



## **Recommandations** **De Bonne Pratique**

### **LE DOSSIER MEDICAL**

La SSMG présente ici la suite de ses recommandations de bonne pratique. Celles-ci se veulent être avant tout un outil pour le médecin de famille en vue de l'amélioration de la qualité de sa pratique quotidienne et, par là, des soins apportés aux patients et à la collectivité.

Rigoureusement fondées sur des bases et évidences scientifiques, leur élaboration s'est étalée sur de nombreux mois. Si chaque recommandation est sous la responsabilité rédactrice d'un seul auteur, le texte final est l'œuvre collégiale d'une équipe de médecins généralistes.

En aucune façon ces recommandations ne doivent être considérées comme contraignantes. Chaque RBP doit faire l'objet d'une évaluation de sa faisabilité chez chaque patient pris individuellement et le praticien estimera, de bonne foi, si la RBP s'applique ou non.

Par ailleurs, les RBP peuvent constituer des repères ou des références d'importance, reconnus par la profession, et auxquels le médecin peut se rallier en toute sécurité.

Si la découverte de ces recommandations éveillait chez le lecteur mille et une questions, commentaires ou encore objections et, de là, le souhait de les partager avec des confrères au sein de cercles de pairs, nous aurions atteint une partie de notre objectif.

Pour le groupe de travail des Recommandations  
De Bonne Pratique de la SSMG,

DR BOB GÉRARD

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>1/ DEVELOPPEMENT DE LA RECOMMANDATION.....</b>	<b>5</b>
1.1. DATE D'ACTUALISATION DE LA RBP : 30/04/2001 .....	5
1.2. OBJECTIFS DE LA RBP : .....	5
1.3. MÉTHODOLOGIE : .....	5
1.4. FONCTIONS ET OBJECTIFS DU DOSSIER MÉDICAL : .....	6
1.4.1. <i>Fonction symbolique.</i> .....	6
1.4.2. <i>Facilitation du travail du médecin.</i> .....	6
1.4.3. <i>Fonction de soins.</i> .....	7
1.4.4. <i>Fonction de gestion d'activité.</i> .....	8
1.4.5. <i>Fonction médico-légale.</i> .....	8
1.4.6. <i>Fonctions analytiques.</i> .....	8
1.5. FORME ET CONTENU DU DOSSIER MÉDICAL : .....	9
1.5.1. <i>Dossier DMG.</i> .....	9
1.5.2. <i>Dossier de travail.</i> .....	9
1.6. PRÉSENTATION DE LA RBP : .....	9
1.6.1 <i>Le dossier médical physique</i> .....	10
1.6.2. <i>Les notices explicatives</i> .....	10
<b>2/ LE DOSSIER MEDICAL PHYSIQUE.....</b>	<b>10</b>
<b>3/ LES NOTICES EXPLICATIVES. ....</b>	<b>11</b>
3.1. IDENTIFICATION DU PATIENT : (DMG) .....	11
3.1.1. <i>Nom et prénom :</i> .....	11
3.1.2. <i>Sexe :</i> .....	11
3.1.3. <i>Date de naissance :</i> .....	11
3.1.4. <i>Numéro de dossier :</i> .....	11
3.1.5. <i>Comment contourner le piège des homonymes ?</i> .....	12
3.2. DONNÉES ADMINISTRATIVES. (DMG).....	12
3.2.1. <i>Adresse :</i> .....	12
3.2.2. <i>Date DMG :</i> .....	12
3.2.3. <i>Téléphone :</i> .....	12
3.2.4. <i>Numéro d'affiliation à la mutuelle :</i> .....	13
3.3. DONNÉES D'ALERTE. (DMG).....	13
3.3.1. <i>allergies</i> .....	13
3.3.2. <i>intolérances médicamenteuses</i> .....	14
3.3.3. <i>contre-indications médicamenteuses</i> .....	14
3.3.4. <i>autres :</i> .....	14
3.4. INFORMATION MÉDICALE DE BASE. ....	14
3.4.1. <i>Antécédents : (DMG)</i> .....	15
3.4.2. <i>Liste des problèmes actifs. (DMG)</i> .....	19
3.4.3. <i>Volet confidentiel.</i> .....	19
3.5. FEUILLE « LISTE DES MÉDICAMENTS AU LONG COURS ». (DMG).....	19
3.6. LISTE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ET AVIS SPÉCIALISÉS. (DMG).....	20
CETTE FEUILLE REPREND LES RAPPORTS DES DIFFÉRENTS EXAMENS SPÉCIALISÉS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉS, DES AVIS CONSULTANTS ET DES HOSPITALISATIONS. POUR CHAQUE CONTACT, IL Y A LIEU DE NOTER LA DATE, LE MÉDECIN RESPONSABLE, LA SPÉCIALITÉ, L'EXAMEN EFFECTUÉ ET UN BREF RÉSUMÉ DES	
CONCLUSIONS. ....	20
3.6.1. <i>examens spécialisés</i> .....	20
3.6.2. <i>avis consultants</i> .....	20
3.6.3. <i>examen(s) préventif(s)</i> .....	20
3.6.4. <i>échecancier</i> .....	20
LE CHOIX SE POSE ENTRE CT HDL CALCUL CT/HDL .....	24
3.7. VOLET CONFIDENTIEL. ....	28
3.7.1. <i>histoire personnelle et familiale</i> .....	28
3.7.2. <i>journalier (SOAP)</i> .....	28
3.7.3. <i>numérotation du problème</i> .....	29
3.7.4. <i>le traitement prescrit ou administré</i> .....	30

3.7.5. le traitement en cours.....	30
3.7.6. ITT (Incapacité de travail temporaire totale) .....	30
3.7.7. soins kiné et infirmiers .....	30
3.8. FICHES DE SUIVI THÉMATIQUES. ....	30
3.8.1. Fiche de suivi du diabète de type 2. ....	30
3.8.2. Fiche de suivi biométrie. ....	31
<b>4/ REFERENCES :</b> .....	<b>32</b>
<b>5/ ANNEXES.</b> .....	<b>35</b>
<b>6/ REDACTION. EDITION.</b> .....	<b>35</b>
<b>7/ COMMANDITAIRE.</b> .....	<b>35</b>

## INTRODUCTION.

Pourquoi une recommandation de bonne pratique (RBP) sur le dossier médical ?

D'abord parce que le mouvement des RBP lancé depuis plus de deux ans à la SSMG se poursuit et que parmi les sujets d'actualité le dossier médical est un thème récurrent. La pression politique a en partie guidé le choix de ce thème. Les médias relatent régulièrement les débats politiques au centre desquels on retrouve le dossier médical et les commentaires, opinions et définitions se succèdent avec diversification. Certes, l'on parle de plus en plus du dossier médical informatisé qui se prête bien à l'extraction de données. Mais nous ne pouvons ignorer qu'il y a encore, parmi les généralistes, des confrères qui manipulent des dossiers « papier » pour leurs patients. Le passage à l'informatique est progressif. Qu'il soit papier ou informatisé, le contenu du dossier médical, la façon quotidienne de recueillir les données, la structuration et l'hiérarchisation de celles-ci, la planification du suivi médical ne peuvent varier grandement de l'un à l'autre.

La démarche médicale généraliste matérialisée dans le dossier médical consiste à la fois dans le déroulement d'une consultation et dans la prise en charge au long cours de la santé, en tenant compte des diverses missions du praticien (Wolf 1998).

Bien sûr, on peut tenir de magnifiques dossiers et faire une mauvaise médecine (Andem 1996). A l'inverse, il devient actuellement difficile de gérer la santé d'un patient sans que toutes les informations concernant sa santé ne soient consignées avec ordre et rigueur.

Nous espérons que ce document sera par lui-même suffisamment convaincant, sans être contraignant, pour inciter le praticien à suivre les recommandations et, à travers une meilleure tenue des dossiers actuels, améliorer la qualité des actes médicaux (Andem 1996). L'expérience montre que le fait de devoir noter une anamnèse, des observations, des réflexions, des décisions incite à une plus grande objectivité, à une plus grande rationalité. A force de s'astreindre à cette discipline, on devient plus performant, plus pertinent.

La bonne tenue du dossier exige que le médecin y travaille aussi en dehors de la présence du patient afin d'intégrer les données provenant de différentes sources. La question de la qualité du dossier est directement liée à celle du temps consacré à sa tenue (Andem 1996). Les auteurs sont conscients que le cadre de la pratique de la médecine générale impose certaines réalités qui interfèrent dans les possibilités de tenir un dossier médical strictement à jour. Ce sont en particulier les contraintes de temps liées au nombre de patients à voir en consultation et en visite.

Parallèlement à son utilisation individuelle, deux autres modes d'utilisation du dossier sont probablement appelés à se développer : le partage des informations entre soignants intervenant auprès du même patient d'une part, l'exploitation collective des données contenues dans les dossiers médicaux à des fins d'analyse, d'évaluation et de recherche d'autre part. (Collège National 1996, Jamouille 1997)

La particularité du présent travail sur le dossier médical réside dans la volonté de distinguer la partie confidentielle, qui appartient au médecin, de la partie transmissible, qui se regroupe sous le vocable Dossier Médical Global (DMG) légalement défini.

Le dossier médical tel qu'il est conçu dans la présente recommandation se présente davantage comme un modèle idéal. Il contient un nombre maximal de rubriques. Chacune de ces rubriques plaira à certains, déplaira à d'autres mais toutes ont le mérite de se trouver dans le dossier médical. L'important est qu'un maximum de médecins trouvent dans ce dossier les rubriques qu'il souhaite y voir figurer.

## 1/ DEVELOPPEMENT DE LA RECOMMANDATION.

### 1.1. Date d'actualisation de la RBP : 30/04/2001

### 1.2. Objectifs de la RBP :

L'objectif de la présente recommandation de bonne pratique est l'élaboration d'un dossier médical « papier » type optimal, avec présentation d'un modèle physique. Il s'agit d'élaborer un dossier médical qui permette une gestion pertinente de l'ensemble des données que le médecin de famille peut recueillir à propos de ses patients.

Cette démarche vise à l'amélioration de la qualité de la pratique de médecine générale par une meilleure gestion des dossiers médicaux.

