

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

État des lieux : Transmissions entre médecins généralistes et remplaçants.

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2020 à 18h00
au Pôle Formation
par **Mathilde LEFEBVRE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

ABSTRACT

1. Introduction :

En 2019, les Hauts de France dénombraient 11399 médecins généralistes et 867 médecins remplaçants, soit 7,6% de médecins remplaçants. La continuité des soins en médecine de ville est indispensable et les transmissions sont essentielles à la prise en charge globale du patient en toute sécurité. Le but de l'étude était de réaliser un état des lieux des pratiques concernant les transmissions médicales réalisées entre les médecins généralistes et leurs remplaçants autour d'une période de remplacement. Et dans un second temps discuter d'un protocole reprenant « les bonnes pratiques » et permettant la continuité des soins.

2. Matériels et Méthodes :

Étude prospective, observationnelle et descriptive, réalisée de juin 2020 à août 2020 à partir d'un auto-questionnaire en ligne envoyé par mail aux médecins généralistes installés dans les Hauts de France. Les réponses au questionnaire étaient déclaratives et sur la base du volontariat. Les données étaient recueillies grâce au logiciel Lime Survey qui permettait l'enquête statistique, le sondage et la création de formulaires en ligne. Après réception des réponses, une analyse par logiciel R sous R Studio permettait l'interprétation des données. Les noms des médecins étaient inconnus, ils étaient indexés selon la date et l'heure de réponse. Nous avons également utilisé box plots pour la réalisation des différents graphiques présents dans l'étude. Les médecins ne faisant pas appel aux médecins remplaçants étaient exclus dès la première question.

3. Résultats :

Parmi les 81 médecins interrogés, 97,5% faisaient appel aux médecins remplaçants au cours de leur carrière. L'étude recueillait donc les pratiques de 79 praticiens. 70,9% déclaraient faire des transmissions de façon systématique avant la période de remplacement et 44,3% après le remplacement. Les transmissions avant le remplacement concernaient à 97,5% les patients, 75,9% la logistique, 65,8% les visites à domicile, 63,3% le secrétariat, 46,8% le matériel et 35,4% le réseau de soins. La rencontre avant le remplacement était présente dans 70,9% des cas et téléphonique dans 24,1% contre 12,7% de façon présente et 31,6% par téléphone après le remplacement. 1,3% des praticiens ne rencontraient pas leur remplaçant avant et 3,8% après. 59,7% des médecins remplaçant les MSU étaient des anciens stagiaires. 26,6% des praticiens affirmaient que le manque ou le défaut de transmissions étaient responsables de conséquences néfastes sur la prise en charge du patient. Enfin, les freins à la réalisation des transmissions étaient à 53,2% dû à un manque de temps, 31,6% un manque de motivation, 27,8% les trouvaient inutiles devant la présence de dossiers informatisés, 22,8% non réalisées par peur de jugement, 16,5% secondaire à l'indisponibilité du praticien et 17,7% l'expliquaient par d'autres causes.

4. Discussion :

La réalisation des transmissions en ambulatoire autour d'une période de remplacement n'est pas standardisée. Cette recherche originale est la première étape à l'élaboration d'un protocole permettant la réalisation de transmissions médicales de bonnes qualités et donc la continuité de la prise en charge du patient en toute sécurité. En effet nous avons besoin de savoir ce qui est fait pour pouvoir proposer un protocole standardisé et adapté à la médecine générale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

ABREVIATION

MSU : Maitre de Stage des Universités

GEP : Groupes d'échanges de pratiques

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

SOMMAIRE

ABSTRACT	- 3 -
REMERCIEMENTS	- 6 -
ABREVIATION	- 11 -
I. INTRODUCTION	- 13 -
II. MATERIEL ET METHODES	- 16 -
1. Présentation de l'étude.....	- 16 -
2. Critères de jugement.....	- 16 -
3. Élaboration du questionnaire.....	- 16 -
4. Critères d'inclusion.....	- 17 -
5. Critères d'exclusion.....	- 18 -
6. Statistiques.....	- 18 -
7. Biais.....	- 18 -
a) Biais de désirabilité sociale :	- 18 -
b) Biais de sélection :	- 19 -
c) Biais de volontariat :	- 19 -
III. RESULTATS	- 20 -
IV. DISCUSSION	- 32 -
V. BIBLIOGRAPHIE	- 38 -
VI. ANNEXES	- 40 -

I. INTRODUCTION

En 2019, les Hauts de France dénombraient 11399 médecins généralistes et 867 médecins remplaçants, soit 7,6% de médecins remplaçants ¹.

Les médecins remplaçants permettent d'assurer la continuité des soins pendant les congés du médecin généraliste.

En effet, l'Article 47 du code de la santé publique, nous rappelle que quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ². L'article R. 4127-64 du code de santé publique, prévoit que « Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade » ³.

A ce jour, aucune thèse n'a étudié les pratiques concernant les transmissions réalisées en ambulatoire entre les médecins généralistes et leurs remplaçants.

Dans la littérature, on trouve des modalités/protocoles à la réalisation des transmissions dans les services hospitaliers comme la réanimation, ou entre les professionnels paramédicaux ^{4 5}.

Les transmissions médicales sont en général un écrit ou récit court dédié aux professionnels de santé décrivant les caractéristiques du patient et les principales informations indispensables à la prise en charge de celui-ci.

En 2007, l'OMS a identifié la prévention des erreurs médicales liées aux transmissions comme une des cinq priorités pour augmenter la sécurité globale des patients ⁶. Par ailleurs, des transmissions médicales désorganisées et peu structurées génèrent non seulement des erreurs médicales mais également des coûts plus élevés, des durées de séjour plus longues, des retards diagnostiques et des duplications d'examens ⁷.

La continuité des soins en médecine de ville est indispensable et les transmissions sont essentielles à la prise en charge globale du patient en toute sécurité.

Pendant mon internat, lors de mes différents stages le manque d'informations était souvent responsable d'erreurs ou de retard à la prise en charge d'un patient.

Nous souhaitons à travers cette thèse, faire un état des lieux des pratiques des transmissions entre médecins généralistes et remplaçants, autour d'une période de remplacement. Pour cela nous avons réalisé une étude observationnelle recueillant les différentes modalités de transmissions entre le médecin généraliste et le médecin remplaçant. En effet, nous avons besoin de savoir ce qui est fait pour savoir ce que l'on peut améliorer.

