

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 20 14

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : IREKTI Prénoms : Fatiha
Date et Lieu de naissance : 13/01/1983 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 02/10/2014

Evaluation de la qualité des lettres d'adressage des médecins généralistes à destination des médecins spécialistes

Président de thèse : **Professeur HAMMEL Pascal**

Directeur de thèse : Cartier Thomas

DES Médecine générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal Hammel

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre respect.

A Monsieur le Professeur Coffin Benoit

Nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté de juger notre travail. Que cette thèse soit l'expression de notre reconnaissance et notre respect.

A Monsieur le Professeur Ravery Vincent

Vous avez accepté de siéger dans notre jury et nous vous en remercions vivement. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre respect.

A Monsieur le Docteur Cartier Thomas

De l'intention à la réalisation de cette thèse, tout au long de mon stage, et en tant que collègue tu as été disponible et de bons conseils,

Merci de m'avoir proposé ce travail.

Merci de ta confiance.

A mes parents, merci pour votre soutien

A mon frère et mes sœurs,

A mes neveux et nièces

A Smail, mon mari

A mes amies avec qui furent présentes toutes ces années : Chiva,
Elodie, Sabrina, Clotilde, Carine, Johanna, Fleur, Lydie, Stéphanie,

A Paméla

A Simona, avec qui on a refait le monde à la BIUM

Aux co-internes devenus des amis : Bruno et Rym

A Pierrick, Alexandre et Ozkan

ABREVIATIONS

ATCD: antécédent

C.A. Douleur: centre anti douleur

CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique & de la qualité
en Aquitaine

Contexte PS: contexte psychosocial

DMP: dossier médical personnel

ECP: examen complémentaire

HAS: Haute Autorité de Santé

MDV: mode de vie

MG: médecin généraliste

SFMG : Société Française de Médecine Générale

WONCA: World Organization of National Colleges

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	8
A.	Pourquoi adresser un patient à un spécialiste	8
B.	Le rôle de coordinateur du médecin généraliste.....	12
C.	Places administratives et juridiques du courrier médical	15
	1. Le courrier régi par le code de déontologie	15
	2. Les recommandations de l'Ordre des Médecins.....	17
D.	L'importance de la qualité des lettres d'adressage.....	19
	1. Le patient poly-pathologique	19
	2- Evaluation de la qualité des courriers des médecins généralistes	20
E.	Objectifs	25
	1. Objectif principal.....	25
	2. Les objectifs secondaires	25
II.	METHODOLOGIE.....	26
A.	Terrain d'étude	26
B.	Mise en contact avec les spécialistes.....	27
C.	Mode de recueil des courriers	27
D.	Gestion des données.....	28
E.	Définitions des critères	28
III.	RESULTATS.....	31
A.	Description des courriers	31
	1. Répartition des courriers en fonction du lieu et de la spécialité	33
	2. Répartitions des courriers en fonction des spécialités	34
B.	Analyse de la qualité des courriers.....	35
	1. Présence de chaque critères dans l'ensemble des courriers.....	35
	2. Comparaison avec les résultats de la thèse de Cartier.....	37
	3. Présence des critères en fonction des spécialités	38
	4. Répartition des courriers en fonction du nombre total de critères présents par lettre d'adressage.	39
C.	Comparaison des courriers en fonction des spécialités.....	40
D.	Comparaison des courriers à destination des spécialistes de ville et des hospitaliers	41

E.	Comparaison courriers en fonction du support rédactionnel	42
1.	Comparaison des courriers en fonction de la typologie	42
2.	Présence des critères de qualité en fonction de la typologie des courriers	43
IV-	DISCUSSION	44
A-	Qualité des courriers analysés (objectif principal)	44
B-	Objectifs secondaires	49
1-	Différence entre les courriers en fonction du lieu d'exercice (ville ou hôpital)	49
2-	Différence des courriers en fonction des spécialités	49
3-	Comparaison des résultats des courriers des dermatologues versus la thèse de Genest « La dermatologie en médecine générale : rôle et enjeux de la correspondance médicale » (28)	50
4-	Discussion sur les différents supports de rédaction du courrier	51
C-	Les limites	54
1-	Les points faibles de l'étude	54
2-	Les points forts de l'étude	55
3-	Le choix des critères	56
D-	Perspectives pour améliorer les pratiques des médecins généralistes	64
1-	Promouvoir l'importance du courrier d'adressage.....	64
2-	Utilisation de logiciels informatiques pour la rédaction des courriers	66
2-	Lettre standardisée pour les médecins réfractaires à l'informatique	68
3-	Dossier médical personnel (DMP)	70
V-	CONCLUSION	72
	Annexe 1.....	76
	Annexes 2.....	77
	Bibliographie	83

LISTES DES TABLES

<u>Table 1</u>	24
<u>Table 2</u>	33
<u>Table 3</u>	34
<u>Table 4</u>	35
<u>Table 5</u>	37
<u>Table 6</u>	43
<u>Table 7</u>	44

LISTES DES FIGURES

<u>Figure 1</u>	22
<u>Figure 2</u>	31
<u>Figure 3</u>	36
<u>Figure 4</u>	38
<u>Figure 5</u>	39
<u>Figure 6</u>	40
<u>Figure 7</u>	42
<u>Figure 8</u>	43

I- INTRODUCTION

A. Pourquoi adresser un patient à un spécialiste

Le médecin est tenu de proposer aux patients la meilleure prise en charge possible y compris en l'adressant à ses confrères lorsque le problème dépasse ses capacités à le résoudre dans le cadre du colloque singulier. L'article 60 du code de déontologie (1) le rappelle en ces termes :

«Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice. S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade. A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient».

Les raisons qui amènent un médecin généraliste à adresser un patient à un spécialiste sont multiples :

- limitation de ses connaissances (avis diagnostic, avis thérapeutique, maladies rares...)
- adressage pour réalisation d'un geste technique (infiltration, endoscopie, geste chirurgical, ...)
- liées à la réglementation : médicaments à prescription initiale hospitalière.
- à la demande du patient

Dans sa thèse, étudiant 217 courriers de médecins généralistes, R. Chalhoub (2) retrouve les motifs d'adressage suivants :

- aide au diagnostic : 40,5%
- avis simple : 28%
- avis thérapeutique : 21%
- réassurance : 8,2%
- conduite à tenir : 3%
- bilan : 2%
- Débarras : 1,4%
- actes techniques : 1 %
- autres : 7%.

Une étude bourguignonne (3) a étudié le motif de recours aux spécialistes, elle retrouve :

- aide au diagnostic : 64%
- actes techniques 56%
- avis thérapeutique : 26%
- suivi régulier 10%.

Quelle que soit la raison de l'adressage d'un patient à un collègue spécialiste la transmission d'informations médicales est nécessaire. Cette transmission d'information peut se faire sous plusieurs formes : orale ou écrite.

La communication orale peut être directe : il s'agit dans ce cas de médecins travaillant dans la même structure. Il en est ainsi pour les médecins hospitaliers : un médecin peut aller discuter du dossier du patient directement avec un autre collègue d'une autre spécialité ou lors de réunions pluridisciplinaires. Un médecin généraliste installé dans un cabinet pluridisciplinaire peut demander un avis directement à son collègue.

La communication orale peut aussi se faire par l'intermédiaire du téléphone. En médecine générale, l'appel téléphonique est utilisé dans un tiers des adressages, dans le but d'accélérer le rendez-vous dans 25% des cas, et pour discuter de la prise en charge du patient dans 20% des cas. (4)

Une étude (5) évaluant les moyens utilisés par les médecins généralistes de la région parisienne dans la cadre de la coordination du parcours de soins révèle que 40% des médecins généralistes utilisent le téléphone pour contacter des spécialistes libéraux lors de l'adressage des patients.

La communication peut être écrite par le biais d'une lettre qui peut être manuscrite ou imprimée.

La lettre peut être faxée. Le fax présente certains avantages, comme celui d'être facile et rapide d'utilisation. C'est un moyen de transmission qui peut permettre de gagner du temps. Par exemple, l'équipe de sénologie de Saint Louis propose ainsi au médecin de faxer un courrier pour les demandes de biopsies du sein et c'est le médecin hospitalier qui fait le tri et convoque les patientes.

Le fax pose le problème éthique du secret professionnel en cas de fax partagé entre plusieurs professionnels médicaux voir avec des agents administratifs. (6)

Mais c'est le plus souvent un courrier papier qui est remis au patient, qui l'apportera au spécialiste le jour de la consultation.

La lettre peut aussi être envoyée par voie postale ou par mail, via des plates-formes médicales sécurisées.

Selon l'étude de Bournot de 2008 (4) qui a étudié la place du médecin généraliste de 5 régions (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Pays de Loire, Provence Alpes-Côte d'Azur) dans le parcours de soin, une lettre est rédigée par les médecins généralistes dans 95% des adressages.

L'étude d'Assyag (5) de 2014, qui a évalué la place du médecin généraliste de l'Île de France dans le parcours de soins, le courrier est utilisé dans 50% des adressages.

Différentes études ont évalué l'adressage des patients à un spécialiste par un médecin généraliste:

- Entre juin 2002 et janvier 2003 la DREES a mené une enquête sur les consultations et les visites des médecins généralistes, 5% de leurs consultations se terminent par un adressage aux spécialistes. (7)
- La Société Française de Médecine Générale a fait une étude sur 750 médecins généralistes et retrouve ce même taux d'adressage de 5%. (8)
- Dans sa thèse portant sur une analyse des courriers des 20 médecins généralistes d'Angers, Chalhoub (2) retrouve un taux d'adressage à 3%.
- L'enquête ESPS (Enquête Santé et Protection Sociale) (9) menée en 2008, donc après la mise en place du médecin traitant, retrouve un taux d'adressage plus important de 19,86%.

Une étude menée par la DREES en 2007 (10) révèle que 80% des patients consultent leur médecin traitant avant de consulter un spécialiste.

Les médecins généralistes adressent à des médecins spécialistes libéraux dans 80 à 90% selon les études de Bournot (4) et d'Assyag. (5)

B. Le rôle de coordinateur du médecin généraliste

Le médecin généraliste a un rôle particulier dans les soins pour son patient comme le montre la définition de la médecine générale par la WONCA Europe 2002 (11) : la « *médecine de premier recours* », et « *elle utilise de façon efficace les ressources du système de santé pour la coordination des soins et la gestion du recours aux spécialistes* ». Les médecins généralistes ont à ce titre un rôle de coordination ce qui implique l'adressage du patient à un spécialiste. Mais il est également chargé de centraliser toutes les informations médicales (comptes rendus d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisations...) du patient.

Ce rôle de coordinateur nécessite une communication avec les autres professionnels de santé notamment les médecins spécialisés.

La réforme de l'assurance maladie a mis en place en 2004 « le parcours de soins » qui est un processus par lequel un patient est obligé de consulter un médecin généraliste pour pouvoir consulter un médecin spécialiste ou un professionnel paramédical, dans la littérature ce système est également appelé gatekeeping.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 2008 (12) le système de gatekeeping contribue à :

- une satisfaction accrue des services
- des traitements mieux suivis et de taux d'hospitalisations réduits
- une diminution du recours à des services spécialisés et d'urgence
- une diminution du nombre de consultations de spécialistes
- une utilisation plus efficace des ressources
- une meilleure compréhension des aspects psychologiques des problèmes d'un patient
- un recours accru à des soins préventifs par les adolescents
- une protection contre des traitements excessifs

De nombreux pays comme le Royaume Uni, le Danemark, l'Espagne se sont appuyés sur ce système de gatekeeping.

Ce système de gatekeeping n'a été appliqué en France qu'à partir de janvier 2005 avec la réforme de l'assurance maladie de 2004 (13)

Les cas de non-respect du parcours de soins sont les suivants :

- de non déclaration d'un médecin traitant
- de consultation d'un médecin généraliste autre que celui désigné comme médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou hors résidence)
- de consultation directe d'un médecin spécialiste sans adressage préalable par un médecin traitant sauf pour :
 - la pédiatrie (jusqu'à 16 ans)
 - la gynécologie :
 - les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage,
 - la prescription et le suivi d'une contraception,
 - le suivi des grossesses,
 - l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse
 - l'ophtalmologie pour les actes suivants :
 - prescription et renouvellement de verres correcteurs,
 - les actes de dépistage et de suivi du glaucome.
 - la psychiatrie, la neurologie et la neuropsychiatrie pour les patients âgés de moins de 26 ans.

