



HAL
open science

Évaluation de la connaissance des patients sur leurs données médicales personnelles : impact sur le temps médical

Alizée Nicolet-Veyron

► **To cite this version:**

Alizée Nicolet-Veyron. Évaluation de la connaissance des patients sur leurs données médicales personnelles : impact sur le temps médical. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-02486201

HAL Id: dumas-02486201

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02486201>

Submitted on 20 Feb 2020

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.

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE
LA GUYANE 2017

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

N° 2017ANTI0210

**Évaluation de la connaissance des patients sur leurs
données médicales personnelles : impact sur le temps
médical**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD des
Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignant s de la dite Faculté

Le 29 Septembre 2017

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

NICOLET-VEYRON Alizée

Examineurs de la thèse :

M. CARLES Michel, Professeur et Président du jury

Mme HELENE-PELAGE Jeannie, Professeur

Mme LANNUZEL Annie, Professeur

Mme CHABANNON Margaux, Docteur en Médecine

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Administrateur Provisoire : Jacky NARAYANINSAMY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 - Fax : 05 96

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96

André CABIE

Maladies Infectieuses

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 11

Michel CARLES

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER

Radiologie et imagerie Médicale

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL

Neurologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

Guillaume THIERY

Réanimation

CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96

Professeurs des Universités Associé

Karim FARID

Médecine Nucléaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA

Pédiatrie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 - Fax : 05 90 75 84 38

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

DARCHE Louis	Chirurgie Générale et Viscérale CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 21 01
MARY Julia	Rhumatologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 52
MOINET Florence	Rhumatologie et Médecine Interne CHU de MARTINIQUE Tel : 05 55 22 55
Philippe CARRERE	Médecin Générale CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 06 90 99 99 11
DE RIVOYRE Benoit	Ophthalmologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 50
SEVERYNS Mathieu	Orthopédie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 90 55 22 28
NABET Cécile	Parasitologie et Mycologie CH de CAYENNE Tel : 05 94
DOURNON Nathalie	Maladies Infectieuses CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 96
BORJA DE MOZOTA Daphné	Gynécologie Obstétrique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 0590 89 19 89
DEBBAGH Hassan	Urologie CHU de MARTINIQUE Tel : 0596 55 22 71
JACQUES-ROUSSEAU Natacha	Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82
BANCEL Paul	ORL CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
MONFORT Astrid	Cardiologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 72
PARIS Eric	Réanimation CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 94 3953 39
SAJIN Ana Maria	Psychiatrie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44

GHASSANI Ali

Gynécologie Obstétrique
 CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES
 Tel : 0590 89 19 89

PIERRE-JUSTIN Aurélie

Neurologie
 CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 13 40

GALLI-DARCHE Paola

Neurologie
 CHU de MARTINIQUE
Urologie

MOUREAUX Clément

CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 9089 13 95

MOUNSAMY Josué

Médecine Générale
 Clinique les Nouvelles Eaux Marines et
 Cabinet

PLACIDE Axiane

Médecine Générale
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 0590

NIEMETZKY Florence

Médecine Générale
 CH de CAYENNE
 Tel : 0596 55 22 28

Professeurs EMERITES

CARME Bernard

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte

ARFI Serge

Médecine interne

REMERCIEMENTS

Au Professeur Carles, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ma thèse et de juger mon travail. Merci pour votre accompagnement au cours de ces 6 derniers mois et pour la découverte des saveurs niçoises sans lesquelles mon semestre en réanimation aurait été moins haut en couleurs.

Au Professeur Lannuzel, je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail, vous qui m'avez connue mes 6 premiers mois d'interne.

Au professeur Hélène Pelage, je vous remercie infiniment de faire partie de mon jury de thèse et d'accepter de juger mon travail.

A Margaux, merci de m'avoir dirigée et conseillée tout au long de la conception de cette thèse.

A tous les médecins et internes que j'ai rencontrés au cours de ces 3 dernières années, avec qui j'ai partagé mes meilleurs moments et mes plus grosses galères ...

A toi Edouard, sans qui je ne serais probablement jamais venue en Guadeloupe. Je vous souhaite avec Vanessa tout le bonheur du monde.

A Claire, tu es juste géniale! Merci pour ta bonne humeur, nos précieux instants potins et nos fameux ateliers mojitos ...

A Zazu et Sarah, ça y est c'est fini !! Après avoir débuté notre P1 ensemble il y a 9 ans, on en voit le bout ... Encore quelques années pour vous mais vous verrez ça passe vite !

A Leïlani, merci pour notre belle amitié, ta présence en tant que témoin à mon mariage, tes conseils précieux, ta bonne humeur et tes fous rires. Merci de tout mon cœur de m'avoir aidée à traduire cette thèse.

A ma Juliette que j'adore, malgré la distance qui nous sépare, un mariage, 2 enfants et une multitude de choses à se raconter... Vivement qu'on puisse débriefer à Tahiti !

A Pierre et Natalia, vous faites partie de ma famille les Babes!! Pierre, tu es la personne la plus admirable que je connaisse et un témoin en or. Je te souhaite la meilleure vie qui puisse exister après toutes ces épreuves passées : tu le mérites. Reste optimiste et souriant et quoi qu'il arrive, ne change pas. Prenez bien soin l'un de l'autre, vous vous êtes si bien trouvés.

A mes grands-parents, je sais que si vous aviez pu traverser l'Atlantique pour venir me voir vous l'auriez fait. Quelle chance j'ai de vous avoir encore tous les 4 à mes côtés... Merci pour tout ce que vous m'avez enseigné et ces souvenirs à vos côtés.

A mes petits frères: Antoine, je te souhaite de trouver ta voie, de réussir dans la vie et d'être heureux. **Pouny**, ne te prends pas la tête, profite de tes amis et de tes années étudiantes, ce sont les plus belles !

A Olivier et Manu, vous m'êtes tellement chers. Merci à vous d'avoir toujours été là pour moi durant ces longues années d'études. Vous avez été d'un soutien remarquable dans toutes les situations. Merci d'avoir su gérer mes angoisses et mes pleurs quand ça n'allait pas. Merci de m'avoir accueillie chez vous à n'importe quel moment de l'année et de m'avoir soutenue envers et contre tous... Vous êtes mon refuge et je ne vous en remercierai jamais assez.

A mes incroyables parents, les plus géniaux qui puissent exister sur terre !! Si je suis ici aujourd'hui c'est bien grâce à tout ce que vous m'avez appris. Vous avez toujours été ouverts à tout, vous m'avez laissée mener ma vie comme j'en avais envie, le but étant que je sois heureuse et vous avez réussi. Vous vous êtes pliés en quatre pour que je m'épanouisse quitte à faire passer mon bonheur avant le votre... Vous êtes géniaux et je ne vous remercierai jamais assez de votre aide précieuse et de votre générosité. Je sais que vous ne serez pas avec moi le jour J mais vous serez dans ma tête et dans mon cœur... comme toujours !

Et enfin à toi Anthony mon poussin, la voilà enfin cette thèse tant attendue que tu as lue, relue et re-relue. Merci de tout mon cœur pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu es LA rencontre qui a marqué mon internat. Tu m'as rassurée, motivée, soutenue et éclairée à chaque fois que j'en ai eu besoin pendant ces 3 années. Tu m'as embarquée dans une fabuleuse aventure à tes côtés et notre mariage est le plus beau souvenir que je garderai de nos années en Guadeloupe. Ta sagesse compense mon grain de folie : j'ai hâte de vivre de nouvelles histoires à tes côtés. Merci d'être là pour moi chaque jour.

ABSTRACT

Objectives :Patients require optimum medical care, including in emergency situations. This is a difficult task because some patients lack sufficient knowledge of their medical data, and because of poor communication between health care providers. Compiling data at admission is time consuming. We sought to evaluate the impact of patients' knowledge of their medical data on the medical time in an emergency unit.

Methods : This prospective, monocentric study took place from March to April 2010, in the emergency unit of the Pointe à Pitre/Abymes University Hospital, in Guadeloupe. Non critical patients aged more than 18 years old were included in the study. Their medical data were collected using a providing questionnaire (general practitioner (GP), drugstore (DS), nurse, medical history, treatments...). These were then completed by calling the GP, the DS and/or the nurse within the imposed time limit of 1 hour. The primary objective was to determine how long it takes to conciliate a complete patient file. Secondary objectives was to evaluate the patients' knowledge of their own medical data and identify the informative potential of each source consulted in the emergency unit.

Results :Of the 301 patients that were interrogated 109 files were successfully completed within 1 hour. The average time to file conciliation was 12:06 minutes (median 6 minutes ; standard deviation 15 minutes, minimum 59 seconds, maximum 1 hour). Patients had a 77,4% knowledge of their medical past, 30,1% global knowledge of their treatment, with a 13,1% knowledge of their dosages whereas knowledge of the number of treatments was better (41,1%). The most informative source was the GP (76,48) although reaching them by telephone was difficult (70% rate of failure).

Conclusion : Conciliate medical data is a time consuming but essential task. Patients' knowledge about their medical data is poor, especially about their treatments. GPs are a reliable sources of information but are hard to reach. Thus, the introduction of personal health records could be a solution to improve patients quality of care in hospitals and general practice, and also improve the communication between hospital and general medicine health providers.

Table des matières

REMERCIEMENTS	7
ABSTRACT	9
ABREVIATIONS.....	11
I. INTRODUCTION.....	12
II. MATERIEL ET METHODES	13
Type d'étude.....	13
Sélection des patients.....	13
Conception de l'étude (Figure 1).....	13
Statistiques descriptives	15
III. RESULTATS	16
IV. DISCUSSION.....	21
V. CONCLUSION.....	25
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	26
ANNEXES.....	29
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	34

ABREVIATIONS

CHUPPA : Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre Abymes

DMP : Dossier médical partagé

DP : Dossier pharmaceutique

DPI : Dossier Patient Informatisé

IDE : Infirmière diplômée d'état

HAS : Haute Autorité de Santé

MT : Médecin traitant

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

SP : Sapeurs-pompiers

I. INTRODUCTION

La prise en charge optimale d'un patient, quel que soit son motif de consultation, nécessite que le médecin qui le prend en charge puisse disposer d'un maximum d'informations fiables, facilement et rapidement accessibles, notamment en situation urgente (1). Les données de la littérature ont montré qu'il est difficile d'obtenir de façon complète ces informations, que ce soit en cabinet de ville, en service hospitalier ou dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU)(2,3). Les patients ont une mauvaise connaissance de leurs antécédents, des posologies et indications de leurs traitements(2-5). Ce manque de connaissances représente un frein à leur prise en charge (2,6), entraîne une redondance des examens complémentaires et majore le risque d'erreurs médicales potentiellement fatales pour le patient(4,5,7-10).

