



HAL
open science

Évaluation de la transmission des données médicales en médecine générale : Cas du changement de médecin traitant

Olivier Dalsheimer

► **To cite this version:**

Olivier Dalsheimer. Évaluation de la transmission des données médicales en médecine générale : Cas du changement de médecin traitant. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187388

HAL Id: dumas-01187388

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187388>

Submitted on 26 Aug 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N° 51

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 05/05/2015

Par M. Olivier DALSHEIMER

Né le 11 Juin 1984 à Bordeaux

**EVALUATION DE LA TRANSMISSION DES DONNEES
MEDICALES EN MEDECINE GENERALE : CAS DU
CHANGEMENT DE MEDECIN TRAITANT**

**Résultats d'une enquête auprès de 98 médecins généralistes en
Gironde**

Directeur de thèse et membre du jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSPEH

Professeur Jean-Claude BASTE

Président

Docteur Christophe ADAM

Juge et rapporteur

Docteur Philippe CASTERA

Juge

Docteur Benjamin FIALON

Juge

Table des matières

1. Introduction.....	4
2. Méthode	7
1. Objectifs	7
2. Le questionnaire	7
3. Mode de recueil et analyses des données	8
3. Résultats.....	9
1. Déroulement de l'étude et caractéristiques des dossiers inclus.....	9
2. Profil des nouveaux médecins traitants	11
3. Les caractéristiques des patients	12
3.1. Les différentes populations	12
3.2. Les affections présentées par les patients	13
3.3. Motif(s) de changement de médecin traitant	15
4. La(les) source(s) d'information(s) amenée(s) par le patient	16
4.1. En fonction des sous populations de malades	16
4.2. En fonction de l'âge	18
4.3. En fonction du motif de changement de médecin traitant	19
5. Le contact avec le précédent médecin traitant.....	21
6. Le contenu des dossiers médicaux reçus	23
4. Discussion	27
1. Les limites de l'étude	27
2. Le praticien manque de données médicales objectives lors du premier contact avec un patient : nuances et explications	29
3. Les dossiers médicaux transmis contiennent généralement les données essentielles : nuances et explications.....	32
4. Conséquences de ces résultats en pratique courantes et propositions d'améliorations pour l'avenir	32
5. Conclusion	36
6. Références bibliographiques	37
7. Annexes.....	42

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph, *Professeur associé en médecine générale, coordonnateur du DES de médecine générale à l'université Bordeaux 2, docteur en médecine générale*. Jean-Philippe, vous avez été pour moi professeur à la faculté, maître de stage pendant l'internat et directeur de cette thèse. Vous avez toujours été aimable et patient avec moi. J'ai beaucoup appris à vos côtés. Je vous dois beaucoup. Merci.

A Monsieur le professeur Jean-Claude Baste, *Professeur de chirurgie vasculaire, lauréat de la faculté de sciences de Bordeaux (Prix Prévost, 1960), académie Belles Lettres-Arts Sciences (Prix Grépinet, 1971), Médaille d'argent de la Croix Rouge Française (1969), Licencié en Droit, Membre associé de l'Académie de Chirurgie, membre du conseil de l'ordre des médecins d'Aquitaine*. Je n'oublierais jamais les cours passionnés et passionnant de l'ontogénèse de la médecine en première année de faculté, ainsi que ceux de médecine vasculaire plus tard dans mon cursus d'étude. Merci d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse.

Au Docteur Christophe Adam, *maître de conférences associé, docteur en médecine générale*. J'ai beaucoup appris avec toi au foyer Leydet. Toujours avec dynamisme et gentillesse. Tu as accepté de faire partie de ce jury et de relire et corriger mon travail. J'en suis très heureux. Merci.

Au Docteur Philippe Castera, *maître de conférences associé, docteur en médecine générale*. Merci d'avoir accepté avec gentillesse de faire partie du jury de cette thèse.

Au Docteur Benjamin Fialon, *chef de clinique assistant des hôpitaux, docteur en cardiologie*. Nous sommes amis depuis de belles années. Aujourd'hui, je suis très fier que tu sois présent dans ce jury. Longue vie à toi et aux tiens !

Aux Drs Bernard Plédran, Philippe Moreaud, Joanne Jen, Véronique Cressot, Francis Geffroy, Jean Roger Sassin, Bruno Boutges et le Pr Demeaux qui m'ont beaucoup apporté pendant cette formation. Merci.

A Daphné et Jacques mes amours pour la vie.

A mes parents qui m'ont soutenu, encouragé tant de fois. Je vous aime tant.

A Mamée, ma grand-mère que j'aime tendrement.

A Vincent, mon petit frère que j'aime. Merci pour ta participation à ce travail. A Anne et Edouard, Hélène, Guillaume, Camille, Noé et Gaël que j'aime. A toute ma famille qui compte tellement pour moi.

A tous mes amis.

1. Introduction

La médecine actuelle justifie la participation de nombreux acteurs de santé pour un même patient, et bien souvent pour un même problème. Cette multiplicité des intervenants implique une bonne coordination des soins, rôle qui revient au médecin traitant. Depuis la réforme de 2004 sur l'assurance maladie, chaque assuré de plus de 16 ans doit déclarer un médecin traitant dans le cadre du parcours de soin coordonné. Le succès de cette réforme renforce le rôle de l'omnipraticien qui « conduit » le patient dans la prise en charge de sa santé, et « centralise » les données médicales qui le concernent [1,2]. Aujourd'hui, ces données sont regroupées, au cabinet médical, dans un seul registre : le dossier médical.

Le dossier médical est l'ensemble des informations concernant la santé du patient détenues par le professionnel. Ces informations sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic, du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé [3,4]. La tenue du dossier médical est légalement obligatoire depuis 1995 [5,6]. Il est la propriété conjointe du patient, de son médecin traitant ou de l'établissement de santé qui héberge le patient. Il peut être consulté par le patient à sa demande [7]. Le contenu du dossier médical a fait l'objet de recommandations par les autorités de santé [8,9], mais est également encadré par la loi [10]. Sa transmission entre confrères est définie par le code de la santé publique qui l'autorise notamment dans le respect du secret médical [11]. Les autorités compétentes en ont donc fait un élément essentiel de la prise en charge du patient. Il est l'un des garants de la qualité mais aussi de la sécurité de cette prise en charge. Même si aucune étude ne démontre le lien direct entre qualité des soins –ou accidents médicaux- et tenue du dossier médical, de nombreux travaux confirment l'intérêt du dossier médical dans certaines situations courantes en soins primaires (visites à domicile, actes urgents, actes de préventions...) [12-15].

Le dossier médical, sous sa forme actuelle, présente l'inconvénient de ne pas être disponible à chaque fois que cela est souhaitable. La multiplication des intervenants et l'augmentation des données appartenant au dossier médical, associés à une plus grande implication des patients pour leur santé, ont fait naître le concept de dossier médical partagé, rebaptisé quelques années après dossier médical personnel (DMP) [16-19]. Le DMP est issu d'une réforme gouvernementale de l'assurance maladie du 13 août 2004. Malheureusement, sa mise en place est un échec relatif : moins de 500 000 dossiers ont été ouverts au 2 janvier 2014... [20,21]. Le gouvernement actuel, sous l'autorité de Mme Touraine, ministre de la santé, entend poursuivre la mise en place de ce projet.

Au regard de l'intérêt que chaque professionnel de santé porte au dossier médical, nous nous sommes interrogés sur sa transmission lors du changement de médecin traitant. L'expérience du médecin généraliste de terrain montre que cette transmission est souvent incomplète, voire parfois complètement absente. Le déficit d'information qui en résulte peut avoir des conséquences sur la prise en charge globale des patients, et en particulier sur la sécurité des soins. Cette question de la transmission des données du dossier patient entre médecins généralistes est peu abordée dans la littérature scientifique. En octobre 2014, nous avons recherché au cours des dix dernières années les publications portant sur ce thème, en langue française et anglaise, sur Science direct, Pub Med, Google Scholar, CISMef et SUDOC. Le mot clé « medical record » a été associé à « ambulatory care », « primary medical care », « general practice », « outpatient », « family doctor », « general practitioner », « treating physician », « regular doctor », « change » et « data transmission ». Les recherches ont porté sur l'identification des recommandations pour la pratique clinique et des conférences de consensus, ainsi que les études contrôlées, randomisées ou comparatives. Par cette méthode, nous avons trouvé des études sur les apports de l'informatisation au cabinet

médical [22], la qualité des échanges entre médecins [23] et entre le médecin et son patient [24] en soins ambulatoire, et les moyens disponibles et à venir qui influencent cet échange.

Notre expérience personnelle et le manque de données disponibles nous ont amené à nous interroger : lorsqu'un patient change de médecin traitant, quelles informations médicales -jugées essentielles- sont fournies par le patient à son nouveau praticien? Quelles sont les variables associées à une meilleure transmission de ces données ?

Nous pouvons formuler certaines hypothèses. Nous recevons fréquemment de nouveaux patients (déménagements, insatisfaction du précédent médecin traitant, accueil de patients d'un confrère parti en retraite...). Les éléments du dossier médical semblent transmis de façon insuffisante lors de ce changement de médecin traitant. En cas de maladie chronique (MC) ou d'affection de longue durée (ALD), la transmission des données médicales est probablement meilleure. Le motif de changement de médecin traitant, le type de maladie chronique ou d'ALD, le profil du praticien pourraient aussi influencer l'échange des données médicales. En l'absence de dossier amené par le patient, la communication directe entre confrères devrait augmenter la quantité et la qualité des informations.

L'objectif principal de notre étude était de préciser les éléments du dossier médical apportés par un patient lors du premier contact avec son nouveau médecin traitant. L'objectif secondaire était de vérifier l'impact du caractère chronique ou potentiellement grave de la maladie, ou des maladies, sur la transmission de tout ou partie du dossier médical.