Ce dispositif qui a été mis en place en vue de limiter les dépenses de l'Etat dans le domaine de la santé, implique de déclarer un « médecin traitant » et pour consulter un spécialiste le patient doit être adressé par son médecin traitant. En cas de non-respect de ce parcours, le remboursement par l'assurance maladie de la consultation va passer de 70% à 30%, la part de l'organisme complémentaire reste à 30%, il reste donc à la charge du patient 40% au lieu de zéro. (14)

Dans ce système, la lettre d'adressage rédigée par le médecin généraliste prend donc une grande place puisqu'elle est le lien nécessaire pour attester du respect du parcours de soins par le patient.

C. Places administratives et juridiques du courrier médical

1. Le courrier régi par le code de déontologie

Le code de Déontologie médicale qui s'appuie sur le Code de Santé Publique (CSP), encadre les droits et les devoirs du médecin dans l'exercice de ses fonctions.

Différents articles du Code de Déontologie (1) abordent la question de la communication écrite entre médecins :

- Article 45 (article R.4127-45du CSP)

«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 [...] Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.»

- Article 64 (article R.4127-6 du CSP) :

«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»

Ces deux articles rappellent l'obligation entre médecins qui participent aux soins d'un même patient de se communiquer les informations médicales de ce dernier.

- Article 76 (article R.4127-76 du CSP) aborde la forme du courrier :

«[...] Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.»

Le Code de déontologie impose au médecin de constituer un dossier médical pour chaque patient, et de communiquer les informations aux confrères sollicités pour les soins d'un patient mais le contenu du courrier médical n'est pas « formalisé ». Il précise juste que le courrier doit être lisible, daté et que le rédacteur doit être identifiable. Le médecin a toute liberté de choisir les informations qu'il va communiquer. Le courrier médical appartient au patient et la transmission de données médicales le concernant ne peut se faire sans son accord.

Il doit être considéré comme relevant du secret médical

2. Les recommandations de l'Ordre des Médecins

L'Ordre National des Médecins a établi un texte donnant des conseils sur la rédaction des courriers entre médecins. (6)

Ce texte évoque la forme du courrier qui doit contenir :

- l'identification du rédacteur du courrier
- la date le courrier
- l'obligation de confraternité (formule de politesse, préférer le vouvoiement)
- éviter de donner au courrier un ton trop personnel et éviter l'humour au détriment du patient.

Cette recommandation évoque le contenu devant figurer dans les courriers mais de façon peu précise, il stipule simplement que s'agissant d'une situation de « secret médical partagé » le médecin traitant ne doit communiquer que les informations médicales nécessaires au médecin spécialiste pour son intervention. Il ne doit pas, sauf exception, transmettre tout le dossier médical :

«Le courrier, que les médecins échangent à propos d'un patient, concrétise et consacre le secret médical partagé. Ce secret ne lui étant pas opposable, ce courrier doit lui être accessible et compréhensible. Il appartient donc au médecin d'écrire, avec délicatesse et précision, les éléments indispensables à son correspondant, tout en évitant de heurter la sensibilité et de détruire l'espérance du patient. Enfin, il faut garder à l'esprit, en écrivant cette lettre, que celle-ci deviendra une pièce du dossier»

Dans ce texte, le Conseil de l'Ordre National des Médecins évoque d'autres aspects de la correspondance (comme les différents destinataires) mais comme le code de déontologie il ne détaille pas tous les éléments que devrait contenir un courrier d'adressage : quelles sont les informations à communiquer : tous les antécédents ? Le traitement mis en place ?...

Or, il ne suffit pas de s'accorder sur la forme du document ; la précision des informations demeure indispensable pour une bonne prise en charge par le médecin-correspondant au risque de malentendus, de confusions, voire d'erreurs qui peuvent amener ce dernier à recontacter le médecin-traitant notamment dans le cas où le patient n'est pas en mesure de renseigner le praticien sur son dossier médical.

Ainsi, tout comme dans le Code de Déontologie, pour le conseil de l'Ordre des médecins le choix des données du courrier reste libre et sous la responsabilité du praticien avec l'obligation de respecter le secret médical et le consentement libre du patient, ce qui laisse probablement place à une grande hétérogénéité de la qualité des écrits médicaux.

D. L'importance de la qualité des lettres d'adressage.

1. Le patient poly-pathologique

Selon la Wonca (11) le médecin généraliste « *gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient* », en « *[basant] sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires* »

Les informations médicales contenues dans une lettre d'adressage sont déterminantes pour le suivi du patient, d'autant plus chez les patients poly-pathologiques qui sont complexes à traiter.

L'étude Polychrome (15) a montré que les consultations de patients poly-pathologiques représente jusqu'à 31,8% des consultations en médecine générale. Dans cette étude la définition d'un patient poly-pathologique est un patient atteint d'au moins deux pathologies qui nécessitent une récurrence des recours sur une période longue (au moins deux contact par an) avec un retentissement sur la qualité de vie.

Cette même étude constate que plus de quatre personnes de 16 ans et plus sur dix sont atteintes de poly pathologies chroniques.

Le fait d'être adressé avec une lettre contenant toutes les informations sur l'état de santé du patient peut permettre d'éviter des interactions médicamenteuses, la redondance des examens complémentaires. Les patients ne sont pas toujours capable de donner les informations sur leurs problèmes de santé (nommer leurs pathologies, donner le nom des examens complémentaires réalisés, citer leurs

traitements,...) d'autant plus s'ils sont complexes ou s'il existe une barrière de la langue.

Carney (16) a évalué la présence des traitements dans les courriers des médecins généralistes, sur 46 patients inclus, 22% ne connaissaient pas leur traitement

Selon le rapport de l'HAS de 2005,(17) les personnes âgées de plus de 65 ans consomment en moyenne 3,6 médicaments par jour.

Par son rôle de médecin coordinateur le médecin généraliste est celui qui connaît le mieux son patient.

Ainsi la qualité des informations contenues dans les lettres d'adressage peut être déterminante pour la qualité et la sécurité des soins accordés au patient.(18)

2- Evaluation de la qualité des courriers des médecins généralistes

Pour son travail de thèse, Cartier (19) a effectué une revue de la littérature sur les courriers d'adressage des médecins généralistes vers les médecins spécialistes. L'objectif principal de son travail était d'évaluer la qualité des lettres d'adressage issues des médecins généralistes à destination des spécialistes, qualité qui a été mesurée en termes d'exhaustivité du contenu.

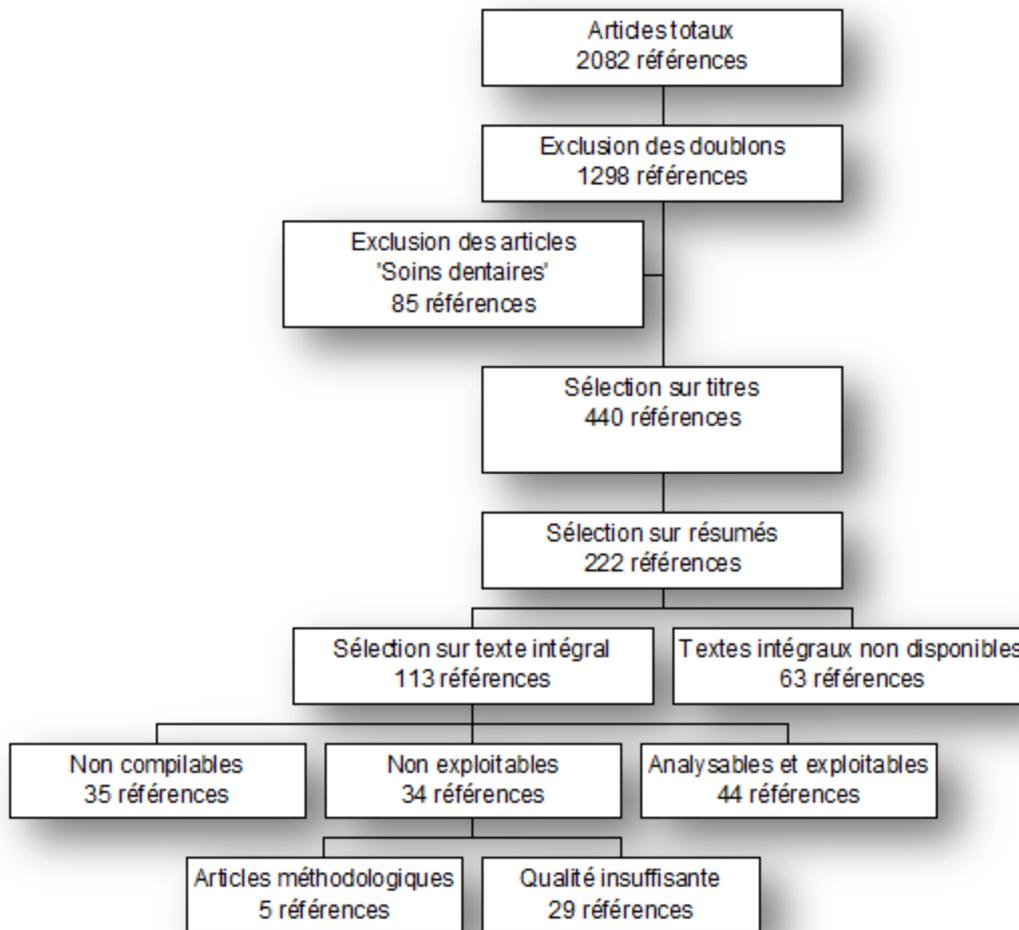
Il a interrogé quatorze bases de données (Medline, The Cochrane Library, Biosis, Embase, Pascal, BDSP, OPEN sigle, Psydoc, National library for public Health Specialist, ISI-web of science, ISI current Contents, Academic search Premier, King's Fund Publications, University of York).

Les mots clefs étaient: "referral", "letters", "correspondence".

La recherche a sélectionné 2082 articles, après analyse des articles il en a retenu 49 dont 5 de très bonnes méthodologies. L'ensemble de ces articles représente 15171 courriers. Tous les articles sont issus de la littérature anglophone (et plus de la moitié sont des publications du Royaume Uni).

Les études françaises qui sont des thèses portent uniquement sur des courriers d'adressage aux urgences ou des courriers de demande d'hospitalisation directe et n'ont pas été incluses (contexte d'urgences différent du contexte classique d'adressage chez le spécialiste).

La figure 1 : résume le processus de sélection des articles inclus dans l'étude de Cartier



Cartier a croisé les données des 49 articles sélectionnés, Il a ainsi obtenu les onze critères devant figurer dans un courrier d'adressage qui sont :

- nom du médecin généraliste
- motif d'adressage
- antécédent
- contexte psycho-social
- histoire de la maladie
- l'examen clinique
- les examens réalisés
- diagnostic du médecin généraliste
- apport attendu du spécialiste
- traitement du patient
- position de l'adressage dans l'histoire du patient

Cartier a ensuite évalué l'exhaustivité de ces critères dans les courriers des articles analysés.

Les résultats sont résumés dans la table 1.

Table 1. Présence moyenne de 11 critères d'analyse dans les lettres d'adressage

	Moyenne de présence du critère dans les lettres d'adressage	Nombre d'études analysables pour ce critère
Antécédents personnels spécifiques	43,68 %	14
Apport attendu du spécialiste	48,40 %	3
Contexte psycho-social	37,77 %	10
Diagnostic posé par le généraliste	64,50 %	19
Examen clinique	35,72 %	14
Examens complémentaires réalisés	25,87 %	18
Histoire de la maladie	68,71 %	16
Motif d'adressage	81,60 %	22
Nom du généraliste	100 %	1
Position de l'adressage dans l'histoire du patient	41,13 %	4
Traitement en cours	50,10 %	20

La qualité des courriers est globalement faible puisque seuls cinq critères sont présents dans plus de la moitié des courriers : diagnostic du médecin généraliste, histoire de la maladie, motif d'adressage, nom du généraliste, traitement en cours.

De son étude il en ressort également :

- La littérature internationale sur le sujet est riche, mais il n'y a malheureusement aucune uniformité sur le choix des critères d'analyses.
- Aucune conclusion ne peut être faite sur d'éventuelles différences de qualité entre spécialités de destination. En revanche, les critères d'analyses des lettres sont souvent orientés en fonction du contenu clinique de la discipline concernée.
- La qualité des lettres d'adressage semble stagner au cours du temps.

E. Objectifs

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer la qualité des courriers d'un échantillon de médecins généralistes à destination des spécialistes grâce à l'étude de leur exhaustivité quant aux onze critères déterminés dans la thèse de Cartier.

2. Les objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- comparer la qualité des courriers obtenus à celle des courriers issus de la littérature internationale obtenus par Cartier.
- déterminer s'il existe une différence de qualité entre les courriers en fonctions des spécialités.
- comparaison des courriers à destinations des médecins hospitaliers et des médecins de ville.
- déterminer s'il existe une différence de qualité entre les courriers écrits à la main et ceux écrit via un ordinateur.

