



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**ANNÉE 2018**

**N°96**

***LE COURRIER, OUTIL DE COMMUNICATION***  
***Enquête descriptive autour de la consultation mémoire***  
***de l'hôpital des Charpennes à Villeurbanne***

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le **02 Mai 2018**  
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**Claude-Jad DBOUK**  
**Né le 5 Octobre 1990 à LYON**  
**(69)**

**Sous la direction de Docteur ZAZA MAKAROFF**

## **UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1**

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<b><u>Secteur Santé</u></b>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<b><u>Secteur Sciences et Technologie</u></b>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

## Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**  
**Première classe**

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tiilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourmeret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

#### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Flori	Marie
Letrillart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

#### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Lainé	Xavier
-------	--------

#### **Professeurs émérites**

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

#### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

##### **Hors classe**

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

#### **Première classe**

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers**

#### **Seconde classe**

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

# Remerciements

**Au Président du jury,**

**Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON,**

Pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse. C'est pour moi un grand honneur. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

**Aux membres du jury,**

**Madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ,**

Pour avoir accepté de juger ce travail sans me connaître. Soyez assuré de toute ma gratitude et de ma profonde considération.

**Madame le Professeur Marie FLORI,**

Pour m'avoir montré la médecine générale comme elle devrait toujours être, une médecine centrée sur le patient. Pour votre participation au jury de ma thèse et pour votre patience à mon égard... Soyez assurée de toute ma reconnaissance et ma grande sympathie.

**Madame le Docteur Zaza MAKAROFF**

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse. Mais surtout pour la richesse de ton enseignement pendant les six mois d'internat passés à tes côtés, tes précieux conseils à cette époque et maintenant, et ce toujours dans la bonne humeur. Je tiens à m'excuser ici pour la note probablement salée concernant le stock de café du service. En tout cas, trouve très sincèrement ici le témoignage de ma profonde gratitude.

**A mes confères,**

**A Mesdames les Docteur Virginie DAUPHINOT et Julie MERCIER**

Je vous remercie infiniment pour toute l'aide que vous m'avez apportée durant l'élaboration de ce travail, pour vos relectures attentionnées. Merci tout particulièrement à toi Virginie, pour ta disponibilité et ta gentillesse.

**Au Dr Samar NAJDA,** pour ton dynamisme et ta joie de vivre, ma maman libanaise des Charpennes.

**Au Dr Michel BOASIS,** pour votre pédagogie, la richesse de votre enseignement.

**A ma famille,**

**A mon père,**

Merci pour m'avoir transmis ta passion pour la médecine. J'espère être un jour un médecin aussi humain que tu l'étais. Merci pour ton soutien à tous les niveaux au cours de toutes ces années, ton épaule sur qui je pouvais me reposer à n'importe quel moment.

**A ma mère,**

Pour avoir toujours cru en moi, et c'était pas gagné. Pour m'avoir toujours poussé à donner le meilleur de moi-même. Il n'y a pas de mot pour exprimer ma profonde reconnaissance pour ce que tu as toujours fait pour moi.

**A ma sœur,**

Ou ma fille pour certains patients ?!?! Merci d'avoir été là pour moi, dans les bons et les mauvais moments, pour les fous rires que tu m'apportes, même si je pense que tu es probablement un peu folle. J'ai hâte de débiter cette installation avec toi, ça va être top ! Si tu lèves un peu le pied sur les vacances bien sûr.

### **A ma nièce**

Pour me permettre de rester toujours à la pointe de la mode, vestimentaire ou gestuelle (/o/ ← ceci est un DAB). Mais j'aurais toujours une petite longueur d'avance sur toi, ne l'oublies pas.

### **A mon cousin,**

Mon sosie, mais en mieux. Expert en diététique et en fitness. C'est vraiment cool de pouvoir se voir régulièrement maintenant que tu es à Lyon !

### **A mes oncles et tantes,**

Voyez dans ces remerciements, une demande pour arrêter de m'emmener des pâtisseries libanaises avant que mon corps n'explose. Bon encore une puis stop.

### **A Yann,**

Dit Jean-Yann ou « Mortadelle », merci pour tes précieux conseils dans la vie de tous les jours, et pour ton humour fin et imprévisible. Bientôt j'arriverais à m'habiller exactement comme toi.

**A Booba, Nietzsche, et Nikita,** les génies de la famille.

**A Marie-Ca,** dit La guich, séduite par une mozza buffala et un verre à l'Ayers Boat ! Pour avoir passer plus de temps que moi sur cette thèse à la relire et la mettre en forme, pour ta passion pour le générique de Médiavision 01 47 20 0-0-0-1, pour ne jamais m'avoir battu au Shi-Fou-Mi. Merci d'avoir accepter de tenter les sélections de Motus avec moi (pas de chance d'être tomber sur le champion dès le premier tour). Merci surtout de me supporter au quotidien, malgré les objets déco indus' et léopard qui remplissent la grande brocante dans laquelle on vit, malgré les jeux débiles auquel je veux toujours jouer, malgré quelques sorties intempêtes. Merci d'être toujours là pour moi.

**A mes amis,**

### **Aux copains d'abord, du rugby à l'Obamo**

**Julien**, dit Señor Ramon, là depuis le début, des D3 2001 en passant par les pistachos de la résidence, grand professionnel du nosegrind cousu main, heureusement que tu es meilleur commercial que tu ne l'étais en skate. Pour ces virées, à tout heure du jour et de la nuit, parfois (souvent) dans le pétrin mais toujours au rendez-vous des bons copains.

**Don Dieg**, du stage à Balan aux excursions à Rosas, accroc au jus de bagarre et au sable des plages, grands consommateurs de bols, et ce de père en fils. Et si un jour, l'idée te vient de venir me défier, n'oublie pas qui a gagné au-dessus de l'Obamo.

Et bien sûr vos partenaires de vie, **Lucille, Doriane**: il en faut du courage pour pouvoir les supporter. Entre deux épisodes de télé réalité pour une, deux verres de Sheridan pour l'autre, n'oubliez pas de vous entraîner au Monopoly.

**Lucas**, plus grand rongeur qu'ai connu cette planète, cracheur sur pelouse synthétique, accroc au Coca-Redbull, ça aurait été un plaisir de partager ce moment avec toi. Profite bien de ton tour du monde avec Sophie, la dame aux plantes et aux oiseaux, très très Margareth.

**Caro**, l'expert de la comptabilité. Je compte sur toi pour détourner assez d'argent sur un compte offshore afin de prendre ma retraite à 40 ans et siroter des cocktails sur les plages des Bahamas.

**Gomar**, petit bonhomme. Pour notre P1 commune, nos soirées à Soulac, pour la touffe de cheveux qui trônait tel un trophée sur la table. Tu pleurais à la coupe du monde 2006 mais pas devant Rox et Roucky ??

**Irwin**, et pourtant ça avait mal commencé. Après une rapide réconciliation, ça se frizz en maths et ça trinque ensemble à l'Obamo entre deux buffalos. C'est au futur PDG d'Apple que je m'adresse maintenant, j'espère qu'il y'aura toujours une place pour moi sur ton yacht.

**Popo**, sans toi je ne serais pas là. A toi qui est venu me soutenir tous les vendredis et samedis soirs en P1, je ne l'oublierais pas. En espérant te voir un peu plus à partir de maintenant, si tu as un peu de temps à m'accorder deux parties de bowling endiablées.

**Mourad**, grand conducteur gréviste fan de disneyland (j'étais obligé), ancien patron du Loft Club. En espérant qu'on se voit un peu plus dans le futur bgc.

### **Aux patricks duss**

**Epin**, de Jordan Neighborhood au concert de Muse, d'une chambre d'hôtel noire de Californie au stand d'abricot catalan, pour ta boulimie matinale compulsive saucisson-centrée (bien plus qu'alain), pour ta connaissance approfondie des plus grands chanteurs de ce monde et du poker (alors le Bad Beat..).

**Frama**, dit « sourci plein », aux goûts de luxe mais aux achats de beaufs, Pour nos soirées à rentrer en transport en commun très tchatcheur, pour ton estime pour les plus grands philosophes de cette planète que compose la télé réalité, pour la force herculéenne de tes sourcils contrastant avec ce corps de lâche (qu'est ce tu a fait à ta tête gros ???!), pour ta passion matinale pour le marché de Bandol, je t'admire surtout pour toujours être du côté des faibles en football.

**Lucho**, rencontré en P1 lors d'une anecdote qui n'est toujours pas terminée, pour ton sens accru de la légalité, pour tes passions démesurées que tu nous fait partager (tu as vu mon Qashqai ??) pour tes super jackpot remportés sur Betclie, pour tes entrées surprises dans les salles de bain des colloqs de nos amis.

**Lolo** (Lolo Lolo), pour nos stages passés ensemble tout le long de nos études, ça restera toujours plus facile que ce Mont Reijani ! Pour nous avoir héberger pendant 6 ans dans la flexhome, même s'il a fallu user de ruses, pour ton goût certains pour les objets qui joignent l'utile à l'agréable, pour ton utilisation massive des bijoux,.

**Rosa la rongeuse**, dit « blizzard blizzard junior », grand propriétaire de Terres au milieu des graniers massifs, pour ta grande timidité et ta discrétion, toi le plus normal du groupe, c'est pour tout ça que je viendrais te rendre visite régulièrement quand tu seras en zonz ou en asile. (Rigole) Et l'emphème va..

**Le Roux**, pour tes hypotensions dans les baignoires (ça doit être l'altitude vieux), merci de m'avoir déposé à Bandol avec une seule portière de voiture valide quand tout le monde

m'avait abandonné. Ne te décourage pas, avec un peu de travail tu auras une condition physique aussi développée que la mienne.

**Oliv** (Hi, kiffak, ça va ?) Pour tes allez-retour expéditifs pour chaque événement intellectuel (Completely irresponsible), pour m'avoir organisé un super anniversaire à Nantes l'année dernière :), je ne te remercie pas en revanche pour m'avoir fait découvrir l'embassade ou une autre « boîte » de ce genre, Li/Ban

**Sawce**, ou Monconduit, ou tout autre surnom affectueux que tu as pu avoir. Pour ton hyperactivité, pour m'avoir coiffé au poteau concernant la médaille qu'on t'a décerné récemment dans le groupe, pour m'avoir retrouvé à Kuta, bien qu'on t'ai perdu quelques jours plus tard entre cowboys et indiens après un mystérieux cocktail to the moon.

**Adrien**, dit « Amandinera t-on demain » l'homme au plus gros ventre du monde, heureusement que tes gestes techniques compensent la charrette que tu traînes derrière toi. Pour avoir écrit des choses horribles sur la voiture d'Alice (on peut le dire maintenant que c'était toi). Pour tes invitations nombreuses à célébrer le Beaujolais nouveau dans ton village.

**Thonon**, qui me doit toujours un café, je ne sais pas si c'est possible de se voir plus que ce que l'on fait déjà mais on va essayer en tout cas :)

## **Aux pov's pat girl**

**Astrid**, Stridou la camz à l'esprit torturé, qui me met tout le monde dans la confession en demandant de ne rien dire, fratrie capable de transformer une bouteille de coca en shisha, mais pas d'accrocher un panneau à un poteau pour son déménagement,

**Julie**, tyè luri frère, quinoavore indétrônable, ne jetez pas vos peaux de bananes elle en fera un manteau, félicitations pour l'acquisition de ton hangar, j'ai hâte de taper une tête dans ton couloir de nage.

**Roxane**, pour vouloir toujours nous réunir tous ensemble même quand c'est impossible, pour vouloir toujours t'asseoir au milieu des tables pour être au centre des discussions, pour tes goûts presque aussi prononcés que les miens en décoration

**Adé**, psy le jour, buveuse de captain morgan le soir. Fan inconditionnel de foot, merci pour les barbeuks coupe d'europe organisés et ceux du mondial à venir. T'en fait pas on va la soulever cette coupe.

**Marine**, rien à dire à part respect, pour ta patience à toute épreuve bien que tu sois autant un calvaire que ton énergumène de compagnon. #souslatable #siestoune #dénudée #nofilter

**Alice**, pour tes tentatives multiples à essayer de nous rendre moins bêtes, pour ta franchise et surtout ta joie de vivre incommensurable, tu rejoins la prochaine personne sur ce point

**Amandine**, éclatante par ses braises au barbecue et son sourire Freedent. Au plaisir de te voir autour d'une glace, que tu me dois toujours !