L'objectif principal de cette étude était de connaître les pratiques de l'ensemble des médecins généralistes concernant les transmissions autour d'un remplacement. Grâce à ces connaissances, nous pourrons analyser l'état des pratiques actuelles jusque-là

inconnu. L'objectif secondaire était de chercher des différences de pratiques en fonction des caractéristiques du médecin et de son mode d'exercice. Et dans un second temps discuter un protocole reprenant « les bonnes pratiques » permettant la continuité des soins et la sécurité de la prise en charge du patient.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Présentation de l'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle et descriptive, réalisée de juin 2020 à août 2020 à partir d'un auto-questionnaire en ligne (cf. annexe 1). Un lien pour s'y connecter était envoyé par mail à l'ensemble des médecins généralistes. Les réponses au questionnaire étaient déclaratives et basées sur le volontariat. Les données étaient recueillies grâce au logiciel Lime Survey qui permettait l'enquête statistique, le sondage et la création de formulaires en ligne.^{1a} Après réception des réponses, une analyse par logiciel R sous R Studio permettait l'interprétation des données. Les noms des médecins n'étaient pas connus, ils étaient indexés selon la date et l'heure de réponse. Nous avons également utilisé box plots pour la réalisation des différents graphiques présents dans l'étude. La CNIL émettait un avis favorable à la réalisation de la thèse.

2. Critères de jugement

L'objectif principal de l'étude était de réaliser un état des lieux des pratiques réalisées concernant les transmissions en médecine générale entre le médecin généraliste remplacé et son remplaçant. L'objectif secondaire était de chercher des différences de pratiques en fonction du sexe, de l'âge et le mode d'exercice du médecin traitant.

3. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire (cf. annexe 1) était élaboré à partir de données bibliographiques afin de réaliser le plus possible de questions fermées, plus faciles à analyser statistiquement. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés de la méthodologie des

^{1a} Statistiques — LimeSurvey Manual [Internet]. [cité 2020 sept 21]; Available from: <https://manual.limesurvey.org/Statistics/fr>

enquêtes de satisfaction, avec l'utilisation d'échelles de mesures subjectives ^{2b}. Le questionnaire était introduit par un texte expliquant le but de l'étude. La première question permettait d'inclure uniquement les médecins généralistes faisant appel aux remplaçants. Les questions 2 à 8 avaient pour but de caractériser le médecin généraliste (sexe, âge, mode d'exercice, nombre d'acte quotidien, informatisation des dossiers, formation MSU). Les questions 9 et 10 demandaient aux médecins les modalités de recrutement du médecin remplaçant. Les questions 11 à 22 exploraient les modalités de transmission, leur contenu, leur présentation, leur utilité autour d'une période de remplacement. Enfin les questions 23 et 24 interrogeaient les médecins sur l'existence ou non de conséquences néfastes suite à un défaut de transmissions et leurs demandaient quels étaient les freins à leur réalisation en médecine de ville.

4. Critères d'inclusion

Le questionnaire était envoyé aux médecins généralistes installés dans les Hauts de France, via les adresses mails professionnelles. La majorité des médecins contactés était: des médecins du CHU de Lille volontaires pour participer aux questionnaires des thèses des internes de médecine générale, des médecins du groupe de garde du secteur d'Estrée-Cauchy et des médecins salariés chez FILIERIS. (Caisse autonome nationale de la sécurité sociale des mines)^{3c}. Il s'adressait aux médecins généralistes libéraux et salariés qui pour assurer la continuité des soins faisaient appel à un médecin remplaçant. Le questionnaire était envoyé par mail entre juin et août 2020. Seules les réponses réceptionnées avant la date du 9/08/2020 étaient prises en compte.

^{2b} Christophe Lejeune - Methodologie - Questionnaires [Internet]. [cité 2020 sept 4]; Available from: http://www.squash.ulg.ac.be/courses/methodo_questionnaires.html

^{3c} Filieris groupe de santé propose à tout patient une large offre de soins [Internet]. [cité 2020 sept 7]; Available from: <https://www.filieris.fr/>

5. Critères d'exclusion

Les médecins ne faisant pas appel aux médecins remplaçants étaient exclus de l'étude dès la première question, suite à une réponse négative.

6. Statistiques

L'analyse statistique de cette recherche quantitative était réalisée par une statisticienne indépendante à l'aide du logiciel R sous R Studio. Les tests d'indépendances entre deux variables qualitatives étaient réalisés à l'aide de tests du Chi Deux (ou de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5). Pour le croisement entre une variable qualitative et une variable quantitative, nous avons utilisé un test de Mann Whitney (la variable qualitative à deux groupes) ou Kruskal Wallis (la variable qualitative à plus de deux groupes). Le risque de première espèce alpha était arbitrairement fixé à 5%, une différence était considérée comme significative dans le modèle final pour une valeur de p inférieure à 0,05.

7. Biais

a) Biais de désirabilité sociale :

Le terme « désirabilité sociale »^{4d} renvoie à deux concepts distincts mais reliés. D'une part, il désigne l'adéquation de pensées comme les croyances, opinions, jugements ou de comportements avec les normes sociales en vigueur dans un contexte social ou culturel donné. Ainsi sont définis comme socialement désirables les pensées et comportements en accord avec ce que les individus doivent penser ou faire pour être appréciés par autrui dans un contexte social particulier. D'autre part, le terme

^{4d} Universalis E. DÉsirABILITÉ SOCIALE [Internet]. Encyclopædia Universalis [cité 2020 sept 7]; Available from: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/desirabilite-sociale/>

« désirabilité sociale » est également utilisé pour décrire la tendance des individus à donner des réponses socialement désirables lorsqu'ils répondent à des enquêtes ou à des tests. Cette préférence pour les réponses socialement désirables, appelée « biais de désirabilité sociale », peut se faire au détriment de l'expression sincère des opinions et croyances personnelles, ce qui a pour conséquence de réduire la validité des conclusions tirées sur la base des réponses des individus.

b) Biais de sélection :

Un biais de sélection^{5c} est un biais méthodologique qui se produit au moment de la sélection de l'échantillon utilisé pour réaliser une enquête par sondage. La présence d'un biais de sélection va se traduire par le fait que la population ne soit pas représentative de la population mère à laquelle on veut extrapoler les résultats de l'enquête. Le biais de sélection se traduit généralement par le fait qu'une attitude ou caractéristique se retrouve sur-représentée dans l'échantillon.

c) Biais de volontariat :

Le biais de volontariat^{6f} est lié au fait que les caractéristiques des personnes volontaires qui se proposent spontanément pour une étude peuvent être différents des personnes qui décident de ne pas y participer.