### 1.3. Méthodologie :

La littérature scientifique basée sur l'EBM (Evidence Based Medicine) et concernant le dossier médical est pour ainsi dire inexistante. La recherche documentaire n'a pas permis non plus d'identifier des études fiables permettant d'affirmer la supériorité globale d'un modèle de dossier (Falcoff 1997). C'est pourquoi la présente recommandation se base essentiellement sur l'expérience acquise par les différents groupements professionnels de médecine générale de par le monde. Nous avons consulté principalement les recommandations ou guidelines existants sur le thème du dossier médical en médecine générale. Le présent travail est une synthèse des données relevées avec cependant une adaptation qui tient compte à la fois de la sensibilité du médecin généraliste belge et à la fois de la législation belge actuelle en matière de dossier médical.

Quelles sont les preuves de l'impact de la qualité des dossiers sur la qualité des soins ? Les arguments de bon sens ne suffisent pas pour répondre à cette question.

Prouver que de meilleurs dossiers contribuent à de meilleurs soins est difficile. Certaines études ont mis en évidence une corrélation entre la qualité des dossiers et certains aspects de la qualité des soins, mais elles ne permettent pas d'établir un rapport de cause à effet. Ces études permettent tout au plus de considérer le dossier comme un indicateur de la qualité des soins. (Falcoff 1997)

L'absence d'évidences scientifiques explique que nulle part dans la présente recommandation le lecteur ne trouvera de niveau d'EBM indiqué en regard d'une assertion comme c'était le cas dans nos précédentes RBP, à l'exception des recommandations figurant dans l'échéancier et les facteurs de risque.

La majorité des données disponibles concernent davantage le contenu du dossier médical plutôt que sa forme ou sa présentation.

C'est volontairement que nous nous sommes restreints au développement d'un dossier médical papier type mais il est évident que ce qui vaut pour le dossier papier vaut également pour le dossier médical informatisé, avec bien sûr un avantage fonctionnel certain.

La faisabilité de la présente RBP a été évaluée par 27 médecins généralistes de terrain à qui un exemplaire du dossier médical type a été remis accompagné d'un questionnaire détaillé. Les médecins consultés avaient un mois pour « tester » le dossier médical proposé. Il a été tenu compte des remarques formulées et celles-ci ont été intégrées dans le texte ci-après. Elles figurent en *italique* dans le texte. La liste des médecins généralistes consultés est reprise en fin de publication.

Ce qui figure en **gras** dans le texte doit être considéré comme recommandation.

#### **1.4. Fonctions et objectifs du dossier médical :**

Le dossier médical est à la fois, un instrument de conservation des données personnelles relatives à la santé du patient, mais aussi un instrument de travail du praticien qui sert de base à son travail diagnostique et thérapeutique. (Vanlangendonck 2000)

Le dossier médical en médecine générale a une valeur symbolique à l'intérieur de groupe professionnel, il est par excellence l'instrument de la matérialisation de la position centrale du médecin de famille dans les soins de santé.

Le dossier médical (DM) assure différentes fonctions :

##### **1.4.1. Fonction symbolique.**

Le dossier médical représente le signe de la présence, de la prise en charge et de la permanence du lien qui existe entre le médecin et le patient. Il est intégrant au contrat de confiance entre les parties (Nowak 1997, Jamouille 1997). Il doit rester avant tout un élément de la relation médecin - malade et, à ce titre, garantir la confidentialité et le secret professionnel (Absym 1998).

Seul le médecin de famille est en mesure d'accompagner le patient depuis la décision de sa conception jusqu'au deuil de ses orphelins (SSMG 1998).

Il est logique de penser que le patient ne peut consulter au même moment qu'un seul médecin de famille, il se conçoit aisément au contraire que le patient soit examiné par différents médecins hospitaliers dans différents hôpitaux durant une même période. C'est donc chez le médecin de famille seul que doit être conservé physiquement l'intégralité des informations médicales (SSMG 1998).

##### **1.4.2. Facilitation du travail du médecin.**

Le dossier médical a pour objectif d'être un aide mémoire, un garant de la démarche médicale et un outil de communication (Collège National 1996).

###### *1.4.2.1. un aide mémoire*

Le nombre d'informations recueillies est tel qu'il est impossible de tout mémoriser. Le rôle du dossier est de pallier ces défaillances. Le dossier est l'endroit où « tout » ce qui concerne le patient peut à priori être retrouvé (Collège National 1996, Nowak 1997).

Un des premiers théoriciens du dossier, Laurence Weed, a dit que « la plupart des médecins peuvent retenir trois problèmes d'un patient ; les très bons médecins en retiennent cinq ; mais le patient moyen en a onze ». (Falcoff 1997)

###### *1.4.2.2. un garant de la démarche médicale*

Le dossier médical contient l'ensemble des décisions passées et présentes pour un patient. Il est le garant de la démarche médicale. Il facilite la programmation du suivi dans le cadre des soins, de la prévention et du dépistage. Il permet une synthèse qui ne repose pas uniquement sur la mémoire du médecin (Collège National 1996).

Plus concrètement, la nature des informations recueillies et leur disposition dans le dossier doivent permettre d'atteindre certains objectifs :

- retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier.
- se remémorer le contenu des rencontres précédentes
- disposer à tout moment d'une histoire médicale actualisée et synthétique, comportant les éléments utiles à la prise de décision

- structurer le recueil d'informations au moment des rencontres
- expliciter les arguments qui sous-tendent les décisions
- planifier et assurer un suivi médical personnalisé prenant en compte les pathologies, les problèmes de santé, les facteurs de risque, les facteurs psychologiques, environnementaux et sociaux
- minimiser le risque iatrogène en disposant, lors de la prescription, des informations indispensables (allergies, intolérances médicamenteuses, traitements en cours, facteurs de risque, pathologies chroniques, données biologiques éventuelles, ...)
- documenter les faits liés à la prise en charge des patients (Andem 1996).

#### *1.4.2.3. un outil de communication*

Le dossier est un outil de communication vis à vis des patients, des confrères spécialistes ou généralistes et de tout autre soignant ou intervenant paramédical (Collège National 1996, Andem 1996). Il doit permettre de pouvoir échanger facilement les informations souhaitées. Par exemple :

- transmettre le résultat d'une consultation antérieure d'un spécialiste
- envoyer un compte-rendu opératoire à un médecin expert
- communiquer la date du dernier rappel de vaccination antitétanique
- ...

### **1.4.3. Fonction de soins.**

Les fonctions de dispenses des soins au patient peuvent être optimisées par une bonne gestion du dossier médical. La distribution des soins curatifs est la première attente. Le recueil des données peut se baser sur l'approche par problème et les informations consignées dans un journalier (Nowak 1997, Jamouille 1997).

#### *1.4.3.1. fonction de continuité des soins*

Les plaintes et les maladies évoluent généralement d'une manière périodique qui impose un suivi longitudinal. Un enregistrement des épisodes successifs et dont la structure est adaptée, associé de plus à la restitution des données personnelles antérieures relatives aux problèmes de santé du moment, permet de garantir au maximum la continuité des soins (Nowak 1997, Jamouille 1997).

#### *1.4.3.2. fonctions d'intégration des soins*

Les aspects curatif et préventif sont associés dans la rencontre clinique. L'exercice curatif est le lieu privilégié de la prévention clinique individuelle chez le patient ou la famille à risque. Le curatif permet d'identifier les groupes à risque nécessitant une approche spécifique prévisionnelle (échancier) (Jamouille 1997).

Le fait de garder en mémoire les facteurs de risque et les données relatives à la prévention permet de prendre au moment adéquat les mesures nécessaires ou souhaitables pour préserver ou promouvoir la santé (Nowak 1997).

#### *1.4.3.3. fonction de synthèse*

Le dossier est le lieu de convergence et d'intégration d'informations provenant de tous les niveaux du système de santé, tant curatif que préventif dont il importe d'effectuer une synthèse réfléchie et opératoire (Jamouille 1997).

Cette fonction permet d'aborder la dispense des soins dans une optique globale, tenant compte de tous les aspects de la vie, et orientée vers les problèmes des patients (Nowak 1997).

#### *1.4.3.4. fonctions de coordination des soins*

Le médecin détenteur du DM du patient joue un rôle de référent et de coordinateur des divers intervenants (Collège National 1996).

Le DM constitue un excellent instrument pour communiquer aux personnes adéquates des données personnelles pertinentes en relation avec la santé du patient, notamment l'histoire du/des problème(s) actuel(s) afin d'améliorer la dispense des soins (Nowak 1997).

#### **1.4.4. Fonction de gestion d'activité.**

En dehors de la gestion des dossiers individuels, la tenue de dossiers médicaux bien structurés, bien adaptés et performants doit permettre d'améliorer la gestion du cabinet médical. Les tâches administratives, l'organisation du travail, la tenue d'un échéancier et la certification multiple sont autant d'obligations qui en seront plus aisées. Il va sans dire que le dossier médical informatisé facilite grandement cette fonction de gestion d'activité par rapport au dossier médical papier (Jamouille 1997, Nowak 1997).

#### **1.4.5. Fonction médico-légale.**

La tenue d'un dossier médical permet d'établir le droit tant pour le patient que pour le médecin (Jamouille 1997).

Les données personnelles relatives à la santé peuvent servir de preuve légale dans les affaires juridiques où la responsabilité du médecin est engagée. Les droits des patients sont également mieux assurés sur de telles bases par l'enregistrement adéquat des données en cas d'accident, d'invalidité, ... (Nowak 1997).

#### **1.4.6. Fonctions analytiques.**

Du fait des données qu'il contient, le dossier médical peut être utilisé comme base de données, comme outil d'évaluation des pratiques et même comme outil de recherche (Collège National 1996).

##### *1.4.6.1. bases de données et recherche*

La mise à disposition, via les DM, d'un grand nombre de bases de données ainsi que d'un grand nombre de données personnelles relatives à la santé, pertinentes et anonymisées (on non identifiables), doit permettre de contribuer à l'orientation de la politique de santé. Par ailleurs il sera possible de commencer un véritable enregistrement épidémiologique de la pratique en médecine générale et mettre de nombreuses données à la disposition de la recherche scientifique. Les résultats obtenus et les données individuelles anonymisées seront également utilisables pour l'enseignement et la formation continue (Nowak 1997).

##### *1.4.6.2. évaluation*

Avec les données récoltées, il est possible d'évaluer une (sa) pratique, d'évaluer la pratique d'un groupe, d'effectuer de véritables audits (Collège National 1996).

Grâce à la récolte sélective, sur base anonymisée, de certaines données des dossiers, une révision par les pairs ou un audit médical peuvent être effectués. La possibilité d'évaluer des résultats sur un plus grand échantillon existe également (Nowak 1997).