L'arrivée d'un patient dans une structure de soins est considérée comme un point de rupture de la transmission des informations médicales du patient: celles-ci sont souvent transmises de manière incomplète voire non communiquées entre le réseau ville-hôpital. L'âge du patient, ses comorbidités, ses antécédents et son état de gravité à l'arrivée aux urgences sont autant de facteurs qui contribuent à rendre difficile l'évaluation de la connaissance de leurs données médicales(7). Pour optimiser la prise en charge du patient, une pratique de conciliation médicamenteuse a été mise en place dans différents pays dans le but de prévenir et corriger les erreurs de prescription(11). Cette étape de conciliation, consistant à la récupération des traitements du patient, est chronophage car dépendante du nombre de sources d'informations dont on dispose et de leur capacité informationnelle : ainsi une étude française de 2013 a montré que pour obtenir le plus d'informations possibles afin d'établir une liste de médicament la plus complète (91% d'exhaustivité), il fallait combiner 3 sources d'informations, patient lui-même, pharmacien d'officine et médecin traitant du patient(11).

Dans ce contexte, nous avons voulu évaluer quel était l'impact de la connaissance qu'ont les patients de leurs données médicales sur le temps médical aux urgences. L'objectif principal était de calculer, au SAU adulte du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre/Abymes (CHUPPA), le temps nécessaire pour récupérer les données médicales complètes du patient. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la connaissance des patients à propos de leurs données médicales (antécédents, traitements, médecin traitant, pharmacie, infirmière) et d'identifier quelle source d'informations était la plus pertinente.

II. MATERIEL ET METHODES

Type d'étude

Cette étude observationnelle, descriptive, prospective et mono-centrique a été réalisée au sein du CHUPPA, Guadeloupe, France, du 6 mars au 3 avril 2017. L'étude a été approuvée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, numéro de référence 2041653v0. Le chef de service du SAU du CHUPPA après information, a donné son accord pour le recrutement (annexe 1). Les patients, ou leurs proches, quand ceux-ci étaient dans l'incapacité de donner leur consentement, étaient informés oralement et par écrit des modalités de l'étude (annexe 2).

Sélection des patients

Les patients de plus de 18 ans admis au SAU adulte du CHUPPA, en filières médico-chirurgicales et traumatologiques, entre le 6 mars et le 3 avril 2017, de 8h00 à 18h, du lundi au vendredi, hors jours fériés étaient éligibles. Ils étaient inclus de manière aléatoire lorsqu'ils acceptaient de participer à l'étude. Les critères de non inclusion étaient les patients mineurs et ceux nécessitant une entrée directe en Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV).

Les patients dont les données médicales étaient incomplètes ont été exclus des statistiques descriptives.

Conception de l'étude (Figure 1)

Le recueil de données s'est effectué en deux parties. L'étude n'a pas modifié la prise en charge habituelle du patient au SAU.

Dans un premier temps, à son arrivée au SAU le patient était interrogé lors d'un entretien individuel par le médecin investigateur de l'étude. Ces données étaient consignées dans un questionnaire composé de différents items (annexe 3) :

- Les renseignements généraux sur le patient (âge, sexe) et sa provenance.
- Les professionnels de santé habituels du patient : médecin traitant (MT), pharmacie habituelle, infirmière diplômée d'état (IDE) à domicile. Dans le cas où le patient était suivi par un de ces professionnels, ses coordonnées lui étaient demandées.
- Les antécédents du patient : médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux et allergiques. La prise de toxiques : tabac, alcool, drogue.

- Les traitements du patient : nom (commercial ou dénomination commune internationale), posologie et fréquence.
- La présence d'une ordonnance et d'un courrier dans le cas où le patient était adressé par un professionnel de santé autre que le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).
- Le temps total passé à interroger le patient.

Dans un second temps, au cours de la même journée, le même médecin ayant interrogé le patient contactait par téléphone le MT, la pharmacie et/ou l'IDE du patient. Dans un souci d'adéquation avec la prise en charge d'un patient aux urgences, il avait été décidé, de limiter le temps de récupération des informations relatives à chaque patient à 1 heure ; avec 4 tentatives d'appels téléphoniques par heure et par professionnel, soit en moyenne un appel passé toutes les 15 minutes. Le nombre de tentatives par heure a été choisi de façon arbitraire. La famille n'était sollicitée que lorsqu'elle se trouvait dans la salle d'attente ou avec le patient au cours de sa prise en charge. Les données récupérées étaient colligées dans un formulaire de récupération composé de 4 items :

- Les sources présentes ou contactées pour récupérer les informations : Médecin traitant, infirmière, famille, pharmacie, dossier patient informatisé (DPI), fiche des sapeurs-pompier (SP), courrier, ordonnance.
- Le nombre de tentatives d'appels nécessaires à l'obtention d'un contact avec le médecin, l'infirmière, la pharmacie.
- Le report des différentes informations fournies par chaque source.
- Le temps total passé à cette tâche.

Un dossier était considéré comme complet lorsque dans l'heure, nous avons pu joindre les professionnels de santé déclarés par le patient. Si un intervenant n'était pas joint, le dossier était incomplet. Si le patient ayant des antécédents avait déclaré n'avoir aucun professionnel de santé le dossier était considéré comme complet. Concernant la validité des traitements, seules les ordonnances de moins d'un an étaient prises en compte.

Un potentiel informatif pour chaque source, exprimé en pourcentage était calculé:

- Un potentiel informatif « antécédent » défini comme le ratio du nombre d'antécédents énoncés par la source sur le nombre total d'antécédents récupérés.
- Un potentiel informatif « traitement » défini comme le ratio du nombre de traitements énumérés par la source sur le nombre total de traitements récupérés.
- Un potentiel informatif « global » défini comme la moyenne des deux potentiels informatifs précédemment décrits.

La connaissance qu'ont les patients de leurs traitements était exprimée en pourcentage. Elle est définie comme le ratio du nombre de traitements énumérés par ce dernier rapporté au nombre de traitements total récupérés. Ce calcul était effectué pour chaque catégorie : nombre de traitements, noms et posologies. La connaissance « globale » des traitements était définie comme la moyenne de chaque catégorie. La connaissance du patient sur ses antécédents était définie comme le ratio du nombre d'antécédents énoncés sur le nombre total d'antécédents récupéré et correspond donc au potentiel informatif « antécédent » du patient.

Statistiques descriptives

Les données étaient recueillies pour chaque patient dans un fichier de recueil standardisé, complété par l'investigateur de l'étude.

Les données sont exprimées en moyenne \pm déviation standard [médiane, valeurs minimales-maximales].

Le logiciel SPSS d'IBM a été utilisé pour la réalisation des statistiques descriptives.

III. RESULTATS

Le diagramme de flux de l'étude est présenté en figure 1. Un total de 301 patients a été interrogé initialement. Après récupération des données, 192 dossiers ont été exclus, les statistiques descriptives portent sur 109 dossiers complets.

Les caractéristiques des populations des dossiers complets et incomplets sont présentées dans le tableau 1.

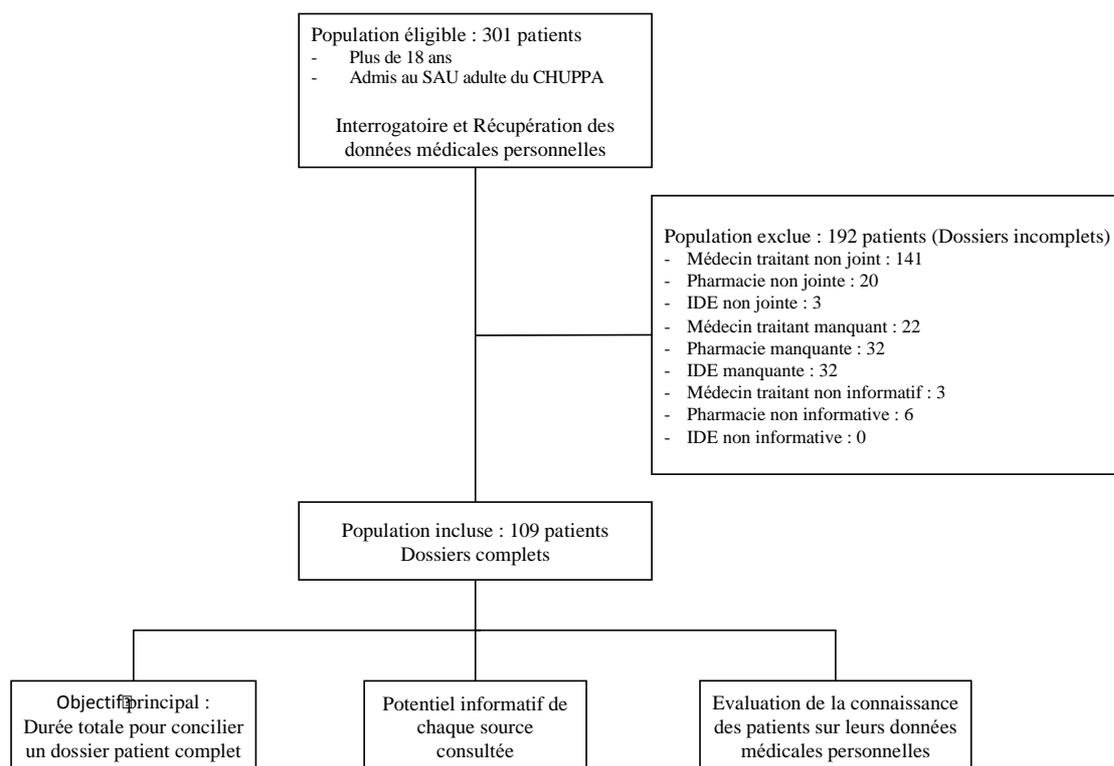


Figure 1 : Design de l'étude

	Dossiers Complets (n=109)	Dossiers incomplets (n=192)
Caractéristiques	Effectifs (%)	Effectifs (%)
Age moyen ± DS	50 ±19,4	57 ±20,4
Sexe		
Homme	70 (64,2)	100 (52,1)
Femme	39 (35,8)	92 (47,9)
Carte vitale	68 (62,4)	139 (72,4)
Origine / Provenance		
Seul / Domicile	46 (42,2)	55 (28,6)
SAMU	33 (30,3)	82 (42,7)
Médecin Traitant	12 (11)	28 (14,6)
Autres	18 (16,5)	27 (18,5)
Médecin traitant	68 (62,4)	182 (94,8)
Connaissance nom médecin traitant	64 (94,1)	146 (80,2)
Pharmacie habituelle	24 (22)	90 (46,9)
Connaissance nom pharmacie	18 (75)	54 (60)
Infirmière à domicile (IDE)	2 (1,8)	34 (17,7)
Connaissance nom IDE	2 (100)	16 (18,3)
Présence d'antécédents	79 (72,5)	147 (76,6)
Nombre moyen total d'antécédents ± DS	3,22 ± 3	4±2,8
Vaccins à jour	61 (56)	118 (61,5)
Toxiques		
Alcool	14 (12,8)	15 (7,8)
Tabac	19 (17,4)	37 (19,3)
Drogue	15 (13,8)	11 (5,7)
Patients avec traitements	43 (39,4)	110 (57,3)
Nombre moyen total traitements ± DS	3,86 ±2,4	3,96±2,7
Gravité		
CCMU1	21 (19,3)	28 (14,6)
CCMU2	75 (68,8)	146 (76)
CCMU3	5 (4,6)	8 (4,2)
CCMU4	1 (0,9)	1 (0,5)
P	1 (0,9)	2 (1)
Troubles cognitifs	4 (3,7)	17 (8,9)

Tableau 1 : Caractéristiques des dossiers patients complets et incomplets de l'étude.

