Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2020

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 10 DÉCEMBRE, 2020, à Poitiers,
par Monsieur Timothé Avenel.

À propos de la continuité des soins en médecine générale : Quels documents médicaux possèdent et mobilisent les patients lors de soins non programmés ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur François BIRAULT
Madame le Docteur Lakshmipriya LE BONHEUR
Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Éloi PIKETTY

UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire 2020 — 2021

Le Doyen,

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MÉDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Élisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en disponibilité)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépatogastro — entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie **(en cours d'intégration PH)**
- BEN-BRIK Éric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie — virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Bât. D1 — 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 — 86073 POITIERS CEDEX 9 — France

☎ 05.49.45.43.43 — 🖷 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023**)**
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie — virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGÈNE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 — 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 — 86073 POITIERS CEDEX 9 — France

☎ 05.49.45.43.43 — 🖷 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

A monsieur le Pr Philippe BINDER, j'exprime ma profonde reconnaissance pour sa présence parmi les membres de ce jury et comme président de cette thèse.

A mon tuteur universitaire le Dr Eloi PIKETTY. Merci de m'avoir accompagné pendant ces années d'internat. Vous m'avez énormément apporté sur le plan personnel comme sur le plan professionnel en m'aidant avec bienveillance à me construire comme médecin généraliste. J'estime avoir eu beaucoup de chance d'avoir pu apprendre à vos côté. Et c'est pour moi un honneur que vous ayez accepté de diriger mon travail de thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de toute mon amitié.

A Madame le Dr Lakshmipriya LE BONHEUR, je la remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Quelle soit assurée de toute ma gratitude.

A Monsieur le Pr François BIRAULT, qui me fait l'honneur de juger cette thèse, je lui en suis très reconnaissant.

A Monsieur le Dr Pascal PARTHENAY, merci d'avoir évalué mon travail de mémoire. C'est un honneur pour moi que vous puissiez aujourd'hui également évaluer ma thèse. Je vous en suis profondément reconnaissant.

Aux médecins qui ont contribué à ma formation :

Je tiens à remercier le Dr Farnam FARANPOUR ainsi que l'ensemble du personnel soignant du service des urgences du centre hospitalier de Niort. Grâce à votre encadrement bienveillant et patient lors de mon stage tant redouté aux urgences, j'ai pu apprendre à développer une approche calme et rigoureuse face aux situations de premiers recours et d'urgences médicales. Je vous en suis infiniment reconnaissant. Et je tiens à vous exprimer toute ma gratitude de m'avoir accueilli dans votre service pour effectuer le recueil de données de cette thèse.

A madame le Dr Catherine ANGUILL, madame le Dr Dorothée LACROIX, ainsi qu'à l'ensemble du personnel du service d'hospitalisation à domicile du CH de La Rochelle. Merci pour votre contribution lors de mon difficile premier semestre hivernal. Ça a été pour moi un grand plaisir de pouvoir travailler à vos côtés.

Je tiens à remercier madame le Dr Véronique LUCKE, ainsi que l'ensemble du personnel soignant et administratif du service de cardiologie du CH d'Angoulême. Les 6 mois de stage que j'ai pu passer dans votre service sont à bien des égards les plus mémorables et les plus enrichissant de tous mon internat.

Aux pédiatres du CHU de Poitiers, merci pour votre encadrement qui m'a énormément apporté sur le plan professionnel.

A mes maitres de stage universitaire, aux Dr Marie-Pierre RAYMOND, Dr Valérie VINET Dr Thierry CERF, Dr Patrick BOSSUET et Dr Yves JEANMAIRE. Vous m'avez accueilli lors de mes stages ambulatoires, ouvert vos cabinets et permis de devenir autonome. C'est à vos côté que j'ai appris la médecine générale et je vous en serais toujours reconnaissant.

Aux pédiatres de la PMI de Saintes, merci de m'avoir ouvert vos locaux et permis de vous assister dans votre travail. Grâce à vous j'ai pu prendre confiance en moi dans la prise en charge des enfants.

A monsieur le Dr Arab YALIOUA, merci pour votre encadrement bienveillant et votre plaisir à nous faire découvrir votre spécialité.

Un grand merci aux infirmiers, aides-soignants, secrétaires médicales et assistantes sociales que j'ai pu croiser durant mes années d'étude. C'est également grâce à vous que j'ai pu réussir à me construire comme médecin.

Je tiens également à remercier le personnel de la maison médicale de Vars : les Dr Céline COLIN, Dr Marie Pierre RAYMOND, Dr Sarah SAUTEREAU, Dr Olivier RIMKUS ainsi que Pascale et Laurene. C'est un immense plaisir de pouvoir travailler à vos côtés.

A ma famille :

A mes parents, Martine et Jean-Marie. Merci pour tous votre amour et pour votre soutiens inconditionnel. Merci d'avoir été à mes côtés lors des moments heureux et de m'avoir soutenu lors des périodes plus difficiles. J'ai une chance extraordinaire d'avoir des parents aussi formidables et je sais que jamais je n'aurais pu en arriver là sans vous.

A ma sœur Alexia qui a toujours été mon modèle et qui m'a aidé à finaliser cette thèse. Merci pour tout ton soutiens et toute l'aide que tu m'as apporté. Même si nous nous sommes longtemps disputé enfants, je sais aujourd'hui toute la chance que j'ai d'avoir une sœur aussi formidable que toi.

Merci à toute ma famille (de sang et de cœur) : Papi-Jean, Michelle, Clément, Marie-Christine, Anne, Aline, Françoise, Bruno, Claire, Magalie, Alban, Raphaël, Zoé, Pierre, Isabelle, Pierre, Baptiste, Laurent, Carola, Fabian, Cyril, Tracy, Bruno, Eve, Jeanne, Louise, Ulysse et Léon. Vous aurez toujours une place dans mon cœur.

A ceux qui nous ont quittés mais que je n'oublie pas : Manou, Bonne-maman, Papi-Jacky, Michelle, Sabrina, Sylvie, Ines et Danila. Votre souvenir me porte chaque jour dans mon métier de médecin.

A mes amis (qui font définitivement partie de ma famille de cœur) :

A Florian, qui est un ami extraordinaire depuis toutes ces années. Merci d'avoir été à mes côtés lors des moments difficiles, ainsi que pour tous ces bons souvenirs que tu contribues à créer. Claire, Paul et toi ferez toujours partie de ma famille de cœur.

A Antoine et Jane qui sont des amis géniaux depuis mes premiers jours à la faculté Descartes. Vous avez grandement participé à la rédaction et la correction de cette thèse et sans vous je sais que je n'aurais jamais pu devenir médecin. Merci pour tous ces bons moments partagés et pour tout le soutiens que vous m'apportez. Votre amitié compte beaucoup à mes yeux et sachez que vous et Paul pourrez toujours compter sur moi.

Un immense merci à mes formidables amis : Claire qui m'a aidé à corriger cette thèse, la toujours souriante Petra, Aurélie dont la force de caractère est une source d'inspiration, Aurore et Sébastien qui ont contribué à créer tant de bons souvenirs de stage, Julien, Audrey, Carole, Pauline et Sandra.

Merci à vous monsieur Bergeot qui m'avez fait aimer la biologie et fait naitre dans mon cœur de lycéen le désir de devenir médecin.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES 8

Abréviations 10

Index des Tableaux 11

Index des Figures 12

1) Introduction 13

2) Contexte et justification 16

I. État des lieux sur les documents médicaux possédés par les patients 16

II. Législation sur le dossier médical 21

III. Épidémiologie des soins non programmés de médecine générale 23

IV. Épidémiologie du passage aux urgences et à l'hôpital de Niort lieu d'étude 26

V. Objectif de l'étude 27

3) Matériel et méthode 29

I. Population cible de l'étude 29

II. Données recueillies 30

III. Méthodologie et conduite des entretiens 31

IV. Analyse des données 32

4) Résultats 34

I. Date des jours de recueil 34

II. Épidémiologie générale et description de l'échantillon 34

III. Description des documents médicaux possédés par les patients dans la population générale et comparaison avec les documents apportés 45

IV. Épidémiologie analytique 55

1. Prise en charge en ALD 55

2. Adressage par un professionnel de santé 62
3. Lieu de vie rural ou urbain 64
4. Genre 68
5) Discussion 72
I. À propos des résultats 72
1. Données démographiques de l'échantillon 72
2. Documents médicaux à domicile 73
3. Documents apportés aux urgences et mobilisation des documents possédés par les patients en situation de soins non programmés 75
4. Facteurs influant sur la possession et la mobilisation de documents médicaux par les patients 76
II. Forces et faiblesses de l'étude 80
III. Perspectives futures 81
6) Conclusion 84
7) Bibliographie 86
8) Annexes 93
9) Mots clefs 106
10) Résumé 107

Abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
AT	Accident de Travail
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignant
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CR	Compte-rendu
CSE	Carnet de Santé de l'Enfant
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG	Électrocardiogramme
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Economiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
MP	Maladie Professionnelle
NSP	Ne Sait Pas
ORUNA	Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle Aquitaine
PDS	Permanence Des Soins
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SNP	Soins Non Programmés
ROSP	Rémunérations sur Objectif de Santé Publique
URPS	Union Régionale pour les Professionnels de la Santé

Index des Tableaux

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS INCLUS 3434
TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS EN ALD 3939
TABLEAU 3 : MODE DE VENUE DES PATIENTS AUX URGENCES 4242
TABLEAU 4 : REPARTITION DES PATIENTS DANS LE SERVICE.....4343
TABLEAU 5 : REPARTITION DES DOCUMENTS MEDICAUX POSSEDES ET APPORTES PAR L'ENSEMBLE DES PATIENTS 4545
TABLEAU 6 : RESULTATS COMPARATIFS ENTRE LES DOCUMENTS POSSEDES PAR LES PATIENTS EN ALD ET LES PATIENTS SANS ALD.....5656
TABLEAU 7 : RESULTATS COMPARATIFS ENTRE LES DOCUMENTS MOBILISES PAR LES PATIENTS EN ALD ET LES PATIENTS SANS ALD.....5757
TABLEAU 8 : RESULTATS COMPARATIFS ENTRE LES DOCUMENTS POSSEDES PAR LES HOMMES ET LES FEMMES 6968
TABLEAU 9 : RESULTATS COMPARATIFS ENTRE LES DOCUMENTS MOBILISES PAR LES HOMMES ET LES FEMMES.....7070

Index des Figures

FIGURE 1 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR SENTIMENT DANS L'AUTONOMIE DE LA PRISE MEDICAMENTEUSE 37
FIGURE 2 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA METHODE DE STOCKAGE DE LEURS DOCUMENTS MEDICAUX 40
FIGURE 3 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR CONNAISSANCE ET USAGE DU DMP 42
FIGURE 4 : REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE LEUR ADRESSAGE 4343
FIGURE 5 : FREQUENCE DE REMISE D'UN COURRIER D'ADRESSAGE EN FONCTION DES SOIGNANTS AYANT ADRESSE LES PATIENTS 44
FIGURE 6 : REPARTITION DES DOCUMENTS MEDICAUX POSSEDES ET APPORTES PAR L'ENSEMBLE DES PATIENTS.....47
FIGURE 7 : REPARTITION DES CARNETS DE SANTES DETENUS PAR LES PATIENTS EN FONCTION DE LEUR AGE 49
FIGURE 8 : REPARTITION DES COMPTES RENDUS DES FROTTIS DETENUS DANS LA POPULATION FEMININE DE L'ECHANTILLON 50
FIGURE 9 : REPARTITION DES COMPTES RENDUS DES MAMMOGRAPHIES DETENUS DANS LA POPULATION FEMININE DE L'ECHANTILLON....50
FIGURE 10 : REPARTITION DES RESULTATS DE TEST HEMOCCULT <2 ANS DETENUS PAR LES PATIENTS EN FONCTION DE LEUR AGE.....51
FIGURE 11 : REPARTITION DES COMPTES RENDUS DE COLOSCOPIE <5 ANS DETENUS PAR LES PATIENTS EN FONCTION DE LEUR AGE 51
FIGURE 12 : REPARTITION DES PATIENTS AYANT ENREGISTRE DES INFORMATIONS MEDICALES DANS LEUR SMARTPHONE EN FONCTION DE LEUR AGE.....53
FIGURE 13 : COMPARAISON DES DOSSIERS INFIRMIERS ET DES DOSSIERS MEDICAUX DETENUS PAR LES PATIENTS SUIVIS A DOMICILE OU AU CABINET 54
FIGURE 14 : COMPARAISON DES ORDONNANCES APPORTEES PAR LES PATIENTS AYANT UN TRAITEMENT AU LONG COURS ET LES PATIENTS AYANT UN TRAITEMENT PONCTUEL.....55
FIGURE 16 : COMPARAISON DES DOCUMENTS MEDICAUX POSSEDES PAR LES PATIENTS EN ALD ET LES PATIENTS SANS ALD 58
FIGURE 17 : COMPARAISON DES DOCUMENTS MEDICAUX MOBILISES PAR LES PATIENTS EN ALD ET LES PATIENTS SANS ALD.....61
FIGURE 18 : COMPARAISON DES DOCUMENTS MEDICAUX APPORTES PAR LES PATIENTS VENUS SPONTANEMENT AUX URGENCES ET PAR LES PATIENTS ADRESSES PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE 63
FIGURE 19 : COMPARAISON DES DOCUMENTS MEDICAUX POSSEDES PAR LES PATIENTS VIVANT EN MILIEU RURAL ET LES PATIENTS VIVANT EN MILIEU URBAIN 65
FIGURE 20 : COMPARAISON DES DOCUMENTS MEDICAUX MOBILISES PAR LES PATIENTS VIVANT EN MILIEU RURAL ET LES PATIENTS VIVANT EN MILIEU URBAIN 67

1) Introduction

« Comment allez-vous ? » Cette question posée à un patient en l'absence de son médecin traitant par un médecin en visite à domicile ou au sein d'un cabinet de consultation peut être le point départ d'une consultation en médecine générale.

Cependant, derrière son aspect trivial, la réponse à cette question peut parfois s'avérer difficile à fournir avec précision pour le patient. En particulier lorsque celui-ci se trouve avoir une histoire médicale complexe. Outre les difficultés qu'il peut éprouver à exprimer ses sentiments ou à décrire ses symptômes, le contexte même de cette question et son histoire personnelle peuvent l'empêcher d'y répondre efficacement, notamment lorsque le médecin traitant du patient est absent et que ce dernier se retrouve confronté à un nouveau médecin. C'est par exemple le cas lorsqu'il est confronté à un médecin remplaçant ou un associé de son médecin traitant, voire un nouveau médecin traitant auquel il doit pouvoir faire une synthèse de son histoire médicale personnelle. Ou encore lorsqu'il est confronté à un médecin de garde ou urgentiste dans le cadre de la permanence des soins (PDS).

Enfin, force est de constater qu'avec les progrès de la médecine moderne entraînant entre autres une multiplication des examens médicaux, le patient peut avoir de plus en plus de mal à répondre à cette simple question : « Dans quel état de santé suis-je ? » Il s'avère toutefois que c'est l'une des missions du médecin généraliste de l'aider à y répondre.

En effet, en 2013, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a redéfini les compétences au cœur de la médecine générale (1) (Annexe 1). À cette occasion, il a défini que l'une des six compétences professionnelles fondamentales du médecin généraliste est d'assurer le suivi du patient ainsi que l'organisation d'une continuité et d'une coordination des soins auprès de ce dernier.

Les cinq autres compétences sont :

1. L'établissement d'une relation avec le patient permettant une communication libre avec ce dernier et les différents intervenants de santé.
2. La capacité à gérer avec le patient des problèmes de santé indifférenciés et non sélectionnés. Qu'ils soient programmés ou non.

3. Effectuer un accompagnement du patient dans une démarche d'autonomisation visant à maintenir et améliorer sa santé, ainsi qu'à prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux.
4. La capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée autour du patient selon un modèle global de santé, quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale.
5. La capacité à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, dite professionnalisme.

Il convient de se pencher plus en détail sur la notion de continuité des soins. Cette dernière, qui intègre les notions de suivi et de coordination des soins, est particulièrement importante pour le patient en l'absence de son médecin traitant. Il s'agit d'une démarche inscrite dans le temps et non limitée à un épisode de maladie aiguë. Le médecin assure alors le suivi dans la durée des problèmes de santé d'un patient sans rompre la chaîne des soins et s'assure du transfert interdisciplinaire des données le concernant. (2)

Cette démarche se retrouve notamment inscrite dans l'article 47 du code de déontologie médicale (3) : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée ».

Le sujet auquel s'intéresse ce travail de recherche est celui des documents médicaux auxquels les patients ont librement accès depuis leur domicile. Il cherche à évaluer quels documents sont mis à la disposition des patients par leur médecin traitant ou les autres professionnels de santé, et comment les patients mobilisent ces documents afin d'optimiser la continuité de leurs soins en l'absence de leur médecin généraliste.

Du point de vue du patient, il existe deux situations dans lesquelles son médecin traitant peut être indisponible. D'une part, lorsque ce dernier est en vacances, en formation ou absent à la suite d'un évènement familial, ou lorsque son emploi du temps est complet. D'autre part, lors de situations d'urgences ou en dehors des horaires d'ouverture du cabinet de médecine générale, lorsque c'est le médecin du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), l'urgentiste ou bien le médecin de garde qui le verra.

Il est intéressant d'étudier la définition de la notion de Permanence des soins (PDS). Il s'agit d'une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens

structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés (SNP). Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, soit de 20 h à minuit en semaine, le samedi de midi à minuit et les dimanches et jours fériés de 8 h à minuit. (4) Cette PDS se retrouve inscrite dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) (5), mais aussi à l'article 77 du code de déontologie médicale (6) :

« Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. »

C'est notamment dans ce cadre que l'on a pu constater au cours des dernières années un développement des gardes de médecine générale.

Pouvoir accéder aux informations médicales d'un patient est primordial pour assurer sa prise en charge optimale. Et souvent, les patients ne maîtrisent pas complètement ni précisément leurs dossiers médicaux. La santé d'un individu – diagnostic, examens complémentaires, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge sociale – reste un sujet complexe.

Nous nous retrouvons ainsi devant une nouvelle problématique : « Lorsque je dois prendre en charge des SNP pour un patient que je ne connais pas alors que son médecin traitant est absent, comment puis-je avoir accès aux informations médicales qui seront nécessaires à sa prise en charge ? »

2) Contexte et justification

I. État des lieux sur les documents médicaux possédés par les patients

- **Le carnet de santé de l'enfant**

La question de l'amélioration du suivi des patients à travers un support d'information médicale permettant un partage d'informations entre professionnels de santé est depuis longtemps un des enjeux majeurs de santé publique. Dans ce domaine, la généralisation du Carnet de Santé de l'Enfant (CSE) est l'une des plus grandes réussites.

Il s'agit d'un document dont les origines remontent à 1869, grâce au travail du médecin Jean-Baptiste Fonssagrives (1823-1884). Il faut attendre 1939 pour que l'organisme de la santé publique se saisisse pleinement de cet outil et publie le premier carnet de santé officiel. Sa délivrance est devenue gratuite et obligatoire dès la naissance de l'enfant suite à la loi du 16 décembre 1942. Son utilisation sera généralisée à partir de 1945 avec la création de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui rend obligatoire pour les médecins et les assistances sociales d'y consigner leurs constatations effectuées lors des visites. Enfin, la loi du 15 juillet 1970 rend obligatoire la délivrance par les médecins de trois certificats de santé à 8 jours, 9 mois et 24 mois. (7)

Aujourd'hui, le CSE est un document bien accepté par la population et que les familles ont couramment intégré dans leurs démarches de santé (8). Il joue un rôle primordial dans le suivi de l'état de santé des enfants. La DREES utilise également les certificats obligatoires afin de suivre l'évolution nationale de la santé des enfants.

De plus, son usage et l'informativité des renseignements collectés dedans sont régulièrement réévalués par les pédiatres ou les médecins généralistes. Ainsi, une étude réalisée en 2018 a montré que les notifications étaient correctement collectées par les médecins, notamment pour le suivi staturo-pondéral, la croissance psychomotrice et le suivi vaccinal des enfants. Cette amélioration du suivi vaccinal a notamment permis une amélioration de la couverture vaccinale des enfants. (9)

- **Le carnet de santé adulte de 1996**

En 1996, souhaitant réitérer le succès du CSE, un nouveau carnet fut développé et transmis à l'ensemble des assurés sociaux. Ce carnet de santé adulte avait alors pour objectif premier de permettre une réduction des dépenses de l'assurance maladie et réduire le « trou de la sécurité sociale » tout en responsabilisant les patients. L'idée étant de créer un moyen de communication et de gestion permettant une nouvelle coordination des soins face au « nomadisme médical » des patients. (10)

Ainsi, entre 1996 et 1997, près de 45 millions de carnets de santé furent envoyés aux assurés par le biais de leur mutuelle. Cependant, à l'inverse du CSE, l'utilisation du carnet de santé adulte n'a pas vu une généralisation de son utilisation. En 1998, une enquête nationale de l'assurance maladie a montré que si un faible taux (6,3 %) des patients ne possédaient pas le carnet, ce dernier n'était utilisé régulièrement que par 15,5 % des usagers contre une majorité (51,7 %) qui ne l'utilisait pas. (11)

Les explications données au frein dans son développement ont été multiples : sa forme qui lui donnait un aspect de prospectus négligé par les patients, son élaboration indépendamment des médecins ayant débouché sur une forme peu ergonomique pour un usage quotidien ; la communication autour et dans le carnet pouvait le faire passer pour un outil des mutuelles plutôt que pour un document officiel ; et de plus, certains usagers l'auraient vécu comme une volonté de contrôle, à des fins économiques, de leur santé par la société. (12)

Ainsi, 20 ans après son lancement, son usage n'a jamais connu d'essor, et force est de constater qu'aucune relance n'a été effectuée en ce sens.

- **Le dossier médical partagé**

Le sujet du dossier médical personnel, ancien nom du dossier médical partagé (DMP), illustre bien en quoi la question de la gestion des SNP constitue l'un des enjeux actuels de la santé publique et de la sécurité sociale.

Le projet du DMP a initialement été lancé par la loi du 13 août 2004. Il a par la suite connu une longue évolution pendant plus de 14 ans avant son déploiement national en novembre 2018. (13)

Les objectifs du DMP sont multiples. Il s'agit d'une part de renforcer le rôle du patient comme acteur de sa santé en lui permettant d'accéder, partout et à tout moment, à ses données de santé. Mais il reprend également l'idée portée par le carnet de santé adulte de 1996 de permettre une réduction des dépenses de l'assurance maladie en luttant contre le nomadisme médical (14) (15). Mais son objectif principal reste de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins y compris lors de SNP (16).

Il s'agit d'un espace personnel sécurisé sur internet que chaque assuré a la possibilité de créer gratuitement de façon autonome ou par l'intervention d'un professionnel de santé (médecin, pharmacien ou centre de santé). Sur cet espace, les professionnels de santé peuvent stocker tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient. (17)

Les éléments enregistrés sont regroupés en 5 parties :

- Administrative : coordonnées du patient, de son médecin traitant, de la personne de confiance…
- Juridique : consentement, habilitations données aux professionnels de santé…
- Médicale : données de prévention, vaccinations, état de santé général, synthèse médicale, lettres de liaison, comptes rendus d'examens, traitements…
- Documents personnels du patient : directives anticipées, position vis-à-vis du don d'organe…
- Données de remboursement de l'assurance maladie. (18)

Cependant, les tentatives de lancement du DMP ont connu plusieurs échecs successifs : tout d'abord, en 2006, où 38 200 dossiers ont été ouverts en 4 mois, mais à la suite de quoi seulement 13 % des DMP ont été réellement utilisés (19) ; ensuite, en 2010, où seuls 200 000 DMP ont été ouverts en 2 ans (20) (21).

Suite à ces expérimentations, certains freins à l'utilisation du DMP ont émergé, notamment son manque d'ergonomie, incompatible avec son emploi quotidien par les soignants (22). C'est pour palier à ce défaut que des référentiels de DMP-compatibilité et d'interopérabilité ont été établis par la suite, afin de permettre de l'intégrer dans les logiciels métiers des professionnels de santé. (23)

Enfin, après une troisième expérimentation débutée en 2016 (24), le DMP a finalement été généralisé à l'ensemble du territoire à partir du 6 novembre 2018. Près d'un an plus tard,

l'assurance maladie annonce que la moitié de la population est informée sur le DMP et que plus de 9 millions de DMP ont été ouverts (Annexe 2) (25) (26).
Signalons également que, depuis mai 2017, une application mobile a été lancée pour permettre aux patients d'accéder à leur dossier depuis leur smartphone. (27)
Cependant, en étudiant le développement du DMP nous pouvons constater que les différentes études entreprises en amont du projet ont été peu nombreuses à interroger les patients sur leur utilisation des documents médicaux. (13) Et au vu des différents échecs connus par le projet du DMP, il apparait que les résultats que nous avons pour le moment restent trop précoces pour permettre de juger du devenir de cet outil.