2. Méthode

1. Objectifs

L'objectif principal de notre étude était de préciser les éléments du dossier médical apportés par un patient à son nouveau médecin traitant. L'objectif secondaire était de vérifier l'impact du caractère chronique ou potentiellement grave de la maladie, ou des maladies, sur la transmission de tout ou partie du dossier médical. Nous souhaitions par ailleurs étudier si le motif de changement de médecin traitant et la notion de communication entre confrères avaient un rôle significatif dans cette transmission.

Nous avons mené une enquête de pratique à partir d'un échantillon de 400 médecins généralistes tirés au sort, sans distinction de genre, lieu d'exercice et d'âge, parmi les 1888 recensés en Gironde au 16 octobre 2014. Cette liste a été obtenue sur demande adressée par courrier à l'Agence Régionale de Santé. Les médecins de SOS médecins et les médecins généralistes ayant des compétences spécifiques (allergologie, angiologie...) ont été exclus du tirage au sort. Ce tirage a été effectué à l'aide du logiciel Excel®. L'enquête a été envoyée par courrier aux praticiens sélectionnés le 20 novembre 2014.

2. Le questionnaire

Il comprenait 3 éléments : une feuille de présentation avec des explications sur les modalités de participation à l'étude ; la fiche de renseignements recto verso à remplir par le médecin traitant (cf. Annexes) et une enveloppe retour préaffranchie à notre adresse. Pour le premier nouveau patient qui souhaitait déclarer le praticien comme nouveau médecin traitant, nous demandions de remplir cette fiche. Les renseignements demandés étaient les suivants : identification du praticien (tampon), le motif du changement de médecin traitant, le profil du patient (âge, notion de maladie chronique ou affection de longue durée, sexe), les sources d'informations apportées par le patient (dossier médical, dernière ordonnance, compte rendu

spécialisé, résultats d'examens complémentaires, carnet de vaccination). N.B : nous avons défini le terme de maladie chronique comme toute affection chronique, hors ALD, qui nécessite une prise en charge régulière par le médecin traitant. En l'absence de sources d'informations, le praticien renseignait s'il avait contacté le précédent médecin traitant et, le cas échéant, pu récupérer le dossier médical. Enfin, lorsque le dossier médical était présent, il fallait vérifier la présence des données médicales jugées utiles (antécédents médicaux, psychiatriques, chirurgicaux, obstétricaux, compte rendu de consultation précédente, traitement avec nom et posologie, compte rendu de consultation spécialisée, d'hospitalisation, allergie et intolérance médicamenteuse, données de dépistages et vaccinations) notamment en cas de maladie chronique.

3. Mode de recueil et analyses des données

L'enquête a débuté le 20 novembre 2014 par l'envoi du questionnaire. La fiche de renseignement était acheminée par courrier à notre domicile, et collectée par nos soins. Nous avons prévu de téléphoner à tous les praticiens n'ayant pas répondu après un mois pour les « motiver ». L'enquête a duré 2 mois et nous avons reçu 98 dossiers « exploitables », c'est-à-dire sans incohérences, erreurs évidentes, et dont les patients avaient plus de 16 ans (âge minimal pour la déclaration de médecin traitant). Pendant toute l'étude, nous avons téléphoné aux praticiens dont les fiches de renseignements renvoyées étaient incomplètes. Les données ont été collectées sur le fichier Excel®, analysées et comparées par méthode statistiques khi², dans le but de répondre à nos objectifs d'étude.

3. Résultats

Nous avons porté l'analyse des résultats à plusieurs niveaux. En premier lieu nous avons défini les critères d'inclusion et d'exclusion des fiches de renseignements renvoyées par les médecins tirés au sort. Nous avons d'abord analysé le profil des médecins traitants (MT) répondeurs et inclus dans l'étude. L'analyse du profil comprenait le sexe et le lieu d'exercice. Ce profil répondeur a ensuite été comparé au profil de la population tirée au sort. Nous avons ensuite défini le profil des patients. Cette analyse comprenait l'âge, le motif de changement de médecin traitant, la notion de maladie chronique (MC) ou d'affection de longue durée (ALD) et le type d'affection s'il y en avait une. Puis, nous avons analysé la source d'information amenée par le patient le jour de la consultation. Cela pouvait être le dossier médical, la dernière ordonnance, le dernier courrier de consultation spécialisée, les derniers examens complémentaires, le carnet de vaccination ou aucune de ces sources. Nous avons analysé les variables d'influence de cette transmission d'information : l'âge du patient supérieur à 50 ans, la notion de MC ou d'ALD et le motif de changement de médecin traitant. En l'absence de données nous avons vérifié si le nouveau médecin traitant avait cherché à contacter le précédent praticien pour obtenir le dossier médical du nouveau patient, et dans quelle mesure ce contact s'était avéré efficace. Enfin, nous avons analysé le contenu des dossiers médicaux transmis au nouveau praticien c'est-à-dire si les informations que nous avons jugées utiles (antécédents, traitements, dépistage, vaccinations, données d'alertes...) étaient présentes dans ces dossiers, notamment en fonction du profil des patients.

1. Déroulement de l'étude et caractéristiques des dossiers inclus

Nous avons envoyé une fiche de renseignements à 400 médecins généralistes tirés au sort. Nous avons reçu 102 fiches de renseignements, dont 95 par courrier, 6 par mail, et 1 remise en main propre. Soixante-douze réponses nous sont parvenues le premier mois. Trente

réponses sont parvenues le second mois, après contact téléphonique de rappel auprès des médecins n'ayant pas encore répondu. Nous avons téléphoné aux praticiens dont les fiches de renseignements étaient incomplètes ou incohérentes afin de compléter ces fiches. Les critères d'exclusion étaient les suivants : les patients de moins de 16 ans (âge minimal pour faire la déclaration de médecin traitant), les fiches restées incomplètes ou incohérentes. Nous avons exclu 5 dossiers. Les critères d'inclusions étaient les suivants : toutes les fiches de renseignements parvenues pendant les 2 mois de l'étude ; complètes et cohérentes, dont les patients avaient plus de 16 ans. Nous avons inclus 98 fiches dont 8 ont été complétées ou modifiées par téléphone avec le praticien concerné. Le taux de réponses incluses dans l'étude était de 24.5% (98/400).

début de l'étude le 20/11/2014 : envoi de 400 questionnaires

20/12/2014 : 72 réponses. contact téléphonique avec les médecins n'ayant pas répondu

fin de l'étude le 20/01/2015 : 98 réponses exploitables

2. Profil des nouveaux médecins traitants

Nous avons recueilli les données concernant le genre des médecins généralistes et leur lieu d'exercice. L'âge des médecins n'était pas demandé dans le questionnaire.

Définir le mode d'exercice en rural, semi-rural et urbain nous paraissait laborieux et imprécis. Nous avons choisi de parler de zones d'exercice « intense ». Le département de la Gironde est découpé en 9 zones définies par l'Agence Régionale de Santé [25, annexe 2]. Le territoire du Médoc, du Libournais et du Sud Gironde correspondent à des zones dans lesquelles la densité de médecins généralistes pour 100000 habitants est faible. Le taux de médecins généralistes proche de la retraite (plus de 55 ans) et la part de population âgée (supérieure à 75 ans) y sont supérieurs aux autres zones. Nous les avons classées en zones d'activité « intense ». Parmi les médecins généralistes ayant été inclus dans l'étude, 7 exerçaient dans le médoc (7%), 4 en Nord Gironde (4%), 8 dans le Libournais (8%), 10 dans le Sud Gironde (10%), 6 sur le bassin (6%), 10 en CUB Nord-Ouest (10%), 12 en CUB rive droite (12%), 23 en CUB Sud-Ouest (23%), 18 à Bordeaux (18%).

L'enquête incluait 56 hommes (57%) pour 42 femmes (43%).

Au total, la population des médecins généralistes inclus dans l'étude était comparable à celle des médecins généralistes de la Gironde [26].

N.B : N'ayant pas cette information concernant notre population, l'âge du nouveau médecin traitant n'était pas pris en compte et ne pouvait donc pas être comparé à la population girondine de médecin généraliste.

3. Les caractéristiques des patients

3.1. Les différentes populations

L'âge était en moyenne de 53 ans. Les valeurs extrêmes étaient 16 et 92 ans. La médiane à 52 ans. Trente-neuf patients n'avaient aucune affection chronique ou de longue durée soit 40% ; 59 avaient ou une MC seule(23) ou les deux (36) soit 60%. Il y avait 47 hommes (48%) et 51 femmes (52%). Nous avons défini 4 sous types de populations :

Les patients ayant une MC et une ALD (36 cas) avaient en moyenne 65 ans ; entre 25 et 92 ans. L'âge médian était 65 ans. Il y avait 19 hommes (53%) et 17 femmes (47%). Par simplification nous avons intitulé cette population « MC+/ALD+ ».

La population de patient souffrant uniquement d'une MC (MC+ ; 23cas) avait en moyenne 55 ans ; entre 25 et 84 ans. L'âge médian était 53 ans. Il y avait 10 hommes (38%) pour 13 femmes (62%).

La population de patient ayant au moins une affection (M+ ; 59 cas) avait en moyenne 62 ans ; entre 25 et 92 ans. L'âge médian se situait à 65 ans. Il y avait 29 hommes (49%) et 30 femmes (51%). Cette population correspond à l'ensemble MC+ et MC+/ALD+.

Les patients sans MC et sans ALD (MC-/ALD - ; 39 cas) avaient en moyenne 35 ans ; entre 16 et 84 ans. La médiane se situait à 33 ans. Il y avait 18 hommes (46%) et 21 femmes (54%).