^{5c} Alexis. Lecture critique (4) : Biais de sélection dans les essais cliniques. | Etudes & Biais [Internet]. [cité 2020 sept 7]; Available from: <http://www.etudes-et-biais.com/lecture-critique-4-biais-de-selection-dans-les-essais-cliniques/>

^{6f} Almont T. Les Biais en Épidémiologie. :2.

III. RESULTATS

83 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, 4 questionnaires étaient exclus. Parmi eux 2 médecins ne faisaient pas appel aux médecins remplaçants et 2 médecins ont répondu de façon discordante au questionnaire.

La question sur la zone d'exercice (Rurale – Semi-rurale – Urbaine) était retirée de l'analyse statistique suite à la remarque d'un médecin participant au questionnaire. Ce médecin à juste titre trouvait la définition des différentes zones inexacte.

- Pourcentage de personnes prenant un remplaçant. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Remplaçant (n=81)	Effectifs	Pourcentages
Oui	79	97,5%
Non	2	2,5%

- Pourcentage d'hommes et de femmes ayant répondu au questionnaire. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Sexe (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Femme	28	35,4%
Homme	51	64,5%

- Médiane d'âge des médecins ayant répondu au questionnaire. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Âge (n=79)	Effectifs	Pourcentages
< 35 ans	11	13,9%
35-45 ans	20	25,3%
46-55 ans	17	21,5%
56-65 ans	29	36,7%
> 65 ans	2	2,5%
Médiane	46-55 ans	

- Mode d'exercice (Tableau avec effectifs et pourcentages)

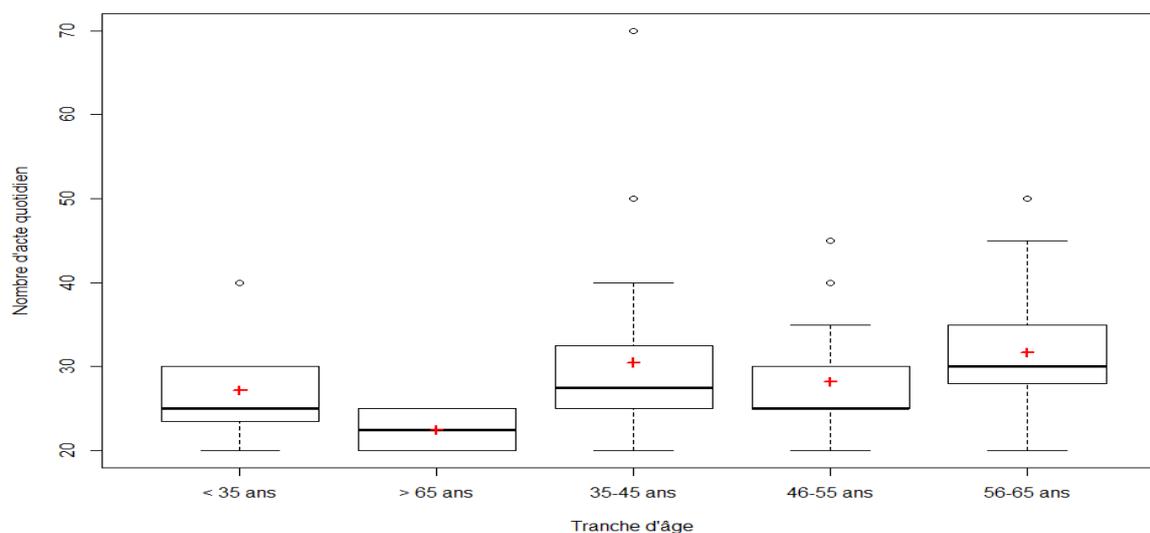
Mode d'exercice (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Cabinet de groupe	38	48,1%
Cabinet individuel	18	22,8%
Maison de santé pluridisciplinaire	23	29,1%

- Mode d'exercice en fonction de l'âge. (Tableaux croisés)

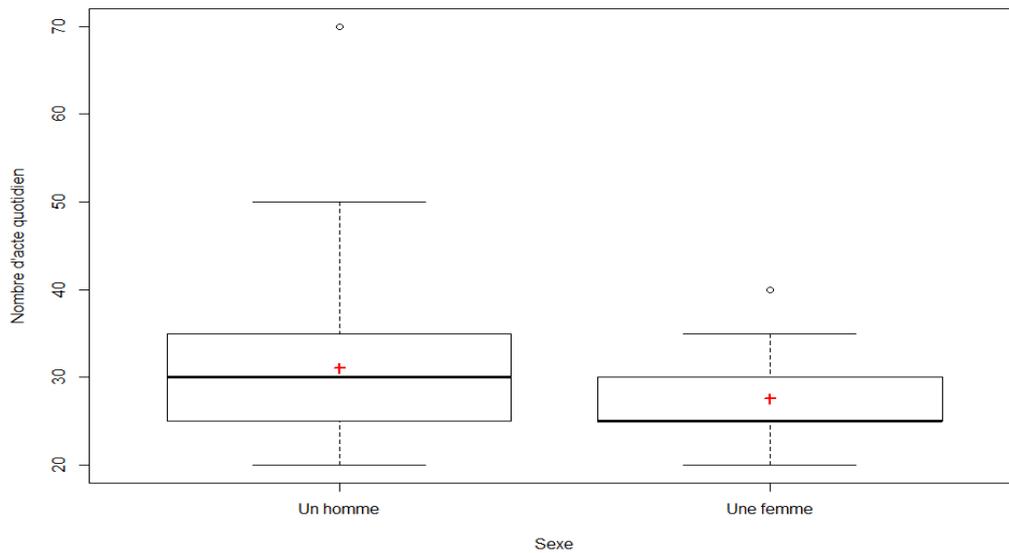
	Mode d'exercice			p-valeur
	Cabinet de groupe (n=38)	Cabinet individuel (n=18)	MSP (n=23)	
< 35 ans	6 (15,8)	2 (11,1)	3 (13,0)	0,410
35-45 ans	12 (31,6)	4 (22,2)	4 (17,4)	
46-55 ans	9 (23,7)	4 (22,2)	4 (17,4)	
56-65 ans	11 (28,9)	6 (33,3)	12 (52,2)	
> 65 ans	0 (0,0)	2 (11,1)	0 (0,0)	

- Nombre d'actes quotidiens en fonction de l'âge. (Comparaison de moyennes ou distributions selon effectifs et graphique avec box plots)

