaire, négocier son usage avec le patient
- Laisser le patient lire ce qui est affiché à l'écran lorsque c'est approprié

Expliquer et structurer

Si on utilise cette ressource documentaire (écran partagé, plaquette d'information patient, etc.)

- S'assurer que l'écran est bien visible pour le patient
- Rester silencieux et laisser le temps au patient de lire le texte affiché
- Vérifier que le patient a compris ce texte
- Lui laisser l'opportunité de poser des questions
- Sur un écran chargé, indiquer les informations pertinentes

## **1.6- Conclusion**

L'ensemble de ces constatations et réflexions générales sur les problèmes de communication dans l'exercice médical apparaissent dans le communiqué consensuel de Toronto sur la relation médecin-malade publié dans le BMJ en 1991.(26). Elles sont toujours d'actualité.

Ce travail trouve sa place dans cette prise de conscience nécessaire à la mise en oeuvre de stratégies efficaces d'optimisation des pratiques.

Réaliser ce que le praticien montre de lui et combien cela influence la relation constitue une partie importante de l'efficacité de sa prise en charge. (27). Ainsi, l'utilisation simultanée de certaines formes de communication verbale et non verbale peut avoir un effet neutralisant de l'une et de l'autre voire un effet néfaste ou au contraire un effet de renforcement positif. (5, 28, 29)

Par exemple, il est important de maintenir un contact visuel et d'adopter une posture adéquate lorsqu'ils sont concomitants de questionnements ouverts ou de silences et lorsqu'ils interviennent à un moment de la consultation où le patient a atteint un point crucial de sa demande (« confiance »). (28)

Ce phénomène prend toute sa signification lorsqu'il s'agit d'ajouter un tiers dans la relation singulière qui lie le patient à son médecin...l'ordinateur. (13)

Les propositions de formation, notamment en cours d'exercice, étaient complexes à mettre en oeuvre à grande échelle (cf. consultations filmées par exemple). Dans l'attente d'une modification radicale des programmes et méthodes d'enseignement à toutes les phases du cursus médical, d'autres options, plus simplement réalisables, pouvaient être envisagées.

Provoquer une prise de conscience de la problématique par les médecins généralistes installés ; initier chez eux une réflexion individuelle sur leurs propres pratiques - ceci via la lecture d'une plaquette d'information qui reprenait les principaux conseils de mise en oeuvre des compétences transversales citées plus

haut : cette méthode pouvait-elle porter ses fruits en impactant de manière positive le niveau de satisfaction globale des patients ?

Nous nous sommes proposé de répondre à cette interrogation par notre travail dont les modalités de recherche et les résultats sont exposés dans les chapitres suivants.

## **2- Matériel et méthode**

### **2.1- Type d'étude**

Il a été choisi de mener une étude prospective. Des médecins généralistes volontaires ont été informés de la problématique puis l'opinion de leurs patients a été recueillie avant et après une consultation.

### **2.2- Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de la recherche était de mettre en évidence une évolution de la satisfaction globale des patients après intervention auprès de leur médecin traitant visant à la mise en place de stratégies de communication autour de l'utilisation de l'ordinateur en consultation de médecine générale.

Secondairement, il s'agissait de savoir si certaines attitudes quant à cette utilisation avaient de l'importance aux yeux des patients.

### **2.3- Population étudiée**

#### **2.3.1- Description de l'échantillon**

Cette étude a été menée dans le sud du département de la Charente, à savoir les 14 cantons allant d'Angoulême à l'extrémité sud du département : Angoulême Ouest, Angoulême Est, Soyaux, La Couronne, Segonzac, Châteauneuf sur Charente, Blanzac Porcheresse, Villebois Lavalette, Montmoreau Saint Cybard, Chalais, Aubeterre sur Drôme, Barbezieux Saint Hilaire, Baignes Sainte Radegonde, Brossac.

Il a été établi une liste de « médecin généraliste » au moyen des Pages Jaunes électroniques. Les médecins de tous les cabinets médicaux répertoriés au 05/03/2014 ont été contactés par téléphone puis courriel ou courrier pour leur

présenter l'étude et recueillir leur consentement à y participer. La date de recueil de données au cabinet a été fixée de la même manière.

112 médecins ont été sollicités, 39 ont répondu favorablement. Une date de recueil de données n'a pu être fixée avec 5 d'entre eux. Le nombre de patients prévus sur la plage horaire dédiée n'étant pas suffisant, 2 autres ont été écartés. En raison de leur participation à la construction de l'étude, 3 médecins ont été exclus. 32 patientèles ont effectivement collaboré à cette recherche. Entre 5 et 10 patients ont été interrogés chez chaque médecin.

### **2.3.2- Critères d'inclusion et d'exclusion**

Critères d'inclusion des questionnaires à l'étude finale : patient consentant, en consultation de médecine générale le jour du remplissage.

Critères d'exclusion : refus du patient, âge <15 ans, questionnaire incomplet, nouveau consultant.

10 patients ont quitté le cabinet avant d'être réinterrogés en sortie de consultation. A noter également 8 refus de participer et 12 nouveaux consultants (critères d'exclusion).

234 questionnaires ont pu être complétés.

## **2.4- Intervention**

L'étude s'est déroulée en 3 phases :

- une phase d'intervention, visait à informer le médecin des stratégies de communication à mettre éventuellement en œuvre.
- une phase de recueil de données, consistait à interroger des patients sur leur ressenti habituel des consultations chez leur médecin généraliste.
- une seconde phase de recueil de données, permettait de réinterroger ces mêmes patients après une consultation chez leur médecin.

Les phases de recueil de données se sont déroulées sur une même journée, l'une avant la consultation prévue et l'autre en sortant de cette même consultation.

La phase d'intervention s'est située en amont, dans la semaine précédant la venue du chercheur au cabinet médical, par l'envoi d'une plaquette d'information à l'attention du médecin concerné par courriel ou par courrier postal. (cf. ANNEXE I).

Le chercheur est resté à disposition, via le téléphone et Internet, afin de répondre aux questions des médecins avant sa venue (plusieurs y ont eu recours). Ce jour-là, avant de procéder à la première phase de recueil de données, il a été demandé aux médecins s'ils avaient des questions à ce sujet ou besoin d'un complément d'information et chacun de ceux qui en ont fait la demande ont pu s'entretenir avec le chercheur.

Le remplissage des questionnaires s'est effectué sur une demi-journée de consultation (entre 2 et 4h), dans la salle d'attente du médecin. Les questions ont été posées par oral aux patients, avec le support papier du questionnaire visible. Leurs réponses ont été notées au fur et à mesure par le chercheur. Sauf interruptions extérieures, le temps de remplissage n'a pas excédé 2 minutes pour chaque phase de recueil.

Ce recueil de données s'est déroulé entre le 27/03/2014 et le 27/05/2014.

## **2.5 – Outils d'évaluation**

Le recueil de données s'est fait au moyen de questionnaires remplis par les patients. Ils comprenaient une première partie informative sur le médecin accueillant et son patient interrogé puis une deuxième partie sur le sujet d'étude, incluant 11 questions (9 fermées - réponse oui/non, 2 échelles de satisfaction de Likert à choix forcé en 4 points). (cf. ANNEXE II).

La majorité des items de ce questionnaire reprenaient les conseils énoncés pour le développement de compétences transversales spécifiques à l'utilisation de l'ordinateur en consultation dans l'étude de Booth, Robinson et Kohannejad (23 p.81 box 4) à savoir favoriser le contact, impliquer le patient, expliquer et clarifier.

Les réponses à ces questions fermées portant sur la perception des pratiques et attitudes du médecin (questions 2-3-4 et 7-8-9) devaient permettre l'analyse des critères secondaires.

Une échelle de Likert à choix forcé en 4 points a été insérée (questions 5 et 11) pour l'analyse du critère principal d'évaluation (évolution du niveau de satisfaction globale des patients).

La partie informative et les réponses aux questions secondaires (1-2-3-4 et 6-7-8-9-10) devaient servir à discuter les résultats précédents.

Il n'a pas été prévu sur les formulaires de relever le ton et les attitudes des patients. Le chercheur en a parfois pris note à main levée afin de préciser les réponses recueillies.

## **2.6- Traitement des données**

Pour une « population de base » de 5447 actes en moyenne par an par médecin généraliste\*, un échantillon de 359 « opinions recueillies à l'issue d'un acte particulier » était requis pour une analyse statistique puissante (marges d'erreur 5% avec niveau de confiance à 95%). (30, 31, 32)

Les réponses à 234 questionnaires ont pu être traitées.

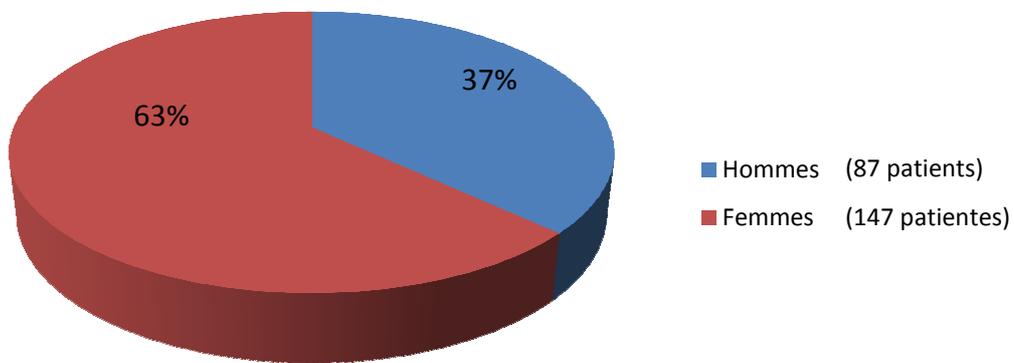
\*données Cartosanté-ARS Poitou-Charente mise à jour mars 2014 : activité moyenne des médecins généralistes en 2012 : 5447 actes/an pour 127 médecins répertoriés

### **3- Résultats**

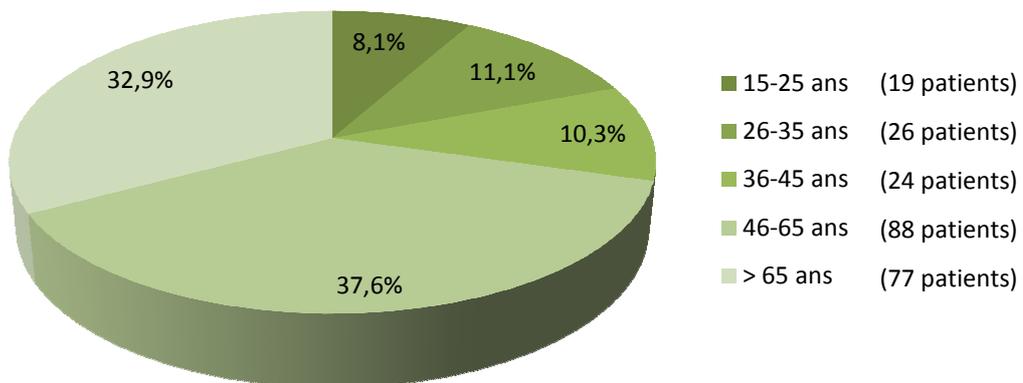
#### **3.1- Echantillon de population**

La structure de l'échantillon est présentée en détail sur les figures 1 à 4 (données patients) et 5 à 9 (données médecins).