Le temps moyen nécessaire à l'obtention d'un dossier complet est présenté en figure 2 : il est de 12 ± 15 minutes [6, 1-60]. Les 1^{er}s et 3^{èmes} quartiles sont respectivement à 2 et 14 minutes.

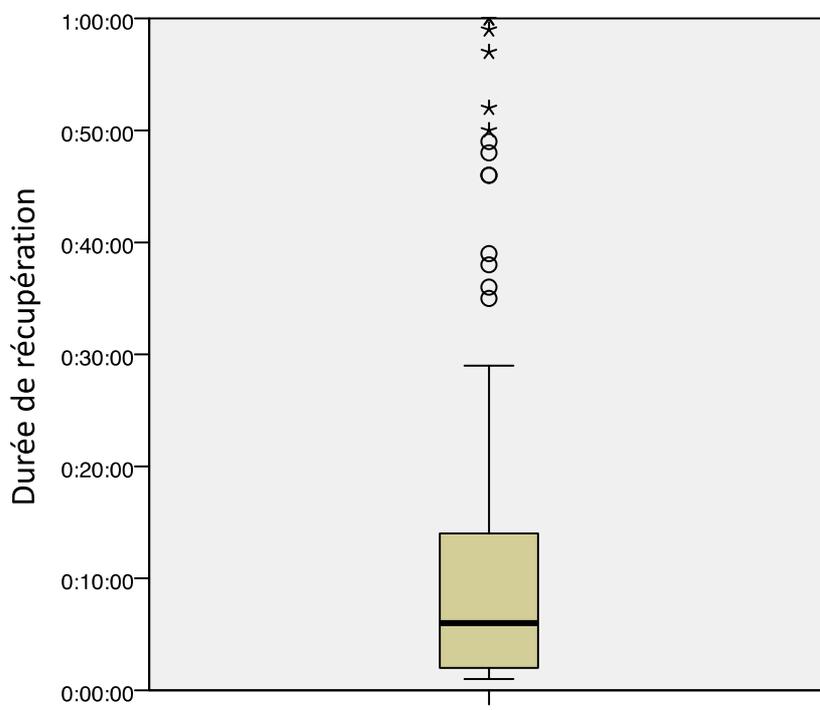


Figure 2 : Représentation du temps de récupération des dossiers complets : moyenne, médiane et 1^{er} et 3^{ème} quartiles

Sur les 109 dossiers complétés, 6 dossiers ont pris 50 minutes et plus, parmi lesquels 2 dossiers ont pris 1 heure.

Ce temps a été recalculé secondairement après avoir soustrait 41 dossiers patients n'ayant ni médecin traitant, ni pharmacie, ni IDE pour lesquels aucun contact téléphonique n'a été entrepris. Il est en moyenne de 18 ± 16 minutes [10, 3-60]. Les 1^{er}s et 3^{èmes} quartiles sont respectivement à 7 et 23 minutes.

La connaissance par le patient de ses antécédents, traitements et de leurs caractéristiques (posologies, fréquence, noms et nombres) est présentée dans la figure 3. Ces résultats sont exprimés en pourcentages.

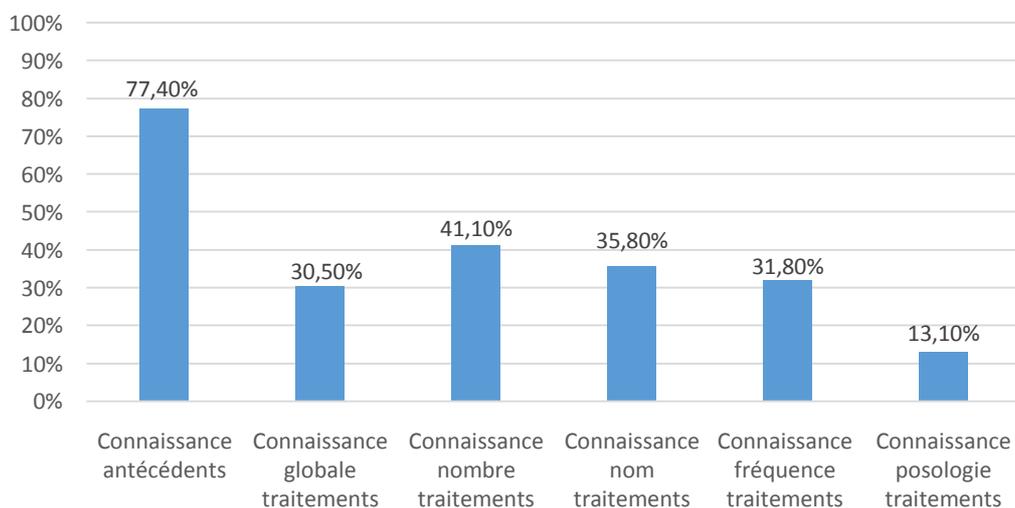


Figure 3: Représentation de la connaissance des antécédents et traitements par le patient

La représentation, en pourcentage, des différentes sources d'informations accessibles et consultées au SAU lors de l'étude est présentée en figure 4.

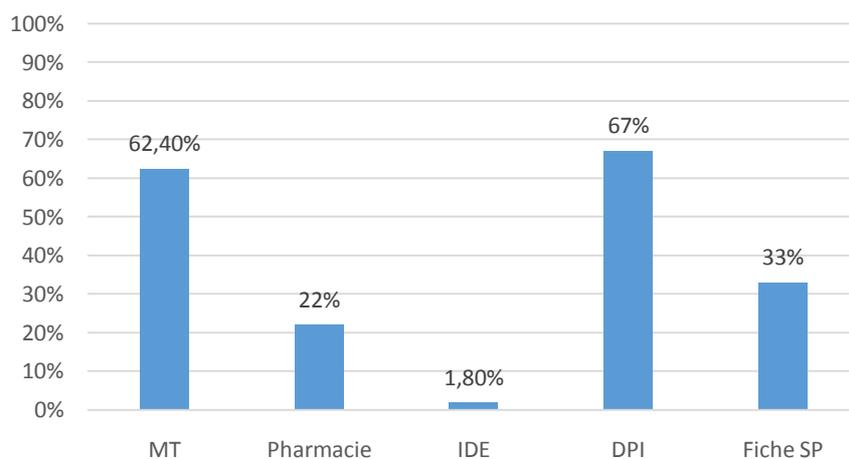


Figure 4 : Représentation des différentes sources de récupération des données.

La figure 5 représente les différents potentiels informatifs de chaque source consultée lors de l'étude. L'IDE n'a pas été prise en compte.

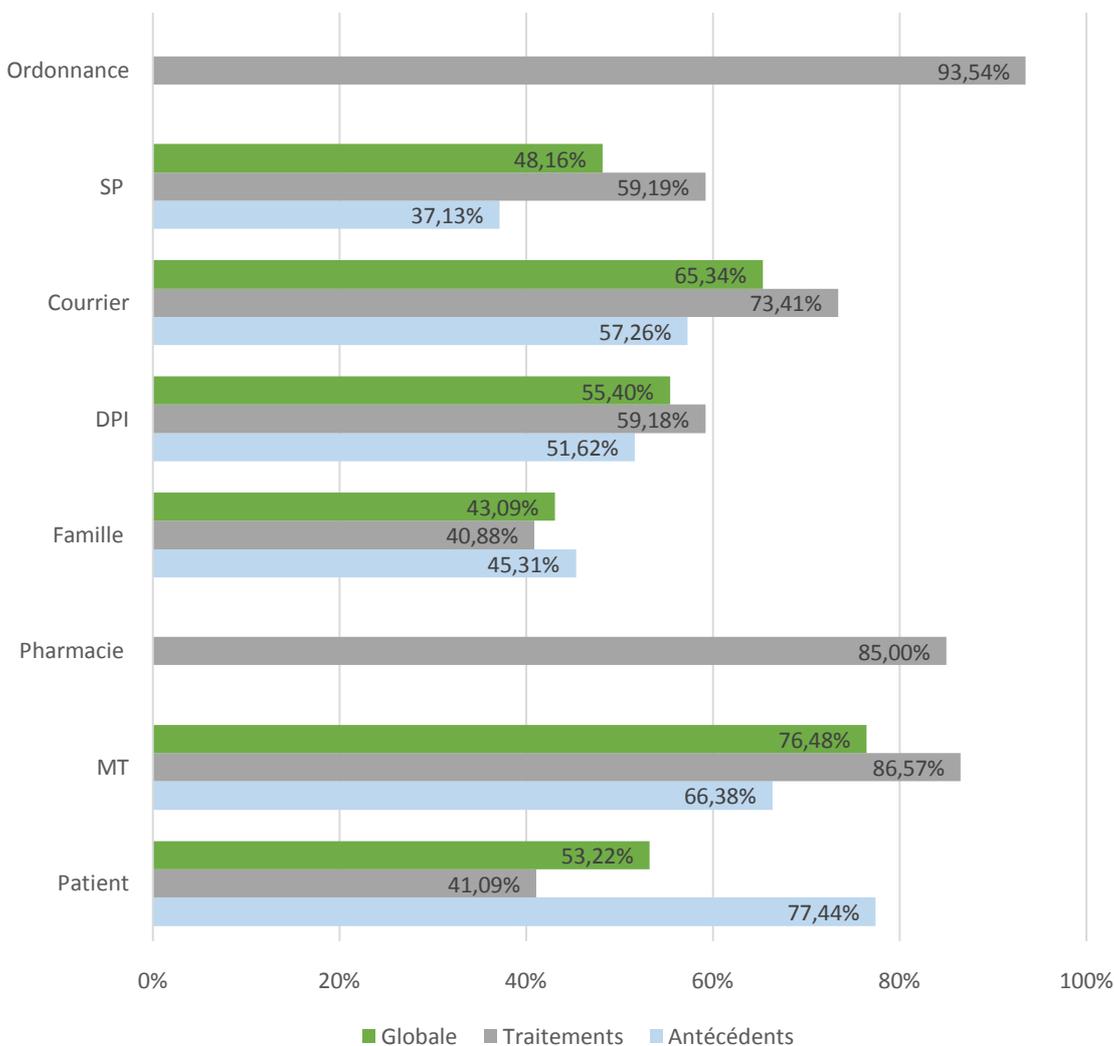


Figure 5: Potentiels informatifs « antécédents », « traitements » et « globale » en fonction des différentes sources d'information.