	Nombre d'acte quotidien	p-valeur
	Med [Q1 ; Q3]	
< 35 ans	25 [23 ; 30]	0,045
35-45 ans	27,5 [25 ; 33,75]	
46-55 ans	25 [25 ; 30]	
56-65 ans	30 [27,5 ; 35]	
> 65 ans	22,5 [20 ; 25]	



- Nombre d'actes quotidiens en fonction du sexe (Comparaison de moyennes ou distributions selon effectifs et graphique avec box plots)



	Nombre d'acte quotidien	p-valeur
	Med [Q1 ; Q3]	
Femme	25 [25 ; 30]	0,047
Homme	30 [25 ; 35]	

- Pourcentage de dossiers informatisés (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Dossiers informatisés (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Oui	76	96,2%
Non	3	3,8%

- Profil des médecins (âge, sexe, mode d'exercice) dont les dossiers ne sont pas informatisés. (Descriptif parmi les non informatisés)

Dossiers non informatisés (n=3)	
Âge	
56-65 ans	2 (66,7)
> 65 ans	1 (33,3)
Sexe	
Femme	1 (33,3)
Homme	2 (66,7)
Mode d'exercice	
Cabinet de groupe	1 (33,3)
Cabinet individuel	2 (66,7)

- Pourcentage de maîtres de stage ayant répondu au questionnaire (Biais de sélection)

Maître de stage (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Oui	67	84,8%
Non	12	15,2%

- Modalité pour trouver un remplaçant. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Comment avez-vous trouvé votre remplaçant (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Bouche à oreille	19	24,1%
Ancien stagiaire	40	50,6%
Site de remplacement	13	16,5%
Liste de l'ordre des médecins	2	2,5%
Autres	5	6,3%

- Les MSU ont-ils plus de remplaçant ancien stagiaire ?

Ancien stagiaire	MSU (n=67)	Non MSU (n=12)	P-valeur
Oui	40 (59,7)	0 (0,0)	<0,001
Non	27 (40,3)	12 (100,0)	

- Modalité pour les médecins non maîtres de stage à trouver leurs remplaçants.

Non-maîtres de stage universitaire (n=12)	
Modalité pour trouver le remplaçant	
Bouche à oreille	6 (50,0)
Site de remplacement	2 (16,7)
Autres	4 (33,3)

- Pourcentage de remplaçants habituels et ponctuels. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Remplaçant (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Habituel	57	72,2%
Ponctuel	22	27,8%

- Pourcentage des différents modes de rencontre avant le remplacement.
(Tableau avec effectifs et pourcentages)

Mode de rencontre (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Présentielle	56	70,9%
Téléphonique	19	24,1%
Par courriel	1	1,3%
Via le secrétariat	2	2,5%
Je ne rencontre pas le remplaçant	1	1,3%

- Caractéristiques des médecins ne rencontrant pas le remplaçant avant le remplacement.

Ne pas rencontrer le remplaçant(n=1)	
Âge	
56-65 ans	1 (100,0)
Sexe	
Femme	1 (100,0)
Mode d'exercice	
Cabinet de groupe	1 (100,0)
Maître de stage universitaire	
Non	1 (100,0)

- Utilité des transmissions médicales avant/après le remplacement.

Utilité des transmissions avant (n=79)	Avant	Après
Oui	77 (97,5)	77 (97,5)
Non	2 (2,5)	2 (2,5)

- Caractéristiques des médecins trouvant les transmissions avant/ après un remplacement inutiles.

	Transmissions avant inutiles (n=2)	Transmissions après inutiles (n=2)
	Âge	
35-45 ans	1 (50,0)	0 (0,0)
56-65 ans	1 (50,0)	2 (100,0)
	Sexe	
Homme	2 (100,0)	1 (50,0)
Femme	0 (0,0)	1 (50,0)
	Mode d'exercice	
Cabinet de groupe	1 (50,0)	1 (50,0)
Maison de santé pluridisciplinaire	1 (50,0)	1 (50,0)

- Format des transmissions médicales (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Sous quelle forme se présentent les transmissions médicales (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Manuscrite	61	77,2%
Orale	55	69,6%
Dossiers informatiques	61	77,2%
Dossiers papiers	7	8,9%
Je ne fais pas de transmission	0	0,0%

- Fréquence des transmissions avant et après en fonction des dossiers informatisés ou non.
- Les médecins sans dossiers informatisés sont-ils plus sollicités pendant la période de remplacement ? (Descriptif)

	Dossiers non informatisés (n=3)	Dossiers informatisés (n=76)	P- valeur
Transmission avant le remplacement			
Jamais	0 (0,0)	0 (0)	0,416
Parfois	1 (33,3)	10 (13,2)	
Souvent	0 (0,0)	12 (15,8)	
Toujours	2 (66,7)	54 (71,1)	
Transmission après le remplacement			
Jamais	0 (0,0)	3 (3,9)	0,322
Parfois	2 (66,7)	17 (22,4)	
Souvent	0 (0,0)	22 (28,9)	
Toujours	1 (33,3)	34 (44,7)	
Être sollicité pendant la période de remplacement			
Jamais	0 (0,0)	9 (11,8)	1,000
Parfois	3 (100,0)	65 (85,5)	
Souvent	0 (0,0)	1 (1,3)	
Injoignable	0 (0,0)	1 (1,3)	

- Fréquence de la réalisation des transmissions avant le remplacement. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Transmission avant le remplacement (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Jamais	0	0,0%
Parfois	11	13,9%
Souvent	12	15,2%
Toujours	56	70,9%

- Composition des transmissions avant le remplacement.

Les transmissions avant le remplacement concernent...	
La logistique (n=79)	
Oui	60 (75,9)
Non	19 (24,1)
Le secrétariat (n=79)	
Oui	50 (63,3)
Non	29 (36,7)
Le matériel (n=79)	
Oui	37 (46,8)
Non	42 (53,2)
Le réseau de soins (n=79)	
Oui	28 (35,4)
Non	51 (64,6)
Les patients (n=79)	
Oui	77 (97,5)
Non	2 (2,5)
Les visites au domicile prévues (n=79)	
Oui	52 (65,8)
Non	27 (34,2)
Je ne fais pas de transmissions (n=79)	
Oui	0 (0,0)
Non	79 (100,0)

- Fréquence de la réalisation de transmissions après le remplacement. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Transmission après le remplacement (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Jamais	3	3,8%
Parfois	19	24,1%
Souvent	22	27,8%
Toujours	35	44,3%

- Caractéristiques des médecins ne faisant pas de transmissions après le remplacement.

