



Année 2016

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Noëlla SURMONT

Née le 20 Juin 1986 à Angers (49)

TITRE

**COMMENT LES PATIENTS PERÇOIVENT-ILS LA PRESENCE DE L'ORDINATEUR
AU SEIN DE LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE ET SON
INFLUENCE SUR LA COMMUNICATION ET LA RELATION AVEC LEUR MEDECIN ?**

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2016 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, Transfusion, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Cécile RENOUX, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine - Tours

COMMENT LES PATIENTS PERÇOIVENT-ILS LA PRESENCE DE L'ORDINATEUR
AU SEIN DE LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE ET SON INFLUENCE
SUR LA COMMUNICATION ET LA RELATION AVEC LEUR MEDECIN ?

RESUME :

Contexte : Vingt ans après l'ordonnance Juppé de 1996, près de neuf médecins généralistes français sur dix sont informatisés.

Objectif : Explorer comment les patients perçoivent aujourd'hui la présence de l'ordinateur au sein de la consultation de médecine générale et son influence sur la communication et la relation avec leur médecin.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de patients, au sortir d'une consultation de médecine générale, en Normandie. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, et analyse thématique du contenu.

Résultats : Les patients percevaient l'ordinateur comme un outil de travail efficace, aidant leur médecin. Ils acceptaient totalement sa présence au cabinet, l'estimant normale et indispensable. Ils pensaient que cette informatisation leur était profitable et se sentaient mieux suivis. Le temps dédié à l'ordinateur leur semblait rapide. Très peu souhaitaient voir l'écran. Certains humanisaient l'ordinateur, le percevant comme un tiers. La majorité percevait son influence sur la communication non verbale (regard, posture, expressions faciales, attention du médecin) et verbale. Cependant, la quasi-totalité considérait qu'il n'avait pas d'impact sur la relation médecin-patient, insistant sur la confiance portée à leur médecin. Certains soulignaient toutefois l'importance de l'attitude du médecin envers cet outil.

Conclusion : Pour les patients, l'ordinateur semblait indispensable en consultation de médecine générale. S'ils percevaient son influence sur la communication avec leur médecin, la relation médecin-patient n'en était pas affectée à leurs yeux.

Mots clés : ordinateur, médecine générale, communication, relation médecin-patient.

COMPUTERS AT THE GENERAL PRACTICE AND THEIR INFLUENCE ON THE
COMMUNICATION AND RELATIONSHIP BETWEEN THE PHYSICIAN AND THE
PATIENT, FROM THE PATIENT'S POINT OF VIEW

ABSTRACT :

Background: Twenty years after the Juppé ruling of 1996, almost nine out of ten French general practitioners are computerized.

Objective: Explore how patients perceive the presence of a computer at the general practice nowadays and its influence on the communication and the relationship between the physician and the patient.

Method: Qualitative study based on semi-structured interviews with patients from Normandy, as they were coming out of a doctor's appointment. The interviews were audio recorded and fully transcribed. A thematic analysis was conducted.

Results: Computers were viewed by patients as an efficient tool, helping their doctor. They totally accepted the presence of a computer in the exam room, considering it normal and necessary. They thought that this computerization was a benefit for them and that it improved the follow-up. They felt that the time spent on the computer was minimal. Only a few wanted to see the screen. Some were personifying the computer, regarding it as a third party. The majority of them perceived the influence of the computer on the non-verbal communication (look, position, facial expressions, attention of the doctor) as well as on the verbal communication. However, they considered that it had no impact on the relationship between the practitioner and the patient, insisting on the trust they put in their doctor. Nevertheless, some patients underlined the importance of the physician's attitude towards this tool.

Conclusion: A computer in the exam room seemed necessary to the patients. If they perceived its influence on the communication with their doctor, they did not think that it affected the relationship.

Keywords: computers, general practice, communication, doctor-patient relationship

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie

MAILLOT François	Médecine interne, gériatrie
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Héléne.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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.*

Au **Docteur Cécile Renoux**. Merci pour m'avoir si bien accompagnée pendant l'internat sur mon chemin de jeune médecin ! T'avoir en tant que directrice de thèse a été un réel bonheur : merci pour ta patience, la pertinence de tes remarques, et l'impressionnante rapidité avec laquelle tu répondais aux mails !

A Madame le Professeur Lehr-Drylewicz, Monsieur le Professeur Camus et Monsieur le Professeur Colombat. Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

Aux médecins de cette étude, qui ont gentiment accepté que j'interviewe leur patientèle. **Et à leurs patients**, sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour.

Aux médecins que j'ai eu la chance de croiser sur ma route : **Docteurs Desrues, De Roa et Lang**, pour votre grande compétence et votre profonde humanité ; **Docteur Galy** pour ta précieuse bienveillance au cours de mon premier semestre.

A ma famille. Tout d'abord à **mes parents** : merci pour m'avoir montré le chemin du courage et d'avoir tout mis en œuvre pour que je puisse y arriver ! A **mes oncles et tantes « du Nord »** pour votre bonne humeur et vos encouragements. Et à **mon frère**, à qui je souhaite toute la sérénité possible.

Aux incroyables amitiés qui sont nées au cours de ces études, entre Nantes et la région Centre : **Claire**, sans toi je ne survivais pas à la P1 ! **Stéphanie, Jérôme** (c'est comme si tu avais fait tes études avec nous !), **Mélissa, Guillaume, Pierre** : ma seconde famille ! Avec vous, j'ai grandi, appris, beaucoup étudié, et aussi beaucoup rigolé ! Et ce n'est pas prêt de s'arrêter ! **Anne Sophie, Noémie, Odile, Marie-Charlotte** : votre bonne humeur, votre écoute, votre entraide m'ont été indispensables !

Aux amitiés de toujours. A **Aurélié** : savoir que tu as été à mes côtés tout ce temps, et que tu seras à mes côtés pour le reste à venir me procure un grand bonheur ! A **Lise** : je te souhaite l'immense bonheur que tu mérites. Merci pour ces années et celles à venir ! Et **Clément** : merci de rendre Aurélié si heureuse !

Et bien sûr à **Matteo**, dont l'amour me porte depuis toutes ces années... Ta présence, ton soutien, ta douceur, ton courage illuminent ma vie. Je suis très fière du chemin que nous avons parcouru, effaçant les frontières... Merci à Ryanair et à Easy jet aussi ! C'est ta main dans la mienne que j'envisage avec bonheur l'avenir !

TABLE DES MATIERES

PAGES LIMINAIRES	2
TABLE DES MATIERES	10
INTRODUCTION	11
MATERIEL ET METHODE	12
RESULTATS	16
1) Caractéristiques de la population et des entretiens	16
2) Perceptions par les patients de l'ordinateur au sein du cabinet de médecine générale	19
3) Perceptions par les patients de la présence de l'ordinateur au sein du cabinet	25
4) Perceptions par les patients de l'espace et du temps pris par l'ordinateur en consultation	27
5) Perceptions par les patients de l'influence de l'ordinateur sur la communication médecin-patient .	31
6) Perceptions par les patients de l'influence de l'ordinateur sur la relation médecin-patient.....	36
7) Schéma récapitulatif : élaboration d'une théorie autour de la question de recherche	38
DISCUSSION	39
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	52
Annexe 1 : Glossaire	52
Annexe 2 : Trame d'entretien.....	55
Annexe 3 : Synthèse des stratégies utiles pour garder une bonne communication avec le patient tout en utilisant l'ordinateur en consultation.	57

INTRODUCTION

L'informatisation des cabinets des médecins libéraux en France a été largement incitée par l'ordonnance Juppé de 1996 (1). A ce jour, près de neuf médecins généralistes (MG) sur dix (2,3) utilisent un ordinateur au sein de la consultation médicale.

La création d'une relation triangulaire, où le médecin et le patient sont amenés à interagir avec l'ordinateur, troisième acteur à part entière de la consultation, a été évoquée (4-7). L'analyse de plusieurs consultations filmées (4-11) a en effet mis en évidence que l'usage de l'ordinateur influait sur la communication verbale et non verbale entre le médecin et son patient. D'après une récente étude (11), le MG passe environ un tiers de la consultation à regarder l'écran. Certains médecins ont pris conscience que l'ordinateur interférait dans le contact avec le patient, après avoir visualisé leurs consultations filmées (8).

De leur côté, qu'en perçoivent les patients ? Comment perçoivent-ils la présence de l'ordinateur au sein du cabinet médical et son influence sur la relation avec leur médecin ?

Aux débuts de l'informatisation, l'avis des patients a souvent été recueilli de manière quantitative par questionnaire. La majorité des patients semblait accueillir favorablement l'arrivée de l'informatique dans le milieu médical et ne pas être perturbée dans la relation avec leur médecin (12-18).

En Angleterre, L. Ridsdale et S. Hudd (19) en 1994 ont, quant à eux, privilégié une approche qualitative par entretiens afin d'explorer les perceptions des patients. Pour les patients, l'ordinateur était un outil efficace, non intrusif dans leur relation avec le médecin tant que le contact visuel et verbal était maintenu et que le MG ne paraissait pas trop préoccupé par l'ordinateur. Pour quelques-uns l'ordinateur pouvait néanmoins déshumaniser la relation s'il était utilisé trop souvent. Presque tous souhaitaient voir

l'écran, tout comme les patients au Danemark en 1997 (8). Plus les patients en savaient sur son usage, plus leur attitude était positive envers l'ordinateur. Les patients avec peu de connaissances sur l'usage de l'ordinateur, qui ne pouvaient pas voir l'écran, ou qui pensaient ne pas être y autorisés, avaient eu la sensation d'être mis à l'écart (8).

Vingt ans après l'informatisation des cabinets de médecine générale en France, à l'ère du tout numérique, les perceptions des patients sont-elles les mêmes ?

L'objectif principal de cette étude était d'explorer comment les patients percevaient la présence de l'ordinateur au sein de la consultation et son influence sur la communication et la relation avec leur médecin. Aucune étude qualitative sur ce sujet n'a été menée à notre connaissance à ce jour en France. L'objectif secondaire était d'identifier les éventuelles attentes des patients par rapport à l'usage de l'ordinateur au cours de la consultation pour proposer des pistes d'amélioration des pratiques.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête qualitative* menée par entretiens semi-dirigés individuels* de patients, en Normandie.

La technique de l'entretien individuel a été choisie pour une exploration approfondie des perceptions, du vécu et des expériences personnelles de chaque patient.

* Les termes de recherche qualitative suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire (Annexe 1).

Population étudiée et recrutement :

L'échantillon de patients était raisonné* en fonction de :

- leur âge
- leur sexe
- leur profession
- leur situation familiale
- leur lieu d'habitation (rural/urbain)
- l'antériorité de la relation avec leur médecin
- l'existence de pathologie(s) chronique(s)
- leur fréquence de consultations
- leur utilisation personnelle de l'ordinateur (privée/professionnelle).

Ils ont été recrutés chez plusieurs MG de la région Normandie, à raison de 2 à 4 patients pour chaque patientèle. Etaient exclus les patients mineurs et ceux ne parlant pas français.

L'échantillon de MG était raisonné en fonction de :

- leur âge
- leur sexe
- leur situation familiale
- leur milieu d'exercice (rural/urbain- seul/en groupe/en pôle de santé pluridisciplinaire)
- leur département d'exercice (le Calvados, la Manche et l'Orne)
- leur année d'installation
- leur éventuelle fonction de maître de stage universitaire
- leur année d'informatisation
- leur mode de consultation (sur/sans rdv)
- la durée de leurs consultations
- leur tarif (secteur 1/secteur 2)
- la présence d'un secrétariat
- le logiciel informatique
- les fonctions de l'ordinateur utilisées en consultation.

Les critères d'inclusion étaient d'être MG installé ou en collaboration. Etaient exclus les MG dont le cabinet n'était pas informatisé.

Le recrutement s'est déroulé en deux étapes :

- Recrutement des MG dans un premier temps, par connaissance initialement puis au hasard via l'annuaire des pages jaunes, en veillant à ce que l'âge, le sexe, le milieu d'exercice, le département d'exercice soient différents des MG précédents. Un rendez-vous était fixé en signalant qu'il s'agissait d'un travail de thèse. Lors du rendez-vous, le principe d'entretiens semi-dirigés individuels avec quelques patients de leur patientèle au sortir d'une consultation était exposé, ainsi qu'une partie du thème. Il était simplement évoqué qu'il s'agissait de la perception des patients sur une phase de la consultation. Il n'était pas précisé qu'il s'agissait de l'utilisation de l'ordinateur afin de ne pas influencer sur « leur façon de faire » habituelle. Tous les médecins contactés, excepté une femme médecin, ont accepté que l'enquêteur vienne une demi-journée sur les lieux de leurs consultations afin d'interviewer quelques patients.

- Le recrutement des patients se faisait en salle d'attente au cours de la demi-journée choisie en accord avec le médecin. Le premier patient qui acceptait l'entretien était recruté, puis les patients suivants étaient sollicités si le profil d'âge/sexe variait des précédents interviewés. Avant leur rendez-vous, l'enquêteur se présentait aux patients en tant qu'étudiante en médecine générale, réalisant sa thèse. Il leur était proposé un entretien d'environ vingt minutes, au sortir de leur consultation, sur leurs perceptions concernant une phase de la consultation de médecine générale. Il ne leur était pas précisé non plus au préalable qu'il s'agissait de l'utilisation de l'ordinateur, afin de ne pas biaiser leurs perceptions spontanées.