- **Les dossiers médicaux lors des visites à domicile de médecine générale**

Plusieurs études ont été menées afin d'évaluer la tenue et l'impact des dossiers médicaux des patients suivis à domicile. Dans la revue de la littérature effectuée en janvier 2018 par A. LE MANER autour du dossier médical et de la visite à domicile, nous pouvons lire que, dans près de la moitié des cas (43,6 % à 54,4 %), le dossier médical libéral était absent lors de la visite à domicile et que dans 18,6 % à 21 % des cas, les médecins retranscrivaient le contenu de leur visite une fois revenus au cabinet. (28)
L'étude de P. NOURRY de 2011 constitue une source d'informations sur les dossiers médicaux au cours des visites à domicile. Ainsi, les visites à domicile représentent 10.6 % de l'activité des médecins, 25 % des médecins disposent du dossier médical à chaque visite et 42 % laissent un dossier médical chez le patient contre 12 % qui ne laissent aucune trace écrite. (29)
L'étude de 2016 de C. DESCHALLIER sur le dossier médical du patient dépendant vu à domicile a également mis en évidence que la présence d'un dossier médical à domicile aidait les médecins à apprécier une modification de l'examen clinique, à renouveler un traitement et à savoir quand adresser le patient à un spécialiste ou une structure hospitalière. Elle pointe également du doigt le regard critique porté par les médecins sur leur usage du dossier médical. (30)

- **Les documents médicaux possédés par les patients**

Comme nous venons de le voir, les différentes études ayant porté sur les documents médicaux présents au domicile des patients ont jusqu'à présent été menées aux moyens de données recueillies auprès des professionnels de santé et ne portaient que sur les patients suivis à domicile.
Or, comme le montrent les résultats de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), le suivi des patients à domicile aujourd'hui ne représente qu'une fraction (12 %) de l'activité des médecins généralistes, diminuant progressivement au cours des années. (31)
Dès lors, il nous est très difficile d'avoir une idée précise quant aux documents médicaux détenus par les patients à leur domicile dans la population générale, notamment en ce qui concerne la pharmacopée.

II. Législation sur le dossier médical

La réglementation autour du dossier médical en France remonte à 1995 et à l'article 45 du code de déontologie où il est pour la première fois fait mention d'une obligation pour les médecins de tenir une fiche d'observation médicale pour chacun de leurs patients. Dans le même temps, il est établi une responsabilité du médecin dans la conservation de ces données.

« Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. » (32)

Par la suite, l'arrêté du 1er mars de la même année introduit la notion d'utilité du dossier médical dans la qualité des soins, mais sans pour autant apporter plus de précision sur son contenu, puisqu'il indique à son article 145-6 : *« Le médecin chargé de la tenue du dossier d'un patient assure la synthèse de l'ensemble des informations médicales mentionnées à l'article R.145-9 et éclaire la démarche de soins du patient, en vue notamment d'éviter les risques d'interaction médicamenteuse et de redondance des actes et prescriptions. »* (33)

L'article 145-9 précisait uniquement que : *« le dossier de suivi comporte les éléments nécessaires à l'identification du patient ; il contient, outre les informations décrites à l'article 145-7, la mention des actes et prescriptions effectués par le médecin chargé de la tenue de ce dossier, ainsi que ses conclusions ».* (33)

Les documents concernés par cet article 145-7 étaient les copies ou les synthèses des examens pratiqués par le médecin traitant ou d'autres praticiens. (33)

En 2002, la loi du 4 mars relative aux droits des malades reconnaît au patient une place active dans le système de santé. Elle leur accorde le droit d'accéder directement à l'ensemble des informations de santé le concernant (34) et fixe par le décret du 29 avril 2002 le délai de cet accès à une durée de 2 à 8 jours suivant la demande pour des informations renseignées depuis de moins de 5 ans.

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé […] Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa

demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. » (35)

L'obligation du dossier médical est également rappelée dans ce décret du 29 avril. Toutefois, la définition du contenu de ce dernier reste toujours aussi vague puisque correspondant à : *« la copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins. ».* (35)

L'arrêté du 5 mars 2004 fait lui aussi mention du dossier médical, le présentant alors pour la première fois comme étant un « *outil de formation et d'évaluation et un support d'information indispensable pour améliorer la connaissance en santé et les pratiques dans le respect des règles en vigueur* » contribuant ainsi à « *l'élaboration et au suivi des diagnostics et des traitements ou à une action de prévention* ». (36)

Enfin, le code de santé publique se concentre sur les modalités de la mise en place du dossier médical personnel informatique pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, mais sans en préciser le contenu. Il fait mention des « *informations permettant le suivi des actes de prestation de soin* ». (37) Il est à noter que dans son article R1112-2 il précise le contenu du dossier médical hospitalier.

L'archivage et la conservation des données médicales sont, comme indiqué à l'article 45 du code de déontologie, sous la responsabilité du médecin. Ce dernier doit « *prendre toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et notamment qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés* […] *Les fiches d'observation doivent être donc conservées dans des locaux et des meubles qui ferment à clé. L'accès à leur éventuel enregistrement sur support informatique doit être protégé par des mots de passe ou par tout autre dispositif d'accès ».* (32)

La période d'archivage préconisée étant de 30 ans après les derniers épisodes de soins, majorée de l'écart à la majorité pour les mineurs.

Enfin, le Code pénal sanctionne les violations du secret médical ou de non-respect des droits des personnes relatifs aux fichiers informatiques (articles 226-1 et 226-13) par des peines s'étendant à 1 an de prison et de 15 000 € à 45 000 € d'amende. (38)

Signalons enfin qu'avec le système de rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP), les médecins touchent des avantages financiers pour la bonne tenue des dossiers médicaux de leurs patients concernant certains indicateurs de prévention ou de suivi des pathologies chroniques. (39) Une rémunération des médecins traitants est également prévue à hauteur de 40 € par assuré en

affection de longue durée (ALD) pour la bonne tenue de leurs documents relatifs à leurs ALD. (40).

III. Épidémiologie des soins non programmés de médecine générale

• Augmentation des soins non programmés sur le territoire

Les projections démographiques établies par l'Institut National de la Statistique et des Études économiques (INSEE) en 2017 présentent un vieillissement de la population française où le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans augmenterait de 10,4 millions entre 2007 et 2060. (41) Cette augmentation serait d'autant plus forte pour les personnes les plus âgées. Dans le même temps, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a recensé, au 1er janvier 2017, un effectif de 88 137 médecins généralistes thésés exerçant sur le territoire, soit une diminution de 9,1 % entre 2007 et 2017. (42)

Le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation du nombre de patients souffrant de pathologies chroniques ou de polypathologies ont été présentés dans le rapport départemental de mai 2018 relatif à l'organisation des SNP sur le territoire de la Charente (43) comme étant les principaux éléments participant à l'accroissement des demandes de SNP en médecine générale.

Ces SNP sont de 2 types :

1- Les urgences vitales prises en charge par le SAMU ou le médecin correspondant SAMU. Ces dernières sont plutôt rares : ainsi, dans le pays mellois, elles surviennent une fois par jour.
2- Les SNP non vitaux, très fréquents, pouvant être le plus souvent gérés par des médecins généraux libéraux, à condition d'une bonne organisation de ces derniers.

• Etude URPS de juin 2014

Une enquête de l'Union Régionale pour les Professionnels de la Santé (URPS) de Franche-Comté menée en juin 2014 permet d'illustrer la place centrale que la gestion des SNP peut avoir en médecine générale. En effet, cette dernière a montré que 99 % des médecins généralistes

acceptaient de recevoir en urgence des patients pour des SNP. Cela représente une moyenne de 5,4 demandes de consultations non programmées par jour soit un tiers de l'activité des médecins généralistes interrogés. Cette étude a également démontré que seule une minorité de médecins (4,2 %) rejetait toute demande de SNP et que 10 % en acceptaient plus de dix par jour. De plus, 46 % des médecins interrogés réservaient dans leur agenda des créneaux pour les urgences et 42 % recevaient également des patients non programmés hors de ces créneaux. Elle a également mis en évidence le fait que, 64 % des médecins généralistes se trouvaient dans l'obligation de refuser des soins. (44)

- **Études de la DREES de 2006 et 2008**

En mars 2006 et en février 2008, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a mené deux études auprès des médecins généralistes visant à évaluer la prise en charge des SNP en médecine générale. Les résultats démontraient de nouveau que les consultations pour des SNP représentaient 12 % de l'activité globale des médecins généralistes soit 35 millions de consultations par an, avec des pics de consultations entre 10 h et 11 h le matin et entre 19 h et 20 h. Dans le même temps, le nombre de passages annuels sur les services des urgences s'élevait à 20,3 millions, dont 43 % auraient pu être pris en charge par la médecine ambulatoire. (45) (46)

- **Étude de la DREES de 2019**

En 2019, la DREES a mené une nouvelle étude relative à la prise en charge des SNP en médecine générale. La comparaison des résultats à ceux de 2006 et 2008 permettait d'une part d'apprécier l'importance que les SNP pouvaient avoir pour les médecins généralistes, mais également de constater leur augmentation. Ainsi, en 2019, ceux-ci représentaient au moins 30% de l'activité quotidienne de 40% des médecins généralistes, contre moins de 10% de leur activité pour 10% d'entre eux.

Cette étude a également montré que 96% des médecins généralistes avaient travaillé à mettre en place une organisation spécifique afin de faire face à cet afflux de soins. À ce jour, 8 médecins sur

10 proposent notamment une prise en charge des SNP quotidienne. Cela peut prendre la forme d'une activité du généraliste entièrement sans rendez-vous (10 %), ou bien de plages de consultations sans rendez-vous (35 %) ou encore de la réservation de créneaux de consultations pour des urgences du jour (33 %). Ainsi, 45 % des médecins estiment pouvoir répondre à plus de la moitié des demandes de consultations non programmées du jour et un quart affirme pouvoir répondre à la totalité de celles-ci. (47)

Nous pouvons constater que la prise en charge des SNP se trouve aujourd'hui au centre de l'activité quotidienne du médecin généraliste libéral.

- **Le médecin généraliste de garde : une réponse qui soulève de nouvelles questions**

L'une des solutions développées afin de faire face à cette amplification des demandes de SNP et à la saturation des services des urgences sur le territoire, a été depuis plusieurs années le développement des gardes de médecine générale. Ces dernières visent à assurer des consultations pour des SNP de médecine générale survenant aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Ces consultations sont effectuées sous la supervision du SAMU ou de médecins régulateurs, et participent à la PDS. Ces consultations sont effectuées soit au sein d'un cabinet médical, soit dans le cadre d'une visite à domicile.

Cependant nous pouvons nous interroger : lorsque les médecins généralistes de garde se retrouvent à assurer une consultation auprès de patients dont ils ignorent l'histoire médicale et à des heures où le médecin traitant est injoignable, comment peuvent-ils obtenir les informations nécessaires à une bonne conduite des soins ? Quelles informations pourront-ils obtenir auprès du patient venu à leur cabinet ou directement à son domicile ?

IV. Épidémiologie du passage aux urgences et à l'hôpital de Niort lieu d'étude

- **Épidémiologie des soins sur le service des urgences**

En 2019, le rapport d'activité du service des urgences du centre hospitalier de Niort a été établi par l'Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle Aquitaine (ORUNA). Le nombre de passages dans le service s'élevait à 62 600, auquel s'ajoutaient 116 650 affaires traitées par le SAMU. Cette population présentait un sexe ratio de 1,11 avec un âge moyen de 42 ans. 72 % des patients étaient âgés de plus de 18 ans et 16 % âgés de plus de 75 ans. Il y avait 73 % de passages entre 8 h et 20 h, 16 % entre 20 h et minuit et 11 % entre minuit et 8 h. Dans 27 % des cas, les passages dans le service avaient lieu lors des week-ends. Les passages à des horaires de PDS représentaient 45 % de l'ensemble des passages. Ainsi, 55 % des patients vus par ce service l'étaient pendant l'ouverture des cabinets de médecins généralistes. (Annexe 3)

- **Présentation et organisation du service des urgences de l'hôpital de Niort**

Couvrant une superficie de 5999Km², le département des Deux-Sèvres abrite une population de 374 705 habitants (en 2016), dont 11 % de personnes âgées de plus de 75 ans. (48)
Situé dans le sud du département, à proximité du département de la Charente Maritime et de la Vendée, l'hôpital de Niort constitue l'un des principaux centres hospitaliers des Deux-Sèvres.
Au sein de l'établissement, le service des urgences assure la prise en charge des SNP en secteur de soins ambulatoires, de soins continus ou dans un contexte d'hospitalisation de courte durée. Il héberge également la seule antenne du SAMU du département des Deux-Sèvres.
Le service se divise en cinq parties :

1- Un service d'accueil
2- Une aile dédiée à la prise en charge des urgences médicales des patients âgés de moins de 18 ans.

3- Une aile d'urgences adultes (plus de 18 ans) composée de 15 box permettant d'accueillir chacun 2 à 3 patients environ, à l'exception de 2 box d'isolement individuels, ainsi que de 3 salles de déchocage. Il comprend également une salle d'afflux massif.
4- Une aile d'urgences ambulatoires assurant, entre autres, la prise en charge des soins de petite traumatologie adulte ou pédiatrique. Elle se compose de 4 box de soins, un box de soins de traumatologie pédiatrique ainsi que d'un box de soins polyvalents, un box d'examen ophtalmologique, une salle d'accueil de psychiatrie et une salle des plâtres.
5- Une aile d'hospitalisation de courte durée.

Pour l'ensemble des patients adressés au service des urgences après un appel au SAMU de l'hôpital, la feuille de transmission SAMU est automatiquement transmise au service à leur arrivée.

V. Objectif de l'étude

La mobilisation des documents médicaux par les patients dans un contexte de SNP de médecine générale fait partie de la prise en charge quotidienne par les médecins généralistes de garde et par les services d'urgences. L'absence de données médicales ou la présence de données incomplètes peut se révéler un véritable obstacle dans la réflexion des médecins. Obtenir des informations médicales peut parfois se révéler vital. La création des carnets de santé enfant et adulte, ainsi que du DMP avait pour but de simplifier la prise en charge médicale des patients lorsqu'ils sont vus par un médecin n'étant pas leur médecin traitant.

Nous pouvons supposer que les patients possèdent chez eux des documents médicaux, mais combien d'entre eux songent à les prendre en situation de SNP et, parmi ceux-là, qu'apportent-ils d'utile pour le médecin en situation de SNP de médecine générale.

Pour ce faire, dans notre étude, nous avons voulu déterminer quel sont les documents médicaux détenus par les patients de plus de 18 ans non institutionnalisés, et évaluer leur mobilisation par les patients devant consulter pour des SNP de médecine générale sur un service d'urgences.

L'objectif principal de ce travail est de déterminer les documents médicaux détenus par patients dans la population générale.

Les objectifs secondaires recherchent à :

- Évaluer quels documents les patients mobilisent concrètement en situation de soins non programmés en l'absence de leur médecin traitant.
- Distinguer des déterminants influant sur cette mobilisation des documents médicaux par les patients.

Cette étude épidémiologique a été réalisée au moyen d'un questionnaire-patient anonyme rempli par le patient dans le service d'urgences du centre hospitalier de Niort, en présence de l'investigateur.

Les éléments recueillis concernent les patients ayant bénéficié d'une consultation sur une période de 6 mois, entre le 18 septembre 2019 et le 15 février 2020.

Il s'agit de la première étude s'intéressant au sujet de la mobilisation des données de santé dans le contexte des SNP. Notre étude tend donc à clarifier ce sujet et à rechercher des pistes pour améliorer la transmission d'informations médicales notamment en situation de SNP et ainsi améliorer la qualité de la continuité des soins.

3) Matériel et méthode

Nous avons décidé de mener une étude épidémiologique transversale descriptive quantitative monocentrique basée sur un questionnaire-patient anonyme.

I. Population cible de l'étude

La population cible de notre étude est composée de l'ensemble des personnes adultes consultant sur le service des urgences de l'hôpital de Niort pour des SNP de médecine générale.
Nous avons choisi un échantillon de 400 personnes afin d'obtenir une puissance suffisante.
Nous avons mené l'étude de manière monocentrique au sein du service des urgences de Niort. Nous avons pu mener notre étude avec l'accord du chef du service des urgences, le Dr FARANPOUR, ainsi que celle du service juridique de l'hôpital. Le recueil des données était effectué entre 8 h et minuit auprès de l'ensemble des patients s'étant présentés dans le service pour des pathologies médicales ou traumatologiques.
Nous avons exclu de cette étude, avant le recueil :

- les patients refusant de répondre au questionnaire.
- les patients âgés de moins de 18 ans.
- les patients institutionnalisés dans des établissements de santé ou des EHPAD disposant d'un dossier médical au sein de leur établissement, ainsi que d'un dossier de transfert transmis lors de chaque passage aux urgences.
- les patients venant pour un problème de santé trop grave, tel que des urgences vitales, et dont l'état ne leur permettait pas de répondre au questionnaire.
- les patients en état d'alcoolisation aigüe ou sous l'emprise de substances à même d'altérer leur jugement.
- les sujets souffrant de pathologies neurodégénératives ou psychiatriques les empêchant de répondre au questionnaire et n'ayant pas d'entourage pouvant être présent pendant l'entretien.
- les patients ayant une prise en charge médicale habituellement hors de France.

II. Données recueillies

Le questionnaire utilisé est présenté en annexe 2. Il a été élaboré en concertation entre le directeur de thèse et le thésard en se basant sur les résultats d'une recherche bibliographique. (18) (49)
Le questionnaire ainsi établi explore les axes suivants :

- Les caractéristiques sociodémographiques du patient, sans recueillir ni son identité ni son lieu de résidence exact. L'âge était renseigné dans des tranches d'âges de 10 ans, cela afin de respecter les directives de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).
- Le contexte de sa venue dans le service, notamment son adressage par un professionnel de santé et la rédaction d'un courrier de transmission pour le service par ce professionnel.
- Son suivi médical habituel, notamment sa déclaration d'un médecin traitant et la manière dont il est suivi habituellement (visites à domicile ou consultations en cabinet). Nous avons également recueilli sa prise en charge en ALD ou la prise de traitements médicaux au long cours.
- Les documents médicaux détenus par le patient à son domicile parmi une liste de 15 types de documents médicaux :
    - une ordonnance de médicaments en cours de validité.
    - un résumé de leurs traitements présenté sous forme d'un tableau précisant de façon claire les heures de prise de chacun.
    - des comptes rendus d'examens d'imagerie.
    - des résultats de bilans sanguins ou urinaires datant de 1 an ou moins, des résultats de contrôle de la fonction rénale (dosage de la créatinine) datant de 1 an ou moins et d'autres résultats d'examens complémentaires de types : comptes rendus d'anatomopathologie, résultats de tests génétiques…
    - un tracé d'électrocardiogramme (ECG).
    - un carnet de vaccination, un carnet de santé pédiatrique ou carnet de santé adulte ; une carte de groupe sanguin.
    - des courriers médicaux de médecins spécialistes (médicaux ou chirurgicaux), des comptes-rendus d'hospitalisation, des comptes-rendus opératoires.

    - un résultat des leurs derniers examens de dépistages : résultat de mammographie de moins de 2 ans, résultat de frottis de moins de 3 ans, résultat de dépistage du cancer colorectal par un test Hémoccult de moins de 2 ans ou résultat d'une coloscopie datant de moins de 5 ans.
    - un dossier de transmission infirmier rédigé par des infirmiers effectuant des soins réguliers au domicile.
    - un dossier médical papier correspondant au dossier médical tenu à jour par le médecin traitant dont il confie la garde au patient dans sa pratique courante, ou qu'il lui a remis lors de son départ en retraite ou d'un changement de médecin traitant.
    - une feuille de facturation d'accident de travail ou de maladie professionnelle en cours de validité.
    - une feuille de prise en charge en ALD.
    - des informations médicales stockées sur leur smartphone au moyen d'une application ou de documents photographiés ou directement enregistrés dessus.
- Les documents apportés aux urgences par le patient, en reprenant la liste précédente des 15 types de documents médicaux et en contrôlant les réponses avec les documents effectivement apportés par le patient.
- La manière dont le patient conserve ses documents médicaux à son domicile.
- La connaissance du patient du DMP, sa création et son utilisation de ce dernier.
- L'impression générale du patient sur les documents médicaux à domicile.

Le questionnaire se compose de questions fermées ou à choix multiples.

La durée moyenne de l'entretien est estimée à une quinzaine de minutes et réalisée par un seul investigateur.

III. Méthodologie et conduite des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par un seul investigateur qui était le thésard. Présent dans le service des urgences durant toute la durée de l'étude, il aidait les patients à remplir le questionnaire sur un ordinateur.

Les patients incluables étaient déterminés par le personnel du service des urgences. Ces personnes étaient approchées une fois qu'elles avaient été installées dans leur box d'examen et qu'elles avaient été examinées par les équipes médicales du service. Cela a été réalisé de la sorte afin de ne pas ralentir la prise en charge du patient dans le service ni interférer avec le travail du personnel du service. Dans le même temps, cela permettait que les entretiens soient effectués dans un endroit isolé et au calme.

L'investigateur se présentait au patient en indiquant être un étudiant en médecine, afin de ne pas être confondu par le patient comme un membre du personnel soignant du service.

Dans un premier temps, il présentait rapidement au patient le contexte et le motif de l'étude. Si ce dernier refusait de répondre au questionnaire, le patient n'était pas inclus et la raison de son refus n'était pas recueillie. Si le patient donnait son accord, le recueil des données était alors effectué directement sur un support informatique au moyen du logiciel EPI-Info (version 3.5.4). Ce logiciel a permis la rédaction du questionnaire, le recueil des mesures et l'analyse des données finalisées.

Les données recueillies étaient strictement anonymes, le patient étant identifié par un numéro sur le questionnaire.

L'interruption des interviews était possible, notamment lorsque le personnel médical devait venir effectuer des soins auprès du patient. L'investigateur se retirait alors du box et n'y retournait qu'une fois le personnel sorti et avec l'accord du patient.

IV. Analyse des données

Afin de déterminer quels types de documents sont les plus mobilisés par les patients lors de soins non programmés de médecine générale, nous avons comparé pour chaque type de document, avec un test exact de Fisher, le nombre de patients déclarant le détenir au nombre de patients l'ayant apporté.

Par la suite, nous avons regroupé les patients en fonction de leur genre, de leur lieu de résidence (rural ou urbain), de leur adressage ou non sur les urgences par un professionnel de santé, ou de leur prise en charge ou non pour une ALD. Nous avons comparé les résultats concernant les types de documents détenus et mobilisés dans chacun des groupes au moyen d'un test exact de Fisher.

L’analyse des pourcentages et la stratification ont été effectuées au moyen du logiciel EPI-Info par le thésard et investigateur de cette étude, et les tests exacts de Fisher ont été calculés avec le logiciel R-software.

4) Résultats

I. Date des jours de recueil

Le recueil des données a été conduit sur une période de 13 journées non consécutives au cours desquelles les interrogatoires étaient menés de 8h à minuit. Les entretiens se sont déroulé les mercredis 18 septembre, dimanche 22 septembre, dimanche 29 septembre, dimanche 10 novembre, vendredi 22 novembre, lundi 25 novembre, samedi 7 décembre et lundi 30 décembre de l'année 2019 ; ainsi que les jeudis 2 janvier et 9 janvier, les samedis 11 janvier et 15 février 2020. Ainsi le recueil s'est étendu sur une période de 6 mois comprenant 7 jours de semaines dont 2 en période de vacances et 6 jours de week-end.

Sur cette période, 207 questionnaires ont été recueillis aux heures d'ouverture des cabinets de médecine libérale, soit entre 8h et 20h lors des jours de semaines et entre 8h et midi le samedi. 195 questionnaires ont été recueillis à des horaires de garde de médecine générale, soit entre minuit et 8h du lundi au vendredi, entre midi et minuit le samedi et de 8h à minuit les dimanches et les jours fériés.

II. Épidémiologie générale et description de l'échantillon

Tableau 1 : Caractéristiques des patients inclus

	Effectif	**% de l'échantillon**
Nombre de questionnaires remplis	402	
Patients inclus	400	100%
Patients non inclus	2	
Genre		
- Femmes	199	49,8%
- Hommes	201	50,3%

Âges		
- 18-27 ans	61	15,3%
- 28-37 ans	59	14,8%
- 38-47 ans	54	13,5%
- 48-57 ans	51	12,8%
- 58-67 ans	62	15,5%
- 68-77 ans	59	14,8%
- >78 ans	54	13,5%
Lieu de vie		
- Deux-Sèvres	361	90,2%
- Autres départements	39	9,8%
- Lieu de vie rural	292	73,0%
- Lieu de vie urbain	108	27,0%
Mesure de justice		
- Tutelle	7	1,8%
- Curatelle	1	0,3%
Médecin traitant déclaré		
- Oui	382	95,5%
- Non	17	4,3%
Suivi habituel		
- Consultation au cabinet	389	97,2%
- Visite à domicile	11	2,8%
Prise d'un traitement médical		
- Traitement ponctuel	49	12.3%
- Traitement au long cours	236	59%
- Pas de traitement en cours	115	28,7%
Personne de confiance désignée		
- Oui	216	54,0%
- Non	171	42,7%
- Ne sait pas (NSP)	13	3,3%

- **Genre**

À la fin de notre recueil, nous sommes parvenus à recueillir un total de 402 questionnaires. Cependant, 2 des patients n'ont pas répondu à la partie du questionnaire relatif aux documents médicaux et ont été exclus de l'étude.
L'échantillon final comprend donc 400 personnes incluses, dont 201 hommes (50,3%) et 199 femmes (49,8%).

- **Âge**

La répartition des patients selon leur tranche d'âge est la suivante :

- 61 sujets âgés entre 18 et 27 ans (15.3%)
- 59 sujets âgés entre 28 et 37 ans (14.8%)
- 54 sujets âgés entre 38 et 47 ans (13.5%)
- 51 sujets âgés entre 48 et 57 ans (12.8%)
- 62 sujets âgés entre 58 et 67 ans (15.5%)
- 59 sujets âgés entre 68 et 77 ans (14.8 %)
- 54 sujets âgés de plus de 78 ans (13.5%) dont 36 âgés entre 78 et 87 ans (9%) et 18 âgés de plus de 87 ans (4.5%)

- **Mesures de justice**

Sur les 400 sujets inclus, 1 (0,2%) est suivi par un curateur et 7 (1,8%) par un tuteur. Ces patients n'ont pas été exclus de notre étude.