Ne pas faire de transmissions après (n=3).	
Âge	
35-45 ans	1 (33,3)
56-65 ans	2 (66,7)
Sexe	
Homme	1 (33,3)
Femme	2 (66,7)
Mode d'exercice	
Cabinet de groupe	2 (66,7)
MSP	1 (33,3)
Maitre de stage universitaire	
Non	1 (33,3)
Oui	2 (66,7)

- Comparaison de la fréquence des transmissions avant et après une période de remplacement.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	P-valeur
Avant	0,000	0,139	0,152	0,709	0,875
Après	0,038	0,241	0,278	0,443	

	Toujours	P-valeur
Avant	0,709	0,001
Après	0,443	

- Comparaison des transmissions ciblées avant et après le remplacement.

Les transmissions ciblées avant le remplacement concernent...		Les transmissions ciblées après le remplacement concernent...	
Patients fragiles (n=79)			
Oui	58 (73,4)		39 (49,4)
Non	21 (26,6)		40 (50,6)
Examens complémentaires en cours (n=79)			
Oui	48 (60,8)		40 (50,6)
Non	31 (39,2)		39 (49,4)
Patients en fin de vie (n=79)			
Oui	72 (91,1)		37 (46,8)
Non	7 (8,9)		42 (53,2)
Patients hospitalisés (n=79)			
Oui	23 (29,1)		40 (50,6)
Non	56 (70,9)		39 (49,4)
Patients à risques (n=79)			
Oui	30 (38,0)		22 (27,8)
Non	49 (62,0)		57 (72,2)
Problèmes en cours (n=79)			
Oui	76 (96,2)		72 (91,1)
Non	3 (3,8)		7 (8,9)
Je ne fais pas de transmissions (n=79)			
Oui	0 (0,0)		2 (2,5)
Non	79 (100,0)		77 (97,5)

- Être joignable pendant le remplacement. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Joignable pendant la période de remplacement (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Jamais	2	2,5%
Parfois	6	7,6%
Souvent	38	48,1%
Toujours	33	41,8%

- Sollicitation pendant le remplacement. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Être sollicité pendant la période de remplacement (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Toujours	0	0,0%
Souvent	1	1,3%
Parfois	68	86,1%
Jamais	9	11,4%
Je ne suis pas joignable	1	1,3%

- Caractéristiques des médecins sollicités durant la période de remplacement.

Médecins sollicités (n=69)	
Âge	
< 35 ans	8 (11,6)
35-45 ans	17 (24,6)
46-55 ans	15 (21,7)
56-65 ans	28 (40,6)
> 65 ans	1 (1,4)
Sexe	
Femme	22 (31,9)
Homme	47(68,1)
Mode d'exercice	
Cabinet de groupe	32 (46,4)
Cabinet individuel	16 (23,2)
Maison de santé pluridisciplinaire	21 (30,4)
Maître de stage universitaire	
Oui	62 (89,9)
Non	7 (10,1)

- Modalités des transmissions après le remplacement. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Transmissions (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Présentielle	10	12,7%
Téléphonique	25	31,6%
Courriel	6	7,6%
Via le secrétariat	3	3,8%
Je ne fais pas de transmission	3	3,8%

- Pourcentage de conséquences néfastes à cause d'un défaut ou d'un manque de transmissions. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Conséquences néfastes à cause d'un défaut ou manque de transmission (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Oui	21	26,6%
Non	58	73,4%

- Freins à la réalisation des transmissions en médecine de ville. (Tableau avec effectifs et pourcentages)

Freins à la réalisation des transmissions en médecine de ville (n=79)	Effectifs	Pourcentages
Manque de temps	42	53,2%
Manque de motivation	25	31,6%
Indisponibilité	13	16,5%
Inutilité car dossiers informatisés	22	27,8%
Peur du jugement	18	22,8%
Autres	14	17,7%

IV. DISCUSSION

Les transmissions sont essentielles à l'exercice médical, elles permettent la prise en charge du patient en toute sécurité. En effet, tout médecin se doit d'assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement ^{8 9}.

Parmi les 81 médecins interrogés, 97,5% font appel au médecin remplaçant au cours de leur carrière. L'étude a donc permis de recueillir les différentes pratiques de transmissions chez 79 médecins.

Nous mettons en évidence que le remplaçant est majoritairement représenté par un ancien stagiaire chez les MSU, et trouvé grâce au bouche à oreille chez les autres médecins.

La rencontre entre les deux praticiens avant le remplacement est présente dans 70,9% des cas et réalisée par téléphone dans 24,1% contre 12,7% de façon présente et 31,6% par téléphone après le remplacement. A noter que 1,3% des praticiens ne rencontre pas leur remplaçant avant et 3,8% après. Les transmissions sont réalisées le plus souvent sous forme manuscrite et les dossiers informatiques sont également considérés comme un support de transmission. Nous pouvons nous demander si le mode et le format de celles-ci influencent leur qualité. Tout en sachant que les transmissions orales et écrites ne se substituent pas mais se complètent ¹⁰.

Avant le remplacement, les transmissions concernent essentiellement la logistique, le secrétariat, les patients et les visites à domicile. Nous constatons que le réseau de soins et le matériel sont abordés dans moins de 50% des cas. Un protocole adapté

permettrait d'aborder toutes les composantes essentielles aux transmissions sans oublier.

70,9% des médecins généralistes déclarent faire des transmissions de façon systématique avant une période de remplacement, contre seulement 44,3% après le remplacement. Nous observons donc une diminution de près de 25% entre avant et après. Comment agir pour inciter les médecins à réaliser des transmissions autour du remplacement ? Il serait intéressant d'envisager la question au cours d'une thèse qualitative.

Une diminution de la réalisation des transmissions ciblées est également objectivée entre avant et après le remplacement. Nous constatons l'absence de transmissions dans 1,3% des cas uniquement après le remplacement. Cette absence de transmissions est-elle imputée aux médecins généralistes ou à leurs remplaçants ?

La période de remplacement peut générer des discontinuités dans la prise en charge du patient et donc être particulièrement propice aux erreurs ¹¹. Les transmissions médicales permettent de les éviter. Elles sont plus qu'un échange passif entre le médecin « émetteur » et le médecin « récepteur ». Il s'agit d'une interaction complexe qui a pour but de transmettre non seulement des informations mais également la responsabilité médicale.