### **1.5. Forme et contenu du dossier médical :**

Il ressort de l'analyse des données disponibles qu'il est préférable de présenter l'ensemble des données diverses à consigner dans un dossier médical « idéal » selon sept rubriques successives :

1. identification du patient
2. données administratives
3. données d'alerte
4. information médicale de base
5. feuille des traitements au long cours
6. liste des examens complémentaires
7. le volet confidentiel

Parmi ces rubriques, et à l'intérieur de chacune de celles-ci, certaines données doivent pouvoir figurer dans le DMG (Dossier Médical Global) et par conséquent pouvoir être transmissibles, tandis que d'autres données figureront dans le dossier de travail du médecin généraliste et doivent de ce fait être considérées comme personnelles. C'est dans ce dossier de travail du médecin que seront également consignées les données confidentielles du patient.

Nous avons volontairement regroupé les données destinées à figurer dans le DMG de manière à ce que le médecin puisse facilement les reproduire (par ex. photocopies) et ainsi les transmettre aisément aux confrères spécialistes ou généralistes impliqués dans la prise en charge de la santé du patient.

#### **1.5.1. Dossier DMG.**

La partie du dossier médical concernée par le DMG est représentée par les rubriques 1 à 6 dans leur majeure partie. Il est judicieux que ces rubriques figurent sur des feuilles blanches (pour la facilité de la photocopie).

La définition légale du DMG (dossier médical global) est reprise plus loin dans la présente recommandation au point 3.2.2.

#### **1.5.2. Dossier de travail**

Cette partie concerne principalement l'histoire personnelle et familiale du patient ainsi que le journalier (rubrique 7) et les données y figurant doivent être considérées comme personnelles ou confidentielles. C'est pour cette raison et pour les distinguer de la partie DMG que les auteurs suggèrent que le journalier soit consigné sur des feuilles de couleur.

### **1.6. Présentation de la RBP :**

Deux parties distinctes doivent être envisagées dans la présentation de la recommandation :

### **1.6.1 Le dossier médical physique**

C'est en quelque sorte la maquette du dossier médical papier « idéal ». Cette partie reprend les 7 rubriques principales déjà citées antérieurement et que le médecin complétera au fur et à mesure de l'histoire médicale de son patient. Pour chaque rubrique figurent une série d'items qui trouvent leur explication plus loin dans la présente recommandation, au chapitre du dossier explicatif.

### **1.6.2. Les notices explicatives**

Cette partie considère une à une les 7 rubriques principales du dossier médical physique avec leurs items respectifs et détaille tout ce qu'il y a lieu de savoir à propos de chaque item : ce que l'item sous-entend, ce qu'il y a lieu de recueillir, la meilleure façon d'annotation, la structuration des données captées, etc.

Cette partie fait une part large à l'aspect préventif et développe notamment l'échéancier qui est un instrument d'une importance certaine pour le généraliste actuel.

## **2/ LE DOSSIER MEDICAL PHYSIQUE.**

Le modèle type, idéal du dossier médical papier tel qu'il est conçu, avec ses sept rubriques déjà citées, est repris en annexe de la présente recommandation. Il représente le dossier médical physique. Les différentes rubriques sont disposées de la manière qui semble la plus pratique à utiliser pour un médecin généraliste. La grande difficulté dans la conception d'un dossier médical papier réside dans l'attribution d'un cadre précis pour chaque donnée saisie tout en accordant à ce cadre une grande souplesse. Certains cadres chez certains patients prendront, au fil du temps, des dimensions insoupçonnées au départ. C'est la raison pour laquelle certaines rubriques figurent sur des feuilles volantes dont la longueur peut se concevoir à l'infini.

Une autre difficulté dans la mise en œuvre d'un dossier médical type est en relation directe avec la spécificité de la pratique de médecine générale, une médecine « globale » et de « premier recours » (Bechu-Mercier 1993).

Il peut bien sûr être reproduit tel quel mais il est clair que les sept rubriques peuvent à souhait être disposées autrement. L'important est qu'elles figurent dans le dossier médical.

Le dossier médical physique tel qu'il se présente dans la présente recommandation prend l'aspect d'un format A3 plié en deux et déterminant ainsi quatre pages A4. La page 1 reprend l'identification du patient, les données administratives et les données d'alerte. Les pages 2 et 3 sont consacrées à l'information médicale de base avec de nombreuses sous-rubriques, principalement les antécédents. Enfin à la page 4 figure la liste des problèmes actifs. Cette double page recto verso, en principe légèrement cartonnée, fait office de farde dans laquelle l'on insérera un certain nombre de feuilles volantes, notamment la liste des examens et avis spécialisés, la liste des médicaments au long cours, le journalier et le volet confidentiel. (SSMG 1998, Cumg-UCL 1995, Heyerick 1994, WVVH 1998, Maison Médicale Forest)

### **3/ LES NOTICES EXPLICATIVES.**

Il est important de bien distinguer les éléments du dossier qui font partie du DMG (Dossier Médical Global). Dans cette optique, il est utile de bien séparer ces données des autres afin de pouvoir reproduire facilement le DMG en cas de nécessité (hospitalisation, avis consultant, déménagement du patient, etc.).

Pour la facilité, et comme déjà énoncé plus haut pour une reproduction plus aisée, les données DMG pourraient figurer sur des feuilles blanches alors que les données confidentielles et personnelles pourraient être transcrites sur des feuilles de couleur.

*Remplir un dossier médical prend du temps et il est évident que la plupart des rubriques ne seront pas complétées après la première consultation. Ce n'est d'ailleurs pas le but, mais les rubriques se complèteront au fil des contacts qui se succèdent et au fil des interventions dans le dossier. La mise à jour n'est par essence jamais terminée.*

#### **3.1. Identification du patient : (DMG)**

La plupart des logiciels médicaux basent l'identification du patient sur quatre paramètres minimaux. Les auteurs estiment qu'il devrait en être de même pour le dossier médical « papier ». Ces quatre paramètres minimaux sont les suivants : le nom, le prénom, le sexe et la date de naissance.

##### **3.1.1. Nom et prénom :**

Pour les femmes, il y a lieu d'indiquer le nom de jeune fille. (Andem 1996)

Le nom d'épouse et les modifications à la suite des mariages et des séparations éventuels peuvent être indiqués sous la rubrique « histoire personnelle et familiale » du patient.

##### **3.1.2. Sexe :**

Cette information indispensable est justifiée avant tout en raison des prénoms mixtes et de beaucoup de prénoms étrangers dont on ne peut pas facilement distinguer le genre. (Andem 1996)

##### **3.1.3. Date de naissance :**

Egalement indispensable, elle est préférable à l'âge lors de la constitution du dossier, puisque celui-ci doit le plus souvent servir durant de nombreuses années. (Andem 1996)

Il y a lieu de la noter en respectant l'ordre du jour, du mois et de l'année en chiffres.

##### **3.1.4. Numéro de dossier :**

Le classement des dossiers papier par ordre numérique est plus rapide et plus sûr (générant moins d'erreurs) que par le classement par ordre alphabétique. Chaque nouveau dossier est classé à la suite des précédents, évitant la saturation des tiroirs de classement (qui oblige la redistribution de l'ensemble des dossiers dans l'ensemble des tiroirs). Le système impose la tenue d'une liste faisant correspondre les noms avec les numéros des dossiers. Dans cette liste, les noms sont classés par ordre alphabétique. (Andem 1996)

### **3.1.5. Comment contourner le piège des homonymes ?**

Le risque de confusion est faible mais ses conséquences peuvent être graves. L'existence d'un homonyme doit être clairement signalée en tête du dossier. (Andem 1996)

*Les médecins consultés suggèrent dans ce cas, en plus de la date de naissance, de signaler le second prénom.*

## **3.2. Données administratives. (DMG)**

### **3.2.1. Adresse :**

L'adresse doit être précise et actualisée ; le cas échéant, elle doit signaler le type d'habitation, elle doit comprendre le code d'accès éventuel du bâtiment, elle doit préciser des indications complémentaires lorsque l'accès au domicile du patient est difficile (Andem 1996) comme par exemple l'étage et le numéro de sonnette lorsqu'il s'agit d'un immeuble à étages. Il s'agit ici de l'adresse officielle du patient. Son adresse privée ou autre sera consignée dans le volet confidentiel (SSMG 1998).

Plusieurs lignes sont prévues pour les inévitables changements d'adresse.

### **3.2.2. Date DMG :**

L'arrêté royal du 29 mai 2000 définit la notion de DMG (Dossier Médical Global) et ses modalités d'application.

Le contenu du DMG a été précisé comme suit :

«

- ◆ Le dossier médical global reprend les données socio-administratives du patient, ses antécédents, une liste de problèmes, les rapports des médecins spécialistes et des autres dispensateurs de soins, les traitements chroniques. Les notes personnelles du médecin ne font pas partie du dossier médical global.
- ◆ La gestion du dossier médical global comprend entre autres son ouverture et sa mise à jour régulière.
- ◆ La demande expresse du patient de gestion du dossier médical global doit figurer dans celui-ci. Si le patient n'est pas à même d'exprimer personnellement cette demande, l'identification du membre de la famille ou du proche qui a fait cette demande doit figurer dans le dossier.

»

C'est pourquoi une place est prévue pour les dates d'ouverture et de prolongation du DMG. Il est entendu que si une date de DMG figure sur le dossier, c'est que le patient a bien exprimé une demande expresse.

### **3.2.3. Téléphone :**

L'information doit parfois être négociée (numéro privé). Il faut expliquer au patient l'intérêt de cette information pour le suivi, ainsi que son caractère aussi confidentiel que celui des données médicales. (Andem 1996)

Plusieurs numéros d'accès sont prévus en fonction des activités du patient.

*Le numéro professionnel n'est là que pour permettre au médecin de transmettre une donnée urgente.*

*Les numéros de téléphone contact révèlent toute leur importance lorsque l'on doit pouvoir toucher un membre de la famille ou des proches chez les personnes isolées ou âgées et il est utile de préciser dans le dossier le lien de la personne contact avec le patient (enfant, neveu, voisin, ...).*

*De plus en plus souvent, on constate dans les milieux défavorisés que le GSM fait office de seul téléphone. Cela étant, le GSM est un moyen de contact pratique avec le patient.*

*Le fax et l'e-mail (ou courriel) peuvent être utiles lorsque l'on veut communiquer un résultat ou tout autre document au patient en dehors des heures habituelles ou à distance. Mais cela doit rester un moyen de communication exceptionnel car la confidentialité n'est pas garantie. Le fax et l'e-mail du patient doivent être considérées comme des données confidentielles.*

Le numéro de téléphone privé du patient est une donnée confidentielle et devrait donc se trouver dans la partie non transmissible du dossier médical.