II. METHODOLOGIE

L'évaluation des pratiques des médecins généralistes par l'analyse de leurs lettres d'adressage aux spécialistes a été réalisée de manière prospective.

Les courriers analysés ont été obtenus auprès des spécialistes, à l'insu des médecins généralistes. Ils étaient anonymisés par les spécialistes : masquage des informations personnelles (nom, adresse, etc.) du patient et du médecin.

A. Terrain d'étude

L'étude s'est déroulée autour de la boucle Nord de la Seine (Hauts-de-Seine 92, Paris 75, Seine-Saint-Denis 93), au Nord-Ouest de Paris.

Les hôpitaux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris sollicités étaient les Centres Hospitaliers Universitaires de Bichat (Paris 18ème arrondissement), Beaujon (Clichy, 92), Louis Mourier (Colombes, 92), rattachés à l'université de Paris 7.

Deux autres établissements de santé ont également été sollicités : l'hôpital Max Fourestier à Nanterre (92) et le centre cardiologique du Nord à Saint-Denis (93).

Du côté ambulatoire, des spécialistes travaillant dans les centres de santé de Gennevilliers (92), de Nanterre (92), de Saint-Ouen (93) et en libéral (75, 92) ont été inclus dans l'étude en vue d'analyser les correspondances qu'ils recevaient de la part des médecins généralistes de leur territoire.

Les services d'urgences, les ophtalmologistes, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, n'ont pas été contactés puisque leur accès n'est pas soumis à l'adressage par le médecin généraliste.

B. Mise en contact avec les spécialistes

Les chefs de services des hôpitaux de Bichat, de Beaujon et de Louis Mourier, dont le nom a été trouvé sur le site internet de l'APHP, ont été contactés par un courrier électronique, incluant la fiche de thèse et un courrier expliquant leur participation. (cf annexe).

Les chefs de service de l'hôpital de Nanterre ont été contactés par courrier postal.

Les médecins du CCN ont été contactés par courrier postal.

Les directeurs des CMS de Saint Ouen et le CMS de Nanterre ont été contactés par courrier électronique.

Le CMS de Gennevilliers étant lieu de stage, il n'y a pas fait l'objet de courrier, les secrétaires et les spécialistes ont directement été sollicités.

Les spécialistes libéraux ont été contactés par courrier. Celui-ci contenait un courrier expliquant la démarche et la fiche de thèse. (cf annexe 1). Les coordonnées de ces médecins ont été récupérées grâce aux « Pages Jaunes ».

Suite au courrier ou au mail envoyés, les spécialistes qui n'ont pas répondu ont été relancés par téléphone.

C. Mode de recueil des courriers

Pour les services hospitaliers, les secrétaires médicales recueillaient les courriers éventuels avec lesquels les patients venaient en consultation, les anonymisaient et en faisaient une copie. Les informations à anonymiser étaient les suivantes : nom du patient, nom et coordonnées du médecin afin de garantir le secret professionnel.

La période de recueil des courriers étaient variables en fonction des spécialistes, le recueil s'arrêtant lorsque le nombre de courriers total était estimé suffisant.

Pour les médecins ambulatoires, il leur a été également demandé d'anonymiser la copie ou l'original du courrier du médecin généraliste.

D. Gestion des données

Le nombre de courriers nécessaires était compris entre 150 et 600, pour un risque alpha de 0.5 %, selon le critère d'intérêt retenu, selon l'amplitude de la différence attendue avec les données internationales (entre 6 et 15 %) et la puissance retenue (60-90 %).

Chaque lettre a été numérotée.

Les données ont été saisies sur une feuille de calcul EXCEL.

Les tests du chi-deux et tests Z de comparaison de moyennes ont été utilisés en fonction de la nature des données.

E. Définitions des critères

La qualité des courriers sera estimée sur la présence ou non des onze critères déterminés par Cartier.

- *l'Apport du spécialiste* a été considéré comme présent si le médecin exprime une demande spécifique comme par exemple un avis thérapeutique ou diagnostic, la réalisation d'un geste technique...

- *les antécédents spécifiques* : cette rubrique vérifiait la présence des antécédents médicaux, chirurgicaux du patient, en relation avec le problème médical qui justifie l'adressage. Cet item a été considéré comme présent si le rédacteur du courrier a spécifié l'absence d'antécédent notable. Les allergies sont considérées comme appartenir à ce critère.

- *le contexte psychosocial* a été considéré comme présent si le médecin a précisé des éléments comme le mode de vie, les éventuelles addictions, l'origine ethnique du patient, d'éventuelles répercussions sociales de la pathologie (arrêt de travail, précarité), la présence d'aide à domicile

- *le diagnostic* du médecin généraliste était considéré comme présent qu'il soit affirmé ou à l'état d'hypothèse diagnostique.

- *l'examen clinique* a été coté présent à partir du moment où un élément de l'examen physique a été mentionné par le médecin généraliste. L'absence de signe clinique spécifié (exemple : pas de masse palpable) a été considéré comme validant la présence de ce critère, il en est de même pour la phrase «examen clinique normal». Les signes fonctionnels n'ont pas été inclus dans l'examen clinique.

- *l'histoire de la maladie* correspondait à la présence d'au moins une des informations suivantes : date de début ou mode d'apparition ou évolution des symptômes, complications éventuelles survenues, réponse à un éventuel traitement instauré. La présence d'un courrier d'un autre médecin résumant l'histoire de la maladie en pièce jointe a été considérée comme validant la présence de ce critère.

- *Les examens complémentaires* : biologie ou imagerie, principalement. En cas de présence en pièce jointe au courrier d'une copie du compte rendu de l'examen ce

critère a été considéré comme présent. Cet item a été également validé si le médecin a déclaré ne pas avoir pratiqué d'examen complémentaire.

- *Motif d'adressage* correspondait à la présence du symptôme, ou de la raison qui amène le médecin généraliste à demander l'avis d'un spécialiste.

- *le nom du médecin*, bien que les courriers aient été anonymisés, le nom du médecin a été considéré comme présent lorsqu'il était visible que le nom a été masqué (ordonnance, courrier avec en tête).

- *Le traitement* : on a recherché la présence d'un traitement de fond mais aussi la présence d'un traitement pour une pathologie aigue. Ce critère a été considéré comme présent si une ordonnance était en pièce jointe.

- *La position dans l'adressage* situait le patient dans le parcours de soins. Ce critère a été validé lorsque le médecin généraliste précisait s'il s'agissait d'un premier avis ou non, si le patient est suivi par d'autres médecins, s'il s'agit d'un adressage en urgences.

III. RESULTATS

A. Description des courriers

Au total 477 courriers ont été récupérés.

Figure 2



H Hôpital

A* Ambulatoire

- Les courriers proviennent des hôpitaux de l'APHP

- *CHU de Bichat* : cardiologie, centre antidouleur, dermatologie, gériatrie, gastro-entérologie, pneumologie, rhumatologie urologie

- *CHU de Beaujon* : chirurgie viscérale, gastro-entérologie (pancréatologie)

- *CHU de Louis Mourier* : médecine interne/ rhumatologie, pôle digestif (gastro-entérologie et chirurgie)

- Les courriers proviennent de structures hospitalières hors APHP

- Hôpital M. Fourestier: service de médecine interne- infectiologie

- Centre cardiologique du Nord : Cardiologie

- Ambulatoire:

- cardiologue, dermatologue (92, Gennevilliers)

- CMS de Gennevilliers (pneumologie, cardiologie, endocrinologie, nutrition, ORL, orthopédiste, phlébologie)

- ORL (Paris 18^{ème})

1. Répartition des courriers en fonction du lieu et de la spécialité

Table 2

Services	Nombre de courriers
Beaujon	
Chirurgie viscérale	3
Pancréatologie	15
Bichat	
C.A Douleur	15
Cardiologie	4
Dermatologie	10
Gastro-entérologie	9
Gériatrie	56
Pneumologie	5
Rhumatologie	56
Urologie	38
CASH	
M. Infectieuses	3
C.C.N	
Cardiologie	44
CMS	
Cardiologie	8
Endocrinologie	1
Nutrition	2
ORL	4
Orthopédie	2
Phlébologie	1
Pneumologie	3
LM	
Chirurgie viscérale	6
Gastro-entérologie	36
Médecine interne	8
Rhumatologie	8
Urologie	1
Ville	
Cardiologie	57
Dermatologie	34
Gastro-entérologie	22
ORL	26
Total général	477

La répartition est assez hétérogène.

2. Répartitions des courriers en fonction des spécialités

Table 3

Spécialités	Nombre de spécialité
C.A Douleur	3,14%
Cardiologie	23,69%
Chirurgie viscérale	1,89%
Dermatologie	9,22%
Endocrinologie	0,21%
Gastro-entérologie	17,19%
Gériatrie	11,74%
M. Infectieuses	0,63%
Médecine interne	1,68%
Nutrition	0,42%
O.R.L	6,29%
Orthopédie	0,42%
Phlébologie	0,21%
Pneumologie	1,68%
Rhumatologie	13,42%
Urologie	8,18%
Total général	100,00%

B. Analyse de la qualité des courriers

1. Présence de chaque critères dans l'ensemble des courriers

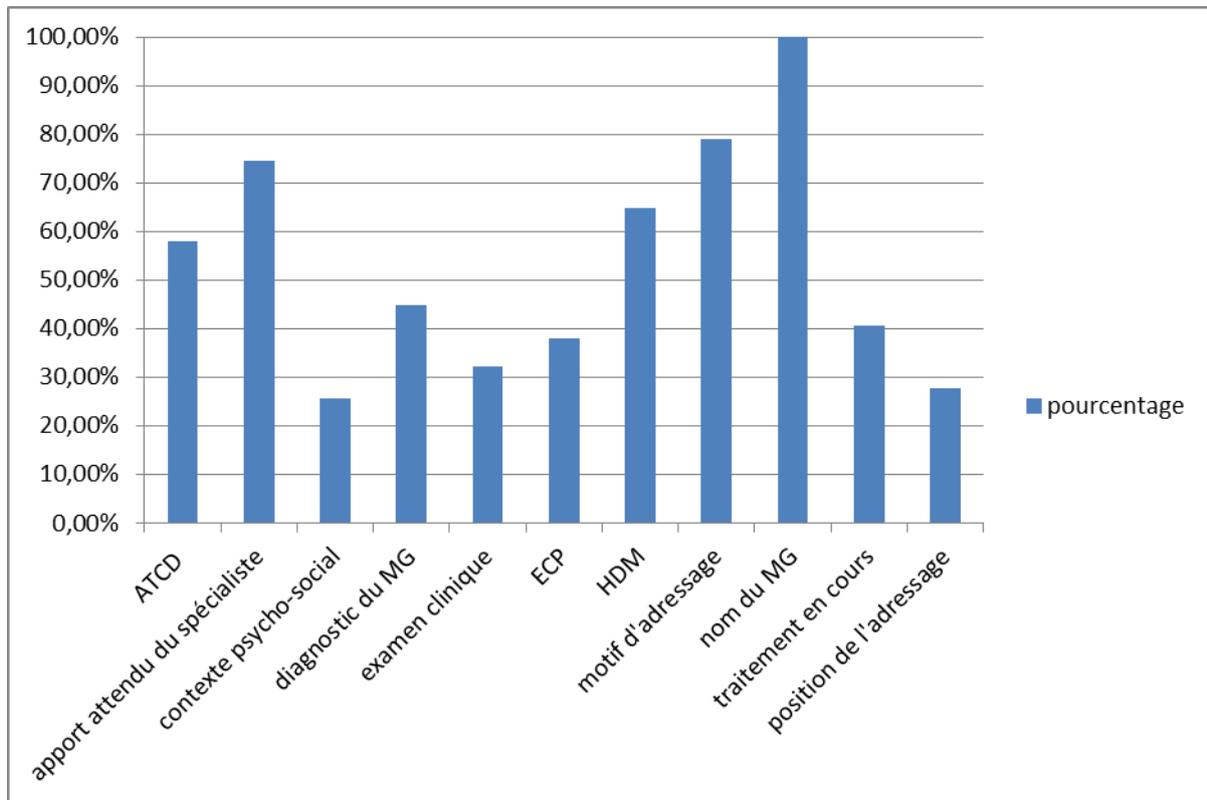
Table 4

Critères	nombres de lettres contenant le critère	Pourcentage
ATCD	277	58%
apport attendu du spécialiste	356	75%
contexte psycho social	123	26%
diagnostic du MG	214	45%
examen clinique	154	32%
ECP	181	38%
HDM	309	65%
motif d'adressage	463	97%
nom du MG	477	100%
traitement en cours	194	41%
position de l'adressage	133	28%

Dans ce travail, seul 5 éléments sont présents dans plus de la moitié des lettres :

- Antécédents
- Apport attendu du spécialiste
- Histoire de la maladie
- motif d'adressage
- nom du médecin généraliste

Figure 3 Répartition de chaque critère dans l'ensemble des courriers



2. Comparaison avec les résultats de la thèse de Cartier

Table 5

CRITERES	RESULTATS	RESULTATS CARTIER
ATCD *	58,07%	43,63%
apport attendu du spécialiste*	74,63%	48,40%
contexte psycho-social	25,79%	37,70%
diagnostic du MG	44,86%	64,50%
examen clinique	32,29%	35,70%
ECP*	37,95%	25,87%
HDM	64,78%	68,70%
motif d'adressage	79,00%	81,60%
nom du MG	100,00%	100,00%
traitement en cours	40,67%	50,10%
position de l'adressage	27,88%	41,13%

* : $p < 0,05$

Il existe une différence entre les résultats de ce travail et ceux issus du travail de Cartier uniquement pour trois critères : antécédents, apport du spécialiste, examens complémentaires

Un échantillon de lettre, en annexe 2, illustre l'hétérogénéité des courriers.