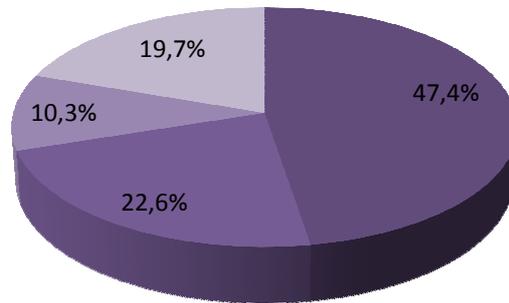
**Figure 1** - Structure de l'échantillon - Répartition des patients par genre



**Figure 2** - Structure de l'échantillon - Répartition des patients par tranches d'âge

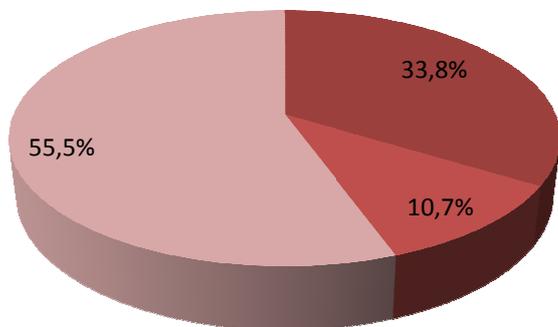


**Figure 3** - Structure de l'échantillon - Répartition des patients par niveau d'études



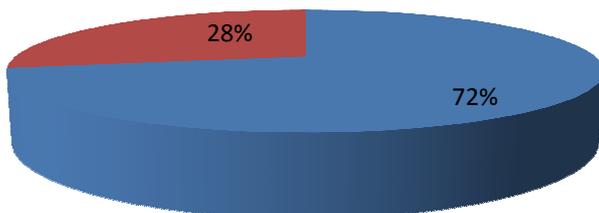
■ Niveau de formation ou arrêt de la scolarité au niveau collège ou moins	(111 patients)
■ Niveau lycée	(53 patients)
■ Etudes courtes (2 ans post-bac)	(24 patients)
■ Etudes longues (3 ans et plus post-bac)	(46 patients)

**Figure 4** - Structure de l'échantillon- Répartition des patients selon l'ancienneté de leur fréquentation du cabinet



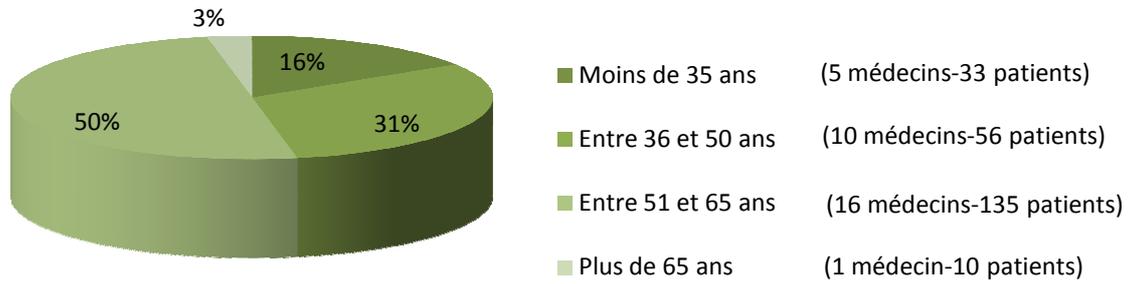
■ Fréquentation du cabinet depuis moins de 5 ans	(25 patients)
■ Entre 5 et 10 ans	(79 patients)
■ Depuis plus de 10 ans	(130 patients)

**Figure 5** - Structure de l'échantillon - Répartition des médecins participants par genre

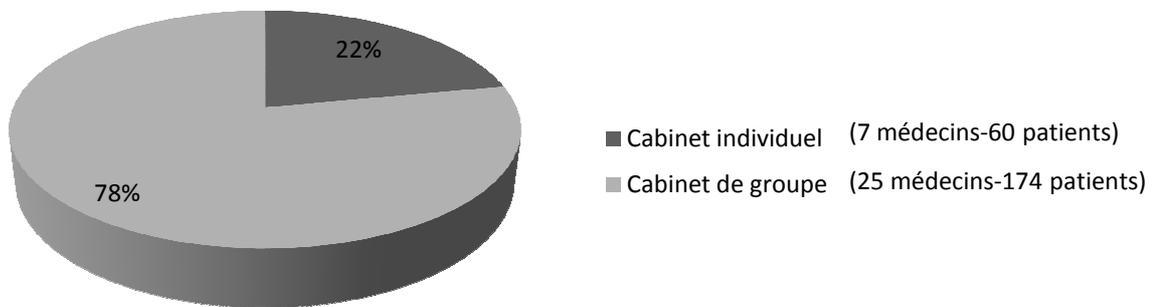


■ Hommes	(23 médecins-181 patients)
■ Femmes	(9 médecins-53 patients)

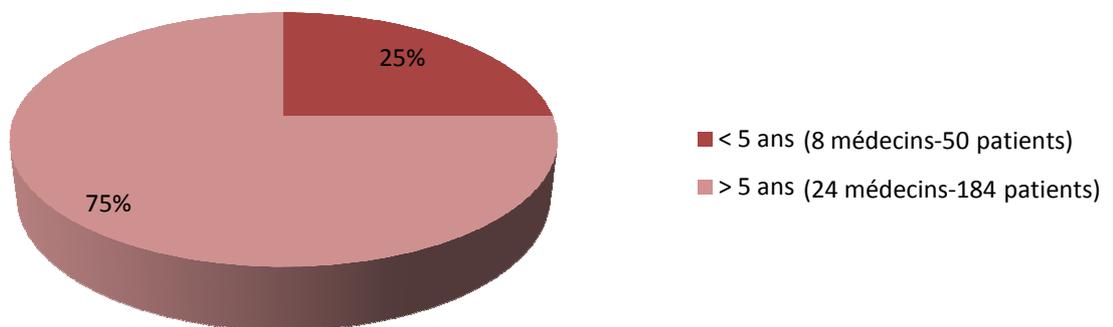
**Figure 6** - Structure de l'échantillon - Répartition des patients selon l'âge de leur médecin



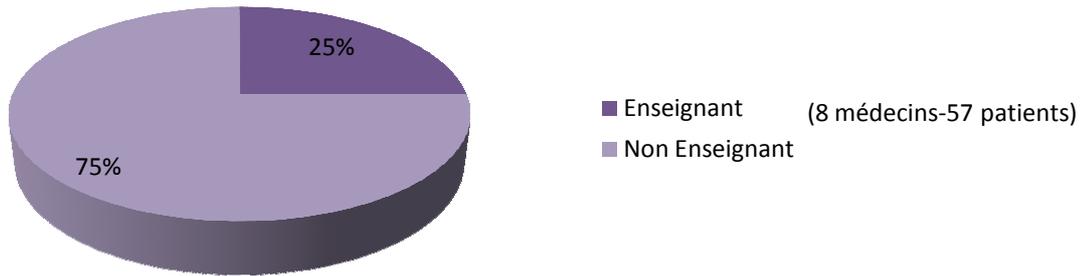
**Figure 7** - Structure de l'échantillon - Répartition des médecins selon leur mode d'exercice



**Figure 8** - Structure de l'échantillon - Répartition des médecins selon leur ancienneté d'installation



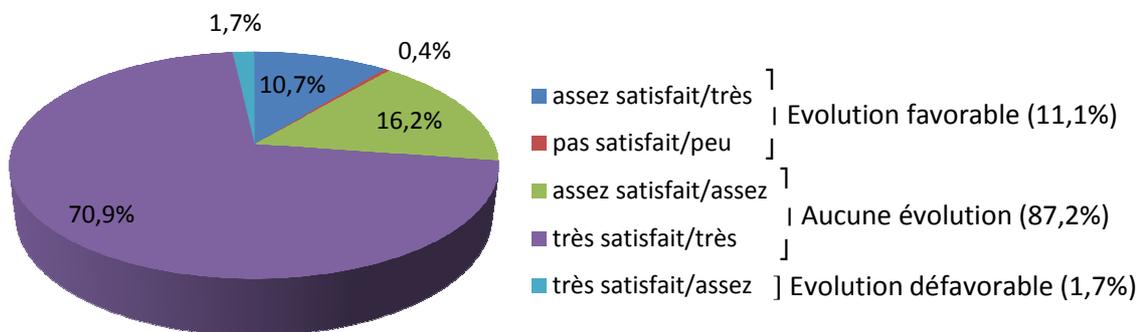
**Figure 9** - Structure de l'échantillon - Répartition des médecins selon qu'ils enseignent ou non



### 3.2- Réponses aux questions 5 et 11

Une évolution du niveau de satisfaction globale des patients a-t-elle été constatée après intervention ?

**Figure 10** - Réponses Q5-Q11 - Evolution du niveau de satisfaction globale des patients au cours de l'enquête



La majorité des réponses n'a montré aucune évolution de la satisfaction globale des patients.

Aucun profil de patient particulier ni de médecin particulier n'a pu être distingué au niveau des réponses majoritaires (à savoir : absence d'évolution du niveau de satisfaction globale entre pré- et post- intervention). (ANNEXE IV).  
Même constatation pour les patients ayant exprimé un sentiment de satisfaction globale croissant.

A noter que 8 patients ont estimé le changement qu'ils ont constaté positif (cf. réponses Q10), soit 3.4% de l'ensemble. Mais seulement chez 3 d'entre eux, est apparue une évolution positive de la satisfaction globale (1.3% de l'ensemble). Deux patients ont estimé le changement constaté négatif, soit 0.8% de l'ensemble, mais aucun ne l'a retranscrit en dévaluant la satisfaction globale.

### **3.3- Réponses aux questions 1 et 6**

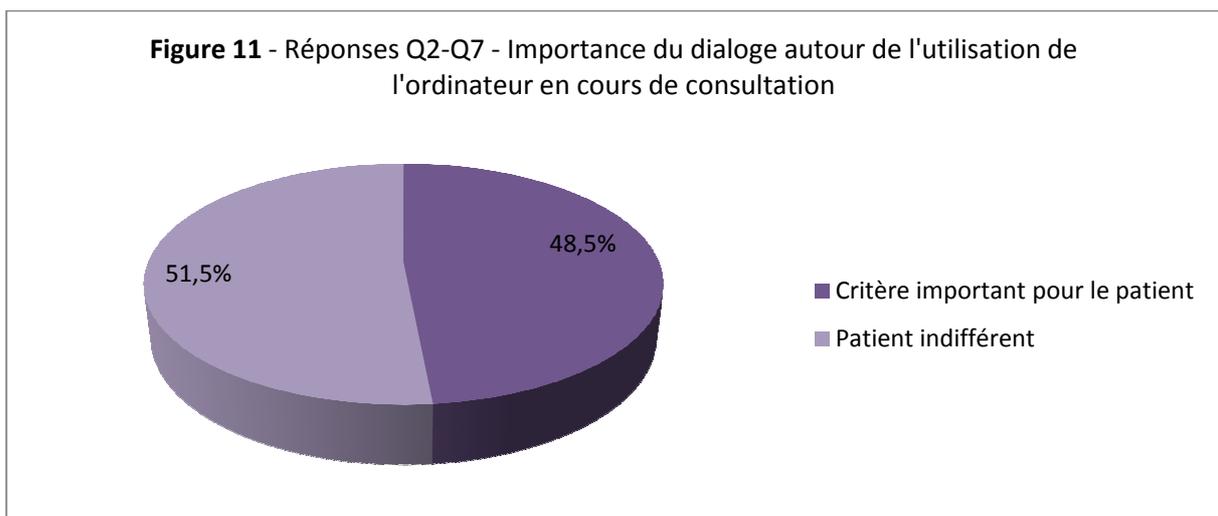
Le positionnement de l'ordinateur n'était pas gênant pour 233 patients. Un patient a noté le changement récent de positionnement de l'ordinateur sur le bureau du praticien et en a été gêné (cf. commentaire « c'est devant moi, je vois plus rien »).

### **3.4- Réponses aux questions 2 et 7**

Le dialogue autour de l'utilisation de l'ordinateur en cours de consultation visant à développer et maintenir le contact avec le patient, l'impliquer et expliquer, clarifier, est-il apparu important aux yeux des patients ?