- **Lieu de vie**

L'échantillon est composé de 361 patients résidant dans le département des Deux-Sèvres (90,2%), contre 39 patients résidant dans un autre département (9,8%).
292 patients vivent en milieu rural (73%) contre 108 en milieu urbain (27%).

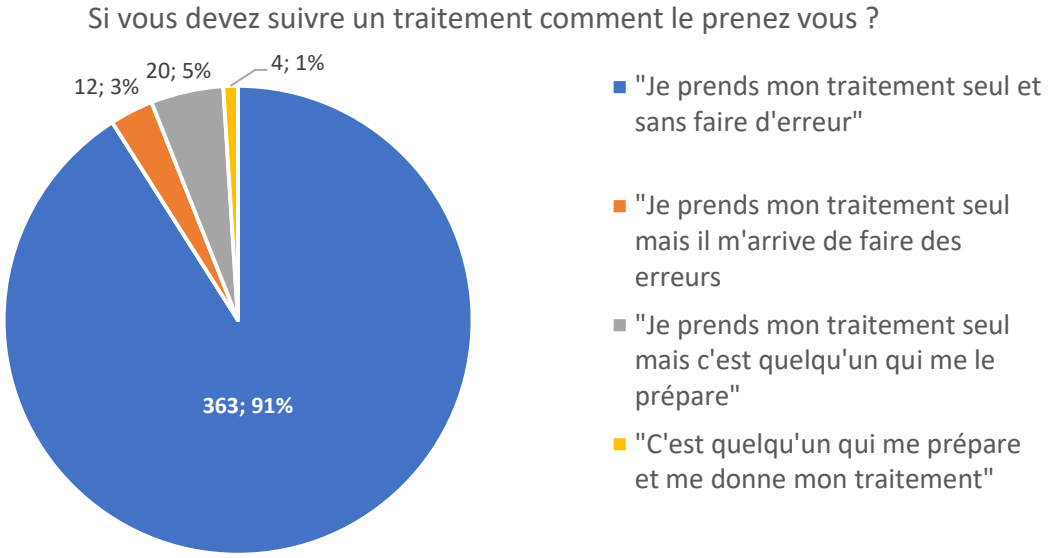
- **Médecin traitant et mode de suivi médical habituel**

Dans notre échantillon, le nombre de patients disposant d'un médecin traitant déclaré s'élève à 382 (95,7%) contre 17 patients sans médecin traitant (4,3%).
389 patients (97,3%) sont suivis par leur médecin lors de consultations présentielles au cabinet et 11 patients (2,8%) sont vus par leur médecin en visite à domicile.

- **Traitement médical au long cours et autonomie médicamenteuse**

Dans notre échantillon, 236 patients (59 %) déclarent devoir prendre un traitement médical au long cours.

Figure 1 : Répartition des patients selon leur sentiment dans l'autonomie de la prise médicamenteuse



Trois cent soixante-trois patients (91%) déclarent prendre leurs médicaments en totale autonomie et sans faire d'erreur lorsqu'un traitement leur était prescrit. Douze (3%) reconnaissent prendre leur traitement de façon autonome, mais en faisant occasionnellement des erreurs de prise. Vingt patients (5%) rapportent ne pas gérer leur traitement et se contenter de prendre les médicaments

qu'un autre intervenant leur prépare. Enfin, pour 4 patients (1%) interrogés, la préparation et la distribution de leur traitement sont effectuées par une tierce personne.

- **Personne de confiance désignée**

Au total, 216 des personnes inclues (54%) déclarent avoir désigné une personne de confiance contre 171 (42,8%) qui déclarent ne pas l'avoir fait et 13 (3,3%) qui ne savent pas s'ils en ont déclaré une.

- **Prises en charge en affection de longue durée**

Tableau 2 : Caractéristiques des patients en ALD

Prise en charge en pour une Affection de longue durée (ALD)	Effectif	% Par rapport à l'échantillon	% Par rapport aux patients en ALD
Patients en ALD	154	38,5%	
- Femmes	66	16,5%	42,9%
- Hommes	88	22,0%	57,1%
Types d'ALD			
- Pathologie cardiovasculaire	66	16,5%	42,9%
- Diabète	34	8,5%	22,1%
- Diabète insulinorequérant	22	5,5%	14,3%
- Diabète non insulinorequérant	12	3,0%	7,8%
- Cancer	26	6,5%	16,9%
- Maladie neurologique ou neurodégénérative	12	3,0%	7,8%
- Pathologie rhumatismale	11	2,8%	7,1%
- Pathologie respiratoire	8	2,0%	5,2%
- Pathologie rénale	4	1,0%	2,6%
- Accident vasculaire cerebral	5	1,3%	3,2%
- Pathologie digestive ou hépatique	3	0,8%	1,9%
- Déficit immunitaire inné ou acquis	3	0,8%	1,9%
- Transplantation d'organe	2	0,5%	1,3%
- Autre	35	8,8%	22,7%

Dans notre échantillon, nous avons un groupe de 154 personnes prises en charge en ALD soit 38,5% de l'échantillon.

Parmi ces patients, nous avons :

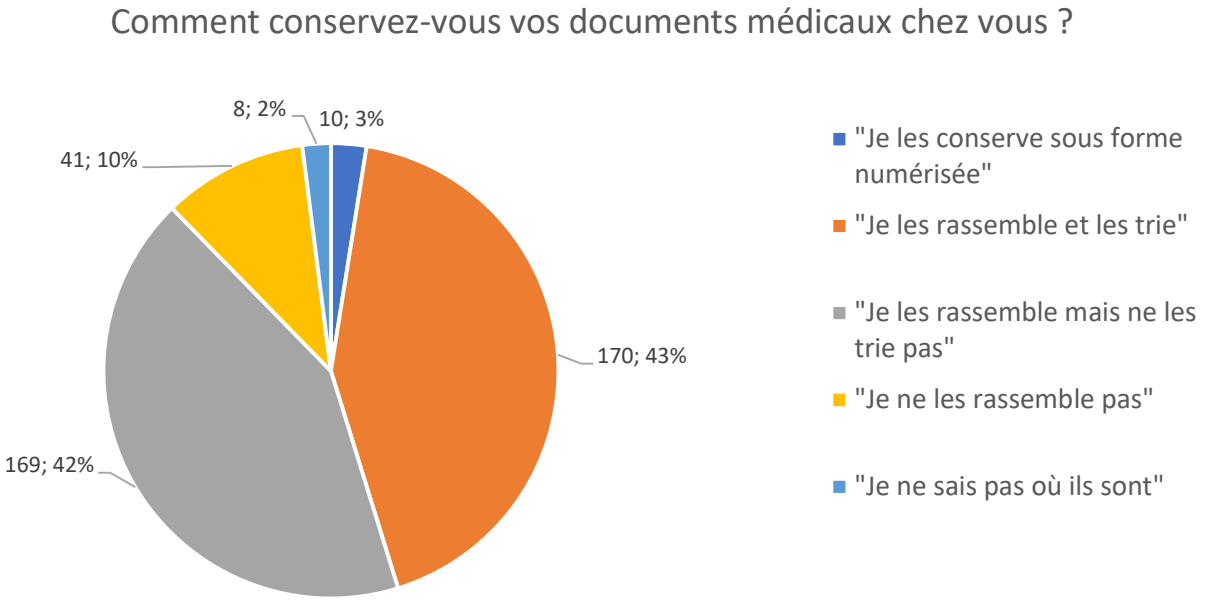
- 66 personnes prises en charge pour une pathologie cardiovasculaire : (16,5% de l'échantillon total).
- 34 pour une maladie diabétique (22%) dont 22 pour un diabète non insulinorequérant (5,5%) et 12 pour un diabète insulinorequérant (3%).
- 26 pour un cancer (6,5%).
- 12 pour une maladie neurologique ou neurodégénérative (3,1%).
- 11 pour une maladie rhumatismale (2,8%).
- 8 pour une pathologie respiratoire (2%).
- 4 pour une pathologie rénale (1%)
- 5 pris en charge suite à un accident vasculaire cérébral (1,3%)
- 35 patients pour une autre pathologie chronique : maladie auto-immune, pathologie psychiatrique ou pathologie d'origine génétique (8,8%).
- Autres cas représentant < 1% de l'échantillon total : 3 patients pour une pathologie hépatique ou digestive (0,8%), 3 souffrant d'un déficit immunitaire (0,8%) et 2 suivis suite à une transplantation d'organe (0,5%).

Les patients dans notre échantillon n'ayant pas d'ALD déclarée sont au nombre de 246 (61,5 %).

- **Utilisation des documents médicaux par les patients**

Dans notre échantillon, 317 patients (79,8%) affirment gérer eux-mêmes leurs documents médicaux, alors que pour 78 patients (19,5%) c'est un de leurs parents ou leur conjoint qui s'en occupe.

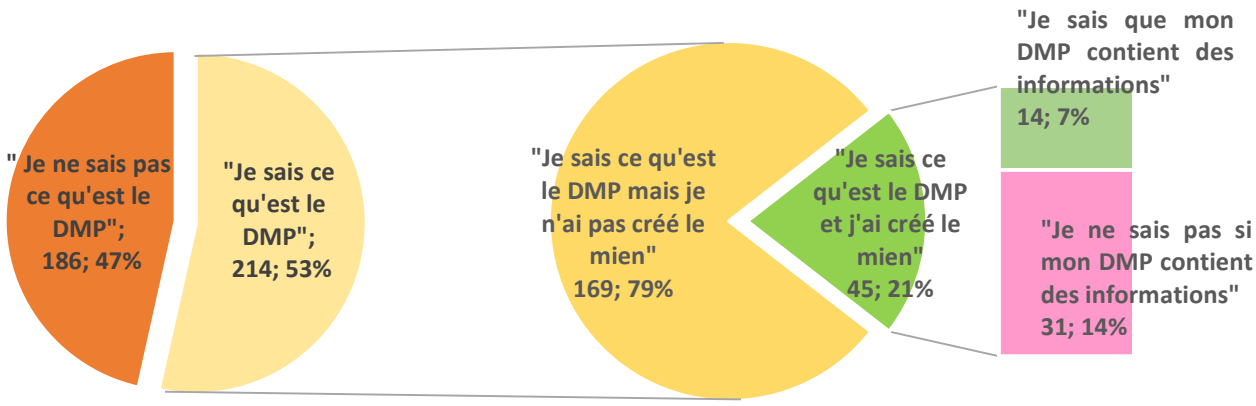
Figure 2 : Répartition des patients selon la méthode de stockage de leurs documents médicaux



Dans la gestion des documents médicaux au domicile, le nombre de personnes de notre échantillon déclarant trier et tenir à jour ses documents médicaux s'élève à 170 (42,7 %), contre 169 (42,5 %) qui déclarent se contenter de les ranger sans y prêter plus attention. Ils sont 10 (2,5 %) à affirmer les stocker sous forme numérique. Par ailleurs, 41 patients (10,3 %) avouent ne pas chercher à rassembler ces documents chez eux. Enfin, 8 patients (2 %) disent ne pas savoir où sont entreposés leurs documents médicaux à leur domicile.

- **Utilisation du DMP**

Figure 3 : Répartition des patients selon leur connaissance et usage du DMP



Dans notre échantillon, nous avons 214 patients (53,5 %) qui ont déjà entendu parler du DMP. Parmi ceux-ci, 45 (21,1 %) déclarent avoir créé le leur et 14 de ces patients (31,8 %) ont connaissance d'informations médicales déposées sur leur DMP.

- **Moyen de transport utilisé, accompagnement et répartition des patients dans le service**

Tableau 3 : Mode de venue des patients aux urgences

	Effectif	% par rapport à l'échantillon
Par ses propres moyens	79	19,7 %
Amené par un proche	216	54,0 %
Transport professionnel	105	26,3 %

Sur les 400 patients étudiés, 216 (54 %) sont venus accompagnés par un proche, 79 (19,7 %) sont venus par leurs propres moyens et 105 (26,3 %) ont été pris en charge par un transport professionnel (Ambulance, SMUR, VSL, taxi).

Tableau 4 : Répartition des patients dans le service

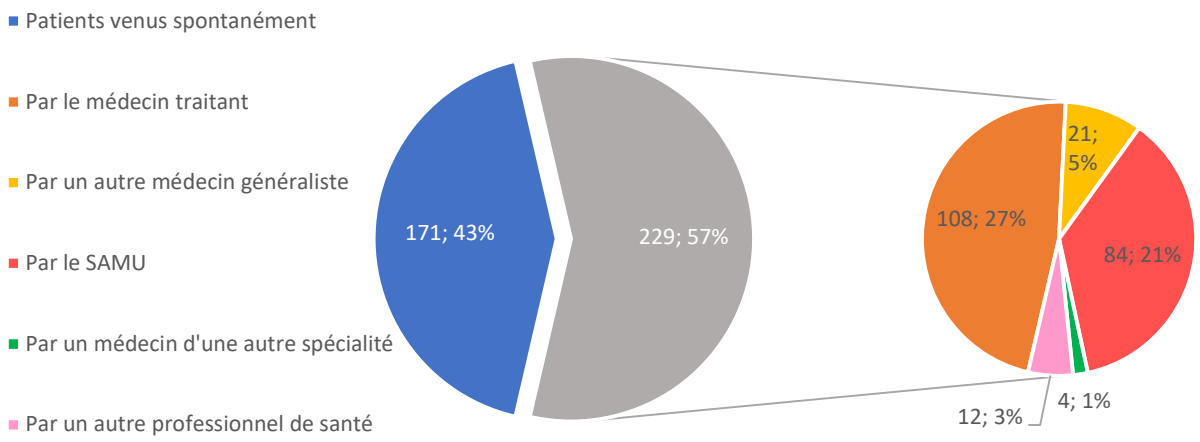
	Effectif	% par rapport à l'échantillon
Urgences Médicales couchées	269	67,3 %
Urgences Ambulatoires	131	32,7 %

Les patients inclus ont été répartis entre les deux ailes du service comme suit : 269 (67,3 %) ont été installés dans un box du service médical. Contre 131 (32,7 %) qui ont été orientés vers les urgences ambulatoires.

- **Adressage des patients par les professionnels de santé et remise d'un courrier de transmission**

Notre échantillon comprend 229 patients adressés par un professionnel de santé (57 %) et 171 venus d'eux-mêmes sur les urgences (43 %).

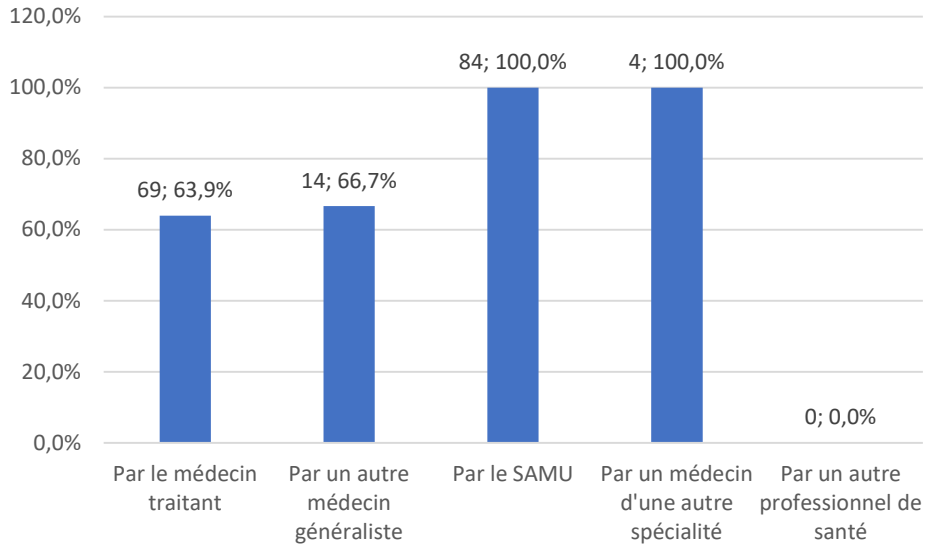
Figure 4 : Répartition des patients en fonction de leur adressage



Parmi ces 229 patients adressés par un professionnel de santé, 108 (47,2 %) sont venus à la demande de leur médecin généraliste traitant et 21 (9,2 %) ont été adressés par un autre médecin

généraliste. 84 patients (36,7 %) ont été adressés par la plateforme du SAMU, 4 (0,8 %) par un médecin n'étant pas un spécialiste de médecine générale. Et enfin, 12 patients (5.2 %) ont été adressés par un autre professionnel de santé tel un pharmacien ou une infirmière.

Figure 5 : Fréquence de remise d'un courrier d'adressage en fonction des soignants ayant adressé les patients



Sur le groupe de patients adressés aux urgences par leur médecin traitant, 69 d'entre eux (63,9 %) ont remis un courrier de transmission. Sur le groupe des patients adressés par un autre médecin généraliste, 14 d'entre eux (66,7 %) ont remis un courrier de transmission. Les 4 patients (100 %) adressés par un médecin d'une spécialité autre que la médecine générale ont eu un courrier de transmission remis par ce médecin. Aucun des autres professionnels de santé n'a remis de courrier de transmissions aux patients qu'ils ont envoyé aux urgences.

III. Description des documents médicaux possédés par les patients dans la population générale et comparaison avec les documents apportés

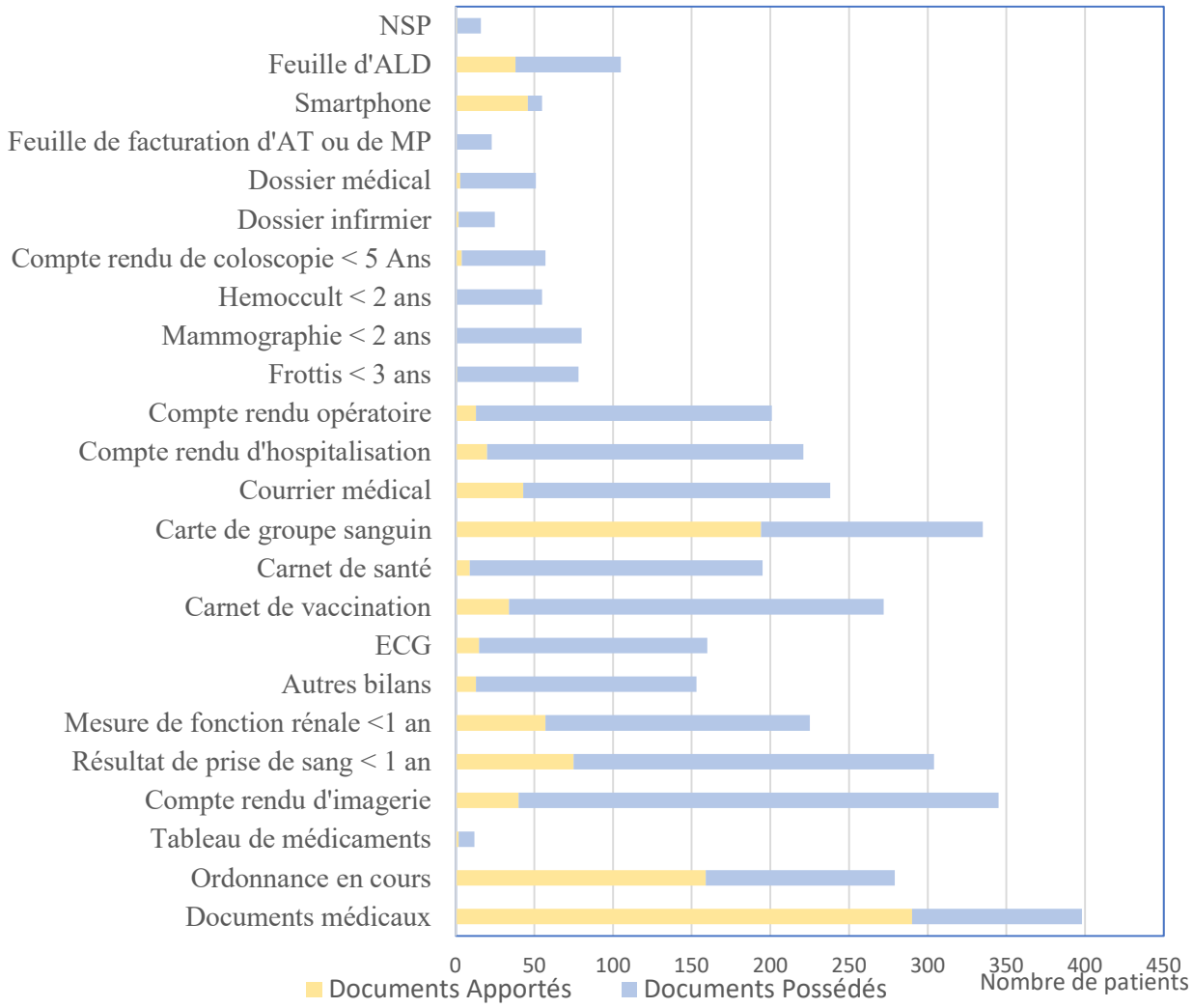
Dans un premier temps, nous avons demandé à chaque patient de nous indiquer les types de documents médicaux qu'il avait en sa possession, à son domicile ou sur lui-même. Et dans un second temps, nous avons contrôlé en présence du patient les types de documents qu'il avait apportés en venant aux urgences.

Tableau 5 : Répartition des documents médicaux possédés et apportés par l'ensemble des patients

Effectif total 400 patients	Documents possédés		Documents apportés		Pourcentage des documents apporté par rapport au nombre de documents possédés	p = (test exact de Fisher)
	Effectif en valeur absolue	Pourcentage par rapport à l'effectif total	Effectif en valeur absolue	Pourcentage par rapport à l'effectif total		
Documents médicaux	398	99,5 %	290	72,5 %	72,9 %	<0.001
Ordonnance en cours	279	69,8 %	159	39,8 %	57,0 %	<0.001
Tableau de médicaments	12	3,0 %	2	0,5 %	16,7 %	<0.001
Comptes Rendus (CR) d'imagerie	345	86,3 %	40	10,0 %	11,6 %	<0.001
Résultat de prise de sang < 1 an	304	76,0 %	75	18,8 %	24,7 %	<0.001
Mesure de fonction rénale <1 an	225	56,3 %	57	14,3 %	25,3 %	<0.001
Autres bilans	153	38,3 %	13	3,3 %	8,5 %	<0.001
ECG	160	40,0 %	15	3,8 %	9,4 %	<0.001
Carnet de vaccination	272	68,0 %	34	8,5 %	12,5 %	<0.001
Carnet de santé	195	48,8 %	9	2,3 %	4,6 %	<0.001
Carte de groupe sanguin	335	83,8 %	194	48,5 %	57,9 %	<0.001
Courrier médical	238	59,5 %	43	10,8 %	18,1 %	<0.001
CR d'hospitalisation	221	55,3 %	20	5,0 %	9,0 %	<0.001
CR opératoire	201	50,3 %	13	3,3 %	6,5 %	<0.001
Frottis < 3 ans	78	19,5 %	1	0,3 %	1,3 %	<0.001

Mammographie < 2 ans	80	20,0 %	0	0,0 %	0,0 %	<0.001
Hemoccult < 2 ans	55	13,8 %	0	0,0 %	0,0 %	<0.001
CR de coloscopie < 5 Ans	57	14,3 %	4	1,0 %	7,0 %	<0.001
Dossier infirmier	25	6,3 %	2	0,5 %	8,0 %	<0.001
Dossier médical	51	12,8 %	3	0,8 %	5,9 %	<0.001
Feuille de facturation d'AT ou de MP	23	5,8 %	0	0,0 %	0,0 %	<0.001
Smartphone	**55**	**13,8 %**	**46**	**11,5 %**	**83,6 %**	**0.39**
Feuille de prise en charge en ALD	105	26,3 %	38	9,5 %	36,2 %	<0.001
NSP	16	4,0 %	1	0,3 %	6,3 %	<0.001

Figure 6 : Répartition des documents médicaux possédés et apportés par l'ensemble des patients



Au total, 398 patients (99,5 %) dans notre échantillon déclarent posséder des documents médicaux. Et 7,9 % d'entre eux, soit 290 patients en ont apporté en venant aux urgences (398 vs 290 ; P<0,001). À noter que 16 patients (4 %) ne savaient pas quels documents médicaux ils avaient en leur possession et qu'un patient n'était pas en mesure de présenter les documents qu'il avait apportés.

Deux cent soixante-dix-neuf patients (69,8 %) disent être en possession d'une ordonnance de médicaments en cours d'utilisation et 39,8 % d'entre eux, soit 159 patients, l'ont apporté (279 vs 159 ; P<0,001). De plus, 12 patients (3 %) déclarent avoir un résumé de leur traitement sous forme

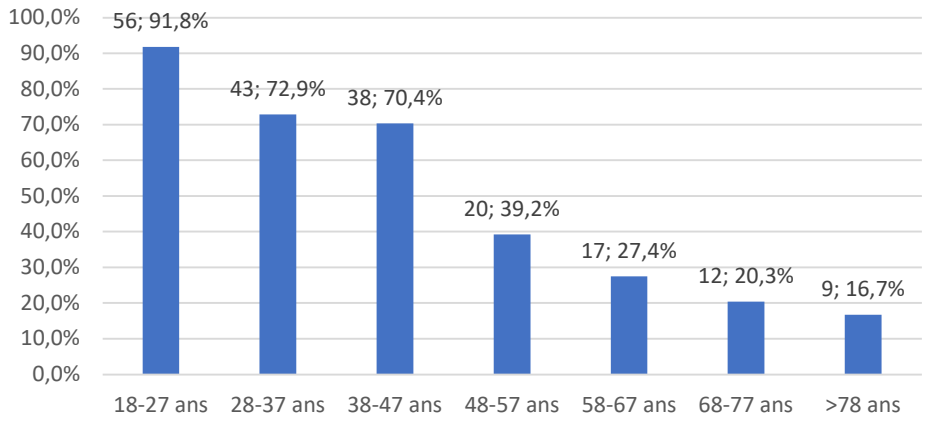
de tableau manuscrit réalisé par leur médecin, par eux-mêmes ou par un proche. Et 2 d'entre eux (16,7 %) l'ont apporté aux urgences (12 vs 2 ; P<0,001).