3. Présence des critères en fonction des spécialités

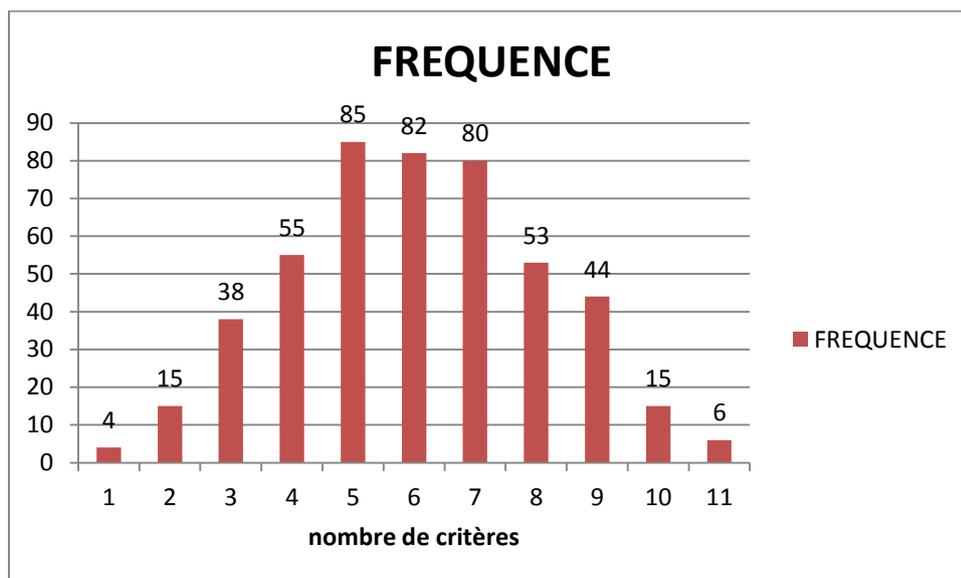
Exclusion des petits échantillons (n<4), soit phlébologie, orthopédie, nutrition, maladies infectieuses (Nanterre), endocrinologue

Figure 4

	ATCD	Apport	Contexte	Diagnostic	Ex. Clinique	ECP	HDM	Motif	Nom du MG	Traitement	Position
C.A Douleur	60%	60%	40%	53%	13%	40%	73%	100%	100%	60%	60%
Cardio	70%	81%	18%	40%	50%	40%	74%	97%	100%	48%	38%
Chir visc	56%	89%	0%	56%	22%	33%	44%	89%	100%	22%	22%
dermato	45%	77%	14%	48%	39%	16%	45%	95%	100%	45%	14%
Gastro	45%	68%	24%	37%	20%	35%	67%	96%	100%	30%	17%
gériatrie	80%	88%	66%	34%	29%	27%	77%	96%	100%	55%	43%
med int	63%	88%	25%	63%	63%	63%	100%	100%	100%	25%	63%
ORL	57%	70%	17%	37%	37%	10%	60%	97%	100%	40%	17%
Pneumo	50%	75%	50%	38%	38%	75%	63%	100%	100%	25%	38%
rhumato	52%	63%	22%	59%	23%	55%	53%	100%	100%	34%	22%
Urologie	46%	64%	10%	56%	15%	59%	59%	95%	100%	38%	15%

4. Répartition des courriers en fonction du nombre total de critères présents par lettre d'adressage.

Figure 5 : fréquence des courriers en fonction du nombre de critères contenus



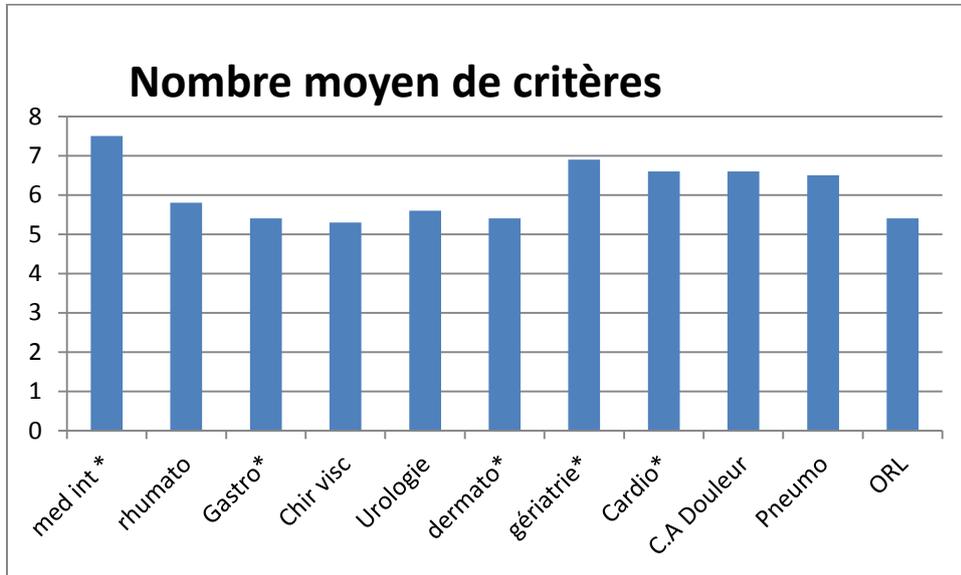
Moyenne globale de 6,03 critères par lettres

Médiane : 6

Ecart type : 2,08

C. Comparaison des courriers en fonction des spécialités

Figure 6 : Moyenne du nombre de critères par lettre par spécialités (exclusion des petits échantillons $n < 4$)



* $p < 0,05$

Les courriers de médecine interne, de gériatrie, cardiologie, présentent statistiquement plus de critères en moyenne que les autres spécialités.

Les courriers de dermatologies et de gastro-entérologie présentent statistiquement moins de critères en moyenne que les autres spécialités.

D. Comparaison des courriers à destination des spécialistes de ville et des hospitaliers

LIEU	NOMBRES DE LETTRES	MOYENNE
HOPITAL	317	6.06
VILLE	160	5.98

Les courriers à destinations des spécialistes de ville ont une moyenne de 5,98 critères.

Les courriers à destinations des spécialistes hospitaliers ont une moyenne de 6,07 critères.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux types de courriers.

Existe-t-il des différences entre les courriers à destination des spécialistes de ville et des hospitaliers en fonction des spécialités ?

Le seul échantillon analysable est celui des courriers de cardiologies car $n > 30$ pour les deux groupes

Comparaison entre la cardiologie de ville et hospitalière

48 lettres en provenance du CHU Bichat et du CCN ont été récupérées, ces lettres ont une moyenne de 6,8 critères.

65 lettres en provenance de l'ambulatoire ont été récupérées, elles en une moyenne de 6,4 critères.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les courriers à destinations des cardiologues hospitaliers et ceux de ville.

E. Comparaison courriers en fonction du support rédactionnel

1. Comparaison des courriers en fonction de la typologie

Sur les 477 courriers, 286, soit 60%% ont été écrits à la main, et 191, soit 40% ont été dactylographiés.

	NOMBRES DE LETTRES	MOYENNE
ORDINATEUR	191	6.7
MANUSCRITE	286	5.6

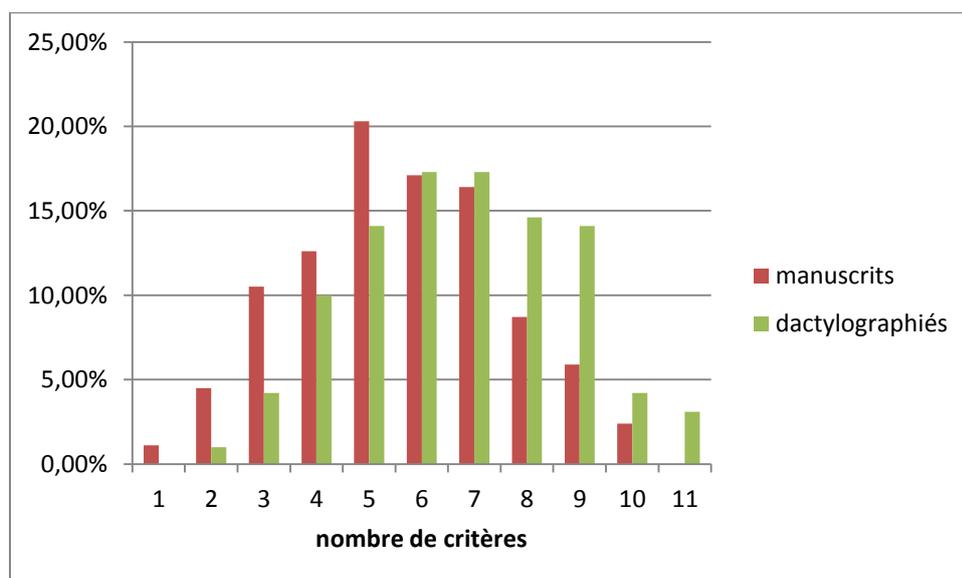
$P < 0,05$

Les lettres dactylographiées ont une moyenne de 6,7 critères.

Les lettres écrites à la main ont une moyenne de 5,6 critères.

Il existe une différence significative entre les courriers dactylographiés et les courriers manuscrits.

Figure 7 : Répartitions des courriers en fonction de la typologie et selon le nombre de critères présents



2. Présence des critères de qualité en fonction de la typologie des courriers

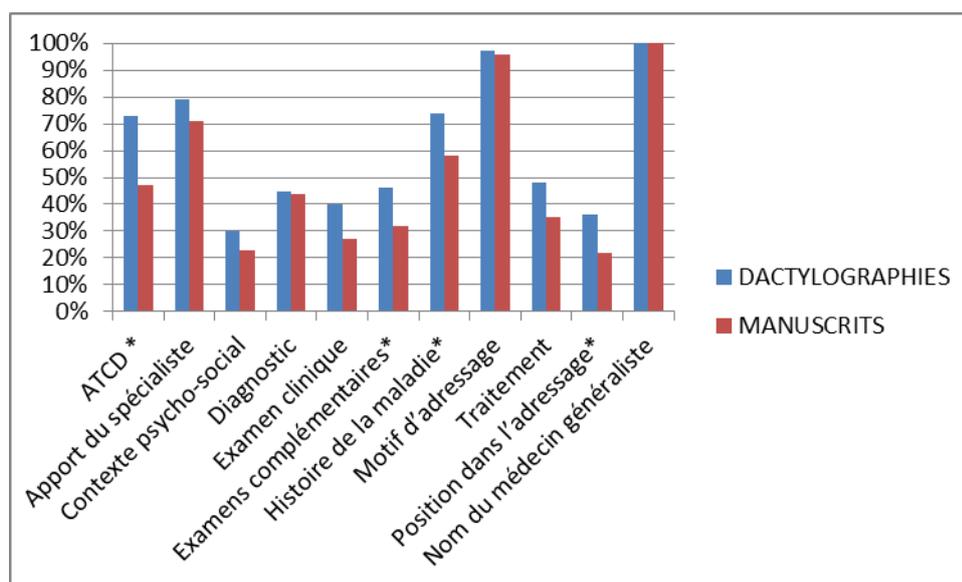
Table 6

	DACTYLOGRAPHIES	MANUSCRITS
ATCD *	73%	47%
Apport du spécialiste	79%	71%
Contexte psycho-social	30%	23%
Diagnostic	45%	44%
Examen clinique	40%	27%
Examens complémentaires*	46%	32%
Histoire de la maladie*	74%	58%
Motif d'adressage	97%	96%
Traitement	48%	35%
Position dans l'adressage*	36%	22%
Nom du médecin généraliste	100%	100%

*p<0.05

L'informatisation permet d'augmenter la présence dans les courriers des : antécédents, l'histoire de la maladie, les examens complémentaires, la position dans l'adressage.