Entretiens :

Les entretiens ont été réalisés au sortir de la consultation, dans un cabinet libre voisin, à l'exception des deux derniers, qui ont eu lieu dans la salle de pause du pôle de santé. Une trame d'entretien* (Annexe 2), élaborée à partir de données de la littérature (8-10,15,17-20) et d'hypothèses du chercheur, a été utilisée par un unique enquêteur (interne en année thèse de médecine générale). Cette trame avait été au préalable testée deux fois auprès de proches. Elle a été ajustée jusqu'au cinquième entretien (Annexe 2).

Quatre thèmes principaux étaient abordés par des questions ouvertes : perceptions de la présence de l'ordinateur au sein du cabinet de médecine générale, de l'espace et du temps pris par l'ordinateur en consultation, de son influence sur la communication non verbale et verbale entre le médecin et le patient, ainsi que sur la relation médecin-patient. Une feuille et un crayon étaient mis à la disposition du patient afin qu'il schématise le bureau du cabinet médical, la place de l'ordinateur, sa place et celle de son médecin. Ce schéma aidait à l'expression des patients. Les interviews ont été enregistrées par un dictaphone numérique, après accord oral des intéressés, intégralement retranscrites*, et anonymisées. Le nombre d'entretiens a été déterminé par la saturation* des données.

A l'issue des entretiens, le thème de l'ordinateur était révélé au MG.

L'analyse :

Dans une posture phénoménologique*, une analyse thématique* de contenu a été réalisée avec les outils de théorisation ancrée*. Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par une interne dans le cadre d'un travail de thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, unique enquêteur pendant ce travail. L'analyse thématique du contenu a été réalisée selon plusieurs étapes. Dans les verbatim* d'un même entretien, un mot ou un groupe de mots signifiant a été repéré, constituant un code ouvert*. Les codes* similaires ou apparentés ont été catégorisés* en thèmes. Ces thèmes ont ensuite été articulés entre eux, en thèmes et sous-thèmes, dans un arbre thématique. Cette troisième opération permettait d'avoir une représentation structurée du contenu analysé. Le chercheur a procédé ainsi pour chacun des entretiens, et enrichi au fur et à mesure son arbre thématique. Dans cette étude, la thématization était continue, chacun des entretiens étant analysé linéairement, du début à la fin, pour une identification progressive et exhaustive des thèmes. Le codage des verbatims et l'interprétation ont été supervisés par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative. Aucune triangulation* supplémentaire des données n'était prévue. Les résultats de l'analyse n'ont pas été soumis aux acteurs qui ont participé à la recherche pour les corroborer. Aucune déclaration à la CNIL n'a été faite car aucune donnée nominative n'a été conservée.

RESULTATS

1) Caractéristiques de la population et des entretiens

Quinze patients, six hommes et neuf femmes, ont été interviewés de mai 2015 à avril 2016. Ils ont été recrutés dans la patientèle de 5 médecins : quatre chez M1 en mai 2015 ; trois chez M2 en juillet 2015 ; trois chez M3 en octobre 2015 ; trois chez M4 en mars 2016 et deux chez M5 en avril 2016.

L'âge moyen des patients était de 55 ans (variant de 26 à 85 ans). Tous les patients sollicités en salle d'attente ont accepté l'entretien, à l'exception de quatre (trois ayant des impératifs personnels après le rendez-vous médical, un ayant une douleur dentaire prononcée). Les caractéristiques de la population de patients étudiée figurent dans le tableau 1. La durée moyenne des entretiens a été de 27 minutes, avec des extrêmes de 19 minutes à 37 minutes. La saturation* des données a été atteinte au treizième entretien, et confirmée par les deux suivants.

L'âge moyen des 5 médecins était de 48 ans (variant de 35 à 62 ans). Trois exerçaient dans le département du Calvados, un dans la Manche et un dans l'Orne. Parmi ces médecins, un s'était informatisé récemment. Les caractéristiques de la population des 5 médecins figurent dans le tableau 2. Leur usage de l'ordinateur est précisé dans le tableau 3.

	Patient (P) n=15	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
Age	55 (26-85)	85	82	26	40	35	61	55	57	35	65	77	68	47	27	74
Sexe																
masculin	6	X			X			X	X	X			X			
féminin	9		X	X		X	X				X	X		X	X	X
Lieu d'habitation																
urbain	4		X			X									X	X
rural	11	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		
Profession																
ambulancière	1					X										
assistante sociale	1			X												
conseillère téléphonique	1														X	
douanier	1									X						
employé*	1								X							
livreuse	1													X		
responsable commercial bancaire	1				X											
routier	1							X								
retraité	7	X	X				X				X	X	X			X
Situation maritale																
marié	9	X	X				X	X	X	X	X	X	X			
pacsé	1													X		
divorcé	1															X
veuf	0															
célibataire	1														X	
union libre	3			X	X	X										
Enfants																
oui	13	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
non	2			X	X											
Connaissance du médecin généraliste depuis																
moins de deux ans	3		X	X									X			
entre 2 et 5 ans	6	X				X	X	X		X						X
entre 5 et 10 ans	1				X											
plus de 10 ans	5								X		X	X		X	X	
Fréquence des consultations																
une fois par an	3				X		X		X							
tous les 6 mois	0															
tous les 3 mois	11	X	X	X		X		X		X		X	X	X	X	X
tous les mois	1										X					
plusieurs fois par mois	0															
Porteur d'une maladie chronique																
oui	8	X	X					X		X	X	X	X			X
non	7			X	X	X	X		X					X	X	
Utilisation de l'ordinateur au foyer																
oui, très souvent	2				X					X						
oui, souvent	5			X				X	X					X	X	
oui, rarement	2					X	X									
oui, très rarement	0															
non, pas d'ordinateur	6	X	X								X	X	X			X
Utilisation de l'ordinateur au travail																
oui, très souvent	7				X		X	X	X	X			X		X	
oui, souvent	2			X										X		
oui, rarement	0															
oui, très rarement	0															
non, pas d'ordinateur au travail	6	X	X			X					X	X				X

*Pas de précision supplémentaire apportée par le patient

Tableau 1. Caractéristiques des patients

	Médecin (M)	M1	M2	M3	M4	M5
Age	48,8 (35-62)	48	40	62	59	35
Sexe						
masculin	3	X		X	X	
féminin	2		X			X
Enfants						
oui	4	X	X	X		X
non	1				X	
Utilisation de l'ordinateur au foyer						
oui, très souvent	5	X	X	X	X	X
oui, souvent	0					
oui, rarement	0					
non, jamais	0					
Année d'installation						
1980	1			X		
1986	1				X	
2004	1	X				
2009	1		X			
2013	1					X
Année d'informatisation						
avant 1990	0					
entre 1990 et 1999	1			X		
entre 2000 et 2010	2	X				X *
depuis moins de 4 ans	1				X	
a toujours été informatisé	1		X			
Lieu d'exercice						
rural	1				X	
semi-rural	2		X	X		
urbain	2	X				X
Département d'exercice						
Calvados (14)	3		X	X		X
Manche (50)	1				X	
Orne (61)	1	X				
Mode d'exercice						
cabinet, seul	1		X			
cabinet de groupe	2	X		X		
maison de santé pluridisciplinaire	2				X	X
Consultations						
sur RDV	5	X	X	X	X	X
sans RDV	1		X**			
Durée moyenne des consultations						
moins de 15 minutes	0					
15 minutes	4		X	X	X	X
20 minutes	1	X				
30 minutes	0					
Tarif des consultations						
secteur 1	5	X	X	X	X	X
secteur 2	0					
Activité universitaire de maître de stage						
oui	2	X			X	
non	3		X	X		X
Type de secrétariat						
aucun	0					
secrétariat téléphonique, à distance	1		X			
secrétariat sur place	4	X		X	X	X

*Médecin en collaboration, ayant remplacé initialement dans le cabinet non informatisé à l'époque

**Médecin consultant avec des plages horaires de sans RDV, et des plages de RDV

Tableau 2. Caractéristiques des médecins

	Médecin (M)	M1	M2	M3	M4	M5
Logiciel utilisé						
AxiSanté	1			X		
MédiClick	1		X			
Médimust	2	X				X
Mon Logiciel Médical	1				X	
Fonctions de l'ordinateur utilisées						
tenue du dossier médical	5	X	X	X	X	X
réception des résultats de laboratoire	4	X	X	X		X
rédaction d'ordonnances	5	X	X	X	X	X
rédaction de courriers	4	X	X		X	X
rédaction de certificats médicaux	5	X	X	X	X	X
consultation de bases de données médicamenteuses	5	X	X	X	X	X
programmes d'alarmes dans le dossier patient : frottis/prises de sang/vaccins	3	X	X	X		
télétransmission arrêt de travail	2	X				X
télétransmission feuilles de soin	4	X	X	X	*	X
logiciel de comptabilité	2	X		X		
aide au diagnostic : Internet, ressources bibliographiques	5	X	X	X	X	X
agenda de RDV	3	X	X			X

*Le lecteur de carte vitale était autonome, sans nécessité d'usage associé de l'ordinateur.

Tableau 3. Usage de l'ordinateur par les médecins

2) Perceptions par les patients de l'ordinateur au sein du cabinet de médecine générale

La grande majorité des patients interviewés percevait l'ordinateur comme **l'outil de travail du médecin** : « *c'est son outil de travail* » (P11) ; « *c'est un instrument de travail* » (P15). Pour les patients, cet « *outil pratique* » (P7) aidait le médecin pendant la consultation : « *Je pense que c'est une aide à la consultation* » (P9) et par conséquent lui était « *précieux* » (P7) : « *si je le lui enlevais, je pense qu'elle serait ptêt pas d'accord ! (rires)* » (P7) ; « *je pense qu'il en est content de l'avoir, que ça l'aide à travailler !* » (P11). « *C'est utile* » disait P14.

D'après les patients, l'ordinateur aidait le médecin pour :

Exemples de verbatim	
la mémoire	<p>« Pour lui, c'est un aide-mémoire. Il revoit un tas de trucs dessus (...) » (P11)</p> <p>« Lui, avec ça, il a tout. Y'a pas de problème. Parce qu'il se rappellerait ptêt pas de tout non plus, hein ! » (P1)</p> <p>Les consultations sans informatique : « (...) il se rappelait pas toujours ce qu'il nous avait donné, ce qu'on avait eu, les antécédents de tout ce qu'on avait eu. Tout ça, c'était pas... c'était pas dans sa tête ça. C'était pas écrit. C'était nulle part. » (P10)</p>
le suivi	<p>S'il n'y avait pas d'ordinateur : « Pour moi, ce serait une perte euh de... du... Dans le suivi, ce serait une perte. Dans le suivi du patient. » (P9)</p> <p><u>le suivi chronologique :</u></p> <p><u>Un historique exhaustif (le passé) :</u> S'il n'y avait plus d'ordinateur : « Mais par compte j'aurais peut-être plus de craintes par rapport à la connaissance du patient. (...) Ou alors faudrait avoir un gros dossier papier à côté, un annuaire téléphonique hein... avec tout l'historique du patient. » (P4)</p> <p>« C'est ma carte d'identité médicale, donc euh il a tout de A à Z. » (P4)</p> <p>« Et là c'est pareil, il a tout... tout est enregistré dessus hein ! Tout ! Tout ! Tout ! Tout, tout, tout ! » (P1)</p> <p><u>Une actualisation, une mise à jour (le présent) :</u> « Il tient à jour le... mon dossier, et euh c'est-à-dire euh qu'il note à chaque fois euh... euh bah ce qu'il m'a prescrit, la date à laquelle je suis venu, pour quelle raison (...) » (P9)</p> <p><u>L'évolution que prend le patient (presque le futur) :</u> « Pour moi, c'est nécessaire qu'il y ait (...) une tenue de dossier qui soit exemplaire quoi, pour euh... pour que le suivi du patient soit... soit parfait, qu'on sache ce qu'il a, d'où il vient euh... presque où il va. » (P9)</p> <p><u>le suivi pluridisciplinaire :</u> « Parce que bon bah je vois un pneumologue, j'vois un... un cardiologue, et donc eh bah ils font des courriers... des mails, je crois qu'on dit ça comme ça, et eh bah elle les... elle peut, elle, les lire et... voilà ! Disons que elle a les informations d'une visite à une autre instantanément. » (P15)</p>