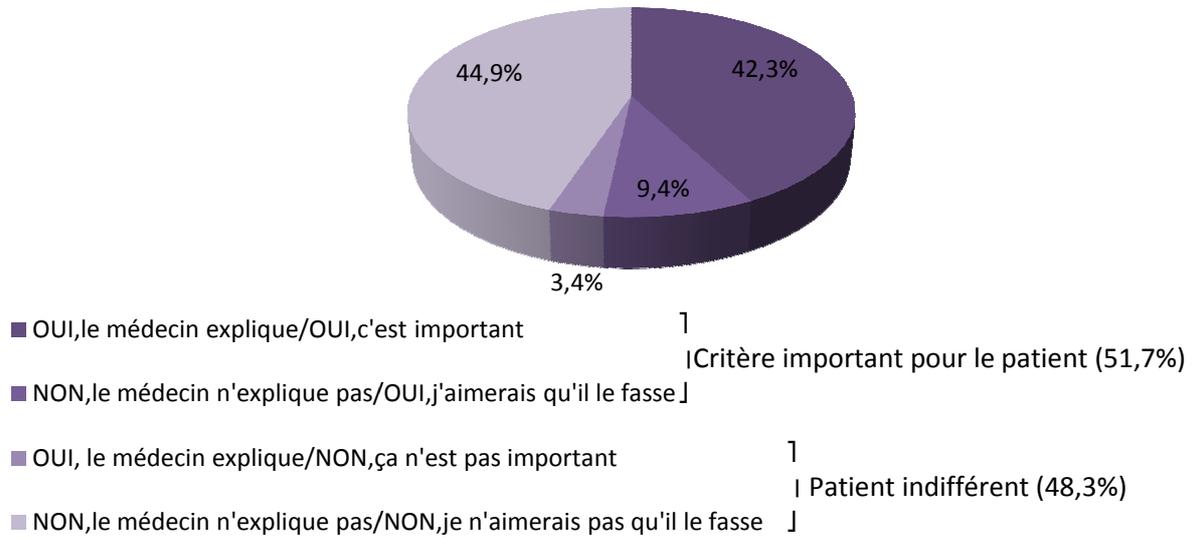
*Q2-Q7-« Vous explique-t-il (le médecin) ce qu'il fait lorsqu'il l'utilise (l'ordinateur) devant vous ? »*

*Q2-Q7 bis« Si oui, c'est important ? / Si non, vous aimeriez qu'il le fasse ? »*

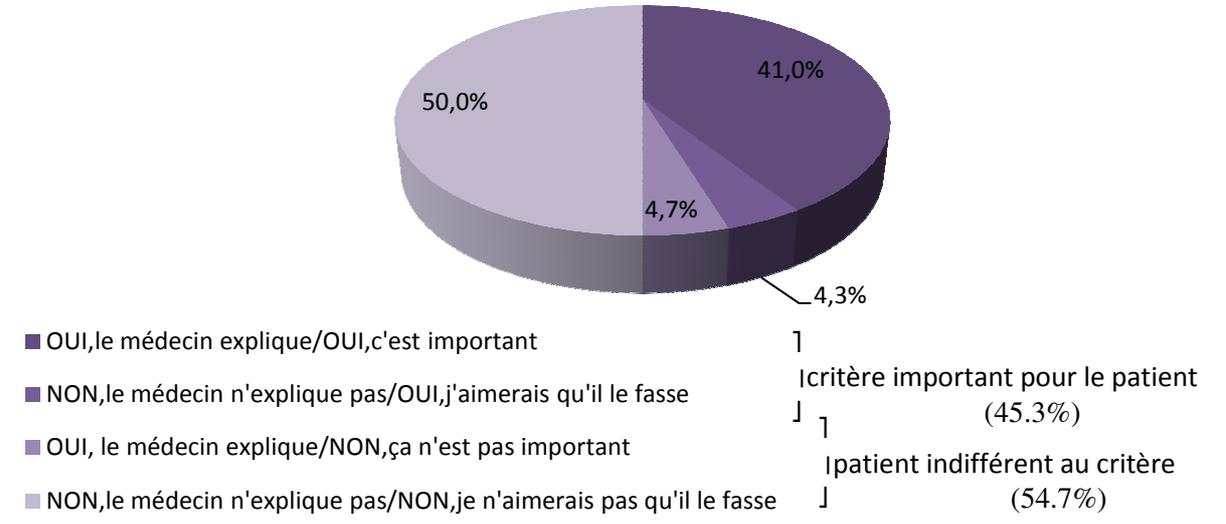


*A noter : les pourcentages exprimés ici sont la moyenne des réponses à la question 2 ajoutées à celles de la question 7.*

**Figure 12** - Réponses Q2-Q7 - Détails réponses Q2



**Figure 13** - Réponses Q2-Q7 - Détails réponses Q7



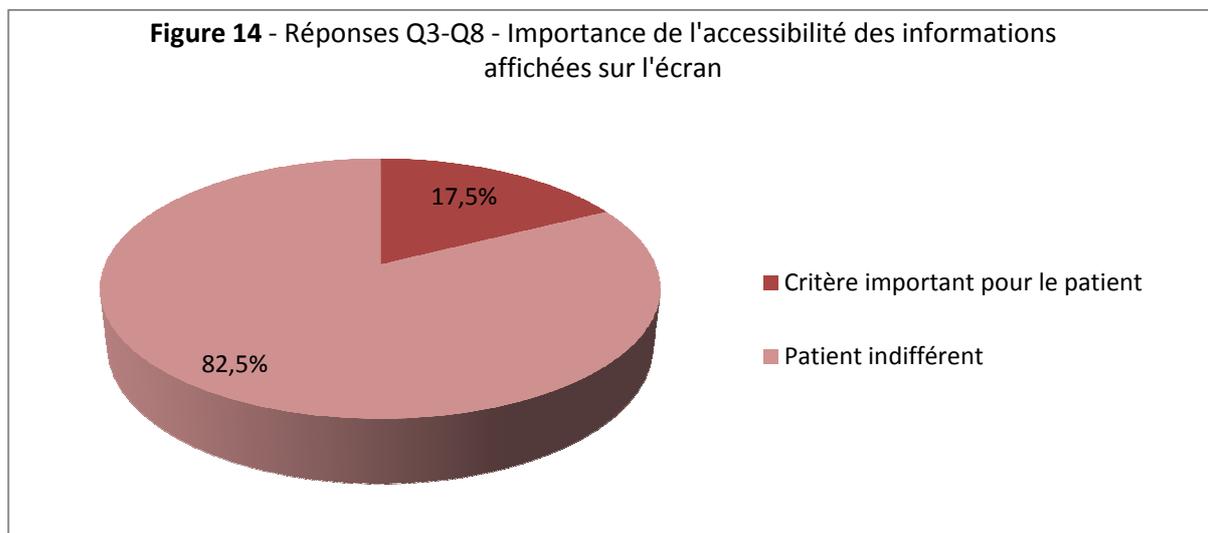
Aucun profil type de patients aux yeux desquels les explications données autour de l'utilisation de l'ordinateur en consultation étaient importantes n'a pu être établi. (ANNEXE V).

### 3.5- Réponses aux questions 3 et 8

Les informations affichées à l'écran dont la lisibilité favorise, selon nos sources, l'implication du patient, l'explication et la clarification, semblaient-elles importantes à voir pour les patients ?

Q3-Q8 « Vous montre-t-il (le médecin) ce qui s'affiche à l'écran ? »

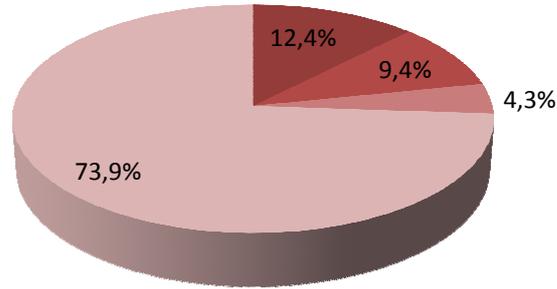
Q3-Q8 bis « Si oui, c'est important ? / Si non, vous aimeriez qu'il le fasse ? »



*A noter* : les pourcentages exprimés ici sont la moyenne des réponses à la question 3 ajoutées à celles de la question 8.

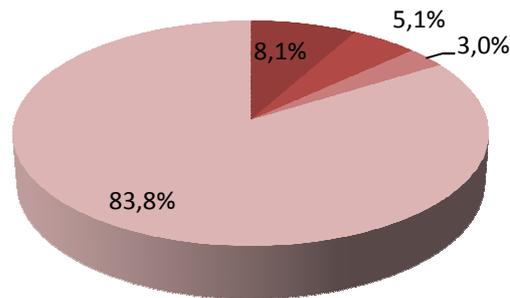
17.5 % des patients se sont dits importunés de ne pas pouvoir lire les informations qui s'affichaient sur l'écran de l'ordinateur de leur médecin, ou intéressés par l'opportunité de le faire, quel que soit le genre, la tranche d'âge, etc..(ANNEXE VI). Ils ne constituaient pas la patientèle d'un profil de médecin particulier.

**Figure 15** - Réponses Q3-Q8 - Détails réponses Q3



- OUI, les informations à l'écran sont accessibles/OUI, c'est important | Critère important pour le patient (21,8%)
- NON, les informations à l'écran ne sont pas accessibles/OUI, j'aimerais qu'elles le soient |
- OUI, les informations à l'écran sont accessibles/NON, ça n'est pas important | Patient indifférent (78,2%)
- NON, les informations à l'écran ne sont pas accessibles/NON, je n'aimerais pas qu'elles le soient |

**Figure 16** - Réponses Q3-Q8 - Détails réponses Q8



- OUI, les informations à l'écran sont accessibles/OUI, c'est important | Critère important pour le patient (13,2%)
- NON, les informations à l'écran ne sont pas accessibles/OUI, j'aimerais qu'elles le soient |
- OUI, les informations à l'écran sont accessibles/NON, ça n'est pas important | Patient indifférent (86,8%)
- NON, les informations à l'écran ne sont pas accessibles/NON, je n'aimerais pas qu'elles le soient |

### **3.6- Réponses aux questions 4 et 9**

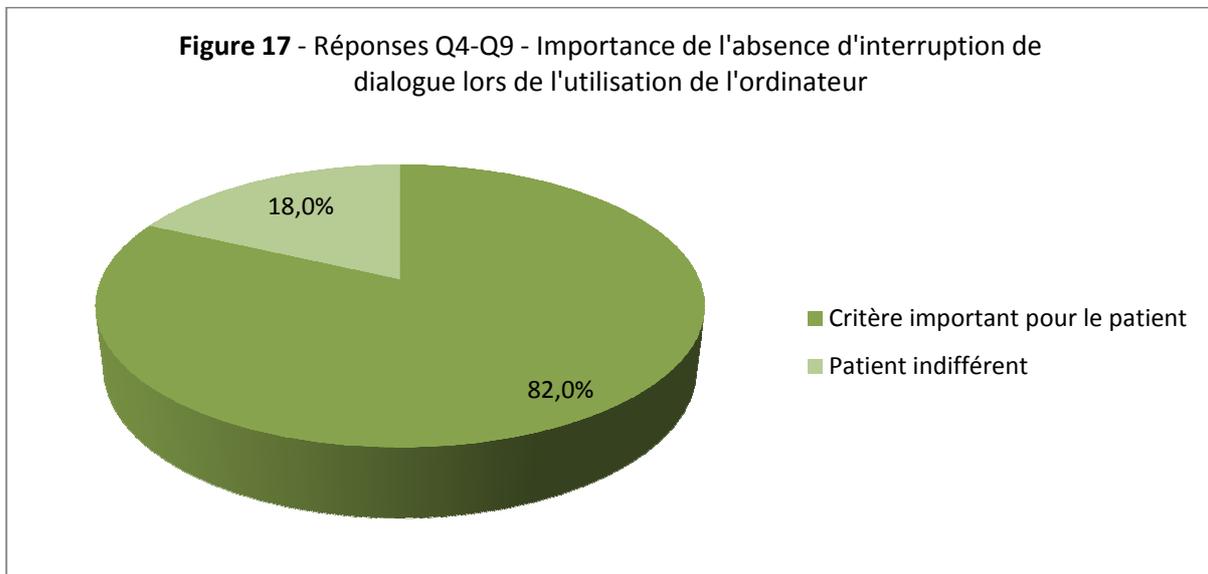
Le fait de continuer à interagir avec le patient lors de l'utilisation de l'ordinateur, ce qui aide à développer et maintenir le contact, impliquer le patient et expliquer, clarifier, semblait-il important pour les patients ?

*Q4-Q9 « Pendant qu'il utilise l'ordinateur (le médecin), vous parlez avec lui ? Il répond à vos questions ? »*

*Q4-Q9 bis « Si oui, c'est important ? / Si non, vous aimeriez qu'il le fasse ? »*

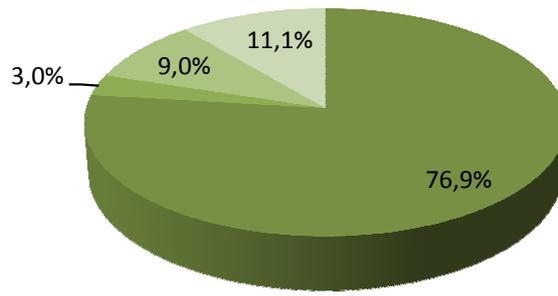
Les patients jugeaient important de pouvoir continuer à interagir avec leur médecin lors de l'utilisation de l'ordinateur à 79.9% (soit 187 patients) à la question 4 et 84.2% (soit 197 patients) à la question 9.