**Nath**, pour m'avoir laissé te dessiner sur le visage au marqueur plus d'une fois et pour ton compagnon Machime Moucham.

**Laure**, la vérité, en espérant te voir un peu plus ces prochains temps.

## **Mais aussi**

**A Julie et son Jo**, ancienne gloire du MMA et désormais père de Mini-Jad, ne t'inquiètes pas pour lui on s'occupera de lui faire son éducation ricardesque et saucissonnesque.

**A Benoit**, dit la paz, merci de m'avoir fait autant marrer dans cette clinique de l'enfer où nous étions en stage ensemble, tout plein de bonheur à Inès et toi pour ces nouvelles aventures que vous allez vivre. Et n'oublies pas de proposer le prénom de Jad.

**A Tiboch et Julia CHARLES**, les montagnards voyageurs, bien heureux propriétaire. Qui fait semblant de travailler en passant sa journée dans la balnéo, on attend toujours l'invitation pour le barbek soit dit en passant.

**A Tibol**, geek psychiatre et son enfant Zinedine, et sa mère qui m'a sauvé la vie un soir de grand froid.

**A Pierzy**, pour toutes ces parties de Fifa, Call of, Poker, réalisées en mangeant des pizza cuites sur toi, il est temps que tu ailles te coucher. Et Alice, ta merveilleuse copine organisatrice d'anniv surprise dans des villes très enrichissantes, et qui a le mérite de te

supporter au quotidien.

**A Mickael**, fan de l'OL de génération en génération, dont tout le monde pense qu'il est en dispo, plus souvent sur un terrain de pétanque ou au You qu'en stage, merci pour tes régalaades de plus en plus fréquentes.

**Aux copains de V-city V-city** (il paraît que ça s'écrit toujours deux fois): Thib & Dorra (les jet setteurs de Mykonos), Cam & Pô (issu de la lignée des rongeurs, et d'ailleurs on remercie aussi tous les aïeux et descendants bélirongeurs), Lexa (slameur torturé), Ped & Alex (peut être les intellectuels du groupe (tout est relatif)), Gasp : Psy (docteur et patient à la fois) et JB l'écrivain (Merci au passage pour la relecture). A vous tous Merci de m'avoir montré que 86 n'était pas que le département de la Vienne, merci pour votre sens démesuré pour faire des rongeries, votre certain talent bien qu'inférieur au mien au Ya, j'espère ne pas prendre de Buffalo au pot de thèse par votre faute.

**Aux Copains de Bourg:** Hélène, Julie le pitch, Maxence, La ptite mathilde, Cléa, Amina, Marie, Xavier, Mélanie, Magali, Laure, Clémence, Yoann, Podeur et même Schemoul.

**Aux Copains de Valence:** Arthurou (merci de m'avoir ramené dans ma chambre), Laura, Guillaume, Ludwig, Sophie, Carole, Alexia, Igor, Julie, Victorito, Gauvain, Caro, Solenn. Une petite pensée pour le Sunshine et pour ceux qui étaient là au moment du drame. (malus à 1,75)

**Aux Copains de toujours:** Julie Fournillon là depuis le début (mais là vraiment) grande fan de dinette, Guillaume et Adrien (les potos de la ruche, on s'est bien marré pendant ces années, en espérant vous revoir vite) et à vos familles, à Benji (nul en descente en kayak, meilleur en descente de Ricard), Jerem le maghrébin et Alexia la courgette aux ciseaux.

**A Rémi Vautrot**, bien qu'un tantinet bagarreur à la sortie des CP

**A Pascal**, le philosophie bien sûr

**A mes copains de Marseille et dérivés :** Tanti, Guedj le jaguar , Marsault, Carla, Jess, mon Kuro, Pupu, Pagadixx, Prince Benjamin, et Midou. **A Jules**, pour tes levée en Y.

Et Mercey hein.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

FNCMRR : Fédération Nationale des Centres Mémoire de Ressources et de  
Recherche

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

SFMG : Société Française de Médecine Générale

## TABLE DES MATIERES

<b>I- INTRODUCTION.....</b>	<b>21</b>
1. Les courriers médicaux.....	22
1.1 Forme et contenu des courriers médicaux.....	22
1.2 Les courriers d'adressage.....	24
1.3 Les courriers médicaux des spécialistes répondant au médecin traitant.....	25
2. Le contexte.....	25
2.1 La consultation mémoire.....	25
2.2 La communication entre médecins généralistes et médecins spécialistes : une insatisfaction réciproque.....	27
2.2.1 Une communication jugée insatisfaisante.....	27
2.2.2 Les causes de cette insatisfaction.....	28
2.2.3 Un manque de temps mis en cause.....	29
2.2.4 Intérêt de la standardisation.....	30
2.3 Le travail du Dr Laure SANDJIAN.....	32
3. Le travail de thèse.....	34
3.1 Hypothèses.....	34
3.2 Objectifs.....	35
<b>II- MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>36</b>
1. Première partie : analyse des courriers des médecins traitants.....	36
1.1 Sélection des courriers d'adressage.....	36
1.2 Analyse des courriers.....	36
2. Avis des médecins généralistes concernant les deux types de courrier (adressage et issu de la consultation mémoire).....	37
2.1 Elaboration du questionnaire.....	38
2.2 Population.....	39
2.2.1 Médecins généralistes installés dans la ville de Villeurbanne.....	39
2.2.2 Les médecins récemment diplômés, dits « novices ».....	39
2.3 Méthode d'envoi.....	40
2.4 Analyse.....	40
<b>III- RESULTATS.....</b>	<b>41</b>
1. Analyse des 100 courriers d'adressage en consultation mémoire.....	41
1.1 Analyse des courriers : pourcentage global d'absence de chaque item dans les courriers d'adressage.....	41
1.2 Association entre les variables présence/absence des 11 items et les caractéristiques d'âge et de sexe des patients.....	42
2. Résultats du questionnaire.....	43
2.1 Description des médecins ayant répondu à l'enquête.....	44
2.2 Description des réponses des médecins dans l'enquête.....	45
2.2.1 Analyse des réponses concernant le courrier d'adressage des médecins généralistes en consultation mémoire.....	45
2.2.2 Analyse des réponses concernant le courrier d'adressage des médecins généralistes en consultation mémoire : comparaison des réponses au questionnaire en fonction des groupes « classe d'âge » et « temps d'exercice » des médecins.....	47
2.2.3 Analyse des réponses concernant le courrier de retour des médecins spécialistes en consultation mémoire.....	50

2.2.4 Analyse des réponses concernant le courrier de réponse issu de la consultation mémoire en fonction de la tranche d'âge et de la durée d'exercice des médecins répondants.....	51
<b>IV- DISCUSSION .....</b>	<b>52</b>
1. Population de l'étude.....	52
2. Les courriers d'adressage des médecins généralistes.....	52
2.1 Comparaison avec d'autres études.....	53
2.1.1 Evolution dans le temps.....	53
2.1.2 Comparaison en fonction des spécialités.....	53
2.1.3 Facteurs chez le patient influençant la présence ou l'absence des critères dans les courriers:.....	54
2.1.4 Facteurs chez le médecin influençant la présence ou l'absence des critères dans le courrier .....	55
a)Selon les caractéristiques d'âge et de temps d'exercice.....	55
b)Manque de temps : .....	56
c)Des avis différents sur le fond du courrier.....	57
d)Selon le type de courrier utilisé par le médecin.....	57
2.2 Comment améliorer cet échange d'information ? .....	59
2.2.1 Promouvoir l'importance du courrier d'adressage .....	59
2.2.2 Formation .....	60
2.2.3 L'informatisation .....	60
2.2.4 L'utilisation de courrier standardisé.....	61
2.3 Synthèse des données concernant les courriers d'adressage .....	62
3. Les courriers de réponses des spécialistes.....	63
3.1 Les médecins généralistes plus satisfaits .....	63
3.2 Un contenu plus informatif.....	63
3.3 Délai réception.....	65
3.4 Un délai encore perfectible.....	66
3.4.1 Etablir un courrier préalable.....	66
3.4.2 Selon la méthode d'envoi du courrier.....	67
3.5 Inconvénient du courrier standardisé .....	67
3.5.1 Un courrier jugé trop long .....	67
3.5.2 Un manque de lisibilité et un accès difficile à l'information: l'importante de hiérarchiser .....	68
3.6 Synthèse des données concernant les courriers de réponse issus de la consultation mémoire.....	69
4. Limite de l'étude : Biais de sélection des médecins répondant à l'enquête.....	69
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>78</b>
ANNEXE 1 : proposition de courrier type du DR SANDJIAN destiné à l'usage des médecins généralistes adressant en consultation mémoire.....	79
ANNEXE 2 : proposition du Dr SANDJIAN concernant le courrier type issu de la consultation mémoire, à l'usage des médecins spécialistes.....	80
ANNEXE 3 : ancien modèle de courrier issu de la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes.....	81

ANNEXE 4 : nouveau modèle de courrier issu de la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes.....	82
ANNEXE 5 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes.....	88
ANNEXE 6 : Courrier électronique envoyé aux médecins généralistes .....	93
ANNEXE 7:Tableaux de pourcentage de présence/absence des items dans le courrier d'adressage.....	94
ANNEXE 8 : Description des réponses des médecins généralistes concernant les questions du questionnaire portant sur le courrier d'adressage en consultation mémoire. (Q11 à 17 du questionnaire) .....	97
ANNEXE 9 : Facteurs influençant le manque d'exhaustivité des courriers d'adressage selon les médecins généralistes .....	102
ANNEXE 10 : Analyse des réponses des médecins généralistes en consultation mémoire : comparaison des réponses au questionnaire en fonction des groupes « classe d'âge » et « temps d'exercice » des médecins :.....	103
ANNEXE 11 : Description des réponses au questionnaire des médecins, concernant le courrier de réponse issu de la consultation mémoire.....	113
ANNEXE 12 : les remarques des médecins généralistes concernant le nouveau modèle de courrier issu de la consultation mémoire.....	114

# I- INTRODUCTION

« La communication en matière médicale est non seulement devenue un élément incontournable de confiance dans la relation médecin-patient mais aussi le garant de la qualité des prescriptions médicales » comme le rapporte le Conseil National de l'Ordre des Médecins. (CNOM) (1)

L'acquisition de cette compétence est un élément primordial dans le cursus de l'interne en DES de médecine générale.

Le courrier médical a une part essentielle dans cette communication, en effet, il permet de faire le lien entre les divers acteurs de santé, médicaux et paramédicaux, qu'un patient peut être amené à rencontrer. En contenant les premières informations dont ces professionnels auront besoin, il assure ainsi une coordination des soins autour du patient.

On peut alors facilement imaginer, qu'une communication inadéquate aura un impact péjoratif sur la prise en charge du patient. Un manque d'information peut ainsi conduire à une prise en charge non optimale: redondance des soins ou des examens, erreur ou perte de temps dans le diagnostic ou dans la prise en charge thérapeutique, iatrogénie médicamenteuse, ou encore mécontentement du patient qui n'adhère plus à la prise en charge.

La consultation mémoire peut concerner des patients âgés, orientés la plupart du temps par leur médecin traitant. Elle répond à une demande concernant des troubles cognitifs, plus ou moins évolués. La prévalence des troubles cognitifs augmentant avec l'âge, ces mêmes patients adressés sont souvent atteints de multiples pathologies et ont un nombre important de traitement.

Leur prise en charge est donc pluri- disciplinaire, visant à améliorer leur qualité de vie, maintenir leur autonomie et retarder les conséquences des pathologies, dont il souffre. La transmission des informations le concernant est donc essentielle.

Le CNOM rappelle, dans son rapport sur la qualification des spécialistes en médecine générale de 2014 (2), que depuis 2007, tous les médecins généralistes diplômés sortant des facultés sont qualifiés de spécialistes. Cette évolution a donc créé deux populations : l'une

composée, des diplômés du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) depuis 2007 et, l'autre, de généralistes qualifiés par l'Ordre à la suite de l'avis des Commissions de qualification ordinale.

Dans cette thèse et dans un souci de compréhension, nous utiliserons le terme générique de médecin généraliste pour qualifier l'ensemble de ces deux groupes, et le terme de médecin spécialiste pour qualifier les médecins exerçant une spécialité autre que la médecine générale.