	<p><u>le suivi personnel du médecin sur son patient :</u> <i>« Peut-être qu'il a pris des notes sur moi euh... donc ce... c'est... ça doit rester confidentiel. Il peut avoir dit « tiens euh... tel jour euh... » 'fin... euh... des choses... peut-être son ressenti à lui, par rapport à... à mes consultations, donc euh qu'il garde ça pour lui. » (P9)</i></p>
<p>limiter les erreurs</p>	<p><u>de diagnostic :</u> <i>« (...) et moi ça me rassure parce que je sais que justement (bref rire)... je sais justement qu'il y a moins de risques de... d'erreurs de diagnostic parce que le médecin en... Il a pas le temps de préparer son rendez-vous en amont donc bien entendu il le prépare pendant que le patient est là, pendant qu'il expose euh... comment dire... ses... ses besoins, ses attentes. Donc ça nécessite aussi d'être hyper en écoute active et en même temps de se réapproprier l'historique du client... du patient, donc c'est pas simple. » (P4)</i></p>
	<p><u>de prescription :</u> <i>« (...) ça permet de... de ne pas avoir de... ou d'avoir un œil plutôt à la non interaction entre certains traitements. Par exemple, moi j'ai un traitement... donc je suis sous tahor 10, euh je sais qu'il y a des interactions avec d'autres euh... d'autres médicaments, donc voilà il faut... C'est très bien que le médecin puisse avoir ça à l'œil. » (P9)</i></p>
	<p><u>de transmission d'informations médicales :</u> <i>S'il n'y avait pas d'ordinateur : « (...) il faudrait que ce soit le patient qui... qui informe le médecin euh... et ça entraînerait des... je pense, des erreurs dans le sens où... j'ai un traitement depuis quatre ans maintenant et j'arrive toujours pas à me rappeler le nom du médicament. » (P9)</i></p>
	<p><u>d'identité :</u> <i>« Ben parce que j'imagine que (...) il y a mon nom et tout doit ressortir en ce qui me concerne moi et qu'il y a pas d'erreur euh... je sais pas sur euh... sur un homonyme ou je sais pas 'fin... Euh je sais que c'est moi parce que ce jour-là je lui ai donné ce papier-là et que ça a été rentré le jour où je suis venue. Donc si elle ressort euh les données euh... le lendemain ou l'année d'après, je sais que c'est mes résultats... c'est mes... voilà. Donc il y a moins d'angoisse aussi ou il y a moins d'erreur, je pense. » (P5)</i></p>
<p>gagner du temps</p>	<p><u>en consultation :</u> <i>« C'est plus rapide avec l'ordinateur ! Moi je pense que ça fait gagner du temps, oui ! Oui, ça fait gagner beaucoup de temps je crois l'ordinateur. Oui. Oui, oui. Ah oui ! » (P10)</i></p>
	<p><u>accès plus facile et plus rapide aux informations médicales :</u> <i>« Là il me manque... ben du coup vu qu'il me manquait un papier de résultats sanguins, elle, elle l'a reçu et elle l'a dans son ordi. Elle a pas mis dix minutes à retrouver un papier, dans un placard, sous je sais pas quoi... » (P5)</i></p>

	<p>par l'organisation du dossier informatique :</p> <p>« C'est-à-dire que le médecin peut consulter le dossier du patient pendant la visite, alors que... euh un dossier papier, on n'imagine pas le médecin en train de tourner les feuilles, voir où on en est euh... voilà dans... dans la visite, aller voir le... la lettre du chirurg... du... oui du cardiologue d'il y a deux ans... où est-ce qu'elle est euh... ? Alors que là, avec un ordinateur, encore une fois j'imagine, si le dossier est bien rangé (bref rire), je sais pas si c'est possible... d'aller voir directement tel praticien... Tac, ah il y a quatre lettres euh... » (P9)</p>
gagner de l'espace	<p>« Je pense que dans un ordinateur, on met... on met... on classe des dossiers et c'est beaucoup... c'est vrai qu'on voit moins d'étagères, il y a moins de dossiers euh... de piles de dossiers sur un bureau où... où c'est moins... 'fin pas moins accueillant, mais c'est moins esthétique, c'est moins... c'est moins présentable quoi. » (P7)</p>
garantir la confidentialité du dossier	<p>« Ben euh tout est archivé dans un ordinateur et pas dans une pièce ou dans des armoires et... et puis bah après on sait pas trop ce qu'on en fait, ça traîne et on sait pas trop, 'fin je sais pas euh... Et puis il y a un côté confidentiel quoi ! (...) J'imagine qu'il y a des mots de passe et compagnie, que si on les a pas, on peut pas accéder donc... Que avant, ben je sais pas trop, j'imagine ça devait être stocké dans des armoires, des pièces, des trucs, et... ou... et fermé par une clé ou pas... et c'est tout, quoi... » (P5)</p>
la ressource en ligne	<p>« Disons que le médecin se sent peut-être moins seul avec l'ordinateur, en fait ! (...) Je pense que le médecin euh qui a bon bah quelque chose hein, euh qui veut aller plus profondément dans un... un diagnostic ou autre, bah s'il est pas trop sûr de lui, que c'est un médecin qui... bah qui veut faire les choses bien, un médecin euh... bon il a la possibilité d'avoir pratiquement tout de suite des réponses à ses questions. (...) Par euh... par Internet. » (P15)</p> <p>« Voilà si on a une question particulière sur euh... ben je sais pas moi... voilà sur mon état de grossesse... sur un... un... je sais pas un... un mal que je pourrais avoir, voilà... si euh... si elle le sait pas d'emblée comme ça, du tac au tac pour répondre, je pense qu'ils vont rechercher tout de suite sur l'ordi et il y a une réponse dans la foulée et que c'est... ça réagit tout de suite. Il y a pas... il y a pas de temps de « ben je vais me renseigner, je vous tiens au courant, je vous rappelle » ou voilà quoi. » (P5)</p>

Tableau 4. Apports utiles de l'ordinateur au médecin, selon les patients

Certains s'interrogeaient sur d'autres fonctions possibles : « *L'ordinateur est-ce qu'il enregistre les questions qu'on pose ?* » (P2) ; « *Alors, est-ce qu'il y a des icônes, des choses comme ça ou euh... des symboles ou autres qui... qui lui disent que bon euh... bah ça va bien ou pas ou... le jour de la consultation, hein ?* » (P8).

Au vu de son utilité, les patients percevaient en conséquence l'ordinateur comme « *un confort de travail* » (P8) pour le médecin.

En plus d'être perçu comme une aide pour le médecin, beaucoup le percevaient comme **une aide également pour eux-mêmes en tant que patients** : « *c'est plus pratique pour nous aussi* » (P10) ; « *C'est un gain. C'est... c'est... pour le patient, c'est pour le médecin, c'est... (...) un bon outil pour tous, en fait.* » (P7).

En premier lieu, ils appréciaient que l'ordinateur garde en mémoire et transmette les informations médicales à leur place : « *Voilà les données concernant aussi les patients sont rentrées dedans, ça évite les interrogatoires à répétition aussi quand on vient...* » (P6) ; « *Oui je trouve que c'est pas mal parce que... à... à l'époque quand nous étions jeunes et tout ça euh... euh on allait au docteur mais euh c'était à nous de nous rappeler ce qui... ce qui s'était passé* » (P2). S'il n'y avait plus d'ordinateur, « *ce serait au patient de se prendre en main* » selon P10, mais « *on oublierait certainement des trucs nous !* » confiait P1.

En second lieu, plusieurs patients mettaient en avant une meilleure lisibilité de leurs ordonnances avec l'informatique : « *L'informatique, bon bah on peut lire. Que un médecin, euh...(rires)* » (P12) ; « *je préfère que ça soit sur l'ordinateur, parce que c'est beaucoup plus mieux écrit que quand vous écri... quand ils écrivent à la main ! Voilà ! Excusez-moi ! (rires)* » (P13).

En dernier lieu, ils constataient que l'informatisation des cabinets leur avait permis une économie de déplacements physiques, avec la télétransmission des feuilles de soin : « *maintenant on n'a plus à aller déposer nos feuilles à la sécurité sociale* » (P7), des arrêts de travaux : « *il m'a dit « oh bah ça y est, l'arrêt il est même parti à la sécu, vous*

avez même pas besoin de vous en occuper ! » J'lui dis « Bah c'est magnifique » ! » (P13), ou la transmission informatique des résultats biologiques : « Parce que quand on fait une prise de sang mettons ce matin à la maison, à 3h l'après-midi, la secrétaire elle téléphone. « Bon monsieur P1, vous ne changez pas votre taux de... de préviscan, vous restez comme ça. Vous faites une prise de sang dans un mois ou dans quinze jours », ça dépend. (...) Bah, c'est bien moi je trouve hein ! (...) Parc'que pour avoir les résultats au laboratoire, ils les donnent pas hein ! Ils... Vous pouvez téléphoner, ils vous les donnent pas hein ! Faut aller personnellement les chercher, oui... » (P1).

La plupart souhaitaient voir leur médecin continuer à optimiser les fonctions de cet outil, à l'image de P4, qui imaginait « *une alerte... une veille en fin de compte pour se dire le dossier de tel patient n'est pas bouclé* ».

L'ordinateur, perçu comme **un simple outil de travail** ? Pour certains, oui : « *L'ordinateur, pour moi, n'est qu'un instrument ! Et il ne reste qu'un instrument !* » (P15) ; « *Pour moi c'est un outil au même... même si forcément ça a pas la même euh utilité, mais c'est un outil comme le stéthoscope, comme... comme la table d'auscultation. C'est quelque chose qui participe...* » (P9). Néanmoins, certains employaient des métaphores pour le décrire, le comparant à un autre objet : « *une grosse boîte aux lettres* » (P8) ou « *ma carte d'identité médicale* » (P4). Et parfois, par leurs propos, les patients humanisaient l'ordinateur, le percevant comme **un tiers** : le médecin et l'ordinateur « *se complètent pour la... pour la bonne raison qu'ils ont besoin l'un et de l'autre quoi* » (P11) ; « *c'est sa secrétaire* » (P4) ; « *c'est son assistant* » (P4) ; « *je pense que à force d'y travailler tous les jours, il en est... c'est devenu son copain, hein ! Donc euh... euh bah il s'entend bien avec hein !* » (P8) ; « *Un tiers, ouais... qui peut être voilà positif ou négatif. Je pense que ça dépend du regard qu'on porte et puis de la façon de vivre la... la consultation.* » (P3). Un patient allait plus loin dans la métaphore, le percevant aussi comme **une partie de lui-même** : « *C'est mon ADN* » (P4).

3) Perceptions par les patients de la présence de l'ordinateur au sein du cabinet de médecine générale

Pour beaucoup, sa présence au sein du cabinet était **gage de modernité**, d'« être dans le vent, dans le coup ! » (P8). « C'est le modernisme » (P15). Sans l'ordinateur, « ça serait revenir euh... euh (rires) à l'âge de pierre presque ! » (P7). Un médecin sans ordinateur, c'est un médecin qui « n'est pas de son temps (rires) ! » disait P15. Certains imaginaient les médecins non informatisés comme « des médecins de campagne... euh de vieux (terme appuyé) médecins de campagne... pas de jeunes. » (P5) ; « Je pense que de nos jours, c'est plus des méde... des... des anciens... des... des... enfin je vais pas dire vieux, ça fait... ce n'est pas très beau, mais des... des gens, enfin des... des praticiens qui exercent depuis de très très... de nombreuses années » (P7). Et s'il s'agissait d'un jeune médecin informatisé ? P7 répondait qu'« il serait quand même temps que... enfin il... à son âge surtout, de... de vivre avec le monde moderne ».

Sa présence était considérée comme **normale** au sein du cabinet de médecine générale. Cet objet était familier au patient : « c'est comme ça partout maintenant » (P10) ; « On a tellement euh... dans nos vies de tous les jours euh le... l'habitude de voir des ordinateurs partout, comme je vous disais que ce soit chez le garagiste ou... » (P9). Selon P4 « l'ordinateur fait partie de notre quotidien ». « Tout le monde vit avec hein ! » (P7), y compris les patients, l'utilisant dans leur cadre professionnel ou à titre privé : « on s'y est tous mis plus ou moins à un moment donné (...). On l'a rencontré dans le milieu professionnel, chez soi également » (P8). Dans cette « époque où il n'y a que l'ordinateur » (P15), sa présence ne choquait pas au cabinet du médecin : « Après je sais pas, moi je fais peut-être partie de la génération où je suis habituée de voir un écran dans une pièce et... et où ça me choque pas plus que ça. Euh quand j'étais petite, il y avait pas d'ordi, mais euh, vu que j'ai grandi en les voyant euh... moi limite c'est banal quoi... 'fin ça m'interpelle pas ! » (P5) ; « Qu'il utilise l'ordinateur pendant la... pendant la consultation, c'est... c'est normal, c'est... c'est logique. » (P9). Ainsi, c'était son absence au cabinet qui était vécue comme surprenante : « Bah le pédiatre à mon fils, il a pas d'ordinateur ! Bah je me suis dit « c'est curieux en 2016 de pas avoir d'ordinateur » ! (rires) » (P14). Si aujourd'hui, on devait se passer de l'informatique au

cabinet, « *il manquerait quelque chose* » selon P8. Pour les patients, l'ordinateur avait sa place : « *C'est quelque chose qui participe... qui est présent, qui a sa place.* » (P9).