Concernant les résultats d'examens, 345 patients (86,3 %) déclarent avoir au moins un résultat d'examen d'imagerie et 40 d'entre eux (11,6 %) l'ont apporté (345 vs 40 ; P<0,001). 304 patients (76 %) ont des résultats de bilan sanguin datant de moins d'un an et 75 d'entre eux (24,7 %) les ont apportés (304 vs 75 ; P<0,001). De plus, 304 patients (76 %) disent avoir un contrôle de la fonction rénale datant de moins d'un an et 75 d'entre eux (24,7 %) l'ont apporté (304 vs 75 ; P<0,001). Enfin, 153 patients (38,3 %) déclarent avoir des résultats d'autres analyses et 13 d'entre eux (8,5 %) les ont apportés aux urgences (153 vs13 ; P<0,001).

160 patients (40 %) déclarent avoir un tracé d'ECG en leur possession et 15 d'entre eux (9,4 %) l'ont apporté aux urgences (160 vs 15 ; P<0,001).

272 patients (68 %) disent avoir un carnet de vaccination et 34 d'entre eux (12,5 %) l'ont sur eux en venant aux urgences (272 vs 34 ; P<0,001). Pour les cartes de groupe sanguin, 335 patients (59,5 %) disent en avoir une et 194 d'entre eux (57,9 %) l'ont apporté aux urgences (335 vs 194 ; P<0,001). 195 patients (48,8 %) rapportent avoir en leur possession leur carnet de santé pédiatrique ou leur carnet de santé adulte de 1996, et 9 d'entre eux (4,6 %) l'ont apporté aux urgences (195 vs 9 ; P<0,001).

Figure 7 : Répartition des carnets de santés détenus par les patients en fonction de leur âge



Lorsque nous étudions de la répartition des patients détenteurs d'un carnet de santé (CSE ou carnet de santé de 1996) selon leurs âges, nous constatons que ceux-ci sont détenus par 56 des 61 patients âgés de 18 à 27 ans (91,8 %), par 43 des 59 patients âgés de 28 à 37 ans (72,9 %), par 38 des 54 patients âgés de 38 à 47 ans (70,4 %), par 20 des 51 patients âgés de 48 à 57 ans (39,21 %), par 17 des 62 patients âgés de 58 à 67 ans (27,4 %), par 12 des 59 patients âgés de 68 à 77 ans (20,3 %) et par 9 des 54 patients âgés de plus de 78 ans (16,7 %).

Concernant les courriers et comptes rendus médicaux, 335 patients (83,8 %) disent avoir au moins un courrier médical en leur possession et 43 d'entre eux (18,1 %) l'ont apporté aux urgences (335 vs 43 ; P<0,001). Concernant les comptes rendus d'hospitalisation, 221 patients (55,3 %) déclarent en avoir au moins un en leur possession et 20 d'entre eux (9 %) l'ont apporté (221 vs 20 ; P<0,001). Enfin, 201 patients (50,3 %) déclarent avoir au moins un compte rendu opératoire et 13 d'entre eux (6,5 %) l'ont apporté aux urgences (201 vs 13 ; P<0,001).

Un dossier infirmier est possédé par 25 patients (6,3 %) de notre échantillon et 2 d'entre eux (8 %) l'ont apporté aux urgences (25 vs 2 ; P<0,001). Cinquante et un patients (12,8 %) disent avoir à leur disposition leur dossier médical personnel remis par leur médecin traitant lors de son départ en retraite ou tenu à jour par ce dernier et 3 d'entre eux (5,9 %) l'ont apporté aux urgences (51 vs 3 ; P<0,001).

Vingt-trois patients (5,8 %) disent être en possession d'une feuille de facturation d'accident de travail ou de maladie professionnelle en cours de validité au moment de notre recueil, mais aucun d'entre eux ne l'a apportée en venant aux urgences.

Cent cinq patients (26,3 %) disent avoir une feuille de prise en charge en ALD, cela représente 68,2 % des 154 patients en ALD dans notre échantillon. Parmi ces détenteurs, 38 (36,2 %) l'ont apportée en venant aux urgences.

Figure 8 : Répartition des comptes rendus des frottis détenus dans la population féminine de l'échantillon

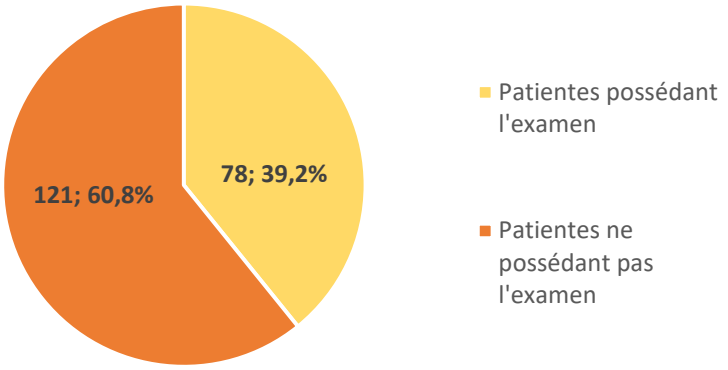
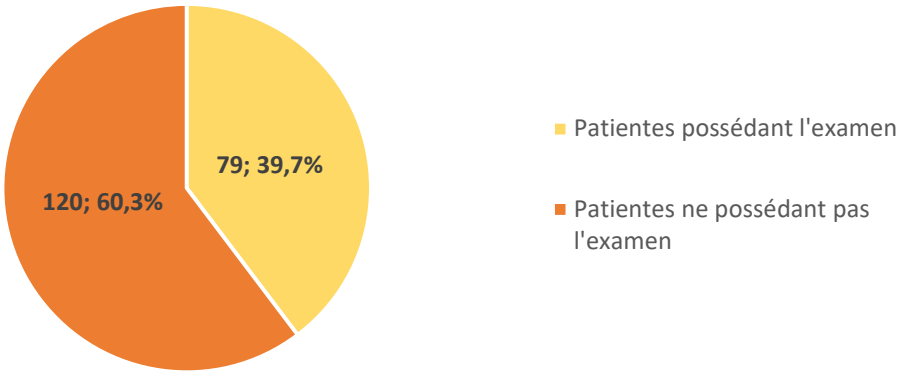


Figure 9 : Répartition des comptes rendus des mammographies détenus dans la population féminine de l'échantillon



Concernant les examens de dépistage, 78 femmes (19,5 %) disent avoir le résultat de leur dernier frottis. Cet effectif représente 39,2 % des femmes de notre échantillon. Parmi celles-ci, une seule patiente (1,3 %) l'a apporté (78 vs 1 ; P<0,001). Par ailleurs, 80 patients (20 %) disent avoir le résultat de leur dernière mammographie. Cela correspond à 79 femmes (39,2 %) et 1 homme (0,5 %). Aucun de ces patients n'avait apporté ces résultats en venant aux urgences.

Des résultats de test Hémoccult sont détenus par 55 patients (13,8 %) dans notre échantillon, mais aucun ne les a apportés en venant aux urgences. Enfin, 57 patients (14,3 %) disent avoir un résultat de leur dernière coloscopie, et 4 d'entre eux (7 %) l'ont apporté (57 vs 4 ; P<0,001).

Figure 10 : Répartition des résultats de test Hémoccult <2 ans détenus par les patients en fonction de leur âge

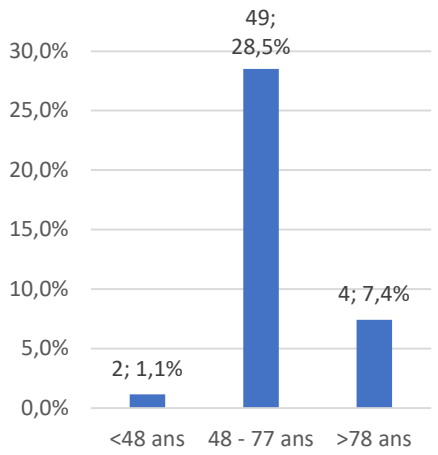
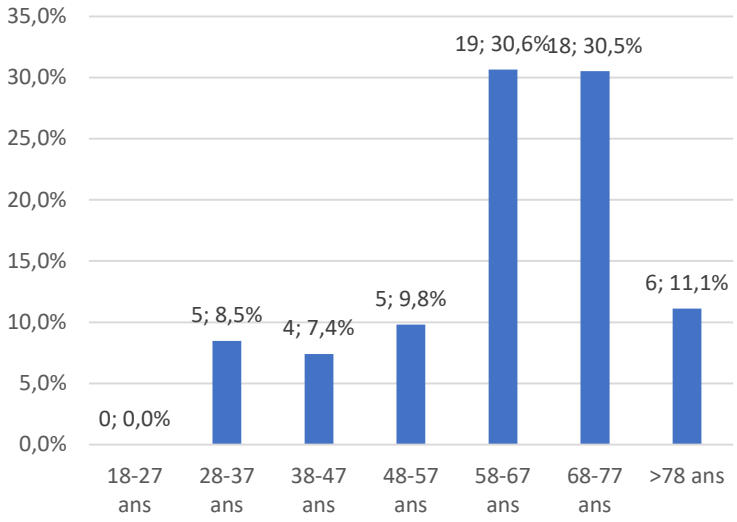


Figure 11 : Répartition des comptes rendus de coloscopie <5 ans détenus par les patients en fonction de leur âge



Lorsque nous étudions la répartition des patients détenteurs de résultats de test Hémoccult ou de compte rendu de coloscopie selon leurs âges, nous constatons qu'en ce qui concerne les résultats de test Hémoccult, ceux-ci sont détenus par 49 des 172 patients âgés de 48 à 77 ans (28,5 %) ce qui correspondent à la population pour laquelle ce test de dépistage pour le cancer colorectal est

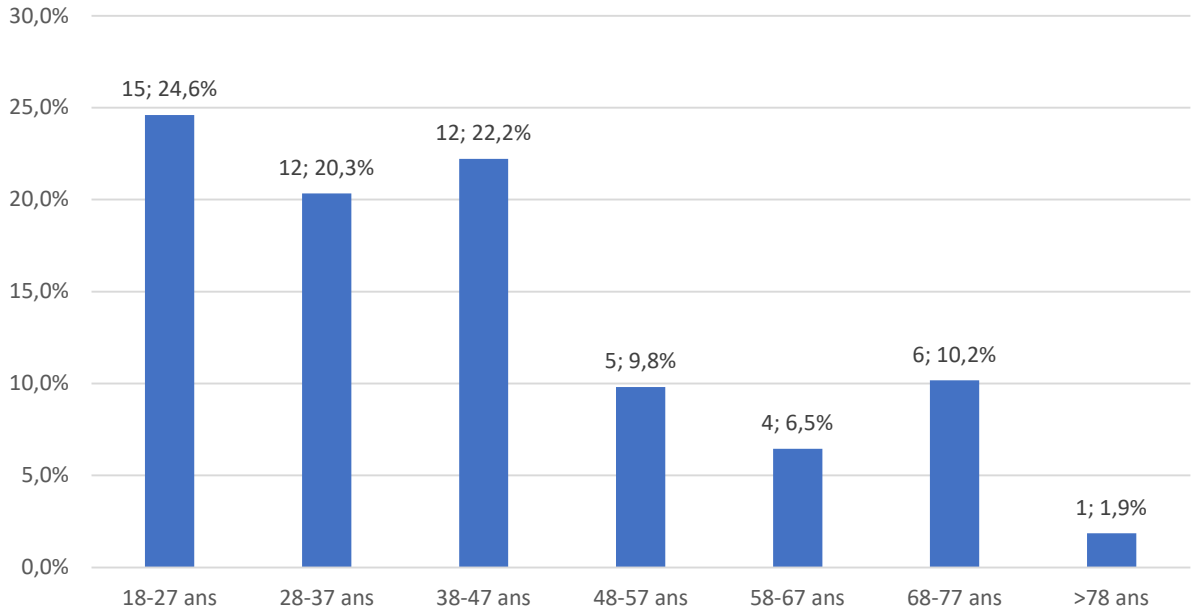
indiqué. Deux des 174 patients âgés de moins de 48 ans possèdent un résultat de test Hémoccult (1,1 %) ainsi que 4 des 54 patients âgés de plus de 78 ans (7.4 %), ce qui témoigne d'une réalisation de ces tests en dehors des recommandations de santé publique.

En ce qui concerne les comptes rendus de coloscopie, ceux-ci ne sont détenus par aucun des patients âgés de 18 à 27 ans, par 5 des 59 patients de 28 à 37 ans (8,5 %), par 4 des patients âgés de 38 à 47 ans (7,4 %), par 5 des patients âgés de 48 à 57 ans (9,8 %), par 19 des patients âgés de 58 à 67 ans (30,6 %), par 18 des patients âgés de 68 à 77 ans (30,5 %) et par 6 des patients âgés de plus de 78 ans (11,1%).

En revanche, on peut noter sur les 55 patients (13,8 %) qui déclarent avoir enregistré dans leur smartphone des informations médicales au moyen d'application ou de documents numérisés, nous n'avons pas trouvé d'écart significatif avec le nombre de patients ayant accès à ces documents depuis leur smartphone aux urgences et qui représente 46 d'entre eux (83,6 %).

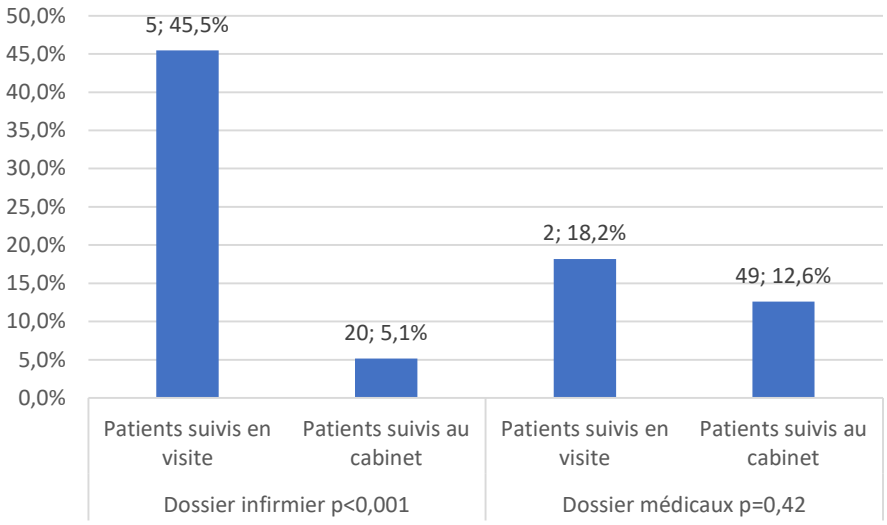
De façon intéressante, les informations enregistrées sur les smartphones constituent les seuls documents pour lesquels nous n'avons pas mis en évidence d'écart significatif entre le nombre de patients qui disposent de ces documents et ceux qui les ont apportés aux urgences (55 vs 46 P=0,39). Cela tend à prouver que le smartphone constitue un support permettant d'améliorer la mobilisation des documents médicaux à la disposition des patients lors de SNP de médecine générale. Nous avons alors cherché à analyser l'âge des patients ayant enregistré des informations médicales dans leurs smartphones.

Figure 12 : Répartition des patients ayant enregistré des informations médicales dans leur smartphone en fonction de leur âge



Au total, 55 patients ont enregistré des informations sur leur smartphone dans notre échantillon ; parmi ceux-ci, 15 (24,6 %) sont âgés de 18 à 27 ans, 12 (22,2 %) sont âgés de 28 à 37 ans, 12 (22,2 %) de 38 à 47 ans, 5 (9,8 %) de 48 à 57 ans, 4 (6,5 %) de 58 à 67 ans, 6 (10,2 %) de 68 à 77 ans et 1 (1,9 %) de plus de 78 ans.

Figure 13 : Comparaison des dossiers infirmiers et des dossiers médicaux détenus par les patients suivis à domicile ou au cabinet

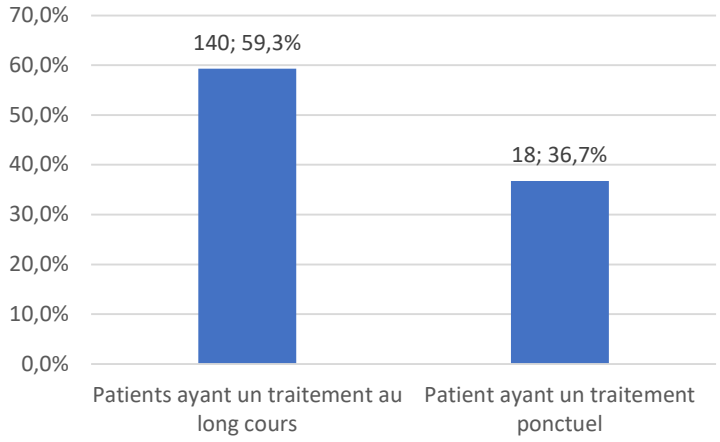


Nous avons comparé le nombres de patients détenteurs d'un dossier infirmier et d'un dossier médical chez nos 11 patients suivis en visites à domicile et nos 389 patients suivis lors de consultations en cabinet.

Nous trouvons une différence significative concernant les dossiers infirmiers, entre le groupe des patients suivis à domicile, avec 5 patients sur 11 qui ont un dossier infirmier, et le groupe des patients suivis en cabinet, avec 20 personnes sur 389 (45,5% vs 5,1%, p<0,001).

Cependant, nous ne trouvons pas de différence significative concernant les dossiers médicaux, entre les patients suivis à domicile, avec 2 patients sur 11 qui ont un dossier médical à domicile, et le groupe des patients suivis au cabinet, avec 49 personnes sur 289 (18,2% vs 12,6%, p=0,42).

Figure 14 : Comparaison des ordonnances apportées par les patients ayant un traitement au long cours et les patients ayant un traitement ponctuel



Dans notre échantillon, 286 patients suivaient un traitement médicamenteux lors de l'entretien. Parmi eux 236 suivaient un traitement au long cours et 49 avaient un traitement ponctuel. Au total ils sont 279 à détenir une ordonnance de médicaments, soit 97,5% des patients suivant un traitement.

En ce qui concerne les ordonnances apportées par les patients, nous trouvons une différence significative entre le groupe des patients ayant un traitement médical au long cours, au sein duquel 140 patients sur 236 ont apporté leur ordonnance, et celui des patients ayant un traitement ponctuel, au sein duquel 18 personnes sur 49 l'ont apportée (59,3% vs 36,7%, $p<0,001$).

IV. Épidémiologie analytique

1. Prise en charge en ALD

Nous avons voulu déterminer si le fait d'être pris en charge en ALD a une influence sur les documents que les patients possèdent à domicile et sur ceux qu'ils apportent aux urgences.

Pour cela, nous avons comparé les documents que les 154 patients en ALD déclaraient posséder et avaient apportés, par rapport à ceux des 246 patients sans ALD, au moyen d'un test exact de Fisher.

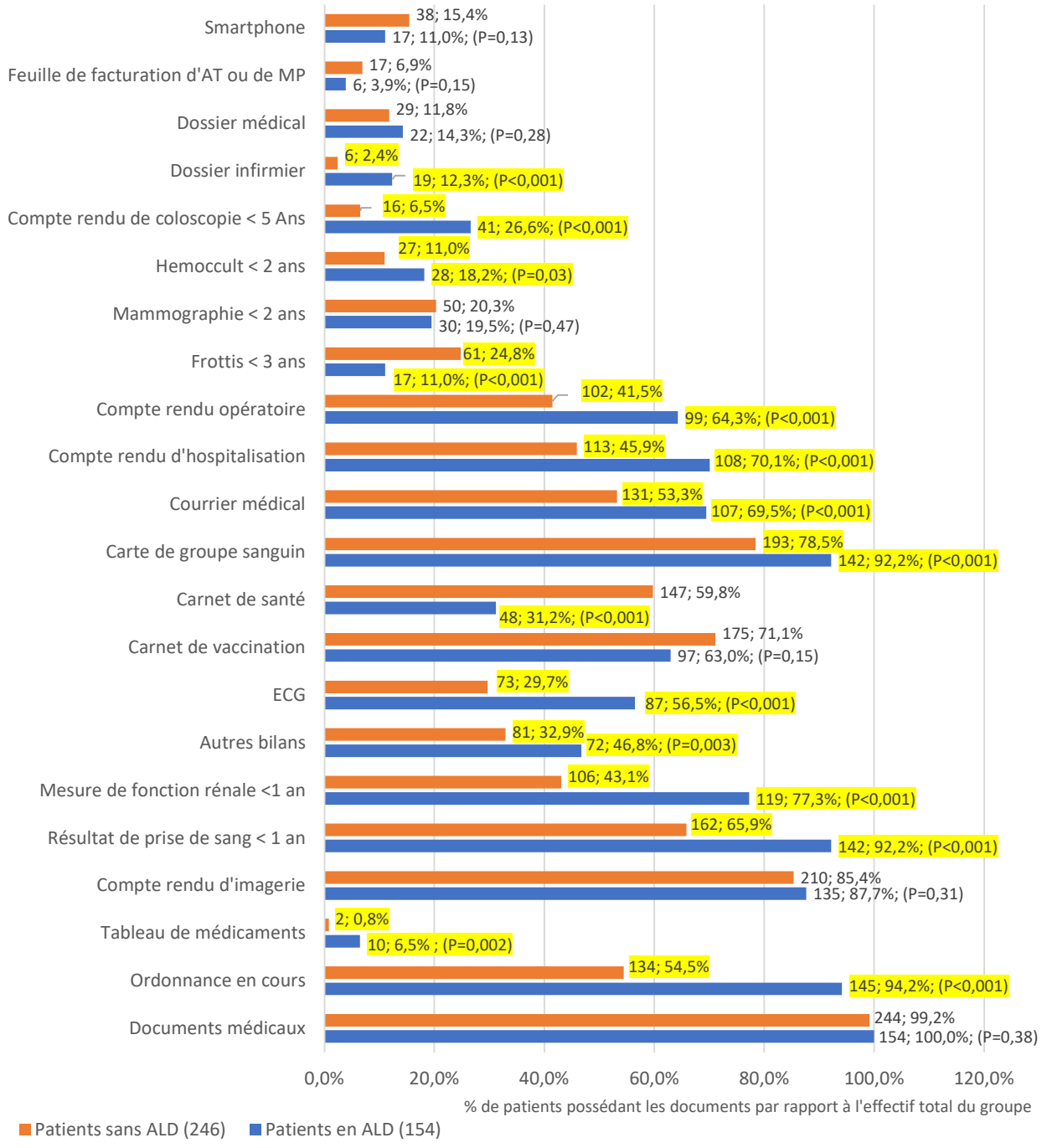
Tableau 6 : Résultats comparatifs entre les documents possédés par les patients en ALD et les patients sans ALD

Prise en charge en ALD	Documents possédés				
	Patients en ALD n=154		Patients sans ALD n=246		p= (test exact de Fisher)
	Effectif	% par rapport à l'effectif total	Effectif	% par rapport à l'effectif total	
Documents médicaux	154	100,0%	244	99,2%	0,38
Ordonnance en cours	145	**94,2%**	134	**54,5%**	**<0,001**
Tableau de médicaments	10	**6,5%**	2	**0,8%**	**0,002**
CR d'imagerie	135	87,7%	210	85,4%	0,31
Résultat de prise de sang < 1 an	142	**92,2%**	162	**65,9%**	**<0,001**
Mesure de fonction rénale <1 an	119	**77,3%**	106	**43,1%**	**<0,001**
Autres bilans	72	**46,8%**	81	**32,9%**	**0,003**
ECG	87	**56,5%**	73	**29,7%**	**<0,001**
Carnet de vaccination	97	63,0%	175	71,1%	0,15
Carnet de santé	48	**31,2%**	147	**59,8%**	**<0,001**
Carte de groupe sanguin	142	**92,2%**	193	**78,5%**	**<0,001**
Courrier médical	107	**69,5%**	131	**53,3%**	**<0,001**
CR d'hospitalisation	108	**70,1%**	113	**45,9%**	**<0,001**
CR opératoire	99	**64,3%**	102	**41,5%**	**<0,001**
Frottis < 3 ans	17	**11,0%**	61	**24,8%**	**<0,001**
Mammographie < 2 ans	30	19,5%	50	20,3%	0,47
Hemoccult < 2 ans	28	**18,2%**	27	**11,0%**	**0,03**
CR de coloscopie < 5 Ans	41	**26,6%**	16	**6,5%**	**<0,001**
Dossier infirmier	19	**12,3%**	6	**2,4%**	**<0,001**
Dossier médical	22	14,3%	29	11,8%	0,28
Feuille de facturation d'AT ou de MP	6	3,9%	17	6,9%	0,15
Smartphone	17	11,0%	38	15,4%	0,13
Feuille de prise en charge en ALD	105	68,2%			

Tableau 7 : Résultats comparatifs entre les documents mobilisés par les patients en ALD et les patients sans ALD

Prise en charge en ALD	Documents apportés					% de Documents apporté par les patients détenteurs des documents		
	Patients en ALD n=154		Patients sans ALD n=246		p= (test exact de Fisher)			
	Effectif	% par rapport à l'effectif total	Effectif	% par rapport à l'effectif total		Patients en ALD	Patients sans ALD	p= (test exact de Fisher)
Documents médicaux	135	**87,7%**	155	**63,0%**	**<0,001**	**87,7%**	**63,5%**	**<0,001**
Ordonnance en cours	99	**64,3%**	60	**24,4%**	**<0,001**	**68,3%**	**44,8%**	**<0,001**
Tableau de médicaments	2	1,3%	0	0,0%	0,15	20,0%	0,0%	1
CR d'imagerie	21	**13,6%**	19	**7,7%**	**0,04**	15,6%	9,0%	0,084
Résultat de prise de sang < 1 an	43	**27,9%**	32	**13,0%**	**<0,001**	**30,3%**	**19,8%**	**0,045**
Mesure de fonction rénale <1 an	35	**22,7%**	22	**8,9%**	**<0,001**	29,4%	20,8%	0,167
Autres bilans	6	3,9%	7	2,8%	0,38	8,3%	8,6%	0,946
ECG	12	**7,8%**	3	**1,2%**	**0,001**	13,8%	4,1%	0,054
Carnet de vaccination	20	**13,0%**	14	**5,7%**	**0,006**	**20,6%**	**8,0%**	**0,004**
Carnet de santé	5	3,2%	4	1,6%	0,23	**10,4%**	**2,7%**	**0,042**
Carte de groupe sanguin	92	**59,7%**	102	**41,5%**	**<0,001**	**64,8%**	**52,8%**	**0,033**
Courrier médical	29	**18,8%**	14	**5,7%**	**<0,001**	**27,1%**	**10,7%**	**0,001**
CR d'hospitalisation	14	**9,1%**	6	**2,4%**	**0,003**	13,0%	5,3%	0,061
CR opératoire	9	**5,8%**	4	**1,6%**	**0,02**	9,1%	3,9%	0,16
Frottis < 3 ans	1	0,6%	0	0,0%	0,39	5,9%	0,0%	0,218
Mammographie < 2 ans	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0,0%	1
Hemoccult < 2 ans	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0,0%	1
CR de coloscopie < 5 Ans	3	1,9%	1	0,4%	0,16	7,3%	6,3%	1
Dossier infirmier	2	1,3%	0	0,0%	0,15	10,5%	0,0%	1
Dossier médical	1	0,6%	2	0,8%	0,67	4,5%	6,9%	1
Feuille de facturation d'AT ou de MP	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0,0%	1
Smartphone	16	10,4%	30	12,2%	0,35	94,1%	78,9%	0,247
Feuille de prise en charge en ALD	38	24,7%				36,2%		

Figure 15 : Comparaison des documents médicaux possédés par les patients en ALD et les patients sans ALD



Lors de l'étude de l'ensemble des documents possédés, nous n'avons pas trouvé d'écart significatif entre les deux groupes : ainsi, la totalité des 154 patients en ALD en possédait, contre 244 sur les 246 patients sans ALD (100 % vs 99.2 %, p=0.37). Mais, en étudiant chaque document médical séparément, nous avons constaté, de manière assez significative, que les patients en ALD possédaient plus certains documents médicaux que les patients sans ALD.