## **1. Les courriers médicaux**

### **1.1 Forme et contenu des courriers médicaux**

Le CNOM rappelle que « les motifs, le contenu et la destination des correspondances entre médecins ont évolué au cours des dernières années. Cela est dû aux modifications de l'exercice médical, à un intérêt accru des patients pour les informations les concernant et enfin à une plus juste appréciation du secret médical. Ces modifications influent sur la forme et la teneur d'une lettre adressée par un médecin, à propos d'un malade à un autre médecin ou à un professionnel de santé. » (1)

Ainsi ce rapport de 1998 avait pour objet d'analyser la forme et le contenu du courrier, les conditions d'information du patient et les modalités de transmission.

Les articles 4, 45, 50, 58, 59, 60, 64 et 65 du code de déontologie fixent certaines conditions à l'élaboration de cet échange, notamment le respect du secret médical et la communication réciproque entre les médecins concernés par la prise en charge du patient. (3)

Les articles 45 et 64 rappellent l'obligation entre médecins qui participent aux soins d'un même patient de se transmettre les informations médicales qui le concerne.

- *Article 45 (article R.4127-45 du 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.4127-64 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»*

L'article 76 (article R.4127-76 du CSP) aborde la forme du courrier. Tout courrier doit être lisible, daté et l'identification du rédacteur doit être visible.

*«[...] 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.»*

Se trouvant en situation de "secret partagé", le médecin traitant, comme le rappelle le code de déontologie, ne doit échanger avec le spécialiste que les informations médicales nécessaires pour son intervention diagnostique ou thérapeutique.

L'article 35, détermine quant à lui, les conditions d'information du patient. Les informations médicales doivent être transmises par l'intermédiaire d'un médecin à qui il appartiendra de mettre en œuvre les règles de l'article 35, à savoir l'appréciation en conscience de ce qui peut et ne peut pas être dit.

*« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.*

*Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. »*

Enfin, l'article 56 du code de déontologie est là pour nous rappeler les obligations de la confraternité. S'agissant d'une lettre, les règles de la convenance doivent être respectées.

## **1.2 Les courriers d'adressage**

Depuis la loi du 13 août 2004 (4), tout patient désirant consulter un spécialiste doit être adressé par son médecin traitant (parcours de soins coordonnés).

En 2004, l'ANAES, formant aujourd'hui l'HAS (Haute Autorité de Santé) avec d'autres commissions, a publié un Référentiel d'évaluation des critères de qualité de la correspondance médicale. (5)

Certains critères sont jugés indispensables :

- Identité du rédacteur
- Date du courrier
- Identité du patient
- Age du patient
- Identité du destinataire
- Motif de la demande d'admission
- Histoire de la maladie
- Antécédents du patient
- Traitement habituel du patient
- Traitement des symptômes aigus
- Détail du traitement médicamenteux

D'autres critères sont jugés pertinents:

- Habitudes de vie du patient
- Examen clinique
- Allergies connues
- Contexte social, familial et professionnel
- Examens complémentaires
- Nom du médecin traitant

Enfin la lettre d'adressage fait partie intégrante du dossier médical (6). Soumise au secret médical, elle doit être totalement accessible au patient, et celui-ci est libre de la présenter ou non au médecin destinataire.

### **1.3 Les courriers médicaux des spécialistes répondant au médecin traitant**

Il n'existe pas de consensus concernant le contenu des courriers de consultation de médecins spécialistes s'adressant au médecin traitant. En revanche, le CNOM explique que les règles et conditions expliquées précédemment (1), concernant la forme, le contenu, les informations du patient et les modalités de transmissions, sont aussi valables dans ce cas précis.

*« Toutes les règles et conditions que nous venons d'étudier, dans le cadre du courrier d'un généraliste à un spécialiste, s'appliquent aussi bien aux courriers entre généralistes qu'entre spécialistes et à la lettre du spécialiste répondant au généraliste qui lui a adressé le malade. »*

En revanche, l'HAS a établi un Référentiel des informations relatives au séjour nécessaires à la continuité et à la sécurité du patient, ce dès la sortie d'hospitalisation de plus de 24h. (7)

Dans ce compte-rendu d'hospitalisation (CRH), certaines rubriques sont obligatoires et d'autres laissées au choix du service d'hospitalisation.

## **2. Le contexte**

### **2.1 La consultation mémoire**

Les consultations "Mémoire" permettent aux patients présentant des troubles cognitifs, de bénéficier d'un possible diagnostic et d'une prise en charge adaptée.

L'évaluation comporte plusieurs étapes et fait intervenir plusieurs professionnels de santé, le tout s'intégrant dans une approche pluridisciplinaire centrée sur le patient.

Elle est réalisée en consultation et/ou en hôpital de jour (HDJ) si des examens plus approfondis sont nécessaires.

D'après la Fédération Nationale des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (8) (FNCMRR) , elle comporte successivement la réalisation d'évaluations cognitive, fonctionnelle, thymique et comportementale.

Pour aboutir au diagnostic étiologique puis définir le plan de soins et d'aides, la démarche devra s'appuyer sur :

- un examen clinique,
- une évaluation fonctionnelle approfondie,
- une évaluation psychique et comportementale,
- une évaluation neuropsychologique,
- des examens paracliniques spécialisés,
- un entretien avec le patient et si possible avec un accompagnant identifié (en accord avec le patient).

Aussi, selon la FNCMRR, une évaluation gériatrique sera systématiquement associée et permettra de compléter les informations transmises par le médecin traitant.

On comprend alors l'importance du contenu du courrier d'adressage. Les éléments présents dans ce dernier guideront le médecin spécialiste à décider, au moins en partie, des examens complémentaires nécessaires pour le patient. Plus le courrier sera informatif, plus le médecin hospitalier ciblera la prise en charge qui aboutira à un projet de soins personnalisés, toujours dans une démarche centrée sur le patient.

En effet, l'interrogatoire du patient, n'apportera souvent pas autant d'informations, parfois du fait de l'anxiété mais également par la gêne occasionnée par les difficultés de mémoire.

Une fois les tests réalisés, la consultation de restitution amène à proposer un diagnostic associé à une prise en charge. Les aidants sont alors aiguillés dans leurs démarches d'aides sociales. Le compte rendu est ainsi établi et adressé au médecin traitant.

Il s'avère donc important que ce compte rendu soit clair, informatif, afin de permettre un suivi optimal du patient et de l'aidant. Le médecin généraliste peut alors constater plus aisément la bonne compréhension par le patient et ses proches de l'annonce diagnostique, de la perspective d'évolution, vérifier le bon usage des traitements, et en enfin participer à la mise en place d'aides humaines ou matérielles.

## **2.2 La communication entre médecins généralistes et médecins spécialistes : une insatisfaction réciproque**

### **2.2.1 Une communication jugée insatisfaisante**

Il arrive fréquemment aux médecins généralistes de correspondre avec les confrères spécialistes.

Dans sa thèse, le Dr BINART ECALE rapporte que 52% des médecins considèrent que leurs échanges avec leurs correspondants habituels sont très fréquents et restent assez fréquents pour 42% des médecins. (9)

Cependant, cette communication est jugée réciproquement comme insatisfaisante, depuis de nombreuses années et fait l'objet de nombreuses études.

Dès 1972, une étude a évalué la communication entre 80 spécialistes hospitaliers et 100 médecins généralistes en Angleterre. Elle visait à identifier les facteurs affectant la qualité de la communication entre ces deux groupes et rechercher des moyens de l'améliorer, notamment en ce qui concerne les courriers d'adressage et de réponse. (10)

En 2014, une étude française visait à recueillir l'opinion des médecins généralistes (11). Ils étaient interrogés sur la qualité du service rendu par un hôpital et sur leurs relations avec les

équipes hospitalières. L'indicateur de satisfaction globale des médecins généralistes, concernant les prises en charge réalisées au CHU, obtenait une valeur moyenne de 55,5 sur 100.

Concernant la qualité des échanges d'information avec les médecins hospitaliers et le courrier d'hospitalisation les valeurs obtenues étaient plus basses (respectivement 39,2 et 35,9 sur 100).

Dans sa thèse « La communication ville-hôpital en 2016 : constat et pistes d'amélioration », le Dr SIGNOL interrogeait 244 médecins libéraux concernant la communication ville-hôpital. Pour 61,5% d'entre eux, elle était jugée insuffisante. (12)

Ces conclusions rejoignent les idées développées dans un rapport de 2007 de la Fédération hospitalière de France qui disait que : « *L'amélioration des liens de travail entre médecine de ville et médecine hospitalière est un enjeu fort pour la qualité de l'accueil des patients et la fluidité de leurs parcours de soins* ». Ce rapport précise également la nature de l'enjeu : « *Le médecin de ville est le premier adresseur à l'hôpital (...). L'hôpital a intérêt à prendre en compte ses attentes s'il veut concrétiser et valoriser ses possibilités de prise en charge* ». (13)

### **2.2.2 Les causes de cette insatisfaction**

En 2000, une étude réalisée à Boston rapportait une insatisfaction réciproque entre médecins traitants et spécialistes. Les causes étaient un manque de données importantes dans les courriers, et un délai de réception trop important. (14)

Trois articles et études, réalisés en 2007, s'attardent également sur les raisons de l'insatisfaction dans la communication entre médecins traitants et médecins spécialistes.

Dans la première, seuls 19% des médecins interrogés étaient satisfaits du temps de réception des CRH. Par ailleurs 41% pensaient qu'au moins un de leurs patients hospitalisés dans les 6 derniers mois, avait subi un évènement indésirable en relation avec le manque d'information à la sortie d'hospitalisation. (15)

La seconde étude (16) rapporte elle aussi un manque important d'information dans les CRH ; à titre d'exemple, les résultats des examens, réalisés à visée diagnostique, étaient absents dans 33 à 63% des cas; le traitement de sortie dans 2 à 40% des cas et le plan de soins dans 2 à 43% des cas.

Enfin la troisième étude concerne le domaine de la gériatrie (17). Elle a été menée en Norvège et visait à évaluer la qualité des courriers des médecins généralistes et spécialistes chez des patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés. Là encore, il a été constaté aussi un manque d'informations important, tant dans le courrier d'adressage que dans le courrier dit de sortie.

Comme le rappelait le Dr SANDJIAN dans sa thèse (18), « *le même constat a été dressé dans deux articles australiens. Le premier daté de 2002 concerne l'amélioration des courriers médicaux* » (19). « *Le second de 2005 s'intéresse aux relations entre médecins généralistes et spécialistes dans le cadre des consultations spécialisées* » (20).

Ainsi, selon l'état des connaissances, la communication entre médecins généralistes et spécialistes est jugée lacunaire. La raison principale retrouvée serait un manque d'informations dans les courriers. C'est le principal facteur reproché aux médecins généralistes. Concernant le courrier de retour des spécialistes, il est aussi parfois jugé trop complet, trop spécialisé ou trop long. Le manque d'information est aussi souligné. Pour finir, l'absence de réponse à la question posée ou l'absence d'information sur le projet de soins sont aussi en cause.

Enfin, le délai de réception des courriers était fréquemment jugé trop long par les médecins traitants.

### **2.2.3 Un manque de temps mis en cause**

Selon le Dr Binart Ecale ce défaut d'information dans le courrier du médecin traitant serait dû à un manque de temps lors de la consultation. (9)

Pour information, en France, une étude avait rapporté une durée moyenne de consultation de 14,5 minutes. (21)

Une autre étude datant de 2003, effectuée sur 23 médecins généralistes de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), montrait quant à elle une durée moyenne de 18,5 minutes. (22) Celle-ci était multivariée, s'attachant aux critères liés aux patients, aux médecins, aux consultations et aux pathologies. On retient que la réalisation d'un courrier lors de la consultation était un facteur allongeant la durée de celle-ci.

Les patients dirigés en consultation mémoire sont souvent âgés et polyopathologiques et le courrier les adressant est donc souvent complexe à rédiger. Le Dr Binart Ecale a interrogé des médecins généralistes et nous a montré l'aspect chronophage de la réalisation de ce type de courrier: « *Un autre élément : la complexité du courrier joue un rôle dans le moment où le courrier est rédigé : un courrier simple se fera avec le patient, un courrier plus complexe se fera à un autre moment. On peut raisonnablement penser qu'un courrier complexe prendra plus de temps à être rédigé et amènera donc le médecin à reporter le moment de sa rédaction. Cette question permet de montrer à quel point la rédaction des courriers est chronophage, allant jusqu'à empiéter sur la vie personnelle du médecin qui y consacre ses soirées, week-ends et jours de congés...* » (9)

Le temps a également été un facteur retenu comme limitant, parfois, la réponse du spécialiste.