Parmi les 192 dossiers incomplets, 73,4% l'ont été faute d'avoir pu joindre le médecin traitant, 10,4% la pharmacie et 1,6% l'IDE.

Pour 13 dossiers patients, le MT et la pharmacie n'ont pu être joints conjointement, ce qui représente 6,7% des dossiers incomplets.

IV. DISCUSSION

Notre étude met en évidence qu'il faut une médiane de 6 minutes pour récupérer les informations complètes du patient auprès des différentes sources afin de concilier un dossier complet. Ce résultat est 2 fois moins important que celui d'une étude réalisée en Allemagne en 2014 dans laquelle 12 minutes sont nécessaires pour récupérer des informations médicales chez des patients de plus de 75 ans (12). Ceci peut être expliqué par le fait que notre étude avait un temps imparti d'une heure pour récupérer les informations, ce qui n'était pas le cas dans l'étude Allemande. Une autre étude, publiée en 2013 et réalisée au centre hospitalier de Lunéville, a mis en évidence un temps de 41 minutes de conciliation médicamenteuse chez des patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés dans un service conventionnel. Ce temps est beaucoup plus important que celui trouvé dans notre étude; cependant 14 sources d'informations étaient sollicitées de façon systématique alors que notre étude comprenait au maximum 8 sources d'informations sollicitées uniquement si elles étaient présentes (11). Les 2 études ont en commun 7 sources. Le critère d'évaluation principal de cette étude se basait sur la complétude des différentes sources et non sur le délai d'accès à ces sources, ainsi le but était d'obtenir une information complète sur le patient sans temps imparti minimum.

Selon les statistiques du SAU du CHUPPA, il y a en moyenne 120 passages quotidiens entre 8h et 18h, pour 6 médecins (sénior et internes) présents. Notre étude montre que seulement 60% des patients ont des sources d'informations, soit 72 patients donc 12 patients par jour et par médecin. Avec un temps moyen passé de 18 minutes à rechercher les informations par patients cela représente un total de 3 heures et 30 minutes de recherche par jour, soit 36% du temps de travail du médecin urgentiste. Cette évaluation quantitative donne la mesure du problème : une étude portant sur les moyens de réduire ce temps de recherche, et dans quelles proportions permettrait d'évaluer l'impact sur le temps d'attente aux urgences.

Concernant les patients dont les dossiers sont incomplets, la plupart le sont par échec de contact avec leurs professionnels médicaux et para médicaux, ou par échec de récupération de leurs coordonnées. Ce manque d'informations pourrait avoir des conséquences plus ou moins graves sur les patients (orientations diagnostiques, examens paracliniques, temps d'attente et priorisation au SAU, prises en charge thérapeutiques). Une étude visant à évaluer les conséquences de ce manque d'information sur la prise en charge des patients pourrait

être réalisée et des mesures de correction pourraient être prises si l'existence de telles conséquences sur le patient était constatée.

La plupart des dossiers de l'étude n'ont pu être complétés. Nous pouvons donc nous poser la question de savoir quelles sont les sources les plus pertinentes à prioriser pour colliger les données médicales personnelles de chaque patient. L'étude de Bonhomme, en 2013 (11) décrivait le pharmacien d'officine comme la source la plus informative sur les traitements, suivi par l'ordonnance du MT, puis le MT. Cependant les résultats suggéraient que l'association de ces 3 sources d'informations, avec une complétude de 95,1%, était plus informative que les 3 sources séparées. Notre étude retrouve comme sources les plus informatives le MT, la pharmacie et le patient: leur combinaison approche une complétude de 88,4%. Le médecin traitant est le plus informatif (76,48%) mais le moins accessible avec un taux d'échec de contact téléphonique de 73,4%. Cependant ces professionnels ont une activité de soin importante et ne peuvent pas toujours répondre au téléphone. Il semble donc essentiel de trouver un moyen d'améliorer la communication entre le réseau ville-hôpital afin d'échanger les données médicales des patients. L'existence d'un dossier médical partagé et de cartes médicales d'urgence pourrait être une solution.

Concernant les sources d'informations, la désignation des personnes de confiance est de plus en plus fréquente ces dernières années avec l'évolution des lois éthiques (13-15) : Loi Leonetti du 22 Avril 2005, article L1111-6 du code de Santé Publique, modifiée par la loi du Février 2016. Cependant ces coordonnées devraient être plus facilement accessibles par tous les acteurs de santé, médicaux et para médicaux du patient. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), la personne de confiance doit être désignée par écrit, par le patient, après explication de son rôle par un personnel de santé. Au CHUPPA, il n'existe pas de moyens standardisés pour désigner cette personne de confiance, les patients ne sont pas informés du rôle de celle-ci comme ils devraient l'être. A défaut, les coordonnées les plus souvent reportées sont celles de la personne à prévenir, dont le rôle est différent. La mise en place d'explications orales et écrites au patient, par le corps médical, conformément aux recommandations de l'HAS, serait une solution pour améliorer cette pratique et la relation patient / médecin.

Notre travail présente certaines faiblesses. L'étude n'est pas multicentrique : nous aurions pu inclure les SAU des autres structures de soins de la Guadeloupe. Le nombre total de sujets (109) sur lesquels portent les statistiques descriptives est faible, et entraîne une perte de puissance. Ceci aurait pu être évité si le nombre de sujet inclus dans l'étude avait été supérieur, soit en augmentant le temps de durée de l'étude, soit en ayant plus d'investigateur. Les médecins urgentistes présents lors des jours d'inclusion des patients n'ont pas été sollicités pour réaliser l'étude, afin de ne pas perturber leur travail aux urgences.

Concernant le critère de jugement principal, il existe une grande variabilité entre la moyenne et la médiane, ceci étant expliqué par un nombre important de valeurs extrêmes et le faible nombre de patients sur lesquels portaient les statistiques descriptives. De plus la mesure de l'objectif principal n'a été réalisée que les jours de semaines en heures ouvrables, ce qui n'est pas très représentatif du mode de fonctionnement d'un SAU et présente une certaine limite à notre travail. Notre objectif principal est sujet à un biais de mesure qui peut être expliqué par la rédaction du protocole d'appel pour la récupération des données : en effet un appel était passé toutes les 15 minutes. Si ces appels avaient été moins espacés ou continus, le temps de récupération aurait peut-être été diminué. Cependant, du fait d'une activité soutenue aux urgences, il n'est pas possible de tenter de joindre en continu, jusqu'à obtention d'une réponse, un professionnel de santé. Au cours de notre étude la famille n'a pas été contactée par téléphone comme les autres sources, par manque d'identification claire de la personne à contacter, ceci pourrait expliquer son faible potentiel informatif (43,09%).

Notre étude présente cependant certains points forts. Elle a été réalisée de façon prospective, selon un protocole établi qui était respecté. De plus, c'est la première étude, réalisée au SAU du CHUPPA, qui s'intéresse au temps moyen médical mis à la conciliation de données médicales, à la connaissance des patients sur ces données et à la qualité des informations transmises par les différentes sources à disposition. Le calcul de ce temps médical a été étudié dans quelques travaux mais uniquement pour de la conciliation médicamenteuse sur des populations ciblées et non pour de la conciliation de données médicales comme dans notre étude. Nous pouvons dire que notre travail est donc original. De plus il permet de mettre en évidence les difficultés existantes de communication entre le réseau ville-hôpital.

La conciliation étant une étape chronophage mais indispensable à une bonne prise en charge, de nombreux pays à travers le monde ont mis à l'essai des dossiers médicaux informatisés et « cartes médicales d'urgences » regroupant les informations médicales relatives aux patients (16–21). Différents supports existent (22) : cartes à puce, colliers/bracelets, logiciels, applications smartphone, clef USB ... Tous sont actuellement en cours d'essai dans différents pays. En dehors d'une utilisation dans les services d'urgences, le but de ces cartes est de mettre à disposition un dossier médical accessible partout, mis à jour et complet. Une étude publiée en 2014 montrait qu'en plus d'optimiser la prise en charge du patient, cela améliorerait la continuité des soins et la communication entre les différentes structures de soins (23). En France, le dossier médical partagé (DMP) est en cours de ré-expansion depuis Juillet 2016 suite à la loi de modernisation de notre système de santé (24,25). Son but est de concilier les informations médicales des patients, d'améliorer la communication entre les différents acteurs de santé et d'optimiser la qualité et la continuité des soins. Les patients deviennent tout autant acteurs de leur santé que leurs médecins car dans certaines régions pilotes, ils peuvent créer eux même ce DMP. Une forme de dossier partagé conciliant uniquement les traitements existe en France depuis 2007 : le dossier pharmaceutique (DP) (26). Actuellement 99,8 % des pharmacies en sont équipées. Quelques études récentes portant sur son accessibilité et son intérêt ont été publiées (1,27) : il en ressort que le DP, qui est consultable via la carte vitale du patient, est une très bonne source d'information médicamenteuse et facilement accessible. Cependant notre étude n'a pas utilisé le DP pour concilier les données médicamenteuses car celui-ci n'est pas encore mis à disposition dans les services hospitaliers.

Une étude similaire à la nôtre pourrait être réalisée après la mise en place du DMP en Guadeloupe pour en évaluer son efficacité et son retentissement le temps médical aux urgences.