Figure 8: présence des critères en fonction du type de typologie



IV- DISCUSSION

A- Qualité des courriers analysés (objectif principal)

Notre analyse des courriers montre que la qualité des courriers analysés est faible.

Cependant pour les 3 critères comparables issues des données de Cartier (les antécédents, l'apport du spécialiste, les examens complémentaires) nos résultats sont meilleurs.

L'échantillon des lettres étudiées semble donc de meilleure qualité que celle retrouvée dans la littérature internationale.

Plusieurs thèses ont évalué les courriers des médecins généralistes adressant les patients aux urgences.

Leurs résultats sont résumés dans la table n 7 suivante

	Irekti	Fournier (20)	Galfard (21)	Nhan (22)	Robart (23)	Chauvière (24)	Gaget (25)
ATCD	58	59	49	66	34	48	63
Apport	74						
Contexte PS	25	18	21		7	18	16
Diagnostic	44		43	41			46
E. Clinique	32	38	36	72	14	78	57
ECP	37	19	18	17	14		22
HDM	64		61	85	77	72	83
Motif	97	99	91	100	92		100
Nom	100	99	99.5	100		100	
Traitement	41	49	46	67	31	59	54
Position	27		13			17	

Aucune de ces études n'a utilisé la liste des critères proposée par Cartier.

Globalement nos résultats sont similaires ou supérieurs aux autres études, seule Nhan (22) a des courriers où le taux de citation de l'examen clinique, l'histoire de la maladie et le traitement est plus élevé.

Certains éléments justifient d'être développés :

a- *Antécédents*

On peut supposer que la faible présence des antécédents dans les courriers n'est pas une omission du médecin généraliste mais une absence d'antécédents. En effet la présence des antécédents est mentionné dans 80% des courriers de gériatrie, population plus à même d'avoir des antécédents notables.

b- *Contexte psychosocial*

Ce faible taux peut s'expliquer par le fait que le contexte psychosocial n'a pas forcément d'implication dans la prise en charge du patient.

Cependant dans certaines spécialités le contexte psychosocial est important comme pour la gériatrie. Ce taux monte à 66% dans les courriers de gériatrie ce qui reste tout de même faible quand on sait que connaître le mode de vie, l'autonomie, la présence ou non d'un entourage,... est indispensable pour le gériatre.

Dans sa thèse Fournier (20), qui a étudié 385 courriers de médecins généralistes adressant leurs patients aux urgences, elle retrouve la présence du contexte psychosocial dans 18,4% de l'ensemble des courriers, et elle met en évidence un effet

«âge du patient» et «contexte psychosocial» : les courriers se rapportant aux personnes âgées (>65 ans) ont un taux de validation de cet item plus élevé. Ce résultat est en concordance avec nos résultats.

Cette corrélation entre âge du patient et le fait de mentionner le contexte psychosocial est également retrouvé dans la thèse de Chauvière. (24)

Dans les courriers à destination de pneumologues le tabac est mentionné dans 50% des cas ce qui est faible.

Dans la prise en charge de la douleur le contexte social (activité professionnel, difficulté financière...) est indispensable.

c-Diagnostic

La faible présence de ce critère peut s'expliquer par le fait que le médecin généraliste adresse le patient pour avoir un avis diagnostic.

d- Examen clinique

L'examen clinique peut être omis, on peut supposer que s'il n'est pas noté c'est qu'il est normal, ou non contributif. Cependant tous les signes cliniques (positifs ou négatifs) sont contributifs pour élaborer un diagnostic. De plus la répétition de l'examen clinique est nécessaire pour évaluer l'évolution de l'état clinique du patient.

e- Examens complémentaires

Le faible taux ne permet pas d'éviter la redondance d'examens complémentaires. Il paraît difficile de compter sur le patient pour savoir quel examen il a fait. Tous les patients ne sont pas capables de savoir quel examen ils ont réalisés. Il est possible que le patient oublie d'emmener les examens déjà réalisés au spécialistes, il y a donc une perte de temps et d'argent, le patient doit revenir avec ses examens complémentaires ou les refaire.

f- Nom du médecin

Le nom du médecin est supposé retrouvé dans 100% des courriers.

Tous les courriers sont écrits sur papier avec en tête soit sur des ordonnances. Cependant du fait de l'anonymisation nous n'avons pas pu déterminer s'il s'agissait du médecin traitant ou remplaçant.

g- traitement

La transmission complète du traitement en cours est essentielle pour la prise en charge du patient.

Il est donc du ressort du spécialiste de retrouver le traitement du patient en interrogeant le patient, ou en appelant le médecin. Ces moyens sont chronophages et il est d'autant plus difficile pour les patients de connaître précisément le nom de leur traitement. Cette difficulté a été majorée par l'avènement des génériques.

Si on peut supposer que le médecin n'a pas mentionné de traitement c'est que le patient n'en n'a pas. L'étude de Tolman (26) prouve le contraire, il a analysé les courriers d'adressage de 50 patients, 9 courriers ne mentionnaient pas le traitement, or à l'interrogatoire 5 (soit 55%) de ces 9 patients prenaient un traitement.

Cette donnée est essentielle notamment pour limiter le risque d'iatrogénie. Selon l'étude polychrome (15) 3 à 4% des hospitalisations sont dues aux effets indésirables des médicaments dont la moitié serait évitable.

Ne pas mentionner les traitements déjà pris par le patient entraîne le risque que le spécialiste prescrive un traitement inefficace que le patient a déjà reçu.

h- la position dans l'adressage

Le médecin généraliste par son rôle de coordinateur doit pouvoir préciser si plusieurs médecins participent au soin du patient.

B- Objectifs secondaires

1- Différence entre les courriers en fonction du lieu d'exercice (ville ou hôpital)

Nous n'avons pas retrouvé de différence entre les courriers à destinations des médecins hospitaliers et ceux de ville. Notre hypothèse est que les médecins généralistes ne font pas de différence entre les deux types d'exercices.

Nous pouvons également supposer que le patient ne va pas forcément voir le spécialiste recommandé par son médecin et donc le médecin généraliste ne sait pas où va exercer le spécialiste.

2- Différence des courriers en fonction des spécialités

Nous avons constaté que les courriers de l'échantillon à destinations des cardiologues, des internistes et des gériatres sont de meilleures qualités alors que ceux à destination des gastro-entérologues et des dermatologues sont de moins bonne qualité.

Une étude australienne (27) a comparé 200 courriers à destination des gastro-entérologues et 200 courriers à destinations des rhumatologues, elle ne retrouve pas de différence de qualité entre les deux spécialités.

3- Comparaison des résultats des courriers des dermatologues versus la thèse de Genest « La dermatologie en médecine générale : rôle et enjeux de la correspondance médicale » (28)

Notre étude a étudié 44 courriers de dermatologues (10 provenant du service de dermatologie de l'hôpital Bichat et 33 d'un dermatologue de ville).

Nous avons retrouvé la thèse de Genest, (28) qui a évalué la qualité des courriers des médecins généralistes à destination des dermatologues de l'hôpital d'instruction des armées Legouest (Metz, 57).

Il a analysé 445 courriers de médecins généralistes adressant un patient aux dermatologues en se basant sur les critères de CCECQA. (29)

On retrouve en commun aux deux travaux les critères suivants : nom du médecin adressant, les antécédents, le traitement, le contexte psycho-social, l'histoire de la maladie, l'examen clinique, le motif d'adressage. Il a également étudié l'influence du support d'écriture.

On retrouve les mêmes résultats dans les deux études pour :

- le nom du médecin généraliste (100% dans les deux études)
- le motif d'adressage (Genest : 95%).

Dans notre étude les antécédents sont notés dans 45% des courriers alors que dans l'étude de Genest, ils ne sont mentionnés que dans 31% des courriers analysés.

Dans les deux études ce critère est faiblement présent.

Le traitement du patient est présent dans 20% des courriers de Genest alors que notre analyse retrouve le traitement dans 45% des courriers. Cependant Genest a

coté présent ce critère s'il y avait la posologie alors que nous avons été moins stricts puisque seule la présence du traitement a été recherchée.

Le contexte psycho-social qui est retrouvé à 14% dans notre échantillon est présent dans 2,25% des courriers de Genest.

L'examen clinique est présent dans 39% de nos courriers alors que Genest a retrouvé la description de la lésion dans 59,10% des courriers. Il paraît paradoxal de demander un avis au dermatologue sans décrire la lésion, dans notre étude cela peut s'expliquer par le fait que le médecin généraliste pose un diagnostic sur une lésion cutanée (celui-ci est présent dans 48% des courriers) et donc ne décrit pas la lésion. Ceci est le cas pour la demande de contrôle de naevus.

L'histoire de la maladie est présente dans 45% de nos courriers alors que dans ceux de Genest, elle est présente dans 27% des courriers.

Sur ces sept critères, les lettres de notre étude sont de meilleures qualités sauf pour l'examen clinique.

4- Discussion sur les différents supports de rédaction du courrier

C'est en 1996 avec les ordonnances « Juppé » (30) que l'informatisation s'est imposée aux médecins avec la mise en place de la télétransmission.

Selon une étude européenne (31) menée en 2007, 83% des médecins généralistes français ont un ordinateur, (ce qui place la France au 19ème rang de l'Union Européenne) 73% d'entre eux ont une connexion internet. La principale utilisation de l'ordinateur est le stockage des données du patient. Seuls 5% des médecins utilisent

les réseaux pour échanger des données des patients avec d'autres fournisseurs de soins alors que la moyenne européenne est de 10%. L'échange d'information concerne essentiellement la récupération de résultats d'examens biologiques (33%).

a- Taux de courriers informatisés

Nous nous sommes intéressés à l'utilisation de l'ordinateur par les médecins généralistes.

Notre étude retrouve un taux de courriers informatisés de 40% ce qui est supérieur aux différentes études mais reste faible si on considère que 83% des médecins possèdent un ordinateur. On peut considérer qu'il y a une sous-utilisation de l'ordinateur par les médecins.

Ce taux de 40% de lettres informatisées est plus élevé que dans les autres études françaises : dans sa thèse, Galfard (21) étudie les courriers d'adressage aux urgences de 5 hôpitaux de la région de Lille, sur 184 courriers étudiés 4.9% sont dactylographiés, or il le taux de médecin informatisé inclus dans son étude est de 84%, il y a donc bien une sous-utilisation de l'informatique par les médecins.

Nhan (22) retrouve sur 134 courriers de médecins généralistes d'Amiens seulement 25% de dactylographiés.

Genest (28) a 27,19% des courriers qui sont dactylographiés et donc 72,81% sont écrits à la main.

Une des explications de ce faible taux de l'utilisation de l'ordinateur pour les courriers à destination des urgences pourraient être qu'une partie des courriers est écrite au domicile.

L'étude australienne de Toleman (26) retrouve des résultats inverses puisqu'elle constate que sur 50 lettres adressant un patient aux urgences 70% sont dactylographiées.

Dans son étude, Binard (10) a interrogé 230 médecins (18 maîtres de stage de l'Université de Bobigny, et 202 adhérents à la SFMG) sur leur correspondance, elle met en évidence que seulement 55% d'entre eux utilisent un logiciel pour rédiger leur courrier.

b- Apport du support de rédaction

L'analyse de nos courriers retrouve une différence de qualité entre les courriers écrits à la main et ceux dactylographiés, en faveur de ces derniers.

Des thèses ayant étudiées l'impact de l'informatique sur la qualité des courriers confirment ce résultat.

Comme dans notre étude, Genest (28) constate que les courriers informatisés contiennent plus de critères et sont donc de meilleures qualités. Il retrouve une moyenne de 2,59 sur 7 critères pour les courriers informatisés et une moyenne de 0,98 sur 7 pour les courriers manuels.

L'amélioration de la qualité des courriers des médecins généralistes, a également été démontrée par l'étude de Toleman (26), où il retrouve une différence de qualité entre les courriers écrits à la main et les courriers informatisés avec un taux d'oubli

du traitement dans 73% des lettres manuscrites versus 17% pour les dactylographiées.

Carney (16) sur 46 courriers, retrouve un taux d'erreur de 29% sur le traitement des courriers manuscrits versus 15% pour les courriers dactylographiés.