Une autre explication retenue à ce manque d'information dans le courrier de retour semblerait être l'insuffisance de formation des jeunes médecins à l'élaboration de ces courriers. En effet, selon une étude réalisée en 2014, plus d'un tiers des jeunes praticiens déclaraient se sentir insuffisamment préparés à l'élaboration des courriers de sortie. (23)

#### **2.2.4 Intérêt de la standardisation**

Désormais, certains logiciels permettent la réalisation de courrier standardisé automatisé, après que le médecin ait rempli les divers champs demandés. C'est le cas, par exemple, d'EASILY, logiciel retrouvé sur l'hôpital des Charpennes (Villeurbanne, CHU de LYON) depuis 3 ans maintenant.

Dans une thèse réalisée sur le centre hospitalier de Dijon en 2017 (24), 150 courriers de synthèse de consultation mémoire ont été analysés.

L'information était mieux retranscrite dans le courrier lors de signes positifs que négatifs. Les diagnostics étaient souvent manquants. L'épuisement de l'aidant était insuffisamment recherché. L'étude suggérait donc qu'un courrier type standardisé soit réalisé pour améliorer la traçabilité des données.

Cette catégorie de compte-rendu est préférée par les médecins généralistes dans deux études.

La première, datant de 2009 (25), comparait la satisfaction des médecins traitants, concernant des courriers de sortie de patients hospitalisés, rédigés de façon électronique standardisée par rapport à ceux dictés. La qualité du contenu, et le délai de réception étaient plus satisfaisants selon les médecins généralistes, pour les courriers élaborés de façon standardisée que pour les courriers dictés. De plus, il a été montré un gain de temps pour les médecins spécialistes: 74% des courriers standardisés étaient rédigés en moins de trois jours contre environ 45 % pour les courriers dictés. Enfin, un plus grand nombre d'informations était présent dans le courrier de sortie standardisé, incluant par exemple les suites à donner pour le patient (présentes dans 75% contre 52% pour les dictés,  $p=0,001$ ), ou les informations expliquées au patient et /ou à sa famille (95% vs 85%,  $p=0,01$ ).

En Australie, une étude menée en 2007 (26) montre que la majorité des médecins généralistes indiquait avoir reçu le courrier électronique hospitalier en moins de 2 semaines. Ils étaient également plus satisfaits du contenu. En somme, il a été conclu que la majorité des médecins généralistes estimaient que le courrier électronique standardisé était une amélioration par rapport à son prédécesseur.

Les médecins généralistes préfèrent donc les courriers standardisés, considérés comme plus structurés, comme le rapporte l'étude de 2002 de Tattersall (19).

Enfin, une autre étude réalisée en 2007 (16), cherchait à raccourcir le délai de réception des courriers de sortie. Elle a montré que les courriers standardisés, tout comme le fait d'utiliser

les patients comme mode de délivrance du courrier, permettent de raccourcir ce délai. Le modèle de courrier standardisé, améliorerait la richesse de son contenu et donc sa qualité.

### **2.3 Le travail du Dr Laure SANDJIAN**

Dans son travail, le Dr SANDJIAN avait stipulé que la transmission des informations médicales par courrier entre médecins présentait des lacunes et demandait à être améliorée(18). La standardisation des courriers pouvait représenter un moyen à fort potentiel pour améliorer cette transmission. Son travail de thèse a donc porté sur l'identification des critères de qualité de la transmission des informations médicales entre médecins par courrier, tant sur le contenu que sur la forme, dans le cadre de la consultation mémoire. Il s'agissait d'une étude de type « qualité, » par la méthode d'enquête Delphi.

« Deux enquêtes ont été conduites en parallèle : l'une auprès de médecins généralistes, l'autre auprès de médecins spécialistes de la consultation mémoire. » (18)

L'enquête auprès des médecins spécialistes experts a permis de retenir onze critères de qualité dans le courrier d'adressage des médecins traitants, concernant uniquement le contenu:

- motif de consultation,
- antécédents médicaux et/ou psychiatriques,
- habitudes toxiques,
- traitement habituel,
- ancienneté des troubles,
- troubles du comportement éventuels,
- dépendances,
- existence d'aides à domicile,
- notion de chute,
- présence d'un aidant,
- résultats d'imagerie.

L'enquête auprès des médecins généralistes experts a permis de retenir 15 critères de qualité, dans le courrier de retour des spécialistes de la consultation mémoire, dont treize sur le contenu :

- diagnostic étiologique,
- niveau d'information diagnostique délivré au patient et à sa famille,
- modifications médicamenteuses apportées,
- raisons des modifications du traitement habituel,
- autres pathologies et/ou comorbidités diagnostiquées lors de l'évaluation,
- Mini-Mental State Examination (MMSE),
- mise en évidence de troubles du comportement,
- résultats d'imagerie,
- résultats biologiques anormaux,
- recommandations sur les aides à domicile,
- préconisations d'éventuelle prise en charge en hôpital de jour/accueil de jour,
- démarches administratives conseillées,
- suivi envisagé par le spécialiste.

Par ailleurs, deux critères de qualité sur la forme ont été sélectionnés:

- présence d'une conclusion en fin de courrier
- délai de réception du courrier.

Suite à cela, deux courriers types contenant ces critères de qualité retenus par les experts ont été élaborés, l'un pour les médecins traitants et l'autre pour les médecins spécialistes (Annexes 1 et 2)

### 3. Le travail de thèse

Depuis 2015, le logiciel EASILY permet l'élaboration de courriers standardisés sur les Hospices Civils de Lyon (HCL).

Les soignants intègrent les données médicales ou socio-environnementales informatiquement au cours de l'interrogatoire, de l'examen clinique, ce qui permet la rédaction d'un courrier, plus structuré, intégrant ces diverses informations.

Faisant suite au travail du Dr SANDJIAN (18), l'hôpital des Charpennes (Villeurbanne, CHU de LYON, Groupement Centre des HCL) a pris le parti de modifier son courrier issu de la consultation mémoire. Au cours de la consultation mémoire ou lors de l'évaluation HDJ, les différents intervenants peuvent saisir les éléments positifs ou négatifs retrouvés, et l'ensemble des données concernant le patient.

A priori, ce courrier de retour de la consultation mémoire, semble plus informatif et permet d'y retrouver les items présents dans le courrier type du Dr SANDJIAN. (Annexe 2)

L'ancien et le nouveau modèle de courrier issu de la consultation mémoire spécialisée de l'hôpital des Charpennes sont présents en annexe. (Annexes 3 et 4)

#### 3.1 Hypothèses

La communication entre médecins généralistes et médecins spécialistes en consultation mémoire est jugée lacunaire.

Dans cette thèse nous émettons deux hypothèses.

**1/ La première** hypothèse concerne le courrier des médecins traitants adressant leur patient en consultation mémoire : « Le courrier d'adressage en consultation mémoire ne contient pas toutes les informations attendues par les médecins spécialistes, d'après le courrier type élaboré par le Dr SANDJIAN.(26) (Annexe 1). Si cette hypothèse était vérifiée, elle

justifierait la nécessité de proposer des axes d'amélioration des courriers des médecins traitants.

2/ **La seconde** hypothèse concerne le nouveau courrier standardisé que les médecins spécialistes adressent aux médecins traitants suite à la consultation mémoire. Nous faisons l'hypothèse que ce nouveau courrier apporte un bon niveau de satisfaction auprès des médecins traitants.

### **3.2 Objectifs**

Les objectifs de ce travail de thèse sont d'apporter des éléments de réflexion pour une meilleure communication entre les médecins de soins primaires dits médecins traitants et les médecins d'une consultation mémoire.

Le travail de thèse a reposé sur 2 objectifs, présentés en 2 parties distinctes :

**- Premier objectif :**

Le premier objectif a été d'évaluer d'une part les taux de présence des items attendus par les médecins spécialistes (items du courrier-type du Dr SANDJIAN – Annexe 1) dans un échantillon de courriers de médecins traitants adressant leur patient à la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes. Et d'autre part de recueillir leur avis sur les items attendus par les médecins spécialistes, en vue d'évaluer si un courrier type d'adressage en consultation mémoire serait envisageable et de quelle manière.

**- Deuxième objectif :**

Le deuxième objectif a été d'une part évaluer l'avis des médecins traitants concernant le nouveau modèle de courrier issu de la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes, réunissant les items du "courrier type" du Dr SANDJIAN, (Annexe 2).

## **II- MATERIEL ET METHODES**

### **1. Première partie: analyse des courriers des médecins traitants**

#### **1.1 Sélection des courriers d'adressage**

Cent courriers de médecins traitants adressant des patients à la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes ont été recueillis. Pour cela, nous avons utilisés le planning de consultation mémoire de dix médecins hospitaliers, effectuant des consultations mémoire sur ce site.

Pour chaque médecin, nous avons choisi les 10 premiers patients de l'année 2016, par ordre chronologique, correspondant aux critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion de ces patients étaient les suivants:

- consultation dans le cadre d'une consultation mémoire,
- première consultation mémoire (consultations de suivi non incluses),.
- le patient devait être adressé par un médecin généraliste exerçant en cabinet médical.

Si aucun courrier d'adressage n'était retrouvé, le dossier du patient n'était pas pris en compte.

#### **1.2 Analyse des courriers**

Dans chaque courrier, la présence (cotée oui (1) ou non (0)) des items du "courrier-type" du Dr SANDJIAN a été recherchée.(18) (Annexe 1)

Parmi ces items, il a été retiré de l'analyse l'item « motif de consultation » puisque tous les patients inclus devaient consulter dans le cadre d'une consultation mémoire. En revanche, un

critère supplémentaire a été rajouté : « valeur du MMSE ». Au total, la présence de 11 items a été recherchée dans ces courriers.

L'ensemble des données a été regroupé dans un tableau Excel.

De plus, les caractéristiques des patients qui ont été recueillies sont les suivantes :

- sexe,
- date du courrier du médecin traitant,
- date de la première consultation mémoire.

Un tableau récapitulatif décrivant le pourcentage global de présence de chaque item dans les courriers a été réalisé.

De plus, nous avons recherché si le pourcentage des items présents variait en fonction de l'âge et du sexe des patients.

Les moyennes d'âge ont été comparées entre les groupes «présence/absence de chaque item» en utilisant le test t de Student. La répartition par sexe a été comparée entre les groupes «présence/absence» en utilisant le test du Khi-deux de Pearson. Un  $p < 0,05$  est considéré comme statistiquement significatif. Les tests ont été réalisés avec le logiciel de statistique SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 19 pour Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

## **2. Avis des médecins généralistes concernant les deux types de courrier (adressage et issu de la consultation mémoire)**

Les avis des médecins traitants ont été recueillis dans le cadre d'une enquête descriptive, via un questionnaire disponible sur une plateforme internet et adressé par courrier électronique.

## 2.1 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire de l'enquête a été élaboré lors d'une réunion de concertation entre médecins de l'hôpital des Charpennes, ainsi qu'à partir des données de la littérature (10) (11) (14) (16) (26) (27) (28) (29) (30).

Le questionnaire a été élaboré via l'application internet Google Formulaires.

Plusieurs types de questions ont été utilisés :

- Des questions à choix multiples : un choix unique parmi plusieurs réponses,
- Des questions ouvertes permettant une réponse libre

Le questionnaire comportait un en-tête explicatif de l'enquête et des explications concernant les modalités de réponse. Le questionnaire est disponible en annexe 5.

L'en-tête explicatif du questionnaire présentait le contexte de l'enquête, et ses objectifs.

Une série de quatre questions étaient posées à la suite afin de recueillir des informations concernant les médecins généralistes répondant.

### **L'enquête était décomposée en 2 parties :**

**La première partie** du questionnaire concernait le courrier issu de la consultation spécialisée mémoire. Le nouveau modèle de courrier formalisé dans le logiciel Easily, était comparé à l'ancien courrier.

Les deux modèles de courrier (annexe 3 et 4) étaient joints par mail aux médecins interrogés à titre d' information.

Dans cette première partie, 6 questions se succédaient.

(Annexe 5)

**La deuxième partie de l'enquête concernait** le courrier du médecin adresseur.

On retrouve d'abord les résultats de l'analyse des 100 courriers de médecins traitants adressant en consultation puis une série de 7 questions à choix multiples. Elles portent sur les

résultats de l'analyse, les facteurs limitant l'élaboration des courriers, et pose la question de la standardisation comme axe principal d'amélioration. (Annexe 5)

## **2.2 Population**

La population de l'étude était constituée de médecins généralistes libéraux, séparés en deux groupes. Le premier est constitué de médecins généralistes installés dans la ville de Villeurbanne. Le second de médecins récemment diplômés.