*Une remarque générale faite par les médecins généralistes consultés est qu'il y a lieu dans tous les cas de respecter autant que possible le secret médical et de se méfier des indiscretions possibles (secrétaire, voisin, directeur, ...).*

### **3.2.4. Numéro d'affiliation à la mutuelle :**

Cette donnée peut être utile en cas de contact avec les organismes assureurs ou pour compléter des demandes émanant d'autres prestataires de soins.

*La plupart des médecins consultés prônent l'incorporation de vignettes du patient dans le dossier médical.*

### **Remarque.**

Les données concernant la nationalité, la religion, le conjoint, les enfants, les études ou formations, les activités professionnelles ou d'autres informations confidentielles du patient seront reprises sous la rubrique « histoire personnelle et familiale », donc dans le volet confidentiel.

## **3.3. Données d'alerte. (DMG)**

Certains antécédents et pathologies chroniques, certains facteurs de risque, les allergies, intolérances et effets indésirables des traitements prescrits antérieurement peuvent constituer des données d'alerte. La qualité de leur enregistrement dans le dossier est un facteur essentiel de la sécurité de la prescription. Pour que la fonction d'alerte soit efficace, ces données doivent être signalées toujours de la même manière et localisées au même endroit (exemple : notées en couleur ou surlignées, sur une des pages de couverture du dossier, distinctes des feuilles où sont saisies les données de rencontre) (Andem 1996).

### **3.3.1. allergies**

Les allergies médicamenteuses et autres allergies sont utiles à connaître mais également les allergies aux produits de contraste.

L'importance capitale de ces données n'est plus à démontrer. C'est la raison pour laquelle elles figurent en première page du dossier.

*Il est judicieux d'ajouter l'expression clinique de l'allergie (choc anaphylactique, urticaire, œdème de Quincke) ainsi qu'une notion de certitude ou de probabilité.*

### **3.3.2. intolérances médicamenteuses**

Ces informations doivent impérativement être mises en exergue.

*Il importe de bien distinguer les intolérances médicamenteuses des allergies, de préciser la nature de l'effet secondaire ou indésirable, par exemple la survenue d'une tendinite d'Achille dans le décours de la prise d'une quinolone. Y adjoindre une date éventuelle ainsi qu'une notion de certitude ou de probabilité n'est pas inutile.*

### **3.3.3. contre-indications médicamenteuses**

L'expérience montre qu'il est utile de signaler à cet endroit les contre-indications médicamenteuses, notamment la pathologie ou le médicament qui pose problème. Par ex. les anticholinergiques en cas de glaucome ou de prostatisme, les associations médicamenteuses potentiellement dangereuses, entre autre avec les anticoagulants, ...

*La difficulté de cette rubrique réside dans le fait que certaines contre-indications peuvent être temporaires ou variables dans le temps, que d'autres contre-indications sont soit absolues soit relatives, que la rubrique doit subir une mise à jour périodiquement.*

### **3.3.4. autres : ...**

C'est sous cette rubrique que peuvent figurer certaines informations d'importance comme par exemple, la prophylaxie de l'endocardite bactérienne, l'éviction des produits de contraste iodés en cas de goitre, la présence d'un pacemaker, l'indication du bras devant servir à la prise tensionnelle en cas d'asymétrie tensionnelle, l'indication du meilleur endroit de prise de sang chez un patient « difficile », une forme médicamenteuse non admise par le patient comme par exemple des suppositoires ou formes effervescentes, ...

*Cela peut être un champ où le médecin peut librement y faire figurer des informations diverses qu'il estime utiles.*

## **3.4. Information médicale de base.**

L'information médicale de base (Andem 1996, Vanwelde 1991) constitue un chapitre capital puisqu'il contient 3 sous-rubriques : les antécédents, la liste des problèmes actifs ainsi que l'histoire personnelle et familiale du patient. Les auteurs, sur base de la littérature disponible, considèrent que cette dernière fait partie intégrante de l'information médicale de base mais, étant confidentielle, n'est pas nécessairement liée à la partie transmissible du dossier. C'est la raison pour laquelle ils la signalent à cet endroit de la recommandation tout en suggérant de saisir ces données confidentielles sur la feuille du journalier qui reste la propriété du médecin. Cet aspect est abordé au point 3.7.1.

L'actualisation de l'information médicale de base du patient doit être le souci constant du médecin (SSMG 1998, Falcoff 1997).

### **3.4.1. Antécédents : (DMG)**

#### *3.4.1.1. antécédents familiaux*

Ces informations contribuent à comprendre l'histoire personnelle du patient et permettent d'identifier des facteurs de risque. Ne sont entendus comme antécédents familiaux coronaires ou vasculaires que les événements chez les hommes avant 55 ans et chez les femmes avant 65 ans. (Andem 1996, Belgian Lipid Club 1999)

*La majorité des médecins consultés estiment que l'anamnèse des antécédents familiaux est une tâche difficile, que les données sont parfois ignorées, imprécises ou peu fiables. Si possible, il y a lieu d'obtenir un âge ou une date lié à l'antécédent. Ce sont pourtant des éléments essentiels pour une pratique préventive efficiente.*

#### *3.4.1.2. antécédents médicaux*

Sont repris ici, souvent par ordre chronologique, les événements de santé de la vie du patient que l'on considère comme terminés. Ils prennent place ici lorsqu'ils quittent la liste des problèmes actifs. Il est souhaitable que chaque antécédent soit flanqué d'une date ou de l'année d'apparition.

*Ce sont évidemment des données qui font l'essence même du dossier médical. Elles nécessitent une actualisation périodique, raison pour laquelle il peut être utile de noter une date de mise à jour.*

*Il est impossible de noter tous les antécédents du patient de façon optimale au cours de la première consultation. C'est une tâche qui se poursuit au fil des consultations, des événements et des révisions du dossier du patient.*

#### *3.4.1.3. antécédents chirurgicaux et traumatologiques*

Les antécédents chirurgicaux et traumatologiques seront notés de la même manière que les antécédents médicaux.

*En cas d'accident, il est utile de notifier le type d'accident, principalement en fonction de l'implication médico-légale qui peut s'ensuivre : taux d'invalidité variable suivant qu'il s'agisse d'un accident du travail, accident de circulation ou accident de vie privée.*

#### *3.4.1.4. antécédents gynécologiques*

Les antécédents gynécologiques aussi seront notés comme les antécédents médicaux.

L'annotation par les lettres « G » et « P » suivis d'un nombre pour désigner le nombre de gestités ainsi que le nombre de parités est aisée. Lorsque les deux nombres ne correspondent pas, il y a lieu d'ajouter la raison de cette inadéquation. Par exemple, G3 P4, jumeaux ou encore G2, P1, fausse couche.

#### *3.4.1.5. groupe sanguin*

Selon l'avis des experts consultés, la connaissance du groupe sanguin n'a d'intérêt principalement que dans deux situations :

1. en cas d'urgence transfusionnelle, si :
  - le patient possède sa carte de groupe sanguin sur lui
  - cette carte est définitive, c'est à dire qu'elle soit délivrée après qu'une détermination sur un second prélèvement confirme la première

- le groupe sanguin ABO, le groupe rhésus et les sous-groupes Cc et Ee y sont précisés

Dans ces conditions, le patient gagnera essentiellement en qualité transfusionnelle.

2. chez la femme en âge de procréation :

la connaissance du groupe Rhésus est capitale pour la prophylaxie éventuelle de la sensibilisation Rhésus (mère Rh – et père Rh +).

*La majorité des médecins généralistes consultés a bien rendu compte de cet intérêt relatif de l'annotation du groupe sanguin dans le dossier médical.*

**Il apparaît donc plus important pour le généraliste de veiller à ce que le patient porte bien sa carte de groupe sanguin définitive sur lui plutôt que de l'avoir consigné dans le dossier.**

#### *3.4.1.6. facteurs de risque*

Les auteurs se sont volontairement limités aux facteurs de risque principaux à relever systématiquement pour les trois pathologies courantes suivantes : les maladies cardio-vasculaires, les cancers et le diabète pour tout adulte âgé de plus de 40 ans.

La prise en compte des facteurs de risque relève du rôle préventif que doit jouer le médecin généraliste.

*Certains facteurs de risque (comportement sexuel, toxicomanie, ...) doivent trouver place dans le volet confidentiel.*

##### *3.4.1.6.1. facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires :*

En matière de prévention primaire, il importe actuellement de donner la priorité à la globalisation du risque cardiovasculaire. Pour ce faire, le praticien dispose de tables de calcul (charte) qui permettent d'établir un niveau de risque exprimé en pourcentage soit à 5 soit à 10 ans. La charte Néo-Zélandaise, une des meilleures tables disponible actuellement, car basée sur le rapport CT/HDL, est illustrée dans la recommandation « Hypercholestérolémie » de la SSMG (Gueuning 2000). Ces tables prennent en compte une série de facteurs de risque. D'après les experts consultés, les sept facteurs de risque cardiovasculaire suivants sont les principaux sur lesquels est bâtie la table du risque cardiovasculaire. Ces facteurs sont considérés comme majeurs :

1. hérédité :

Ce facteur de risque est mis en avant par l'anamnèse concernant les antécédents familiaux. Ne seront entendus comme antécédents familiaux coronaires ou vasculaires que les événements chez les hommes avant 55 ans et chez les femmes avant 65 ans. (Andem 1996, Belgian Lipid Club 1999).

La présence de ce facteur de risque, non repris dans les tables, multiplie par deux le risque calculé.