	Ensemble des patients	ALD - / MC -	ALD + / MC +	MC + / ALD -	M +
Effectifs (%)	N = 98 (100)	N = 39 (40)	N = 36 (37)	N = 23 (23)	N = 59 (60)
Age moyen	53	35	65	55	62
Age médian	52	33	65	53	65
Age : valeurs extrêmes	16 - 92	16 - 84	25 - 92	25 - 84	25 - 92
Rapport homme/femme (%)	47/51 (48/52)	18/21 (46/54)	19/17 (53/47)	10/13 (43/57)	29/30 (49/51)

Tableau 1 : Répartition des patients en fonction de l'existence d'une maladie chronique (MC) et/ou d'une affection de longue durée (ALD)

3.2. Les affections présentées par les patients

Nous avons analysé les différents types d'affections dont souffraient les patients. Dans la population MC+/ALD+, 25 patients étaient atteints de maladie(s) cardio-vasculaire(s) (71%), 7 de maladie(s) neurologique(s) (19%), 1 seul d'affection(s) gastro intestinale(s) (5%), 10 de maladie(s) cancéreuse(s) (29%), 1 seul de maladie(s) inflammatoire(s) (3%), 2 de maladie(s) rhumatologique(s) (6%), 15 de problème(s) métabolique(s) ou endocrinien(s) (42%), 3 de pathologie(s) psychiatrique(s) (8%), 3 de pathologie(s) génito-urinaire(s) (8%) et un patient était atteint de pathologie(s) pneumologique(s) (3%).

Dans la population MC+, 11 patients souffraient de maladie(s) cardio-vasculaire(s) (49%), 5 de maladie(s) neurologique(s) (21%), aucun ne souffraient d'affection(s) gastro-intestinale(s), 2 de maladie(s) cancéreuse(s) (8%), 1 seul de maladie(s) inflammatoire(s) (4%), 5 d'affection(s) rhumatismale(s) (21%), 4 de maladie(s) endocrinienne(s) (17%), 2 de pathologie(s) psychiatrique(s) (8%), 2 de maladie(s) génito-urinaire(s) (8%) et 2 patients souffraient de maladie(s) pneumologique(s) (18%).

Dans la population M+, 36 patients souffraient de maladie(s) cardio-vasculaire(s) (61%), 12 de maladie(s) neurologique(s) (20%), 2 d'affection(s) gastro-intestinale(s) (3%), 12 de maladie(s) cancéreuse(s) (29%), 2 seul de maladie(s) inflammatoire(s) (3%), 7 d'affection(s) rhumatismale(s) (12%), 19 de maladie(s) endocrinienne(s) (32%), 5 de pathologie(s) psychiatrique(s) (8%), 5 de maladie(s) génito-urinaire(s) (8%) et 3 patients souffraient de maladie(s) pneumologique(s) (5%).

Type d'affection	Ensemble de la population malade M+	ALD+ MC+
	N = 59 (%)	N = 36 (%)
Cardio-vasculaire	36 (61)	25 (70)
Neurologique	2 (3)	7 (19)
Gastro-hépto-entérologique	2 (3)	2 (6)
Oncologique	12 (29)	10 (28)
Maladie inflammatoire	2 (3)	1 (3)
Rhumatologique	7 (12)	2 (6)
Endocrinien ou métabolique	19 (32)	15 (41)
Psychiatrique	5 (8)	3 (8)
Génito-urinaire	5 (8)	3 (8)
Pneumo-allergologique	3 (5)	1 (3)

Tableau 2 : répartition des antécédents de maladies chroniques (MC) et des affections de longue durée (ALD)

L'objectif de cette analyse était de vérifier que la population des patients M+ était comparable au profil des patients malades qui consultent en médecine ambulatoire en Gironde. A partir des documents rendus disponibles par l'assurance maladie sur la répartition des ALD en Gironde, nous avons comparé les populations de malades et conclu à l'absence de différences statistiquement significatives entre elles [27].

3.3. Motif(s) de changement de médecin traitant

Nous avons analysés les motifs de changement(s) de médecin traitant. Pour l'ensemble des dossiers, on retrouvait 51 cas de déménagements (52%), 16 cas de départ en retraite du précédent médecin traitant (16%), 23 patients étaient insatisfaits de leur précédent médecin traitant (23%) et 8 patients avaient d'autres motifs (8%). La population MC-/ALD- présentait un taux de changement de médecin traitant pour cause de déménagement à 61%. Douze pour cent pour cause de départ en retraite du précédent médecin traitant, 20% d'insatisfaits, et 5% pour un autre motif.

L'analyse des différentes populations et des motifs de changements de médecins traitants ne retrouve pas de différences significatives entre elles. On remarque que le motif déménagement représente 61% des effectifs MC- ALD- et 46 % des M+ ; mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0.13$).

	Ensemble des effectifs N = 98 (%)	MC- ALD- N = 39 (%)	MC+ ALD- N = 23 (%)	MC+ ALD+ N = 36 (%)	M+ N = 59 (%)
Déménagement	51 (52)	24 (61)	10 (43)	17 (47)	27 (46)
Départ à la retraite	16 (16)	5 (12)	4 (17)	7 (19)	11 (19)
Insatisfaction	23 (23)	8 (20)	6 (26)	9 (25)	15 (25)
autres	8 (8)	2 (5)	3 (13)	3 (8)	6 (10)

Tableau 3 – motifs de changement de médecin traitant

4. La(les) source(s) d'information(s) amenée(s) par le patient

4.1. En fonction des sous populations de malades

Pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'étude (98 cas), le nouveau médecin traitant disposait du dossier médical du patient pour 24 cas (soit 24%), de la dernière ordonnance du patient pour 52 patients (53%), du compte rendu de consultation spécialisée pour 37 patients (38%), du (ou des) dernier(s) examen(s) complémentaire(s) pour 43 patients (44%) et du carnet de vaccination pour 15 patients, soit 15% des cas. Il n'y avait aucun document pour 28 patients (29%) et l'on retrouvait l'association « dernier compte rendu de consultation spécialisée, dernière ordonnance et dernier(s) examen(s) paraclinique(s) pour 27 patients (27%).

La population MC-/ALD- (39 cas) apporte comme source d'information : le dossier médical pour 3 patients (8%), la dernière ordonnance pour 3 cas (8%), le compte rendu de la dernière consultation spécialisée pour 4 cas (10%), le(s) dernier(s) examen(s) paraclinique(s) dans 7 cas (18%), le carnet de vaccination pour 9 patients (23%), aucun document dans 23 cas (60%). On ne retrouvait dans aucun cas l'association « courrier spécialiste/ordonnance/examen complémentaire ».

La population MC+ (23 cas) a présenté à son nouveau médecin traitant : le dossier médical pour 6 cas, soit 26% ; la dernière ordonnance dans 18 cas (78%), le dernier compte rendu de consultation spécialisée pour 8 patients (35%), le(s) dernier(s) examen(s) paraclinique(s) dans 12 cas (52%) et le carnet de vaccination dans 3 cas, soit 13% de cette population. Il n'y avait aucun document lors du premier entretien pour 2 patients, soit 9% d'entre eux. L'association « courrier spécialiste/ordonnance/examen complémentaire » était retrouvée dans 7 cas (30%).

La population MC+/ALD+ (36 cas) a amené son dossier médical dans 15 cas (42%), la dernière ordonnance pour 32 patients (89%), le dernier compte rendu de spécialiste dans 25 cas (70%), le(s) dernier(s) examen(s) paraclinique(s) dans 24 cas (67%) et le carnet de vaccination pour 3 malades, soit 8% des cas. Il n'y avait aucun document pour 3 patients (8%) et l'association « courrier spécialiste/ordonnance/examen complémentaire » représentait 56% des patients (20 cas).

La population M+ (59 cas) a amené son dossier médical dans 21 cas (36%), la dernière ordonnance pour 50 patients (85%), le dernier compte rendu de spécialiste dans 33 cas (56%), le(s) dernier(s) examen(s) paraclinique(s) dans 36 cas (61%) et le carnet de vaccination pour 6 malades, soit 10% des cas. Il n'y avait aucun document pour 5 patients (8%) et l'association « courrier spécialiste/ordonnance/examen complémentaire » représentait 46% des patients (27 cas).

L'analyse statistique comparative de ces données confirme que la population M+ amène plus fréquemment le dossier médical que la population MC- ALD- ($p = 0.001$). Cette différence statistique se retrouve également pour les autres sources d'informations médicales. Les patients M+ n'apportent aucune donnée dans 8 % des cas contre 60% pour les patients MC- ALD-. Cet écart est aussi significatif. En revanche, l'analyse concernant le carnet de vaccination révèle un taux plus fort dans la population MC- ALD- mais ce n'est pas significatif ($p = 0.08$). Les comparaisons statistiques entre les populations ALD+MC- et ALD+ MC+ ne retrouvent pas de différences concernant les sources d'informations médicales. On retrouve les mêmes différences entre la population ALD- MC- et les populations ALD+ MC+ et ALD+ MC-.

	Ensemble des effectifs N = 98 (%)	MC- ALD- N = 39 (%)	MC+ N = 23 (%)	MC+ ALD+ N = 36 (%)	M+ N = 59 (%)
Dossier médical	24 (24)	3 (8)	6 (26)	15 (42)	21 (36)
Dernière ordonnance	52 (53)	3 (8)	18 (78)	32 (89)	50 (85)
Dernier courrier de spécialiste	37 (38)	4 (10)	8 (35)	25 (70)	33 (56)
Dernier examen paraclinique	43 (44)	7 (18)	12 (52)	24 (67)	36 (61)
Association ordonnance, courrier de spécialiste et résultat paraclinique	27 (27)	0	7 (30)	20 (56)	27 (46)
Carnet de vaccination	15 (15)	9 (23)	3 (13)	3 (8)	6 (10)
Aucune donnée médicale	28 (29)	23 (60)	2 (9)	3(8)	5 (8)

Tableau 4 : Sources des données médicales disponibles en fonction des populations de patients

4.2. En fonction de l'âge

Nous avons analysé la transmission des données médicales chez les patients de plus de 50 ans (51 cas). Le dossier médical est transmis pour 22 cas soit 43% de cette population. La dernière ordonnance est amenée dans 44 cas (86%), le dernier compte rendu de consultation spécialisée dans 32 cas (63%), le(s) dernier(s) résultat(s) d'examen(s) complémentaire(s) dans 35 cas (69%), le carnet de vaccination pour 4 patients (8%), aucun document dans 8 % des cas (4 cas) et l'association « courrier spécialiste/ordonnance/examen complémentaire » est présente pour 26 patients de plus de 50 ans, soit 50% d'entre eux.