Ce sentiment était majoritaire chez les patients interrogés. Aucun profil distinct de patients ou de médecins chez lesquels ce critère est présent n'a pu être établi. (ANNEXE VII).



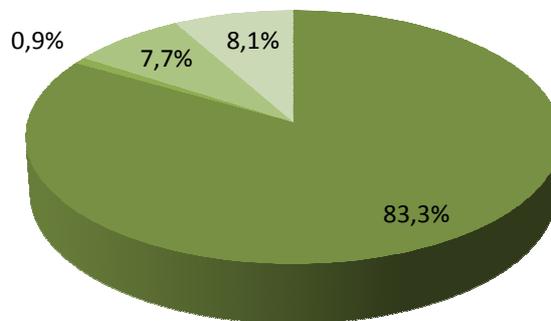
*A noter : les pourcentages exprimés ici sont la moyenne des réponses à la question 4 ajoutées à celles de la question 9.*

**Figure 18 - Réponses Q4-Q9 - Détails réponses Q4**



■ OUI, le médecin maintient le dialogue/OUI, c'est important	⌋	Critère important pour le patient (79.9%)
■ NON, le médecin ne maintient pas le dialogue/OUI, j'aimerais qu'il le fasse	⌋	
■ OUI, le médecin maintient le dialogue/NON, ça n'est pas important	⌋	Patient indifférent (20.1%)
■ NON, le médecin ne maintient pas le dialogue/NON, je n'aimerais pas qu'il le fasse	⌋	

**Figure 19 - Réponses Q4-Q9 - Détails réponses Q9**



■ OUI, le médecin maintient le dialogue/OUI, c'est important	⌋	Critère important pour le patient (84,2%)
■ NON, le médecin ne maintient pas le dialogue/OUI, j'aimerais qu'il le fasse	⌋	
■ OUI, le médecin maintient le dialogue/NON, ça n'est pas important	⌋	Patient indifférent (15,8%)
■ NON, le médecin ne maintient pas le dialogue/NON, je n'aimerais pas qu'il le fasse	⌋	

### **3.7- Réponses à la question 10**

L'intervention auprès des médecins visant d'une part, à les informer sur les difficultés communicationnelles pouvant résulter de l'utilisation de l'ordinateur en consultation et d'éventuelles techniques à mettre en place pour les résoudre, et d'autre part à inspirer chez eux une réflexion constructive sur le sujet, a-t-elle eu un quelconque impact visible pour le patient ?

*Q10 : « Avez-vous remarqué un changement dans le déroulement de la consultation et/ou l'attitude de votre médecin ? »*

221 patients (94.44%) n'ont noté aucun changement.

13 patients (5.56%) ont signalé un changement, positif quant à l'attitude du médecin pour 8 d'entre eux, positif quant à l'accessibilité aux données affichées sur l'écran de l'ordinateur du médecin pour 2 d'entre eux. Un patient a signalé une modification de la position de l'ordinateur sur le bureau du médecin, mais l'a qualifiée de neutre.

Un patient a estimé que le changement qu'il avait observé était négatif quant à l'attitude du médecin, un autre quant à la position et taille de l'écran de l'ordinateur qui gênait le contact visuel. (cf. Commentaires en ANNEXE III).

## **4- Discussion**

### **4.1- Résultats principaux et comparaison à la littérature**

Aucune évolution n'a été constatée au niveau de la satisfaction globale des patients après intervention à 87.2%. La majorité des patients se sont dits très satisfaits du déroulement des consultations avec leur médecin (71 %). Par extension pour la plupart d'entre eux, ils se sont dits très satisfaits de la relation qu'ils entretenaient avec lui. L'évolution positive en cours d'étude ne pouvait être que limitée ( %). L'évolution négative ne représente que 1.7 % (soit 4 patients).

Le positionnement de l'ordinateur n'a été problématique que pour 1 seul des patients interrogés. La majorité des écrans utilisés étaient de petite ou moyenne taille (15 ou 17 pouces) et positionnés sur le côté du bureau de travail sans gêner le contact visuel entre médecin et patient. (cf. ANNEXE VIII). Lors des entretiens avec les médecins concernés, il est apparu qu'il existait une réflexion préalable à cette étude chez ces praticiens. Ceci expliquait le positionnement de l'écran sur leur bureau et leur utilisation raisonnée de l'outil. L'intervention ne pouvait avoir qu'un impact limité.

Les modifications signalées par les patients pouvaient être liées à d'autres paramètres que l'étude. Ces derniers étaient difficilement évaluables comme l'état de fatigue du médecin, son humeur ce jour-là, l'état de fatigue et l'humeur du patient, la nature de la consultation, la présence ou l'absence d'interférence, de retard, etc.

Le dialogue autour de l'utilisation de l'ordinateur (Q2-7 « *Vous explique-t-il ce qu'il fait lorsqu'il l'utilise devant vous ?* ») n'était important que pour 48.5 % des patients en moyenne. La lisibilité des informations portées à l'écran (Q3-8 « *Vous montre-t-il ce qui s'affiche à l'écran ?* ») importait à 17.5 % des patients en moyenne.

Ces deux résultats différaient de ceux recueillis dans la littérature. (12, 18) . Ils reflétaient une certaine capacité d'adaptation à l'autre. Elle constituait un des critères de qualité de la relation identifié par les études antérieures (3). Le médecin de chacun de ces patients devait se montrer capable d'identifier ceux qui recherchent un niveau d'information supérieur et ceux qui n'en voient pas l'utilité. Il adaptait ainsi au mieux son discours et le déroulement de sa consultation.

Les patients des jeunes médecins ou dernièrement installés (<35 ans, installation depuis <5ans) étaient plus sensibles aux explications données autour de l'utilisation de l'ordinateur (62% des patients de jeunes médecins, 58% des patients des nouveaux installés). Ceci rejoignait la problématique du manque d'assurance initial dont parlait notamment l'étude de MC Dedienne (3). La construction d'une relation de confiance demandait plus d'explications de la part du médecin débutant.

La continuité d'interaction (Q4-9 « *Pendant qu'il utilise l'ordinateur, vous parlez avec lui ? Il répond à vos questions ?* ») était importante pour une majorité de patients (82% en moyenne). Les commentaires faits par les patients en marge du questionnaire (ANNEXE III) soulignaient le fait que la communication verbale prime pour eux sur la lisibilité des informations portées à l'écran. Mlle Remoiville rapportait dans son travail de thèse, que l'important est de garder un contact visuel OU verbal avec le patient. Ainsi la communication et la qualité de l'échange et de la relation ne s'en trouvaient pas altérées. (13)

Les commentaires attenants aux questionnaires aboutissaient à des conclusions similaires à celles de la littérature. Le sentiment de CONFIANCE inspiré par la relation médecin-patient était une notion très présente chez les patients (3, 13, 33). Les patients se sentaient la plupart du temps suffisamment informés de ce qu'il se passait en consultation. Ils se disaient libres de poser des questions et demander à voir ou entendre certaines informations complémentaires s'ils en ressentaient le besoin. Ceci expliquait qu'ils accordaient peu d'importance à avoir un accès direct aux données affichées sur l'écran notamment.

Des difficultés ont été signalées par les patients (commentaires non répertoriés) quant au fonctionnement de l'outil informatique ou à la maîtrise qu'en avait leur médecin. Ils n'ont pas jugé le désagrément qui a pu en découler important. Cette remarque se rapprochait du commentaire fait lors de l'audit sur l'accueil au sein des cabinets médicaux de Rhône-Alpes à propos du retard non excusé lors des consultations : « *le relatif mécontentement est systématiquement pardonné et compensé par la confiance qu'il lui accorde (le patient au médecin\*), et l'importance de la qualité des soins prodigués.* » (34 p.25)

Le sentiment général du chercheur à l'issue du recueil de données rejoignait les conclusions d'une étude de 2005 rapportées dans le travail de Mlle Remoiville (13). Les médecins présentant initialement de bonnes qualités relationnelles n'ont pas été mis en difficulté dans leur relation au patient par la présence de l'ordinateur, ni par ses éventuels aléas de fonctionnement. Ceux qui présentaient des faiblesses en matière de communication (« de toute façon, il ne parle pas tout court, alors... »/ « faut toujours lui tirer les vers du nez »-commentaires non répertoriés) ont vu leurs difficultés focalisées sur cet outil, par leurs patients, comme par eux-mêmes.

*\*Note de la rédaction.*

## **4.2- Forces et faiblesses de l'étude**

### **4.2.1- Points faibles**

Le recrutement des médecins s'est déroulé sur la base du volontariat induisant un **biais d'auto-sélection**. Les praticiens ayant accepté de participer se sentaient déjà concernés par le sujet ou intéressés par une démarche active d'amélioration de la qualité de soins. Une prise de conscience de la problématique avait donc déjà été initiée ou complétée chez eux, limitant la marge d'intervention possible dans le cadre de cette recherche.

Une plaquette d'information sous forme de texte concis, à lire librement, a été envoyée aux médecins participants. Le but étant de ne pas surcharger leur emploi du temps avec des entretiens informatifs plus chronophages et contraignants en termes de planification.

Cette plaquette a été envoyée une semaine avant le recueil de données au cabinet. Ceci devait permettre aux praticiens d'en prendre connaissance au moment de leur choix mais suffisamment à l'avance pour pouvoir initier chez eux une réflexion constructive et productive. La plupart des médecins n'ont soit pas lu la plaquette, soit lu très rapidement en diagonale le jour du recueil de données. Cette **participation** a été **insuffisante** pour induire des modifications de leur fonctionnement, d'où les résultats à la question 10.

Les **effectifs** de patients recrutés étaient **trop faibles** pour que l'échantillon puisse être considéré comme représentatif et permette une analyse statistique puissante.

La forme du questionnaire et les conditions de son remplissage ont pu induire plusieurs **biais de mesure**.

Il a été choisi de ne poser que des questions fermées ou à choix limité. Certains ont pu trouver ces choix trop restrictifs et se sentir bridés dans l'expression complète de leur sentiment sur le sujet. En ont témoigné les nombreux « oui et non » ou « ça dépend » spontanément formulés à l'écoute de l'une ou l'autre des questions et obligeant à reposer la question afin d'obtenir une réponse tranchée. Afin de limiter ce biais, le chercheur a recueilli les commentaires émis par les patients lors de ces choix. Ils ont été traités dans un second temps pour pondérer les résultats.

Chaque patient a été interrogé de manière individuelle, en salle d'attente au vu et su de tous. Certains en ont été gênés. Ils cherchaient visiblement une certaine « approbation » du chercheur à leurs réponses ou exprimaient clairement le souci de voir leurs réponses mal interprétées vis-à-vis de leur médecin (« non mais je vous dis ça mais attention, c'est un très bon médecin ! on en est très contents bien sûr ! »).

Certains étaient d'autant plus embarrassés qu'ils craignaient de ne pas répondre assez vite et donc de retarder leur médecin, malgré les paroles de réassurance de l'enquêteur et des médecins concernés.

L'oralité du questionnement, a pu dérouter certains patients et ne pas leur laisser l'opportunité de se concentrer suffisamment sur chaque question pour en saisir pleinement le sens, induisant un **biais de confusion**.

Les questions 5 « *De manière globale, êtes-vous satisfait du déroulement des consultations ?* » et 11 « *Vous sortez juste de consultation, de manière globale, êtes-vous satisfait du déroulement des consultations ?* », au vu des commentaires exprimés (non répertoriés dans ce travail) ont souvent été mal comprises, les patients n'évaluant pas leur satisfaction du DEROULEMENT de la consultation mais leur satisfaction vis-à-vis de leur prise en charge globale par le médecin consulté. Cependant, cette méprise illustre un fait déjà établi par les études antérieures, à savoir que la compétence relationnelle et communicationnelle du médecin est une part importante de la satisfaction globale du patient qui conduit à l'établissement et à l'entretien d'une « relation thérapeutique ».

Le sens des questions 2 et 7 « *Vous explique-t-il ce qu'il fait lorsqu'il l'utilise devant vous (l'ordinateur) ?* » a pu également être mal saisi et confondu par certains avec celui des questions 4 et 9 « *Pendant qu'il utilise l'ordinateur, vous parlez avec lui ? Il répond à vos questions ?* », ce qui a pu expliquer les résultats très partagés qui ont été obtenus. Pour limiter ce biais, la question a été reformulée, chaque fois que possible, aux patients qui sont apparus déroutés.