Certains patients percevaient sa présence et son utilisation en médecine générale comme **rassurantes**. Ils appréciaient notamment que leur médecin enregistre sur l'ordinateur, pendant la consultation, les informations les concernant : « *je suis sûr euh moi en tant que patient que ce qui... ce qui s'est dit pendant la consultation est... est... sera reporté sur le compte rendu tout de suite. Plutôt que dire « Oh bah je vois mes patients, je fais défiler, je défile les patients, je fais défiler et puis je fais mes comptes rendus après* », non c'est... c'est... Donc c'est... Pour moi non c'est... c'est plus sécurisant. » (P7) ; « *Ben oui, parce que il fallait bien enregistrer ce que j'étais en train de dire. Je trouve que c'est aussi bien pour moi personnellement, parce que ça nous fait une sécurité !* » (P2). Sans ordinateur, il y aurait « *plus de craintes par rapport à la connaissance du patient* » selon P4, anecdote à l'appui : « *Il a pu me dire quand est-ce que j'avais essayé d'arrêter de fumer la dernière fois donc... (rires) Donc voilà, c'est... Ça, c'est rassurant !* » (P4).

La quasi-totalité des patients considéraient sa présence comme « **indispensable** » (P11), « *incontournable à l'heure actuelle* » (P6), même ceux qui n'avaient pas d'ordinateur chez eux, à l'image de P10 : « *J'ai ni ordinateur, j'ai pas internet, j'ai rien de tout ça moi ! Mais moi, je trouve que pour moi non, mais pour les gens qui travaillent maintenant, je trouve que c'est vraiment indispensable d'avoir ça hein !* ». Un médecin sans ordinateur c'est « *surréaliste* » (P9), « *impensable* » (P9), « *ça existe pas (rires)* » (P5). « *Je vois pas comment il pourrait travailler* » disait P8. « *Oui, on est obligé d'en passer par l'informatique maintenant. On sait plus faire euh... sans.* » ; « *On peut plus travailler... 'fin pratiquer comme il y a euh trente ou voire quarante ans, c'est plus possible.* » expliquaient respectivement P9 et P7.

Les patients acceptaient donc sa présence et la revendiquaient même : « *l'ordinateur, on n'y touche pas ! (rires)* » (P7) ; « *Bah vaut... vaut mieux qu'il garde l'ordinateur ! Je crois hein ! Oh autrement, qu'est-ce que vous voulez qu'il... qu'il revienne comme dans... dans l'ancien temps, où on se retrouve à la main ?! Non, c'est mieux qu'il garde le truc là !* » (P1).

4) Perceptions par les patients de l'espace et du temps pris par l'ordinateur en consultation de médecine générale

4.1. Perceptions par les patients de l'espace pris par l'ordinateur en consultation

Les patients appréciaient que l'ordinateur soit positionné « sur le côté » (P14) du bureau et non devant le médecin : « *Je pense que l'ordinateur est à sa place. Il est dans le coin. Il ne gêne rien.* » (P15) ; « *Ce qui fait que avoir l'écran comme ça, sur... sur mon côté gauche euh... voilà c'est... je trouve ça bien. Plutôt que l'écran soit au milieu du bureau et qu'on soit sur chacun des sièges, caché.* » (P9). Selon P3, « *ça permet d'avoir accès euh physiquement en fait... euh au médecin.* » et « *d'être plus en relation, en communication avec le médecin.* », « *sans qu'il y ait un écran qui nous sépare* » (P5). Pour les patients, un ordinateur placé face au médecin serait « *une barrière* » (P14) : « *s'il était devant, je pense que ça m'aurait énormément gênée. (...) Comme parfois dans certaines administrations, l'ordinateur est devant, je trouve que ça casse complètement le côté humain, en fait, de la relation et de la consultation.* » (P3). Une telle disposition se retrouvait dans le cabinet du cardiologue de P15 : « *lui euh... son ordinateur est devant* » (P15). Elle confiait que « *ça gêne quelque part. Ça gêne la discussion. (...) Bah peut-être l'impression que... que le patient n'est pas euh... n'est pas vraiment... le médecin n'est pas vraiment à l'écoute de son patient. (bref silence) Ce qui est complètement faux, mais c'est une impression ! Parce que cet ordinateur il est là, au lieu d'être sur les côtés !* ».

Aucun patient ne pouvait lire les informations projetées sur **l'écran de l'ordinateur** : « *on voit rien de son micro* » (P8) étant donné qu'il était placé de biais, vers le médecin : « *c'est tourné vers elle* » (P5). Certains y avaient accès partiellement : « *l'écran est pas tourné euh pour que ce soit complètement caché. On peut quand même un p'tit peu voir ce qui se passe* » (P3) bien que ce soit « *écrit très petit... 'fin on voit pas... on voit pas très bien.* » (P3). **La grande majorité des patients n'exprimait aucune gêne à ne pas voir cet écran** : « *De ne pas voir l'écran, ça ne me gêne pas du tout.* » (P8) ; « *ça me dérange pas qu'il me montre pas* » (P12) ; « *Ca a pas d'importance, en fait, pour moi, de voir l'écran, de pas voir l'écran.* » (P14).

Plusieurs raisons étaient évoquées :

- Ils n'y voyaient aucun intérêt : « *Du moment qu'il m'inscrit mon ordonnance, que je... que je regarde à chaque fois à la fin de la consultation, j'ai pas besoin de l'écran ! Pour moi ça ne me donne rien !* » (P11) ; « *je vois pas l'intérêt de regarder en fait !* » (P14).

- Ils n'auraient pas compris les données projetées : « *Et puis il y a ptêt des choses qu'on saurait pas comprendre non plus. Il y a des choses qu'on sait pas toujours lire dans la médecine* » (P10) ; « *Et puis euh...ne connaissant rien aux... de mon côté, aux molécules dans les... les médicaments, je vais pas euh... pouvoir comprendre ce qui est écrit* » (P9).

- Ils considéraient que c'était au médecin de gérer leurs données comme il l'entendait : « *Moi je me dis tant qu'on... elle nous montre pas, c'est qu'il y a des choses qu'on n'a pas forcément besoin de savoir* » (P5) ; « *Il rentre tout ce qui... ce que... ce qu'on... ce qu'il sent le besoin de rentrer dedans. Après, moi, ça ne me regarde pas.* » (P8).

- Ils avaient une entière confiance en ce que leur disait leur médecin : « *Ce qu'il marque je sais pas, mais moi je pose des questions. Il me répond. Ben j'ai confiance dans ce qu'il me dit.* » (P2) ; « *On fait confiance à notre médecin traitant hein ! On n'a pas besoin d'avoir accès à l'ordinateur nous hein !* » (P10). P9 confiait ne jamais avoir pensé à regarder l'écran chez son médecin, à la différence de chez son garagiste car « *je pense que le garagiste, je vais avoir peur qu'il m'arnaque. Euh mon médecin, c'est... c'est mon médecin quoi.* ».

Deux patientes, P3 et P13, souhaitaient en revanche avoir accès à l'écran. L'une par souci de transparence, ayant eu une mauvaise expérience avec un praticien : « *Par contre, euh, le fait que l'écran soit tourné vers le médecin, euh peut être un peu gênant (...) ça peut un petit peu déstabiliser. (...) je trouve que c'est important d'être transparent avec les personnes qui sont en face. Et ça m'est arrivé avec un professionnel de... que je... un spécialiste, qui n'a pas du tout marqué ce qu'il m'avait dit durant la consultation, et même tout le contraire... et c'est le médecin généraliste qui m'a appelé*

pour me faire la lecture du compte rendu que j'ai extrêmement mal pris. Et j'avais trouvé ça pas honnête, parce qu'il avait tapé en ma présence son courrier et il m'avait pas dit les mêmes choses qu'il avait écrites. » (P3) ; l'autre par curiosité : « Voilà, une petite curiosité de voir. Ça peut être sympa de... de lire euh ce qu'il inscrit sur son ordinateur (...) s'il y inscrit euh... ce qui s'est passé au niveau de la consultation, là ça pourrait être intéressant. » (P13).

Dans cette optique, P13 s'interrogeait sur une disposition différente de l'écran : *« est-ce qu'on pourrait pas le mettre carrément sur le mur ? Je veux dire accrocher carrément l'ordinateur. (...) Ou alors carrément le tourner si vraiment on... on veut voir l'écran. Ou à l'occasion demander à chaque fois au... au client s'il veut voir euh... Mais bon il faut trouver aussi des ordinateurs qui soient adaptés à les tourner facilement quoi. ».*

Plusieurs patients confiaient ne pas prêter attention à la présence de l'ordinateur dans l'espace de la consultation : *« je fais pas attention à l'ordinateur. » (P2).* Cela se confirmait lorsqu'il était demandé aux patients de représenter par un schéma la place de l'ordinateur sur le bureau de leur médecin ; quelques-uns peinaient à se rappeler de sa position exacte : *« L'écran il est où déjà ? Il est là ou de l'autre côté ? (Silence de plusieurs secondes) Il est là son écran je crois... Je sais plus. (...) Ou alors il a changé avant... il y a quelque temps... Je sais plus... Avant il était de l'autre côté, je crois qu'il est là maintenant... Ben comme quoi c'est dingue hein ! Non il est là son écran ! Oui il est à droite... il est à ma droite... » (P4).* D'autres en oubliaient même sa présence : *« Je vais voir un spécialiste à Caen là, qui s'appelle le Dr X et j'ai l'impression... je suis pas certaine qu'il en ait un. Je me souviens pas s'il en a un. (bref silence) Je sais plus. » (P10) ; « Mon médecin d'avant, je suis pas sûre qu'il y avait un ordinateur... Euh... (long silence) » (P5).* L'« ordinateur, il est transparent maintenant » résumait P9. Il expliquait que : *« quand on vient, on... on voit pas l'ordinateur. » ; « on n'y pense pas ». « Je l'oublie »* disait-il, précisant que *« quand je rentre dans le cabinet, euh... je suis... je suis avec (intonation plus prononcée) mon médecin, et voilà. » (P9).* La présence de l'ordinateur était occultée par les patients, *« sauf quand on est caché derrière ! »* nuancait P9.

4.2. Perceptions par les patients du temps pris par l'ordinateur en consultation

Quant au temps passé sur l'ordinateur en consultation, la grande majorité des patients le percevait comme « *minime* » (P4), « *très court* » (P9), « *rapide* » (P14). Beaucoup disaient ne pas s'en apercevoir car ils étaient absorbés par la conversation avec le médecin : « *Elle a commencé par euh prendre ma carte vitale et voilà, tout le temps qu'on discutait, euh bon, elle a fait son truc de son côté je pense ! (rires) Et euh ...voilà ! Sans trop perdre de temps et euh sans trop qu'on s'en aperçoive quoi.* » (P5) ou par autre chose : « *c'est le moment où je me rhabille ou euh... et généralement, dès que je me rassois euh... c'est... c'est terminé.* » (P9) ; « *Ah bah après, j'ai été chercher dans mon sac la carte vitale le temps qu'il écri... le temps qu'il tape sur son ordinateur... La carte vitale, ma carte euh de paiement, et puis voilà. Non franchement, ça m'a pas du tout dérangé, et j'ai pas trouvé le temps long. Il a fait ça très vite.* » (P13).

Certains concédaient néanmoins que l'ordinateur pouvait prendre du temps. P3 l'estimait à « *un tiers à peu près de la consultation* ». Toutefois, ce temps pris leur paraissait « *nécessaire de toute façon pour faire les ordonnances et euh... et tous... tous les papiers et puis mettre à jour le dossier* » (P3) et normal : « *après la consultation finie, il se met à son bureau et puis il regarde et puis bon bah il... il fait son ordonnance et puis il a cherché un peu là pour voir ce qu'il pouvait me donner et puis après bah... C'est... c'est tout à fait normal.* » (P12). Selon eux, le médecin passait « *le temps qu'il fallait* » (P11), « *le temps nécessaire, pour retrouver ce qu'il voulait rechercher* » (P10), sans que cela ne leur soit préjudiciable : « *Il passe plus de temps à s'occuper de la personne, je dis que de... de sur l'ordinateur.* » (P12).

5) Perceptions par les patients de l'influence de l'ordinateur sur la communication médecin-patient

Selon les interviewés **l'ordinateur influait sur plusieurs éléments de la communication non verbale entre le médecin et son patient**, tels que :

- L'échange visuel médecin-patient :

L'échange visuel médecin-patient était parfois gêné par l'emplacement ou la taille de l'écran. P3 et P9 avaient remarqué que sur les deux fauteuils prévus pour le patient, un ne permettait pas, une fois assis, d'avoir vue sur le praticien : *« Bah en fait si j'étais ici, là j'peux rien voir du tout, et j'trouve que ça fait... L'écran est grand ! Donc c'est très imposant, je trouve (...) vous ne voyez que ça... et du coup vous voyez plus en fait le praticien. »* (P3). P9 confiait préférer s'asseoir sur le siège qui n'était pas *« caché derrière l'écran »* : *« Moi je pense que je suis plutôt euh... attiré vers cette place-là, qui me permet de visualiser mon médecin même si je vois pas son écran euh... Voilà, il est autant disponible à son ordinateur qu'à moi, euh... Voilà. Il faut bien une deuxième place euh... si on... si on vient à deux. Mais je pense que justement l'interlocuteur privilégié, j'imagine, se placera sur ce... sur cette chaise qui est plus euh... qui est pas derrière l'écran d'ordinateur »* (P9). Il proposait alors d'inclure l'écran dans le bureau *« pour améliorer la relation avec le deuxième patient, ou l'accompagnateur »* : *« Je sais que c'est faisable. Il y a certains postes, j'ai déjà vu ça, où l'ordinateur est vraiment à l'intérieur du bureau. Ce qui fait que il y a une... une vitre au-dessus du bureau et donc seul le... la personne qui utilise voit l'écran, mais le bureau est libre, on va dire. Ce qui fait que il y a personne de caché derrière l'écran. (...) C'est un bureau qui a été creusé, et l'écran est à l'intérieur à 45 degrés. (...) Il y aurait un regard un peu plus bas. Mais un regard plus bas, ou un regard décalé, ça... ça... je pense que ça change pas grand-chose. »* (P9).