### **2.2.1 Médecins généralistes installés dans la ville de Villeurbanne**

L'hôpital des Charpennes se trouvant dans la ville de Villeurbanne (Département du Rhône (69)), nous avons choisi, par un souci de proximité, les médecins généralistes de cette agglomération.

Le référent des médecins généralistes de Villeurbanne nous a communiqué la liste des adresses mails de ceux-ci. Au total, le questionnaire a été envoyé par mail à 89 médecins. L'étude pouvait inclure des médecins ayant une activité mixte, ambulatoire et hospitalière.

### **2.2.2 Les médecins récemment diplômés, dits « novices »**

Tout comme dans l'étude de Yemm, réalisée en 2015 (23), il nous semblait également utile de recueillir l'avis des médecins dit "novices". En effet, issus d'une formation récente et différente des médecins déjà installés, ils peuvent avoir une toute autre idée de la réalisation des courriers médicaux ou des attentes différentes de ceux-ci.

Le questionnaire a donc été envoyé par mails à 50 médecins ayant débuté l'internat de médecine générale en 2013-2014. Seuls les médecins thésés, exerçant en tant que remplaçant ou installés en cabinet de médecine générale, y compris ceux ayant une activité mixte (hospitalière et libérale) ont été inclus. Nous n'avons pas inclus les médecins exclusivement hospitaliers ou qui n'exercent plus en médecine générale.

## 2.3 Méthode d'envoi

Pour chaque groupe, l'invitation à participer à l'enquête a été envoyée par mail. Dans chaque mail, étaient présents :

- une brève description des objectifs de ce travail,
- le lien pour accéder au questionnaire en ligne.

En cliquant sur le lien, chaque médecin accédait directement au questionnaire en ligne sur la plateforme Google Formulaires.

Le courrier électronique envoyé aux deux groupes se trouve en annexe. (Annexe 6)

Dans le groupe des médecins installés à Villeurbanne, le mail a été envoyé le 18 janvier 2018. Un deuxième mail de relance a été envoyé le 30 janvier 2018.

Dans le groupe des médecins dits « novices », le premier mail a été envoyé le 23 janvier 2018. Une relance a été réalisée le 4 février 2018.

## 2.4 Analyse

Une analyse descriptive des réponses aux questionnaires a été réalisée ; les taux de réponses aux différentes questions ont été présentés.

Nous avons étudiés si les réponses des médecins généralistes variaient en fonction de leurs caractéristiques d'âge et de temps d'exercice en médecine.

La répartition par temps d'exercice et classes d'âge des médecins généralistes a été comparée pour les différentes réponses du questionnaire en utilisant le test du Khi-deux de Pearson.

Une p-value  $<0,05$  a été considérée comme statistiquement significatif.

Les tests ont été réalisés avec le logiciel de statistique SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 19 pour Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

### III- RESULTATS

#### 1. Analyse des 100 courriers d'adressage en consultation mémoire

##### 1.1 Analyse des courriers : pourcentage global d'absence de chaque item dans les courriers d'adressage

Sur les 100 dossiers analysés, concernant les données médicales du patient :

- les antécédents médico-psychiatriques sont absents dans **39%** des courriers,
- les habitudes toxiques sont absentes dans **93%** des courriers,
- le traitement du patient est absent dans **42%** des courriers.

Concernant l'histoire de la maladie du patient :

- l'ancienneté des troubles est absente dans plus de la moitié des courriers (**61%**),
- la notion de trouble du comportement associé est absente dans **80%** des courriers,
- la notion d'imagerie est absente dans **79%** des courriers,
- les résultats du MMSE sont absents dans **86%** des courriers,
- la notion de chute est très largement absente : **94%** des courriers.

Enfin, le *mode de vie* du patient était très largement absent des courriers. Cela concernait la notion de dépendance du patient, l'identité de l'aidant, la notion d'aides à domicile (absent respectivement dans **97%**, **82%** et **89%** des courriers)

L'ensemble de ces résultats a été donné dans le questionnaire adressé aux deux groupes du travail de thèse, afin d'en discuter les résultats. Les tableaux correspondants sont disponibles en annexe 7.

## 1.2 Association entre les variables présence/absence des 11 items et les caractéristiques d'âge et de sexe des patients

Dans cette étude, il n'y a pas de différence significative entre la présence/absence de chaque item et l'âge du patient.

Les résultats de cette analyse sont conciliés dans le tableau suivant :

**Tableau 1: Comparaison de l'âge des patients en fonction de la présence ou l'absence de l'item dans les courriers**

	Absence			Présence			P value
	n	Moyenne	Ecart-type	n	Moyenne	Ecart-type	
Antécédents	39	78,8	9,2	61	78,4	9,6	<b>0,83</b>
Habitude toxique	93	78,9	9,2	7	73,1	10,4	<b>0,12</b>
Traitement	42	78,6	10,2	58	78,5	8,9	<b>0,98</b>
Ancienneté des troubles	61	79,6	8,7	39	76,9	10,2	<b>0,17</b>
Trouble du comportement	80	78,6	9	20	78,1	10,9	<b>0,82</b>
Dépendances	97	78,5	9,51	3	79,3	3,2	<b>0,88</b>
Résultats d'imagerie	79	78,2	9,6	21	79,7	8,5	<b>0,53</b>
Identité de l'aidant	82	79	8,8	18	76,4	11,9	<b>0,3</b>
Aides à domicile	89	78,1	9,7	11	81,7	5,9	<b>0,23</b>
Notion de chute	94	78,4	9,6	6	80,7	4,7	<b>0,57</b>
Valeur du MMSE	86	78,7	9,6	14	77,3	8,2	<b>0,6</b>

Excepté pour le MMSE, il n'y a pas de différence significative dans cette étude entre les groupes présence/absence de chaque item et le sexe du patient. Le taux de présence du MMSE était plus important lorsqu'il s'agissait de patients homme (24,4%) que lorsqu'il s'agissait de patients femme (5,5%) ( $p=0,006$ ).

Les résultats de cette analyse sont conciliés dans le tableau 2.

**Tableau 2: Comparaison de la répartition homme/femme en fonction des groupes présence/absence de chaque item:**

	Présence		Absence		P value
	n F/H	%	n F/H	%	
Antécédents	34/27	61,8/60	21/18	38,2/40	<b>0,85</b>
Habitude toxique	4/3	7,3/6,7	51/42	92,7/93,3	<b>0,91</b>
Traitement	27/31	49,1/68,9	28/14	50,9/31,1	<b>0,46</b>
Ancienneté des troubles	20/19	36,4/42,2	35/26	63,6/57,8	<b>0,55</b>
Trouble du comportement	11/9	20/20	44/36	80/80	<b>1</b>
Dépendances	3/0	5,5/0	52/45	94,5/100	<b>0,11</b>
Résultats d'imagerie	10/11	18,2/24,4	45/34	81,8/75,6	<b>0,44</b>
Identité de l'aidant	10/8	18,2/17,8	45/37	81,8/82,2	<b>0,96</b>
Aides à domicile	7/4	12,7/8,9	48/41	87,3/91,1	<b>0,54</b>
Notion de chute	3/3	5,5/6,7	52/42	94,5/93,3	<b>0,8</b>
Valeur du MMSE	3/11	5,5/24,4	52/34	94,5/75,6	<b>0,006</b>

## 2. Résultats du questionnaire

Cent trente neuf médecins ont été sollicités pour répondre au questionnaire dont 89 installés sur Villeurbanne et 50 dits « novices ».

Parmi le groupe des médecins installés sur Villeurbanne trois adresses mails étaient erronées, sans possibilité de rectification.

Au total **85** médecins ont répondu à celui-ci, soit un taux de participation de l'étude de **62,5%** (85/136).

Il n'a pas été possible de savoir exactement combien de médecins ont répondu par groupe car 34 d'entre eux n'ont pas renseigné leur nom.

Parmi les 51 médecins ayant renseigné leur nom :

- 39,2% (N=20) sont issus du groupe « médecins installés sur Villeurbanne ».
- 60,7% (N=31) sont issus du groupe « médecins novices ».

## 2.1 Description des médecins ayant répondu à l'enquête

La répartition était équilibrée entre les hommes (49,4%, N=42) et les femmes (50,6%, N=43).

La majorité des répondants étaient âgés de moins de 35 ans (62,4%, N=53).

Les médecins exerçant depuis moins de 20 ans en ambulatoire représentent la majorité des répondants puisqu'ils représentent 78,8% (N=67).

Les médecins utilisent préférentiellement les courriers informatiques pour adresser des patients à leurs confrères.

**Tableau 3: caractéristiques des répondants**

		Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Sexe	Feminin	43	50,6	50,6
	Masculin	42	49,4	100
	Total	85	100	
Tranche d'âge	Non répondant	1	1,2	1,2
	< 35 ans	53	62,4	63,5
	35-55 ans	17	20	83,5
	> 55ans	14	16,5	100
	Total	85	100	
Temps d'exercice en ambulatoire	< 20 ans	67	78,8	78,8
	20 ans ou plus	18	21,2	100
	Total	85	100	
Mode de courrier utilisé	Informatique	66	77,6	77,6
	Manuel	17	20	97,6
	Ne s'applique pas	2	2,4	100
	Total	85	100	

On note une utilisation plus importante du courrier informatique par les jeunes médecins puisque **96,1%** (N=49) des médecins dont l'âge est inférieur à 35 ans correspondent via ce type de courrier.

Seulement **35,7%** (N=5) des médecins âgés de plus de 55ans l'utilisent également.

**Tableau 4: Tableau croisé Modèle de courrier selon Classe d'âge :**

		Classe d'âge			Total
		<35 ans	35-55ans	>55ans	
<b>Modèle de Informatique</b>	Effectif	49	11	5	65
	% compris dans Modèle	75,4%	16,9%	7,7%	100,0%
	<b>% compris dans Classe d'âge</b>	96,1%	64,7%	35,7%	79,3%
<b>Courrier</b>	Effectif	2	6	9	17
	% compris dans Modèle	11,8%	35,3%	52,9%	100,0%
	<b>% compris dans Classe d'âge</b>	3,9%	35,3%	64,3%	20,7%
<b>Manuel</b>	Effectif	51	17	14	82
	% compris dans Modèle	62,2%	20,7%	17,1%	100,0%
	<b>% compris dans Classe d'âge</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## 2.2 Description des réponses des médecins dans l'enquête

### 2.2.1 Analyse des réponses concernant le courrier d'adressage des médecins généralistes en consultation mémoire

Les tableaux descriptifs des réponses concernant cette partie du questionnaire sont disponibles en annexe 8.

On note que **60 %** des participants (N=51) trouvent que les résultats sont conformes à leur pratique quotidienne.

Concernant la pertinence des items présents dans les courriers d'adressage :

Les items étudiés sont donc majoritairement jugés *utiles* par les médecins traitants dans les courriers d'adressage en consultation mémoire. (**80 à 98,8%** selon les items).

Les items jugés les moins utiles sont l'identité de l'aidant et la valeur du MMSE.

**Tableau 5: utilité des items du courrier-type selon les médecins généralistes**

Items	Utilité selon médecin	Effectif	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Antécédents	NON	1	1,2	1,2	1,2
	OUI	84	98,8	98,8	100
	Total	85	100	100	
Habitudes toxiques	NON	7	8,2	8,2	8,2
	OUI	78	91,8	91,8	100
	Total	85	100	100	
Traitement	NON	2	2,4	2,4	2,4
	OUI	83	97,6	97,6	100
	Total	85	100	100	
Ancienneté des troubles	NON	1	1,2	1,2	1,2
	OUI	84	98,8	98,8	100
	Total	85	100	100	
Résultats d'imagerie	NON	7	8,2	8,2	8,2
	OUI	78	91,8	91,8	100
	Total	85	100	100	
Identité de l'aidant	NON	15	17,6	18,1	18,1
	OUI	68	80	81,9	100
	Total	83	97,6	100	
	Système manquant	2	2,4		
Aides à domicile	NON	7	8,2	8,2	8,2
	OUI	78	91,8	91,8	100
	Total	85	100	100	
Notion de chute	NON	8	9,4	9,4	9,4
	OUI	77	90,6	90,6	100
	Total	85	100	100	
Valeur du MMSE	NON	14	16,5	16,5	16,5
	OUI	71	83,5	83,5	100
	Total	85	100	100	

Suite aux résultats de cette étude, et la constatation des résultats de l'analyse des **100** questionnaires, **85,9%** (N = 73) des médecins interrogés seraient prêts à modifier leurs habitudes concernant la rédaction des courriers d'adressage. Ils aimeraient d'ailleurs disposer d'un modèle pré-rempli pour en faciliter la rédaction, (**90,6%** (N=77)). Parmi eux, la majorité

préférerait un modèle intégré à leur logiciel informatique (**55,7%**, N=44) contre 34,2% (N=27) d'entre eux qui préféreraient plutôt un modèle disponible via internet.