Chez les patients de moins de 50 ans (47 cas), la transmission du dossier médical a lieu lors du premier contact pour 2 patients (4%), la dernière ordonnance dans 8 cas (17%), le

compte rendu de consultation spécialisée dans 5 cas (11%), le(s) dernier(s) examen(s) complémentaire(s) dans 8 cas (17%) et le carnet de vaccination pour 23 % des moins de 50 ans, soit 11 patients. Il n'y avait aucun document pour 24 patients (51%) et l'association « courrier spécialiste/ordonnance/examen complémentaire » était retrouvé pour un seul cas, soit 2%.

L'étude statistique de ces données confirme la différence significative entre les populations d'âge supérieur ou inférieur à 50 ans ; indépendamment de la notion de maladie chronique ou de longue durée ; concernant les sources de données médicales amenées en consultation ($p < 0.001$). La population de moins de 50 ans amène son carnet de vaccination plus souvent que celle de plus de 50 ans ($p = 0.03$).

	Population de plus de 50 ans	Population de moins de 50 ans
	N = 51 (%)	N = 47 (%)
Dossier médical	21 (41)	2 (4)
Dernière ordonnance	44 (86)	8 (17)
Courrier de consultation spécialisée	32 (63)	5 (11)
Résultat d'examen paraclinique	35 (69)	8 (17)
Association ordonnance/courrier de spécialiste/examen paraclinique	26 (50)	1 (2)
Carnet de vaccination	4 (8)	11 (23)
Aucune donnée médicale	4 (8)	24 (51)

Tableau 5 – sources d'informations médicales en fonction de l'âge

4.3. En fonction du motif de changement de médecin traitant

Nous avons analysé l'influence du motif de changement de médecin traitant sur la source de donnée(s) médicale(s) présente lors du premier entretien.

Les patients ayant changé de médecin traitant pour cause de déménagement (51 cas) avaient amené leur dossier médical dans 7 cas (14%), la dernière ordonnance dans 23 cas (45%), le dernier compte rendu de consultation spécialisé dans 17 cas (33%), le(s) dernier(s) examen(s) complémentaire(s) dans 17 cas (33%) et le carnet de vaccination pour 6 patients (11%). Il n'y avait aucun document dans 40% des cas (21 patients) et l'association « courrier spécialiste/ordonnance/examen complémentaire » comprenait 11 patients, soit 22% d'entre eux.

Les patients ayant changé de médecin traitant à cause du départ à la retraite de leur précédent médecin traitant (16 cas) ont présenté leur dossier médical pour 10 cas (63%), la dernière ordonnance dans 11 cas (69%), le compte rendu de consultation spécialisée dans 9 cas (56%), le(s) examen(s) complémentaire(s) dans 10 cas (63%) et le carnet de vaccination pour 2 patients (13%). Il n'y avait aucune source d'information pour 2 patients (13%) et l'association « courrier spécialiste/ordonnance/examen complémentaire » comprenait 7 cas (44%).

Les patients insatisfaits de leur précédent médecin traitant (23 cas) ont amené leur dossier médical dans 22% des cas (5 cas), la dernière ordonnance pour 13 patients (56%), le dernier compte rendu de spécialiste dans 8 cas (35%), le(s) dernier(s) résultat(s) d'examen(s) paraclinique(s) pour 13 patients (56%) et le carnet de vaccination pour 7 patients (30%). Aucun document n'était présent dans 13% des cas (3 patients) et l'association « courrier spécialiste/ordonnance/examen complémentaire » représentait 30% des cas (7 patients).

L'analyse statistique de ces données révèle que les patients dont le précédent MT est parti à la retraite ont apporté plus souvent leur dossier médical ou leur résultat d'examen complémentaire ($p < 0.05$) que les patients qui ont déménagé ou qui étaient mécontents de leur précédent MT. Les patients qui changent de MT pour déménagement arrivent plus

souvent sans aucune donnée médicale que les autres patients ($p = 0.03$). Les autres valeurs comparées entre les populations ne sont pas statistiquement significatives.

	Déménagement (%)	Départ en retraite (%)	Insatisfaction (%)	Autres (%)
	N = 51	N = 16	N = 23	N = 8
Dossier médical	7 (14)	10 (63)	5 (22)	2 (25)
Dernière ordonnance	23 (45)	11 (69)	13 (56)	5 (63)
Dernier courrier de spécialiste	17 (33)	9 (56)	8 (35)	3 (37)
Dernier résultat d'examen complémentaire	17 (33)	10 (63)	13 (56)	4 (50)
Association dernière ordonnance, dernier courrier de spécialiste et examen paraclinique	11 (22)	7 (44)	7 (30)	0 (0)
Carnet de vaccination	6 (11)	2 (13)	7 (30)	0 (0)
Aucune donnée médicale	21 (40)	2 (13)	3 (13)	2 (25)

Tableau 6 – sources de données médicales en fonction du motif de changement de MT

5. Le contact avec le précédent médecin traitant

La question se posait si le dossier médical était absent et si les autres sources de données médicales n'étaient pas transmises lors du premier entretien. Il y avait 76 cas de ce type. Le nouveau médecin traitant disposait des coordonnées du précédent médecin traitant dans 45 cas (60%) et a cherché à le joindre par téléphone dans 10 cas (13%). Le dossier

médical est parvenu au médecin traitant dans les 15 jours dans 10 cas (13%), dont 5 à la suite d'un appel téléphonique.

	Coordonnées du précédent MT N = 76 (%)	Contact téléphonique N = 76 (%)	Dossier médical reçu dans les 15 jours suite appel N = 10 (%)
Oui	45 (59)	10 (13)	5 (50)
Non	31 (41)	66 (87)	5 (50)

Tableau 7 – contact entre confrères

Pour les 10 dossiers médicaux transmis, 7 patients (70%) appartenaient à la population M+. A noter que 5 dossiers concernaient un patient qui changeait de médecin traitant suite à un déménagement, 1 seul suite à un départ en retraite du médecin traitant et 4 dossiers concernaient des patients insatisfaits du précédent médecin traitant.

Pour les 10 appels téléphoniques, 7 concernaient un patient M+.

Parmi les 10 appels téléphoniques, 4 concernaient un patient qui avait changé de médecin traitant pour cause de déménagement (40%), 5 par insatisfaction (50%) et un suite au départ à la retraite de leur précédent médecin traitant (10%).

Parmi les 10 médecins traitants ayant téléphonés à leur confrère, il y avait 7 hommes et 3 femmes. Trois d'entre eux exerçaient dans une « zone d'exercice intense ».

L'analyse statistique de ces données montre que le dossier médical est transmis plus souvent en cas d'appel à l'ancien médecin traitant ($p < 0.001$). On constate que le nouveau

MT téléphone plus souvent à l'ancien praticien lorsque le patient déclare être insatisfait par celui-ci ($p = 0.004$).

6. Le contenu des dossiers médicaux reçus

Les nouveaux médecins traitants ont reçu 34 dossiers médicaux, dont 24 (71%) le jour du premier contact avec leur nouveau patient et 10 (29%) sont parvenus secondairement.

Parmi les 34 dossiers dont disposaient le praticien le jour de la consultation ou dans les 15 jours suivants, les antécédents médicaux étaient présents dans 31 cas soit 91% des dossiers, les antécédents psychiatriques pour 16 dossiers (47%), les antécédents chirurgicaux dans 29 cas (85%) et les antécédents gynécologiques dans 5 cas sur 13 femmes (38%). Le compte rendu de la dernière consultation du précédent praticien se trouvait dans 15 dossiers (44%). Les données allergie et intolérance médicamenteuse se trouvait pour 17 cas (50%), les mammographies ou frottis cervico-vaginaux (FCV) étaient présent dans 46% des 6 dossiers. Les tests hémocult étaient retrouvés dans 8 cas sur 29 possibles soit (28%). Les vaccinations étaient présentes pour 12 dossiers (35%).

Dans la population ALD-/MC-, parmi les 6 dossiers obtenus le jour de la consultation ou dans les 15 jours suivants, les antécédents médicaux étaient présents dans 6 cas soit 100% des dossiers, les antécédents psychiatriques pour 4 dossiers (67%), les antécédents chirurgicaux dans 6 cas (100%) et les antécédents gynécologiques dans 2 cas sur 2 femmes (100%). Le compte rendu de la dernière consultation du précédent praticien se trouvait dans 4 dossiers (67%). Les données allergie et intolérance médicamenteuse se trouvait pour 4 cas (67%), les mammographies ou frottis cervico-vaginaux (FCV) étaient présent dans 100% des 6 dossiers. Les tests hémocults étaient retrouvés dans 2 cas sur 3 possibles soit (67%). Les vaccinations étaient présentes pour 5 dossiers (83%).

Dans la population ALD+/MC+, parmi les 17 dossiers obtenus le jour de la consultation ou dans les 15 jours suivants, les antécédents médicaux étaient présents dans 17 cas soit 100% des dossiers, les antécédents psychiatriques pour 8 dossiers (47%), les antécédents chirurgicaux dans 16 cas (94%) et les antécédents gynécologiques dans 5 cas sur 6 femmes (83%). Le compte rendu de la dernière consultation du précédent praticien se trouvait dans 7 dossiers (41%). Les données allergie et intolérance médicamenteuse se trouvait pour 8 cas (47%), les mammographies ou FCV étaient présents dans 67% des 6 dossiers. Les tests hémo-cults étaient retrouvés dans 4 cas sur 17 possibles soit (24%). Les vaccinations étaient présentes pour 4 dossiers (24%). Le résultat de la dernière biologie était présent pour 16 cas (94%), le nom du traitement dans 16 cas (94%), la posologie du traitement pour 15 patients (88%), le(s) compte(s) rendu(s) de consultation(s) spécialisée(s) dans 15 cas (88%) et le(s) compte(s) rendu(s) d'hospitalisation(s) pour 82 % des dossiers (14 cas).