Certains patients constataient par ailleurs que le regard du médecin était parfois accaparé par l'écran : *« Parfois le médecin entend ce qu'on dit, mais on n'est pas sûr parce qu'il regarde pas »* (P3) ; *« il est devant son ordinateur, il... il me regarde pas »* (P12). Selon P4, s'il n'y avait pas d'ordinateur, *« bah on se regarderait plus. Là, ça*

c'est clair (bref rire). » Il ajoutait « je le comprends parce que... ça s'explique. Mais je pense que par rapport à toutes les personnes euh... il y a des personnes qui peuvent se poser des questions aussi. C'est pas de l'indifférence mais voilà... bon c'est un peu bizarre quoi (...) ça peut être interprété comme. » (P4).

- la posture du médecin :

Selon P3 et P4, la posture de biais du médecin interférait dans la communication : « *L'ordinateur, il est sur le côté, donc faut que le médecin déjà physiquement se tourne sur le côté, pour revenir en fait, retourner la tête à chaque fois vers nous. Que sur un papier je trouve que c'est pas la même chose en fait. C'est pas la même relation... p'têt parce qu'il est plus en face de nous, je... je sais pas. » (P3) ; « voilà c'est ça aussi qu'est... qui peut être perturbant aussi dans... dans... dans l'échange aussi entre le médecin et son patient, c'est que le médecin focalise aussi sur son écran et est de profil... comment dire... de biais » (P4). A l'inverse, selon P13, cette posture facilitait la communication : « *Si il avait pas d'ordinateur, le problème c'est qu'il va avoir la tête baissée pour écrire. Automatiquement. Alors dans un sens faut ptêt mieux qu'il ait la tête levée en regardant l'ordinateur, parce qu'on l'a toujours... on le voit toujours. (...) Parler avec quelqu'un qui a la tête baissée, c'est moins intéressant (...) ça serait même... c'est même pas poli quoi en fin de compte. (...) je trouve que l'ordinateur ça redresse (...) on voit... on voit la personne. ».**

- l'expression du médecin :

« *Physiquement, je trouve qu'il se ferme plus quand il est sur son ordinateur que quand il est en relation bah avec le patient, où il sourit, il a plus d'expressions de visage, de regards... que sur l'ordinateur bah voilà il est concentré, du coup plus fermé. Moins accessible... physiquement ouais ! » (P3)*

- l'écoute et l'attention du médecin :

Selon P4, sans l'ordinateur, le médecin « *serait plus... plus disponible... plus à l'écoute certainement. » Lors de l'usage de l'ordinateur, il constatait « une partie d'absence » de la part du médecin : « *des fois on peut... on peut avoir un doute si vous**

voulez que la personne soit complètement en écoute active. On a l'impression que la personne est en... allez à... à 60-70 % dans l'échange, mais déjà préoccupée par d'autres choses déjà pour affiner le diagnostic ou déjà pour... en étant... en se focalisant, en se projetant p'têt sur l'étape d'après déjà... Donc euh pas 100 % disponible. (...) On n'est pas à 100 % en... en phase à ce moment-là je crois... (rires) » (P4). Plusieurs patients avaient un ressenti similaire lors de cette phase d'usage de l'ordinateur : « Il est dans son monde, dans son monde, il pense à ce qu'il faut qu'il me donne » (P12) ; « Pour moi, s'il est en saisie et que je lui parle, c'est pas évident qu'il capte euh... à un moment donné qu'il capte les deux si vous voulez. » (P8) ; « vu qu'il est concentré sur l'ordinateur, du coup il est ptêt un petit peu moins dans... dans la communication avec euh... avec le patient. » (P3) ; « je pense que c'est forcément un moment où il est un peu moins attentif » (P9). P8 expliquait savoir détecter au cours de la consultation si son médecin était « bloqué sur l'ordinateur » ou non : « Comment on le voit ? Bah dans... dans la gestuelle. Parce que dans la gestuelle entre le moment où... où... où vous avez une concentration sur le micro et que là vous vous relâchez un petit peu, là on voit que il est plus dans son... il... il est plus tout à fait dans le... dans la saisie on va dire, donc il revient dans l'écoute. ». Pour P3, ce ressenti était modulé selon le degré de maîtrise de l'outil informatique par le médecin : « Après, avec d'autres médecins ça a pu me gêner parce que j'avais l'impression que j'aurais pu sortir de la pièce ça aurait été la même chose... que j'étais plus présente du tout en fait... parce que très concentrés, trop concentrés sur les difficultés, bah par exemple à taper assez vite sur le clavier, des difficultés de mise en page, des difficultés avec l'outil informatique pour des médecins peut-être un petit peu plus âgés, d'une autre génération. ».

La majorité des patients interviewés percevaient également une influence de l'usage de l'ordinateur sur la communication verbale médecin-patient :

- sur la forme :

Selon quelques patients, à l'époque du cabinet non informatisé, le médecin « discutait peut-être un peu plus » (P12). Ils l'expliquaient par le fait que l'ordinateur transmette maintenant les informations à la place du patient : « Bon euh maintenant je pense que c'est beaucoup l'ordinateur qui leur donne des renseignements, donc euh...

il y a moins de contacts si vous voulez. Il y a moins de contacts avec la personne. Et sans... sans ordinateur, il y aurait peut-être plus de... d'entretiens, de paroles et compagnie. » (P12) ; « on parlerait plus (...) parce que il y aurait pas l'ordinateur pour l'aider ! Sur l'ordinateur, il... il regarde un tas de choses ! Alors on parlerait plus automatiquement ! » (P11). C'est l'impression également qu'avait P3 avec son médecin traitant qui n'était pas encore informatisé : « Euh mon médecin traitant, que j'ai depuis que je suis petite, que je vois encore de temps parce qu'elle est pas dans la même région, n'en a pas (d'ordinateur). Et euh je trouve qu'elle passe plus de temps à échanger avec le patient... peut-être sur d'autres choses, euh sur euh... ouais des questions plus... plus générales... sur comment ça se passe là le travail en ce moment, les activités... comment ça va, tel ou tel problème de santé comment ça avance. ».

Le silence en consultation était évoqué dans la trame d'entretien : « Vous parlez des... des moments de blanc où lui il est en saisie et... et il y a pas de... de discussion ? » (P8). Sans l'ordinateur, « il y aurait peut-être moins de blanc » selon P4. Lors de la phase d'usage de l'ordinateur par le médecin, beaucoup confiaient s'arrêter de parler volontairement : « Quand elle était en train de taper euh bah je... je me taisais et j'attendais que... qu'elle est finie et que... voilà que la conversation fin voilà se... se réamorçe quoi. » (P6) ; « Aujourd'hui, le médecin, bon il consulte son ordinateur, bon en général les patients ne parlent pas... parce que je ne pense pas être la seule à être comme ça hein ! » (P15) ; « j'attends qu'il ait fini. Quand... quand je vois que l'œil... l'œil tourne du... de l'écran, bah on dit ça y est, on peut... on peut reparler. » (P8).

Aucun patient n'en a été gêné. « C'est le respect... le respect du... du médecin. » selon P10. « Oui, faut lui laisser le temps de voir, de regarder, d'examiner tout ce qu'il a noté et...(bref silence) Respectueux, oui voilà. C'est être respectueux. » (P10). « C'est normal de le laisser se concentrer » selon P12, qui s'arrêtait de parler pour « ne pas le troubler » et témoignait par ce silence de la confiance qu'il accordait à son médecin : « Et je pense que pendant ce moment-là qu'il... quand on ne dit rien euh... lui, ça le... comment... le conforte par rapport au client... que le client lui fait confiance ». Certains percevaient ce silence comme « nécessaire » (P6), aussi bien pour le médecin : « ça permet aussi au médecin de structurer son diagnostic » (P4) que pour le patient : « moi, patient, ça me permet aussi de refaire le point sur ce que j'ai pu partager avec le

médecin : *est-ce que je lui ai donné tous les éléments, est-ce que j'ai été très clair par rapport au contexte, est-ce que j'ai omis des choses qui peuvent être importantes ?* » (P4). P4 ajoutait qu'« *un moment de silence c'est pas un moment euh... c'est pas un moment... comment dire... inutile. Il est important pour tous je pense...* », rejoignant la remarque de P8 : « *Bah le silence c'est pas... c'est pas négatif non plus, parce que ça peut être la réflexion !* ». Ce silence n'était pas vécu comme une coupure dans la consultation : « *J'appelle pas ça une interruption moi !* » (P8) ; « *ça fait partie du... de la consultation* » (P8).

- Sur le fond :

P9 avait noté que lorsque son médecin utilisait l'ordinateur, le sujet de discussion changeait, devenant plus léger : « *Euh je pense que c'est forcément un moment où il est un peu moins attentif euh... donc euh ça doit être un moment où il parle pas de euh... de la maladie qui... qui m'a emmené ou de la raison qui m'a emmené là, (...), donc c'est plutôt des informations périphériques, euh... un peu moins importantes... Puisque là, il m'a demandé des nouvelles de ma famille... Si mon bébé était malade, je l'aurais amené et c'est lui qui aurait eu la consultation. Donc c'était juste euh... euh... voilà.* » (P9).

En revanche, un tiers des patients interviewés ne percevait aucune influence de l'usage de l'ordinateur sur la communication verbale médecin-patient. Ils considéraient que l'ordinateur n'interrompait, ni ne modifiait l'échange verbal en consultation. Selon eux, la saisie se faisait « *naturellement* » (P13) « *tout en gardant de l'échange avec le patient* » (P5) : « *en même temps qu'elle écrivait, elle me posait des questions, et on discutait, donc en fait on... 'fin c'est passé très très vite pour moi. Je me suis pas dit euh... Il y avait pas de blanc en fait ! Je me suis pas dit « elle écrit, et je suis comme ça en train d'attendre ». Pas du tout ! Il y avait un échange.* » (P14) ; « *Il y a pas eu un... un temps mort, comme on dit. Dès qu'il est sur l'ordinateur, on pourrait dire « tiens » mais là même pas. On a parlé tout le temps.* » (P13).

6) Perceptions par les patients de l'influence de l'ordinateur sur la relation médecin-patient

La quasi-totalité des patients ne percevait aucune influence de l'ordinateur sur la relation qu'ils avaient avec leur médecin. Si l'on supprimait l'ordinateur dans le cabinet, *« ça changerait rien du tout à la relation »* disait P10, rejoignant les propos respectifs de P13 et P7 : *« Si Dr M4 du jour au lendemain dit « je veux plus d'ordinateur », notre relation, entre le patient et le médecin, pour moi sera toujours la même. Ça changera rien du tout. »* ; *« L'ordinateur fait gagner du temps pour le... tout ce qu'est partie administrative, mais ça ne... ça ne représente... il y a pas d'impact sur la relation avec le patient, on est bien d'accord, euh ça c'est très important. »*. *« Il a son ordinateur, mais il n'oublie pas le patient. Euh l'ordinateur, c'est pas son patient. »* expliquait P12.

Pour P15, l'ordinateur n'avait *« rien à voir avec le... le contact euh médecin-patient »* : *« Le contact, ou il est bon ou il est moins bon ! Que ce soit avec ou sans ordinateur. »* disait-elle. Un grand nombre de patients insistent sur la confiance qu'ils avaient en leur médecin, totalement indépendante de l'outil utilisé en consultation : *« Toute façon, son docteur, ou on a confiance ou on l'a pas. Donc euh... cahier, ordinateur ou pas, euh c'est la personne d'abord qui compte, pour moi. Si vous avez confiance en votre toubib, c'est... c'est bon. Si vous n'avez pas confiance, alors vous en changez, et puis voilà. Donc euh... C'est la personne d'abord, si vous voulez. »* (P8). *« C'est pas l'ordinateur qui va me soigner »* ajoutait-il, faisant écho aux propos de P10 : *« C'est pas parce qu'il a un ordinateur qu'il va mieux nous soigner ! Il nous ausculte, il voit ce qu'on a... Moi, c'est le médecin d'abord hein ! L'ordinateur passe en seconde position hein ! »*. P6 avait vécu l'informatisation du cabinet de son médecin de l'époque et expliquait qu'elle n'avait *« pas perdu de la confiance, ni gagné par ça, par rapport au médecin »*.