Seuls **10,1%** (N=8) aimeraient qu'il s'agisse d'un modèle papier. Six médecins n'ont pas répondu à cette question.

Si une étude visait à choisir un panel de médecins qui utiliserait ce modèle, **52,9%** (N=45) aimeraient en faire partie.

Enfin, nous avons interrogé les médecins généralistes sur les raisons potentielles pouvant expliquer le manque d'exhaustivité des courriers d'adressage :

- **10,5%** (N=8) des répondants estiment que ce n'est pas du rôle du médecin traitant. Neuf médecins n'ont pas répondu.
- **12,7%** (N=10) des répondants pensent que ce n'est pas utile à l'avis demandé. Six médecins n'ont pas répondu.
- **95,3%** (N=81) des répondants pensent que cela peut être expliqué par le manque de temps.

Les résultats sont disponibles en annexe 9

### **2.2.2 Analyse des réponses concernant le courrier d'adressage des médecins généralistes en consultation mémoire : comparaison des réponses au questionnaire en fonction des groupes « classe d'âge » et « temps d'exercice » des médecins**

L'ensemble des tableaux des résultats significatifs de cette partie est disponible en annexe 10.

Concernant la question 12 du questionnaire (Annexe 5) « *12. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ?* », on retrouve une différence significative uniquement pour l'item « notion d'aides à domicile ». En effet, les jeunes médecins (<35ans) estiment majoritairement que ce critère est utile (**98,1%**, N=52) contre 88,2% des 35-55ans (N=15) et 71,4% (N=10) des plus de 55 ans (P=0,005).

Cette différence est significative dans le groupe « durée d'exercice », avec 97% des médecins qui exercent depuis moins de 20 ans (N=65) retenant ce critère comme utile contre 72,2% (N=13) des médecins exerçant depuis plus de 20 ans (P=0,001).

Concernant la question 13 du questionnaire (Annexe 5), « 13. Suite aux résultats de cette observation, seriez-vous prêts à modifier vos pratiques concernant l'élaboration de ces courriers ? », nous avons retrouvé une différence significative ( $p < 0,001$ ) entre les groupes d'âge de médecin puisque :

- dans le groupe « < 35ans », **96,2%** (N=51) d'entre eux seraient prêts à modifier leurs habitudes concernant la rédaction des courriers,
- 88,2% (N=15) dans le groupe «35-55ans »,
- contre seulement 42,9% (N=6) dans le groupe « >55ans ».

Il existe également une différence significative pour cette question selon la durée d'exercice des médecins. En effet, **94%**(N=63) des médecins exerçant depuis moins de 20 ans seraient prêts à modifier leurs habitudes contre 55,6% (N=10) des médecins exerçant depuis plus de 20 ans (P<0,001).

Concernant la réponse 14 du questionnaire (Annexe 5), « 14. Aimeriez-vous disposer d'un modèle pré-rempli pour en faciliter la rédaction ? », nous retrouvons encore une différence significative en fonction des groupes d'âge. En effet, **98,1%** (N=52) des moins de 35 ans ont répondu positivement à cette question, contre 88,2% (N=15) des 35-55ans et seulement 64,3% (N=9) des plus de 55 ans (P=0,001).

La différence est significative selon les groupes « durée d'exercice » puisque **97%** (N=65) des médecins exerçant depuis moins de 20 ans aimeraient disposer de ce modèle contre 66,7% (N=12) des médecins exerçant depuis plus de 20 ans (P<0,001).

La question 15 (Annexe 5) « 15. Si oui de quelle manière ? » interroge les médecins sur le format du modèle pré rempli souhaité. (Annexe 5) On retrouve également une différence significative dans les réponses de cette question en fonction de l'âge et de la durée d'exercice des médecins.

En effet :

- les groupes « moins de 35 ans » et « 35-55 ans » préféreraient un courrier de type informatisé :
  - ✓ respectivement 64,2% (N=34) et 53,3% (N=8) d'entre eux préféreraient un modèle intégré au logiciel,
  - ✓ respectivement 34% (N=18) et 33,3% (N=5) d'entre eux préféreraient un modèle disponible en ligne,
  - ✓ seulement 1,9% (N=1) et 13,3% (N=2) d'entre eux préféreraient un modèle manuscrit.
  
- le courrier papier est préféré pour **50%** des plus de 55ans (N=5).
  
- aussi, 46,2% (N=6) des médecins exerçant depuis plus de 20 ans préféreraient un modèle papier. Le groupe exerçant depuis moins de 20 ans préférerait un modèle informatisé (62,1% d'entre eux (N=41) préféreraient un modèle intégré au logiciel, et 34,8% (N=23) un modèle disponible en ligne) (P<0,001).

L'analyse des réponses à la question 17 (Annexe 5), « 17. *Quelles sont les raisons pour lesquelles selon vous, le courrier d'adressage ne serait pas exhaustif* » a permis de mettre en évidence une différence significative en fonction de la durée d'exercice. En effet **98,5%** (N=66) des médecins exerçant depuis moins de 20 ans pensent que le manque de temps joue un rôle important dans le manque d'exhaustivité du courrier d'adressage contre 83,3% (N=15) des médecins exerçant depuis plus de 20 ans, (P=0,007).

En revanche on ne retrouve pas, pour cette même question, de différence significative selon le groupe « âge des médecins », bien que le résultat tende vers le même constat : **98,1%** (N=52) des moins de 35 ans sont d'accord avec cette hypothèse, **100%** des 35-55ans (N=17) et **85,7%** (N=12) des plus de 55 ans (P=0,056).

Concernant les autres critères proposés dans la question pouvant expliquer ce manque d'exhaustivité (« pas du rôle du médecin traitant », « pas utile à l'avis demandé »), on ne retrouve pas de différence significative dans l'analyse des réponses en fonction de l'âge ou du temps d'exercice des médecins.

Pour finir, nous n'avons pas retrouvé de différence significative en fonction des groupes « âge du médecin » et « durée d'exercice » pour les autres questions de cette partie du questionnaire (Question 11, Question 12-1, Question 12-2, Question 12-3, Question 12-4, Question 12-5, Question 12-6, Question 12-8, Question 12-9, Question 16, Question 17-2, Question 17-3) (Annexe 5).

### **2.2.3 Analyse des réponses concernant le courrier de retour des médecins spécialistes en consultation mémoire**

Les tableaux descriptifs des réponses concernant cette partie du questionnaire se trouvent en annexe 11.

Parmi ces résultats, on retient la satisfaction de l'ensemble des médecins interrogés avec **97,6%** d'entre eux (N=83) évoquant un niveau d'information supérieur et **82,4%** (N=70) relevant une plus grande pertinence,

En revanche **60,7%** des répondants (N=51) le trouve trop long,

Concernant le délai de réception, seulement **30,6%** (N=26) des médecins semblent satisfaits versus 23,5% (N=20). A noter que 45,9% (N=39) d'entre eux n'y accordent pas d'importance ou ne savent pas.

La question 10 incitait à un commentaire libre. La liste de ces remarques se trouve en annexe 12.

La principale retenue est la longueur trop importante du courrier, jugé trop exhaustif et probablement non lu en entier ou pas de façon constructive par le médecin généraliste.

Cependant, pour beaucoup, le courrier était jugé bien complet, clair et exhaustif. La conclusion pertinente et concise est retrouvée plusieurs fois comme un atout, permettant au médecin d'avoir une synthèse claire, et de se référer au reste du courrier s'il a besoin de

précision. En effet, la conclusion pourrait selon eux mettre plus en avant les modifications thérapeutiques et les suites à donner au patient pour le maintien à domicile.

Enfin, les données socio environnementales et les résultats des bilans para-médicaux sont jugés d'une importance de premier niveau.

#### **2.2.4 Analyse des réponses concernant le courrier de réponse issu de la consultation mémoire en fonction de la tranche d'âge et de la durée d'exercice des médecins répondants**

L'analyse des réponses de la question 9 (Annexe 5), « *9. D'une façon générale, le délai de réception du courrier vous paraît-il optimal ?* », montre une différence significative en fonction de la durée d'exercice des médecins. En effet, **44,4%** (N=8) des médecins exerçant depuis plus de 20 ans ne sont pas satisfaits par le délai de réception du courrier de réponse issu de la consultation mémoire, contre 17,9% (N=12) des médecins exerçant depuis moins de 20 ans ( $p < 0,05$ ).

Pour les autres questions de cette partie du questionnaire (questions 5 à 9), il n'est pas mise en évidence de différence significative en fonction de l'âge ou de la durée d'exercice des médecins répondants.

## IV- DISCUSSION

### 1. Population de l'étude

Dans notre étude, la répartition était équilibrée entre hommes (49,4%) et femmes (50,6%).

La majorité des répondants étaient âgés de moins de 35 ans (**62,4%**, N=53). Les deux autres catégories d'âge, entre 35 et 55 ans compris, et supérieur à 55 ans, représentaient respectivement 20% (N=17) et 16,5% (N=14) des répondants.

Notre population était donc plus jeune en moyenne que la population moyenne en médecine générale. En effet, selon l'atlas de la démographie médicale du CNOM (31), au premier janvier 2015, les médecins généralistes libéraux et à activité mixte sont âgés en moyenne de 53 ans ; la tranche d'âge des moins de 40 ans représentant 13,6% de la profession alors que la tranche d'âge des 60 ans et plus représente 30% des médecins généralistes libéraux .

### 2. Les courriers d'adressage des médecins généralistes

Dans notre analyse des courriers d'adressage, on retrouve un grand nombre de données manquantes par rapport au courrier type du Dr SANDJIAN.

Pour exemple:

- les antécédents du patient adressé étaient absents dans **39%** des courriers,
- le traitement du patient était absent dans **42%** des courriers,
- les résultats d'imagerie étaient absents dans **79%** des courriers,
- l'histoire de la maladie était absente dans **61 à 94%** des courriers,
- les données concernant le mode de vie et le contexte psycho social étaient absents dans **82 à 97%** selon les items.

## 2.1 Comparaison avec d'autres études

Considérant l'importance de la richesse d'informations des courriers d'adressage, de nombreuses études ont évalué la qualité de ceux-ci depuis des années.

### 2.1.1 Evolution dans le temps

Déjà en 1972, Une étude multicentrique anglaise (10) évaluait l'analyse des courriers d'adressage en consultation spécialisée et retrouvait des résultats comparables: l'histoire de la maladie était présente dans 19 à 47% des cas par exemple. Les traitements étaient présents dans 27 à 46% des cas (contre 58% dans notre étude).

Plus de 40 ans plus tard, on réalise le même constat de cet état lacunaire sur le plan de l'information des courriers d'adressage en consultation spécialisée.

### 2.1.2 Comparaison en fonction des spécialités

On peut se demander si ce constat est dépendant de la spécialité médicale pour laquelle le patient va être amené à consulter ;

Dans sa thèse réalisée en 2014 (32), le Dr IREKTI réalisait l'évaluation de la qualité de 477 courriers adressés à des spécialistes (toutes spécialités confondues) hospitaliers et dits « de ville » de la région parisienne.

Les résultats étaient encore une fois proches des nôtres puisque les antécédents du patient étaient présents dans **58%** des cas (**61%** dans notre travail).

Elle retrouvait un plus grand manque de données concernant les traitements : présents dans **41%** des cas (contre **58%** dans notre étude).

En revanche les examens complémentaires et le contexte psycho social étaient plus fréquemment retrouvés avec respectivement **38 et 26%** des cas, (contre 21 et 3-18% dans notre travail).

On retrouvait ce même constat dans une étude menée en 2007 (17) qui évaluait la qualité des courriers d'adressage dans le domaine de la gériatrie. Les critères « histoire de la maladie » et « traitement du patient » étaient présents ou évalués comme qualitativement informatifs dans seulement **39%** des cas.