97,5% des médecins interrogés trouvent les transmissions avant et après le remplacement utiles, pourtant elles ne sont pas réalisées de façon systématique. Les principaux freins retrouvés sont le manque de temps (53,2%) et le manque de motivation (31,6%). Près d'1/4 des praticiens déclarent avoir peur d'être jugés et

17,7% ont d'autres raisons. Une étude qualitative complémentaire permettrait d'étudier l'ensemble des freins.

L'élaboration d'une méthode standardisée permettrait de pallier à ces freins modifiables. En effet, une revue systématique de la littérature s'intéressant aux transmissions médicales a retenu 46 articles publiés entre 1987 et 2008 ¹². Les auteurs ont identifié 140 stratégies et 91 barrières. La standardisation est la stratégie la plus fréquemment proposée avec 44 % des études qui s'y réfèrent. Elle se décline dans les aspects suivants : la préparation, le déroulement, le recours à des techniques spécifiques, le style de communication, l'utilisation de supports, le recours à des moyens technologiques, l'utilisation de moyens mnémotechniques, le retour de l'auditeur. Les échanges entre médecins sont harmonisés par cette structure qui augmente leur qualité et réduit significativement le risque d'oublis.

De plus, 26,6% des médecins généralistes déclarent que le manque ou le défaut de transmissions autour du remplacement sont responsables de conséquences néfastes sur la prise en charge du patient. Seifert et al. ¹³ ont récemment observé que 80 % des erreurs médicales seraient liées à des erreurs de communication incluant les déficits de transmission. Ainsi, lorsqu'elles sont mal conduites, les transmissions ont parfois de lourdes conséquences sur la prise en charge des patients qui sont évitables ^{14 15}. Elles peuvent conduire à une inefficacité des soins, à la répétition d'examen, à la réalisation d'examen inutiles ¹⁶ voire à des réhospitalisations évitables ^{17 18}. Dans le domaine chirurgical il apparaît de façon similaire au sein d'une revue de 146 erreurs que 41 d'entre-elles (28 %) étaient liées à des erreurs de transmission ¹⁹.

Plutôt que d'être inconsciemment associées à une potentielle source d'erreurs et de perte de continuité, les transmissions pourraient bénéficier d'un vrai changement de paradigme. En effet, il faut les considérer comme une opportunité d'améliorer le devenir du patient par un regard nouveau sur une prise en charge.

Aussi, la réalisation de transmissions adaptées permet d'entretenir une relation de confiance entre les différents praticiens. Et également de créer cette relation entre le médecin remplaçant et la patientèle. En effet, elles facilitent la prise en charge du patient grâce aux informations reçues²⁰. Nous pouvons penser que cela se reflète par le fait que 70,4% des remplaçants sont habituels.

L'étude n'a pas permis de mettre en évidence de différences statistiquement significatives de pratiques concernant les transmissions en fonction des caractéristiques du médecin généraliste. Cela s'explique probablement par le faible nombre de participants. En revanche elle objective que les hommes et les médecins âgés de 56 à 65 ans sont ceux qui réalisent le plus d'actes quotidiens.

Elle souffre aussi de plusieurs biais, le biais de désirabilité sociale même si le questionnaire est anonyme, les médecins par peur d'être jugés peuvent répondre faussement aux questions posées en répondant ce qu'il faudrait faire et non ce qu'ils font. Le biais de sélection est présent puisque la majorité des médecins interrogés sont des MSU (84%), leur formation peut induire des réponses qui ne reflètent pas la pratique générale. Le biais de volontariat est également possible, les caractéristiques des personnes répondant au questionnaire de façon volontaire ne reflètent pas la majorité des pratiques.

Dans le milieu hospitalier, les transmissions sont codifiées dans plusieurs secteurs et se réalisent de façon systématique entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Pour quelles raisons ceci ne s'applique-t-il pas en médecine générale ?

Actuellement, il n'existe pas à notre connaissance de protocole encadrant la réalisation des transmissions entre médecins autour d'une période de remplacement en médecine de ville. Cette recherche originale est la première étape de l'élaboration de bonnes pratiques aidant la réalisation de transmissions médicales de bonne qualité, permettant ainsi la continuité des soins en toute sécurité. En effet nous avons besoin de savoir ce qui est fait pour pouvoir proposer un protocole standardisé et adapté aux transmissions.

Pour conclure, les transmissions médicales représentent un enjeu majeur au niveau de la sécurité des patients. Nous objectivons grâce à cette recherche que les transmissions en médecine générale ne sont pas réalisées de façon systématique et complète. Cela peut engendrer une perte d'informations et être responsable d'erreurs. La standardisation du processus de transmission, l'entraînement aux méthodes de communication et l'utilisation de moyens mnémotechniques se sont révélés efficaces pour diminuer les erreurs médicales. La compétence spécifique de restituer la problématique d'un patient de manière concise lors des transmissions médicales doit faire partie intégrante de la formation ²¹.

Par la suite, questionner les médecins remplaçants sur leurs pratiques permettrait de compléter cette thèse et de réaliser une comparaison des données. Le recueil de ces informations associé à la réalisation de thèses qualitatives semble essentiel à

l'élaboration d'un protocole de bonnes pratiques concernant les transmissions médicales en ambulatoire.

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#>
2. Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000555170>
3. Sous-section 3 : Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé. (Articles R4127-56 à R4127-68) - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006912933/2004-08-08/>
4. Boucheix J-M, Coiron M. Analyse de l'activité de transmission écrite au cours des relèves de poste à l'hôpital. Évaluation ergonomique de l'usage d'un nouveau format d'écriture. Activités [Internet]. 2008 [cité 21 sept 2020];05. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/activites/1949>
5. Nebout S. La transmission médicale en Réanimation : état des lieux et comparaison des pratiques en CHU et hors- CHU [Internet] [Mémoire de DES : Anesthésie-Réanimation]. [Paris]; 2013. Disponible sur: http://medias.desar.org/Memoires-Theses/Memoires/2013/c_Nebout_Sophie_web.pdf
6. Leotsakos A, Zheng H, Croteau R, Loeb JM, Sherman H, Hoffman C, et al. Standardization in patient safety: the WHO High 5s project. Int J Qual Health Care. 2014;26:109-16.
7. Horwitz LI, Moin T, Krumholz HM, Wang L, Bradley EH. Consequences of inadequate sign-out for patient care. Arch Intern Med. 2008;168:1755-60.
8. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo l u m e . :8.
9. Les compétences du médecin généraliste | Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/les-competences-du-medecin-generaliste>
10. Clavagnier I. Les transmissions écrites et orales. L'aide soignante. 2014;28:25-7.
11. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. BMJ. 2000;320:791-4.
12. Riesenber LA, Leitzsch J, Massucci JL, Jaeger J, Rosenfeld JC, Patow C, et al. Residents' and attending physicians' handoffs: a systematic review of the literature. Acad Med. 2009;84:1775-87.
13. Seifert PC. Implementing AORN recommended practices for transfer of patient care information. AORN J. 2012;96:475-93.
14. Petersen LA, Brennan TA, O'Neil AC, Cook EF, Lee TH. Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? Ann Intern Med. 1994;121:866-72.

15. Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:401-7.
16. Halverson AL, Casey JT, Andersson J, Anderson K, Park C, Rademaker AW, et al. Communication failure in the operating room. *Surgery*. 2011;149:305-10.
17. Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch Intern Med*. 2004;164:545-50.
18. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 2003;18:646-51.
19. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*. 2003;133:614-21.
20. Colombier L. La qualité d'écoute des médecins généralistes : étude qualitative de l'opinion des patients dans le département du Cher [Internet] [Thèse d'exercice]. [UFR de Médecine]: Tours; 2017.
21. Berlincourt F, Rebell D, Gachoud D, Monti M. Sécurité des patients : importance des transmissions médicales [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. 2017 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-584/Securite-des-patients-importance-des-transmissions-medicales>

VI. ANNEXES

Annexe n° 1 : Questionnaire : État des pratiques : Transmission entre médecin généralistes et remplaçant.

QUESTIONNAIRE POUR LA THESE DE DOCTEUR EN MEDECINE
Madame Mathilde LEFEBVRE, médecin généraliste (faculté de médecine de Lille)
Direction : Docteur Maurice PONCHANT

État des pratiques : Transmission entre médecins généralistes et remplaçants

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant et faisant l'objet de traitements sous la responsabilité de Me. Mathilde Lefebvre. Vous pouvez l'exercer en lui adressant un mail à mathilde.lefebvre.etu@univ-lille.fr

Ce questionnaire a pour but de faire un état des lieux sur les différentes pratiques concernant les transmissions du médecin généraliste faite au médecin remplaçant durant la période de remplacement.

1. Faites-vous appel à un remplaçant dans le cadre de votre exercice ?
Oui Non

Pour les personnes ayant répondu par non le questionnaire est terminé.

2. Vous êtes :
Un homme Une femme

3. Quel âge avez-vous ? :
< 35 ans 35-45 ans 46-55 ans 56-65 ans > 65

4. Quel est votre principal mode d'exercice :
Cabinet individuel Cabinet de groupe Maison de santé pluridisciplinaire EHPAD

5. Votre zone d'exercice est :
Urbaine > 2000 habitants Semi-rurale Rurale < 2000 habitants

6. Quel est votre nombre d'acte quotidien.
_____ actes quotidiens

7. Les dossiers médicaux sont-ils informatisés ?
Oui Non

8. Êtes-vous Maître de stage universitaire ?
Oui Non

9. En général comment trouvez-vous votre remplaçant ?
Bouche à oreille Ancien stagiaire Site de remplacement Liste de l'ordre des médecins
Autres

10. Dans la majorité des cas le médecin remplaçant est :
Habituel Ponctuel

11. Avant le remplacement comment rencontrez-vous le remplaçant ?
Présentielle Téléphonique Par courriel Via le secrétariat
Je ne rencontre pas le remplaçant

12. Selon vous les transmissions médicales avant une période de remplacement sont-elles utiles :
Oui Non

13. Avant la période de remplacement, faites-vous des transmissions ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

14. Vos transmissions concernent ? (Plusieurs réponses possibles)
La logistique Le secrétariat Le matériel Le matériel Les patients Les visites au domicile prévues Je ne fais pas de transmissions

15. Sous quelle forme se présentent les transmissions médicales ? (Plusieurs réponses possibles)
Manuscrite Orale Dossiers médicaux informatiques Dossiers médicaux papiers
Je ne fais pas de transmissions médicales

16. Faites-vous des transmissions ciblées concernant les :
Patients fragiles Examens complémentaires en cours Patient en fin de vie Patients hospitalisés Patients à risques Problèmes en cours Je ne fais pas de transmissions

17. Pendant la période de remplacement êtes-vous joignable ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

18. Avez-vous souvent été sollicité pendant la période de remplacement ?
Toujours Souvent Parfois Jamais Je ne suis pas joignable

19. Après la période de remplacement faites-vous des transmissions ?
Toujours Souvent Parfois Jamais Je ne fais pas de transmission

20. Sous quelles formes se font ces transmissions ?
Présentielle Téléphonique Courriel Papier Via le secrétariat
Je ne fais pas de transmissions

21. En général, les transmissions concernent les ? (Plusieurs réponses possibles)
Patients fragiles Examens complémentaires en cours Patients en fin de vie Patients hospitalisés Patients à risques Problèmes rencontrés Je ne fais pas de transmissions