2. âge :

l'âge représente un risque accru au-delà de 45 ans pour l'homme, de 55 ans pour la femme (WHO 1999, Belgian Lipid Club 1999)

3. sexe :

le risque de maladie cardio-vasculaire est plus élevé chez l'homme que chez la femme jusqu'à l'âge de 75 ans. Après quoi il devient similaire (WHO 1999)

4. dyslipidémie : cfr infra au point 3.6.4.5.  
d'après Framingham, Procarn et Monica-BelgiqueLuxembourg, le meilleur paramètre lipidique d'évaluation du risque cardiovasculaire semble être le ration CT/HDL qui doit être préféré au cholestérol total qui repris seul n'a presque aucune signification
5. hypertension artérielle :  
les chiffres tensionnels dont il y a lieu de tenir compte sont actuellement bien codifiés par l'OMS. (WHO 1999) :

<b>OMS : classification et définition des différents niveaux de la pression artérielle</b>		
<b>Catégorie</b>	<b>Pression artérielle systolique (mm Hg)</b>	<b>Pression artérielle diastolique (mm Hg)</b>
Optimale	< 120	< 80
Normale	< 130	< 85
Élevée normale	130 – 139	85 – 89
Grade 1 : HTA légère	140 – 159	90 – 99
Sous-groupe : « borderline »	140 – 149	90 – 94
Grade 2 : HTA moyenne	160 – 179	101 - 109
Grade 3 : HTA sévère	> 180	> 110
HTA systolique isolée	> 140	< 90
Sous-groupe : « borderline »	140 – 149	< 90

N.B. si la PAS et la PAD sont dans des catégories différentes, il y a lieu de considérer la catégorie la plus haute.

6. diabète sucré :  
cfr point 3.6.4.6.
7. tabagisme :  
celui-ci augmente le risque de maladie cardio-vasculaire et d'AVC à tout âge, mais plus particulièrement dans la population jeune. Chez les hommes de moins de 65 ans, le tabagisme multiplie par deux le risque de mort cardio-vasculaire. Chez les hommes de plus de 85 ans, ce risque n'est augmenté que de 20 %. A côté de ces effets cardio-vasculaires, le tabagisme augmente également le risque d'autres pathologies, notamment pulmonaires et néoplasiques. (WHO 1999)

A côté de ces 7 facteurs de risque majeurs, il en existe d'autres de moindre importance dont il faut cependant également tenir compte :

- obésité : BMI < 25 : normal  
BMI de 25 à 29 : excès pondéral  
BMI ≥ 30 : obésité  
De plus l'obésité androïde ou abdominale, définie par la mesure du périmètre ombilical (> 102 cm chez l'homme, > 86 cm chez la femme), est accompagnée d'un risque cardio-vasculaire plus élevé (Belgian Lipid Club 1999)
- goutte
- stress : le stress est un facteur déclenchant de complications cardiovasculaires mais n'est pas considéré comme un facteur d'athérogenèse

- alimentation grasse
- sédentarité : l'inactivité physique doit être considérée comme un facteur de risque; l'exercice physique régulier d'endurance (au moins 30 minutes 3 fois par semaine) peut diminuer significativement, et proportionnellement au degré d'activité, l'incidence du diabète et des maladies cardio-vasculaires par réduction pondérale, diminution de la pression artérielle et augmentation du HDL (WHO 1999, Belgian Lipid Club 1999, AHA/ACC 1999, Clinical Evidence 2000)
- carence oestrogénique
- alcool : l'absorption de faibles quantités d'alcool augmente la fraction HDL du cholestérol et de ce fait diminue le risque cardio-vasculaire; ceci a été uniquement constaté chez des individus avec un taux élevé de cholestérol LDL (Evidence-Based Medicine 1996) . Par contre, de fortes quantités d'alcool (> 3 verres par jour) augmente le risque cardiaque (WHO 1999, Fattorusso 1998, Evidence-Based Medicine 1996)
- CRP : d'après les experts consultés, le CRP est un marqueur utile de l'athérosclérose au delà de 0,5 mg/dl, pour autant que son dosage soit effectué au moyen d'une technique fine par néphélométrie

#### 3.4.1.6.2. Facteurs de risque pour les cancers :

- Importance de :
- antécédents familiaux : cancer du sein, cancer colo-rectal
  - facteurs professionnels (asbeste, plomb)
  - agents chimiques (tabac, alcool, barbecue)
  - phénomènes physiques (UV)

#### 3.4.1.6.3. Facteurs de risque pour le diabète :

Nous renvoyons le lecteur au point 3.6.4.6., dans l'échéancier où les facteurs de risque du diabète de type 2 sont repris.

#### 3.4.1.7. *status immunitaire*

Ce point est important chez la femme enceinte ou celle qui désire une grossesse.

Par ailleurs, pour ne pas multiplier les demandes d'analyses de biologie clinique inutilement, il peut être intéressant pour le médecin qui prescrit une recherche de sérologie, de connaître les virus ou autres agents pathogènes pour lesquels le patient a déjà présenté une séroconversion.

Il convient de ne figurer dans cette rubrique que les infections pour lesquelles l'immunisation est acquise.

#### 3.4.1.8. *état vaccinal*

Le dossier ne reprend que les vaccinations réalisées (Van den Haute 1993)

Nous renvoyons le lecteur à l'échéancier (point 3.6.4.7.) pour le respect du calendrier vaccinal.

C'est volontairement que la grille de vaccination est laissée vide de manière à ce que le médecin puisse y faire figurer les vaccins qu'il souhaite.

Cette rubrique trouve toute son importance en pédiatrie mais encore lorsqu'il s'agit pour le médecin de transmettre ces données à d'autres intervenants de santé ou lorsque le patient a oublié ses vaccinations antérieures.

*Cette rubrique doit être tenue en étroite liaison avec l'échéancier.*

### **3.4.2. Liste des problèmes actifs. (DMG)**

La liste des problèmes est proposée comme une solution pour structurer les données dans le dossier autrement que par la chronologie (Andem 1996).

La liste est d'abord un résumé constamment mis à jour de l'histoire médicale active du patient. Elle est destinée à contenir les données qui en principe sont toujours d'actualité au moment où l'on rencontre le patient, les données essentielles pour la santé du patient et qui déterminent la priorité des choix diagnostiques et thérapeutiques proposés (Van den Haute 1993). Elle contribue à la continuité des soins en évitant que certains problèmes soient négligés, en particulier lorsqu'un autre médecin s'occupe du patient.

Dans la liste des problèmes sont notés tous les diagnostics et états significatifs pouvant influencer sur les soins futurs du patient. Une anomalie clinique (par ex. une découverte fortuite d'une anisocorie, ...) ou une anomalie biologique inexplicée (par ex. un pic monoclonal ou un facteur antinucléaire asymptomatique, ...) peut également y être notée.

Pourront également y figurer tant des antécédents médicaux que chirurgicaux pour autant qu'ils constituent des problèmes pouvant influencer la prise en charge (par ex. rein unique après néphrectomie).

Les problèmes sont numérotés dans l'ordre où ils ont surgi au cours des contacts. La date de début du problème (première apparition dans le dossier) et la date de fin doivent également être notées. Un problème résolu devient alors un élément des antécédents médicaux ou chirurgicaux. Sa réactivation le fait revenir dans liste des problèmes actifs (Andem 1996, Falcoff 1997). La numérotation des problèmes est donc personnelle au patient et peut éventuellement avoir un lien avec le SOAP (cfr journalier).

Certains conseillent également de noter des états aigus dont la récurrence peut permettre d'identifier un problème plus important (par ex. infections urinaires à répétition, ...)

Par ailleurs, elle facilite l'évaluation des pratiques lors des prises en charge d'états pathologiques chroniques. (Andem 1996)

*Les médecins consultés estiment que la liste des problèmes actifs est une des tâches principales du médecin au niveau du dossier médical. Elle nécessite cependant un investissement en temps non négligeable ainsi qu'une mise à jour périodique, surtout si l'on procède à la numérotation des problèmes. Pour ces mêmes médecins, les antécédents appartiennent au passé, les problèmes actifs sont la partie dynamique du dossier médical.*

### **3.4.3. Volet confidentiel.**

Comme convenu ci-dessus, nous renvoyons le lecteur plus loin dans la recommandation, notamment au point 3.7.

### **3.5. Feuille « liste des médicaments au long cours ». (DMG)**

Cette feuille reprend la liste des traitements chroniques. Elle inclut tous les médicaments pris de manière régulière. Pour chaque médicament sont notés le nom, la posologie, les dates de début et de fin, l'indication ou le numéro du problème actif associé. Le rapprochement des deux listes (problèmes et traitements) doit permettre au prescripteur de clarifier les raisons de la prise de chaque médicament. En cas de médicament soumis au remboursement conditionné (Bf), les dates de demande et de fin d'autorisation peuvent être utilement consignées.

La liste des médicaments au long cours diffère du traitement en cours en ce sens que ce dernier ne reprend que les médicaments que le patient prend au moment du contact, alors que la liste des médicaments au long cours reprend en quelque sorte l'historique des médicaments que le patient a pris depuis le début de sa prise en charge par le médecin.

Le motif d'arrêt est une autre notion à noter. Différents motifs d'arrêt indexés sont d'ailleurs repris au bas de la liste. Il est particulièrement utile, en cas de traitement ayant échoué antérieurement. Les intolérances et allergies seront reprises dans les données d'alerte.

Ajoutons ici que remettre une feuille ou fiche de traitement ou encore un schéma de médication au patient améliore la compliance.

### **3.6. Liste des examens complémentaires et avis spécialisés. (DMG)**

**Cette feuille reprend les rapports des différents examens spécialisés complémentaires effectués, des avis consultants et des hospitalisations. Pour chaque contact, il y a lieu de noter la date, le médecin responsable, la spécialité, l'examen effectué et un bref résumé des conclusions.**

Cette rubrique est assortie d'un échancier (colonnes de droite) qui est utile pour les rappels d'examens ou tout autre acte diagnostique ou thérapeutique. C'est en raison de la présence de l'échancier que d'autres actions peuvent figurer ici, comme par ex. les vaccins, les examens préventifs, les monitorings thérapeutiques, ...

En cas de découverte d'une anomalie lors d'un examen complémentaire, il y a lieu de reprendre cet élément dans la liste des problèmes actifs, éventuellement lié à un numéro de problème.

#### **3.6.1. examens spécialisés**

*Bien que trouvant la rubrique comme pertinente et primordiale, les médecins généralistes consultés estiment que cette rubrique demande du temps pour la remplir de façon régulière. Par rapport au dossier informatisé, le dossier papier est ici handicapé.*

#### **3.6.2. avis consultants**

*Au même titre que les examens spécialisés, les médecins généralistes consultés trouvent que la rubrique est d'importance mais qu'elle demande un investissement de temps pour sa tenue régulière.*

#### **3.6.3. examen(s) préventif(s)**

Au sujet des examens préventifs, nous renvoyons le lecteur au chapitre suivant qui concerne l'échancier.