Par ailleurs , d'autres thèses se sont intéressées à la qualité du courrier en médecine générale adressé aux services d'urgence de 6 villes de France (33) (34) (35) (36) (37) (38) :

Encore une fois les résultats sont comparables aux nôtres :

- les antécédents étaient présents dans **34 à 66%**.
- le contexte psycho social dans **7 à 25%** des cas.
- les examens complémentaires dans **14 à 37%** des cas.
- les traitements dans **31 à 67%** des cas.

Ces données similaires aux différentes spécialités ne stigmatisaient pas la gériatrie, même si dans le travail du Dr IREKTI (32) on retrouve une différence dans le niveau d'information selon la spécialité: plus d'items pour les courriers destinés aux internistes, gériatres et cardiologues par rapport aux autres spécialistes.

### **2.1.3 Facteurs chez le patient influençant la présence ou l'absence des critères dans les courriers:**

On peut s'interroger sur les raisons qui influencent la présence ou l'absence des informations dans un courrier.

La considération des médecins sur l'importance et l'aspect évident des critères en fonction de l'âge et/ou de la pathologie du patient pourrait être un facteur influençant leurs présences dans un courrier.

Dans sa thèse FOURNIER (33), retrouve à ce propos un lien de corrélation entre la présence des caractéristiques psycho-sociales et l'âge du patient. L'analyse de 385 courriers de médecins généralistes adressant leurs patients aux urgences, met en évidence que les courriers concernant les personnes âgées (> 65 ans) ont une tendance plus importante à y voir cet item « psycho-social ». Ce résultat est retrouvé également dans les thèses d' IREKTI (32) et de CHAUVIERE.(36)

Dans notre travail, on ne retrouve pas de différence significative concernant la présence des critères psycho-sociaux (notion de dépendance, aides à domicile, identité de l'aidant) en fonction de l'âge des patients. Cette différence pouvant s'expliquer par l'absence de ceux-ci dans de nombreux courriers d'adressage (respectivement absents dans 97%, 89% et 82% des courriers).

L'autre discussion possible amènerait à s'interroger sur la présence d'un critère selon qu'il soit un signe positif ou un signe négatif ; pour exemple un traitement serait non indiqué parce que le patient n'en a pas.

Et pourtant, l'étude de TOLEMAN (39) a analysé les courriers d'adressage de 50 patients et mentionne que 55% des patients dont le courrier ne mentionnait pas de traitement (n=5), en prenait pourtant un.

Cette dimension manque dans notre recherche, alors même que cette donnée est essentielle pour lutter contre le risque de la iatrogénie. L'étude *polychrome* (40) souligne bien à ce sujet que 3 à 4% des hospitalisations sont dues aux effets indésirables des médicaments et que parmi ceux-ci au moins la moitié serait évitable.

#### **2.1.4 Facteurs chez le médecin influençant la présence ou l'absence des critères dans le courrier**

##### a) Selon les caractéristiques d'âge et de temps d'exercice

Parmi les réponses récupérées des médecins généralistes au questionnaire, une différence significative est retrouvée en fonction de l'âge des médecins et de leur temps d'exercice pour ce qui est du critère « notion d'aides à domicile », jugé plus utile par les jeunes médecins de

moins de 35 ans **98,1%**, (N=52) contre **71,4%** (N=10) pour la tranche d'âge des plus de 55 ans. (p=0,005)).

Cette différence est également significative pour le même item en fonction de la « durée d'exercice », **97%** des médecins exerçant depuis moins de 20 ans (N=65) trouvent ce critère utile contre **72,2%** (N=13) des médecins exerçant depuis plus de 20 ans. (P=0,001).

L'interprétation pourrait venir d'une considération plus importante des jeunes médecins, depuis les modifications de l'enseignement, de la transmission des données psycho sociales.

L'autre raison possible serait qu'ils n'ont pas la même opinion que leur confrère plus expérimenté sur l'utilité des critères à l'avis demandé.

b) Manque de temps :

**Dans notre travail, 95,3%** des médecins (N=81) évoque un manque de temps qui jouerait un rôle important dans le manque d'exhaustivité du courrier d'adressage.

Ce constat inclut **98,5%** (N=66) des médecins de moins de 20 ans contre **83,3%** (N=15) des médecins exerçant depuis plus de 20 ans (différence jugée comme significative, p=0,007).

En France, une étude avait rapporté une durée moyenne de consultation de 14,5 minutes (15 minutes pour les cabinets non informatisés, 12 en moyenne pour ceux qui l'étaient).(20) Dans cette étude, le temps de consultation était plus long pour les motifs de consultation principalement psychologiques ou pour les consultations avec motifs multiples. Comme cela peut être le cas pour des patients âgés poly pathologiques.

L'étude de POPELLER réalisée en 2003, effectuée sur 23 médecins généralistes de la SFMG montrait quant à elle une durée moyenne de 18,5 min. (21), avec là aussi un allongement du temps de consultation si les motifs étaient multiples ou si le médecin devait réaliser un courrier.

La mise en place d'un courrier standardisé pourrait être la réponse à cette problématique.

c) Des avis différents sur le fond du courrier

Dans notre travail, **12,7%** (N=10) des médecins généralistes interrogés pensent que le manque d'exhaustivité de leur courrier relèverait du fait que les éléments énumérés sont non utiles pour demander une consultation spécialisée. Ces éléments sont : les habitudes toxiques, les résultats d'imagerie, l'identité de l'aidant, les aides à domicile, la notion de chute, la valeur du MMS (respectivement jugés non utiles dans le courrier pour 8,2%, 8,2%, 20%, 8,2%, 9,4% et 16,5%.)

**Aussi, 10,5%** (N=8) des médecins annoncent que le manque d'exhaustivité n'est pas de leur ressort.

Bien qu'après analyse des 100 courriers d'adressage en consultation mémoire, 60% des médecins interrogés pensent que les résultats sont conformes à leur pratique il n'en reste pas moins que 40% ne s'y retrouvent pas.

La différence est d'ailleurs importante entre les résultats retrouvés dans l'étude préliminaire et les résultats du travail présenté durant lequel les médecins retiennent chaque item comme relativement utile (**80% à 98,8%** selon les items). Les habitudes entre les deux groupes de médecins semblent expliquer la différence de résultats.

Les avis des médecins généralistes diffèrent donc concernant le fond même du courrier d'adressage. Cette discordance peut expliquer cette grande variabilité retrouvée dans notre travail préliminaire concernant la présence ou l'absence des items.

Ce constat est retrouvé dans les études de GAGET (37) et CHAUVIERE (36), où l'on note une discordance entre les critères jugés indispensables par la littérature et l'avis des médecins interrogés.

d) Selon le type de courrier utilisé par le médecin

**Dans notre travail, 77,6%** (N=66) de médecins généralistes utilisent un courrier informatisé pour adresser des patients.

Dans la littérature, le taux de courriers informatisés dans les différentes études est de :

- 40% pour le travail d'IREKTI (32) en 2014.
- 27,19% dans celui de GENEST (41) en 2010.
- NHAN (38), en 2010, retrouve sur 134 courriers de médecins généralistes d'Amiens seulement 25% de dactylographiés.
- GALFARD (34), en 2013, dans son étude réalisée sur 5 hôpitaux de Lille, retrouve **4,9%** de courriers dactylographiés sur les 184 recueillis, avec un taux de 84% de médecins informatisés inclus soulignant bien une sous-utilisation de l'informatique par ces médecins.
- A l'inverse, l'étude australienne de TOLEMAN, réalisée en 2007, retrouvait quant à elle un taux de **70%** de courriers informatisés sur les 50 lettres analysées. (39)

Pour ce qui nous concerne, le courrier informatisé est plus représenté. Cette différence pouvant s'expliquer par le fait que notre étude se déroule entre 3 et 10 plus tard. L'autre explication possible serait le taux de participation plus important des médecins exerçant depuis moins de 20 ans (78,8% N=67).

EN 2012, le Dr BINART ECALE nous explique que « *les médecins généralistes commencent timidement à préférer l'ordinateur (50% des réponses) à la plume (40% des réponses)* » et que « *Plus de la moitié (55%) des généralistes saisissent leurs courriers en ayant recours au logiciel métier présent sur leur ordinateur. Un ordinateur avec un simple traitement de texte ne concerne que 6% des généralistes interrogés. 23% des médecins généralistes rédigent encore leurs courriers à la main et 1% seulement ont recours à une secrétaire.* »(9)

On assiste donc à une informatisation progressive des médecins généralistes. On peut alors légitimement se demander si ce changement permettra d'améliorer le contenu de leurs courriers.

Dans sa thèse, IREKTI (32) retrouvait une différence significative entre les courriers dactylographiés et les courriers manuscrits en ce qui concerne leur richesse en informations. Elle retrouvait 6,5 critères pour les courriers dactylographiés contre 5,6 critères présents dans les courriers manuscrits, permettant d'augmenter notamment la présence des antécédents, de l'histoire de la maladie, et des examens complémentaires.

GENEST (41) constate aussi que les courriers informatisés sont nettement plus informatifs (en moyenne 2,59 critères supplémentaires sur 7 recherchés contre 0,98 sur 7 pour les courriers manuscrits).

TOLEMAN (39) retrouvait également une différence de qualité entre les courriers écrits à la main et les courriers informatisés : le taux d'omission du traitement passait respectivement de 83% à 17%.

CARNEY (42) confirme un taux d'erreur réduit à 15% en ce qui concerne le traitement des patients contre 29% pour les courriers dactylographiés.

D'autres études ont été moins formelles : c'est le cas de JENKINS (43) (analyse de 94 courriers) et de FOURNIER (33).

Dans notre revue de dossiers il manque cette dimension de comparaison entre courrier manuel et courrier dactylographié.

## **2.2 Comment améliorer cet échange d'information ?**

Dans notre travail, **85,9%** (N=73) des médecins interrogés seraient prêts à modifier leurs pratiques concernant l'élaboration des courriers d'adressage. En particulier, les jeunes médecins seraient plus motivés (94% des médecins exerçant depuis moins de 20 ans (N=63) et 96,2% (N=51) des « moins de 35ans »).

### **2.2.1 Promouvoir l'importance du courrier d'adressage**

En 2008, l'étude de la DREES (44) demandait l'avis des médecins généralistes traitants concernant le parcours de soins et les courriers d'adressage.

- Pour **70%** d'entre eux, la réalisation du courrier d'adressage était pour le patient seulement un moyen d'être mieux remboursé.

- Pour **70%** d'entre eux, la mise en place du parcours de soins n'a rien changé dans la perception des patients vis à vis de leur rôle dans ce parcours.

- Seulement **40%** d'entre eux considéraient avoir un rôle plus précis depuis la création du dispositif de médecin traitant.

Selon l'étude de l'IRDES en 2009 (45), **40%** des patients pensaient que la lettre d'adressage n'avait aucune utilité.

Il serait intéressant de voir si 10 ans après l'avis des patients et des médecins a évolué sur le sujet.

### **2.2.2 Formation**

Les études de TATTERSTAL (18) et de KEY-SOLLE (46) constatent que la qualité du courrier s'est améliorée suite à une formation certes courte concernant la rédaction de celui-ci. Un module d'enseignement lors des études de médecine à l'apprentissage de la rédaction des lettres d'adressage ou des comptes- rendu d'hospitalisation apporterait un début de réponse à ce questionnement.

### **2.2.3 L'informatisation**

L'informatisation progressive permettra sûrement l'amélioration de la qualité des courriers rédigés par les médecins généralistes. En effet, les nouveaux logiciels informatiques, permettent déjà l'importation des données médicales et psycho-sociales du patient, aidant le médecin dans la rédaction de ses courriers. Un gain de temps certain s'ensuivrait à partir du moment où les données du patient sont régulièrement mises à jour.

L'installation des jeunes médecins, contribue déjà à augmenter cette informatisation, sachant que les médecins installés depuis plus longtemps restent réticents à l'utilisation de l'informatique (GALFARD (34)).

Ici, on relève cette utilisation plus importante du courrier informatisé par les jeunes médecins (**96,1%** des médecins dont l'âge est inférieur à 35 ans contre 35,7% des médecins de plus de 55 ans).

#### **2.2.4 L'utilisation de courrier standardisé**

Le courrier standardisé, est une valeur ajoutée au courrier d'adressage. Sa trame préétablie permet :

- de palier à l'oubli d'informations.
- de relever les éléments négatifs.
- un gain de temps pour le médecin rédacteur : BINART (9).

On rappelle que, dans son étude, **8%** des réponses sont en faveur d'un support pré-formaté pour cibler les informations destinées à chaque interlocuteur.