C'est le cas notamment pour les ordonnances de médicaments qui sont détenues par la totalité des patients en ALD, contre 134 des 246 patients sans ALD (94,2 % vs 54,5 % ; p<0,01) ; de même que les traitements résumés sous forme de tableaux qui sont détenus par 10 des patients en ALD contre 2 des patients sans ALD (6,5 % vs 0,8 % ; p=0,002).

Pour les résultats d'examens, nous avons trouvé un écart significatif entre les deux groupes concernant :

- les résultats de bilans sanguins de moins d'un an, possédés par 142 des 154 patients en ALD contre 162 des 246 patients sans ALD (92,2 % vs 65,9 % ; p<0,001).
- les contrôles de fonctions rénales, détenus par 119 des patients en ALD contre 106 des patients sans ALD (77,3 % vs 43,1 % ; p<0, 001).
- les résultats d'autres types d'analyses biologiques, détenus par 72 des patients en ALD contre 81 des patients sans ALD (46,8 % vs 32,9 % ; p=0,004).
- les tracés d'ECG, détenus par 87 patients en ALD contre 73 patients sans ALD (56,5 % vs 29,7 % ; p<0,001).
- les cartes de groupe sanguin possédées par 142 des 150 patients en ALD contre 193 des 246 patients sans ALD (92,2 % vs 78,5 % ; p<0,001).

En ce qui concerne les courriers et les comptes rendus médicaux, nous avons mis en évidence un écart significatif entre le groupe des patients en ALD et celui des patients sans ALD concernant :

- les courriers médicaux possédés par 107 des 150 des patients en ALD, contre 131 des 246 patients sans ALD (69,5 % vs 53,3 % ; p<0,001).
- les comptes rendus d'hospitalisation détenus par 108 des patients en ALD contre 113 des patients sans ALD (70,1 % vs 45.9 % ; p<0,001)
- les comptes rendus opératoires possédés par 99 des patients en ALD contre 102 des patients sans ALD (64,3 % vs 41.5 % ; p<0,001).

En ce qui concerne les examens de dépistage, nous avons trouvé un écart significatif entre les deux groupes concernant :

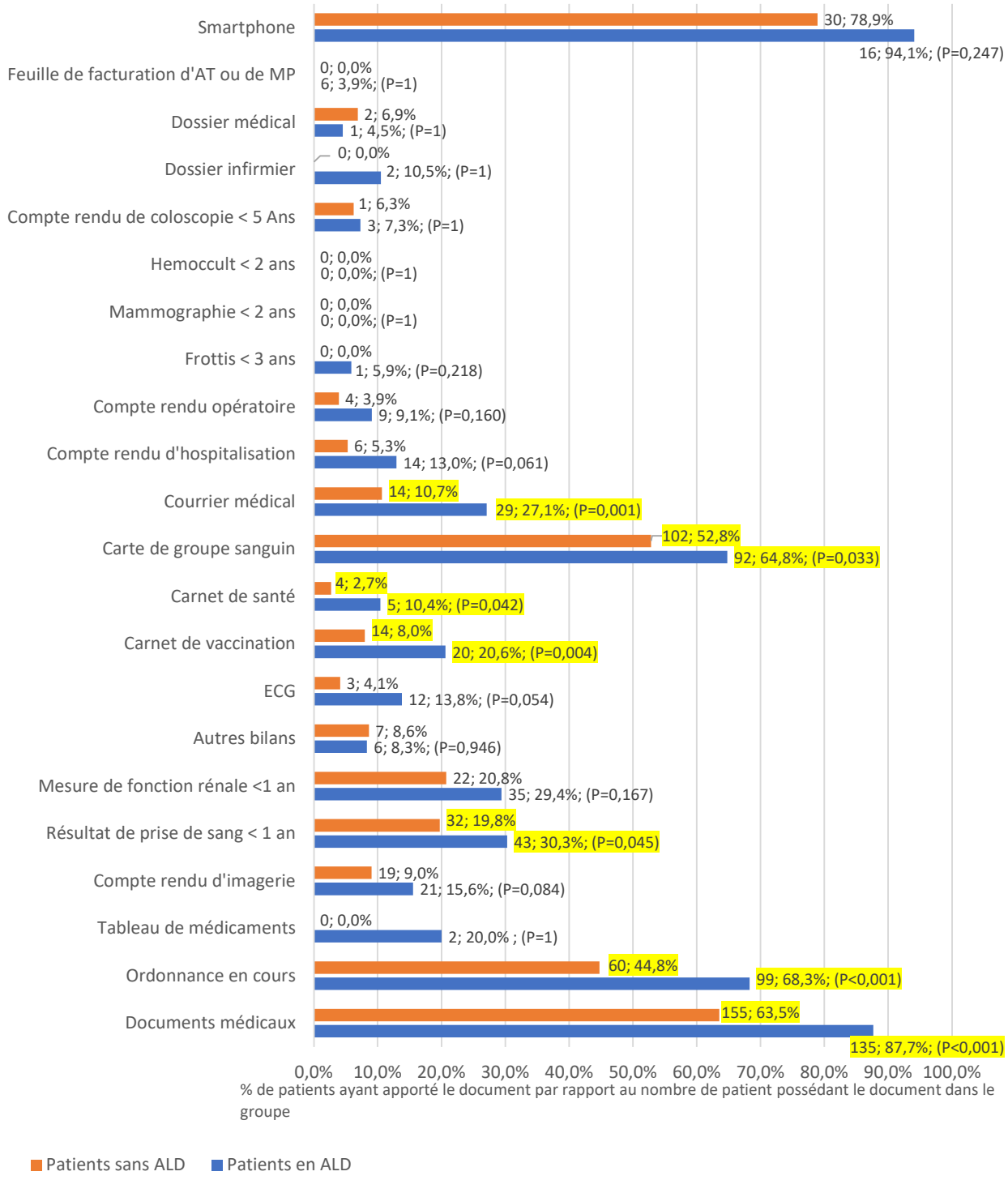
- les résultats de test Hémoccult détenus par 28 des 154 patients en ALD contre 27 des 246 patients sans ALD (18,2 % vs 11 % ; p=0,03)
- les comptes rendus de coloscopie possédés par 41 des patients en ALD contre 16 des patients sans ALD (26,6 % vs 6,5 % ; p<0,001).

Enfin, nous avons mis en évidence un écart significatif entre les deux groupes concernant les dossiers infirmiers qui sont détenus par 19 patients en ALD contre 6 patients sans ALD (12,3 % vs 2,4 % ; p<0,001).

Par ailleurs, nous avons mis en évidence un écart significatif entre les deux groupes concernant les carnets de santé, détenus par 48 des 154 patients en ALD contre 147 des 246 patients sans ALD (31,2 % vs 59,8 % P<0,001).

En revanche, nous n'avons pas trouvé d'écart significatif entre les deux groupes concernant les autres types de documents.

Figure 16 : Comparaison des documents médicaux mobilisés par les patients en ALD et les patients sans ALD



Concernant les documents apportés par les patients qui en sont détenteurs, nous avons mis en évidence un écart significatif entre les deux groupes concernant les documents médicaux dans leur ensemble, puisqu'ils ont été apportés par 135 des 154 des patients en ALD, contre 155 des 244 patients sans ALD qui en possèdent (87,7 % vs 63 % ; p<0,001).

Nous mettons également en évidence un écart significatif entre les deux groupes lorsque nous étudions séparément certains documents. C'est le cas des ordonnances, apportées par 99 des 145 patients en ALD, contre 60 des 134 patients sans ALD qui en possèdent une (68,3 % vs 44,8 % ; p<0,001).

Nous retrouvons également un écart significatif entre les deux groupes concernant : les résultats d'examens de biologie qui sont apportés par 43 de leurs 72 détenteurs en ALD contre 32 de leurs 81 détenteurs sans ALD (30,3 % vs 19,8 % ; p=0,045) ; les carnets de vaccinations, qui sont amenés par 19 de leurs 97 possesseurs en ALD contre 12 de leurs 175 possesseurs sans ALD (20,2 % vs 4,9 % ; p=0,018) ; et les carnets de santé apportés par 5 des 48 détenteurs en ALD contre 4 des 147 détenteurs sans ALD (10,4 % vs 1,6 % ; p=0,04).

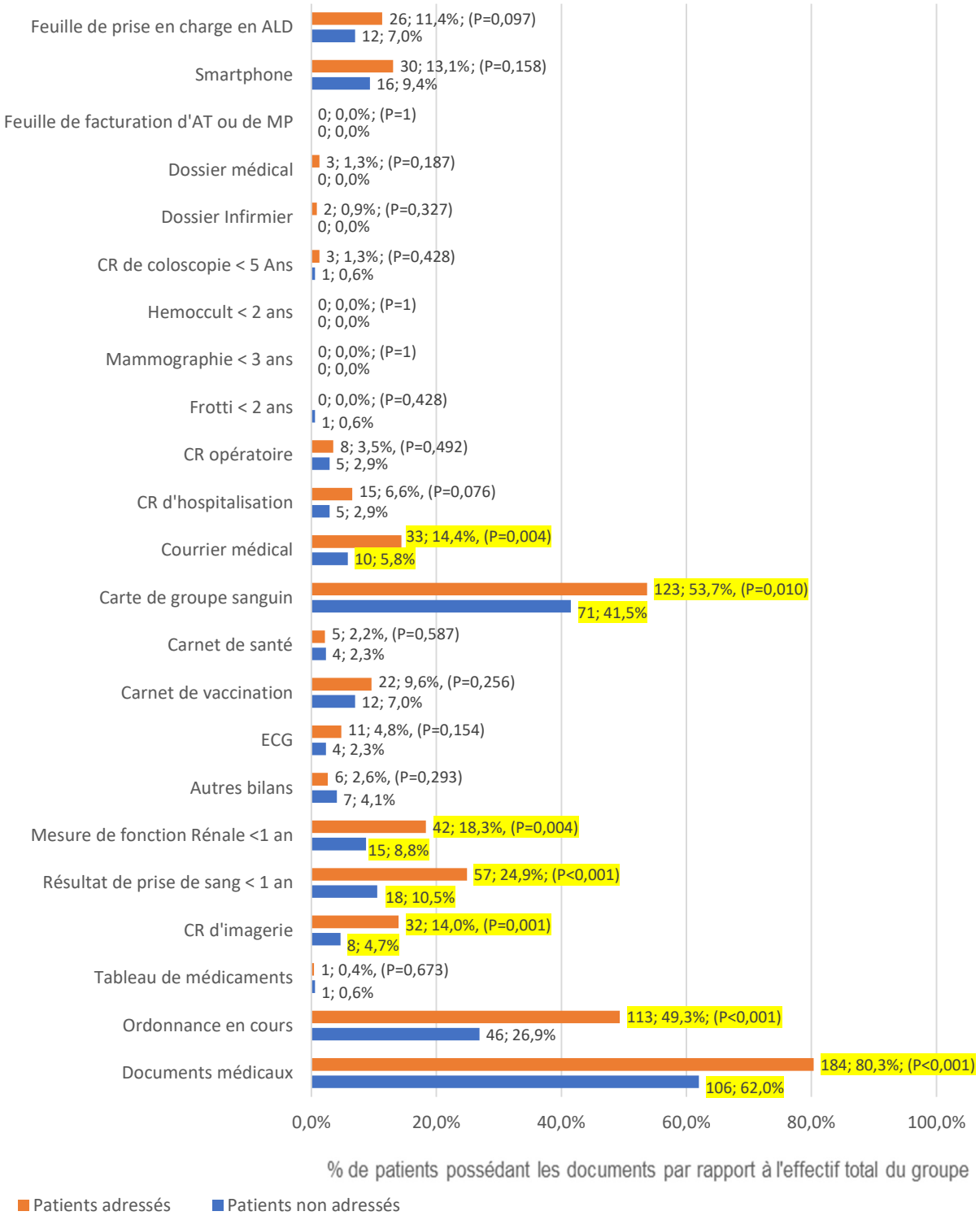
De même, nous avons mis en évidence un écart significatif entre les deux groupes concernant : les cartes de groupe sanguin, apportées par 92 de leurs 142 détenteurs en ALD contre 102 de leurs 193 détenteurs sans ALD (64,8 % vs 52,8 % ; p=0,03), et les courriers médicaux, apportés par 29 des 107 détenteurs en ALD, contre 14 des 131 détenteurs sans ALD (27,1 % vs 5,7 % ; p=0,001).

Nous n'avons pas mis en évidence d'écart significatif concernant les autres documents apportés par les patients de ces deux groupes.

2. Adressage par un professionnel de santé

Nous avons voulu savoir si le fait d'être adressé par un professionnel de santé modifiait les documents médicaux que les patients apportaient avec eux aux urgences lors de SNP de médecine générale. Pour cela, nous avons comparé, au moyen d'un test exact de Fisher, les documents apportés par les 171 patients de notre échantillon venus spontanément aux urgences avec ceux des 229 patients adressés aux urgences par un professionnel de santé. Les résultats sont présentés dans le tableau, en annexe 5.

Figure 17 : Comparaison des documents médicaux apportés par les patients venus spontanément aux urgences et par les patients adressés par un professionnel de santé

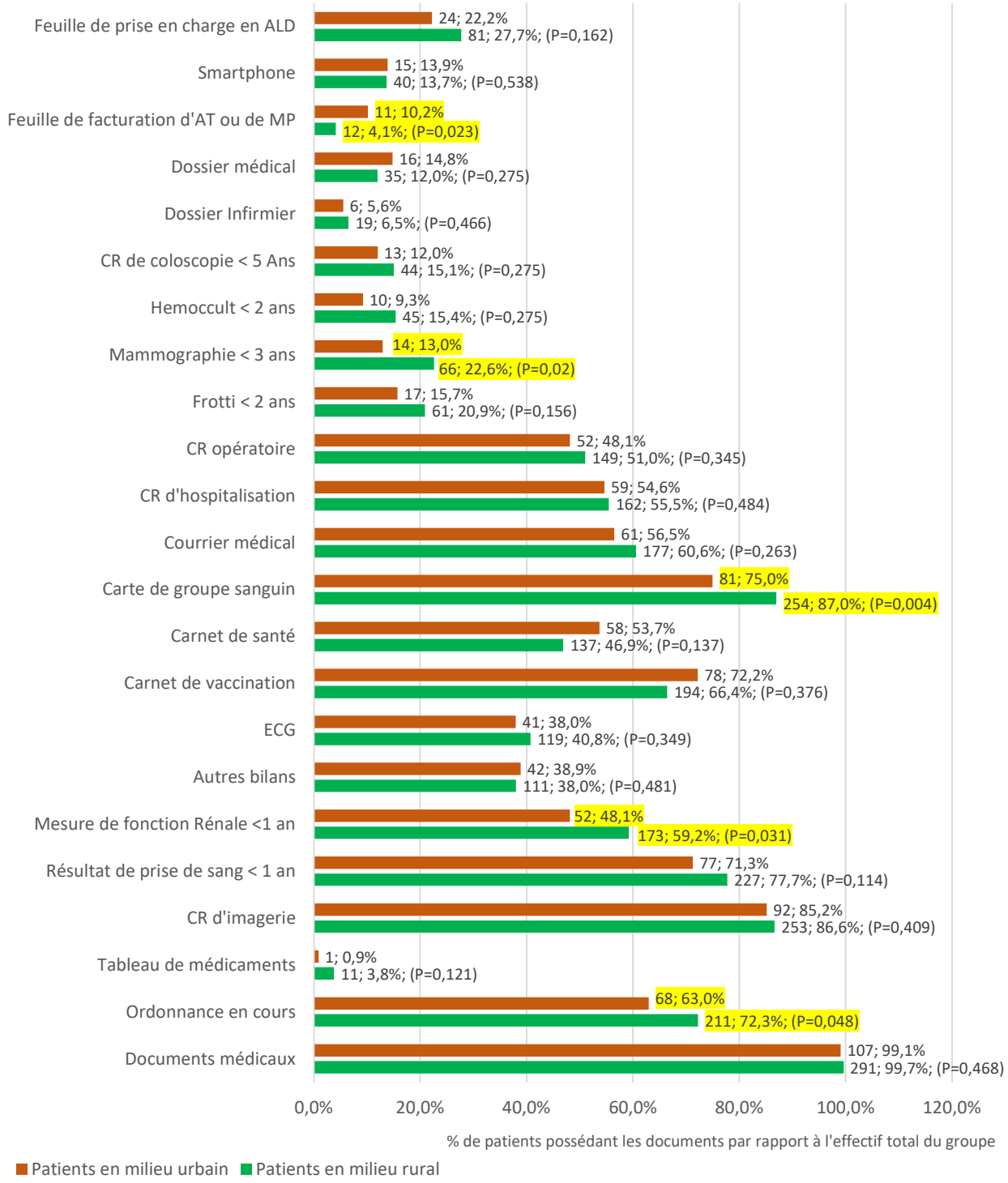


Nous trouvons un écart significatif entre les deux groupes sur l'ensemble des documents médicaux apportés. 106 des 171 patients venus spontanément aux urgences ont apporté des documents, contre 184 des 229 patients adressés par un professionnel de santé (62 % vs 80 %, p<0,001).
Nous trouvons également un écart significatif concernant les ordonnances de traitement : 46 des patients venus spontanément en ont apporté, contre 113 parmi les patients adressés (26,9 % vs 49,3 %, p<0,001).
C'est aussi le cas en ce qui concerne : les résultats d'imagerie, apportés par 8 des patients venus spontanément et 32 des patients adressés aux urgences (4,7 % vs 14 %, p<0,001) ; les résultats de bilan sanguin apportés par 18 des patients venus spontanément et 57 des patients adressés aux urgences (10,5 % vs 24,9 % ; p<0,001) ; les résultats de fonction rénale, apportés par 15 des patients venus spontanément et 42 des patients adressés aux urgences (8,8 % vs 8,3 %, p=0,004) ; la carte de groupe sanguin, présentée par 71 des patients venus spontanément et 123 des patients adressés (41,5 % vs 53,7 %, p=0,01), ainsi que les courriers de spécialistes apportés par 10 patients venus spontanément contre 33 des patients adressés (5.8%vs14.4%, p=0,004).
Nous n'avons pas trouvé d'écart significatif entre les deux groupes concernant les autres documents apportés.

3. Lieu de vie rural ou urbain

Nous avons voulu déterminer si le fait de vivre dans un milieu rural ou urbain influait sur les documents médicaux que les patients avaient en leur possession et sur ceux qu'ils apportaient aux urgences. Nous avons pour cela comparé les résultats obtenus pour les 292 patients vivants en milieu rural inclus dans notre échantillon à ceux des 108 patients vivant en milieu urbain, au moyen d'un test exact de Fisher dont les résultats sont présentés en annexe 6.

Figure 18 : Comparaison des documents médicaux possédés par les patients vivant en milieu rural et les patients vivant en milieu urbain



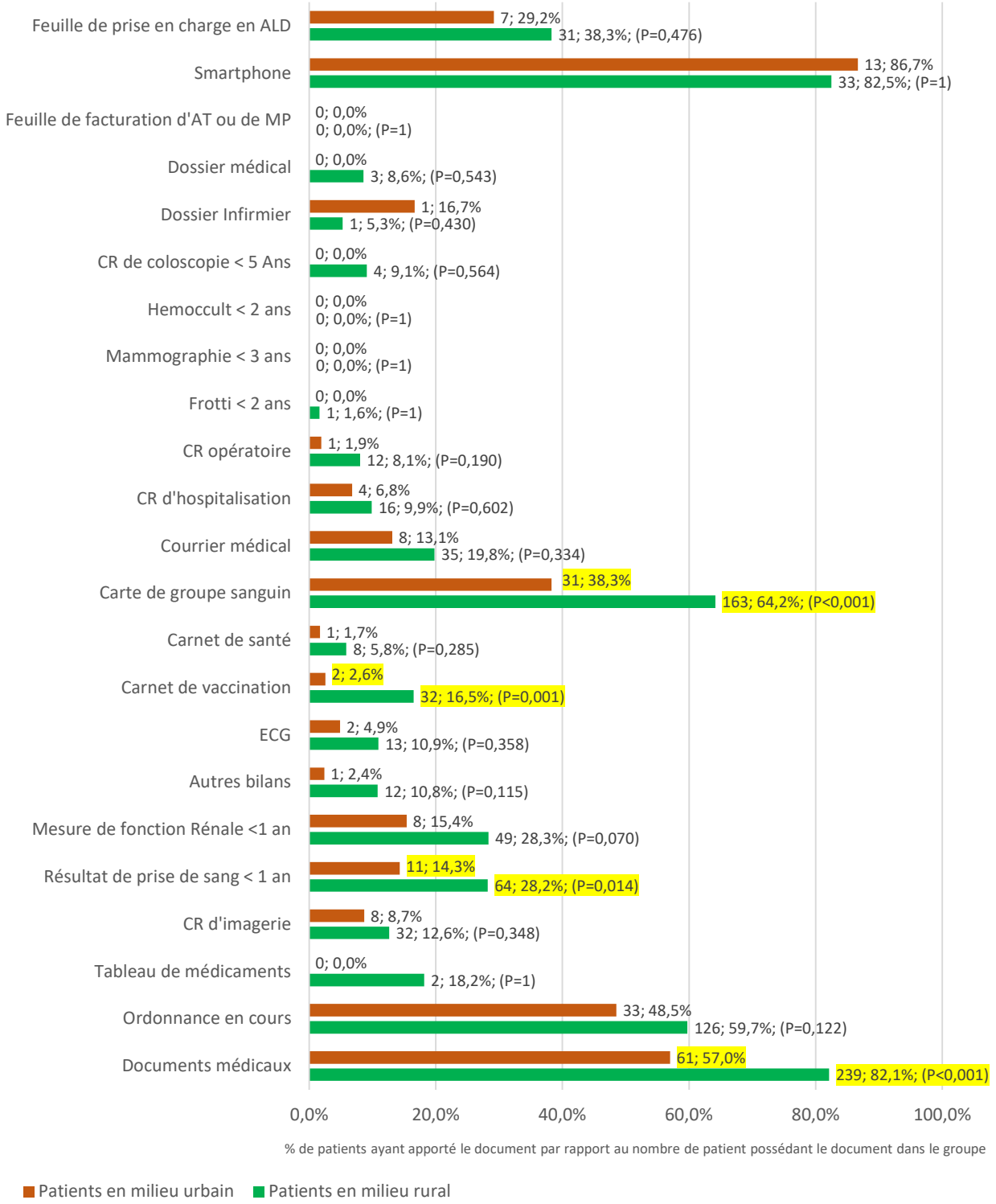
Concernant les documents possédés dans leur ensemble, nous n'avons pas trouvé d'écart significatif entre les deux groupes, car ils sont détenus par 291 des 292 patients en milieu rural contre 107 des 108 patients en milieu urbain (99,7 % vs 99,1 % ; p=0,47).