#### **3.6.4. échancier**

L'échancier est un outil très utile pour le généraliste. Il permet principalement la gestion active de la prévention en médecine générale. Sa réalisation est aisée puisqu'il suffit d'un système de fiches qui reprend les examens à rappeler aux patients. Sur les intercalaires

figureront les 24 prochains mois suivis des 10 années suivantes. L'échéancier fonctionne comme un calendrier : 1 fiche = 1 échéance retenue pour 1 patient. L'échéance peut concerner n'importe quel examen ou n'importe quelle action thérapeutique que l'on souhaite rappeler à un patient : vaccin, test, examen, biologie, arrêt de médication, etc. (Gosselain 1999)(Vanwelde 1991). De la sorte, l'échéancier devient un outil indépendant du dossier médical qui gère les échéances pour l'ensemble de la patientèle. L'échéancier qui figure dans le dossier médical ne concernera que les échéances à observer pour le patient concerné.

Avec l'échéancier, moins d'une heure par mois suffit à organiser un système de rappel efficace et le généraliste assure ainsi une médecine préventive systématique et équitable. C'est aussi un service très apprécié des patients.

La lettre de rappel mérite toute l'attention du médecin afin de ne pas inquiéter le patient et l'Ordre des Médecins a marqué son accord pour une telle pratique : « Les convocations en vue d'examen préventifs ne peuvent se faire qu'à condition de mentionner que le patient peut à cette fin aussi s'adresser au médecin de son choix » (Gosselain 1999).

Quelques exemples utiles à inclure dans l'échéancier

- date d'arrêt du tamoxifène
- date de DMG
- date de retrait d'un Implanon®
- ...

*La majorité des médecins consultés s'accorde à dire que si l'échéancier est certes un outil efficient, sa concrétisation n'en demeure pas moins difficilement exécutable tant en raison de l'investissement en temps que financier.*

#### **Remarque :**

Les affirmations reprises ci-après en **gras** doivent être considérées comme des recommandations.

##### *3.6.4.1. Dépistage du cancer du sein :*

**Le dépistage au moyen de la mammographie est recommandé pour toutes les femmes de 50 à 69 ans.** (Advisory Committee 1999, AMC 1994)

L'Union Européenne préconise la pratique d'une **mammographie tous les 2 ans**, qui ne devrait se réaliser que dans le cadre de programmes de dépistage où l'assurance de qualité est garantie à tous les niveaux., entre autre la réalisation d'une double incidence avec double lecture.

##### *3.6.4.2. Dépistage du cancer du col*

Il est utile de savoir que dans la majorité des cas, le cancer du col utérin semble évoluer lentement et qu'à l'heure actuelle, la plupart des cancers invasifs touchent les femmes ménopausées qui, dans bien des cas, n'ont jamais subi de test de dépistage. (AMC 1994)

La pertinence du dépistage est tributaire de la qualité du frottis de col. Le test de Papanicolaou est malheureusement associé à un taux élevé de faux négatifs. C'est pourquoi la classification de Papanicolaou tend à être remplacé par le système de Bethesda.

**Le programme « L'Europe contre le Cancer » recommande le dépistage par frottis cervical tous les 3 ans chez les femmes ayant une vie sexuelle active depuis 3 ans au moins et en tous cas à partir de 25 ans, jusqu'à 65 ans. L'intervalle recommandé**

**entre les frottis est de 3 ans si le frottis est satisfaisant et normal.** En effet, il a été démontré que la protection vis-à-vis d'un cancer invasif n'est pas supérieure si le frottis est réalisé plus souvent.

L'Union Européenne recommande la réalisation de programmes de dépistage où l'assurance de qualité est garantie à tous les niveaux., (Advisory Committee 1999)

#### *3.6.4.3. Dépistage et suivi du cancer de la prostate : (Epicum 2000)*

**Il n'est pas recommandé actuellement de dépister systématiquement le cancer de la prostate.** En effet, nous ne disposons pas de données prouvant que le dépistage permet de réduire la mortalité par cancer de la prostate.

Par contre, le suivi du cancer doit être réalisé par le dosage du PSA afin de détecter une récurrence et/ou la présence de métastases. Quant à la périodicité de cet examen de suivi, aucune recommandation EBM n'a été trouvée.

#### *3.6.4.4. Dépistage du cancer colo-rectal.*

En 1998, la revue Prescrire écrivait, après une recherche documentaire extensive : « Toutes ces synthèses convergent pour affirmer que le dépistage du cancer colo-rectal est envisageable, et pour distinguer le dépistage de masse des cancers 'sporadiques' d'une part, et dépistage des cancers chez des sujets à risque élevé et très élevé d'autre part.»

- **Le dépistage de masse adopte la stratégie la mieux évaluée, c'est à dire le dépistage en deux temps : test Hémocult® pour rechercher du sang dans les selles puis coloscopie des sujets Hémocult® positifs.**

**Ce dépistage de masse par Hémocult® devrait être proposé à l'ensemble de la population âgée de 50 à 75 ans, tous les 2 ans.** (Advisory Committee 1999, Noiry 1998) **Donc, l'Hémocult® a prouvé son efficacité mais uniquement dans le cadre de dépistages organisés (lectures standardisées par des professionnels habitués à ce type d'examen). Dans la pratique du médecin généraliste isolé, cet examen n'est pas recommandé.**

Notons que la sensibilité du test Hémocult® non hydraté dans le dépistage du cancer colorectal s'étend de 72 à 78 % et que sa spécificité atteint 90 à 98 % (Noiry 1998).

- **Le dépistage chez les sujets à risque devrait être systématique en pratique quotidienne :**
  - **Chez les sujets avec antécédents familiaux de cancer colorectal ou de polypes adénomateux de taille supérieure à 1 cm, on recommande une coloscopie à 45 ans, à répéter tous les 5 ans si l'exploration est négative, tous les 3 ans, puis tous les 5 ans en cas de découverte d'un adénome supérieur à 1 cm.**
  - **Dans les familles atteintes de polypose adénomateuse rectocolique familiale, on recommande le dépistage dès la puberté par une coloscopie totale annuelle. Il s'avère possible de rechercher par analyse moléculaire la mutation constitutionnelle. En cas de recherche négative, le patient sera assimilé à la population générale.**
  - **Dans les familles atteintes de cancer colorectal héréditaire sans polypose (syndrome de Lynch), on recommande une coloscopie à partir de 20 à 30 ans tous les 1 à 3 ans.**

- **Après une intervention pour cancer colorectal, ou encore chez les sujets ayant eu un adénome supérieur à 1 cm, la coloscopie est recommandée une première fois 3 ans après, puis tous les 5 ans.**
- **En cas de rectocolite ulcéro-hémorragique ou de maladie de Crohn, le dépistage coloscopique est généralement proposé pour les formes anciennes et étendues, au rythme biennal après 15 à 20 ans d'évolution. Il n'est pas prouvé qu'un tel dépistage s'accompagne d'un bénéfice en terme de réduction de morbidité et de mortalité.**  
(Noiry 1998)

Une revue systématique effectuée par la Cochrane Library confirme que le dépistage biennal par Hémocult® réduit la mortalité et la morbidité par cancer colorectal dans la population générale si les tests positifs sont suivis d'une colonoscopie. Toutefois de plus amples informations sont souhaitées à propos des effets néfastes liés aux complications physiques, au stress et à l'inconfort des investigations endoscopiques. (Towler 2001)

#### 3.6.4.5. Bilan lipidique : (Gueuning 2000)

Le cholestérol est un facteur d'athérogenèse prépondérant; le risque de développer une athéromatose coronarienne va croissant dès un taux de 180 mg/100 ml mais ce risque sera fort dépendant de la présence ou l'absence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire (parmi lesquels le taux de HDL figure parmi les plus importants).

Comme seuls 20 % des Belges présentent un taux inférieur à 180 mg/100 ml et qu'il serait impensable de traiter les 80 % restant, nous devons absolument intégrer le facteur cholestérol dans une réflexion globale qui prend en compte les autres facteurs de risque importants.

Chez qui doser les paramètres lipidiques ? Où se situe mon patient ?

Avant tout dosage, il est capital de faire une anamnèse minimale et un examen clinique afin d'apprécier si l'on se trouve dans une situation de :

- Prévention secondaire : antécédents personnels d'évènement ischémique avéré.
- Prévention primaire à très haut risque
  - ✓ diabète (surtout type 2)
- Prévention primaire à haut risque potentiel
  - ✓ syndrome X
  - ✓ antécédents coronariens familiaux précoces au premier degré (homme < 55 ans, femme < 65 ans)
  - ✓ signes évocateurs d'hyperlipémie familiale
  - ✓ HTA > 180 mmHg
- Prévention primaire à risque potentiel indéterminé (HTA < 180 mmHg, âge > 50 ans )
- Prévention primaire à faible risque potentiel (< 50 ans, absence des facteurs précités ou tabagisme comme seul facteur de risque)

Cette situation influencera grandement les suites à donner à nos résultats.

Connaître donc :

- Age et sexe
- Tabac
- Présence d'un diabète



- ✓ Prévention primaire à faible risque potentiel :  
A priori, en l'absence de faits nouveaux à l'anamnèse ou l'examen clinique, le taux de cholestérol étant avant tout dicté par la génétique et partiellement influencé par le mode de vie, il n'y a pas d'indication à redoser un ou des paramètre(s) lipidique(s).

#### 3.6.4.6. Diabète de type 2 : (Gérard 2000)

- **dépistage** du diabète de type 2 :

**Il est recommandé de procéder à un dépistage systématique du diabète, par une glycémie à jeun, chez tous les patients de plus de 45 ans, ce au moins une fois tous les trois ans.**

**Toutefois, si ces patients présentent certains facteurs de risque de diabète ou d'autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, un dépistage annuel sera recommandé.**

Quels sont les **principaux facteurs de risque** devant retenir notre attention ?

- en cas d'excès pondéral, pour un BMI > 27 chez l'homme et > 26 chez la femme
- un cas de diabète chez un membre de la famille au premier degré
- un antécédent de diabète gestationnel ou d'accouchement d'un enfant dont le poids à la naissance était supérieur à 4,5 kg
- en cas d'hypertension artérielle ( > 140/90)
- en cas de dyslipidémie avec un cholestérol HDL < 35 mg/dl et/ou un rapport cholestérol total/HDL > 4 et/ou des triglycérides > 250 mg/dl
- la découverte antérieure d'une glycémie à jeun perturbée (IFG) ou d'une intolérance glucidique (IGT)

- **suivi** du diabète de type 2 :

- **tous les 3 mois** : consultation + prise de sang :
  - anamnèse
  - examen clinique
  - biologie clinique : glycémie à jeun, HbA1C
  
- **1 x / an** : consultation + examens complémentaires :
  - anamnèse plus fouillée
  - examen clinique approfondi
  - biologie clinique :
    - glycémie à jeun
    - HbA1C
    - glycémie postprandiale
    - créatininémie
    - lipidogramme
    - glucosurie, acétonurie
    - microalbuminurie
  - ECG
  - examen ophtalmologique

Une fiche de suivi thématique concernant le diabète de type 2 est développée dans la rubrique 3.8.1.