22. Selon vous les transmissions médicales après une période de remplacement sont-elles utiles :
Oui Non

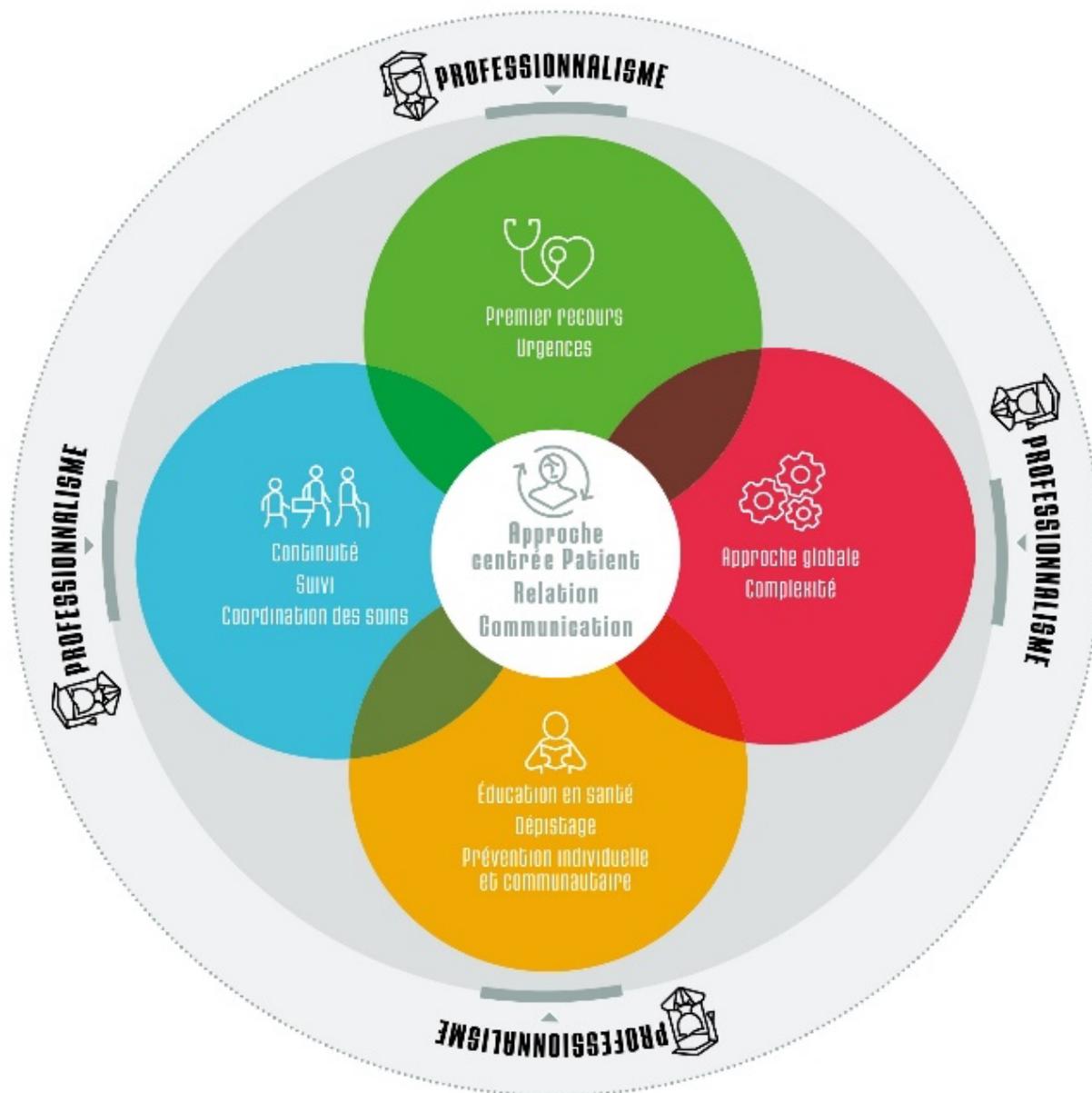
23. Un défaut ou manque de transmission a-t-il déjà eu des conséquences néfastes sur la prise en charge d'un de vos patients ?
Oui Non

24. Selon vous, quels sont les freins à la réalisation de transmissions en médecine de ville ? (Plusieurs réponses possibles)
Manque de temps Manque de motivation Indisponibilité Inutilité car dossiers informatisés
Peur du jugement

Je vous remercie d'avoir répondu au questionnaire.



Annexe n° 3 : Marguerite des compétences du médecin généraliste



AUTEUR : Nom : LEFEBVRE

Prénom : Mathilde

Date de soutenance : Jeudi 22 octobre 2020

Titre de la thèse : État des lieux : Transmissions entre médecins généralistes et remplaçants.

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Étude Observationnelle – Médecine générale

DES + spécialité : DES Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale - Remplacement - Transmissions médicales - Sécurité du patient - Continuité des soins

Introduction :

En 2019, les Hauts de France dénombraient 11399 médecins généralistes et 867 médecins remplaçants, soit 7,6% de médecins remplaçants. La continuité des soins en médecine de ville est indispensable et les transmissions sont essentielles à la prise en charge globale du patient en toute sécurité. Le but de l'étude était de réaliser un état des lieux des pratiques concernant les transmissions médicales réalisées entre les médecins généralistes et leurs remplaçants autour d'une période de remplacement. Et dans un second temps discuter d'un protocole reprenant « les bonnes pratiques » et permettant la continuité des soins.

Matériels et Méthodes :

Étude prospective, observationnelle et descriptive, réalisée de juin 2020 à août 2020 à partir d'un auto-questionnaire en ligne envoyé par mail aux médecins généralistes installés dans les Hauts de France. Les réponses au questionnaire se faisaient de manière déclarative et sur la base du volontariat. Les données étaient recueillies grâce au logiciel Lime Survey qui permettait l'enquête statistique, le sondage et la création de formulaires en ligne. Après réception des réponses, une analyse par logiciel R sous R Studio permettait l'interprétation des données. Les noms des médecins n'étaient pas connus, ils étaient indexés selon la date et l'heure de réponse. Nous avons également utilisé box plots pour la réalisation des différents graphiques présents dans l'étude. Les médecins ne faisant pas appel aux médecins remplaçants étaient exclus dès la première question.

Résultats :

Parmi les 81 médecins interrogés, 97,5% faisaient appel aux médecins remplaçants au cours de leur carrière. L'étude recueillait donc les pratiques de 79 praticiens. 70,9% déclaraient faire des transmissions de façon systématique avant la période de remplacement et 44,3% après le remplacement. Les transmissions avant le remplacement se composaient à 97,5% des patients, 75,9% de la logistique, 65,8% des visites à domicile, 63,3% du secrétariat, 46,8% du matériel et 35,4% du réseau de soins. La rencontre avant le remplacement était présente dans 70,9% des cas et par téléphone dans 24,1% contre 12,7% de façon présente et 31,6% par téléphone après le remplacement. 1,3% des praticiens ne rencontraient pas leur remplaçant avant et 3,8% après. 59,7% des médecins remplaçant les MSU étaient des anciens stagiaires. 26,6% des praticiens affirmaient que le manque ou le défaut de transmissions étaient responsables de conséquences néfastes sur la prise en charge du patient. Enfin, les différents freins à la réalisation des transmissions étaient à 53,2% dû à un manque de temps, 31,6% un manque de motivation, 27,8% les trouvaient inutiles devant la présence de dossiers informatisés, 22,8% par peur de jugement, 16,5% secondaire à l'indisponibilité du praticien et 17,7% l'expliquaient par d'autres causes.

Discussion :

La réalisation des transmissions en ambulatoire autour d'une période de remplacement n'est pas standardisée. Cette recherche originale est la première étape à l'élaboration d'un protocole permettant la réalisation de transmissions médicales de bonnes qualités et donc la continuité de la prise en charge du patient en toute sécurité. En effet nous avons besoin de savoir ce qui est fait pour pouvoir proposer un protocole standardisé et adapté à la médecine générale.

Composition du Jury :

Président : Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Professeur Marc BAYEN, Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse : Docteur Maurice PONCHANT