#### **4.2.2- Points forts**

Malgré une informatisation des cabinets médicaux acquise depuis quelques années, le **sujet** restait **pertinent**. La « réflexion initiée » à l'occasion de cette recherche a été jugée intéressante par la plupart des médecins participants et l'enquête très bien accueillie par les patients. Même si beaucoup d'entre eux se sont montrés surpris par le champ de recherche, tous ont donné leur avis sur la question, preuve qu'ils se sont sentis concernés par la problématique.

Il a été mené une étude interventionnelle, quantitative afin d'étayer les connaissances déjà acquises sur le sujet en France et les comparer aux données de la littérature internationale. Aucune étude n'avait été précédemment réalisée sous cette forme.

La méthode d'intervention a été retenue pour sa **simplicité de mise en œuvre** et sa **reproductibilité à grande échelle**. Elle ne nécessitait que peu d'implication de la part des médecins participants ce qui a permis un large recrutement. Par opposition, les méthodes de formation proposées par les études traitant du sujet (9, 24, 29) nécessitaient de lourds moyens logistiques (consultations filmées, séminaires avec jeux de rôles, etc.) et beaucoup d'investissement en matière de temps notamment de la part des participants.

Le **questionnaire** a été **basé sur les résultats des études antérieures** (conseils pour le développement de compétences transversales spécifiques à l'utilisation de l'ordinateur en consultation).

Les **biais d'interprétation** ont été **limités** par l'utilisation d'un questionnaire concis, composé de questions fermées ou à choix restreint.

La méthode d'échantillonnage permettait un **recrutement large** et des **biais de sélection limités**.

Le recrutement des médecins a été raisonné, à l'intérieur d'une zone restreinte géographiquement mais présentant tous les profils d'exercice de la médecine générale (rural/urbain/semi-rural, cabinet individuel/de groupe, jeunes installés ou plus anciens, praticiens enseignants ou pas, praticiens femmes et hommes).

L'enquête s'est déroulée en salle d'attente des cabinets, ceci pour limiter les biais de recrutement. Il était possible d'intervenir dans n'importe quel cabinet, qu'il soit muni ou non de pièce annexe disponible. Plusieurs médecins ont apprécié de ne pas avoir à se préoccuper de l'« installation de l'enquêteur ».

La présence permanente de l'enquêteur en salle d'attente au cours de la consultation permettait de voir les patients entrer et sortir du cabinet et donc de permettre un recrutement systématique, large, aléatoire, en limitant les « perdus de vue ».

### **4.3- Ouverture sur des recherches futures**

L'entretien d'une bonne relation médecin-malade dépend des capacités du soignant à maintenir le contact avec son patient. Pour cela, il doit apprendre à optimiser ses compétences communicationnelles et relationnelles. La confiance est la clé de voûte de cette relation, il faut savoir la préserver.

Les résultats de cette recherche, comme ceux de la littérature, ont montré que l'utilisation de l'ordinateur n'entraîne pas de façon primordiale en ligne de compte dans la qualité de cette relation. Cette utilisation devait être considérée comme celle de n'importe quel autre outil lors de la consultation. Il fallait en connaître les indications, précautions d'emploi, etc.

La cohérence des résultats de cette recherche avec les données de la littérature a laissé supposer qu'une étude d'ampleur sur le même sujet n'aurait qu'un intérêt très limité. Il est apparu plus constructif d'envisager de mener des recherches ultérieures sur les moyens de formation à mettre en œuvre, tant en formation universitaire initiale qu'en formation continue en cours d'exercice.

De futures études peuvent préciser la forme et le contenu d'une formation à la communication et à l'informatique de manière couplée, pour optimiser les compétences relationnelles des praticiens. Peuvent être envisagés des stages en situation dans des cabinets pilotes avec système de tutorat ou compagnonnage, consultations filmées et perfectionnement informatique. Un retour sur des consultations filmées avec des confrères, des patients, des professionnels de l'informatique. Des séminaires de formation continue avec débats et jeux de rôles, exercices d'utilisation de logiciels médicaux ...

Cette formation doit être dispensée dès l'université de médecine et doit comprendre une partie évaluative. Cette composante peut également faire l'objet d'étude à l'avenir. Peuvent être considérées : une grille d'évaluation remplie par un observateur lors d'une ou plusieurs consultations, une compilation de questionnaires de satisfaction de patients à l'issue d'un stage chez le praticien, une autoévaluation via analyse répétée et étalée dans le temps, de plusieurs consultations filmées...

## **Conclusion**

L'utilisation de l'ordinateur en consultation n'altérait pas le niveau de satisfaction globale des patients. Une simple réflexion individuelle des praticiens initiée via la lecture d'une plaquette d'information n'a pas permis d'élever ce niveau.

Les patients se sont montrés sensibles à la continuité d'interaction et à la communication globale de leur médecin malgré l'utilisation de cet outil. Le sentiment de confiance qui émanait de leur relation et auquel ils se montrent attachés était préservé.

Pour optimiser la qualité de l'offre de soins dans ce domaine, de futures recherches peuvent être menées.

Par exemple, évaluer la mise en place et la portée de stages de formation professionnelle en situation. Cette formation doit comprendre un perfectionnement des habiletés et techniques communicationnelles. Pour ce faire, l'utilisation de consultations filmées avec rétro analyse peut être envisagée. Elle doit également permettre un approfondissement de l'utilisation de l'outil informatique en cabinet de médecine générale. L'intervention d'informaticiens médicaux doit être étudiée. Elle doit enfin s'accompagner d'une évaluation qualifiante pour une application possible dès l'université aussi bien qu'en formation médicale continue.

## **Bibliographie**

- (1)-Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine adopté le 20 juin 2006
- (2)-Goncalves MS. Audit sur les attitudes professionnelles des médecins généralistes qui favorisent l'observance. Val de Marne. Thèse de doctorat, Université de médecine de Créteil (Paris XII), 2010, 62 p.
- (3)-Dedienne MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: applications de la méthode par focus group. Thèse de doctorat, Université de médecine de Grenoble, 2001, 119 p.
- (4)-Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. (traduit de l'anglais par J-P. Valabrega; titre original The Doctor, his Patient and the Illness. (1957). Londres, Pitman) Paris, Editions Payot, 2009, 419 p.
- (5)-Moreau A, Bousageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de l'effet médecin en soins primaires. Presse Med. 2006;35(6):967-73
- (6)-Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarère J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode qualitative des focus groups. Rev Prat Med Gen 2003;17(612):653-6
- (7)-Moreau A, Dedienne MC., Bornet-Sarrassat L, Hauzanneau P, Labarere J, Terra JL. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Etude qualitative par la méthode du focus group. Rev Prat Med Gen 2004;18(674):1495-8
- (8)-Doyle RJ, Wang N, Anthony D, Borkan J, Shield RR, Goldman RE. Computers in the examination room and the electronic health record: physicians' perceived impact on clinical encounters before and after full installation and implementation. Family Practice 2012;29:601-608
- (9)-Audouy P. L'informatisation, oui mais... Revue Prescrire 2007;27 (281):231
- (10)-Laguens JP. Faut-il choisir entre informatique et relation humaine? Revue Prescrire 2007;27(288):792
- (11)-Even G. L'informatique médicale est-elle compatible avec l'attention au sujet malade ? La Revue du Praticien-Médecine Générale 2003;601:151-154.
- (12)-Als AB. The desk-top computer as a magic box : patterns of behaviour connected with the desk-top computer ; GPs' and patients' perceptions. Family Practice 1997;14:17-23.
- (13)-Remoiville M. Informatisation des médecinsgénéralistes : qu'en pensent les patients ? Enquête auprès de 150 patients au sein de trois cabinets médicaux informatisés. Thèse de doctorat, Université de médecine de Nancy 1,2011,75 p.
- (14)-Bellifa F. L'informatique au cabinet du médecin généraliste : étude des conséquences sur la relation médecin - malade à partir d'une enquête auprès des patients. Th. Méd. Mention Méd. Gen. :Reims,1997,86 p.

- (15)-Gibbings-Isaac.D, Iqbal M, Tahir MA, Kumarapeli P and De Lusignan S. The pattern of silent time in the clinical consultation : an observational multichannel video study. *Family Practice* 2012;29:616-621.
- (16)-Pearce C, Arnold M, Phillips C, Trumble S and Dwan K. The patient and the computer in the primary care consultation. *J Am Med Inform Assoc.* 2011 Mar-Apr;18(2):138–142.
- (17)-Makoul G, Curry RH, Tang PC. The use of electronic medical records : communication patterns in outpatient encounters. *J Am Med Inform Assoc* 2001;8:610-615.
- (18)-Booth N, Robinson P, Kohannejad J. Identification of high-quality consultation practice in primary care: the effects of the computer use on doctor-patient rapport. *Informatics in Primary Care* 2004;12:75-83.
- (19)-Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. La consultation du généraliste en 2010-Pour une médecine centrée sur le patient. *Médecine* 2010;mai:221-227
- (20)-Silverman J, Kinnersley P. Doctors' non-verbal behaviour in consultations : look at the patient before you look at the computer. *British Journal of General Practice* 2010;February:76-78.
- (21)-Pearce C, Trumble S, Arnold M, Dwan K and Phillips C. Computers in the new consultation, within the first minute. *Family Practice* 2008;25:202–208.
- (22)-Marcinowicz L, Konstantynowicz J and Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication : a qualitative study. *British Journal of General Practice* 2010;60:83-87.
- (23)-Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (II):A research agenda for the development of evidence-based practice.*Br J Gen Pract* 2000;50:396-400. Review.
- (24)-Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. St Laurent Québec, Editions du Renouveau Pédagogique Inc., 2005, 840 p.
- (25)-Millette B, Lussier MTh, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie* 2004;5:110-126.
- (26)-Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991;303:1385-7
- (27)-Crosbie R. In the eye of the beholder : the power of perceptions.*Canadian Institute of Management Spring* 2011; Expert Advice:4-6
- (28)-Byrne PS, Heath CC. Practitioners' use of non-verbal behaviour in real consultations. *Journal of the Royal College of General Practicioners.* 1980;30:327-331.
- (29)-Shachak A, Hadas-Dayagi M, Ziv A, Reis S. Primary care physicians' use of an electronic medical record system: a cognitive task analysis. *J Gen Intern Med* 24(3):341-8.

(30)- CheckMarket.Taille de l'échantillon. Site de CheckMarket, [En ligne]. <https://fr.checkmarket.com/ressources-etudes-de-marche/taille-de-lechantillon/> (Page consultée le 11 mars 2014)

(31)-Global Market Insite, Inc. Solutions/Ressources/Calculateur de taille d'échantillon. Site de GMI, [En ligne]. <http://fr.gmi-mr.com/solutions/sample-size-calculator.php> (Page consultée le 11 mars 2014)

(32)- Surveymonkey.Taille de l'échantillon de sondage. Site de Surveymonkey, [En ligne]. <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size/> (Page consultée le 11 mars 2014)

(33)-Bonnet JB. Image du médecin généraliste par les patients. Etude auprès d'une population de l'agglomération nantaise par la méthode du focus group. Thèse de doctorat, Université de médecine de Nantes, 2008, 105 p.

(34)-UPML Rhône Alpes Collège des Généralistes. Qualité de l'accueil des patients dans les cabinets de médecine générale en région Rhône-Alpes-enquête réalisée par la Société Cap-Services/Val Santé en décembre 2002.

## **ANNEXES**

ANNEXE I- Plaquette d'information à destination des médecins participant à l'étude .....	p.45
ANNEXE II- Questionnaire patient .....	p.47
ANNEXE III- Commentaires .....	p.49
ANNEXE IV- Réponses Q5-Q11-Données numériques détaillées .....	p.50
ANNEXE V- Réponses Q2-Q7-Données numériques détaillées .....	p.53
ANNEXE VI- Réponses Q3-Q8-Données numériques détaillées .....	p.57
ANNEXE VII- Réponses Q4-Q9-Données numériques détaillées .....	p.59
ANNEXE VIII- Disposition de l'ordinateur sur le bureau des différents médecins participants .....	p.61

## ANNEXE I

### Plaquette d'information à destination des médecins participant à l'étude.

#### *L'ordinateur, le patient et le médecin, quelle relation possible ?*

L'informatisation des cabinets médicaux est aujourd'hui acquise. Cependant, elle pose toujours de nombreuses questions notamment en ce qui concerne la qualité de l'offre de soins.