V. CONCLUSION

Lorsque les médecins récupèrent un dossier médical complet, cette étape est chronophage. Cependant, pour deux tiers des patients admis au SAU, leur dossier restait incomplet après 1 heure de recherche. Cela suggère un temps dédié à la recherche des données médicales par les médecins important sur leur temps de travail au détriment des patients. La prise en charge de ceux-ci pourrait probablement être améliorée par une communication facilitée entre les acteurs de santé (dossier médical partagé, carnet de santé, carte médicale, ...).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Trinh-Duc A, Painbeni T, Byzcko A, Fort P-A. [The pharmaceutical record in an emergency department: Assessment of its accessibility and its impact on the level of knowledge of the patient's treatment]. *Ann Pharm Fr.* juill 2016;74(4):288-95.
2. Vilke GM, Marino A, Iskander J, Chan TC. Emergency department patient knowledge of medications. *J Emerg Med.* nov 2000;19(4):327-30.
3. O'Connell MB, Johnson JF. Evaluation of medication knowledge in elderly patients. *Ann Pharmacother.* août 1992;26(7-8):919-21.
4. Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med.* juin 2002;39(6):605-8.
5. Blenkiron P. The elderly and their medication: understanding and compliance in a family practice. *Postgrad Med J.* nov 1996;72(853):671-6.
6. Stromski C, Popavetsky G, Defranco B, Reed J. The prevalence and accuracy of medication lists in an elderly ED population. *Am J Emerg Med.* oct 2004;22(6):497-8.
7. Redelmeier DA, Schull MJ, Hux JE, Tu JV, Ferris LE. Problems for clinical judgement: 1. Eliciting an insightful history of present illness. *CMAJ Can Med Assoc J.* 6 mars 2001;164(5):647-51.
8. Redelmeier DA, Tu JV, Schull MJ, Ferris LE, Hux JE. Problems for clinical judgement: 2. Obtaining a reliable past medical history. *CMAJ Can Med Assoc J.* 20 mars 2001;164(6):809-13.
9. Tamblyn R, Poissant L, Huang A, Winslade N, Rochefort CM, Moraga T, et al. Estimating the information gap between emergency department records of community medication compared to on-line access to the community-based pharmacy records. *J Am Med Inform Assoc JAMIA.* juin 2014;21(3):391-8.
10. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J.* 30 août 2005;173(5):510-5.
11. Bonhomme J, Dony A, Baum T, Doerper S, Piney D, Dufa E. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé - De la fiabilité des sources d'information J. Bonhomme, A. Dony, T. Baum, S. Doerper, D. Piney, E. Dufay Centre hospitalier, Lunéville. **RISQUES & QUALITÉ • 2013 - VOLUME X - N° 4.** ResearchGate <https://www.researchgate.net/publication/283498190>

12. Lindner T, Slagman A, Senkin A, Mö, Ckel M, Searle J. Medical History of Elderly Patients in the Emergency Setting: Not an Easy Point-of-Care Diagnostic Marker. *Emerg Med Int.* 3 sept 2015;2015:e490947.
13. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
14. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avril, 2005.
15. Code de la santé publique - Article L1111-6. Code de la santé publique.
16. Barbarito F, Pincioli F, Barone A, Pizzo F, Ranza R, Mason J, et al. Implementing the lifelong personal health record in a regionalised health information system: the case of Lombardy, Italy. *Comput Biol Med.* avr 2015;59:164-74.
17. Ammenwerth E, Dufts Schmid G, Gall W, Hackl WO, Hoerbst A, Janzek-Hawlat S, et al. A nationwide computerized patient medication history: evaluation of the Austrian pilot project « e-Medikation ». *Int J Med Inf.* sept 2014;83(9):655-69.
18. Tang PC, Ash JS, Bates DW, Overhage JM, Sands DZ. Personal Health Records: Definitions, Benefits, and Strategies for Overcoming Barriers to Adoption. *J Am Med Inform Assoc JAMIA.* 2006;13(2):121-6.
19. Genitsaridi I, Kondylakis H, Koumakis L, Marias K, Tsiknakis M. Evaluation of personal health record systems through the lenses of EC research projects. *Comput Biol Med.* avr 2015;59:175-85.
20. Olola CHO, Narus S, Nebeker J, Poynton M, Hales J, Rowan B, et al. The perception of medical professionals and medical students on the usefulness of an emergency medical card and a continuity of care report in enhancing continuity of care. *Int J Med Inf.* 1 juin 2011;80(6):412-20.
21. Olola CHO, Narus S, Poynton M, Nebeker J, Hales J, Rowan B, et al. Patient-perceived usefulness of an emergency medical card and a continuity-of-care report in enhancing the quality of care. *Int J Qual Health Care.* 1 févr 2011;23(1):60-7.
22. Maloney FL, Wright A. USB-based Personal Health Records: an analysis of features and functionality. *Int J Med Inf.* févr 2010;79(2):97-111.
23. Munck LK, Hansen KR, Mølbak AG, Balle H, Kongsgren S. The use of shared medication record as part of medication reconciliation at hospital admission is feasible. *Dan Med J.* mai 2014;61(5):A4817.
24. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-

41 janv 26, 2016.

25. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. 2016-914 juillet, 2016.

26. Code de la sécurité sociale - Article L161-36-4-2. Code de la sécurité sociale.

27. Dony A, Baum T, Potier A, Doerper S, Guillaume V, Azizi Y, et al. Utiliser le dossier pharmaceutique pour concilier la capacité informationnelle du DP. 2017]; <http://www.em-consulte.com/en/article/1002293>

ANNEXES

Annexe 1 : Demande d'accord de recrutement

Cher Dr FERRACCI

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale dirigée par le Dr Chabannon, je sollicite votre accord pour pouvoir recruter des patients au sein de votre service.

Le sujet de ma thèse porte sur l'évaluation des connaissances des patients sur leurs données médicales personnelles ainsi que le temps passé à récupérer ces données par différents moyens (le patient lui-même, sa famille ou ses proches, son médecin généraliste, ses anciens dossiers médicaux dans le logiciel des urgences Résurgence®, sa pharmacie habituelle, ...).

Le critère de jugement principal est le temps moyen nécessaire pour retrouver les données médicales personnelles de chaque patient.

Les patients pouvant être inclus dans l'étude sont les patients majeurs consultant au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Pointe à Pitre / Abymes, quel que soit leur motif d'admission, et ne nécessitant pas une entrée directe au SAUV (Service d'Accueil des Urgences Vitales) pour ne pas retarder leur prise en charge. Tous les patients inclus (ou leur personne de confiance) seront informés du protocole de l'étude par oral et par écrit et donneront leur accord oral. Le recueil de données se fera par l'intermédiaire d'un questionnaire papier et l'interrogatoire des différents interlocuteurs sera effectué par mes soins pour ne pas retarder les médecins en poste aux urgences dans votre service.

La première partie du questionnaire porte sur les connaissances des patients sur leurs données médicales personnelles (âge, sexe, antécédents, traitements habituels, les acteurs de leur santé ...).

La deuxième partie concerne les moyens ayant permis de récupérer les données médicales de chaque patient et le temps total que cela a pris.

Je sollicite votre attention sur mon projet de thèse et vous demande votre accord pour intégrer votre service aux mois de mars et avril 2017 afin de recruter des patients.

Dans l'attente de votre réponse, je l'espère favorable, je me tiens à votre disposition pour un éventuel entretien si vous avez de plus amples questions à propos de ce projet de thèse.

Cordialement,

Alizée NICOLET

Interne en médecine générale

Annexe 2 : Lettre d'information et de non opposition

Madame, Monsieur,

Nous réalisons une étude médicale au CHU de Pointe à Pitre / Abymes sur les connaissances que les patients ont de leurs données médicales personnelles (antécédents, traitements, médecins, pharmacie...). Ces données seront recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire.

Cette étude a pour but de mettre en évidence le temps nécessaire à récupérer l'ensemble de ces informations et d'analyser les données concernant votre santé sur lesquelles vous êtes le moins informés.

Votre participation à cette étude ne modifiera en rien votre prise en charge habituelle par les médecins travaillant aux urgences du CHU de Pointe à Pitre Abymes.

Vous serez inclus dans cette étude si vous êtes âgé de plus de 18 ans et que votre état de santé est stable.

Cette étude ne se fera pas sans votre accord et vous pourrez changer d'avis quant à votre participation à tout moment.

En l'absence de refus de votre part nous considérerons que vous acceptez de participer à cette étude.

Les informations obtenues à partir du questionnaire seront enregistrées, anonymées puis traitées informatiquement. Elles ne pourront être transmises qu'aux personnes soumises au secret professionnel.

Vous pourrez, conformément à la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978) exercer votre droit de rectification et d'opposition auprès du médecin responsable de l'étude. Si vous le désirez les résultats globaux de ce travail vous seront communiqués à sa conclusion.

Alizée NICOLET

Interne en Médecine Générale

Récupération des données

Heure de début :

Sources de récupération:

	Contact : oui / non	Nombre de Tentative	Durée
MT			
Pharmacie			
IDE			
Famille			
Résurgences			
Ordonnance			
Courrier			
SP/Ambulance			

Récupération des antécédents et traitements :

ATCD	IDE	SP/Ambu	Courrier	MT	Famille	Résurgence	Patient

Heure de fin :

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs 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 dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

VERSION ANGLAISE

**Assessment of patients' knowledge of their medical data:
impact on medical time**

THESIS

Presented and publicly supported at the Faculty of Medicine Hyacinthe BASTARAUD of the
French West Indies and French Guyana

Et examined by the Teachers of the said Faculty

On September, the 19th of 2017

To obtain the degree of

DOCTOR IN MEDICINE

By

NICOLET-VEYRON Alizée

Born on Novembre, 19th of 1988 in Montbéliard

Thesis judges:

Mr CARLES Michel, Professor and President of jury

Mrs HELENE-PELAGE Jeannie, Professor

Mrs LANNUZEL Annie, Professor

Mrs CHABANNON Margaux, Doctor in Medicine

Contents

ABREVIATIONS.....	38
INTRODUCTION.....	39
PATIENTS AND METHODS.....	40
Type of study	
Patients selection	
Study design	
Descriptive statistics	
RESULTS.....	43
DISCUSSION.....	48
CONCLUSION.....	52

ABBREVIATIONS

DMP: Dossier Médical Partagé

DS: Drugstore

ED: Emergency Department

GP: General Practitioner

HAH: High Authority of Health

DP: Dossier pharmaceutique

PPAUH: Pointe-à-Pitre/Abymes University Hospital

INTRODUCTION

An optimal care management of patients, regardless of the reason for their visit, requires access to a maximum amount of trustworthy information on which the physician taking the patient under care can rely on. This information must be readily available mostly in emergency situations(1). Literature reviews show the difficulty of obtaining fully these reliable information, whether it is in office practice, in hospital or in emergency rooms (2,3). Patients have a poor knowledge of their medical history, their dosage and indication of their medical treatment(2–5). This lack of knowledge is a drag on their care management(2,6). It leads to an unnecessary repetition of complementary examinations and increases the risk of malpractice potentially life-threatening (4,5,7–10).