Dans la population MC+, parmi les 11 dossiers obtenus le jour de la consultation ou dans les 15 jours suivants, les antécédents médicaux étaient présents dans 8 cas soit 73% des dossiers, les antécédents psychiatriques pour 4 dossiers (36%), les antécédents chirurgicaux dans 7 cas (64%) et les antécédents gynécologiques dans 1 cas sur 9 femmes (11%). Le compte rendu de la dernière consultation du précédent praticien se trouvait dans 4 dossiers (36%). Les données allergie et intolérance médicamenteuse se trouvait pour 5 cas (45%), les mammographies ou FCV étaient présents dans 11% des 9 dossiers. Les tests hémo-cults étaient retrouvés dans 3 cas sur 11 possibles soit (27%). Les vaccinations étaient présentes pour 3 dossiers (27%). Le résultat de la dernière biologie était présent pour 7 cas (64%), le nom du traitement dans 11 cas (100%), la posologie du traitement pour 9 patients (82%), le(s) compte(s) rendu(s) de consultation(s) spécialisée(s) dans 7 cas (64%) et le(s) compte(s) rendu(s) d'hospitalisation(s) pour 27 % des dossiers (3 cas).

Dans la population M+, parmi les 28 dossiers obtenus le jour de la consultation ou dans les 15 jours suivants, les antécédents médicaux étaient présents dans 25 cas soit 89% des dossiers, les antécédents psychiatriques pour 12 dossiers (43%), les antécédents chirurgicaux dans 23 cas (82%) et les antécédents gynécologiques dans 6 cas sur 15 femmes (39%). Le compte rendu de la dernière consultation du précédent praticien se trouvait dans 11 dossiers (39%). Les données allergie et intolérance médicamenteuse se trouvait pour 13 cas (46%), les mammographies ou FCV étaient présents dans 33% des 15 dossiers. Les tests hémocults étaient retrouvés dans 7 cas sur 27 possibles soit (26%). Les vaccinations étaient présentes pour 7 dossiers (25%). Le résultat de la dernière biologie était présent pour 23 cas (82%), le nom du traitement dans 27 cas (96%), la posologie du traitement pour 24 patients (86%), le(s) compte(s) rendu(s) de consultation(s) spécialisée(s) dans 22 cas (79%) et le(s) compte(s) rendu(s) d'hospitalisation(s) pour 61 % des dossiers (17 cas).

L'analyse statistique du contenu des dossiers médicaux (hors carnet de vaccination) reçus ne révèle aucune différence statistiquement significative en fonction des différentes populations de patients (ALD- MC-, ALD+ MC+, ALD- MC+, M+), en fonction du motif de changement de MT, lorsque le dossier médical parvient au nouveau MT après 15 jours de délai ou après appel téléphonique du nouveau MT. Le carnet de vaccination fait plus souvent partie des dossiers médicaux transmis dans la population ALD- MC- que dans les autres populations ($p = 0.03$).

	Ensembles des effectifs	ALD- MC-
	N = 13 (%)	N = 3 (%)
Mammographie et frottis cervico vaginal	6 (46)	2 (67)

Tableau 8 – dépistage des cancers des femmes

	Ensemble des effectifs N = 34 (%) dont 13 femmes	ALD+ MC+ N = 17 (%) dont 6 femmes	ALD- MC+ N = 11 (%) dont 9 femmes	ALD- MC- N = 6 (%) dont 3 femmes
Antécédents médicaux	31 (91)	17 (100)	8 (73)	6 (100)
Antécédents psychiatriques	16 (47)	8 (47)	4 (36)	4 (67)
Antécédents chirurgicaux	29 (85)	16 (94)	7 (64)	6 (100)
Antécédents gynéco- obstétricaux	5 (38)	5 (83)	1 (11)	3 (100)
Compte rendu de la dernière consultation avec le MT	15 (44)	7 (41)	4 (36)	4 (67)
Dernière biologie		16 (94)	7 (64)	
Nom du traitement		16 (94)	11 (100)	
Posologie du traitement		15 (88)	9 (82)	
Compte rendu de consultation spécialisée		15 (88)	7 (64)	
Compte rendu d'hospitalisation		14 (82)	3 (27)	
Allergie ou intolérance médicamenteuse	17 (50)	8 (47)	5 (45)	4 (67)
Vaccination	12 (35)	4 (24)	3 (27)	5 (83)

Tableau 9 – contenu des dossiers médicaux

	Ensemble des effectifs N = 29 (%)	M+ N = 28 (%)	ALD- MC- N = 3 (%)
Hemocult	8 (28)	7 (25)	2 (67)

Tableau 10 – test hemocult

4. Discussion

Pour mémoire, il s'agissait d'une enquête de pratique en médecine générale dont le thème était la transmission des données médicales lors du changement de médecin traitant. La durée de l'étude était de 2 mois. Elle était proposée à 400 médecins généralistes établis en Gironde. Il s'agissait de renvoyer, par courrier, une fiche de renseignement lors du contact avec le premier nouveau patient vu en consultation et qui souhaitait faire une déclaration de MT. Sur les 400 fiches, 98 ont été incluses dans l'étude. L'objectif principal était de déterminer les informations médicales apportées par chaque nouveau patient dans le cadre du changement de médecin traitant et l'objectif secondaire était d'étudier les variables d'influences de cette transmission (maladie chronique, motif de changement de médecin traitant, communication entre les praticiens...).

1. Les limites de l'étude

Notre enquête était prospective. Pour être contributive, l'effectif de l'étude devait être important, et l'étude, d'une durée suffisamment prolongée. Dans notre enquête, 98 dossiers ont été inclus. Ce résultat est relativement faible au regard de la population sélectionnée tirée au sort (400), soit un taux de réponse de 24.5%. Par ailleurs, la durée de l'étude était courte (2 mois). La puissance statistique d'une telle étude est donc à relativiser.

Cette relative faiblesse s'explique en partie par les moyens limités et l'implication modérée des médecins généralistes par ailleurs très souvent sollicités par des enquêtes.

Au cours de notre travail nous nous sommes aperçus que le questionnaire ne permettait pas de différencier les patients concernant le dépistage des cancers. La notion d'antécédents familiaux de cancer n'étaient pas exprimés (cas excluant les patients du

dépistage national, pour un dépistage personnalisé). Ainsi l'absence de données de dépistage dans les dossiers a pu être surévaluée.

Le profil des praticiens ayant répondu était comparable au profil des médecins généralistes de Gironde (lieu d'exercice, mode d'activité, sexe) ce qui est un élément rassurant quant au biais de sélection de ce type d'enquête [26]. Cependant, il n'incluait pas l'âge des médecins.

L'aspect déclaratif des données était aussi un élément négatif. On peut supposer que le patient puisse venir une première fois sans dossier car ne connaissant par le futur MG, voulant se faire une idée sur le praticien.

Pour améliorer notre étude et limiter les biais inhérents à celles-ci, le questionnaire a été testé par des collaborateurs à plusieurs reprises. L'objectif était de valider sa faisabilité et son intérêt scientifique (validité, reproductibilité, sensibilité...). Ce questionnaire était volontairement d'une durée de remplissage brève pour limiter le biais de recrutement des praticiens. Les questions étaient fermées ou impliquaient des réponses courtes pour avoir des données fiables et exploitables. L'enveloppe retour était pré affranchie et n'impliquait aucune participation financière des médecins tirés au sort. Enfin, nous avons téléphoné aux praticiens n'ayant pas répondu après un mois, pour les inviter à le faire. Les praticiens dont les fiches de renseignements étaient incomplètes ont fait également l'objet d'un appel téléphonique dans le but d'inclure leurs données.

2. Le praticien manque de données médicales objectives lors du premier contact avec un patient : nuances et explications

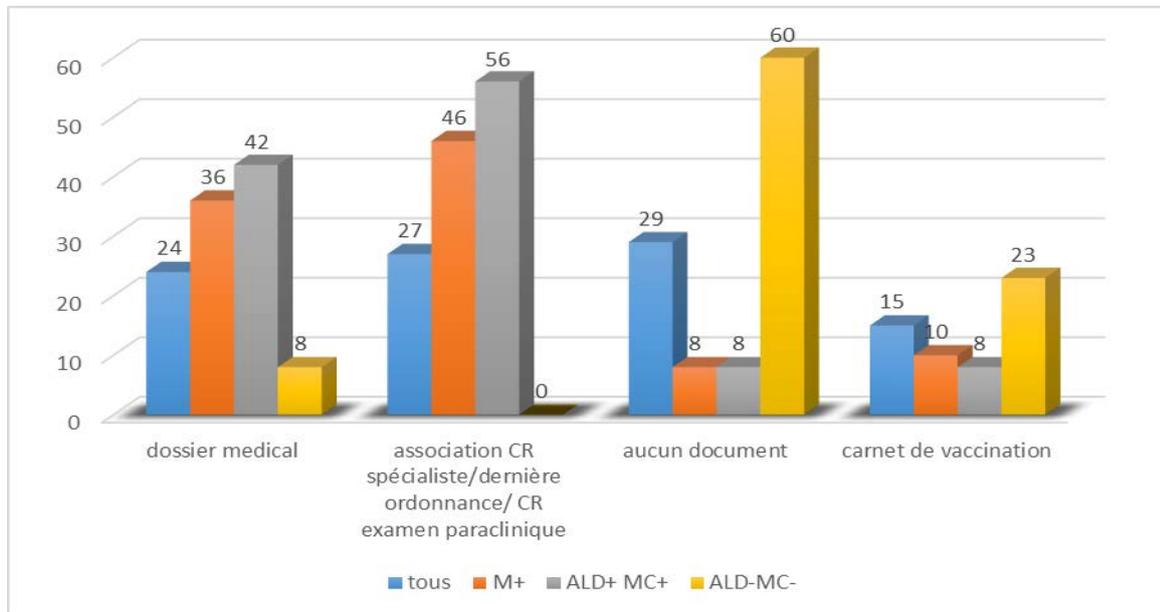


Tableau 11 : répartition en pourcentage des sources d'informations médicales en fonction des populations de patients

Au terme de notre enquête de pratique, on peut affirmer que la transmission des données médicales –notamment celle du dossier médical- est insuffisante lors du premier entretien avec un nouveau patient.