Il est en effet établi que, l'utilisation de l'ordinateur en consultation interfère avec la relation médecin-patient.

On peut **considérer l'ordinateur comme un tiers** dans cette relation, redistribuant les rôles respectifs des participants et influant sur leur comportement relatif (3-4).

D'autre part, l'utilisation de l'outil informatique actuel requiert un niveau de concentration élevé de la part du médecin, incompatible avec l'accomplissement concomitant d'autres tâches requérant un même niveau de concentration élevé comme par exemple la tenue d'une discussion élaborée avec le patient (1).

Cette difficulté si elle n'est pas prise en compte, **peut entraîner une diminution du sentiment d'écoute perçu par le patient** et donc une diminution de la satisfaction globale (considéré comme l'un des facteurs d'évaluation de la qualité de l'offre de soins). Or, cette difficulté peut être contournée via la **mise en place de stratégies de communication particulières**.

Suivent quelques conseils tirés de plusieurs articles et études sur le sujet parus dans la presse internationale.

Le patient, qu'il en ait conscience ou non, adapte son attitude à la présence de l'ordinateur posé sur le bureau de consultation.

3 comportements ont été identifiés : regards vers l'écran instaurant une « relation à trois », écran ignoré privilégiant des interactions principalement avec le médecin, écran clairement exclu signalant la volonté du respect d'une « relation à deux ». Ces attitudes du patient influent sur celles du médecin et donc sur leur relation durant la consultation (4).

Cependant, le médecin reste le chef d'orchestre de la consultation, c'est lui qui structure le temps et l'avancée de la consultation malgré cette **redistribution des rôles**. (3).

Il est donc important pour lui d' « apprendre à mieux gérer l'usage de l'ordinateur en consultation, avec quelques règles : **repousser son usage jusqu'à ce que le patient ait bien défini ses attentes, attendre le moment opportun pour regarder ses notes, séparer l'écoute de la prise de notes en indiquant votre intention de regarder le dossier quand vous aurez fini, pour que le patient en comprenne bien l'usage. Apprendre à structurer la consultation en éléments distincts (...)** »(2).

Une liste de 3 compétences transversales spécifiques à acquérir et développer a même été proposée par une équipe de chercheurs britanniques (1) :

**1- Développer et maintenir le contact avec le patient**

- Adapter sa posture en tenant compte de la position relative du médecin, du patient, de l'ordinateur
- Présenter une attitude ouverte quand on travaille sur l'ordinateur
- Utiliser le langage verbal et non-verbal pour signaler au patient lorsque l'attention est portée à l'écran d'ordinateur
- Tirer parti de la structure de la consultation pour minimiser le risque de voir le patient parler alors que l'attention du médecin porte sur l'ordinateur
- Répondre aux interrogations du patient lorsqu'on travaille sur l'ordinateur

**2- Impliquer le patient**

- Expliquer pourquoi on travaille sur l'ordinateur
- Si on utilise l'ordinateur comme ressource documentaire, négocier son usage avec le patient
- Laisser le patient lire ce qui est affiché à l'écran lorsque c'est approprié

**3- Expliquer et structurer**

Si on utilise cette ressource documentaire (écran partagé, plaquette d'information patient, etc.)

- S'assurer que l'écran est bien visible pour le patient
- Rester silencieux et laisser le temps au patient de lire le texte affiché
- Vérifier que le patient a compris ce texte
- Lui laisser l'opportunité de poser des questions
- Sur un écran chargé, indiquer les informations pertinentes

Ceci n'a pas vocation à devenir une sorte de cahier des charges à compléter mais plutôt un point de départ pour une réflexion élaborée sur le sujet.

*Pour aller plus loin, sont citées ci-après les principales sources ayant conduit à la rédaction de cette plaquette d'information :*

- (1) BOOTH N, ROBINSON P, KOHANNÉJAD J. "Identification of high-quality consultation practice in primary care: the effects of the computer use on doctor-patient rapport". *Informatics in Primary Care* 2004; 12: 75-83
- (2) GALLOIS P, VALLEE J-P, LE NOC Y. La consultation du généraliste en 2010-« Pour une médecine centrée sur le patient ». *Médecine* 2010 ; mai : 221-227
- (3) GIBBINGS-ISAAC D, IQBAL M, TAHIR MA, KUMARAPÉLI P and DE LUSIGNAN S. "The pattern of silent time in the clinical consultation: an observational multichannel video study". *Family Practice* 2012; 29: 616-621
- (4) PEARCE C, ARNOLD M, PHILLIPS C, TRUMBLE S and DWAN K. "The patient and the computer in the primary care consultation". *J Am Med Inform Assoc.* 2011 Mar-Apr; 18(2): 138-14

**Je vous remercie de l'attention que vous avez portée à ce document.**

## ANNEXE II

### Questionnaire patient.

#### Questionnaire patients n°

##### Informations générales :

Médecin :            Genre : M                            F  
Année de naissance :  
Lieu d'activité :    Rural                            Semi-rural                            Urbain  
Activités d'enseignement :                            Oui                            Non

Patient :            Genre : M                            F  
Année de naissance :  
Niveau d'études :            collège (certificat d'études, CAP, BEP...)    lycée (bac, bac pro...)    études  
courtes (BTS, BP, IUT,...)    études longues (master, école d'ingénieur, doctorat,...)  
Ancienneté dans le cabinet :                            <5 ans                            5-10ans >10ans

Avez-vous consulté votre médecin dans les 8 derniers jours ?

##### Questionnaire (pré-intervention) :

- 1- Votre médecin a disposé son ordinateur....., cela vous gêne-t-il ?  
Oui                            Pourquoi ?  
Non
- 2- Vous explique-t-il ce qu'il fait lorsqu'il l'utilise devant vous ?  
Oui                            C'est important ?  
Non                            Vous aimeriez qu'il le fasse ?
- 3- Vous montre-t-il ce qui s'affiche à l'écran ?  
Oui                            Vous laisse-t-il lire ?  
Discutez-vous ensemble de ce qui est écrit ?  
C'est important ?  
Non                            Vous aimeriez qu'il le fasse ?  
Pourquoi ?
- 4- Pendant qu'il utilise l'ordinateur, vous parlez avec lui ? Il répond à vos questions ?  
Oui                            C'est important ?  
Non                            Vous aimeriez qu'il le fasse ?
- 5- De manière globale, êtes-vous satisfait du déroulement de cette consultation ?  
Pas satisfait                            Peu satisfait                            Assez satisfait                            Très satisfait

Questionnaire (post-intervention) :

6- Votre médecin a disposé son ordinateur....., cela vous gêne-t-il ?

Oui Pourquoi ?

Non

7- Vous explique-t-il ce qu'il fait lorsqu'il l'utilise devant vous ?

Oui C'est important ?

Non Vous aimeriez qu'il le fasse ?

8- Vous montre-t-il ce qui s'affiche à l'écran ?

Oui Vous laisse-t-il lire ?

Discutez-vous ensemble de ce qui est écrit ?

C'est important ?

Non Vous aimeriez qu'il le fasse ?

Pourquoi ?

9- Pendant qu'il utilise l'ordinateur, vous parlez avec lui ? Il répond à vos questions ?

Oui C'est important ?

Non Vous aimeriez qu'il le fasse ?

10- Avez-vous remarqué un changement dans le déroulement et/ou l'attitude de votre médecin ?

Oui Avez-vous trouvé ce changement intéressant ? Cela vous a-t-il gêné ? Ni l'un,  
ni l'autre ?

Pourquoi ?

Non

11- Vous sortez juste de consultation, de manière globale, êtes-vous satisfait du déroulement de cette consultation ?

Pas satisfait

Peu satisfait

Assez satisfait

Très satisfait

## ANNEXE III

### Commentaires.

*NB : entre guillemets les commentaires annotés en marge des questionnaires, entre parenthèses les questions auxquelles ils se rapportaient et le nombre de questionnaires sur lesquels ils ont été recensés.*

« Je lui fais confiance »(Q2-surtout Q3) (42)

« Il me le dit / il m'explique / Il répond à mes questions / Il le lit » (Q3-Q8) (26)

« J'ai vu / on peut voir si on veut » (Q3-Q8) (16)

« Je ne veux pas savoir » (Q3-Q8) (2)

« Pour voir ce qu'il marque (vraiment) / pour voir ce qu'il se passe / pour savoir / un moyen de contrôle » (6) / « Pour mieux comprendre / pour savoir comment ça fonctionne » (3) / « Voir les ordonnances » (2) / « Voir la fréquence des maladies, etc » (1) / « Voir les analyses » (1) / « Voir les examens d'imagerie » (1) / « Voir les courbes » (2) (Q3-Q8)

« Si je veux, je demande » / « je ne lui ai pas demandé »(Q3-Q8) (16); (Q2-Q7) (8) ; (Q9) (1)

« C'est son outil de travail / c'est personnel / ça nous regarde pas / c'est pour lui, pas pour nous » (Q2) (6) ; (Q3) (3) ; « J'ai pas besoin de tout savoir » (Q8) (1)

« Je sais ce qu'il fait / je me doute / j'ai compris qu'il regardait les renseignements sur nous / je le devine / je vois à peu près / j'ai l'habitude / j'imagine ce qu'il fait / je suppose que c'est pour lui (notes, synthèse) » (Q2-Q7) (26)

« Ca m'est égal » (Q2) (4) ; (Q3) (4) ; (Q4) (4) ; (Q8) (2) ; (Q9) (3)

« Inutile / je ne vois pas l'intérêt / ça ne m'intéresse pas » (Q2) (1) ; (Q3) (7) ; (Q7) (2) ; (Q8) (3)

« Moi aussi je travaille sur informatique, je sais qu'il faut se concentrer / faut être réaliste, on peut pas tout faire / j'attends qu'il ait fini / je la laisse travailler, je lui parle après / il a besoin de se concentrer / on fait 1 chose à la fois / on ne peut pas être partout à la fois / je ne veux pas le déranger » (Q4-Q9) (21)

Par rapport à un changement constaté par le patient (Q10) :

Qualifié de positif par le patient : « plus convivial, plus ouvert (mais ça venait aussi de moi) / très détendue / plus attentionnée / plus de discussion, plus de sourires / il a beaucoup parlé / il s'est montré plus ouvert / il était plus à mon écoute (8) / « ordinateur plus grand, on peut voir » (2)

Qualifié de neutre : « modification de la position de l'ordinateur » (1)

Qualifié de négatif : « positionnement, c'est devant moi, je vois plus rien » (1) / « plus sceptique » (1)

## ANNEXE IV

### Réponses Q5-Q11-Données numériques détaillées.

Peu satisfait Q5 + Assez satisfait Q11	0 réponse	0% de l'ensemble
Assez satisfait Q5 + Très satisfait Q11	25	10.68%
Pas satisfait Q5 + Peu satisfait Q11	1	0.43%
Assez satisfait Q5 + Assez satisfait Q11	38	16.24%
Très satisfait Q5 + Très satisfait Q11	166	70.94%
Très satisfait Q5 + Assez satisfait Q11	4	1.71%

Profil des patients chez lesquels aucune évolution de la satisfaction globale n'a été constatée entre les réponses à la question 5 et à la question 11.

Hommes	74 patients	85% des hommes	31.6% de l'ensemble des patients
Femmes	130	88.4%	55.5%

15-25 ans	16 patients	84.2% des 15-25 ans	7% de l'ensemble des patients
26-35 ans	26	100%	11%
36-45 ans	20	83.3%	8%
46-65 ans	74	84.1%	32%
>65 ans	69	89.6%	29%

Formation ou arrêt de scolarité niveau collège	92 patients	81.1% des patients ayant un niveau de formation collège	39.3% de l'ensemble des patients
Niveau lycée	49	92.5%	20.9%
Etudes courtes	22	91.7%	9.4%
Etudes longues	41	89.1%	17.5%

Fréquentation du cabinet depuis moins de 5 ans	73 patients	92.4% des patients récents	31.1% de l'ensemble des patients
Depuis 5 à 10 ans	21	84%	9%
Depuis plus de 10 ans	110	84.6%	47%

Profil des médecins chez les patients desquels aucune évolution de la satisfaction globale n'a été constatée entre les réponses à la question 5 et à la question 11.