The arrival of a patient in a health facility is considered being a breaking point regarding the transmission of the patient's medical data. This medical data is often incomplete or not even provided as it goes between the hospital and office practice. The patients' age, his comorbidities, medical history and the gravity of his condition as he arrives in the emergency rooms, are factors which contribute to the difficulty of assessing their knowledge of their own medical data (7). In order to optimise patient care, medication reconciliation was implemented in different countries in order to prevent and rectify prescription errors (11). The achievement of this medication reconciliation, requiring the recovery of the patients' treatment, is time consuming, relying on the amount of source of information available. A French study conducted in 2013 discovered that in order to obtain a more accurate list of medication (91% accurate), the pairing of 3 different sources of information were needed (general practitioner (GP), patient, pharmacist) (11).

In this context, we wanted to evaluate the impact of patient's knowledge of their own medical data during their stay in the emergency rooms. The primary outcome was to assess the time required to get hold of a full patient medical record, in the emergency unit of Pointe à Pitre/Abymes University Hospital (PPAUH). The other outcomes were to evaluate patients' knowledge about their own medical data (health records, treatments, GP, drugstore (DS), nurse) and identify the most reliable source of information.

PATIENTS AND METHODS

Type of study

This observational, descriptive, prospective and monocentric study took place in the Pointe à Pitre/Abymes University Hospital, Guadeloupe, France, from March 6th to April 3rd of 2017. This study was approved by the Informatics and Liberty National Commission, reference number 2041653v0. The head of the emergency department (ED) of PPAUH, gave his approval for the recruitment (annex 1). When patients, or their relatives, were unable to give their consent, they were informed of the study's term orally and in writing (annex 2).

Patients selection

Patients aged more than 18 years old, admitted in the ED of PPAUH in medical, surgical and trauma branches, between March 6th and April 3rd of 2017, from 8 AM to 6 PM, and from Monday to Friday, except on public holidays, were eligible. Patients agreeing to participate in the study were randomly included. Exclusions criteria were patients under 18 years old and those who were critical and needed care management in a Resuscitation Room.

Study Design (Figure 1)

Data was collected in two ways. The study did not affect the patient's usual care management in the ED.

First of all, upon arrival at the ED, patients completed a questionnaire during an interview led by the investigating physician of the study. The survey was composed of different items:

- The patients' background information (age, sex) and ethnic origin
- The usual patients' health care providers: GP, drugstore (DS), nurse. If the patient was followed by one of these health care providers, their contact information were requested.
- The patients' health record: medical, surgical, gynaecological, allergies. Addictions habits: tobacco, alcohol, drugs.
- The patients' treatment: name, dosage, frequency.
- The existence of a medical prescription (regarding the usual medical treatment) and a transmittal letter if the patient was referred by a health care provider other than the "Service d'Aide Médicale d'Urgence" (SAMU) (Emergency Medical Service).
- The interview length

As a second step, during the same day, the physician, that led the questionnaire, called the GP, the DS and/or the patient nurse. In order to maintain full concern of the patients' care management in the ED, it was decided to limit the time needed to recover the patients' full medical data to 1 hour, having up to 4 phone calls attempts per hour and per source of information, meaning an average of a call every 15 minutes. The amount of call attempts was chosen randomly. The patients' family was requested only if present in the waiting room or next to the patient during his care management. The obtained data was compiled in a form comprised of 4 items:

- Sources of information that were present or reached through a phone call to obtain data: GP, DS, nurse, family, computer-based patient record, information provided by the fire-fighters, transmittal letter, medical prescription.
- Amount of phone call attempts to reach the GP, DS and nurse.
- The gathering of every information given by the different sources of information.
- Duration time needed for the achievement of this task

A file was considered being completed when, within 1 hour, the patient's health care providers were reachable. If none of them were available, the file was then considered incomplete. If the patient had a health record but no health care provider, his file was considered as complete. Regarding the medical prescriptions, only those done in less than a year were valid.

An informative potential was calculated, for each source of information, expressed as a percentage:

- A "medical history" informative potential, defined by the ratio of the medical history stated by the source to the entire medical history recovered.
- A "medication" informative potential defined by the ratio of the amount of taken medication stated by the source to the total amount of taken medication recovered.
- A "global" informative potential defined as the average of the 2 potentials described previously..

The patients' knowledge about their medication was expressed as a percentage. It was defined by the ratio of the amount of taken medication stated by the patient to the total amount of taken medication recovered. This calculation was carried out for each category: amount of medication, name, dosage. The "global" knowledge of medication was defined as the average of each category. Patients' knowledge about their medical history was defined by the ratio of the medical history stated to the entire medical history recovered, and corresponds to the "medical history" informative potential.

Descriptive statistics

Medical data was collected for each patient in a standardized file, and was completed by the study investigator.

This data was expressed as an average \pm standard deviation [median, minimum-maximum].

The SPSS software from IBM was used in order to carry out the descriptive statistics.

RESULTS

The flow chart of the study is introduced in the figure 1. A total of 301 patients were initially interviewed. After full data recovery, 192 files were excluded. The descriptive statistics concern 109 complete patient files.

The characteristics of the population regarding both the complete and incomplete files are presented in table 1.

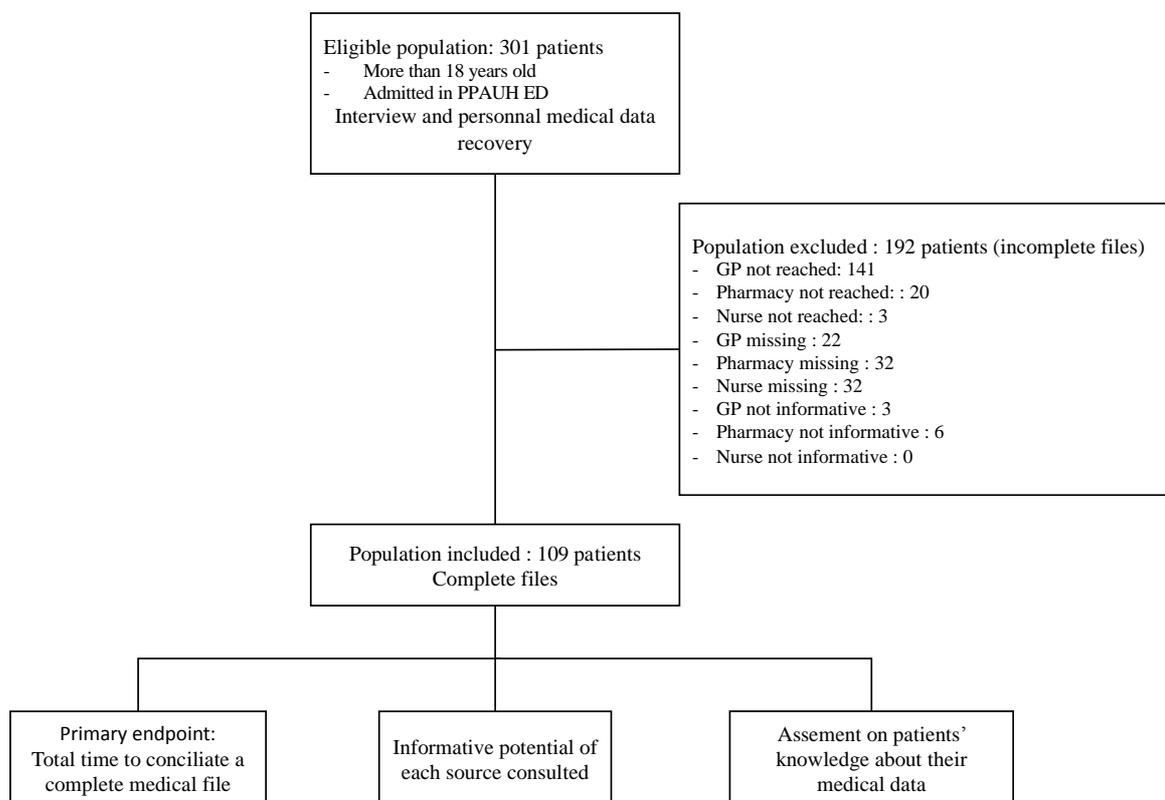


Figure 1 : Study design

	Complete files (n=109)	Incomplete files (n=192)
Characteristics	Effective (%)	Effective (%)
Mean age \pm SD	50 \pm 19,4	57 \pm 20,4
Sex		
Male	70 (64,2)	100 (52,1)
Female	39 (35,8)	92 (47,9)
Vital card	68 (62,4)	139 (72,4)
Origin		
Alone / Home	46 (42,2)	55 (28,6)
SAMU	33 (30,3)	82 (42,7)
GP	12 (11)	28 (14,6)
Others	18 (16,5)	27 (18,5)
General practitioner	68 (62,4)	182 (94,8)
Knowledge GP's name	64 (94,1)	146 (80,2)
Usual drugstore	24 (22)	90 (46,9)
Knowledge usual DS's name	18 (75)	54 (60)
Nurse	2 (1,8)	34 (17,7)
Knowledge nurse's name	2 (100)	16 (18,3)
Presence of antecedents	79 (72,5)	147 (76,6)
Mean total number of antecedents \pm SD	3,22 \pm 3	4 \pm 2,8
Vaccine updated	61 (56)	118 (61,5)
Toxic		
Alcohol	14 (12,8)	15 (7,8)
Tobacco	19 (17,4)	37 (19,3)
Drug addicts	15 (13,8)	11 (5,7)
Patients with treatments	43 (39,4)	110 (57,3)
Mean total number of treatments \pm SD	3,86 \pm 2,4	3,96 \pm 2,7
Gravity of illness		
CCMU1	21 (19,3)	28 (14,6)
CCMU2	75 (68,8)	146 (76)
CCMU3	5 (4,6)	8 (4,2)
CCMU4	1 (0,9)	1 (0,5)
P	1 (0,9)	2 (1)
Cognitive disorders	4 (3,7)	17 (8,9)

Table 1: Characteristics of patients files complete and incomplete.

The average time required to obtain a complete file is presented in figure 2: being 12 ± 15 minutes [6, 1-60]. The first and third quartiles are respectively at 2 and 14 minutes.