### 3.6.4.7. Vaccinations :

#### 3.6.4.7.1. Calendrier vaccinal de l'enfant :

Nous renvoyons le lecteur au tableau de vaccinations recommandé par le Conseil Supérieur d'Hygiène (CSH), organe de référence scientifique dépendant du Ministère Fédéral des Affaires Sociales et de la Santé Publique, applicable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2001, reproduit ci-après :

Vaccins	2 mois	3 mois	4 mois	13 mois	14 mois	15 mois	18 mois	5-6 ans	11-12 ans	15-16 ans
Polio	IPV	(IPV)	IPV	IPV ->	->	->	->	IPV		
Diphtérie-Tétanos-coqueluche	DTPa	DTPa	DTPa	DTPa->	->	->	->	DTPa		dT
Hib	Hib	Hib	Hib	Hib ->	->	->	->			
Rougeole-Rubéole-Oreillons					RRO ->	->	->	(=)	RRO	
Hépatite B		VHB	VHB	VHB ->	->	->	->		(=)	
Pneumocoque										
Grippe										

➡ : vérifier la vaccination et l'administrer si nécessaire

➔ : période au cours de laquelle il est recommandé de faire la vaccination

IPV : vaccin polio inactivé

DTPa : vaccin diphtérie – tétanos – pertussis acellulaire

dT : vaccin diphtérie (dosage réduit) – tétanos : à partir de 7 ans

Hib : vaccin haemophilus influenzae de type b

RRO : vaccin rougeole – rubéole – oreillons

VHB : vaccin hépatite B

#### Remarque :

Le CSH recommande l'usage d'un vaccin combiné DTPa-IPV qui pourra être administré aux âges de 2, 3, 4 et 13-14 mois, ainsi que de 5-6 ans.

Le choix de la Communauté Française s'est porté sur le Tetravac®.

Afin de limiter le nombre d'injections à administrer à l'enfant, il est possible de mélanger dans la même seringue le DTPa avec l'Hib. Ce mélange n'est pas autorisé pour tous les vaccins. Il est conseillé de consulter les notices des vaccins concernés avant de procéder à la vaccination. La notice scientifique de Tetravac® mentionne que « ce vaccin ne doit pas être injecté conjointement avec d'autres médicaments excepté avec le vaccin Act-Hib® avec le Tetravac® utilisé comme solvant ». (Inspection Générale Pharmacie 2000 )

Tous ces vaccins sont fournis gratuitement par la Communauté Française à l'exception de l'Hib.

### 3.6.4.7.2. Calendrier vaccinal de l'adulte :

Vaccin	Modalités	Durée de protection – périodicité
Diphtérie – Tétanos	Dosage de l'anatoxine diphtérique adaptée à l'âge adulte : vaccin dT	10 ans
Polio	IPV Rappel utile pour les voyageurs vers les pays endémiques si la dernière administration remonte à plus de 10 ans	10 ans
Hépatite A	2 injections suivant le schéma mensuel : 0 - 6 à 12	Minimum 10 ans
Hépatite B	2 schémas sont possibles : schéma mensuel : 0-1-6 schéma mensuel : 0-1-2-12 (recommandé par Fonds des Maladies Professionnelles)	Minimum 6 ans Minimum 8 ans
Hépatite A + B	Trois injections suivant le schéma mensuel : 0-1-6	Minimum 6 ans
Fièvre typhoïde	Injectable : une injection unique Oral : 3 capsules à intervalles de 48 h	Minimum 3 ans
Pneumocoque	Injection unique	5 – 7 ans
Grippe	Injection unique	Annuel

### 3.6.4.8. Monitorings thérapeutiques.

Liste non exhaustive.

Exemples :

#### **Amiodarone :**

Avant d'entreprendre un traitement par amiodarone, le médecin réalisera un ECG ( fréquence cardiaque, intervalles P-R et Q-T), un bilan thyroïdien (TSH, T3L, T4L) et hépatique (TGO, TGP) et une radiographie pulmonaire.

Les bilans hépatique et thyroïdien sont répétés tous les 6 mois, voire plus précocement en cas de signes cliniques d'appel. (Goldschlager 2000, Lancelotti 1998)

Goldschlager propose un ECG et une radiographie du thorax annuels, mais les avis d'experts sont partagés à ce sujet.

Il n'est pas nécessaire de recourir au fond d'œil chez tous les patients. Seuls les patients ayant des problèmes d'acuité visuelle devront se soumettre à un examen ophtalmologique.(Lancelotti 1998)

#### **Ticlopidine :**

Vu la survenue possible d'effets indésirables hématologiques graves (agranulocytose), un contrôle hématologique régulier (toutes les deux semaines au cours des trois premiers mois du traitement) est nécessaire. Ultérieurement, les contrôles se feront tous les six mois. (RCDM 2000, Compendium 2000)

### 3.6.4.9. Courbes de croissance.

Les différentes courbes de croissance de l'ONE sont reprises en annexe.

### **3.7. Volet confidentiel.**

#### **3.7.1. histoire personnelle et familiale**

Les données saisies dans ce chapitre doivent rester confidentielles. Elles concernent des notions comme : (SSMG 1998, Andem 1996, De Keyser 1997)

- la nationalité
- la religion
- l'état civil
- la langue usuelle
- une adresse privée ou autre (l'adresse officielle figure dans les données administratives)
- le nom du conjoint : il est utile de connaître le nom du conjoint ou du compagnon actuel ; il est tout aussi utile de connaître le nom de l'ex-conjoint, surtout lorsqu'il y a eu des enfants de l'union précédente
- les enfants et les petits-enfants : ceci pour apprécier le contexte familial d'une part, mais aussi pour pouvoir toucher les proches lorsqu'il s'agit de personnes âgées isolées ou même en maison de repos
- les études et les formations suivies donnent une idée du contexte socioculturel du patient
- les activités professionnelles sont utiles à connaître en fonction des facteurs de risque liés à l'exercice de la profession : horaires, toxiques, contraintes physiques, etc.
- les assuétudes : elles demandent de la discrétion
- les habitudes et conditions de vie : elles sont à relever en fonction des facteurs de risque qu'ils peuvent représenter
- les dispositions en cas de décès : opposition à l'acharnement thérapeutique, avis exprimé à propos des soins palliatifs, ... ; à ce sujet, il est utile de savoir que l'intention d'incinération n'est pas une donnée confidentielle
- les événements biographiques significatifs peuvent se révéler d'une certaine importance, par ex. viol, inceste, meurtre, abus sexuel, adultère, avortement, licenciement, maltraitance, etc.

#### **3.7.2. journalier (SOAP)**

L'évolution de notre société vers des soins de plus en plus complexes et globaux a rendu la structuration d'un dossier médical de plus en plus difficile.

Une des modifications marquantes de cette évolution est l'élargissement de la notion de diagnostic à celle de problèmes de santé ; ceci explique le passage progressif de la structure de dossier classique orientée selon la source à celui d'une structure orientée selon le problème.

Le DM structuré selon le POMR (Problem Oriented Medical Record) s'adapte davantage aux caractéristiques de la pratique du médecin généraliste, c.à.d. la globalité de la demande de soins et la continuité de l'offre. (SSMG 1998, Bechu-Mercier 1993, WVVH 1998)

Un problème correspond à toute condition nécessitant une attention ultérieure du médecin généraliste pour le diagnostic, le traitement ou la surveillance.

Un problème peut ainsi être aussi bien un symptôme, un syndrome, un diagnostic déjà établi, une difficulté psychologique ou sociale ...

La notion de journalier est reprise à maintes reprises. (Bechu-Mercier 1993, Verbrack 1997, Vanwelde 1991)

Le journalier a pour objectif de noter les contacts successifs avec le patient, que ce soit une consultation, une visite à domicile ou encore une consultation téléphonique. Dans ce sens, la tenue du dossier médical peut être considéré comme une partie de l'acte médical lui-même (SSMG 1998).

Les données minimales comportent la date de l'entrevue, le lieu (consultation ou visite), le nom du médecin (collègue, assistant, c'est important en pratique de groupe) et un « reportage » de l'entrevue. De plus en plus se répand le système d'annotation dans le journalier selon les rubriques du SOAP :

- S = subjectif, motifs de consultation, c.à.d. toutes les informations apportées par le patient
- O = objectif, constatations objectives, c.à.d. ce qui est issu de l'observation du médecin : examen clinique, tests techniques mais aussi anamnèse
- A = analyse, (Assessment), appréciation, c.à.d. le diagnostic avec les degrés d'incertitude, les problèmes identifiés et leur évaluation. C'est une sorte de trait d'union intellectuel entre les données et les décisions prises. A correspond à la partie conclusion/synthèse de la rencontre.
- P = plan d'action, prise en charge, décisions, traitements, suivi

(SSMG 1998, Andem 1996, Falcoff 1997, NHG 1990, Heyerick 1994, WVVH 1998, Van den Haute 1993, Maison Médicale Forest)

Le journalier constitue la feuille d'évolution du patient. C'est à cet endroit du dossier que le médecin notera ses réflexions personnelles, ses impressions, ses prévisions, son diagnostic différentiel, etc. puisque c'est la partie du dossier médical considérée comme confidentielle et non transmissible.

Certains auteurs préconisent l'utilisation de la CISP dans l'enregistrement SOAP. La CISP est la Classification Internationale des Soins Primaires, une nomenclature ou une terminologie médicale normalisée et classifiée mais qui est réservée avant tout à des enquêtes épidémiologiques. Elle comprend des codes pour les motifs de rencontre. (Andem 1996, Falcoff 1997, Jamouille 2000)

Peuvent utilement figurer également dans le journalier :

### **3.7.3. numérotation du problème**

Celle-ci est facultative mais peut être utilement liée à la numérotation existante dans la liste des problèmes actifs (cfr. point 3.4.2.). Cette numérotation est personnelle au patient et n'a rien à voir avec la classification CISP décrite ci-dessus.

### **3.7.4. le traitement prescrit ou administré**

C'est le traitement prescrit ou administré à l'occasion du contact.