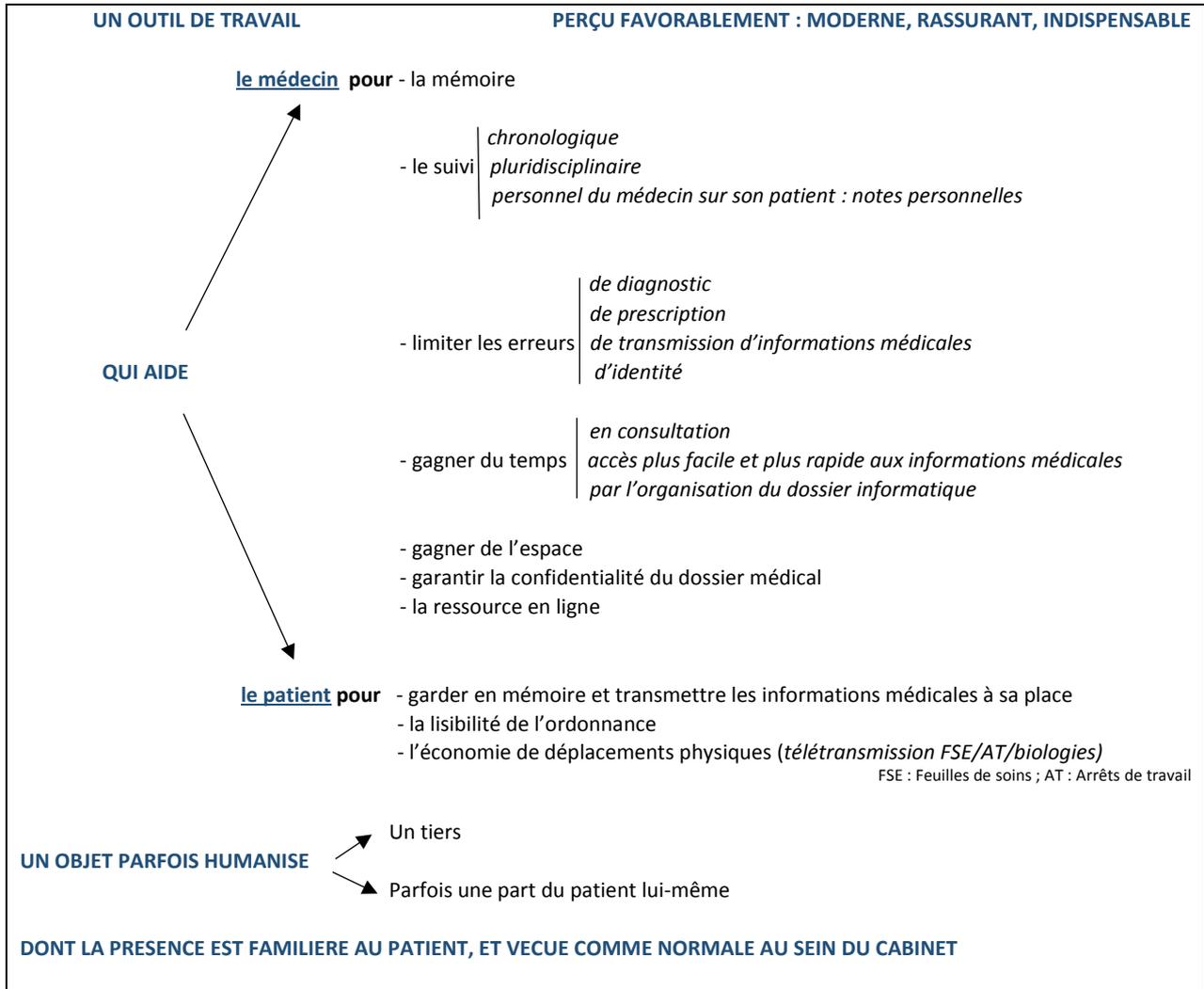
Certains patients ont insisté sur le fait qu'ils n'accordaient aucun intérêt à l'ordinateur, car ce n'était pas ce qui comptait : *« Moi peu importe que ce soit l'écrit ou à l'ordinateur, du moment qu'il m'apporte euh... 'fin un soulagement pour moi »* (P14) ;

« Parce que quand on vient, on veut surtout c'est qu'il nous soulage ! Voilà. Voilà moi si je viens aujourd'hui, c'était... l'ordinateur je m'en foutais ! (rires) C'est vrai que sur le coup... Mais voilà c'était... moi je voulais quelque chose, qu'on parle de... de... de ce qu'il allait pouvoir me donner encore pendant dix jours avant sûrement l'opération quoi. » (P13). « L'ordinateur, c'est vraiment le dernier de mes soucis ! » confiait P15.

A l'inverse, **deux patients interviewés percevaient une possible influence négative de l'ordinateur sur la relation médecin-patient** : Pour P3, l'ordinateur s'immisçait entre le médecin et le patient : « et il y a cet outil informatique qu'est là au milieu (...) qui peut aussi, je pense, dans certains cas euh... peut-être avoir des difficultés à bien enclencher la relation et la communication. » (P3) ; « je trouve que ça casse un petit peu le... le côté humain et c'est... c'est entre, en fait. » P3. Elle pensait néanmoins que cela dépendait du comportement du médecin vis-à-vis de l'ordinateur et de l'usage qu'il en faisait : « voilà, il y a des médecins je pense qui le prennent à distance, qui s'en servent pas, d'autres qui s'en servent euh juste ce qu'il faut, comme là je le vois avec le médecin... et d'autres, bah comme les médecins que j'ai eus, qui sont focalisés dessus peut-être parce qu'ils y arrivent pas, ou parce qu'ils ne savent pas, ou qui se disent « super, il y a une ressource documentaire énorme avec Internet, donc on peut aller dessus » et du coup, ça entrave complètement la relation avec le patient. ». Pour P4, il fallait « un peu plus humaniser tout ça des fois, voilà... pas oublier qu'on a... ce sont des hommes et des femmes qu'on a en face de nous ». Pour ce faire, il lui semblait important que le médecin commence la consultation sans regarder de suite l'ordinateur : « Bah... que ce soit pas la première chose qui soit faite lors d'un... d'un... d'une consultation. Ne pas consulter immédiatement la base. C'est d'avoir un temps d'échange déjà peut-être avec le patient... une minute même si le temps est précieux, compté... et ensuite se... comment dire... se réapproprier les informations du patient. Peut-être. Parce que, des fois, ça fait un peu travail à la chaîne... 'fin voilà... ça fait oui... travail à la chaîne (bref rire)... Client suivant ! Patient suivant ! Voilà, donc je pense que ça mettrait un petit peu plus d'humanité dans... dans l'échange, dans la relation peut-être... ».

7) Schéma récapitulatif : élaboration d'une théorie autour de la question de recherche

L'ORDINATEUR :



PRESENT DANS

L'ESPACE DE LA CONSULTATION

La place sur le bureau est souhaitée de biais, décalée

Très peu souhaitent voir l'écran

L'ordinateur s'efface aux yeux des patients, devenant comme transparent

LE TEMPS DE LA CONSULTATION

Un temps considéré comme rapide et nécessaire

DONT LES PATIENTS PERÇOIENT PARFOIS SON INFLUENCE SUR LA COMMUNICATION

NON VERBALE

REGARD POSTURE EXPRESSIONS ECOUTE/ATTENTION

VERBALE

sur le FOND et la FORME

MAIS RAREMENT SUR LA RELATION MEDECIN-PATIENT : CONFIANCE

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'explorer comment les patients percevaient la présence de l'ordinateur au sein de la consultation et son influence sur la communication et la relation avec leur médecin. L'objectif secondaire était d'identifier les éventuelles attentes des patients par rapport à l'usage de l'ordinateur au cours de la consultation pour proposer des pistes d'amélioration des pratiques.

1) A propos de la méthode

La recherche qualitative était adaptée pour explorer ces données subjectives autour de la présence de l'ordinateur dans un cabinet de médecine générale et de son influence sur la communication et la relation médecin-patient. Elle permettait une approche exploratoire* sur ce sujet qui avait fait l'objet de plusieurs études quantitatives par questionnaires de patients, mais d'aucune approche qualitative, à notre connaissance, en France. Ce mode de recherche permet d'explorer et de comprendre des phénomènes, sans chercher à quantifier ou à mesurer. Souvent opposée à la recherche quantitative, elle en est complémentaire et permet de creuser des dimensions difficiles à aborder dans le cadre d'un questionnaire fermé et/ou d'approfondir une thématique. Ainsi l'étude qualitative permet l'interprétation des données déjà produites en enrichissant la compréhension des irrégularités, contradictions, ou phénomènes inexplicables mis en évidence par les recherches quantitatives. Pascale Muti Fouassier avait notamment constaté avec étonnement la discordance entre les réponses oui/non des patients à son questionnaire fermé et leurs commentaires (12).

Les **entretiens semi-dirigés individuels** ont été choisis pour permettre aux enquêtés de livrer leur ressenti plus facilement qu'en groupe. Lors du recrutement en salle d'attente, il ne leur était pas précisé que l'entretien porterait sur l'ordinateur au cabinet de médecine générale afin de ne pas focaliser leur attention sur l'outil informatique pendant la consultation. Etait simplement précisé que cela porterait sur leur ressenti

concernant une phase de la consultation. Il était dit la même chose au médecin généraliste afin de ne pas influencer son usage de l'ordinateur pendant la consultation. Le fait d'ignorer le sujet exact de la thèse a déstabilisé une jeune médecin femme, qui a alors refusé de participer à l'étude. Réaliser cet entretien au sortir du rendez-vous médical permettait de s'appuyer sur l'expérience récente vécue par le patient afin de l'aider à verbaliser ce qu'il avait perçu ou ressenti bien souvent de manière inconsciente. A l'exception des entretiens P14 et P15 réalisés dans la salle de pause d'une maison de santé pluridisciplinaire, les entretiens ont été réalisés dans un cabinet médical informatisé afin de remettre le patient dans le contexte d'une consultation. L'intervieweur avait pris soin en revanche de choisir les deux chaises patients, de même calibre, et de les positionner face à face lors de l'entretien sans qu'elles ne soient séparées par le bureau médical. La position du chercheur, étant aussi celle d'un médecin, pouvait influencer le discours des patients en le freinant. C'est pourquoi l'intervieweur se présentait en tant qu'« étudiant en médecine générale » et non « médecin généraliste » afin d'éviter que le patient n'autocensure ses propos. Les patients étaient rassurés sur la confidentialité de leurs propos. Néanmoins, certains patients, notamment âgés, très confiants envers leur médecin, avaient des difficultés à prendre du recul sur « la façon de faire » du médecin et à oser émettre une remarque négative.

La trame d'entretien comportait plusieurs questions ouvertes, avec plusieurs relances, et était probablement un peu longue et redondante. Toutefois, le sujet n'était pas aisé et l'ensemble de ces questions et relances a aidé les patients à prendre conscience progressivement de perceptions qu'ils avaient sur l'ordinateur et son influence dans la communication et la relation avec leur médecin. Quelques modifications du canevas d'entretien ont été opérées en cours d'étude, constituant une preuve de réflexivité pour améliorer la richesse des entretiens. Le schéma réalisé au cours de l'entretien n'a pas été analysé. Il servait de support pour explorer ce que pensaient les patients de l'espace pris par l'ordinateur en consultation, ainsi que de l'accès à l'écran. Certains patients ont été déstabilisés à l'idée de dessiner, et deux patientes ont refusé de faire le schéma.

La durée moyenne des entretiens était correcte. Les entretiens auraient pu être plus longs si les patients avaient été prévenus au préalable, et non le jour même en salle

d'attente. Le fait que l'entretien ait été réalisé au sortir d'une consultation médicale, qui elle-même avait déjà duré une vingtaine de minutes, avait induit une certaine fatigabilité chez plusieurs patients.

Le travail a été réalisé par une seule personne, peu expérimentée. Ses hypothèses préalables ont pu transparaître dans la formulation des questions (**biais de suggestion**) et influencer l'analyse des résultats. De même, la thématisation comprend une part de subjectivité de la part de l'enquêteur, pouvant entraîner un **biais d'interprétation**. La validité* des résultats est critiquable. La relecture de l'entretien retranscrit n'a pas été soumise aux patients. Le directeur de thèse a validé l'arbre thématique au fur et à mesure du travail de codage, seule source de triangulation des données dans l'étude. La saturation des données, atteinte au treizième entretien et confirmée au quatorzième et quinzième rassurait sur la validité interne des résultats. La population était restreinte mais l'échantillon raisonné a été le plus varié possible en recrutant les patients au sein des trois départements constituant l'ancienne région Basse-Normandie, au sein de plusieurs patientèles de médecins sélectionnés pour leur diversité de pratique. Une fois en salle d'attente, l'enquêteur s'attachait à interviewer des patients d'âge et de sexe différents.

2) A propos des résultats

L'ordinateur a sa place au cabinet du médecin, et sa présence y est même indispensable, selon les patients.

Dans cette étude, la présence de l'ordinateur au sein de la consultation de médecine générale était totalement acceptée par les patients, confirmant ainsi les données de la littérature. 96% des personnes interrogées étaient très favorables à favorables à l'informatique au cabinet, lors de la thèse de C. Brumm (15).