Le dossier médical est seulement transmis dans 1 cas sur 4, toutes populations confondues. L'association « compte rendu de spécialiste/dernière ordonnance/résultats des examens paracliniques » était considérée comme une source d'information minimale acceptable en l'absence de transmission du dossier médical. Elle est également très insuffisante (27%). On remarque que plus d'1 praticien sur 4 ne dispose d'aucun document

lors de ce premier entretien. Le carnet de vaccination est disponible dans seulement 15% des cas.

Nuances et explications : il existe une différence statistique entre les populations observées. En cas de maladies chroniques ou de longues durées, le taux de transmission du dossier médical (ou l'association « compte rendu de spécialiste/dernière ordonnance/résultats des examens paracliniques ») est supérieur à celui des patients n'ayant aucune affection chronique ou de longue durée. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0.01$). Par ailleurs, les patients qui souffrent de maladies chroniques n'apportent aucun document dans seulement 8 % des cas, contre 60% des cas de patients ALD- MC-. Malgré ces différences, les données médicales amenées par le patient ayant une (des) maladie(s) chronique(s) restent insuffisantes (seulement 36% de dossier médicaux transmis dans la population M+). On suppose que les patients ayant une (des) maladie(s) chronique(s) sont davantage concernés par leur santé et contribuent à une meilleure transmission de leur dossier. En outre, certains patients n'ont réellement aucun antécédent de santé et consultent parfois pour des motifs simples (certificat de sport...) relativisant l'absence de document amené lors du premier entretien.

En dehors de la notion de maladies chroniques ou de longues durées, l'âge supérieur à 50 ans est un facteur déterminant de transmission des données médicales ; notamment pour le dossier médical (41% des plus de 50 ans contre 4 % des moins de 50 ans). Ce taux reste faible. Il faut préciser que la population des plus de 50 ans regroupe la quasi-totalité des patients ayant une maladie chronique (91%).

Le carnet de vaccination est également peu transmis (15%). Contrairement au dossier médical, il n'existe pas de différence statistique entre les populations. On note même un taux de transmission supérieur chez les patients n'ayant pas de maladies chroniques, mais la différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0.08$). On suppose que les patients ne se

sentent pas concernés par la vaccination. Ce résultat semble important sachant que la couverture vaccinale des adultes concernant la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est insuffisante en France [28].

Le motif de changement de médecin traitant est une variable d'influence des résultats. La transmission des données médicales est supérieure lors d'un départ à la retraite d'un praticien par rapport à tout autre motif de changement de médecin traitant. Ce taux reste tout de même insuffisant (dossier médical transmis dans 63 % des cas). On peut supposer que l'éloignement pour un patient qui déménage rend difficile la transmission du dossier médical. Les patients insatisfaits ne reprennent pas contact avec leur médecin pour récupérer leur dossier sans doute à cause du contentieux entre eux. On peut aussi supposer que le praticien qui part en retraite a « préparé » son départ et remis le dossier médical à son patient avant de fermer le cabinet (obligatoire d'après l'article 45 du code santé publique).

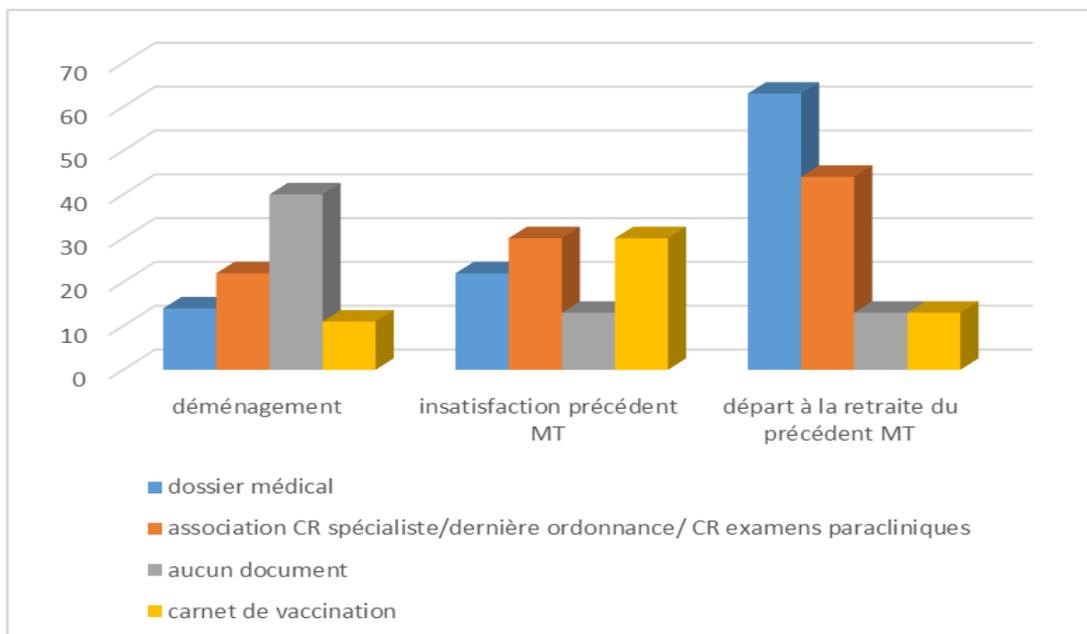


Tableau 12 : répartition en pourcentage des sources de données médicales en fonction du motif de changement de médecin traitant

La notion de contact entre les praticiens joue un rôle intéressant dans la transmission du dossier médical. Si le nouveau praticien téléphone au précédent médecin traitant, le dossier médical est obtenu dans un cas sur deux avant le quinzième jour. On peut supposer que le médecin traitant ne prend pas le temps de communiquer avec son confrère pour récupérer les données manquantes, en se contentant des informations orales transmises par son nouveau patient.

3. Les dossiers médicaux transmis contiennent généralement les données essentielles : nuances et explications

Les dossiers médicaux contiennent globalement les informations essentielles à la bonne prise en charge du malade. Nous n'avons pas retrouvé de différences statistiques en fonction des populations, du motif de changement de médecin traitant et du profil du nouveau médecin traitant (mode d'exercice, sexe). On retrouve cependant quelques insuffisances d'information. Les données d'allergies et d'intolérances sont complétées seulement dans 1 cas sur 2. Les résultats des dépistages sont souvent absents (moins d'un tiers des patients). Ce résultat est comparable au taux de dépistage en France pour les cancers colorectaux, du col utérin et mammaires [29-31]. Par ailleurs, les vaccins sont trop peu consignés dans les dossiers médicaux transmis (35% pour l'ensemble des dossiers). Le compte rendu de la dernière consultation est présent dans le dossier seulement dans la moitié des cas.

4. Conséquences de ces résultats en pratique courantes et propositions d'améliorations pour l'avenir

Nous avons effectué des recherches bibliographiques sur la transmission des données médicales lors du changement de médecin traitant dans le but de confronter nos résultats à des travaux existants. Aucun travail concernant le changement de médecin traitant n'a été fait à notre connaissance en France et à l'étranger à ce jour, ce qui fait l'originalité de notre

étude. De nombreux travaux ont été fait concernant la forme du dossier médical (papier, électronique, le DMP...).

L'intérêt du dossier médical en soins primaires n'est pas de remis en question en 2015. Il permet de mieux suivre les traitements entrepris, de se remémorer les épisodes significatifs dans l'histoire du patient. Il minimise les risques iatrogènes et évite les doublons d'examen. Il permet de planifier le suivi des patients. La tenue du dossier retentit sur la pratique et constitue une aide à la décision. Il est indispensable à l'évaluation des pratiques. Il est un instrument de communication entre les différents professionnels de santé qui interviennent auprès d'un malade. C'est une source de renseignements en santé publique. La tenue du dossier peut fournir des arguments en cas de mise en cause de la responsabilité professionnelle [32-34]. Le dossier médical est actuellement conservé au cabinet médical du praticien sous forme papier ou informatique et il existe pour chacune des avantages et des inconvénients [35-41]. En conséquence, quel que soit le patient et son motif de consultation ou de changement de MT, l'absence ou le manque de donnée(s) médicale(s) lors d'un soin primaire risque d'entraîner une moins bonne prise en charge ; notamment en terme de coordination de soins, et de coût de santé : répétition de certains examens, de certaines vaccinations...

Les résultats de notre étude sont donc préoccupants. D'autant plus que la transmission des informations médicales du patient fait partie des obligations du médecin traitant. Ainsi, l'article R. 4127-64 prévoit que « lorsque les médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ». L'article R. 4127-45 du CSP stipule qu' « à la demande du patient, ou avec son accord, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins ». Ce qui veut dire qu'il doit transmettre toujours ce qui est nécessaire pour cette prise en charge et non tout ce que le patient lui a confié.

L'article R. 4127-47 du CSP précise que « quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée ». L'article 45 du code de santé publique : « lorsque le médecin cesse son activité, les dossiers peuvent être transmis au médecin qui lui succède sauf si le patient entend s'adresser à un autre médecin ». « Le patient peut demander que son dossier soit transmis à un médecin de son choix ou à une personne mandatée par écrit et justifiant de son identité » [42].