	Nombre de réponses	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients
Hommes	162	89.5%	69.2%
Femmes	42	79%	17.9%
Agés de moins de 35 ans	30	90.9%	12.8%
Entre 36 et 50 ans	44	78.6%	18.8%
Entre 51 et 65 ans	121	89.6%	51.7%
Plus de 65 ans	9	90%	3.8%
Exercice en milieu rural	89	88.1%	38%
En milieu semi-rural	26	89.6%	11.1%
En milieu urbain	89	85.6%	38%
Exercice en cabinet individuel	54	90%	23.1%
Exercice en cabinet de groupe	150	86.2%	64.1%
Installation depuis moins de 5 ans	45	90%	19.2%
Installation depuis plus de 5 ans	159	86.4%	67.9%
Activité d'enseignement	48	84.2%	20.5%
Aucune activité d'enseignement	156	88.1%	66.7%

Profil des patients pour lesquels une évolution positive de la satisfaction globale a été constatée entre les réponses à la question 5 et à la question 11.

	Nombre de réponses	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients
Hommes	11	12.6%	4.7%
Femmes	15	10.2%	6.4%
15-25 ans	2	10.5%	0.8%
26-35 ans	0	0%	0%
36-45 ans	3	12.5%	1.3%
46-65 ans	13	14.8%	5.6%
Plus de 65 ans	8	10.4%	3.4%
Niveau de formation ou arrêt de la scolarité niveau collège	17	15.3%	7.3%
Niveau lycée	3	5.7%	1.3%
Formation études courtes	2	8.3%	0.8%
Formation études longues	4	8.7%	1.7%
Fréquentation du cabinet depuis moins de 5 ans	5	6.3%	2.1%
Depuis 5 à 10 ans	3	12%	1.3%
Depuis plus de 10 ans	18	13.8%	7.7%

Profil des médecins pour lesquels aucune évolution positive de la satisfaction globale n'a été constatée chez leurs patients entre les réponses à la question 5 et à la question 11.

	Nombre de réponses	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients
Hommes	16	8.8%	6.8%
Femmes	10	18.9%	4.3%
Agés de moins de 35 ans	3	9.1%	1.3%
Entre 36 et 50 ans	9	16.1%	3.8%
Entre 51 et 65 ans	13	9.6%	5.6%
Plus de 65 ans	1	10%	0.4%
Exercice en milieu rural	11	10.9%	4.7%
Milieu semi-urbain	3	10.3%	1.3%
Milieu urbain	5	4.8%	2.1%
Exercice en cabinet individuel	5	8.3%	2.1%
En cabinet de groupe	21	12.1%	9%
Installation depuis moins de 5 ans	5	10%	2.1%
Installation depuis plus de 5 ans	21	11.4%	9%
Activité d'enseignement	7	12.3%	3%
Aucune activité d'enseignement	19	10.7%	8.1%

## ANNEXE V

### Réponses Q2-Q7-Données numériques détaillées.

NON Q2 + OUI Q2 bis	22 réponses	9.4 %
OUI Q2 + NON Q2 bis	8	3.42 %
NON Q2 + NON Q2 bis	105	44.87%
OUI Q2 + OUI Q2 bis	99	42.31%
OUI Q7 + OUI Q7 bis	96	41.03%
NON Q7 + OUI Q7 bis	10	4.27
OUI Q7 + NON Q7 bis	11	4.70
NON Q7 + NON Q7 bis	117	50

Profil des patients pour lesquels les explications autour de l'utilisation de l'ordinateur sont importantes :

	Nombre de réponses Q2	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Nombre de réponses Q7	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Moyenne, par tranche	Moyenne, sur l'ensemble des patients
Hommes	47	54%	20.1%	39	44.2%	16.7%	49.4%	18.4%
Femmes	74	50.3%	31.6%	67	45.6%	28.6%	48%	30.1%
15-25 ans	8	42.1%	3.4%	6	31.6%	2.6%	36.8%	3%
26-35 ans	13	50%	5.6%	7	26.9%	3%	38.5%	4.3%
36-45 ans	10	41.7%	4.3%	11	45.8%	4.7%	43.7%	4.5%
46-65 ans	48	54.5%	20.5%	43	48.9%	18.4%	51.7%	19.4%
Plus de 65 ans	43	55.1%	18.4%	40	51.3%	17.1%	53.2%	17.7%
Niveau de formation collège	59	53.1%	25.2%	52	46.8%	22.2%	50%	23.7%
Niveau de formation lycée	23	43.4%	9.8%	24	45.3%	10.3%	44.3%	10%
Niveau études courtes	15	62.5%	6.4%	12	50%	5.1%	56.2%	5.8%
Niveau études longues	24	52.2%	10.3%	18	39.1%	7.7%	45.6%	9%
Fréquentation du cabinet depuis moins de 5 ans	46	58.2%	19.7%	30	38%	12.8%	48.1%	16.2%
Depuis 5 à 10 ans	10	40%	4.3%	10	40%	4.3%	40%	4.3%
Depuis plus de 10 ans	65	50%	27.8%	66	50.8%	28.2%	50.4%	28%

Profil des médecins dont les patients trouvent important qu'ils donnent des explications autour de leur utilisation de l'ordinateur :

	Nombre de réponses Q2	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Nombre de réponses Q7	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Moyenne par tranche	Moyenne sur l'ensemble des patients
Hommes	92	50.8%	39.3%	78	43.1%	33.3%	47%	36.3%
Femmes	29	54.7%	12.4%	28	52.8%	12%	53.8%	12.2%
Agés de moins de 35 ans	21	63.6%	9%	20	60.6%	8.5%	62.12%	8.8%
Entre 36 et 50 ans	31	55.4%	13.2%	26	46.4%	11.1%	50.9%	12.2%
Entre 51 et 65 ans	63	46.7%	26.9%	54	40%	23.1%	43.3%	25%
Plus de 65 ans	6	60%	2.6%	6	60%	2.6%	60%	2.6%
Exercice en milieu rural	55	54.5%	23.5%	47	46.5%	20.1%	50.5%	21.8%
En milieu semi-rural	18	62.1%	7.7%	13	44.8%	5.6%	53.4%	6.6%
En milieu urbain	48	46.1%	20.5%	46	44.2%	19.7%	45.2%	20.1%
Exercice en cabinet individuel	31	51.7%	13.2%	34	56.7%	14.5%	54.2%	13.9%
En cabinet de groupe	90	51.7%	38.5%	72	41.4%	30.8%	46.5%	34.6%
Installation depuis moins de 5 ans	31	62%	13.2%	27	54%	11.5%	58%	12.4%
Installation depuis plus de 5 ans	90	48.9%	38.5%	79	42.9%	33.8%	45.9%	36.1%
Activité d'enseignement	28	49.1%	12%	23	40.3%	9.8%	44.7%	10.9%
Pas d'activité d'enseignement	93	52.5%	39.7%	83	46.9%	35.5%	49.7%	37.6%

Profil des patients indifférents aux explications données autour de l'utilisation de l'ordinateur :

	Nombre de réponses	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Nombre de réponses	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Moyenne, par tranche	Moyenne, sur l'ensemble
Hommes	40	46%	17.1%	48	55.2%	20.5%	50.6%	18.8%
Femmes	73	49.7%	31.2%	80	54.4%	34.2%	52%	32.7%
15-25 ans	11	57.9%	4.7%	13	68.4%	5.6%	63.2%	5.1%
26-35 ans	13	50%	5.6%	19	73.1%	8.1%	61.5%	6.8%
36-45 ans	14	58.3%	6%	13	54.2%	5.6%	56.2%	5.8%
46-65 ans	40	45.4%	17.1%	45	51.1%	19.2%	48.3%	18.2%
Plus de 65 ans	35	44.9%	15%	38	48.7%	16.2%	46.8%	15.6%
Niveau de formation collège	52	46.8%	22.2%	59	53.1%	25.2%	50%	23.7%
Niveau de formation lycée	30	56.6%	12.8%	29	54.7%	12.4%	55.7%	12.6%
Niveau études courtes	9	37.5%	3.8%	12	50%	5.1%	43.7%	4.5%
Niveau études longues	22	47.8%	9.4%	28	60.9%	12%	54.3%	10.7%
Fréquentation du cabinet depuis moins	33	41.8%	14.1%	49	62%	20.9%	51.9%	17.5%
Depuis 5 à 10 ans	15	60%	6.4%	15	60%	6.4%	60%	6.4%
Depuis plus de 10 ans	65	50%	27.8%	64	49.2%	27.3%	49.6%	27.6%

Profil des médecins dont les patients sont indifférents aux explications données ou non autour de l'utilisation de l'ordinateur :

	Nombre de réponses Q2	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Nombre de réponses Q7	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Moyenne par tranche	Moyenne sur l'ensemble des patients
Hommes	89	49.2%	38%	103	56.9%	44%	53%	41%
Femmes	24	45.3%	10.3%	25	47.2%	10.7%	46.2%	10.5%
Agés de moins de 35 ans	12	36.4%	5.1%	13	39.4%	5.6%	37.9%	5.3%
Entre 36 et 50 ans	25	44.6%	10.7%	30	53.6%	12.8%	49.1%	11.7%
Entre 51 et 65 ans	72	53.3%	30.8%	81	60%	34.6%	56.7%	32.7%
Plus de 65 ans	4	40%	1.7%	4	40%	1.7%	40%	1.7%
Exercice en milieu rural	46	45.5%	19.7%	54	53.5%	23.1%	49.5%	21.4%
En milieu semi-rural	11	37.9%	4.7%	16	55.2%	6.8%	46.5%	5.8%
En milieu urbain	56	53.8%	23.9%	58	55.8%	24.8%	54.8%	24.4%
Exercice en cabinet individuel	29	48.3%	12.4%	26	43.3%	11.1%	45.8%	11.7%
En cabinet de groupe	84	48.3%	35.9%	102	58.6%	43.6%	53.4%	39.7%
Installation depuis moins de 5 ans	19	38%	8.1%	23	46%	9.8%	42%	9%
Installation depuis plus de 5 ans	94	51.1%	40.2%	105	57.1%	44.9%	54.1%	42.5%
Activité d'enseignement	29	50.9%	12.4%	34	59.6%	14.5%	55.3%	13.5%
Pas d'activité d'enseignement	84	47.5%	35.9%	94	53.1%	40.2%	50.3%	38%

## ANNEXE VI

### Réponses Q3-Q8-Données numériques détaillées.

OUI Q3 + OUI Q3 bis	29 réponses	12.39%
NON Q3 + OUI Q3 bis	22	9.40%
OUI Q3 + NON Q3 bis	10	4.27%
NON Q3 + NON Q3 bis	173	73.93%
OUI Q8 + OUI Q8 bis	19	8.12%
NON Q8 + OUI Q8 bis	12	5.13%
OUI Q8 + NON Q8 bis	7	2.99%
NON Q8 + NON Q8 bis	196	83.76%

Profil des patients pour lesquels la visibilité des informations affichées sur l'écran du médecin est importante :

	Nombre de réponses Q3	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Nombre de réponses Q8	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Moyenne, par tranche	Moyenne, sur l'ensemble des patients
Hommes	17	19.5%	7.3%	10	11.5%	4.3%	15.5%	5.8%
Femmes	34	23.1%	14.5%	21	14.3%	9%	18.1%	11.7%
15-25 ans	5	26.3%	2.1%	3	15.8%	1.3%	21%	1.7%
26-35 ans	3	11.5%	1.3%	4	15.4%	1.7%	13.5%	1.5%
36-45 ans	6	25%	2.6%	1	4.2%	0.4%	14.6%	1.5%
46-65 ans	22	25%	9.4%	15	17%	6.4%	21%	7.9%
Plus de 65 ans	15	19.2%	6.4%	8	10.3%	3.4%	14.7%	4.9%
Niveau de formation collège	24	21.6%	10.3%	14	12.6%	6%	17.1%	8.1%
Niveau de formation lycée	13	24.5%	5.6%	7	13.2%	3%	18.9%	4.3%
Niveau études courtes	5	20.8%	2.1%	6	25%	2.6%	22.9%	2.3%
Niveau études longues	9	19.6%	3.8%	4	8.7%	1.7%	14.1%	2.8%
Fréquentation du cabinet depuis moins de 5 ans	16	20.2%	6.8%	9	11.4%	3.8%	15.8%	5.3%
Depuis 5 à 10 ans	7	28%	3%	2	8%	0.8%	18%	1.9%
Depuis plus de 10 ans	28	21.5%	12%	20	15.4%	8.5%	18.5%	10.3%