Non seulement la présence de l'ordinateur était totalement acceptée par les patients, mais elle y était même souhaitée et attendue. Les patients l'avaient totalement intégré au cabinet. Sa présence y était normale. C'est son absence qui était perçue comme

anormale. Une des explications possibles est qu'à la différence d'il y a vingt ans, cet objet leur était devenu totalement familier. Il ne leur était plus étranger. Ils le voyaient tout autour d'eux, dans leur vie professionnelle, dans leur vie privée, chez le garagiste etc. L'ordinateur s'intégrait et se fondait dans leur environnement quotidien d'aujourd'hui, et par conséquent chez leur médecin également. Non seulement ils le voyaient partout, mais beaucoup de patients l'utilisaient eux-mêmes, que ce soit à visée professionnelle ou privée. Ils expliquaient qu'en se familiarisant avec l'ordinateur, ils en ont perçu les aspects positifs, renforçant ainsi leur acceptation envers l'outil informatique au cabinet. Ces constatations avaient été notées en Grande Bretagne, où l'informatisation des médecins généralistes a évolué plus rapidement qu'en France. Les enquêtes ont été plus nombreuses et certaines ont été réalisées dès le début des années 80. L'expérience personnelle des patients face à l'ordinateur influençait favorablement leur opinion (21). Les patients acceptaient et étaient favorables à l'informatisation des cabinets de médecins généralistes ; l'informatique était présente au quotidien dans leur entourage, professionnel ou autre, et ils trouvaient normal de voir leur médecin informatisé (19).

La présence de l'ordinateur semble indispensable aujourd'hui au cabinet du médecin. Même les plus anciens, qui confiaient ne pas en avoir à la maison, y étaient paradoxalement tout autant favorables et jugeaient sa présence nécessaire et incontournable. Cette notion n'avait jamais été rapportée dans la littérature jusqu'alors.

Un outil de travail efficace, utile au médecin et au patient... Un tiers ?

Les patients de cette étude percevaient l'ordinateur avant tout comme un outil de travail efficace, permettant au médecin un gain de temps en consultation. Perçu comme un progrès, une avancée moderne, il était jugé très utile par les patients, qui énuméraient spontanément toutes les améliorations qu'il avait permis en consultation. Si l'on compare aux enquêtes réalisées aux débuts de l'informatisation, les patients estimaient déjà que l'ordinateur était utile dans la consultation médicale (18) mais beaucoup ignoraient en quoi et à quoi il pouvait servir (8). A l'inverse, aujourd'hui, les patients apparaissent mieux informés des apports de l'informatique, bien que quelques-uns confiaient ne pas savoir si l'ordinateur enregistrerait les questions posées oralement, ou

s'il existait des icônes signifiant au médecin l'état de santé bon ou mauvais de son patient le jour de la consultation.

Pour les patients, cette informatisation leur était profitable. Ils se sentaient notamment mieux suivis, comme dans l'étude de M. Remoiville (20) : 73% estimaient que leur suivi était amélioré avec l'informatisation. Dans notre étude qualitative, les patients avaient conscience d'une meilleure tenue, d'une plus grande exhaustivité et d'une meilleure organisation de leur dossier informatique en opposition à un dossier papier. Selon eux, l'ordinateur les déchargeait en grande partie de la transmission d'informations médicales. Ils appréciaient que les résultats paracliniques, les mails de spécialistes, etc., arrivent directement sur l'ordinateur, et que leurs anciennes ordonnances y soient stockées. Le patient semblait faire confiance à l'ordinateur pour transmettre à sa place, et lui déléguait volontairement cette tâche. Cela entraînerait-il une modification des comportements des patients dans la préparation et le vécu de leur rendez-vous, s'attendant à ce que le médecin ait déjà « tout » ?

Certains patients voyaient en l'ordinateur bien plus qu'un simple instrument de travail : ils l'humanisaient, le décrivant comme l'aidant sympathique du médecin. La notion de tiers était évoquée par une patiente. Cela rejoint les travaux de Pearce (4-6) et les précédents travaux de la littérature (7,22) soulignant que l'ordinateur ne peut être ignoré et doit être considéré comme un tiers dans la relation médecin-patient.

L'influence de l'ordinateur sur le duo médecin-patient :

Dans cette étude, la communication non verbale semblait un facteur important que les patients percevaient spontanément. Cela rejoint les conclusions d'une étude qualitative polonaise (23) qui notait que la majorité des patients interviewés avaient spontanément été attentifs aux comportements non verbaux de leur médecin, dont les plus fréquents étaient respectivement le ton de voix, le contact visuel, les expressions du visage, le toucher, la distance interpersonnelle (la place du bureau, écartant le patient du médecin), les gestes et les postures du médecin. Les patients de notre étude étaient très sensibles à l'importance du contact visuel et y associaient la sensation d'être entendu ou compris.

Certains citaient spontanément en quoi l'usage de l'ordinateur influait sur le comportement non verbal de leur médecin : il les regardait moins, était tourné vers l'ordinateur, se fermait un peu plus dans son expression du visage, avait une gestuelle indiquant une certaine concentration sur l'ordinateur... Lors de l'usage de l'ordinateur, beaucoup percevaient une perte d'attention de la part de leur médecin, avec un retour à l'écoute une fois la saisie terminée. Quant à la communication verbale, certains patients préféraient s'arrêter de parler lors de cette phase d'usage de l'ordinateur. Néanmoins, aucun ne s'en est dit gêné. Ils évoquaient une volonté de respecter le temps de concentration du médecin, et certains profitaient de ce moment de silence pour refaire le point eux aussi et vérifier qu'ils n'avaient rien oublié de signaler au médecin. Un patient avait noté que le sujet de conversation de son médecin devenait plus léger au moment de l'usage de l'ordinateur.

Les patients percevaient donc ce qui avait déjà été constaté lors des analyses de consultations filmées : l'usage de l'ordinateur influence la communication non verbale et verbale entre médecin et patient, avec perte de contact visuel, posture moins ouverte vers le patient, changement dans la forme ou le rythme de la conversation (8-11). R. Salmon avait montré que la présence de l'ordinateur ne diminuait pas l'échange de paroles entre le médecin et son patient, mais morcelait la conversation (13). Selon Booth et al, l'utilisation de l'outil informatique actuel requiert un niveau de concentration élevé de la part du médecin, rendant incompatible 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 (24).

L'habileté communicationnelle est une compétence du médecin déterminante dans la satisfaction du patient (25). Pourtant, la quasi-totalité des patients de l'étude ne percevait aucune influence de l'ordinateur sur la relation qu'ils avaient avec leur médecin. Un grand nombre insistait sur la confiance qu'ils avaient en leur médecin, et replaçait immédiatement l'ordinateur dans sa fonction de simple outil, de simple aide administrative. Autant sa présence semblait indispensable, autant sa disparition n'aurait changé en rien la relation. Ces résultats concordent avec les études quantitatives : les patients ne percevaient pas d'impact de l'ordinateur sur la relation qu'ils avaient avec leur médecin (12-18).

Comment expliquer que les patients ne ressentent aucun impact de l'ordinateur dans la relation médecin-patient, bien qu'ils en percevaient son influence sur la communication non verbale et/ou verbale avec leur médecin ? Plusieurs propositions d'explications peuvent être avancées. En premier lieu, ils jugeaient le temps passé à l'usage de l'ordinateur minime, n'occupant ainsi qu'une part de la consultation. De plus, selon eux, l'ordinateur permettait un gain de temps en consultation et laissait un temps d'écoute supplémentaire pour le patient. Par ailleurs, sa présence était tellement familière qu'elle s'en effaçait presque paradoxalement à leurs yeux. Enfin, l'ordinateur étant vecteur à leurs yeux de nombreux points positifs, cela les rendait-ils plus enclins à tolérer son interférence possible et ponctuelle dans la communication avec leur médecin ?

Les attentes des patients :

Certains patients ont souligné l'importance de l'attitude du médecin envers cet outil informatique, afin de l'intégrer au mieux à la consultation. Les médecins possédant de bonnes capacités relationnelles intègrent plus facilement l'ordinateur dans la consultation et l'utilisation de ce dernier amplifie les bonnes ou mauvaises compétences relationnelles du médecin (9). L'utilisation de l'outil informatique complexifie l'art de la communication entre médecin et patient, et requiert de nouvelles stratégies communicationnelles (7,22,24,26). Un récent article suisse (7) présentait une synthèse des recommandations afin de garder une bonne communication avec le patient tout en utilisant l'ordinateur en consultation (Annexe 3). La plupart de ces recommandations font écho aux propos des patients de cette étude :

- Un interviewé conseillait de ne pas consulter immédiatement l'ordinateur et de garder un temps d'échange bref initial médecin-patient sans informatique. Ce sont les deux premières stratégies communicationnelles citées en Annexe 3 : « Ouvrir le dossier informatisé avant l'arrivée du patient » et « Ecouter les plaintes du patient (...) avant de commencer à taper ». Ces recommandations sont en accord avec les précédents travaux de la littérature (27,28).

- Les patients expliquaient l'importance du lien visuel avec leur médecin, et y relaient la sensation d'être écouté. Ainsi les conseils de maintien du lien visuel semblent primordiaux.

- Le conseil d'« utiliser les moments de transition de la consultation pour saisir des informations à l'ordinateur » paraît pertinent, car les patients de notre étude signalaient à peine s'apercevoir de l'usage informatique quand ils étaient occupés à se rhabiller, ou à s'occuper du règlement.

- En revanche, la recommandation « utiliser un large écran plat pivotable, à positionner perpendiculairement entre médecin et patient ou à tourner aux moments opportuns » semble remise en cause par cette étude sur les deux points suivants : la taille de l'écran et sa visibilité permanente. Si l'on reprend les propositions de l'équipe américaine Ventres et al dont s'inspire l'article suisse, il est dit qu'un ordinateur fixe et large situé dans le coin du bureau rend l'usage de l'informatique presque incompatible avec un échange centré sur le patient (26). Est recommandé par cette équipe d'investir dans des écrans plats avec bras mobile, sans spécifier que l'écran doit être large. Dans notre étude, les patients souhaitaient avant tout que l'écran ne fasse pas barrière au contact visuel médecin-patient : il ne devait pas être placé au centre du bureau, ni être trop large. En effet, certains ont remarqué qu'il existait parmi les deux chaises patients une « chaise cachée » derrière l'écran, du fait de sa taille, ce qui leur semblait peu propice à une bonne interaction avec leur médecin. Une patiente signalait de plus qu'un écran trop large n'était pas adapté, lui donnant trop de place et d'importance dans l'espace où interagissent le médecin et le patient. Quant à l'accès à l'écran, la grande majorité n'exprimait aucune gêne à ne pas le voir. Cela différait avec les résultats des précédentes études (8,15,19), à l'exception de la récente de Q. Lagrula (29). La lisibilité des informations portées à l'écran y importait à seulement 17.5 % des patients interviewés. Le sentiment de confiance inspiré par la relation médecin-patient était une notion très présente chez les patients. Ils se sentaient la plupart du temps suffisamment informés de ce qu'il se passait en consultation. Ils se sentaient libres d'interroger leur médecin et étaient satisfaits des explications sur leur état de santé. D'après la littérature, 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 » (6). Au médecin de détecter si le patient souhaite ou non voir l'écran. Un écran visible en permanence ne semble pas pertinent.

A l'inverse des études précédentes (17,19,20) où les patients exprimaient des craintes quant à la protection de leurs données personnelles informatisées, aucun patient n'a exprimé spontanément cette inquiétude, et quelques-uns ont même associé l'ordinateur à une garantie de confidentialité supérieure à un dossier papier stocké dans une armoire fermée à clef. Ils faisaient confiance à leur médecin pour sécuriser leur dossier par la mise en place de procédures de sauvegardes, de mots de passe confidentiels.

La plupart souhaitaient voir leur médecin continuer à optimiser les fonctions de l'ordinateur. Certains imaginaient des alertes supplémentaires, des alarmes pour ne pas oublier de recontacter un patient suite à un examen paraclinique, etc.

CONCLUSION

Cette étude qualitative a exploré les perceptions des patients concernant la présence de l'ordinateur au sein de la consultation de médecine générale et son influence sur la communication et la relation avec leur médecin.

Les patients percevaient l'ordinateur comme un outil de travail moderne, efficace, aidant leur médecin sur plusieurs aspects pendant la consultation. Ils avaient totalement accepté et intégré sa présence au cabinet et l'estimaient indispensable. Ils pensaient que cette informatisation leur était profitable et se sentaient mieux suivis. Le temps dédié à l'ordinateur leur semblait rapide. A la différence des précédentes études de la littérature, très peu souhaitaient voir l'écran.

Certains humanisaient l'ordinateur par leur propos, rejoignant les précédents travaux de la littérature soulignant que l'ordinateur ne peut être ignoré et doit être considéré comme un tiers dans la relation médecin-patient. La grande majorité percevait que l'usage de l'ordinateur influait sur la communication non verbale et verbale du duo MG-patient, avec posture moins ouverte vers le patient, perte de contact visuel, d'attention, changement dans la forme ou le rythme de la conversation. Pour autant, la quasi-totalité ne percevait aucune influence de l'ordinateur sur la relation médecin-patient. Ils insistaient sur la confiance qu'ils accordaient à leur médecin, et qu'ils estimaient indépendante à l'outil informatique.