Lorsque nous étudions chacun des documents médicaux, nous mettons en évidence un écart significatif entre les deux groupes concernant :

- les ordonnances de médicaments, détenues par 211 des 292 patients ruraux, contre 68 des 292 patients urbains (72,3 % vs 63 % ; p=0,48)
- les bilans sanguins contrôlant la fonction rénale, détenus par 173 des patients en milieu rural, contre 52 des patients en milieu urbain (59,2 % vs 48,1 % ; p=0,03)
- les cartes de groupe détenues par 254 patients ruraux, contre 81 patients urbains (87 % vs 75 % ; p=0,004)
- et les comptes rendus de mammographie, détenus par 66 des 292 patients en milieu rural, contre 14 des 108 patients en milieu urbain (22,6 % vs 13 % ; p=0,02).

Nous retrouvons également un écart significatif entre les deux groupes concernant les feuilles de facturation d'accident de travail qui sont détenues par 12 des patients en milieu rural, contre 11 des patients en milieu urbain (4,1 % vs 10,2 % ; p=0,02). Concernant les autres documents, nous ne sommes pas parvenus à mettre en évidence d'écart significatif entre les deux groupes.

Figure 19 : Comparaison des documents médicaux mobilisés par les patients vivant en milieu rural et les patients vivant en milieu urbain



Dans un second temps, lors de l'évaluation de l'ensemble des documents médicaux apportés par les patients qui en sont détenteurs, nous avons mis en évidence un écart significatif entre les deux groupes puisque 239 parmi les 291 patients en milieu rural en apportent, contre 61 des 239 patients vivant en milieu urbain (82,1 % vs 57 % ; p<0,001).

Puis, lors de l'étude en détail de chacun des documents, nous trouvons également vu apparaître un écart significatif entre les deux groupes concernant :

- les résultats de bilan sanguin, apportés par 64 de leurs 227 détenteurs en milieu rural, contre 11 de leurs 77 détenteurs en milieu urbain (28,2 % vs 14,3 % ; p=0,014)
- les carnets de vaccinations, apportés par 29 de leurs 194 détenteurs en milieu rural, contre 2 de leurs 78 détenteurs en milieu urbain (17,5 % vs 3,1 % ; p=0,004)
- et les cartes de groupe sanguin, apportées par 163 de leurs 254 détenteurs en milieu rural, contre 31 de leurs 81 détenteurs en milieu urbain (64,2 % vs 38,3 % ; p<0,001).

Nous n'avons pas trouvé d'écart significatif entre les deux groupes concernant les autres documents médicaux apportés.

À ce titre, il est intéressant de constater que nous n'avons pas trouvé d'écart significatif entre les deux groupes concernant les documents médicaux stockés sur smartphone, détenus par 40 des 292 patients vivant en milieu rural, contre 15 des 108 patients vivant en milieu urbain (13,7 % vs 13,9 % ; P=0,538). De même, nous n'avons pas non plus trouvé d'écart significatif concernant leur mobilisation, puisqu'ils sont apportés aux urgences par 33 des patients ruraux contre 13 des patients urbains (82,5 % vs 86,7 % ; P=1).

4. Genre

Nous avons également voulu déterminer s'il existait une différence entre les hommes et les femmes de notre échantillon concernant les documents qu'ils possédaient ainsi que ceux qu'ils apportaient aux urgences.

Pour cela, nous avons comparé les résultats trouvés dans le groupe des 201 hommes à ceux des 199 femmes de notre échantillon au moyen d'un test exact de Fischer.

Tableau 8 : Résultats comparatifs entre les documents possédés par les hommes et les femmes

Genre	Documents possédés				
	Femmes n=199		Hommes n=201		p= (test exact de Fisher)
	Effectif	% par rapport à l'effectif total	Effectif	% par rapport à l'effectif total	
Documents médicaux	199	100,0 %	199	99,0 %	0,25
Ordonnance en cours	**150**	**75,4 %**	**129**	**64,2 %**	**0,01**
Tableau de médicaments	5	2,5 %	7	3,5 %	0,39
CR d'imagerie	175	87,9 %	170	84,6 %	0,2
Résultat de prise de sang < 1 an	**162**	**81,4 %**	**142**	**70,6 %**	**0,01**
Mesure de fonction rénale <1 an	114	57,3 %	111	55,2 %	0,38
Autres bilans	84	42,2 %	69	34,3 %	0,06
ECG	**70**	**35,2 %**	**90**	**44,8 %**	**0,03**
Carnet de vaccination	138	69,3 %	134	66,7 %	0,08
Carnet de santé	95	47,7 %	100	49,8 %	0,38
Carte de groupe sanguin	**179**	**89,9 %**	**156**	**77,6 %**	**<0,001**
Courrier médical	126	63,3 %	112	55,7 %	0,07
CR d'hospitalisation	117	58,8 %	104	51,7 %	0,09
CR opératoire	108	54,3 %	93	46,3 %	0,07
Frottis < 3 ans	78	39,2 %	0	0,0 %	1
Mammographie < 2 ans	79	39,7 %	1	0,5 %	1
Hemoccult < 2 ans	29	14,6 %	26	12,9 %	0,37
CR de coloscopie < 5 Ans	23	11,6 %	34	16,9 %	0,08
Dossier infirmier	12	6,0 %	13	6,5 %	0,51
Dossier médical	**32**	**16,1 %**	**19**	**9,5 %**	**0,03**
Feuille de facturation d'AT ou de MP	11	5,5 %	12	6,0 %	0,5
Smartphone	**35**	**17,6 %**	**20**	**10,0 %**	**0,02**
Feuille de prise en charge en ALD	**43**	**21,6 %**	**62**	**30,8 %**	**0,02**

Tableau 9 : Résultats comparatifs entre les documents mobilisés par les hommes et les femmes

Genre	Documents apportés					% de Documents apportés par les patients détenteurs des documents		
	Femmes n=199		Hommes n=201		p= (test exact de Fisher)			
	Effectif	% par rapport à l'effectif total	Effectif	% par rapport à l'effectif total		Femmes	Hommes	p= (test exact de Fisher)
Documents médicaux	148	74 %	142	71 %	0,31	74,4 %	71,4 %	0,573
Ordonnance en cours	79	40 %	80	40 %	0,53	52,7 %	62,0 %	0,145
Tableau de médicaments	1	1 %	1	0 %	0,75	20,0 %	14,3 %	0,793
CR d'imagerie	18	9 %	22	11 %	0,32	10,3 %	12,9 %	0,503
Résultat de prise de sang < 1 an	39	20 %	36	18 %	0,38	24,1 %	25,4 %	0,894
Mesure de fonction rénale <1 an	28	14 %	29	14 %	0,52	24,6 %	26,1 %	0,878
Autres bilans	9	5 %	4	2 %	0,13	10,7 %	5,8 %	0,385
ECG	**2**	**1 %**	**13**	**6 %**	**0,003**	**2,9 %**	**14,4 %**	**0,014**
Carnet de vaccination	17	9 %	17	8 %	0,48	12,3 %	12,7 %	1
Carnet de santé	2	1 %	7	3 %	0,09	2,1 %	7,0 %	0,171
Carte de groupe sanguin	104	52 %	90	45 %	0,08	58,1 %	57,7 %	1
Courrier médical	22	11 %	21	10 %	0,49	17,5 %	18,8 %	0,867
CR d'hospitalisation	10	5 %	10	5 %	0,58	8,5 %	9,6 %	0,818
CR opératoire	5	3 %	8	4 %	0,29	4,6 %	8,6 %	0,268
Frottis < 3 ans	1	1 %	0	0 %	0,5	1,3 %	0,0 %	1
Mammographie < 2 ans	0	0 %	0	0 %	1	0,0 %	0,0 %	1
Hemoccult < 2 ans	0	0 %	0	0 %	1	0,0 %	0,0 %	1
CR de coloscopie < 5 Ans	3	2 %	1	0 %	0,31	13,0 %	2,9 %	0,292
Dossier infirmier	1	1 %	1	0 %	0,75	8,3 %	7,7 %	0,953
Dossier médical	2	1 %	1	0 %	0,5	6,3 %	5,3 %	0,885
Feuille de facturation d'AT ou de MP	0	0 %	0	0 %	1	0,0 %	0,0 %	1
Smartphone	28	14 %	18	9 %	0,07	80,0 %	90,0 %	0,462
Feuille de prise en charge en ALD	20	10 %	18	9 %	0,42	46,5 %	29,0 %	0,098

Concernant les documents possédés dans leur ensemble, nous n'avons pas trouvé d'écart significatif entre les deux groupes, avec 199 femmes qui en possèdent contre 199 hommes (100 % vs 99 %, p=0.573).

Toutefois, lorsque nous étudions les documents médicaux séparément, nous trouvons que les femmes possèdent significativement plus certains documents que les hommes. C'est le cas pour les ordonnances de médicaments, détenues par 150 femmes sur 199, contre 129 hommes sur 201 (75,3 % vs 64,2 %, p=0,001) ; de même que les résultats de bilans sanguins, détenus par 162 femmes contre 142 hommes (81,4 % vs 70,6 %, p=0,001) ; les cartes de groupe sanguin, possédées par 179 femmes contre 156 hommes (89,9 % vs 77,6 %, p<0,001) ; les dossiers médicaux détenus par 32 femmes contre 19 hommes (16,1 % vs 9,5 % ; p=0,03) ; et les documents sur smartphones, possédés par 35 femmes contre 20 hommes (17,6 % vs 10 %, p=0,02).

Nous avons également trouvé que les hommes possèdent significativement plus certains documents que les femmes, tels que les tracés d'ECG, possédés par 70 sur 199 femmes, contre 90 sur 201 hommes (35,2 % vs 44,8 %, p= 0,03), ainsi que les feuilles de prise en charge en d'ALD, détenues par 43 femmes contre 62 hommes (21,6 % vs 30,8 %, p=0,02).

Nous n'avons pas trouvé d'écart significatif entre les hommes et les femmes concernant la possession des autres documents médicaux. Et concernant les documents apportés par les patients qui en sont détenteurs, nous n'avons trouvé d'écart significatif entre les hommes et les femmes qu'à propos des tracés d'ECG. Ceux-ci sont apportés par 2 de leurs 70 détentrices contre 13 de leurs 90 détenteurs (2,9 % vs 14,4 %, p=0,014).

Concernant tous les autres documents, nous n'avons pas réussi à mettre en évidence d'écart significatif entre les deux groupes, y compris sur la question de l'utilisation des smartphones.

5) Discussion

I. À propos des résultats

1. Données démographiques de l'échantillon

Le nombre de patients en ALD dans notre échantillon est de 154 personnes (38,5 %). Il s'agit d'un taux supérieur à celui du nombre de patients en ALD sur le territoire (1 043 505 patients soit 19,3 % des personnes en région Nouvelle Aquitaine, en 2017). Cette surreprésentation des patients en ALD peut s'expliquer par leur plus grande susceptibilité à présenter des problèmes de santé aigus nécessitant des SNP. Par ailleurs, les ALD les plus fréquentes en 2017 étaient le diabète (25,11 %), les cancers (19,94 %), les troubles psychiatriques (13,03 %) et les maladies coronaires (11,28 %) (Annexe 7). Cependant, notre échantillon montre une surreprésentation des patients suivis pour une pathologie cardiovasculaire (42.9 %) et une sous-représentation des patients suivis pour des troubles psychiatriques. Cela peut résulter de l'exclusion de notre étude des patients institutionnalisés, ainsi que des patients suivis pour des pathologies psychiatriques ou neurodégénératives non accompagnés.

Notre échantillon regroupe une large portion de patients autonomes (dans la gestion de leur santé) puisqu'ils sont 91 % à affirmer prendre leur traitement seuls et sans faire d'erreur dans leurs prises. Ils sont une majorité (79,8 %) à gérer eux-mêmes leurs documents, mais seuls 180 patients (45 %) déclarent tenir un dossier médical trié et 10 (2,5 %) déclarent numériser leurs documents médicaux. Interrogés par l'investigateur pendant les entretiens, de nombreux patients pointaient du doigt la complexité des informations figurant sur les documents, rendant difficile leur compréhension ou l'évaluation de leur importance. À ce propos, plusieurs études évaluant la compréhension des informations médicales par les patients ont été réalisées par le passé. Elles ont montré que les informations sont mieux comprises par les patients lorsqu'elles leurs sont délivrée au cours d'un entretien médical où le professionnel de santé utilisera éventuellement des notices d'information spécialement destinées aux patients afin de clarifier son propos. (51) (52)

Cependant, nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'étude portant sur la compréhension que les patients ont a posteriori de leurs comptes rendus médicaux.

Concernant le DMP, nous avons trouvé dans notre échantillon que 53,5 % des personnes interrogées disaient savoir ce qu'était le DMP, ce qui est un résultat similaire à celui annoncé en septembre 2019 par la CPAM. (50)

Par ailleurs, nous avons découvert que moins d'un patient sur 4 qui avait entendu parler du DMP avait créé le sien et que seuls 3,5 % des patients de notre échantillon déclaraient avoir connaissance d'informations médicales renseignées sur leur DMP. Il est à noter que ces résultats sont supérieurs à ceux établis lors de l'enquête menée par la société B3TSI, de mars à avril 2019, où seuls 13 % des sondés rapportaient avoir créé leur DMP (52), ce qui peut témoigner de la poursuite de la généralisation de l'utilisation du DMP dans la population.

2. Documents médicaux à domicile

Presque la totalité des patients déclare avoir en leur possession des documents médicaux (99,5 %). Parmi ces documents, ceux les plus fréquemment détenus semblent être les résultats d'examens d'imagerie (86,3 % des patients), les résultats de bilans sanguins (76 % des patients), les cartes de groupe sanguin (83,8 %) et les carnets de vaccination (68 %). Nous avons également trouvé que la quasi-totalité des patients suivant un traitement (ponctuel ou au long cours) est en possession de leur ordonnance (97,5 %).

Comme nous l'avons indiqué précédemment, nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'études équivalentes à notre travail et permettant d'évaluer les documents médicaux détenus dans la population générale. Il est intéressant de constater que, quel que soit le profil des patients, ceux-ont toujours à leur disposition un minimum de documents médicaux. Même si les informations portées dessus peuvent être parcellaires, elles peuvent toujours se révéler utiles lors d'une consultation médicale. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les ordonnances de médicaments.

Lorsque nous nous intéressons aux examens de dépistage, nous voyons que plus d'un tiers des femmes sont en possession des résultats de leur dernier frottis (39,2 %) et du compte rendu de leur dernière mammographie (39,7 %). À propos des examens de dépistage pour le cancer colorectal, relativement à la population cible de ces examens, à savoir les patients âgés de 50 à 75 ans, nous constatons qu'ils sont près d'un patient sur 4 de la tranche d'âge 48-77 ans à détenir le résultat de leur dernier test Hémoccult (28,4%) ou du compte rendu de leur dernière coloscopie (24%).

Concernant le carnet de santé, qu'il s'agisse du CSE ou du carnet de santé adulte de 1996, ils sont près de la moitié de notre échantillon (48,8%) à en détenir un. L'étude des âges des patients nous montre que la quasi-totalité des patients âgés de 18 à 27 ans en détiennent un (91,8%) de même que près de 3 patients sur 4 âgés entre 28 et 47 ans (72% des patients âgés entre 28 et 37 ans et 70,4% des patients âgés entre 38 et 47ans). Ils ne sont en revanche que 39,2% à en détenir un entre 48 et 57 ans et moins de 30% au-delà de 57 ans. Si notre étude ne nous permet cependant pas d'évaluer les informations contenues dans ces carnets de santé, des travaux sont régulièrement menés afin d'évaluer les informations contenues dans les CSE. (9) En revanche, nous n'avons pas trouvé d'étude récente permettant d'évaluer la qualité des informations contenues dans les carnets de santé de 1996. Lors du recueil des données, nous n'avons pas fait de distinction entre les carnets de santé de 1996 et les CSE. Mais, il est à noter que, pendant les entretiens, les patients faisaient plus souvent mention de leur CSE que du carnet de 1996.

Dans notre échantillon, le nombre de patients déclarant être suivis par leur médecin à domicile (11 personnes) est nettement inférieur à celui des patients déclarant faire leur suivi au cabinet de leur médecin (389 personnes).

Il est intéressant de constater que si, de manière significative, les patients dont le suivi médical est fait lors de visites à domicile possèdent plus souvent un dossier de soins infirmiers que les patients suivis en cabinet (45,5% vs 5,1% $p<0,001$), ils ne sont pas nécessairement plus nombreux à posséder un dossier médical (18,2% vs 12,6%, $p=0,42$). Ce taux de 18,2% de patient suivis en visites à domicile et détenteurs d'un dossier médical à domicile est nettement inférieur à celui de 42% trouvé lors de l'étude de P. NOURRY, en 2011(29). Cet écart peut éventuellement trouver son explication dans le fait que notre échantillon ne regroupe que très peu de patients suivis en visites à domicile.

3. Documents apportés aux urgences et mobilisation des documents possédés par les patients en situation de soins non programmés

- **Impact du smartphone**

Le point le plus intéressant mis en évidence par notre étude concerne les informations médicales enregistrées par les patients sur leurs smartphones. En effet, nous avons pu mettre en évidence que la majeure partie des patients (84 %) ayant enregistré des informations médicales sur leurs smartphones était en mesure d'y avoir accès et de les transmettre aux soignants les prenant en charge lors d'une situation de SNP de médecine générale. Les smartphones apparaissent ainsi comme un bon outil pour améliorer la mobilisation des informations médicales et la coordination des soins, notamment lors des situations de SNP.

Les applications mobiles de santé et leur impact sur la pratique médicale sont un sujet qui a été abondamment étudié ces dernières années, qu'il s'agisse de leur utilisation par les professionnels de santé comme outils d'aide au diagnostic et au suivi, ou de leur emploi par les patients. Citons notamment une revue de la littérature de 2017 qui a mis en évidence l'amélioration de l'observance thérapeutique des patients grâce à ces applications mobiles de santé. (54) Mais nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'étude ayant cherché à évaluer l'utilisation de ces applications mobiles de santé comme support de stockage de l'information médicale par les patients. Dans notre étude, nous constatons notamment que les patients qui utilisent leur smartphone pour y enregistrer des informations médicales ne représentent que 13.8 % de notre échantillon. Et il s'agit pour l'essentiel de sujets jeunes, essentiellement âgés de moins de 50 ans.

- **Mobilisation des autres documents médicaux**

Il apparait dans notre étude que les documents médicaux auxquels les patients n'ont pas accès depuis leur smartphone sont mal mobilisés lors de situation de SNP. Toutefois, nous notons que plus de la moitié (57,9 %) des patients ayant une carte de groupe sanguin l'ont sur eux lorsqu'ils se présentent aux urgences pour des SNP. Ce taux est similaire à celui des ordonnances de médicaments qui sont apportées par 57 % de leurs détenteurs. Sur ce point, il est intéressant de

noter que les patients suivant un traitement médical au long cours apportent significativement plus souvent leur ordonnance que les patients prenant un traitement ponctuel. Toutefois, ces taux restent bas, car près de un patient sur 2 suivant un traitement chronique apporte ses ordonnances (59,3 %) contre un patient sur 3 prenant un traitement ponctuel (36,7 %). Il est à noter que nous ne sommes pas parvenus à trouver dans la littérature d'étude équivalente ayant évalué la mobilisation par les patients de leurs ordonnances de médicaments lors de consultations médicales.

De même, nous constatons que seuls 12,5 % des patients ayant un carnet de vaccination l'apportent en venant aux urgences. Cela peut amener les services d'urgences à devoir multiplier les tests sérologiques du tétanos ou à devoir contacter les médecins traitants en urgence, notamment lorsque les patients viennent pour des plaies. Certains services d'urgence ont la possibilité de réaliser des tests sérologiques rapides pour contrôler le statut vaccinal des patients contre le tétanos (Test Tetanos Quick Stick). Mais ces tests ne sont pas disponibles dans tous les services d'urgences et coûtent 10 € l'unité, ce qui est apparait comme onéreux en comparaison du coût d'une consultation aux urgences. Enfin, le carnet de santé n'est apporté que par 4,6 % des patients en possédant un et seuls 5,9 % des patients disposant de leur dossier médical l'apportent aux urgences.

Ce manque de transmission des documents de la part des patients génère une perte d'informations pouvant conduire à des doutes diagnostiques, à une augmentation du délai de prise en charge et à un risque d'erreur diagnostique ou thérapeutique. Bien que ces conséquences soient moindres dans un service d'urgences, l'impact pourrait être plus important dans la situation d'un médecin de garde ou d'un médecin généraliste remplaçant devant prendre en charge ces patients pour des SNP, dans la mesure où ils n'auraient pas les mêmes moyens techniques et humains à disposition.

4. Facteurs influant sur la possession et la mobilisation de documents médicaux par les patients

- **Prise en charge pour une affection de longue durée**

Concernant les patients en ALD, nous pouvons mettre en évidence deux phénomènes.

Nous constatons, d'une part, que ces patients possèdent logiquement plus de documents médicaux que les patients sans ALD, qu'il s'agisse d'ordonnances de médicaments, de résultats d'examens,

de courriers médicaux, de tracés d'ECG ou encore de cartes de groupe sanguin. Mais, nous constatons d'autre part, que les patients en ALD mobilisent mieux leurs documents médicaux que les patients sans ALD.

D'autre part, les patients en ALD mobilisent plus souvent les documents particulièrement utiles à leur prise en charge lors de SNP, notamment leurs ordonnances de médicaments (68,3 % vs 44,8 %), qui sont souvent riches d'informations chez ces patients plus fréquemment polymédiqués. (55) (56) Nous pouvons constater la même chose pour les cartes de groupe sanguin (64,8 % vs 52,8 %) qui peuvent jouer un rôle important lors de la prise en charge de patients suivis pour un cancer pouvant nécessiter des transfusions (57). Les patients en ALD apportent également plus souvent leurs résultats de bilans sanguins annuels (30,3 % vs 19,8 %) qui peuvent s'avérer utiles notamment pour les patients diabétiques ou suivis pour une hémopathie maligne ou une insuffisance rénale (58). Notons aussi que les patients apportent plus souvent leur carnet de vaccination (20,6 % vs 8 %) et leur carnet de santé (10,4 % vs 2,7 %) que les patients sans ALD, et qu'ils viennent plus souvent munis de courriers médicaux (27,1 % vs 10,7 %), souvent riches en information concernant leurs antécédents et les soins en cours, et dont le rôle est fondamental lors de la prise en charge pour des SNP. (59)

Dès lors, cela tend à démontrer une meilleure implication des patients en ALD dans leur démarche de santé, contribuant notamment à améliorer la coordination des soins autour de leur prise en charge lors de SNP.

- **Impact du genre**

Nous n'avons mis en évidence que peu de différence entre les hommes et les femmes concernant les documents médicaux possédés. Nous avons, toutefois, trouvé que, de manière significative, les femmes de notre échantillon possèdent plus souvent des ordonnances de médicaments (75,4 %) et des bilans sanguins de moins d'un an (81,4 %) que les hommes (64,2 % pour les ordonnances et 70,6 % pour les bilans sanguins). De plus, les femmes possèdent plus souvent que les hommes une carte de groupe sanguin (89,9 % vs 77,6 %) et un dossier médical (16,1 % vs 9,5 %). Cet écart pourrait trouver une explication dans le suivi obstétrique des femmes enceintes, à l'occasion duquel une carte de groupe sanguin est créée. (60)

D'un autre côté, une part plus significative de la population masculine de notre échantillon possède un tracé d'ECG (44,8 %) et une feuille de prise en charge en ALD (30,8 %), contre 35,2 % des femmes qui possèdent un ECG et 21,6 % une feuille de prise en charge en ALD. Cet écart peut s'expliquer par la forte proportion de patients suivis en ALD pour une pathologie cardiovasculaire, représentant 16,5 % de l'échantillon. Or, le sexe masculin est un facteur de risque cardiovasculaire (61), amenant ainsi les hommes à être plus souvent suivis que les femmes pour une pathologie cardiovasculaire et à bénéficier régulièrement d'ECG.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative concernant la mobilisation des documents médicaux entre les hommes et les femmes. À l'exception des tracés d'ECG qui sont significativement mieux mobilisés par les hommes (14,4 %) que par les femmes (2,9 %). L'explication à cet écart pouvant venir du fait qu'un homme possédant un tracé d'ECG, parce qu'il est suivi pour une cardiopathie ischémique, a plus de raison d'apporter cet ECG qu'une femme qui aurait un tel tracé suite à un examen médical de routine ou un examen pour un certificat d'aptitude sportive.

- **Différence entre les patients vivant en milieu rural et les patients citadins**

Lorsque nous comparons les patients vivant en milieu rural aux patients vivant en milieu urbain, nous mettons en évidence que, d'une part, les premiers possèdent plus souvent chez eux une ordonnance de médicaments (72,3 % vs 63 %), un bilan de fonction rénale (59,2 % vs 48,1 %), une carte de groupe sanguin (87 % vs 75 %) ou leur dernier résultat de mammographie (22,6 % vs 13 %) que les seconds. D'autre part, les patients vivant en milieu rural mobilisent significativement mieux leurs documents médicaux que les patients urbains lors de SNP (82,1 % vs 57 %). C'est également le cas pour leurs résultats de bilan sanguin (28,2 % vs 14,3 %), leur carnet de vaccination (16,5 % vs 2,6 %) et leur carte de groupe sanguin (64,2 % vs 38,3 %). À noter, par ailleurs, qu'un grand nombre des patients vivant en milieu urbain résidaient dans la ville de Niort, lieu de notre étude. Mais ces résultats peuvent également traduire une différence d'état d'esprit entre les patients vivant en milieu urbain et ceux vivant en milieu rural : de par le manque d'accessibilité aux soins existant en campagne : les patients ruraux prioriseraient leurs problèmes de santé et adopteraient une démarche plus active dans leurs soins, si bien qu'ils penseraient plus souvent à apporter les documents utiles à leur prise en charge lors de SNP.