Quelles solutions envisager pour améliorer cette situation ? On peut intervenir à différents niveaux :

- Il faut améliorer la qualité de la communication entre les professionnels de santé. Le développement des messageries sécurisées par exemple se met en place. Actuellement la majorité des échanges entre médecin généralistes et médecins spécialistes se font par courriers. On trouve environ 1% d'échange par mail sécurisé entre praticiens [23]. Nous n'avons pas trouvé de travaux sur la communication entre médecins généralistes, par exemple dans le cas du changement de médecin traitant. Rappelons que dans notre étude, seules 13% des praticiens ont cherché à joindre le précédent médecin traitant pour obtenir les données médicales nécessaires. Alors qu'à peine plus de la moitié des médecins généralistes en France ont une secrétaire [43], on peut imaginer que certains médecins n'ont pas le temps pour faire la démarche de communiquer avec leur confrère. Cependant, depuis 2011, il existe la télésanté regroupée par région (télésanté Aquitaine ou TSA par exemple) dont le principe est de permettre au professionnel et aux établissements de santé de communiquer à propos des patients à travers des plateformes de partages et des messageries sécurisées. Le but est de partager les compétences entre professionnels, améliorer la coordination des soins et réduire les inégalités territoriales.

- En modifiant la forme du dossier médical. Le dossier médical personnel est créé en 2004. Il s'agit d'un carnet de santé informatisé hébergé par un site internet sécurisé, qui peut

être consulté par le patient, et tous les acteurs de santé du patient en accord avec celui-ci. L'objectif affiché par le gouvernement est de diminuer les dépenses de santé en améliorant la coordination des soins. Sa mise en place est un échec. Moins de 500 000 dossiers ouverts au 2 janvier 2014.

- Bien sûr, il est possible d'améliorer le recueil d'information auprès d'un nouveau patient. Ainsi, une étude bordelaise montrait récemment l'intérêt d'un questionnaire à destination du patient et remis en consultation par le nouveau médecin traitant, permettant un meilleur remplissage du dossier médical [44].

- Le patient joue un rôle important, car c'est souvent lui qui apporte le dossier médical lors du changement de médecin traitant. Il faut l'informer sur l'importance de son dossier de santé et le responsabiliser quant à la transmission des données médicales si cela est possible.

5. Conclusion

Cette enquête de pratique réalisée en 2014 confirme notre hypothèse principale : lors du changement de médecin traitant, les patients apportent peu de données médicales à leur nouveau médecin généraliste. En particulier, le dossier médical est souvent incomplet voire inexistant. Cette carence d'information est moindre lorsque le patient est atteint d'une (ou de plusieurs) maladie(s) chronique(s) mais elle reste trop importante. En présence d'une ALD, la transmission du dossier médical a lieu dans seulement 42% des cas. Le motif de changement de médecin traitant a aussi une influence sur cette transmission : lors d'un départ à la retraite, la transmission des données médicales est bien meilleure que lors d'un déménagement ou en cas de litige avec le précédent MT. Un contact téléphonique entre l'ancien et le nouveau médecin traitant permet la plupart du temps une transmission des données. Enfin, les dossiers médicaux, lorsqu'ils sont transmis sont assez complets, bien que les données de vaccinations et de dépistages soient souvent absentes, pointant ainsi les probables insuffisances de prise en compte de ces problématiques dans la population française.

En raison des conséquences potentielles de cette carence de transmission des données médicales, on peut se demander comment remédier à ce problème. Une idée consisterait à changer la forme du dossier médical tel qu'il existe en 2015. Le DMP semblait en théorie une solution intéressante mais il tarde à se mettre en place pour des raisons pratiques et idéologiques. Alors que la loi de mars 2002 met le dossier médical « entre les mains du patient », on pouvait espérer que celui-ci serait davantage acteur de sa transmission, sous format électronique ou papier. Une information sur l'importance de ce dossier médical pour les soins et une éducation des patients comme de leurs médecins, semblent donc nécessaires.

6. Références bibliographiques

1. Désignation du médecin traitant. Service public : le site officiel de l'administration française. [Consulté le 13/3/2015]. [En ligne]. Disponible sur <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F163.xhtml> .
2. Le médecin traitant. L'assurance maladie. [Consulté le 13/3/2015]. [En ligne]. Disponible sur http://ameli.fr/medecin_traitant.
3. Le dossier médical. Service public : le site officiel de l'administration française. [Consulté le 13/3/2015]. [En ligne]. Disponible sur <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F12210.xhtml> .
4. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
5. Code de la santé publique, art. L1111-8.
6. Code de déontologie médicale, art. 45.
7. Code de santé publique, art. L1111-7.
8. Falcoff H. La tenue du dossier médical : état des lieux et recommandations. Paris : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; sept1996.80.
9. Service évaluation des pratiques. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient. Paris : Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ; juin2003.57.
10. Code de santé publique, art. R1112-2.
11. Code de la santé publique, art. L1110-4.

12. Zuckerman AE et al. Validating the content of pediatric outpatient medical records by means of tape-recording doctor-patient encounters. *Pediatrics* 1975; 56: 407-11.
13. Alderson B. Help your patients, your colleagues and yourself. A review of medical records. *Austr Fam Phys* 1991; 20: 1004-5.
14. Perry JR, Caine N. General practitioners' knowledge about patients and use of medical records in out of hours calls. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 190-3.
15. Carter BL, Helling DK, Burns EA, Johnson RE, Danielson SL. Association between appropriateness of prescribing and prescription documentation. *Am J Hosp Pharm* 1983; 40: 1513-5.
16. En quoi consiste le dossier médical personnel ? . Service public : le site officiel de l'administration française. [Consulté le 13/03/2015]. [En ligne]. Disponible sur <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10872.xhtml> .
17. Le CISS. Dossier médical personnel. [Consulté le 13/03/2015]. [En ligne]. Disponible sur http://www.leciss.org/sites/default/files/110606_Dossier-medical-personnel.pdf.
18. Le DMP en quelques mots. [Consulté le 13/03/2015]. [En ligne]. Disponible sur <http://www.dmp.gouv.fr/professionnel-de-sante/en-savoir-plus-sur-le-dmp/le-dmp-en-quelques-mots#>.
19. L'assurance maladie. Le dossier médical partagé. [Consulté le 13/03/2015]. [En ligne]. Disponible sur http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-tarn/nos-services/le-dossier-medical-personnel_tarn.php.
20. L'avenir d'une prophétie, ou les mésaventures du dossier médical. [Consulté le 25/03/2015]. [En ligne]. Disponible sur <http://diacritiques.blogspot.fr/2013/03/lavenir-des-presages-ou-les.html>.

21. Febwin B. Le dossier médical personnel : état des lieux un an après le lancement officiel : enquête auprès des médecins picards. [Thèse]. Amiens : université de Picardie ; 2012.69.
22. Reich A. Disciplined doctors: The electronic medical record and physicians' changing relationship to medical knowledge. Social science and medicine. Elsevier ; 2012. p.1021-1028.
23. Binard H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. [Thèse]. Paris : université Paris Nord ; 2012. 128.
24. Caron A. Evolution du dossier médical : analyse de l'impact de la loi de Mars 2002 sur la pratique médicale en médecine générale. [Thèse]. Nantes : université de Nantes ; 2004. 81.
25. Territoire de santé gironde socio démographie morbidité mortalité. Observatoire Régional de la Santé Aquitaine. [En ligne]. [Consulté le 25/01/2015]. Disponible sur : http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/01_votre_ars/04_Conte_xte_regional/02_territoires/02_02_proximite/Territoire_sante_Sept2012_Gironde.pdf.
26. Lebreton-lerouvillois G. La démographie médicale en région Aquitaine : situation en 2013. Ordre National des Médecins. Conseil National de l'Ordre. [Consulté le 25/01/2015]. [En ligne] Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/aquitaine_2013.pdf.
27. Affection de Longue Durée : incidence en 2012. [Consulté le 25/01/2015]. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/incidence/ald-30-en-2012.php> .

28. Institut de veille sanitaire. La couverture vaccinale en France. Communiqué de presse. [Consulté le 10/03/2015]. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communique-de-presse/2013/La-couverture-vaccinale-en-France> .
29. Institut National du Cancer. Le cancer du col de l'utérus et son dépistage. [Consulté le 10/3/2015]. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-du-col-de-luterus/espace-professionnels-de-sante/frottis-cervico-uterin-et-vaccination> .
30. Institut de veille sanitaire. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2011-2012. [Consulté le 10/03/2015]. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2011-2012> .
31. Institut de veille sanitaire. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2010-2011. [Consulté le 10/03/2015]. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2010-2011> .
32. Bernard. M. le dossier médical. [Consulté le 10/03/2015]. [En ligne]. Disponible sur : www.univ-reims.fr/%20gallery_files/site/1/90/1129/1384/.../1562.ppt .
33. Perry JR, Caine N. General practitioners' knowledge about patients and use of medical records in out of hours calls. Br J Gen Pract 1990; 40: 190-3.
34. Amalberti R, Bami J. Audit de sécurité des soins en médecine de ville. Paris : Springer-Verlag ; 2013.

35. Wyatt JC. Clinical data systems, part 1 : data and medical records. *Lancet* 1994; 344: 15437.
36. Cheney C, Ramsdell JW. Effect of medical records' checklists on implementation of periodic health measures. *Am J Med* 1987; 83: 129-36.
37. Madlon-Kay DJ. Improving the periodic health examination : use of a screening flow chart for patients and physicians. *J Fam Pract* 1987; 25: 470-3.
38. Turner BJ, Day SC, Borenstein B. A controlled trial to improve delivery of preventive care : physician or patient reminders. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 403-9.
39. Chambers CV, Balaban DJ, Carlson BL et al. Improving the compliance of primary care physicians with mammography screening guidelines. *J Fam Pract* 1989; 29: 273-80.
40. McPhee SJ, Bird JA, Jenkins CNH. Promoting cancer prevention activities by primary care physicians : results of a randomized, controlled trial. *JAMA* 1991; 266: 538-44.
41. Battista RN, Williams JI, Boucher J et al. Testing various methods of introducing health charts into medical records in family medicine units. *Can Med Assoc J* 1991; 144: 1469-74.
42. Code de déontologie médicale. Art. 45.
43. Bez N, Caron J, Causse J et al. Enquête de perception sur le rôle de médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes. URML Rhône-Alpes. Sept 2010.
44. Ducos G, Afonso M, Guiresse M et al. Faciliter la consultation d'un nouveau patient en médecine générale. *Medecine*. Jan 2014 ; p39-41.