Néanmoins, certains ont souligné l'importance de l'attitude du médecin envers cet outil informatique. Ce travail a permis de s'interroger sur les attentes des patients concernant l'usage de l'outil informatique par le médecin en consultation. D'autres travaux de recherche seront nécessaires pour évaluer plus précisément les préférences des patients quant aux différentes façons d'utiliser l'ordinateur dans la consultation et étoffer les recommandations proposées par plusieurs chercheurs.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) *Ordonnance n°96-345 du 24/04/1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins - Article 8.* [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=5942B604E501F3D288C957AE5DC43C2D.tpdila16v_2?idArticle=LEGIARTI000006759846&cidTexte=JORFTEXT000000192992&categorieLien=id&dateTexte=19991231. Consulté le 9 septembre 2016.
- 2) *Le dossier médical personnel et les médecins, 12 décembre 2007.* Sondage Ipsos Santé. [En ligne] <http://www.ipsos.fr/comprendre-et-maitriser-son-marche/2007-12-12-dossier-medical-personnel-dmp-et-medecins>. Consulté le 9 septembre 2016.
- 3) *Les médecins français constatent que l'échange d'informations de santé offre des bénéfices importants.* Sondage Accenture 2013. [En ligne] <https://www.accenture.com/fr-fr/insight-french-doctors-find-eis-provides-significant-benefits>. Consulté le 9 septembre 2016.
- 4) Pearce C, Trumble S, Arnold M, Dwan K, Phillips C. Computers in the new consultation: within the first minute. *Family Practice* 2008;25:202-8.
- 5) Pearce C, Dwan K, Arnold M, Phillips C, Trumble S. Doctor, patient and computer-A framework for the new consultation. *International Journal of Medical Informatics* 2009;78:32-8.
- 6) Pearce C, Arnold M, Phillips C, Trumble S, Dwan K. The patient and the computer in the primary care consultation. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2011;18:138-42.
- 7) Lanier C, Sommer J, Junod Perron N. L'ordinateur en consultation : peut-on rester centré sur le patient ? *Revue Médicale Suisse* 2015;11:1054-9.
- 8) 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.
- 9) Frankel R, Altschuler A, George S, Kinsman J, Jimison H, Robertson N, Hsu J. Effects of Exam-Room Computing on Clinician-Patient Communication. A longitudinal qualitative study. *Journal of General Internal Medicine* 2005;20:677-82.
- 10) Noordman J, Verhaak P, Van Beljouw I, Van Dulmen S. Consulting room computers and their effect on general practitioner-patient communication. *Family Practice* 2010;27:644-51.
- 11) Montague E, Asan O. Dynamic modeling of patient and physician eye gaze to understand the effects of electronic health records on doctor-patient communication and attention. *International Journal of Medical Informatics* 2014;83:225-34.

- 12) Muti Fouassier P. L'informatique dans la relation médecin malade au cabinet du médecin généraliste. Thèse de médecine : Université Paris 12, Créteil, 1992.
- 13) Salmon R. La place et l'utilisation de l'ordinateur en consultation de médecine générale. Thèse de médecine : Université de Caen, 1996.
- 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. Thèse de médecine : Université de Reims, 1997.
- 15) Brumm C. La place de l'ordinateur dans la consultation de médecine générale et son influence sur la relation médecin-malade. Thèse de médecine : Université de Strasbourg, 2001.
- 16) Bergère Nicaise C. La relation médecin-malade. Evolution depuis l'informatisation des cabinets médicaux à partir d'une enquête auprès des patients. Thèse de médecine : Université de Reims, 2002.
- 17) Rethans JJ, Höppener P, Wolfs G, Diederiks J. Do personal computers make doctors less personal ? *British Medical Journal* 1988;296:1446-8.
- 18) Chan W, McGlade K. Patients' attitudes to GPs' use of computers. *British Journal of General Practice* 2003;53:490-1.
- 19) Ridsdale L, Hudd S. Computers in the consultation: the patient's view. *British Journal of General Practice* 1994;44:367-9.
- 20) Remoiville M. Informatisation des médecins généralistes : qu'en pensent les patients ? Enquête auprès de 150 patients au sein de trois cabinets médicaux informatisés. Thèse de Médecine : Université de Nancy, 2011.
- 21) Cruickshank PJ. Computers in medicine: patients' attitudes. *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 1984;34:77-80.
- 22) Duke P, Frankel RM, Reis S. How to integrate the electronic health record and patient-centered communication into the medical visit: A skills-based approach. *Teaching and Learning in Medicine* 2013;25:358-65.
- 23) Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Goldlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 2010;60:83-7
- 24) Booth N, Robinson P, Kohannejad J. Identification of high-quality consultation practice in primary care: the effects of computer use on doctor patient rapport. *Informatics in Primary Care* 2004;12:75-83.
- 25) Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal* 1991;303:1385-7.

- 26) Ventres W, Kooienga S, Marlin R. EHRs in the exam room: Tips on patient-centered care. *Family Practice management* 2006;13:45-7.
- 27) Dedianne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode focus group. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2013;17:653-6.
- 28) Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. *Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale-les processus de communication*. 2004. [En ligne] <http://www.rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>. Consulté le 12 septembre 2016.
- 29) Lagraula Q. De l'utilisation de l'ordinateur en consultation de médecine générale. Enquête auprès de 234 patients de Charente après sensibilisation de leur médecin. Thèse de Médecine : Université de Poitiers, 2014.
- 30) Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie d'« Acteur » à « Interdépendance ». *exercer* 2009;87:74-9
- 31) Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie de « Maladie » à « Verbatim ». *exercer* 2009;88:106-12.
- 32) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142-5.
- 33) Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *exercer* 2013;105:4-11.
- 34) Bares F, Caumont D. Les études qualitatives face aux normes de la recherche : le cas des entretiens. 2004. N°04-02. Cahiers du CEREFIGE, CEREFIGE (Centre Européen de Recherche en Economie Financière et Gestion des Entreprises), Université de Lorraine.

ANNEXE 1 : Glossaire (30,31)

Analyse thématique (syn : thématisation) : méthode d'analyse de contenu qui consiste à repérer les unités sémantiques fondamentales, et à les catégoriser.

Catégorie : Ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes, réunis artificiellement dans un but de classification.

Catégorisation : Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories.

Codage (syn : codification) : opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies) en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

Codage ouvert : codage inductif, effectué lorsque la grille d'analyse n'est pas définie au départ. C'est à partir du verbatim que la grille est élaborée.

Échantillonnage raisonné (syn. Échantillonnage orienté ou ciblé) : Procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité* externe des résultats.

Entretien individuel : méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

Entretien semi-dirigé : entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Etude qualitative : travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Phénoménologie : Cadre théorique visant à explorer comment les individus interprètent le monde et à révéler les explications profondes issues de leur expérience subjective.

Retranscription (syn : transcription) : première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé.

Saturation des données : terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune nouvelle donnée n'émerge plus au cours de l'analyse.

Théorisation ancrée : méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain.

Trame d'entretien (syn : grille, guide) : série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Travail (ou recherche) exploratoire : approche ne reposant pas exclusivement sur des hypothèses ou des idées préconçues, utilisée lorsque le terrain est peu connu ou, au contraire, déjà tellement étudié que des vues pratiquement stéréotypées se sont imposées. La recherche exploratoire peut être utilisée pour mieux définir un problème, suggérer des hypothèses à vérifier ultérieurement, générer des idées de nouveaux

services, recueillir des réactions sur un concept émergent, ou pré-tester un questionnaire. Cette approche est généralement flexible et non rigide ment structurée.

Triangulation : utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

Validation (des résultats) : en recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats : la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes.

Validité : capacité d'une mesure à décrire correctement le phénomène étudié.

Verbatim : compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien.

ANNEXE 2 : Trame d'entretien

- 1) **Vous sortez à l'instant d'un rendez-vous avec votre médecin. Racontez-moi la dernière consultation qui vient de se passer.**
- 2) **Décrivez-moi chronologiquement, étape par étape, le déroulé de la consultation qui vient de se passer.** (Question ajoutée après les deux premiers entretiens)
- 3) **Que pensez-vous de la présence d'un ordinateur pendant la consultation de médecine générale ?** (Version définitive après les deux premiers entretiens)
Version pré test : Qu'avez-vous pensé de la façon dont votre médecin a utilisé l'ordinateur pendant cette consultation ?
Version post test : Dites-moi à quels moments l'ordinateur a été utilisé au cours de la consultation.
- 4) **Que pensez-vous du temps que le médecin a passé aujourd'hui sur l'ordinateur ?**
- 5) **Dessinez-moi le bureau, la place de l'ordinateur sur le bureau, votre place et celle du médecin.**
Relances : *Que pensez-vous de cette disposition ? Place de l'ordinateur sur le bureau ? Accès à l'écran ?*
- 6) **Lorsque votre médecin a écrit à l'ordinateur, pendant la dernière consultation, qu'avez-vous fait ou pensé ?**
Relances : *Silence ? Ecoute du MG au moment où il tape à l'ordinateur ?*
- 7) **Imaginons qu'il n'y ait plus d'ordinateur dans le cabinet, qu'est-ce qui changerait selon vous pendant la consultation ?**
Relance : *Et dans la relation que vous avez avec votre médecin ?*
- 8) **Avez-vous vécu des consultations de médecine générale sans informatique? Qu'est-ce qui était différent pour vous pendant la consultation ?**
- 9) **Si vous deviez consulter aujourd'hui un médecin sans ordinateur, que penseriez-vous ?** (Question ajoutée spontanément lors de l'entretien de P5 et conservée pour les entretiens suivants)
Relance : *Si c'était un jeune médecin, que penseriez-vous ?*

10) De manière plus générale, que pensez-vous de l'impact de la présence de l'ordinateur dans la relation que vous avez avec votre médecin ?

11) D'après vous, que pense votre médecin de la présence de cet ordinateur au sein de la consultation ?

12) Si vous deviez changer quelque chose à la façon dont votre médecin utilise l'ordinateur, que changeriez-vous éventuellement ?

Voyez-vous d'autres choses à ajouter sur ce thème de l'ordinateur ?

ANNEXE 3 : Synthèse des stratégies utiles pour garder une bonne communication avec le patient tout en utilisant l'ordinateur en consultation. (7)

- Ouvrir le dossier informatisé avant l'arrivée du patient
- Ecouter les plaintes du patient et faire l'agenda de la consultation avant de commencer à taper
- Informer le patient avant de commencer à taper à l'ordinateur ou regarder l'écran
- Profiter de résumer les propos du patient lors de la frappe de manière à garder un lien verbal avec le patient
- Communication non verbale
 - maintenir régulièrement un lien visuel avec le patient
 - Eviter de laisser les mains sur le clavier en écoutant le patient
 - Veiller à se tourner vers le patient plutôt que vers l'ordinateur lors des moments d'écoute
 - Cesser de taper ou de regarder l'écran lorsque le patient aborde des éléments sensibles de son histoire (émotions, éléments psychosociaux)
- Ne pas laisser le dossier médical dicter le cours et le contenu de la consultation
- Utiliser les moments de transition de la consultation pour saisir des informations à l'ordinateur
- Utiliser un large écran plat pivotable et
 - soit le positionner perpendiculaire entre le médecin et le patient
 - Soit le tourner vers le patient aux moments opportuns (montrer des résultats d'investigations, des schémas, etc.)

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

SURMONT Noëlla

58 pages – 4 tableaux – 1 figure

RESUME :

Contexte : Vingt ans après l'ordonnance Juppé de 1996, près de neuf médecins généralistes français sur dix sont informatisés.

Objectif : Explorer comment les patients perçoivent aujourd'hui la présence de l'ordinateur au sein de la consultation de médecine générale et son influence sur la communication et la relation avec leur médecin.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de patients, au sortir d'une consultation de médecine générale, en Normandie. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, et analyse thématique du contenu.

Résultats : Les patients percevaient l'ordinateur comme un outil de travail efficace, aidant leur médecin. Ils acceptaient totalement sa présence au cabinet, l'estimant normale et indispensable. Ils pensaient que cette informatisation leur était profitable et se sentaient mieux suivis. Le temps dédié à l'ordinateur leur semblait rapide. Très peu souhaitaient voir l'écran. Certains humanisaient l'ordinateur, le percevant comme un tiers. La majorité percevait son influence sur la communication non verbale (regard, posture, expressions faciales, attention du médecin) et verbale. Cependant, la quasi-totalité considérait qu'il n'avait pas d'impact sur la relation médecin-patient, insistant sur la confiance portée à leur médecin. Certains soulignaient toutefois l'importance de l'attitude du médecin envers cet outil.

Conclusion : Pour les patients, l'ordinateur semblait indispensable en consultation de médecine générale. S'ils percevaient son influence sur la communication avec leur médecin, la relation médecin-patient n'en était pas affectée à leurs yeux.

Mots clés : ordinateur, médecine générale, communication, relation médecin-patient.

Jury :

Président du jury	: Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
<u>Directeur de thèse</u>	: <u>Docteur Cécile RENOUX</u>
Membres du jury	: Professeur Vincent CAMUS
	: Professeur Philippe COLOMBAT