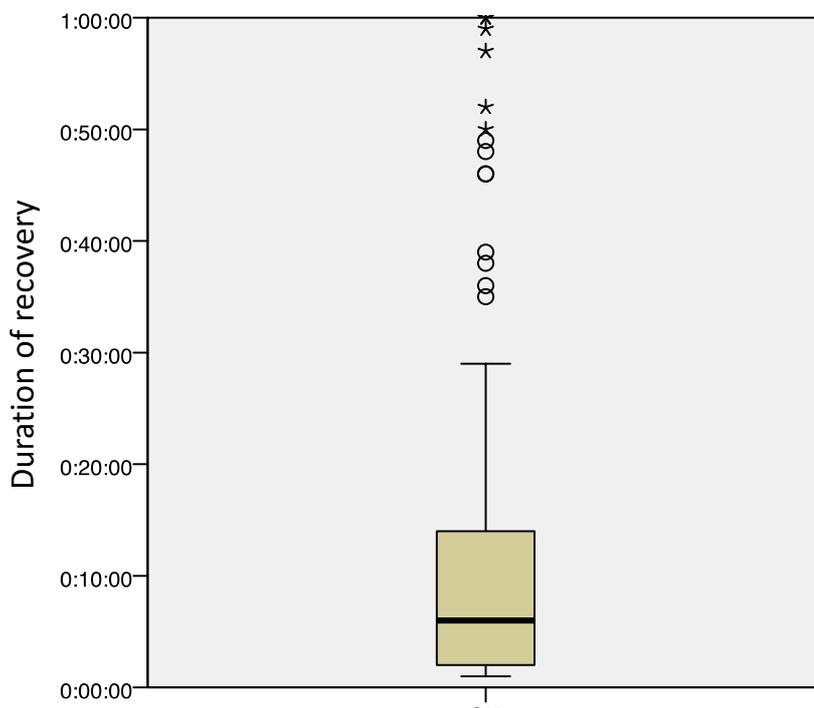


Figure 2 : Representation of time recovery among complete files : mean, median, inter quartiles.

Out of the 109 completed files, 6 files required 50 minutes or more, out of which 2 required 1 hour.

This time was secondarily recalculated after having subtracted 41 patient files without GP, nor DS, nor nurse, those for which no phone call was made. The recalculated time had an average of 18 ± 16 minutes [10, 3-60]. The first and third quartiles are respectively at 7 and 23 minutes.

The patients' knowledge about his medical history, medication and their features (dosage, frequency, names, amount of medication) is presented in figure 3. These results are expressed as a percentage.

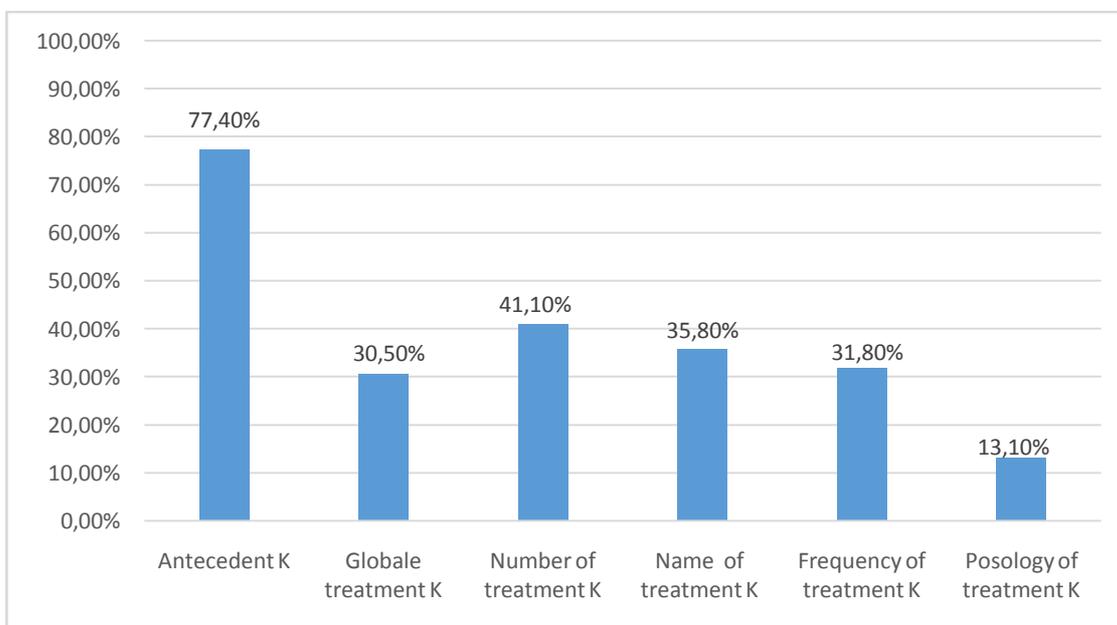


Figure 3: Representation of patients' knowledge about his antecedent and treatments (K=knowledge)

The different accessible and consulted sources of information in the ED during the study is presented in figure 4, and expressed as a percentage.

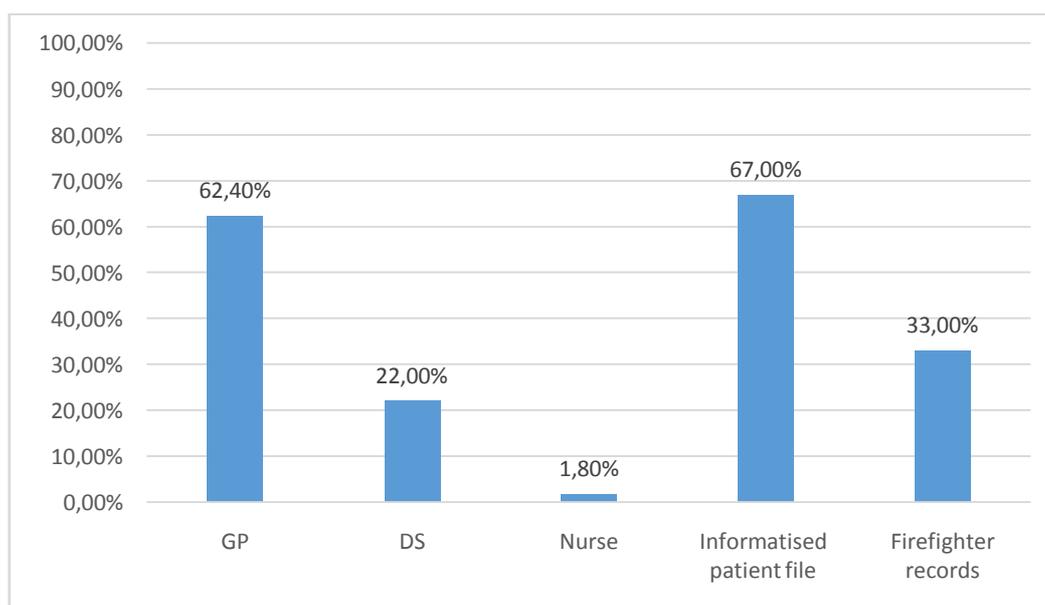


Figure 4: Representation of different sources for data retrieval

The figure 5 illustrates the different informative potentials of consulted sources. The nurse was not taken into account.

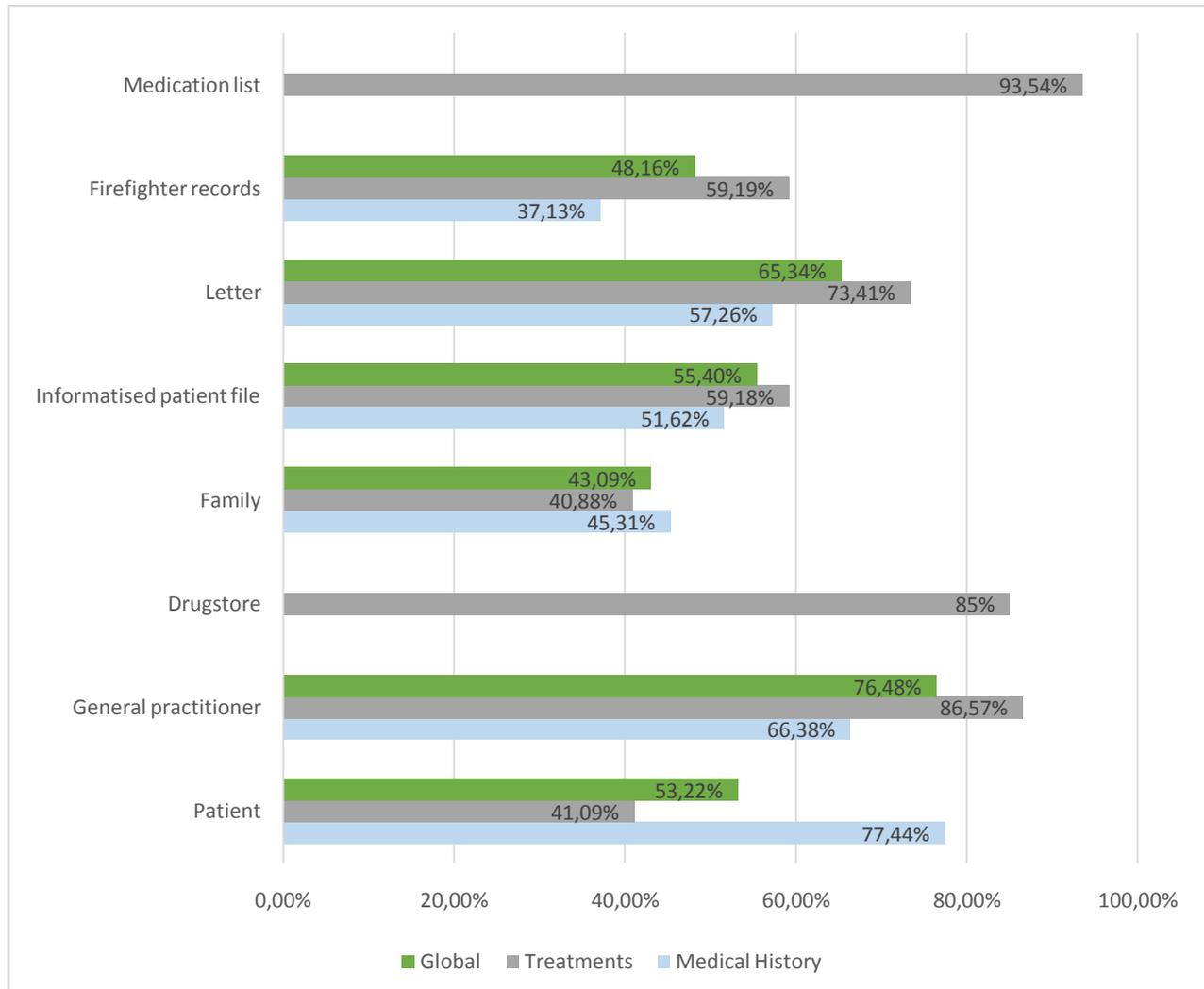


Figure 5: Informative potentials “medical history”, “treatments” and “global” for each source of information.