Deux études vont à l'encontre de ces résultats : L'étude de Jenkins qui a analysé 94 lettres adressées à des cardio-pédiatres ne retrouve pas de différence entre les courriers dactylographiés et les manuscrits (32), il en est de même pour Fournier qui a analysé les courriers d'adressage aux urgences. (20)

C- Les limites

1- Les points faibles de l'étude

- L'étude réalisée est une étude locale même si plusieurs centres ont été inclus, elle n'est donc généralisable à plus grande échelle notamment nationale.
- L'étude étant anonyme, il n'est pas possible de caractériser les médecins dont les courriers ont été analysés. L'étude a été menée sur un secteur précis (la boucle nord 92 et le CCN de saint Denis), on ne peut pas affirmer que les médecins généralistes inclus à leur insu soient tous des médecins de ce secteur.
- Le nombre total de courriers récupéré est élevé mais cependant il y a beaucoup de petits échantillons par spécialité: 1 à 3 courriers comme pour l'endocrinologie ou la phlébologie.

- Il n'y a pas eu de double codage, seul l'auteur de cette thèse a codé les éléments. Il existe donc possiblement un biais lié au codage. Les critères sont définis et semblent simples, mais un échantillon de 10% des courriers analysé a été codé par un tiers (TC), nous avons retrouvé une variabilité faible (14%) sur le codage.

2- Les points forts de l'étude

- Il s'agit d'une étude inédite, aucune étude française avec la même méthodologie n'a été retrouvée.
- Il n'existe pas de biais de désirabilité sociale :

Pour étudier la qualité des courriers des médecins généralistes il fallait récupérer des courriers écrits par des médecins généralistes. La collection de courriers des généralistes peut se faire de 2 manières différentes : soit on demande aux généralistes une photocopie de son courrier d'adressage comme il a été fait par Chalhoub (2) et Prévost (33) pour leurs thèses étudiant les courriers des médecins généralistes, soit on récupère «à son insu» les lettres d'adressage auprès des spécialistes concernés. La première méthode présente un net biais de désirabilité sociale, puisque le médecin généraliste en question, se sachant évaluer quant à la qualité de ses courriers, pourrait être tenté de modifier ses pratiques pendant la période d'observation : on ne pourrait alors refléter la réalité. La seconde méthode paraît donc de ce fait plus pertinente et a donc été choisie.

- Le nombre de courrier recueillis, permis par une durée de recueil longue :

Le nombre de courrier nécessaire a été évalué entre 150 et 600 pour un risque $\alpha=0,5\%$, or nous avons réussi à récupérer 477 lettres.

- Les différentes zones géographiques sont des atouts :

Cette étude à l'avantage d'être pluri-centrique mais elle reste cantonnée à une zone géographique : la boucle nord 92 et Saint Denis, elle n'est donc pas généralisable à l'échelle nationale.

- Un autre atout est d'avoir pu récupérer des courriers à destinations des spécialistes hospitaliers mais aussi des spécialistes ambulatoires.
- Onze spécialités exploitables différentes ont accepté de participer ce qui permet un panel varié.

3- Le choix des critères

a- Les différentes listes de critères

Pour évaluer la qualité du contenu des courriers des médecins généralistes nous avons décidé de mesurer l'exhaustivité des informations contenues dans les lettres. Il a fallu déterminer les critères de qualités.

Plusieurs thèses ont évalué la qualité des courriers des médecins généralistes adressant un patient aux urgences, nous aurions pu faire comme Galfard (21) qui a utilisé une grille de critères qu'il a déterminé lui-même en fonction des éléments qu'il a jugé pertinent. Nous n'avons pas fait ce choix qui repose sur la subjectivité de l'auteur.

Nous avons recherché s'il existait des recommandations sur le contenu des courriers. Nous avons retrouvé 3 textes.

1. Le collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQS) (34) a émis une recommandation sur les informations que devraient contenir une lettre d'adressage à un psychiatre. Il propose la trame suivante :

- les motifs de recours au psychiatre (s'agit-il d'une demande de la famille, demande d'avis thérapeutique ou diagnostic), le motif doit être formulé sous forme d'une question,
- les principaux éléments symptomatiques ou hypothèses diagnostic, le CNQS recommande en cas de diagnostic d'en informer le patient qui pourrait lire le courrier,
- les problèmes de santé somatiques et les traitements,
- les éléments de l'histoire médicale et psychiatrique,
- Les faits marquants de l'histoire personnelle du patient, mode de vie, contexte familial,
- Les réactions notables liées aux traitements prescrits pour le trouble psychique,
- les modalités de suivi partagé concernant le suivi du problème psychique du patient,
- les suggestions thérapeutiques du médecin généraliste,
- les informations échangées par le médecin et son patient pour justifier la consultation chez le psychiatre.

La psychiatrie est une spécialité particulière, pas extrapolable à toutes les spécialités, nous avons fait le choix de ne pas prendre cette recommandation pour évaluer les courriers.

2. Une autre possibilité aurait été de choisir la liste des critères établis par la CCECQA (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine) (29)

Il s'agit d'un projet mis en place en 2003, avec pour objectif l'évaluation de la qualité des courriers médicaux. Il s'agit d'une collaboration entre les médecins libéraux correspondants aquitains de l'HAS et le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) afin de déterminer les éléments devant figurer dans un courrier de médecin généralistes. A partir des textes réglementaires et d'une revue de la littérature internationale (11 références issues de publication datant de 1995 à 2003), une liste d'éléments indispensables à la rédaction d'un courrier a été déterminée par les promoteurs de l'étude :

- nom et téléphone du médecin adressant
- date de rédaction du courrier
- nom et prénom du patient
- nom du médecin destinataire
- motif d'adressage
- histoire de la maladie et les symptômes
- antécédents ou co-morbidités du patient et de sa famille (ou l'absence d'antécédents notifiée)
- traitement au long cours (ou l'absence de traitement au long cours)

- traitement des symptômes aigus
- nom et posologie quotidienne des médicaments
- facteurs de risque et notamment les addictions
- l'examen clinique (normal ou pas)
- les allergies
- situation professionnelle, familiale, sociale
- les examens complémentaires réalisés
- nom du médecin traitant.

3. Une troisième grille de critères d'évaluation de courriers des médecins généraliste a été proposée par Cartier. En 2010 il a déterminé une liste d'éléments devant figurer dans un courrier d'adressage. Il a réalisé une étude de la littérature et analysé 49 articles. Les critères déterminés par Cartier sont : le motif d'adressage, les antécédents, le contexte psycho-social, le traitement, l'histoire de la maladie, l'examen clinique, les examens complémentaires, le diagnostic posé par le médecin généraliste, l'apport attendu du spécialiste, la position du généraliste dans l'adressage et le nom du médecin généraliste.

Il est intéressant de remarquer que ces onze critères correspondent aux éléments devant figurer dans l'observation d'un dossier médical hospitalier.

Les critères proposés par Cartier, à l'inverse de la grille de la CCECQA, ne tiennent pas compte des données administratives comme le nom du patient, le numéro de

téléphone du médecin, la mention du nom du médecin destinataire, la date de rédaction du courrier. La seule donnée administrative prise en compte est le nom du médecin généraliste.

La méthodologie choisie pour notre travail impliquait d'anonymiser les courriers, de ce fait il ne nous est pas possible d'analyser les données administratives des courriers et donc d'utiliser la grille complète de la CCECQA.

On retrouve en commun aux deux textes : les antécédents, le motif, l'histoire de la maladie, l'examen clinique, contexte psycho-social, les examens complémentaires.

La date de rédaction, élément jugé indispensable dans le rapport du conseil de l'ordre (1) ne figure pas dans les critères de Cartier.

La grille de la CCECQA est plus précise sur certains points puisqu'elle fait la différence entre le traitement de fond, le traitement en phase aiguë, la posologie. On peut considérer que le traitement proposé en attendant le rendez-vous avec le spécialiste appartient à l'histoire de la maladie. De plus en fonction du contexte, comme dans le cadre d'un adressage au cardiologue d'un patient diabétique asymptomatique pour la consultation annuelle, il n'y aura pas de traitement en phase aiguë. Ce critère ne nous semble pas pertinent.

La CCECQA différencie les allergies et facteurs de risque des antécédents. Cependant elle ne prend pas en compte la position du spécialiste sollicité dans l'adressage ni l'apport attendu du spécialiste.

Le document de la CCECQA n'est plus disponible sur internet, a été rédigé en 2003 à partir de onze publications alors que le travail de Cartier est rédigé en 2010 et s'appuie sur une revue exhaustive de la littérature.

Notre choix s'est porté sur la liste des critères proposées par Cartier pour mener notre étude.

La lisibilité, critère très subjectif, des lettres manuscrites ne fait pas partie des critères à étudier dans aucune des deux grilles et avait aussi été écarté par Cartier pour les mêmes raisons.

b- Discussion de la pertinence des critères

En comparant aux études françaises citées dans le tableau (20)-(25), on constate que seule notre étude a évalué l'apport du spécialiste. Ce critère est confondu avec le motif d'adressage dans ces études.

Il est intéressant de constater que dans la revue de la littérature faite par Cartier le motif d'adressage ne faisait pas l'unanimité alors que l'apport du spécialiste a fait consensus.

La position dans l'adressage n'a été étudiée que dans deux thèses.

Les données médicales du courrier qui font donc consensus d'après ces différentes données françaises sont les antécédents, l'examen clinique, les examens complémentaires, l'histoire de la maladie, le motif et le traitement.

La présence du diagnostic a été évaluée dans la moitié des études.

Chauvière (24) a évalué les courriers des médecins généralistes adressant des patients aux urgences de l'hôpital de Tulle, il a ensuite envoyé un questionnaire aux des médecins généralistes leur demandant les éléments devant figurer dans une lettre d'adressage.

Les médecins généralistes ayant répondu considèrent comme indispensable :

- nom du patient
- âge du patient
- identification du médecin généraliste
- date
- antécédents médicaux et chirurgicaux
- allergie
- traitement
- histoire de la maladie.

Ils considèrent comme très utile :

- examen clinique avec les constantes vitales
- hypothèses diagnostiques
- demande du médecin généraliste.

Le contexte psycho-social est considéré comme utile.

Pour sa thèse Baronne a également demandé l'avis des médecins généralistes concernant les éléments indispensables dans un courrier d'adressage :

- motif : 92%
- histoire de la maladie : 61%
- examen clinique : 61%
- examens complémentaires : 53%

- antécédents : 53%
- traitement : 69%.

Gaget (25) a également interrogé les médecins généralistes sur l'importance des éléments des courriers :

- motif : 95%
- histoire de la maladie : 67%
- examen clinique : 55%
- examens complémentaires : 57%
- traitement : 83%
- diagnostic : 27%
- mode de vie : 10%

Ces 3 études montrent que les avis des médecins sont différents, il y a donc une discordance entre les critères considérés indispensables par la littérature internationale et ce que pensent les médecins. Il est donc compréhensible que les courriers soient déficitaires d'information si les médecins généralistes les jugent non indispensables.

Les critères proposés par Cartier : le motif, l'histoire de la maladie, l'examen clinique, les antécédents, les examens complémentaires, l'apport attendu du spécialiste semblent être les critères qui doivent figurer dans chaque lettre.

La pertinence de la présence du contexte psycho-social est fonction de la situation.

La position dans l'adressage semble importante à préciser car elle permet au spécialiste de savoir quelle place on attend de lui dans le suivi du patient. Le

médecin généraliste a un rôle de coordination et d'orientation du patient, préciser la position du spécialiste permet d'affirmer ce rôle.

L'identification du médecin généraliste est une obligation.

Dans la liste de Cartier il manque la date de rédaction du courrier comme le recommande l'Ordre des Médecins. (6)

La principale explication donnée à la mauvaise qualité des courriers est le manque de temps. (21)

D- Perspectives pour améliorer les pratiques des médecins généralistes

1- Promouvoir l'importance du courrier d'adressage

- L'importance de l'adressage est probablement sous-estimée par les médecins et les patients.

L'étude de 2008 de la DREES (4) montre :

- seulement 40% des généralistes considèrent que depuis l'instauration du dispositif du médecin traitant, leur place dans le parcours de soins s'est affirmée grâce à une meilleure définition du partage des rôles avec leurs confrères spécialistes.
- pour 15 % des généralistes la perception qu'ont les patients de leur rôle dans le parcours de soins s'est améliorée avec la mise en place du parcours de soins mais pour 70 % elle n'a pas changé.

- environ 70 % des généralistes partagent l'idée que certaines consultations ont uniquement pour objet la délivrance d'une ordonnance d'accès au spécialiste, permettant au patient d'être mieux remboursé.