7. Annexes

Annexe 1 : le questionnaire

Bordeaux, le 17/11/2014

Chère Consœur, Cher Confrère,

Nous regrettons souvent, lorsque nous recevons un nouveau patient qui souhaite que nous devenions son médecin traitant, le peu d'informations concernant ses antécédents personnels ou familiaux, ses allergies, ses vaccinations, voire même son traitement. Ce déficit d'information et de transmission du dossier médical peut avoir des conséquences sur la prise en charge globale de nos patients, et en particulier la sécurité des soins.

C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de notre **thèse de médecine générale**, nous voudrions préciser cette problématique en sollicitant votre contribution. Nous souhaiterions que vous remplissiez, **pour le premier nouveau patient qui vous demande d'être son médecin traitant et que vous voyez pour la première fois**, le questionnaire très court ci-joint. Vous pouvez nous le renvoyer complété avec l'enveloppe réponse pré affranchie.

En vous remerciant de bien vouloir apposer votre tampon sur le questionnaire (afin de pouvoir vous adresser le résultat de cette étude) et de votre participation.

Pour tout renseignement, merci de nous contacter :

Olivier Dalsheimer

Email : olivierdalsheimer@outlook.fr

Téléphone : 06.35.17.06.29

Directeur de thèse : Pr Jean-Philippe Joseph

5/ Si ces données sont absentes, avez-vous :

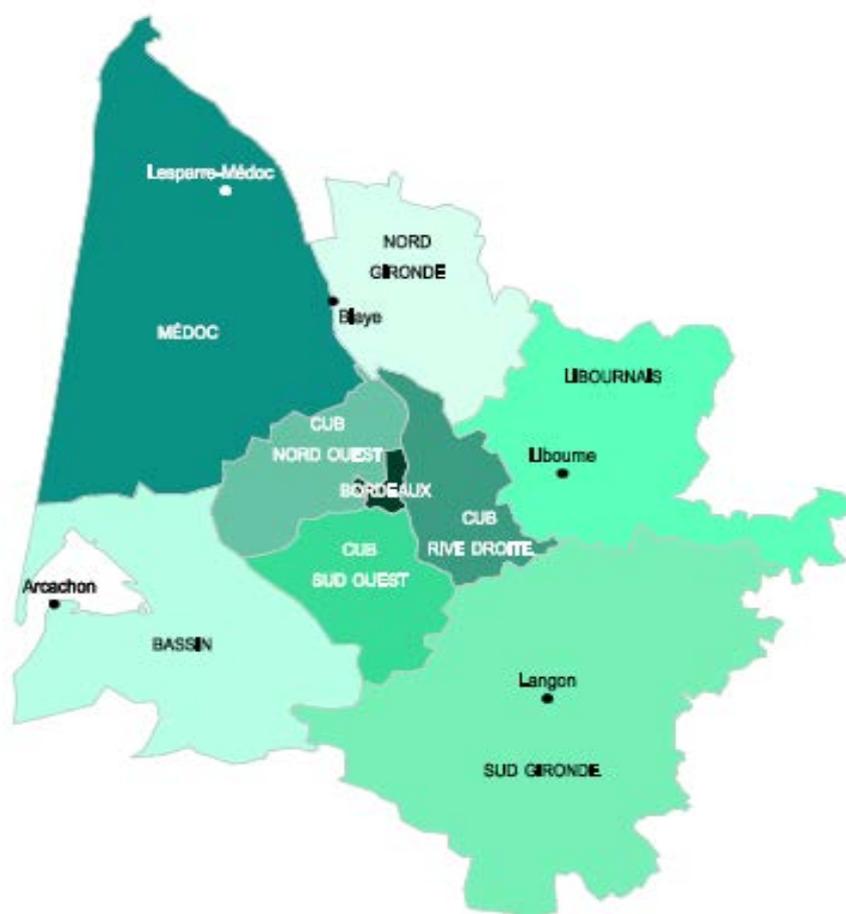
- Les coordonnées du précédent médecin traitant ? **OUI NON**
- Pu le joindre par téléphone dans les 3 jours qui ont suivi ? **OUI NON**
- Reçu le dossier médical demandé dans les quinze jours ? **OUI NON**

6/ Informations contenues dans le dossier médical du patient

		INFORMATION PRESENTE	INFORMATION ABSENTE
Antécédents médicaux			
Antécédents psychiatriques			
Antécédents chirurgicaux			
Antécédents gynécologiques et obstétricaux			
Compte rendu de la dernière consultation du médecin traitant			
En cas de maladie(s) chronique(s) ou d'ALD	Résultats du dernier examen biologique		
	Traitements actuels - nom		
	Traitements actuels - posologie		
	Compte(s) rendu(s) de consultation(s) spécialisée(s)		
	Compte(s) rendu(s) d'hospitalisation		
Allergie/ intolérance médicamenteuse (si cet atcd est connu du patient)			
Examens de dépistage (CR et date du dernier) - Mammographie - Frottis cervico-utérin			
Examen de dépistage (CR et date du dernier) - Hémocult			
Carnet de vaccinations			

Annexe 2 : démographie médicale en gironde (janvier 2014)

	Bassin	Bordeaux	CUB Nord-Ouest	CUB rive droite	CUB Sud-Ouest	Libournais	Médoc	Nord Gironde	Sud Gironde
Densité de médecins généraliste pour 100000 habitants	115.9	166.9	113.6	127.3	110.5	92	100.8	98.4	110
% de 55 ans et plus	41	45.3	40.7	35.2	43.6	50	50	54.3	51.1
% de médecin de Gironde	8	23	15	13	15	8	5	5	8



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Title : EVALUATION OF THE TRANSMISSION OF MEDICAL DATA IN PRIMARY CARE : IF CHANGE OF TREATING DOCTOR

Results of a survey of 98 general practitioners in the Gironde

Abstract

Introduction : medical records are all documents concerning the patient's health held by his doctor. It guarantees the quality but also the safety of the care of the patient. Although mandatory, the transmission of medical data, when changing doctor treating seems insufficient.

Objective : the main objective of our study was to clarify the medical records supplied by the patient during the first contact with his new doctor. The secondary objective was to assess the impact of chronic or potentially serious nature of the disease or diseases , the transmission of all or part of the medical record.

Methods : it was a survey of practice, during two months, with 400 general practitioners randomised, established in Gironde. At the first consultation with a new patient, the practitioner must complete a questionnaire, to be returned by mail. This questionnaire allowed to inform the doctor treating the profile (sex , exercise), the patient profile (age, gender , reason for change general practitioner, concept of chronic illness or long-term illness) , the contributed papers by the patient (medical, prescription , a specialist courier , the result of diagnostic testing and vaccination), the notion of contact between the last and the new general practitioner and content of medical records when it was transmitted.

Results : 98 responses were usable. The transmitted medical data are insufficient when a patient change of doctor treating. In chronic disease, this transmission is better but still insufficient. On average, less than one third of patients send their medical records. Practitioners who retire more transmit their medical information to patients. The alert data (intolerance allergy), screening and vaccinations are often absent from medical records, when transmitted to the new practitioner.

Conclusion : a new patient who change of general practitioner, even in cases of chronic disease, provide few medical data to their new general practitioner. The potential consequences of this lack of information should induce a reflection in order to improve the transmission of such data.

**Titre : EVALUATION DE LA TRANSMISSION DES DONNEES MEDICALES EN
MEDECINE GENERALE : CAS DU CHANGEMENT DE MEDECIN TRAITANT**

Résultats d'une enquête auprès de 98 médecins généralistes en Gironde

Résumé

Introduction : le dossier médical est l'ensemble des documents concernant la santé du patient détenu par son médecin traitant. Il est le garant de la qualité mais aussi de la sécurité de la prise en charge du malade. Bien qu'elle soit obligatoire, la transmission des données médicales, lors du changement de médecin traitant semble insuffisante.

Objectif : l'objectif principal de notre étude était de préciser les éléments du dossier médical amenés par le patient lors du premier contact avec son nouveau médecin traitant (MT). L'objectif secondaire était de vérifier l'impact du caractère chronique ou potentiellement grave de la maladie, ou des maladies, sur la transmission de tout ou partie du dossier médical.

Méthode : il s'agissait d'une enquête de pratique, d'une durée de deux mois, auprès de 400 médecins généralistes tirés au sort, établis en Gironde. Lors de la première consultation avec un nouveau patient, le praticien devait répondre à un questionnaire, à retourner par courrier. Ce questionnaire permettait de renseigner le profil du médecin traitant (sexe, lieu d'exercice), le profil du patient (âge, sexe, motif de changement de MT, notion de maladie chronique ou d'affection de longue durée), les documents apportés par le patient (dossier médical, ordonnance, courrier de spécialiste, résultat d'examen paraclinique et carnet de vaccination), la notion de contact entre l'ancien et le nouveau MT et le contenu du dossier médical lorsqu'il était transmis.

Résultats et analyses : au total 98 réponses ont été exploitables. Les données médicales transmises sont insuffisantes lors d'un changement de médecin traitant. En cas de maladie chronique, cette transmission est meilleure mais reste insuffisante. En moyenne, moins du tiers des patients transmettent leur dossier médical. Les praticiens qui partent à la retraite transmettent davantage leurs données médicales aux patients. Les données d'alertes (allergie intolérances), de dépistage et les vaccinations sont souvent absentes des dossiers médicaux, lorsqu'ils sont transmis au nouveau praticien.

Conclusion : lors du changement de MT, les nouveaux patients, même en cas d'affections chroniques, apportent peu de données médicales à leur nouveau médecin généraliste. Les conséquences potentielles de cette insuffisance d'information devraient induire une réflexion afin d'améliorer la transmission de ces données.