Ces résultats complètent ceux de travaux précédents ayant étudié les facteurs influant sur la santé en milieu rural. En 2002, notamment, l'IRDES a mené une étude établissant que les patients en milieu rural présentent une moindre accessibilité aux soins que les patients en ville, cela entrainant des différences dans la consommation des soins. Ainsi, le recours aux spécialistes apparaissait comme étant plus faible en milieu rural, quand le recours aux soins de médecine générale demeurait proche de la moyenne. Ces différences n'étant pas associées systématiquement à des indicateurs de santé (de mortalité comparative ou évitable) défavorables. (62)

- **Documents apportés par les patients adressés par un médecin**

Nous avons mis en évidence que les médecins généralistes remettaient à leur patient un courrier d'adressage aux urgences dans 63,8 % des cas lorsqu'il s'agissait de leur médecin traitant, et de façon comparable, dans 73.7 % des cas lorsqu'il s'agissait d'un médecin généraliste n'étant pas le médecin traitant du patient (médecin de garde, médecin remplaçant, associé du médecin traitant…). Des taux similaires avaient été trouvés lors de travaux précédents, notamment ceux d'E. FOURNIER en 2011, dans le cadre d'une étude portant sur les lettres d'admission des médecins généralistes pour le service d'accueil des urgences. Dans celle-ci, 385 des 513 patients s'étant présentés aux urgences adressés par un médecin généraliste, soit 75,5 % d'entre eux, avaient présenté un courrier d'adressage. (63) Comme nous n'avons pu inclure que 4 patients ayant été adressés par un médecin d'une autre spécialité que la médecine générale dans notre échantillon, nous ne pouvons pas avancer de conclusion sur la réalisation des courriers de transmission par ces derniers.

Par ailleurs, le pourcentage de courriers remis par le médecin traitant pourrait être sous-estimé, car certains médecins adressent les patients aux urgences en contactant le service par téléphone afin d'effectuer leur transmission et ne remettent donc pas de courrier à leur patient.

Nous mettons également en évidence que, lorsqu'un patient est adressé aux urgences par un professionnel de santé, il apporte dans le service davantage de documents médicaux que lorsqu'il vient de son propre chef (80 % vs 62 %). C'est notamment le cas pour les ordonnances de médicaments (49 % vs 26,9 %), les comptes rendus d'examen d'imagerie (14 % vs 4,7 %), les résultats de bilans sanguins (25 % vs 10,5 %) et les examens de contrôle de la fonction rénale (18 % vs 8,8 %), ainsi que leur carte de groupe sanguin (54 % vs 41,5 %) et les courriers médicaux

(14 % vs 5,8 %). Une interprétation possible serait que, lorsque les médecins adressent leurs patients aux urgences, ils leur remettent des documents médicaux ou leur demandent d'apporter les documents médicaux disponibles au domicile, afin d'effectuer une continuité des soins et de permettre une prise en charge optimale, avec le maximum d'informations médicales pertinentes.

II. Forces et faiblesses de l'étude

Il s'agit d'une étude puissante et non financée, ayant permis de recruter 400 patients et de recueillir de nombreuses données sur près de 15 éléments différents, relatifs aux documents médicaux. Ce recueil a également été réalisé sur une longue période, s'étendant aussi bien en journée que la nuit, pendant des jours de semaine et des week-ends, afin de rendre compte de situations relevant le plus possible de la permanence des soins.

Nous n'avons pas enregistré de données manquantes pendant notre recueil.

À l'issue de notre recueil, nous sommes parvenus à rassembler un échantillon suffisamment vaste pour être représentatif. Le pourcentage de patients de plus de 75 ans dans notre échantillon (13.5 %) est proche de celui des patients de plus de 75 ans admis dans le service des urgences de Niort sur l'ensemble de l'année 2019 (16 %). (Annexe 3)

À noter que nous avons obtenu un sex-ratio proche de 1 dans notre échantillon avec 201 hommes inclus pour 199 femmes, ce qui permet d'exclure un biais de genre.

Nous avons choisi d'utiliser le test de Fisher qui est un test statistique exact et n'utilise donc pas d'approximation. Ce test est valable sur les petits effectifs.

Afin de prendre en compte le point de vue des patients, nous avons eu recours à un questionnaire patient anonyme. Cette décision nous a permis de recueillir rapidement un grand nombre de données. Nous avons conscience que, s'agissant d'un questionnaire déclaratif et anonyme, il s'accompagne de possibles biais de mémorisation, d'autosélection et d'évaluation de la part des patients. Toutefois, c'est pour limiter le plus possible l'impact de ces biais que les questionnaires étaient remplis en présence de l'investigateur.

Nous avons conscience que la décision de mener une étude monocentrique sur un service d'urgences peut affecter la validité externe de notre étude.

III. Perspectives futures

À l'issu de notre étude, nous sommes en mesure d'envisager plusieurs méthodes pour améliorer la mobilisation par les patients de leurs documents médicaux lors de soins non programmés.

L'une d'entre elles serait la possibilité pour le médecin traitant de fournir à ses patients un document de synthèse sur lequel figureraient les éléments les plus importants de la santé du patient, tels que ses antécédents, ses allergies et ses traitements chroniques. Il pourrait inviter ses patients à conserver ces documents avec leur carte vitale afin qu'il soit toujours en mesure d'y avoir accès en cas de nécessité, telle que des SNP.

Une autre solution serait de recourir à des applications mobiles de santé sur les smartphones, sur lesquelles les patients pourraient conserver leurs documents médicaux les plus importants. Notons que certains résultats d'examens sont déjà transmis aux patients sous forme dématérialisée (résultats d'examens sanguins ou d'imageries). Il serait également possible pour les patients de photographier avec leur smartphone certains documents médicaux tels que leur tracé d'ECG.

Ainsi, lorsqu'ils seront amenés à consulter un autre médecin pour des SNP, il leur sera possible de lui transmettre facilement ces informations.

Ces résultats ouvrent de multiples pistes de réflexion. D'une part, il serait nécessaire d'étudier comment sont sécurisées les informations médicales enregistrées sur les applications mobiles de santé sur smartphone.

D'autre part, il serait intéressant d'étudier l'usage que les patients font des applications mobiles de santé existantes et quelles informations médicales sont enregistrées dans leurs smartphones.

Enfin, il apparait que le stockage des informations médicales sur les smartphones est plus courant chez les sujets âgés de moins de 50 ans. Il pourrait donc être intéressant de rechercher des méthodes pour favoriser l'emploi du smartphone comme support d'information médicale par les patients les plus âgés ou bien des alternatives pour améliorer la mobilisation de leurs documents médicaux par ces patients, lors de SNP.

Il est intéressant de rappeler que le DMP est accessible sur une application mobile gratuite. (27) Actuellement, si cette application semble avoir été installée plus de 500 000 fois, nous ne disposons pas de données sur son utilisation par les patients et les professionnels de santé. En outre, rappelons que l'utilité de cette application demeure étroitement liée au développement et à la démocratisation du DMP. Or, ce dernier est un outil très récent encore peu utilisé. (25) (26) De

plus, son utilité future dépendra de l'approvisionnement des dossiers par les médecins généralistes, dont l'adhésion et la participation dans le projet restaient limitées lors des précédentes études (64) (65), en partie en raison du manque d'ergonomie du DMP. (22)

Par ailleurs, notre étude aussi à de nouvelles réflexions dans le domaine de la coordination des soins. Nous pourrions ainsi chercher à déterminer quels systèmes pourraient être mis en place afin de permettre de donner aux structures de garde (maison ou cabinet médicaux de garde, service d'urgence…) un accès aux dossiers médicaux des médecins généralistes traitants des patients reçus lors de SNP. Pourquoi ne pas imaginer un développement de réseaux de soins entre les médecins d'un secteur géographique intégrant également les structures médicales d'urgences (service d'urgence, maison médicale de gardes…) environnantes ? Ainsi, au moyen d'un logiciel commun entre les professionnels libéraux et les structures hospitalières, la transmission des informations médicales pourrait être assurée y compris lors d'horaire de PDS.

Comme nous avons mis en évidence que les patients en ALD possèdent et apportent plus de documents médicaux que les patients sans ALD, nous pourrions chercher à déterminer dans quelle mesure la pathologie pour laquelle les patients sont suivis en ALD influe sur les documents qu'ils possèdent et sur ceux qu'ils apportent lors de SNP.

Nous avons mis en évidence que les patients dont le suivi médical est fait à domicile sont significativement plus souvent en possession d'un dossier de transmission infirmier que les patients suivis en cabinet. Or, nous n'avons pas trouvé d'étude nous permettant de savoir quelle part des patients bénéficiant de façon régulière de soins infirmiers a accès à leur domicile à leur dossier de soins infirmiers.

Les ordonnances de médicament peuvent être des documents riches en renseignements médicaux utiles lors de SNP : antécédents, pathologies en cours, allergies et interactions médicamenteuses éventuelles… Or, nous avons mis en évidence que la quasi-totalité des patients suivant un traitement (ponctuel ou chronique) en détient une et qu'ils l'ont avec eux dans près d'un cas sur deux lorsqu'ils consultent pour des SNP de médecine générale. Il pourrait être intéressant d'étudier l'utilisation qui est alors faite de ces ordonnances par les professionnels de santé ainsi que leur impact sur la prise en charge des patients.

Notre travail nous a permis de rassembler une vaste base de données non analysée dans notre étude, laquelle pourrait permettre d'étudier le point de vue des patients sur la question des documents médicaux détenus à domicile : cela pourrait faire l'objet d'un travail de thèse futur.

À l'issue de ce travail de recherche et au vu des résultats qu'il met en évidence, je compte m'employer, à l'avenir, à inviter mes patients à enregistrer de façon sécurisée, sur leur smartphone, certains de leurs documents médicaux pouvant être utiles lors de SNP. Ou bien, avec leur accord, je leur remettrai une feuille de synthèse renseignant leurs principales informations médicales pouvant être utiles lors de SNP (antécédents, allergies, traitements habituels…) qu'ils pourront conserver facilement dans la pochette de leur carte vitale.

6) Conclusion

Cette étude épidémiologique monocentrique réalisée au sein du service des urgences du centre hospitalier de Niort, au moyen d'un recueil de 400 questionnaires patients anonymes, visait à déterminer quels documents médicaux sont détenus par les patients majeurs non institutionnalisés, ainsi qu'à évaluer leur mobilisation par les patients devant consulter pour des SNP de médecine générale.

Nous avons mis en évidence, d'une part que tous les patients possèdent des documents médicaux à domicile. Ceux-ci sont le plus souvent des résultats d'examen d'imagerie, des ordonnances de traitement ou des résultats de bilans sanguins. Le plus souvent ces documents sont conservés par les patients sous leur forme papier et rassemblés dans un dossier non systématiquement classé.

Nous avons d'autre part constaté que la plupart des patients mobilisent très mal leurs documents médicaux lorsqu'ils consultent pour des SNP de médecine générale, fragilisant ainsi la coordination des soins lors de ces consultations.

Toutefois, notre étude montre que, lors de SNP, les patients mobilisent mieux les informations médicales qu'ils ont enregistré sur leur smartphone que n'importe quel autre document médical.

Les smartphones sont devenus des objets du quotidien, possédés par un grand nombre de patients qui les apportent avec eux, de manière plus ou moins consciente, lors de leurs consultations y compris lors de SNP. Ainsi, la démocratisation de l'utilisation des smartphones comme espace de stockage de données médicales par les patients pourrait permettre d'améliorer la transmission d'informations entre les professionnels de santé et ainsi, d'améliorer la continuité des soins notamment lors de SNP. Cela peut passer par la dématérialisation de comptes rendus médicaux ou par le développement d'applications mobiles de santé spécifiques telles que celle du DMP. À l'heure où nous assistons à une explosion de l'utilisation des smartphones dans la vie quotidienne, ces derniers semblent constituer un outil idéal pour stocker les informations médicales et améliorer la coordination des soins, notamment lors de SNP, à condition de pouvoir garantir le respect du secret médical.

Par ailleurs, notre étude met en évidence plusieurs facteurs influant sur la mobilisation des documents possédés par les patients lors de SNP. D'une part, les patients pris en charge pour une ALD possèdent logiquement plus de documents que les patients sans ALD, mais ils mobilisent

également mieux leurs documents médicaux importants lors de SNP (ordonnances, bilans sanguins, courriers médicaux). D'autre part, il apparait que les patients vivant en milieu rural ont un recours différent aux soins, comparés aux patients vivant en milieu urbain. Cela les amène à mieux mobiliser certains documents médicaux lors de SNP, tels que leurs cartes de groupes sanguins, leurs documents de vaccination ou leurs bilans sanguins. Enfin, l'adressage des patients sur un service d'urgence par un professionnel de santé permet d'améliorer la quantité de documents médicaux apportés par les patients lors de leur venue. Cela prouve, une fois encore, le rôle central que le médecin généraliste joue dans la continuité et la coordination des soins autour du patient.

7) Bibliographie

1. Attali PC, Bail P, Compagnon L, Ghasarossian C, Huez JF, Piriou C,Référentiel des niveaux de compétence en médecine générale 01 Juin 2009

2. Continuité des soins et permanence des soins. Etat des lieux par ReAGJIR [Internet]. ReAGJIR. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: https://www.reagjir.fr/presse/continuite-des-soins-et-permanence-des-soins/

3. Article 47 - Continuité des soins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 11 août 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-47-continuite-soins

4. L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Internet]. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins

5. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/

6. Article 77 - Permanence de soins - obligations [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7

7. Rollet C. Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? Revue francaise des affaires sociales. 2005;(3):129-56.

8. Favier M. Le carnet de santé est-il informatif ? 15 oct 2018;23.

9. Evaluation auprès des parents du carnet de santé n° CERFA 12593*01 (modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006) : Bib-Bop DUBURCQ Anne, COUROUVE Laurène, VANHAVERBEKE Nathalie [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: http://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=11888&titre=evaluation-aupres-des-parents-du-carnet-de-sante-n-cerfa-12593-01-modele-en-vigueur-depuis-le-1er-janvier-2006

10. Universalis E. 24 avril 1996 - France. Adoption des ordonnances sur la réforme de la Sécurité sociale - Événement [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: https://www.universalis.fr/evenement/24-avril-1996-adoption-des-ordonnances-sur-la-reforme-de-la-securite-sociale/

11. Mesures incitatives pour l'utilisation du carnet de santé - Sénat [Internet]. [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/questions/base/1997/qSEQ970700356.html

12. Chantraine O. Le « carnet de santé 1996 » : autopsie d'un support de communication mort-né. Études de communication langages, information, médiations. 1 mars 2001;(23):51-68.

13. Dossier Médical Partagé (2004-2019) : histoire d'une renaissance. 2020.

14. Décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003 portant création du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000232944&categorieLien=id

15. Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Janvier 2004. Disponible sur : https://www.securitesociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2004/RAPPORT/HCAAM-2004-RAPPORT-RAPPORT_ANNUEL.pdf

16. Code de la santé publique - Article L1111-14 en date du 26 janvier 2016. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1F6FB79D0C01B485EC6A6ECC53605188.tplgfr23s_3?idArticle=LEGIARTI000031929041&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20180118

17. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id

18. Code de la santé publique - Article R1111-30. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E915C78C1FCD8937F80A9F697BC59CDE.tplgfr33s_1?idArticle=LEGIARTI000032844071&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20190707

19. Yann Boaretto, Philippe Dumas, Michel Gagneux, Pascale Romenteau, François Cholley. Mission interministérielle de revue de projet sur le dossier médical personnel.Novembre 2007. Rapport N° 2007-M-068-01 pour l'IGF, 2007-157 pour l'IGAS et I-3.4-2007 pour le CGTI. Disponible sur : https://www.viepublique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000713.pdf

20. Jérôme Cahuzac pour la commission des finances de l'assemblée nationale. Lettre de saisine : Coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place. 2011. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_cout_dossier_medical_personnel.pdf

21. Paul C. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Assemblée Nationale ; Octobre 2012 Rapport N° 302. Disponible sur : http://www.assembleenationale.fr/14/pdf/rapports/r0302-tII.pdf

22. Xavier Courtois, Michel Bardon. DMP et messagerie sécurisée : Deux expériences complémentaires du réseau ville-hôpital d'Annecy. Adsp. Mars 2007;(58):41-3.

23. Bachelot-Narquin R. Programme de relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé. 2009. Disponible sur : https://www.alain-bensoussan.com/wpcontent/uploads/257148.pdf

24. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction n°SG/DSSIS/DGOS/DGCS/CNAM/2018/72 du 13 mars 2018 relative à l'accompagnement en région de la généralisation du dossier médical partagé. 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-05/ste_20180005_0000_0045.pdf

25. DMP : la France passe le cap des 9 millions de dossiers médicaux partagés [Internet]. Archimag.[cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.archimag.com/demat-cloud/2020/07/22/dmp-france-passe-cap-9-millions-dossiers-medicaux-partages

26. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Graphique représentant le nombre total cumulé de DMP créés du premier janvier 2018 au 13 octobre 2019

27. Point sur l'interopérabilité du DMP. 23 novembre 2017. Disponible sur : https://fr.slideshare.net/esante_gouv_fr/20171123-10-point-sur-linteroprabilit-dudmpsminaire-interoprabilit?qid=eaf754cc-4efe-45d7-ac42-f4a2aa3529f3&v=&b=&from_search=82

28. Maner AL. Le dossier médical libéral et la visite à domicile [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2018 [cité 4 oct 2020]. p. 45. Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01945099

29. Nourry P. Le dossier médical au cours des visites à domicile: état des lieux : impact sur la qualité des soins en médecine générale. 2011. 176 p.

30. Desechallier C. Le dossier médical du patient dépendant vu à domicile : quelles pratiques? Quelles difficultés? Quel avenir? 2016.

31. Visites à domicile : 12 % de l'activité des médecins [Internet]. www.pourquoidocteur.fr. [cité 5 sept 2020]. Disponible sur: https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/4991-Visites-a-domicile-12-de-l-activite-des-medecins

32. Article 45 - Dossier professionnel ou fiche d'observation, tenu par le médecin [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-45-dossier-professionnel-fiche-dobservation-tenu

33. Décret no 95-234 du 1er mars 1995 relatif au dossier de suivi médical et au carnet médical institués par l'article 77 de la loi no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale - Légifrance [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000552374/

34. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/2020-10-04/

35. Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000773559/2020-10-04/

36. Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès - Légifrance [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000601005

37. Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665

38. Chapitre VI : Des atteintes à la personnalité (Articles 226-1 à 226-32) - Légifrance [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149831/2002-01-01/#LEGISCTA000006149831

39. La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs

40. Le protocole de soins en pratique [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/presciption-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/protocole-soins-pratique

41. Population par âge − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488

42. Atlas 2017 de la démographie médicale [Internet]. Ordre des médecins. 2018 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.cdom95.org/actualite/atlas-2017-de-la-demographie-medicale/

43. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes

44. Soins non programmés cinq fois par jour : comment les médecins libéraux relèvent le défi [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/soins-non-programmes-cinq-fois-par-jour-comment-les-medecins-liberaux-relevent-le-defi

45. Les recours aux médecins urgentistes de ville - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-recours-aux-medecins-urgentistes-de-ville

46. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/recours-urgents-et-non-programmes-a-la-medecine-generale-de-ville-satisfaction

47. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-s-organisent-au-quotidien-pour-prendre

48. La population néo-aquitaine augmente moins rapidement sur la période récente - Insee Flash Nouvelle-Aquitaine - 43 [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3678900#tableau-demographie75_radio1

49. Section 1 : Informations des personnes accueillies. (Articles R1112-1 à R1112-9) - Légifrance [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032926037/2017-01-01/

50. Que pensent les Français du dossier médical partagé ? [Internet]. Previssima. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: https://www.previssima.fr/actualite/que-pensent-les-francais-du-dossier-medical-partage.html

51. Florence S, Gambotti L, Montcel ST du, Straczek C, Raphaël M, Cisse A, et al. Perception par les patients de l'information reçue lors d'un examen complémentaire. Sante Publique. 30 mars 2009;Vol. 21(1):37-44.

52. Lallemand D, Carron M, Université de Nice (1965-2019), Université de Nice-Sophia Antipolis, Faculté de Médecine. La perception du patient quant à l'information médicale reçue au cours de son hospitalisation dans un service de médecine d'urgence. 2017.

53. Teston R. Enquête : les Français et le Dossier Médical Partagé [Internet]. Buzz-esanté. 2019 [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: https://buzz-esante.fr/enquete-les-francais-et-le-dossier-medical-partage/

54. Delarue D. Les applications mobiles de santé sont-elles efficaces pour améliorer l'observance des patients en médecine générale ? Revue de la littérature. 2017.

55. Prévalence de la polymédication chez les personnes âgées en France : enquête de l'IRDES [oct. 2015]. Disponible sur: https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/213-mesurer-la-polymedication-chez-les-personnes-agees.pdf

56. La polymédication : définitions, mesures et enjeux Revue de la littérature et tests de mesure : enquête de l'IRDES [dec. 2014]. Disponible sur : https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf

57. L'acte transfusionnel : les quatre étapes pour réaliser en sécurité un acte transfusionnel - Actusoins actualité infirmière [Internet]. Disponible sur: https://www.actusoins.com/309552/acte-transfusionnel.html

58. Surveillance du diabète : les fondamentaux [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surveillance-fondamentaux/surveillance-fondamentaux

59. Chauveau P, Mazet-Guillaume B, Baron C, Roy PM, Tanguy M, Fanello S. Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences. Sante Publique. 4 oct 2013;Vol. 25(4):441-51.

60. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. La Revue Sage-Femme. déc 2007;6(4):216-8.

61. Item 129 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies Vasculaires. 2012.

62. Santé et milieu rural. Une démarche exploratoire menée par trois URCAM. Avr.2002 [Internet]. Disponible sur: https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2002/1394bisSanteEtMilieuRural.pdf

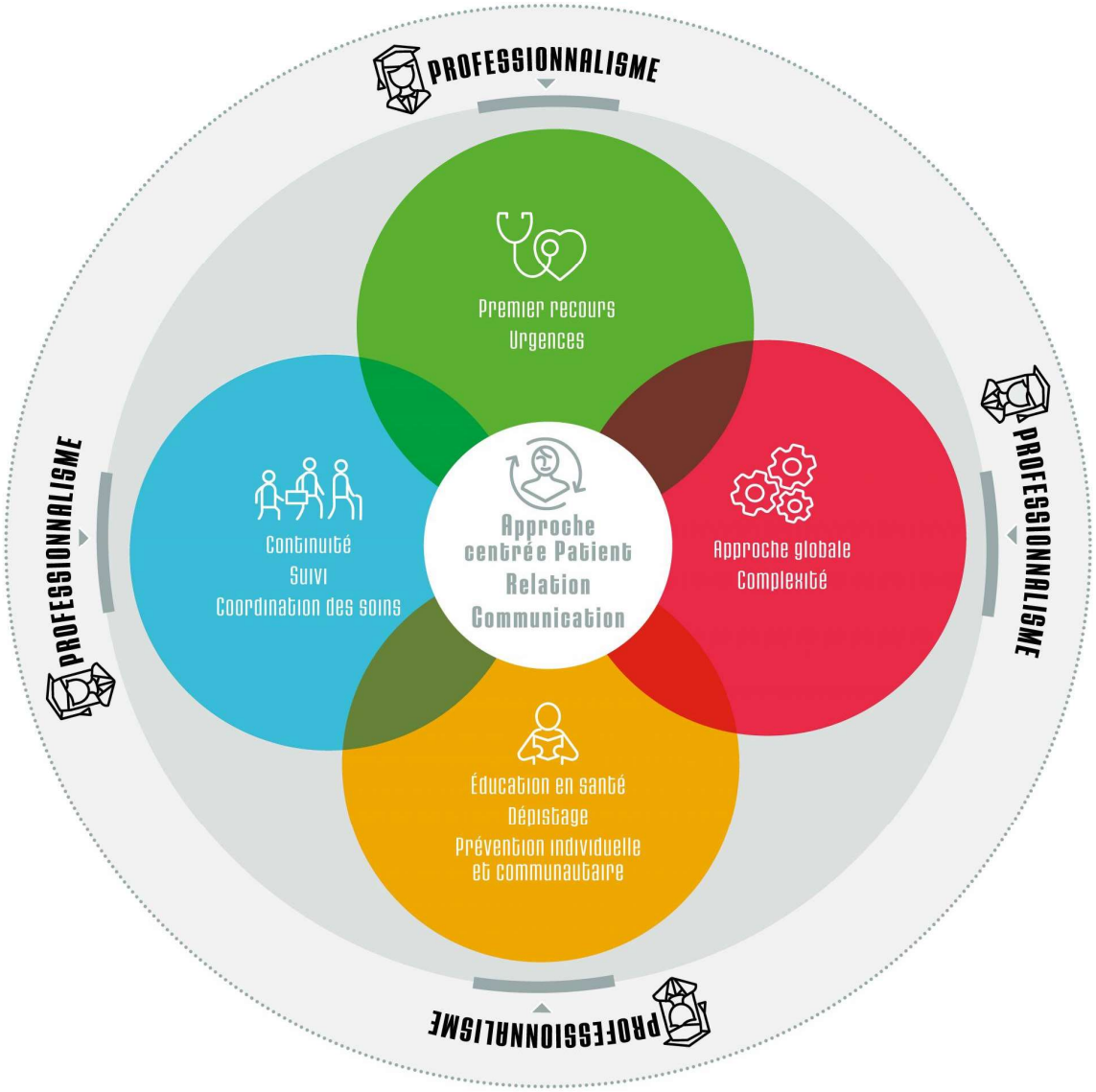
63. Fournier E. Le courrier des médecins généralistes : la lettre d'admission au Service d'Accueil des Urgences. 2011.