### **3.7.5. le traitement en cours**

Le traitement en cours correspond à la thérapeutique chronique, c'est à dire essentiellement les médications que le patient prend quotidiennement comme traitement de fond. Il y a lieu de distinguer le traitement en cours de la liste des médicaments au long cours. Les médications chroniques figurent dans cette dernière mais, comme déjà dit dans la rubrique citée, la liste des médicaments au long cours est plus un historique des médications prises par le patient.

### **3.7.6. ITT (Incapacité de travail temporaire totale)**

La durée de l'incapacité de travail éventuelle est une donnée importante. Il est conseillé de la noter avec les dates de début et de fin d'incapacité. Cette donnée révèle toute son importance dans le cadre médico-légal. La plupart des médecins généralistes « testeurs » consultés confirment cette notion.

### **3.7.7. soins kiné et infirmiers**

Les prescriptions de soins infirmiers et de traitements kinésithérapeutiques seront également notées en précisant le nombre de séances prescrites ainsi que la raison médicale de la prescription. Ces données peuvent se révéler utiles en cas de contestations ultérieures ou en cas de demandes de renseignements.

## **3.8. Fiches de suivi thématiques.**

L'intérêt des fiches de suivi thématiques intégrées aux dossiers est bien établi. Sur la même fiche figurent les données cliniques retenues pour le suivi, les résultats d'examens complémentaires et les traitements. Chaque donnée est datée. Tout état qui nécessite de programmer des actions précises peut bénéficier d'une fiche. Il a été montré que les fiches peuvent améliorer la qualité du suivi des patients diabétiques, hypertendus, ainsi que la réalisation de procédures préventives et de dépistage. (Falcoff 1997, Andem 1996)

Les auteurs se sont limités à présenter les fiches de suivi suivantes :

### **3.8.1. Fiche de suivi du diabète de type 2.**

Un exemple de fiche de suivi du diabète de type 2 est repris en annexe de la recommandation. Elle reprend les paramètres à surveiller dont la périodicité a été précisée dans l'échéancier et basée sur les indications contenues dans la recommandation de bonne pratique (Gérard 2000).

### **3.8.2. Fiche de suivi biométrie.**

Cette fiche reprend un certain nombre de paramètres qu'il est utile de surveiller tout au long de la vie du patient, comme la taille, le poids, l'indice de masse corporelle (BMI), les tour de taille et des hanches ainsi que leur rapport, ...

En ce qui concerne les courbes de croissance infantile, une modèle repris de l'ONE se trouve en annexe de la recommandation.

#### **4/ REFERENCES :**

ABSyM. Fonction du dossier médical. *Bulletin chambre synd med.* 1998 ; **409** :2

AHA/ACC. A statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association and the American College of Cardiology. Assessment of Cardiovascular Risk by Use of Multiple-Risk-Factor Assessment Equations. *Circulation.* 1999 ; 1481-92

AMC. Association Médicale Canadienne. Family Practice – Médecine familiale. Guide Canadien de médecine clinique préventive pour les adultes. CMA Publications.12-2000

ANDEM. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. Recommandations pour la tenue du dossier patient en médecine générale. *La revue du praticien – Médecine générale.* 1996 ; **10** (361) :41-9

Advisory Committee on Cancer Prevention. Recommendations on cancer screening in the European Union. Conference on screening an early detection of cancer. Vienna, november 1999

Bechu-Mercier M., Deliège D., Van den Haute M. Le dossier du médecin généraliste, essence et structuration d'un dossier médical selon le « POMR ». *Louvain Méd.* 1993 ;**112** :409-13.

Belgian Lipid Club. Recommandations pour le diagnostic et le traitement des hyperlipidémies. 3<sup>e</sup> éd. 1999

Boland B. 03-2001. Avis d'expert. Interniste aux Cliniques Universitaires Saint-Luc UCL, 1200 Bruxelles.

Collège national des généralistes enseignants. Médecine générale : concepts et pratiques. Masson. 1996 ; ch.17-54-64

Compendium 2000. AGIM. Association Générale de l'Industrie du Médicament. 18<sup>e</sup> édition.

De Keyser E. Document de travail sur le dossier médical de la commission informatique de la SSMG - Bruxelles, 02-97

Evidence-Based Medicine. Inverse association between alcohol intake and risk for ischemic heart disease depended on the LDL cholesterol level. September/October 1996 : 189

Evidence-Based Medicine. Review : Modest alcohol consumption lowers risk for coronary heart disease irrespective of the type of drink. September/October 1996 : 188

Epicum L. Recommandations de bonne pratique : antigène prostatique spécifique. SSMG. 2000

Falcoff H. Dossier médical en médecine générale. *La revue du praticien – Médecine générale.* 1997 ; 404 :71-8

- Fattorusso V., Ritter O. Vade-mecum clinique : du diagnostic au traitement. Masson - Paris. 1998 ; 15<sup>e</sup> éd. :1343-4
- Gérard R. Recommandations de bonne pratique : diabète de type 2. SSMG - Bruxelles. 2000
- Goldschlager N., Epstein A., Naccarelli G., Olshansky B., Singh B. Practical guidelines for clinicians who treat patients with amiodarone. *Arch Intern Med.* 2000 ; **160** : 1741-8
- Gosselain Y., Laperche J., Prevost M. Echéance et liberté. *Santé Conjuguée.* 10.1999 ; 10 : 57-8
- Gueuning Y. Recommandations de bonne pratique : hypercholestérolémie. SSMG - Bruxelles. 2000
- Heyerick J.P., De Prins L., De Maeseneer J., Mambourg F. Het medisch dossier en de communicatie in de gezondheidszorg. *Huisarts Nu.* 1994 ; **23** :395-8.
- Inspection Générale de la Pharmacie. Circulaire n°403 à l'attention des médecins généralistes et des pédiatres. Vaccination conjointe du vaccin combiné DTP-IPV et du vaccin contre l'Haemophilus influenzae type B. 19-12-2000. Bruxelles.
- Jamoulle M., Roland M. Fonctions du dossier médical. Ecole de santé publique ULB - Bruxelles. Juillet 1997.
- Jamoulle M., Roland M., Humbert J., Brûlet J.F. Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires CISP-2. 2<sup>e</sup> édition, Care Editions Belgique 2000.
- Lancelotti P., Mélon P., Kulbertus H. Suivi du patient traité par amiodarone. *Rev Med Liège.* 1998 ; **53** (12) : 762-5
- Maison Médicale asbl à Forest. Modèle de dossier médical.
- Maison Médicale Le Noyer. Dépistage du cancer du sein. *Santé Conjuguée.* 10.1999 ; 10 : 59-60
- Murphy M., Foster C., Sudlow C. et al. Clinical Evidence. A compendium of the best available evidence for effective health care. Primary prevention of cardiovascular disorders. *BMJ.* 12.2000 ; issue 4
- NHG. Nederlands Huisarts Genootschap. NHG-Standaard 002 : Medische verslaglegging. 1990
- Noiry J.P. Dossier : Cancer colorectal. De bonnes raisons pour mettre en œuvre les dépistages. *La Revue Prescrire* 1998 ; **18**, 187 : 609-23.
- Nowak J.P. Fonctions du dossier médical informatisé du médecin généraliste. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. Art de guérir. PV 10.12.97
- Ordre des Médecins. Dossier médical global. Avis du Conseil National du 12 décembre 1998. Bruxelles.

RCDM. Répertoire commenté des médicaments. Centre Belge d'information pharmacothérapeutique. 2000

SSMG - Bruxelles. Le dossier médical. 03-04-1998

Towler BP, Irwig L, Glasziou P et al. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 1, 2001

Trefois P., Jonckheer P. La vaccination en questions. Question Santé – SSMG. 1998

Van den Haute M. Le dossier du médecin généraliste, un modèle élaboré et testé par le Centre Universitaire de Médecine Générale de l'UCL. *Louvain Méd.* 1993 ;**112** :591-603.

Vanlangendonck P. L'informatisation des dossiers médicaux et la protection de la vie privée – Pratique de l'art médical – Responsabilité médicale. Ministère de la santé Publique. 04.2000

Vanwelde C. Vade-mecum du cabinet de médecine générale. Partie 2. 1991

Verbrack D. Dossier médical optimal. Document de travail SSMG - Bruxelles. 1997

WHO. World Health Organization. Guidelines for Management of Hypertension. Determinants of Cardiovascular Disease Risk in Hypertensive Patients. 1999

Wolf B. Le dossier médical informatisé. *Exercer*. 1998 ; **45** :25-7

WVVH. Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen. Het nieuwe probleemgeoriënteerd medisch registratieformulier of POMR. Berchem. 1998

## **5/ ANNEXES.**

Sont repris en annexes les documents suivants :

- le dossier médical physique
- la fiche de suivi du diabète
- la fiche de suivi biométrie
- les courbes de croissance
- la charte Néo-Zélandaise

## **6/ REDACTION. EDITION.**

Les auteurs de la présente recommandation de bonne pratique sur le dossier médical sont : - le Docteur Bruno TIMMERMANS, médecin généraliste à Marchovelette  
- le Docteur Bob GERARD, médecin généraliste à Vedrin

Les experts contactés sont :

- Benoît BOLAND, professeur de médecine interne à l'UCL , 1200 Bruxelles
- Anne VANDENBROUCKE, professeur au service des tumeurs et radiothérapie à l'UCL, 1200 Bruxelles
- Catherine ROSSEELS, pharmacien biologiste à la Clinique St Luc de Bouge

Les médecins généralistes suivants ont « testé » la présente recommandation sur le dossier médical : les docteurs P. Bindelle, B. Brabander, M. Chantraine, L. Cuvelier, S. Deckers, C. de Lamine de Bex, Y. de Locht, A. De Matteis, A. Dufour, B. Dufranne, P. Eeckeleers, P. Fostier, M. Kaesemans, D. Lamy, J-M. Ledoux, O. Maury, J-P. Michaux, J-F. Minon, D. Narcisse, T. Orban, L. Pineux, J-F. Rochet, F-P. Rochet, J. Tyberghein, D. Verbraeck, P. Vollemaere et C. Vrielynck.

Le groupe de validation de la présente recommandation est composé des membres suivants : les docteurs Geneviève BRUWIER, Dominique PAULUS, Pierre CHEVALIER, Daniel DURAY, Luc ERPICUM, Yves GUEUNING.

## **7/ COMMANDITAIRE.**

Le commanditaire de cette recommandation de bonne pratique est le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'environnement, Administration des Soins de Santé, Direction de l'Art de guérir.