Profil des médecins dont les patients trouvent important de pouvoir lire les informations affichées à l'écran :

	Nombre de réponses Q3	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Nombre de réponses Q8	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Moyenne par tranche	Moyenne sur l'ensemble des patients
Hommes	41	22.6%	17.5%	28	15.5%	12%	19.1%	14.7%
Femmes	10	18.9%	4.3%	3	5.7%	1.3%	12.3%	2.8%
Agés de moins de 35 ans	11	33.3%	4.7%	3	9.1%	1.3%	21.2%	3%
Entre 36 et 50 ans	9	16.1%	3.8%	5	8.9%	2.1%	12.5%	3%
Entre 51 et 65 ans	29	21.5%	12.4%	22	16.3%	9.4%	18.9%	10.9%
Plus de 65 ans	2	20%	0.8%	1	10%	0.4%	15%	0.6%
Exercice en milieu rural	20	19.8%	8.5%	11	10.9%	4.7%	15.3%	6.6%
En milieu semi-rural	5	17.2%	2.1%	5	17.2%	2.1%	17.2%	2.1%
En milieu urbain	26	25%	11.1%	15	14.4%	6.4%	19.7%	8.8%
Exercice en cabinet individuel	13	21.7%	5.6%	10	16.7%	4.3%	19.2%	4.9%
En cabinet de groupe	38	21.8%	16.2%	21	12%	9%	16.9%	12.6%
Installation depuis moins de 5 ans	17	34%	7.3%	6	12%	2.6%	23%	4.9%
Installation depuis plus de 5 ans	34	18.5%	14.5%	25	13.6%	10.7%	16%	12.6%
Activité d'enseignement	13	22.8%	5.6%	6	10.5%	2.6%	16.7%	4.1%
Pas d'activité d'enseignement	38	21.5%	16.2%	25	14.1%	10.7%	17.8%	13.5%

## ANNEXE VII

### Réponses Q4-Q9-Données numériques détaillées.

OUI Q4 + OUI Q4 bis	180	76.92
NON Q4 + OUI Q4 bis	7	2.99%
OUI Q4 + NON Q4 bis	21	8.97%
NON Q4 + NON Q4 bis	26	11.11%
OUI Q9 + OUI Q9 bis	195	83.33%
NON Q9 + OUI Q9 bis	2	0.85%
OUI Q9 + NON Q9 bis	18	7.69%
NON Q9 + NON Q9 bis	19	8.12%

Profil des patients qui trouvent important de pouvoir continuer à interagir avec leur médecin lorsqu'il est occupé sur son ordinateur :

	Nombre de réponses Q4	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Nombre de réponses Q9	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Moyenne, par tranche	Moyenne, sur l'ensemble des patients
Hommes	72	82.8%	30.8%	76	87.4%	32.5%	85.1%	31.6%
Femmes	115	78.2%	49.1%	121	82.3%	51.7%	80.3%	50.4%
15-25 ans	19	100%	8.1%	18	94.7%	7.7%	97.4%	7.9%
26-35 ans	23	88.5%	9.8%	23	88.5%	9.8%	88.5%	9.8%
36-45 ans	20	83.3%	8.5%	20	83.3%	8.5%	83.3%	8.5%
46-65 ans	67	76.1%	28.6%	73	82.9%	31.2%	79.5%	29.9%
Plus de 65 ans	59	75.6%	25.2%	63	80.8%	26.9%	78.2%	26.1%
Niveau de formation collège	89	80.2%	38%	92	82.9%	39.3%	81.5%	38.7%
Niveau de formation lycée	42	79.2%	17.9%	47	88.7%	20.1%	84%	19%
Niveau études courtes	16	66.7%	6.8%	19	79.2%	8.1%	72.9%	7.5%
Niveau études longues	40	87%	17.1%	39	84.8%	16.7%	85.9%	16.9%
Fréquentation du cabinet depuis moins de 5 ans	66	83.5%	28.2%	69	87.3%	29.5%	85.4%	28.8%
Depuis 5 à 10 ans	18	72%	7.7%	20	80%	8.5%	76%	8.1%
Depuis plus de 10 ans	103	79.2%	44%	108	83.1%	46.1%	81.1%	45.1%

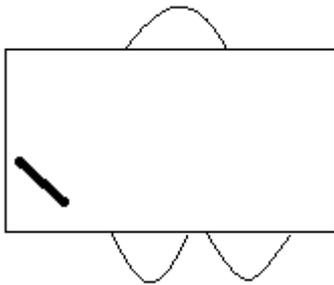
Profil des médecins dont les patients apprécient ou apprécieraient de pouvoir continuer à interagir avec lui lorsqu'il travaille sur l'ordinateur :

	Nombre de réponses Q4	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Nombre de réponses Q9	Part, par tranche	Sur l'ensemble des patients	Moyenne par tranche	Moyenne sur l'ensemble des patients
Hommes	146	80.7%	62.4%	156	86.2%	66.7%	83.4%	64.5%
Femmes	41	77.4%	17.5%	41	77.4%	17.5%	77.4%	17.5%
Agés de moins de 35 ans	24	72.7%	10.3%	27	81.8%	11.5%	77.3%	10.9%
Entre 36 et 50 ans	47	83.9%	20.1%	48	85.7%	20.5%	84.8%	20.3%
Entre 51 et 65 ans	107	79.3%	45.7%	113	83.7%	48.3%	81.5%	47%
Plus de 65 ans	9	90%	3.8%	9	90%	3.8%	90%	3.8%
Exercice en milieu rural	83	82.2%	35.5%	89	88.1%	38%	85.1%	36.7%
En milieu semi-rural	20	69%	8.5%	25	86.2%	10.7%	77.6%	9.6%
En milieu urbain	84	80.8%	35.9%	83	79.8%	35.5%	80.3%	35.7%
Exercice en cabinet individuel	50	83.3%	21.4%	49	81.7%	20.9%	82.5%	21.1%
En cabinet de groupe	137	78.7%	58.5%	148	85.1%	63.2%	81.9%	60.9%
Installation depuis moins de 5 ans	40	80%	17.1%	42	84%	17.9%	82%	17.5%
Installation depuis plus de 5 ans	147	79.9%	62.8%	155	84.2%	66.2%	82.1%	64.5%
Activité d'enseignement	48	84.2%	20.5%	52	91.2%	22.2%	87.7%	21.4%
Pas d'activité d'enseignement	139	78.5%	59.4%	145	81.9%	62%	80.2%	60.7%

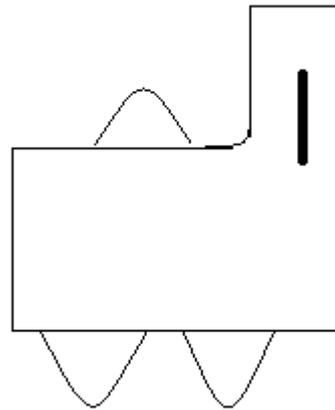
## ANNEXE VIII

### Disposition de l'ordinateur sur le bureau des différents médecins participants.

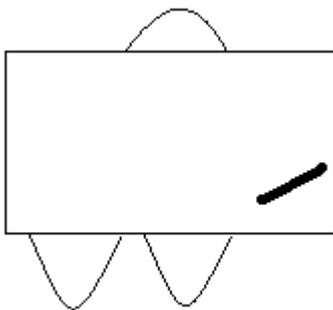
Configuration principale (16 médecins) : écran en position « trois-quarts » par rapport au médecin, sur le coin en haut à droite du bureau.



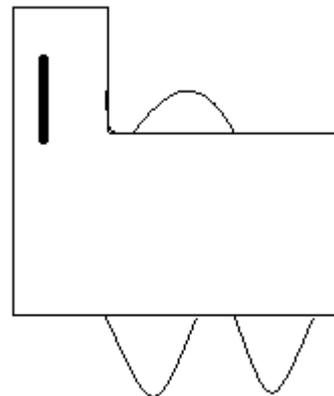
Configuration 3 (3 médecins) : écran en position latérale par rapport au médecin, sur la partie gauche du bureau en L inversé.



Configuration 2 (10 médecins) : écran en position « trois-quarts » par rapport au médecin, sur le coin en haut à gauche du bureau.

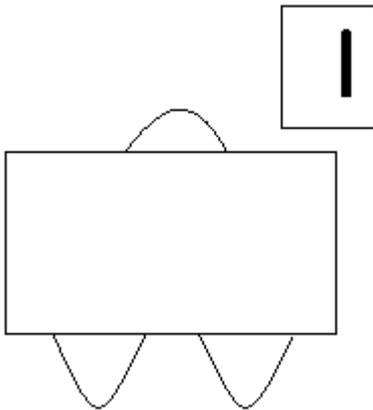


Configuration 4 (1 médecin) : configuration inverse à celle de la configuration 3.



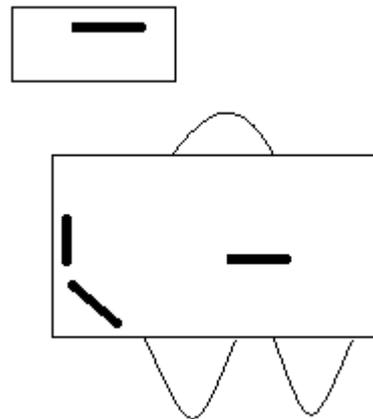
A noter qu'un cabinet venait récemment d'adopter cette configuration, la configuration précédente était celle de la configuration présentée ici comme « principale ». Ce récent changement n'a été noté que par un seul de ses patients.

Configuration 5 (1 médecin) : écran sur bureau annexe situé à gauche du médecin.



A noter que ce médecin n'utilise pas l'ordinateur en cours de consultation habituellement, hormis pour la télétransmission. Ceci par choix pour ne pas interférer dans son échange avec le patient. Il prend cependant des notes manuscrites qu'il retranscrit ensuite informatiquement. Son dossier papier est situé pendant la consultation en face de lui.

Configuration 6 (1 médecin) : multiples écrans dont écran de travail principal situé sur le bureau en face du médecin, et écran annexe utilisé pour visualiser de l'imagerie en cours de consultation sur bureau annexe.





UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie**SERMENT**

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



## Résumé

**Introduction** : L'utilisation de l'ordinateur en consultation interfère dans la relation médecin-malade. Certains craignent qu'elle ne la dégrade. Des stratégies communicationnelles visant à limiter les conséquences de cette interférence existent.

**Objectifs** : Principalement, mettre en évidence une évolution de la satisfaction globale des patients après intervention auprès de leur médecin traitant . Secondairement, savoir si certaines attitudes quant à cette utilisation avaient de l'importance aux yeux des patients.

**Méthode** : Etude prospective. Le contexte a été rappelé aux praticiens participants via l'envoi d'une plaquette d'information à lire. Il leur a été fait part de certaines stratégies communicationnelles faciles à mettre en œuvre. Le ressenti de leurs patients a été recueilli par questionnaire et leur niveau de satisfaction globale quant au déroulement des consultations a été évalué avant et après l'intervention. 32 médecins généralistes ont été recrutés et 234 de leurs patients ont été interrogés.

**Résultats** : Pour 87.2 % des patients, aucune évolution du niveau de satisfaction globale n'a été constatée après intervention. 71 % des patients se sont dits très satisfaits. 82 % des interrogés ont apprécié de pouvoir interagir avec leur médecin sans interruption même lorsqu'il travaillait sur l'ordinateur. Avoir un accès direct aux informations portées à l'écran ou stockées dans l'ordinateur intéressait 17.5 % des patients. Un sentiment de confiance a souvent été noté en marge des questionnaires.

**Conclusion** : L'utilisation de l'ordinateur en consultation n'altérerait pas le niveau de satisfaction globale des patients. Malgré une puissance statistique faible, les résultats de l'étude étaient cohérents avec ceux de la littérature. L'intervention de cette recherche n'a pas permis d'élever ce niveau de satisfaction. Pour prolonger cette réflexion, d'autres études doivent être menées pour préciser les types de formation à mettre en place pour perfectionner les compétences communicationnelles des praticiens informatisés dans un objectif d'amélioration de la qualité de l'offre de soins.

**Mots-clés** : relation médecin-malade, médecine générale, ordinateur, communication, satisfaction patients