Out of the 192 incompleted files, 73,4% were missing because we could not reach the GP, 10,4% the DS and 1,6% the nurse.

Regarding 13 patient files, the GP and the DS were both unreachable, representing 6,7% of the incompleted files.

DISCUSSION

Our study shows that median time of 6 minutes is needed to recover all the information regarding a patient with the use of different sources of information, in order to reconcile a complete file. This study result is two times less than a study carried out in Germany in 2014, in which 12 minutes were needed to recover full medical data from patients, aged over 75 years old (12). This could be explained by the fact that in our present study, a time limit was set to 1 hour in order to recover the information, which wasn't the case in the German study. Moreover, the patients were much more older than in our study, implying the fact that their medical history was probably far more sizable. Another study, published in 2013 and carried out at the Lunéville Hospital Center, revealed a 41-minutes period of medication reconciliation in patients aged over 65 years old in a conventional service. This amount of time is far more significant than the one brought out in our study. However, 14 sources of information were systematically requested whereas our study included a maximum of 8 sources, and, only if they were present(11). These 2 studies have in common 7 sources. The primary outcome of the Lunéville study was based on the completeness of the different sources, not on the time spent to reach them. The aim was therefore to obtain complete information without setting a time limit.

According to PPAUH ED, there is an average of 120 patients admitted every day between 8am and 6pm, and 6 physicians working (seniors and juniors). Our study indicates that only 60% of the patients have a source of information (meaning 72 patients) and therefore 12 patients/day/physician. With an average time of 18 minutes spent to obtain information per patient, this represents a total of 3 hours and 30 minutes of research per working day, meaning 36% of the physicians' work time . This quantitative assessment brings out to light the importance of this problem; a study on how to reduce this research time, and in how this would significantly change the waiting time at the ED.

Regarding patients with incomplete files, most of them are due to the unreachable health providers or due to the missing contact details. This lack of information could have potentially serious consequences on the patients (diagnosis orientation, complementary investigations, emergency triage, therapeutic management...). A study in order to evaluate the consequences of this lack of information on patients' care management could be carried out

and corrective actions could be taken if there really was an impact on the patients' care management.

In our study, most of the files could not be completed. Therefore, it is interesting to question which are the most valuable sources of information and give priority in order to recover the personal medical data of each patient. Bonhomme's study in 2013 described the pharmacist as the most informative source regarding the medication, followed by the GP medical prescription, finally followed by the GP. However, this results suggested that the combination of these 3 sources, with a completeness of 95,1% was more informative than each source separately. The most valuable and informative sources of our study are the GP, the DS and the patient: a combination of these 3 sources approaches a completeness of 88,4%. The GP remained the most informative source (76,48%) but the least reachable with a 73,4% of unanswered phone calls. However, these healthcare providers are over-busy, having very few minutes to spare to answer phone calls. Therefore, it seems essential to find a way to improve communication between the office practice and the hospital in order to exchange patients' medical data easier. The existence of a shared medical record and emergency medical cards could eventually be a solution.

Regarding the sources of information, the designation of a "support person" is becoming a lot more frequent in the past years, with the evolution of the ethical law: Leonetti Law of April 22nd of 2005, L1111-6 article of the Health Public Code modified by February of 2016 law (13–15). However, the "support person" contact information should be readily available if the patients' healthcare providers are contacted. According to recommendation of the High Authority of Health (HAH), the support person must be designated in a writing way by the patient after having received the explanation of his function, made by a health professional. At the PPAHU there are no standardized measures existing to designate this person and patients are not informed as they should be. Failing this, the contact details given are more often those of the person to reach if needed, whose function is different. The introduction of oral and written explanations to the patient by the medical profession, in accordance with the HAH recommendations, would eventually be a solution to improve the designation of a support person and the patient/physician relationship.

Our study has some weaknesses. The study is not multicentric: we could have included the ED of other health care structures in Guadeloupe. The total amount of subjects (109) on which the descriptive statistics were based on is poor, leading to a low power of the study. This could have been avoided if the number of patients included had been higher, either by increasing the duration of the study or by having more investigators. Emergency physicians were not asked to carry out the study in order to not to disrupt their work in ED. Regarding the primary outcome, there is high variability between the mean and the median. This could be explained by the large amount of extreme values and the low amount of patients included in the study. Moreover, the measurement of the main objective was carried out only on daily working days, being not representative of the operating mode in the ED. This brings up a certain limit to our study. Moreover, our primary outcome is subject to a measurement bias that can be explained by the phone call protocol: indeed, a call was made every 15 minutes. If these calls were ongoing calls, or less time was left between each calls, the time to gather all the information might have been reduced. Due to a sustained activity in the ED, it was not possible to attempt to reach a health professional by making ongoing phone calls, until he finally could answer. In our study, contrarily to the other sources of information, the patient's family was not contacted by phone due to the lack of information given on which person is the person to reach if needed. This could explain its low informative potential (43,09%).

However, there are some strengths in our study. It was carried out prospectively, according to an established protocol that was respected. In addition, it is the first study carried out the ED of PPAUH, which focuses on the average medical time taken to compile medical data, patients' knowledge on this data and the quality of the information transmitted by the different sources available. The calculation of this medical time has been studied in some works but only for medication reconciliation based on targeted populations, not for the compiling of the medical data, as it was done in our study. Therefore, we can say that our work is original. Moreover, it brings out to light the actual difficulties of communication between the office practice and the hospital.

Since conciliating medical data is a time consuming but essential step to good care management, many countries around the world have implemented shared medical records and “emergency medical cards”, gathering patients’ medical data(16–21). Various supports actually exist(22): chip cards, necklaces /bracelets, software, smartphone application, USB keys... All are currently being tested in different countries. Beyond its possible use in the ED, the purpose of these cards is to set up a medical file obtainable everywhere, updated and entirely complete. A study published in 2014 showed that, in addition to optimizing patient management, this would provide and improve continuity of care and communication between different health care structures(23). In France, the shared medical record called “Dossier Médical Partagé” (DMP) is being re-expanded since July of 2016 following the modernization of our healthcare system(24,25). Its aim is to gather the patients’ medical data in one same place, improve the communication between the various healthcare providers and optimize the quality and continuity of care. In some pilot regions, patients can create their own DMP, and therefore, become far more concerned about their own health. A similar file, providing a medication reconciliation, exists in France since 2007: the pharmaceutical file(Dossier Pharmaceutique: DP)(26). Currently, 99,8% of the drugstores are equipped with it. A few recent studies were carried out in order to evaluate its accessibility and its interest, and have been published(1,27): the DP, which can be consulted via the patient’s french “vital card”, is a very good source of drug information and is easily obtainable. However, our study could not use the DP to achieve medication reconciliation, the DP being not yet available in the hospital departments.

A study similar to ours could be carried out after the establishment of the DMP in Guadeloupe to evaluate its effectiveness and its impact on the medical time spent in the ED.

CONCLUSION

When an emergency room physician has to recover a complete medical file in order to optimise the care management of his patients, the time he spends to achieve this task is overly time consuming. However, the file remained incomplete after one hour of research regarding two thirds of the admitted patients in the ED. This brings to light an excessive amount of time spent by the physicians, searching for medical data, at the expense of their patients. The patients' care management could probably be easily improved by the existence of a simpler way of communication between healthcare providers (shared medical records, health records, medical cards...).

NICOLET-VEYRON Alizée

SUJET DE LA THESE : Connaissances des patients sur leurs données médicales personnelles : impact sur le temps médical

THESE de Médecine Générale

ANNEE : 2017

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2017ANTI0210

MOTS CLEFS : Connaissance, patient, urgence, dossier médical partagé

Introduction : Un patient doit être pris en charge de façon optimale, notamment en situation urgente. Cette tâche est difficile du fait d'une mauvaise connaissance des patients concernant leurs données médicales et d'un manque de communication entre les professionnels de santé. L'étape de conciliation de données est chronophage. Nous avons évalué l'impact de la connaissance des patients concernant leurs données médicales personnelles sur le temps médical.

Matériel et méthodes : Cette étude prospective mono-centrique, réalisée de Mars à Avril 2017, aux urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre Abymes en Guadeloupe, incluait les patients majeurs ne nécessitant pas une entrée directe en SAUV. Ils étaient soumis à un questionnaire portant sur leurs données médicales (MT, pharmacie, IDE, antécédents, traitements...). Ces données étaient secondairement complétées par téléphone avec le MT, la pharmacie, l'IDE, dans un intervalle de temps d'une heure. L'objectif principal était de déterminer le temps passé à concilier un dossier complet. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la connaissance du patient sur ses données médicales et d'identifier le potentiel informatif de chaque source présente en contactée aux urgences.

Résultats : Parmi 301 patients interrogés, 109 dossiers ont pu être complétés dans l'heure impartie. Le temps moyen de conciliation était de 12 minutes (médiane 6 minutes, écart type 15 minutes; minimum 59secondes ; maximum 1heure). Les patients connaissaient 77,4 % de leurs antécédents, avaient une connaissance globale de leur traitement de 30,1% avec une moins bonne connaissance de leur posologie (13,1%) que de leur nombre de traitements (41,1%). La source d'informations la plus complète était le médecin traitant avec un potentiel informatif globale de 76,48% nonobstant le fait qu'il restait difficilement joignable (70% d'échec d'appel).

Conclusion : La conciliation médicale est une étape chronophage mais indispensable. La connaissance que les patients ont de leurs données médicales reste mauvaise, notamment concernant leurs traitements. Le MT est une source d'information fiable qui pallie ce problème, mais reste difficilement joignable. Ainsi la mise en place de dossiers médicaux partagés pourrait être une solution à l'amélioration de la prise en charge des patients en service hospitalier ou en consultation de ville, et à la communication entre le réseau ville-hôpital.

JURY : Président : Professeur Michel CARLES

Juges : Professeur Annie LANNUZEL

: Professeur Jeannie HELENE-PELAGE

: Docteur Margaux CHABANNON