Selon l'étude de l'IRDES, si 80% des patients consultent leur médecin traitant avant de voir un spécialiste, 40% des patients pensent que la lettre d'adressage ne sert à rien (10)

Alors que des études (18)(35) montrent que le courrier d'adressage peut influencer la prise en charge du patient. Il en est de même dans l'étude de Demanche (36) qui constate qu'un courrier de bonne qualité influence la prise en charge du patient aux urgences.

- Aucun module d'enseignement lors des études de médecine n'est consacré à l'apprentissage de la rédaction du courrier alors que les études de Tatterstal (37) et de Key-Solle (38) montrent qu'une brève formation à la rédaction du courrier ou du compte-rendu améliore sa qualité.

Il pourrait être envisagé de créer soit dans le cursus universitaire soit dans le cadre de la formation médicale continue un module sur la rédaction de courrier, de compte rendu, apprendre à résumer des situations cliniques complexes, analyser ses courriers....

2- Utilisation de logiciels informatiques pour la rédaction des courriers

L'utilisation de logiciels informatiques qui permettent l'importation de données comme les antécédents, le mode de vie, le traitement, les examens complémentaires déjà réalisés devrait permettre la rédaction de courrier de meilleure qualité. Le médecin gagne ainsi du temps car il n'est pas obligé de tout récrire. Le logiciel guiderait ainsi le médecin dans la rédaction de son courrier. Cette voie implique une bonne tenue du dossier médical.

Cartier (19) a analysé les courriers entre 1969 et 2009 et n'a pas constaté d'amélioration de la qualité des courriers or sur cette période l'informatisation s'est généralisée. Une des explications possible est que n'ayant pas de logiciel d'aide à la rédaction des courriers, écrire une lettre sur ordinateur est plus chronophage que de l'écrire à la main si le médecin ne maîtrise pas la frappe sur clavier, c'est que montre l'étude de le Coz. (39)

Binart (40) confirme que le fait d'avoir un logiciel médical améliore la qualité du courrier.

Cette piste est probablement la plus prometteuse, d'autant plus que la sous-utilisation de l'ordinateur devrait être corrigée avec l'installation de jeunes médecins habitués à l'ordinateur, les études de Le coz (39) et de Galfard (21) montre que les médecins les plus âgées sont les plus réfractaires à l'informatique.

L'utilisation de l'informatique devrait également être stimulée avec la convention de 2011 (41) qui a instauré la rémunération à la performance et au forfait basé sur des objectifs de santé publique.

Un des volets de cette convention est lié à la qualité de la tenue du dossier médical :

- tenue d'un dossier informatisé
- utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié
- rédaction d'une synthèse médicale annuelle par le médecin traitant
- télétransmission et utilisation des télé-services
- affichage dans le cabinet et à terme sur le site améli-direct les horaires de consultations et les modalités d'organisation du cabinet.

L'informatique permet notamment la conservation d'une trace dans le dossier médical à valeur médico-légale et assure la lisibilité.

La mise en place de messageries sécurisées comme MSSanté® ou Apicrypt® devrait jouer un rôle plus important dans l'avenir. Pour l'adressage elle a ses limites car envoyer son courrier d'adressage par messagerie électronique pour adresser un patient implique que celui-ci se rende bien chez le spécialiste correspondant, celui-ci ne peut pas changer de destinataire.

Elle permet cependant de demander un avis au spécialiste qui suivrait déjà le patient sans que celui-ci ne se déplace ou éventuellement accélérer la date du rendez-vous.

Elle présente surtout un intérêt pour la réponse du spécialiste qui en envoyant son compte rendu par courrier électronique gagne du temps, économise les frais postaux. C'est ce que montre l'étude d'Assyag (5) qui a analysé les relations entre les médecins spécialiste et les médecins généralistes d'Ile de France : il constate

que l'adressage par mail représente 5% des demandes alors que 23% des réponses se font par mail.

2- Lettre standardisée pour les médecins réfractaires à l'informatique

Des études ont montré que l'utilisation de ce type de courrier ne permet pas d'améliorer la qualité des courriers. Il s'agit de l'étude menée par Mead (42) et son équipe sur 291 courriers d'admission aux urgences et d'une autre étude conduite par Dupont (43) portant sur 600 courriers accompagnant les patients en consultation dermatologique hospitalière. Il en est de même pour Jenkins (32) qui a étudié 96 lettres adressées à des cardio-pédiatres.

A l'inverse plusieurs études démontrent l'intérêt d'une lettre type pour améliorer la correspondance des médecins généralistes.

Une amélioration de la qualité des informations grâce à l'introduction de courriers standardisés a été mise en évidence par Couper (44) sur 254 courriers d'admission aux urgences.

L'étude de Tatterstal (37) retrouve également une meilleure qualité des lettres standardisées, mais sans que cela n'entraîne une meilleure réponse de la part du spécialiste.

Ramanayake (18) retrouve également une amélioration de la qualité des courriers grâce à l'utilisation des courriers standardisés.

L'étude de Navarro (45) qui a étudié les courriers à destinations des stomatologues va dans le même sens .

Kong Win Chang (46) a évalué l'intérêt d'un courrier standard, elle a inclus 25 médecins, elle a analysé leurs courriers d'adressage aux urgences puis elle leur a proposé un courrier « type ». Elle a réuni 256 courriers : 111 « avant » et 145 « après ». Elle retrouve une amélioration des informations contenues dans les courriers notamment pour : les antécédents, l'histoire de la maladie, le traitement chronique, le traitement instauré, le contexte psycho-social, les examens complémentaires.

L'intérêt principal du courrier standardisé réside dans le fait dans son plan préétabli qui sert de trame, et permet de noter les informations nécessaires à la continuité des soins qui pourraient échapper lors de la rédaction d'un courrier libre ainsi que les informations « négative » comme absence d'antécédents ».

Gaget (25) a interrogé des médecins pour avoir leur avis sur l'intérêt d'un courrier standard : 69% des médecins interrogés seraient prêts à utiliser un courrier « standard ». Dans le cas contraire, 64% y voit un formulaire de plus, 49% perte de l'authenticité de la correspondance traditionnelle.

3- Dossier médical personnel (DMP)

Il est une piste proposée pour améliorer la transmission d'information entre médecin.

La loi du 13 août 2004 (13) relative à l'assurance maladie prévoyait la création d'un dossier médical personnel. Il s'agit d'un dossier médical unique, informatisé déposé chez un hébergeur agréé (et donc pas sur la carte vitale), gratuit, à disposition de tous les bénéficiaires de l'assurance maladie.

Les avantages attendus du DMP sont :

- une meilleure coordination des professionnelles de santé de manière à réduire les prescriptions redondantes ou erreurs résultantes d'une mauvaise circulation de l'information médicale,
- une meilleure qualité des soins grâce à l'accès en temps réel à une information unifiée concernant le patient,
- une meilleure information des patients de façon à les rendre davantage responsable de leur santé,
- une maîtrise des dépenses de santé en évitant les actes redondants, inutiles voir iatrogènes.

Son contenu, sous réserve de l'acceptation du patient, est varié :

- données générales : antécédents, allergie, vaccination, synthèse...
- les données de soins : résultats d'examens complémentaires, traitements, comptes rendus d'actes thérapeutiques, d'hospitalisation...
- données de prévention (facteurs de risques, traitements préventifs...)

- documents d'imageries
- espace d'expression du titulaire

Chaque médecin, avec l'accord du patient, peut accéder aux données médicales du patient.

Lancé en 2004, la généralisation du DMP devait être effective pour 2007, mais sa mise en place est difficile : en 2014 seulement 459 442 DMP ont été créés en France. (47).

Pour la rédaction du courrier le DMP ne sert pas au médecin généraliste puisque lorsqu'il est au cabinet il possède déjà les informations dans le dossier médical. Le DMP peut permettre au médecin généraliste de récupérer un compte rendu hospitalier, ou d'examens complémentaires et mettre à jour ainsi le dossier médical du patient.

Il présente comme intérêt pour le médecin généraliste, lors des visites à domicile, de pouvoir accéder au dossier depuis son téléphone ou tablette à condition d'avoir une connexion Internet.

Nous pensons que le DMP ne peut pas se substituer au courrier d'adressage

V-CONCLUSION

La communication entre médecins est essentielle pour assurer le suivi des patients sans rompre la chaîne des soins. Pour le médecin généraliste, l'importance de ces échanges est de plus en plus marquée avec la mise en place en 2004 du parcours de soin et la création du statut de « médecin traitant », véritable chef d'orchestre de la santé du patient.

Cette étude prospective qui avait pour objectif d'évaluer la qualité des courriers des médecins généralistes a montré la faiblesse de la qualité de leur correspondance. La comparaison aux courriers issus de la littérature internationale ou des études françaises retrouve des résultats globalement similaires.

Les médecins généralistes ne font pas de différence en fonction du spécialiste destinataire (ambulatoire ou hospitalier) lorsqu'ils rédigent un courrier.

La rédaction de courriers grâce à un ordinateur permet d'en améliorer la qualité, cependant cet outil est sous utilisé. Avec l'arrivée de jeunes médecins habitués à l'informatique la tendance devrait s'inverser.

Pour les médecins réfractaires à l'informatique, le courrier standardisé est une piste intéressante.

La liste de critères proposée par Cartier à laquelle il faut ajouter la date de rédaction du courrier paraît être une bonne base pour créer une grille d'évaluation des lettres d'adressage. L'élaboration et la validation de cette liste ouvre la possibilité d'une étude qui impliquerait de soumettre ces critères à l'avis des médecins spécialistes et généralistes.

Cette étude pourrait déboucher également sur d'autres études :

- Analyser les courriers des médecins dans le cadre d'une évaluation des pratiques à plus grande échelle.
- Etudier les freins à l'utilisation de l'informatique par les médecins généralistes pour correspondance.

ANNEXE 1

Mlle Fatiha Irekti
23 avenue du maréchal foch
95100 argenteuil
Tél : 06 17 58 65 30
Mail : fatiha.irekti83@gmail.com
Mail thomas.cartier@free.fr

Cher collègue

Je vous adresse ce courrier pour solliciter votre participation à un travail de recherche dans le cadre de ma thèse d'exercice. Je suis en fin d'internat de médecine générale et réalise ma thèse sur la **qualité des courriers d'adressage des médecins généralistes** à destination des spécialistes, hospitaliers et ambulatoires.

Un des objectifs du travail est d'analyser le contenu des lettres des médecins généralistes adressant un patient à un spécialiste afin d'en déterminer la qualité, grâce à une grille issue de la littérature.

J'ai besoin de récupérer des lettres de vos patients adressés par leur médecin généraliste. Votre rôle consisterait donc à me fournir une copie ou l'original (si vous ne gardez pas ces lettres) des courriers apportés par les patients. Il faudrait cependant les anonymiser (médecin et patient) d'un coup de stylo. Je viendrais ensuite récupérer les lettres.

Je vous joins en annexe le projet détaillé de recherche.

Si ce projet vous intéresse, je me mets à votre disposition pour que nous convenions d'un rendez-vous, y compris téléphonique, afin de vous apporter plus d'information.

En espérant que mon projet puisse retenir votre attention, je vous adresse mes salutations les plus respectueuses,

Mademoiselle Fatiha Irekti,
Interne DES Médecine Générale post-internat Paris Diderot,

Sous la direction du Dr Thomas Cartier, Chef de clinique – Université Paris Diderot

ANNEXES 2

21 novembre 2013

[CherAmi(e)],

Je vous adresse ans, pour bilan dermatologique.

En vous remerciant pour ce que vous ferez pour cette patiente, je vous prie de croire en mes meilleurs sentiments confraternels.

17/10/13

in des Corolier

Chere

mer de un peu de
Coeur de

(je pense au serein en
B (alors tjl))

Courbevoie, le 14/01/2014

Cher confrère,

Je vous adresse Madame âgée de 51 ans, pour douleurs abdominales avec ballonnement depuis environ 6 mois.

Ses antécédents son une HTA, tabagisme, bronchite chronique. Pas d'antécédent familial particulier. A noter un hémocult négatif en mai 2013.

En vous remerciant par avance de ce que vous ferez pour elle.

Cordialement



Merci de recevoir _____, né(e) le 28 mars 1939 (74 ans), pour prise en charge d'une insuffisance cardiaque chronique, non suivie.

Il est sous hémidigoxine et xarelto pour une ACFA ancienne, associé à du Triatec et du cardensiel depuis sa sortie d'hospitalisation.