64. Paul C. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Assemblée Nationale ; Octobre 2012 Rapport N° 302. Disponible sur : http://www.assembleenationale.fr/14/pdf/rapports/r0302-tII.pdf

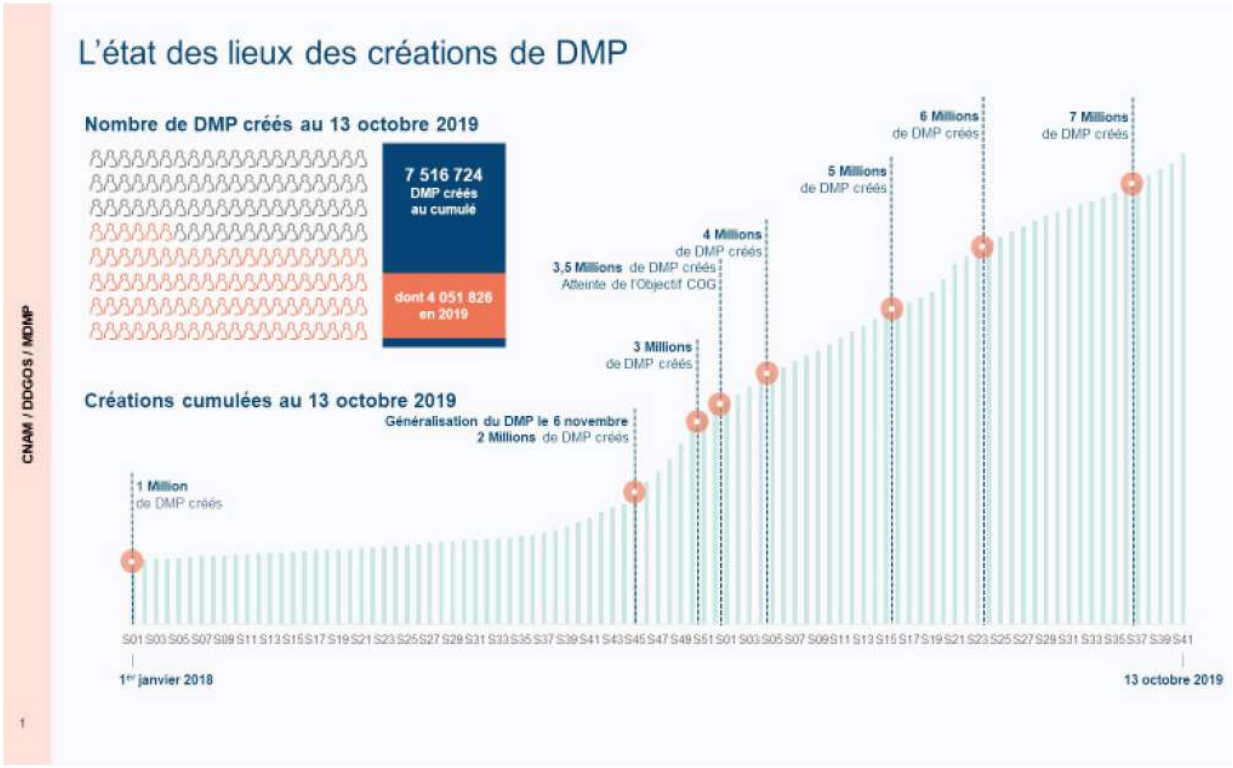
65. Gérard Bapt. Assemblée nationale ~ Deuxième séance du vendredi 26 octobre 2012 Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2012-2013/20130038.asp

8) Annexes

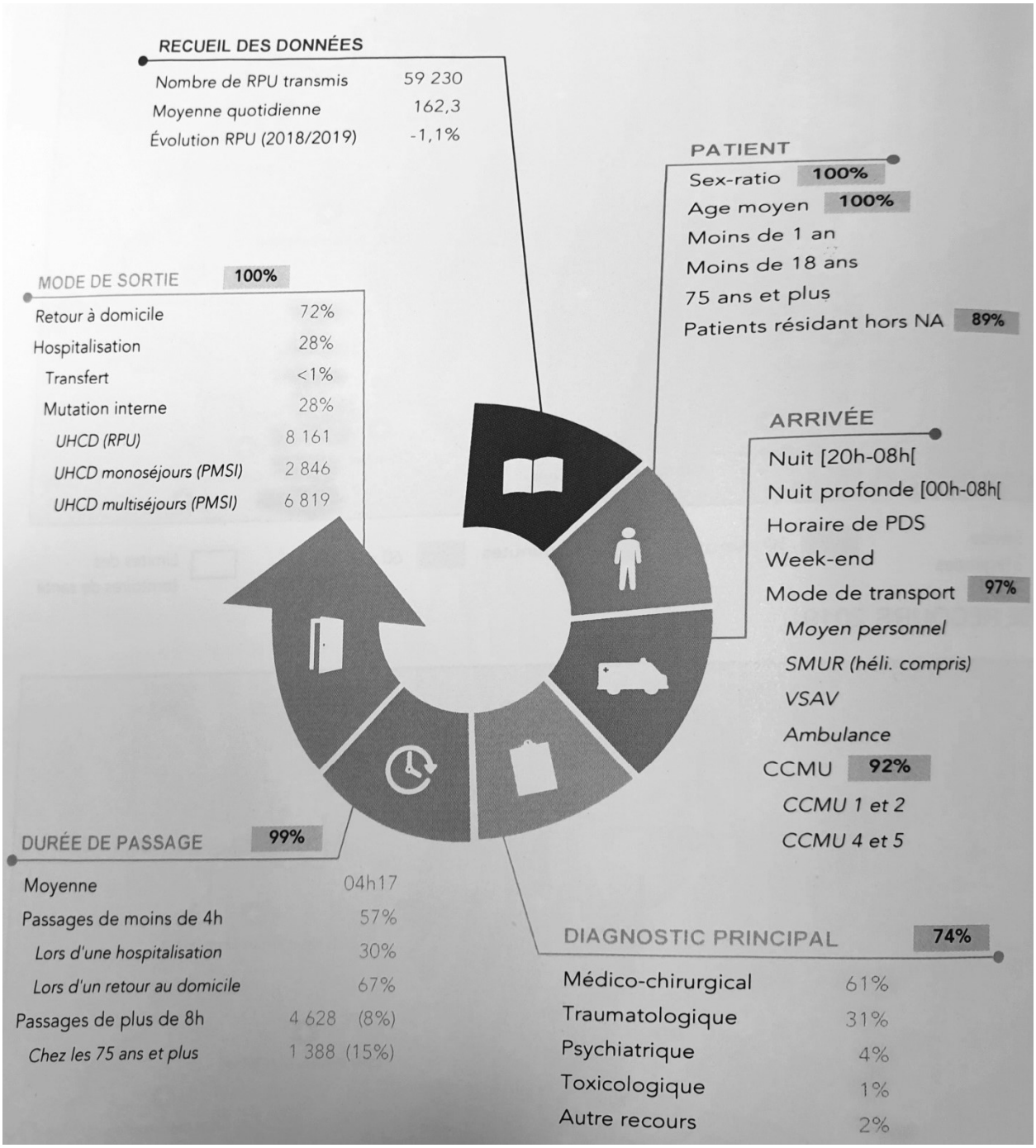
Annexe 1 : La marguerite des compétences du médecin généraliste établie par le CNGE



Annexe 2 : Graphique représentant le nombre total cumulé de DMP du premier janvier 2018 au 13 octobre 2019



Annexe 3 : Chiffres clés du rapport d'activité du service des urgences du centre hospitalier de Niort en 2019 établi par l'Observatoire régional des urgences de nouvelle aquitaine (ORUNA)



Annexe 4 : Questionnaire utilisé pour le recueil des données

Date, Heure, Sexe

Age :

- 18-27
- 28-37
- 38-47
- 48-57
- 58-67
- 68-77
- 78-87
- >87

Lieu de vie :

- Deux-Sèvres
- Autres départements

Mode de vie :

- Urbain (ville >10 000 habitants)
- Rural (ville <10 000 habitants)

Mode de venue :

- Seul
- Accompagné
- Transport professionnel (ambulance, taxi,…)

Patient ayant déjà consulté aux urgences au moins 2 fois depuis les 30 derniers jours :

- Oui
- Non

Personne de confiance désignée :

- Oui
- Non
- NSP

Mesure de justice :

- Tuteur
- Curateur
- Aucun

- NSP

Patient orienté aux urgences :

- Ambulatoires
- Box couchés

0. **Considérez-vous que le sujet de votre santé soit à vos yeux quelque-chose d'important ?**
    - Oui
    - Non

1. **Avez-vous un médecin traitant généraliste ?**
    - Oui
    - Non

2. **Est-ce un professionnel de santé qui vous a demandé de venir aux urgences ?**
    - Oui
    - Non

    Si NON :

    - **Je viens de moi-même**
    - **Je viens sur les conseils d'un proche**

    SI OUI : Quel professionnel ?

    - Mon médecin traitant
    - Un médecin généraliste mais qui n'est pas mon médecin traitant (remplaçant, collaborateur, médecin de garde)
    - Un médecin qui n'est pas un généraliste
    - Le SAMU
    - Un autre professionnel de santé (infirmier, pharmacien, …)

    Vous a-t-il remis un courrier ?

    - Oui
    - Non

3. **En temps normal où consultez-vous un médecin généraliste ?**
    - Consultation au cabinet

- Visite à domicile

4. **Etes-vous suivi pour une ALD ?**
   - Non
   - Oui

   Si OUI, Pour quelle pathologie ?

     - Pathologie cardiovasculaire / HTA
     - Diabète non-insulinorequérant
     - Diabète insulinorequérant
     - AVC
     - Pathologie neurologique ou neurodégénérative (Alzheimer, parkinson…)
     - Pathologie respiratoire (asthme, BPCO,…)
     - Pathologie rénale
     - Pathologie hépatique ou digestive
     - Pathologie rhumatismale ou orthopédique
     - Déficit immunitaire
     - Cancer
     - Transplantation d'organe
     - Autres

5. **Avez-vous un traitement médicamenteux au long cours ?**
   - Oui
   - Non

6. **Quand vous devez prendre un traitement qui le gère ?**
   - Je le gère et le prends seul sans faire d'erreurs
   - Je le gère et le prends seul, mais il m'arrive de faire des erreurs
   - Je le prends seul, mais c'est quelqu'un d'autre qui le prépare pour moi
   - Quelqu'un s'occupe de le gérer et de me le donner

7. **Avez-vous des documents médicaux à disposition chez vous ?**
   - Oui
   - Non

   Si oui lesquels ?

   - Ordonnance des médicaments en cours
   - Tableau des médicaments en cours
   - Résultats d'analyse sanguine < 1 an
     - Dont un dosage de la créatinine / calcul de la fonction rénale

- Autres analyses urinaires, fécales, tissulaires
  Examen de dépistage :
  - Résultat de frottis de moins de 3ans
  - Résultat de mammographie de moins de 2 ans
  - Résultat de test Hémoccult de moins de 2 ans
  - Compte rendu de Coloscopie de moins de 5 ans
- Carte de groupe sanguin
- Résultat d'examen d'imagerie
- Tracé d'ECG
- Carnet de vaccination
- Carnet de santé (pédiatrique ou de l'adulte)
- Compte rendu opératoire
- Compte rendu d'hospitalisation
- Courrier de médecin
- Feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle
- Feuille de prise en charge en ALD
- Dossier de transmission infirmier
- Dossier médical papier (dossier médical rempli par votre médecin qu'il vous a remis)
- Eléments médicaux sur le smartphone

En avez-vous amené avec vous ?

- Oui
- Non

Si oui lesquels ?

- Ordonnance des médicaments en cours
- Tableau des médicaments en cours
- Résultats d'analyse sanguine < 1 an
  - Dont un dosage de la créatinine / calcul de la fonction rénale
- Autres analyses urinaires, fécales, tissulaires
  Examen de dépistage :
  - Résultat de frottis de moins de 3ans
  - Résultat de mammographie de moins de 2 ans
  - Résultat de test Hémoccult de moins de 2 ans
  - Compte rendu de Coloscopie de moins de 5 ans
- Carte de groupe sanguin
- Résultat d'examen d'imagerie
- Tracé d'ECG
- Carnet de vaccination (contre le tétanos)

- Carnet de santé (pédiatrique ou de l'adulte)
- Compte rendu opératoire
- Compte rendu d'hospitalisation
- Courrier de médecin
- Feuille d'Accident de travail ou de maladie professionnelle
- Feuille de prise en charge en ALD
- Dossier de transmission infirmier
- Dossier médical papier (dossier médical rempli par votre médecin qu'il vous a remis)
- Eléments médicaux sur le smartphone

8. Qui vous a remis ces documents ?

- Mon médecin traitant
- Mes médecins autres que mon médecin traitant
- Ma personne de confiance
- Mon infirmière / infirmier
- Mon tuteur, mon responsable légal
- Autre professionnel de santé

9. Qui gère vos documents médicaux à la maison ?

- Moi
- Mon conjoint
- Ma personne de confiance
- Mon tuteur/curateur

10. Comment sont stockés vos documents médicaux chez vous ?

- Dispersés
- Rassemblés, mais non triés
- Rassemblés et triés
- Numérisés
- NSP

11. Savez-vous ce qu'est le Dossier Médical Partagé (DMP) ?

- Oui
- Non

  Avez-vous créé le vôtre ?

  - Oui
  - Non

    Y a-t-il des informations sur votre DMP ?

- Oui
- Non

12. Selon vous vous estimez avoir chez vous :

- Trop de documents médicaux
- Assez de documents médicaux
- Pas assez de documents médicaux, je souhaiterais en avoir plus
- Pas assez de documents médicaux, mais je ne souhaite pas en avoir davantage
- NSP

13. Le fait de posséder autant de documents médicaux à votre domicile est :

- Une bonne chose
- Une mauvaise chose
- NSP

Pourquoi ?

14. Selon vous est-ce que ce serait le rôle de votre médecin généraliste de vous fournir des documents synthétisant les éléments importants de votre état de santé ?

- Oui
- Non
- NSP

Annexe 5 : Tableau des résultats comparatifs entre les documents apportés par les patients adressés par un professionnel de santé et les patients venus spontanément

Qui adresse le patient aux urgences ?	Patients non adressés n=171		Patients adressés n=229		p= (test exact de Fisher)
	Effectif	% par rapport à l'effectif total	Effectif	% par rapport à l'effectif total	
Documents médicaux	**106**	**62,0%**	**184**	**80,3%**	**<0,001**
Ordonnance en cours	**46**	**26,9%**	**113**	**49,3%**	**<0,001**
Tableau de médicaments	1	0,6%	1	0,4%	0,673
CR d'imagerie	**8**	**4,7%**	**32**	**14,0%**	**0,001**
Résultat de prise de sang < 1 an	**18**	**10,5%**	**57**	**24,9%**	**<0,001**
Mesure de fonction rénale <1 an	**15**	**8,8%**	**42**	**18,3%**	**0,004**
Autres bilans	7	4,1%	6	2,6%	0,293
ECG	4	2,3%	11	4,8%	0,154
Carnet de vaccination	12	7,0%	22	9,6%	0,256
Carnet de santé	4	2,3%	5	2,2%	0,587
Carte de groupe sanguin	**71**	**41,5%**	**123**	**53,7%**	**0,01**
Courrier médical	**10**	**5,8%**	**33**	**14,4%**	**0,004**
CR d'hospitalisation	5	2,9%	15	6,6%	0,076
CR opératoire	5	2,9%	8	3,5%	0,492
Frottis < 3 ans	1	0,6%	0	0,0%	0,428
Mammographie < 2 ans	0	0,0%	0	0,0%	1
Hemoccult < 2 ans	0	0,0%	0	0,0%	1
CR de coloscopie < 5 Ans	1	0,6%	3	1,3%	0,428
Dossier infirmier	0	0,0%	2	0,9%	0,327
Dossier médical	0	0,0%	3	1,3%	0,187
Feuille de facturation d'AT ou de MP	0	0,0%	0	0,0%	1
Smartphone	16	9,4%	30	13,1%	0,158
Feuille de prise en charge en ALD	12	7,0%	26	11,4%	0,097

Annexe 6 : Tableau des résultats comparatifs entre les patients vivant en milieu rural et les citadins

Sexe	**Documents possédés**				
Effectif total	Milieu rural n=292		Milieu urbain n=108		p= (test exact de Fisher)
	Effectif	% par rapport à l'effectif total	Effectif	% par rapport à l'effectif total	
Documents médicaux	291	99,7%	107	99,1%	0,468
Ordonnance en cours	**211**	**72,3%**	**68**	**63,0%**	**0,048**
Tableau de médicaments	11	3,8%	1	0,9%	0,121
CR d'imagerie	253	86,6%	92	85,2%	0,409
Résultat de prise de sang < 1 an	227	77,7%	77	71,3%	0,114
Mesure de fonction rénale <1 an	**173**	**59,2%**	**52**	**48,1%**	**0,031**
Autres bilans	111	38,0%	42	38,9%	0,481
ECG	119	40,8%	41	38,0%	0,349
Carnet de vaccination	194	66,4%	78	72,2%	0,376
Carnet de santé	137	46,9%	58	53,7%	0,137
Carte de groupe sanguin	**254**	**87,0%**	**81**	**75,0%**	**0,004**
Courrier médical	177	60,6%	61	56,5%	0,263
CR d'hospitalisation	162	55,5%	59	54,6%	0,484
CR opératoire	149	51,0%	52	48,1%	0,345
Frottis < 3 ans	61	20,9%	17	15,7%	0,156
Mammographie < 2 ans	**66**	**22,6%**	**14**	**13,0%**	**0,02**
Hemoccult < 2 ans	45	15,4%	10	9,3%	0,275
CR de coloscopie < 5 Ans	44	15,1%	13	12,0%	0,275
Dossier infirmier	19	6,5%	6	5,6%	0,466
Dossier médical	35	12,0%	16	14,8%	0,275
Feuille de facturation d'AT ou de MP	**12**	**4,1%**	**11**	**10,2%**	**0,023**
Smartphone	40	13,7%	15	13,9%	0,538
Feuille de prise en charge en ALD	81	27,7%	24	22,2%	0,162

Sexe	**Documents apportés**					**% de Documents apporté par les patients détenteurs des documents**		
Effectif total	Milieu rural n=292		Milieu urbain n=108		p= (test exact de Fisher)			
	Effectif	% par rapport à l'effectif total	Effectif	% par rapport à l'effectif total		Milieu rural	Milieu urbain	p= (test exact de Fisher)
Documents médicaux	**239**	**82 %**	**61**	**56 %**	**<0,001**	**82,1%**	**57,0%**	**<0,001**
Ordonnance en cours	**126**	**43 %**	**33**	**31 %**	**0,014**	59,7%	48,5%	0,122
Tableau de médicaments	2	1 %	0	0 %	0,532	18,2%	0,0%	1
CR d'imagerie	32	11 %	8	7 %	0,196	12,6%	8,7%	0,348
Résultat de prise de sang < 1 an	**64**	**22 %**	**11**	**10 %**	**0,004**	**28,2%**	**14,3%**	**0,014**
Mesure de fonction rénale <1 an	49	17 %	8	7 %	0,1	28,3%	15,4%	0,07
Autres bilans	12	4 %	1	1 %	0,093	10,8%	2,4%	0,115
ECG	13	4 %	2	2 %	0,181	10,9%	4,9%	0,358
Carnet de vaccination	**32**	**11 %**	**2**	**2 %**	**0,003**	**16,5%**	**2,6%**	**0,001**
Carnet de santé	8	3 %	1	1 %	0,252	5,8%	1,7%	0,285
Carte de groupe sanguin	**163**	**56 %**	**31**	**29 %**	**<0,001**	**64,2%**	**38,3%**	**<0,001**
Courrier médical	35	12 %	8	7 %	0,127	19,8%	13,1%	0,334
CR d'hospitalisation	16	5 %	4	4 %	0,332	9,9%	6,8%	0,602
CR opératoire	12	4 %	1	1 %	0,093	8,1%	1,9%	0,19
Frottis < 3 ans	1	0 %	0	0 %	0,73	1,6%	0,0%	1
Mammographie < 2 ans	0	0 %	0	0 %	0,74	0,0%	0,0%	1
Hemoccult < 2 ans	0	0 %	0	0 %	1	0,0%	0,0%	1
CR de coloscopie < 5 Ans	4	1 %	0	0 %	0,282	9,1%	0,0%	0,564
Dossier infirmier	1	0 %	1	1 %	0,468	5,3%	16,7%	0,43
Dossier médical	3	1 %	0	0 %	0,388	8,6%	0,0%	0,543
Feuille de facturation d'AT ou de MP	0	0 %	0	0 %	1	0,0%	0,0%	1
Smartphone	33	11 %	13	12 %	0,48	82,5%	86,7%	1
Feuille de prise en charge en ALD**Sexe**	31	11 %	7	6 %	0,144	38,3%	29,2%	0,476

Annexe 7 : Effectifs et prévalences des personnes prises en charge pour $ALD_{30-31-32}$par type d'affection et modalité d'$ALD_{30-31-32}$, pour le régime général en 2017 (effectifs arrondis à la dizaine) Source : Cnam-DSES

Libellé de l'ALD	Effectif	Prévalence pour 100 000 habitants	% de la population en ALD
Total patients ($ALD_{30-31-32}$) (un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD)	10 736 920	17351	
Diabète de type 1 et diabète de type 2	**2 695 650**	**4356**	**25,11%**
Tumeur maligne	**2 141 330**	**3460**	**19,94%**
Affections psychiatriques de longue durée	**1 399 040**	**2261**	**13,03%**
Maladie coronaire	**1 210 620**	**1956**	**11,28%**
Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	**1 129 760**	**1826**	**10,52%**
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	557 650	901	5,19%
Hypertension artérielle sévère	468 910	758	4,37%
Accident vasculaire cérébral invalidant	456 060	737	4,25%
Insuffisance respiratoire chronique grave	393 940	637	3,67%
Maladie d'Alzheimer et autres démences	360 840	583	3,36%
Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	328 210	530	3,06%
Polyarthrite rhumatoïde	217 600	352	2,03%
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	192 650	311	1,79%
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	181 830	294	1,69%
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	162 940	263	1,52%
Spondylarthrite ankylosante grave	155 120	251	1,44%
Maladie de Parkinson	129 900	210	1,21%
Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	119 060	192	1,11%
PAN, LEAD, sclérodermie généralisée	116 490	188	1,08%
Sclérose en plaques	88 270	143	0,82%
Total patients en ALD_{32}	83 790	135	0,78%
Maladies métaboliques héréditaires	77 200	125	0,72%
Scoliose structurale évolutive	40 120	65	0,37%
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	39 050	63	0,36%
Paraplégie	34 200	55	0,32%
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	26 820	43	0,25%
Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constitutionnelles et acquises sévères	19 510	32	0,18%
Suites de transplantation d'organe	14 080	23	0,13%
Tuberculose active, lèpre	11 530	19	0,11%
Mucoviscidose	6 960	11	0,06%
Bilharziose compliquée	160	0	0,00%

9) Mots clefs

Continuité des soins

Soins non programmés de médecine générale

Service des urgences

Documents médicaux

Smartphone

Questionnaire patient

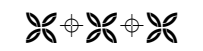
Etude épidémiologique

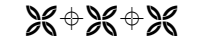
10) Résumé

Lors de la prise en charge de soins non programmés (SNP), il peut arriver que le médecin traitant soit injoignable. La continuité des soins dépendra alors en partie des documents médicaux que le patient aura apporté à la consultation.
Nous avons cherché à savoir quel documents médicaux les patients ont en leur possession dans la population qui consulte aux urgences, et quels documents ils apportent lors d'une consultation aux urgences pour des SNP de médecine générale.
Il s'agit d'une étude épidémiologique, transversale, descriptive, quantitative, monocentrique reposant sur un questionnaire-patient anonyme recueilli auprès de 400 patients consultant aux urgences du centre-hospitalier de Niort pour des SNP de médecine générale.

Dans la population générale 99,5% des patients détiennent des documents médicaux : essentiellement des comptes-rendus d'imagerie (86.3%), des cartes de groupe sanguin (83.8%), des biologies (76.%), des ordonnances (69.8%) et des carnets de vaccination (68%). Cependant ils apportent significativement moins souvent leurs documents aux consultations (72.5% vs 99.5% P<0.001). Les documents enregistrés sur les smartphones sont une exception :détenus par 13.8% des patients (dont 67.1% a moins de 47 ans) 83.6% les apportent aux consultations (11.5% vs 13.8% ; P<0,001). Les patients en affection de longue durée mobilisent significativement plus leurs documents (87.7% vs 63.5% ; P<0,001), notamment les ordonnances (68.3% vs 44.8% ; P<0,001), les courriers médicaux (27.1% vs 10.7% ; P<0,001), les carnets de vaccination (20.6% vs 8% ; P=0.004) et les cartes de groupes (64.8% vs 52.8% P<0,001). Les patients vivant en milieu rural mobilisent aussi significativement plus de documents (82.1% vs 57% ; P<0,001) notamment leurs cartes de groupe sanguin (64.2% vs 38.3% ; P<0,001).Les patients adressés par un professionnel de santé apportent plus de documents (80.3% vs 38.3% ; P<0,001), notamment les ordonnances (49.3% vs 26.9% ; P<0.001), et les comptes-rendus de biologies (24.9% vs 10.5% ; P<0,001).
Les patients possèdent tous des documents médicaux mais les apportent peu lors de SNP. Les smartphones constituent un outil apparemment efficace pour améliorer la mobilisation des documents par les patients et favoriser la continuité des soins.

SERMENT D’HIPPOCRATE



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

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