Je suis ce patient depuis Avril et je constate depuis peu des signes d'insuffisance cardiaque (crépitants ou diminution du MV des bases, OMI, et majoration de sa dyspnée chronique avec une orthopnée). J'ai d'abord renforcé le traitement pneumo mais ai finalement ajouté du Lasilix devant une majoration de la dyspnée, de la TA et des signes droits, et demandé un proBNP qui est revenu à 1785ng/L en faveur d'une majoration aigue d'une ICC. La radio thoracique n'est pas alarmante, le dosage de la digoxine est normal à 0,60ng/ml. Les D-dimères sont négatifs.

Je vous l'adresse en semi urgence car le traitement peut sans doute être optimisé en ambulatoire, mais M. Perini n'a aucun suivi cardiologique et c'est aussi ce qu'il faudrait très rapidement mettre en place.

Je vous remercie de ce que vous pourrez faire pour lui.

Mode de vie : _____ est retraité, vit avec sa femme, (2ème étage ascenseur), il marche avec cannes ou déambulateur et est sous oxygène 1L/min depuis sa sortie de réanimation en septembre 2012

ATCD Médicaux :

- obésité, tabagisme sevré en 1978, pas de conso excessive d'alcool(1 verre par jour)
- HTA
- ACFA
- Phlébite + EP en 1988
- BPCO et SAS suivi pneumo La Roseraie (M. Michalou)
- Longue hospitalisation en réa puis rééducation fonctionnelle (juillet à sept 2012) pour choc hémorragique sur chute (hématome du psoas, hémithorax), compliqué d'un sepsis sévère et d'une insuffisance rénale aigue.

Chirurgicaux :

- hernie discale 1983
- PTH droite, PTG gauche (suivi rhumato Dr Michalou)
- résection polype rectum 2004

Allergiques : 0

Traitements personnels :

TRIA TEC 5mg : 1-0-1/2

HEMIGOXINE 1,25 : 1-0-1

XARELTO 20 : 1-0-0

CARDENSIEL 5 : 1-0-0

OMBREZ 150µg inhalation : 0-1-0

PULMICORT ⊕ APROVENT ⊕ BRICANYL = 4 aérosols / 5ans

INEXIUM 20 : 0-0-1

et actuellement en plus :

LASILIX 40 : 1-1-0

DIFFU K : 2-2-0

Cher confrère,

Je vous adresse Madame _____ âgée de 81 ans, pour bilan gériatrique. Elle est venue me voir pour la première fois il y a trois semaines, dans le cadre d'un nouveau suivi.

Elle a perdu son mari brutalement en janvier ; depuis, elle panique, a des petites vertiges, se sent faible sus ses jambes quand elle marche. Elle est sous seropram depuis quelques années et sous elisor. Elle m'a montré un bilan biologique récent qui ne montrait rien de particulier.

Elle paraît décrire des symptômes dépressifs francs, relatifs à sa nouvelle vie solitaire ; j'ai pris l'initiative depuis une semaine d'augmenter le seropram, à un demi le matin et un le soir. Par ailleurs j'ai émandé un doppler des tsa, qui ne montre qu'une obstruction à 50%, donc pas de retentissement franc.

Je voulais votre avis sur la prise en charge, et éventuellement organiser un hdj pour faire le point.

Ses antécédents personnels sont les suivants :

Dépression, Hypercholestérolémie, Recto-colite hémorragique en poussée (07/02/2012 : (colo y a dix ans))

Suite à l'examen clinique, on note :

- Une tension artérielle à 120 / 80 mmHg.
- Un poids de kg.

Bien confraternellement

mon cher cousin,

HM, présenté = AN 1 - Cochois mécanique droite
en juillet 90 pour autre multivibrante
- SAS sous CAPP

- prise en charge par vos soins
depuis 11 mois pour
des polyarthralgies de type inflammatoire
des hanches et gaine articulaire
Biologie = bilan urinaire usuel + L
FAI non fluorescent homogène
AC anti-peptides citrullinés +++ > 340

• RA humaine nodules parathyroïdes
+ saoune / bien traité en faveur
fibroses / de nature rhumatoïde

• Biopsie de glande salivaire
accidents = "aspect histologique compatible
un système de jonction-sporocyste
Chizhalm 4

Donc Polyarthrite rhumatoïde
de la cavité articulaire associée à un
système S&C.

Urgence : en mon absence, appelez le 15.

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Merci de l'attention et pour complaire le bilan
et mettre en route la stratégie thérapeutique

cher confrère

je vous adresse pour avis Melle [redacted] 19 ans, étudiante, sans atcds personnels, allergie simple aux pollens.
Elle présente depuis 2 ans un acrosyndrome de type Raynaud, qui se majore, avec réaction dès qu'il fait un peu frais, avec: main blanche, paresthésies, légère douleur, engourdissement.
pas d'autres symptômes associés notamment articulaire.
un bilan sanguin retrouve une VS modérément élevée, et une positivité des anticorps anti nucléaires.
doit on explorer davantage?
qu'en pensez vous?
en attendant je lui prescrit un peu de tildiem pour la symptomatologie vasculaire.
merci

Bibliographie

1. Ordre National des Médecins. *Code de déontologie médicale*. nov, 2012.
2. Chalhoub Raymond. Le recours au spécialiste: étude prospective durant 1 mois chez 20 médecins généralistes angevins; à partir du témoin de communication qu'est le courrier initial. Angers; 1992
3. G. Salfati, A.M Chesneau. Qu'attendre du recours au spécialiste en médecine générale. *La revue du praticien médecine générale* 1993;7(207):29-33.
4. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes: un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes et Résultats*. 2008; 649
5. Assyag P, Renard P. Regard et pratique des médecins spécialistes en médecine générale sur l'organisation du parcours de soins des patients. *La lettre de l'Union*. 2014;8-9.
6. Mercat F.X.. Les courriers entre médecins *Ordre National des Médecins* 1998.
7. G Labarthe. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. *Etudes et résultats*. 2004;315.
8. Gallais J-L, éditeur. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Issy-les-Moulineaux, Société française de médecine générale, 1994; 45.
9. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2008. Paris Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé; 2010, 547
10. GOUYON M. Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés: comportements et opinions. *Solidarité et Santé*. 2009, 11
11. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg. Disponible sur:
http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf
12. Evans T, Van Lerberghe W, *Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais*. Or. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2008.
13. Loi n 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JO. 17 août 2004;190:14598.
14. ministère de la santé et des sports. PARCOURS DE SOINS COORDONNES. sante.gouv. 2009
15. CLERC P, LE BRETON J, MOUSQUES J, HEBBRECHT G, DE POUVOURVILLE G. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies: Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. *Quest Déconomie Santé*. 2010;(156):1-6.

16. Carney SL. Medication accuracy and general practitioner referral letters. *Intern Med J.* févr 2006;36(2):132-4.
17. Legrain S, others. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. *Consomm Prescr latrogénie Obs HAS.* 2005
18. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). *Qual Health Care.* 2001;10(1):33-9.
19. Cartier Thomas. Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes: analyse de la littérature internationale. Paris 7; 2010.
20. Fournier Emile. Le courrier des médecins généralistes: la lettre d'admission au Service d'Accueil des Urgences. Poitiers; 2011.
21. Galfard M, Garot B. Les courriers d'adressage des médecins généralistes aux urgences des hôpitaux du Hainaut-Cambresis. Lille 2; 2013.
22. NHAN Than tàm. Etude de la communication « médecins généralistes- praticiens hospitaliers ». Amiens; 2010.
23. Robart-Playez Elodie. Les courriers des médecins généralistes en vue d'une admission aux urgences. Lille 2; 2005.
24. Chauvière Guillaume. Etude descriptive et prospective des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des patients aux urgences. Limoges; 2013.
25. Gaget Matthieu. Communication entre les médecins généralistes et urgentistes. Poitiers; 2010.
26. Toleman J, Barras M. General practitioner referral letters: are we getting the full picture? *Intern Med J.* juill 2007;37(7):510-1.
27. Ong SP, Lim L-T, Barnsley L, Read R. General practitioners' referral letters--Do they meet the expectations of gastroenterologists and rheumatologists? *Aust Fam Physician.* nov 2006;35(11):920-2.
28. Genest Alexis. La dermatologie en médecine générale: rôle et enjeux de la correspondance médicale. Exemple de l'hôpital d'insctruction des armées Legouest. Université H. Poincaré; Nancy 1; 2010.
29. Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la qualité en Aquitaine. Correspondance médicale: courrier d'admission en hospitalisation . 2003
30. JORF n 98, 24 avril 1996. Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. p. 6311.
31. EMPIRICA. benchmarking ICT use among general practioners in Europe, contry profil: France. commission européenne; 2007 Disponible sur: http://www.i-med.fr/IMG/pdf/INDeH_CountryProfile_France.pdf
32. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, Nicholson R. Referral letters: are form letters better? *Br J Gen Pract.* 1997;47(415):107.

33. Prevost Defrance Marie. Le courrier médical entre les généralistes et leurs correspondants : une étude de 354 lettres échangées, effectuée chez sept généralistes enseignants à l'université Paris XI. Paris XI; 1995.
34. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres? *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):359-71.
35. Caillet P, Herbaud S, Lejonc J-L, Paillaud E. [« Admission letter »: an indicator of frailty in elderly emergency department patients]. *Janv 2008;37(1 Pt 1):60-1.*
36. Demanche Cécilia. Influence qualitative du courrier du médecin généraliste dans la prise en charge des patients aux urgences. Lyon; 2012.
37. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. *Med J Aust.* 4 nov 2002;177(9):516-20.
38. Key-Solle M, Paulk E, Bradford K, Skinner AC, Lewis MC, Shomaker K. Improving the quality of discharge communication with an educational intervention. *Pediatrics.* oct 2010;126(4):734-9.
39. Le Coz Jérôme. Les obstacles à la communication de données médicales informatiques en médecine de ville. Enquête auprès de médecins généralistes de la région de Saint Brieux. Rennes 1; 2005.
40. BINART-ECALÉ hortense. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Bobigny; 2012
41. Bertrand X. Péresse V. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.
42. Mead GE, Cunnington AL, Faulkner S, Russell KJ, Ford MJ. Can general practitioner referral letters for acute medical admissions be improved? *Health Bull (Edinb).* juill 1999;57(4):257-61.
43. Dupont C. Quality of referral letters. *The Lancet.* 2002;359(9318):1701.
44. Couper ID, Henbest RJ. The quality and relationship of referral and reply letters. The effect of introducing a pro forma letter. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneesk.* déc 1996;86(12):1540-2.
45. Navarro CM, Miranda I a. N, Onofre MA, Sposto MR. Referral letters in oral medicine: standard versus non-standard letters. *Int J Oral Maxillofac Surg.* oct 2002;31(5):537-43.
46. Chang A-CKW. Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital. 2009
47. www.dmp.gouv.fr.

RESUME

Introduction : Le médecin généraliste, devenu le « médecin traitant », a vu son rôle de coordinateur des soins renforcé par le dispositif « médecin traitant », notamment en termes d'adressage aux spécialistes.

Ce travail de thèse a pour but d'évaluer la qualité des courriers des médecins généralistes adressés aux spécialistes, hors contexte d'urgence, selon onze critères.

Méthodologie : à partir d'une grille élaborée sur une thèse précédente, des courriers de médecins généralistes, obtenus auprès de médecins spécialistes ambulatoires et hospitaliers, ont été analysés après anonymisation des données patients et médecins. Les tests statistiques utilisés sont le test du Chi-2 et le test Z de comparaison de moyennes.

Résultats : 477 courriers ont été obtenus, auprès de 11 types de spécialistes différents, exerçant en ambulatoire et en établissement (6 hôpitaux). La qualité des courriers est globalement faible puisque les ATCD sont mentionnés dans 58 % des courriers, l'apport attendu du spécialiste dans 75% d'entre eux, le contexte psychosocial : 26 %, le diagnostic du médecin généraliste : 45%, l'examen clinique : 32%, les examens complémentaires : 38%, l'histoire de la maladie : 65%, motif d'adressage : 97%, nom du médecin généraliste : 100%, traitement en cours : 41%, position dans l'adressage : 28%. En moyenne, un courrier contient 6,04 critères sur onze recommandés.

La présence de critères a été ensuite analysée en fonction des spécialités et du lieu d'exercice du spécialiste : aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée.

60% des courriers sont écrits à la main et donc 40% sont écrits par ordinateur. La qualité est statistiquement significativement différente : 5,6 critères présents en moyenne versus 6,7 respectivement.

Conclusion : Il existe une carence de renseignement transmis par le médecin généraliste à son confrère spécialiste. L'informatique permet une amélioration de la qualité des courriers.

Mots clefs : communication entre médecin, courriers médecins généralistes, lettres d'adressage