De nombreuses études montrent l'intérêt d'un courrier type pour améliorer la correspondance des médecins généralistes : COUPER (47) (analyse de 254 courriers d'admission dans les services d'Urgence), KVAMME (48), TATTERSTAL (18) dressent le même constat. Cette dernière montre en revanche que cela est sans impact sur la qualité de la réponse du spécialiste.

Dans ce travail, un très grand nombre de médecins interrogés (**90,6%** (N=77)) émettent le souhait de disposer d'un modèle préétabli pour en faciliter la rédaction avec si possible un modèle intégré à leur logiciel informatique **55,7%** (N=44), 43% (N=27) étant plus favorable à un modèle disponible via internet; 10,1% seulement (N=8) restent sur l'idée d'un format « papier ». On retrouve à nouveau cette position chez les plus jeunes médecins, **64,2%** (N=34) contre 10% (N=4) des plus de 55 ans. (P<0,001).

On retrouve ces chiffres dans l'étude de GAGET (37) où 69% des médecins interrogés seraient également prêts à utiliser un courrier « standard ».

Les raisons motivant les médecins non désireux d'un modèle de ce type n'ont pas pu être enregistrées.

GAGET (37) souligne que parmi les 31% de médecins opposés à ce type de courrier, 64% y voit « un formulaire de plus » et pour 49% il s'agit d'une « perte de l'authenticité de la correspondance traditionnelle ».

### **2.3 Synthèse des données concernant les courriers d'adressage**

Les courriers d'adressage en consultation mémoire manquent d'informations. Ce constat est en lien soit avec le patient lui-même soit avec le médecin adressant (importance des items selon le médecin, manque de temps, manque de formation à la rédaction des courriers, omission).

L'utilisation d'un courrier standardisé a montré son efficacité dans de nombreuses études. En ce qui nous concerne, plus de 90% des médecins interrogés seraient prêts à modifier leurs habitudes. Parmi eux 89,9% préféreraient disposer de l'outil informatique (via Internet ou via leur logiciel).

L'intérêt grandissant pour l'informatique des médecins généralistes et l'installation progressive de nouveaux médecins, plus motivés à changer leurs habitudes et plus à l'aise avec l'informatique, permettront la mise en place de ce type de courrier.

Quelle en sera alors l'impact aussi bien dans la réponse des confrères que sur la prise en charge conjointe du patient ?

Un travail de comparaison de cette nouvelle manière d'écrire aux médecins de la consultation mémoire s'avèrerait intéressant tant dans l'évaluation de son exhaustivité que dans la mesure de la qualité du courrier retour des spécialistes de la cognition.

Qu'en sera-t-il surtout du bénéfice escompté autour de la prise en charge du patient ?

### **3. Les courriers de réponses des spécialistes**

#### **3.1 Les médecins généralistes plus satisfaits**

D'une façon générale, les médecins généralistes interrogés sur le nouveau modèle de courrier issu de la consultation mémoire montrent dans notre étude une plus grande satisfaction.

En effet, **97,6%** (N=83) d'entre eux trouvent que le courrier de réponse standardisé « est plus informatif », et **82,4%** (N=70) pensent qu' « il est plus pertinent que l'ancien modèle ».

#### **3.2 Un contenu plus informatif**

Une raison de cette satisfaction, résulte du contenu plus informatif du nouveau modèle de courrier issu de la consultation mémoire. Ceci se traduit également dans la littérature.

Le travail de thèse du Dr BUREAU (27) interrogeant les médecins généralistes sur les 10 critères leur paraissant les plus importants à retrouver dans les CRH issu de Gériatrie, spécifie que 65% des médecins, dénoncent l'absence de signe négatif dans un contre-rendu hospitalier.

Pour TATTERSALL (18), les médecins généralistes regrettent l'insuffisance d'informations dans le courrier de réponse des médecins spécialistes : traitements proposés, données psychosociales, recommandations pour le suivi).

Dans une thèse réalisée sur le centre hospitalier de Dijon en 2017 (23), 150 courriers de synthèse de consultation mémoire ont été analysés

On remarquait que les signes positifs étaient toujours mieux notés, les diagnostics étaient souvent manquants et que l'épuisement de l'aidant était insuffisamment recherché.

KRIPALANI (16), fait le même constat à savoir que les contre-rendus sont insuffisamment renseignés : les résultats des tests diagnostiques sont absents dans **33 à 63%** des courriers, le traitement de sortie du patient est absent dans **2 à 40%**, les recommandations et projets thérapeutiques élaborés manquent dans **2 à 43%** des cas.

Selon ces 4 études, l'hypothèse est que l'utilisation d'un courrier standardisé permettrait d'augmenter le nombre de ces informations.

En ce qui concerne notre enquête, on confirme que l'impression de l'ensemble des médecins généralistes est d'avoir un courrier complet lorsqu'on le standardise y compris pour les signes négatifs.

L'étude d'O'LEARY, 2009, interroge les médecins ambulatoires sur la qualité du courrier de sortie, avant et après standardisation. (24)

La satisfaction des médecins, notée sur une échelle de 1 (très mécontents) à 5 (très satisfaits), est bien améliorée avec l'utilisation de la standardisation. Le critère de qualité étant augmenté à 3,64 sur son échelle contre 3,04 pour le modèle standard ( $p < 0,001$ ). De nombreuses informations concernant le patient, jugées utiles par les médecins traitants, étaient plus fréquemment retrouvées avec le courrier standardisé.

On retrouvait plus souvent les informations concernant le suivi du patient (**75,8%** contre 52%,  $P = 0,001$ ), les résultats des examens en attente (**46,3%** contre 13,9% ;  $P < 0,001$ ) et les informations délivrées au patient ou à sa famille (**95,8%** contre 85,1%  $P = 0,01$ ) (24)

Le constat est le même dans l'étude menée en Australie en 2007, où 85 médecins généralistes interrogés à propos du compte rendu d'hospitalisation standardisé électronique, affirmaient que le courrier standardisé représentait une amélioration par rapport à l'ancien modèle, avec une présence accrue des huit critères jugés les plus importants par les médecins.

Dans l'étude de TATTERSALL, les médecins généralistes préfèrent eux aussi le courrier standardisé et informatisé, jugé plus structuré et plus informatif. (18)

A l'inverse (28), l'essai randomisé visant à comparer les courriers automatisés électroniques par rapport aux courriers dictés puis retranscrits dans un hôpital ne retrouve pas de différence significative entre les deux types de courrier en terme de satisfaction, exhaustivité, qualité,

organisation. La qualité globale des courriers étaient évaluée à **86,4** contre **84** ( $P = 0,53$ ) même si le corps médical appréciait la facilité d'utilisation du courrier standardisé (**86,5** contre 49,2 pour le courrier dicté,  $P = 0,03$ ).

### 3.3 Délai de réception

Le délai de réception des courriers et du compte-rendu hospitalier (CRH) médical reste un élément crucial en termes d'indice de satisfaction auprès des médecins généralistes.

La thèse du Dr BUREAU (27), 2012, souligne l'intérêt d'avoir un délai court de réception des CRH issus de services de Gériatrie (**65%** estimaient que ce délai devrait être inférieur à 7 jours).

Bon nombre d'études mettent en évidence un délai de réception trop long : (15)(16)(22)(24)(27)(29)(49).

Selon TATTERSALL (18), les médecins généralistes interrogés estimaient qu'un délai de réception raccourci du courrier du spécialiste, améliorerait la qualité de la prise en charge de leur patient.

(16): les courriers n'étaient que très peu disponibles (**12%-34%**) à la première visite post-hospitalisation, et ce même à un mois de la sortie (**51%-77%**), affectant du coup la qualité de la prise en charge au suivi dans **25%** des cas.

Pour notre part, le délai de réception du courrier conviendrait à **30,6%** ( $N=26$ ) des cas, **45,9%** ( $N=39$ ) n'y accordant pas d'importance.

Dans la littérature, la standardisation des courriers permettait d'augmenter la satisfaction des médecins généralistes, concernant le délai de réception du courrier.

Dans l'étude d'O'LEARY en 2009 (24), l'indice de satisfaction des médecins généralistes concernant le délai de réception (noté sur une échelle de 1 (très mécontents) à 5 (très satisfaits)) était en effet supérieure (3,34 contre 2,59 lorsque le courrier n'était pas

standardisé,  $P < 0,001$ ) ; les hospitaliers relevant que la plupart des courriers étaient faits dans les trois jours suivant la sortie du patient (**74,1%** contre 44,8% ;  $P < 0,001$ ).

Dans l'étude d'ALDERTON (25), parmi les 85 médecins généralistes interrogés, plus de la moitié indiquait avoir reçu le courrier standardisé dans les deux semaines après la sortie du patient de l'hôpital.

### **3.4 Un délai encore perfectible**

#### **3.4.1 Etablir un courrier préalable**

La thèse de GASC au sujet du retour de l'évaluation des patients âgés en hôpital de jour (30), le délai de réception était jugé majoritairement adapté. En effet, le CHU de TOULOUSE, émet un courrier dit « court » dans un premier temps suivi secondairement d'un courrier plus complet. Ceci raccourcit excessivement le délai de réception satisfaisant 90,3% des médecins traitants. Les médecins généralistes étaient d'ailleurs favorables au maintien de ces deux courriers.

La généralisation de ce genre de pratique s'impose à nous de ce fait.

La mise en vigueur par l'HAS en 2014 d'un référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité du patient dès la sortie d'hospitalisation (7), a permis de ramener le délai de réception du CRH à 8 jours allant dans le sens des résultats précédents.

### **3.4.2 Selon la méthode d'envoi du courrier**

Plusieurs méthodes d'envois des courriers de spécialistes et des CRH sont décrites dans la littérature.

Pour les médecins interrogés par GASC en 2016 (30) il y a une véritable valeur ajoutée dans la prise en charge des patients à recevoir le courrier par courrier électronique, ce que l'on retrouve également dans l'étude australienne d'ALDERTON. (25)

Paradoxalement, pour les médecins généralistes questionnés par BUREAU en 2012 (27) le mode de transmission par voie postale était nettement préféré (**60%** des cas).

Selon KRIPALANI en 2007 (16), donner au patient son courrier serait le moyen le plus efficace pour raccourcir ce délai .

Enfin, pour CHEN Y. ET AL. en 2009 (50): les emails et les fax sont retenus comme mode d'envoi les plus efficaces .

## **3.5 Inconvénient du courrier standardisé**

### **3.5.1 Un courrier jugé trop long**

Dans notre étude, **60,7%** des répondants (N=51) seraient de cet avis.

La question 10 incitait à un commentaire libre. (Annexe 12)

La principale remarque concernait la longueur trop importante de ce courrier, incitant à une lecture raccourcie et donc non constructive par le médecin généraliste; alors que le Dr BUREAU(27) relevait que les médecins traitants n'accordaient pas d'importance quant à la longueur du courrier de réponse des spécialistes.

### **3.5.2 Un manque de lisibilité et un accès difficile à l'information: l'importante de hiérarchiser**

A propos de la question 10 (annexe 12) :

Pour beaucoup de médecins le courrier est jugé très long. De ce fait les médecins accordent principalement leur attention sur la conclusion. Celle-ci pertinente et concise est retrouvée plusieurs fois comme un atout, permettant au médecin d'avoir une synthèse claire, et de se référer au reste du courrier si besoin de précision.

Mais pour d'autres, la conclusion ne suffit pas et les modifications à apporter au traitement ainsi que les suites donner au patient à domicile devraient être davantage mise en valeur.

Plusieurs études réalisées dans le domaine de la gériatrie rapportent l'importance de mettre en évidence les éléments qui sont les plus pertinents pour la suite de la prise en charge du patient. (27) (30)

Dans cette dernière les médecins généralistes insistent notamment sur la dimension de hiérarchisation des propositions faites, avec notamment les facteurs de fragilité et les propositions les plus urgentes à réaliser au premier plan.

Dans l'étude d'ALDERTON (25), la mise en évidence dans la conclusion, du suivi et des recommandations au sujet de leurs patients, leur paraissait primordiale .

La thèse de MERLE, concernant l'étude des relations entre médecins généralistes et les médecins de consultation mémoire de la région de Strasbourg, dresse le même constat. (29)

### **3.6 Synthèse des données concernant les courriers de réponse issus de la consultation mémoire**

Pour ce qui est du retour de la consultation mémoire de l'Hôpital des Charpennes les statistiques confirment une relative satisfaction des MG.

La littérature va plutôt dans ce sens avec un grand intérêt de la standardisation améliorant le contenu, ainsi que le délai de réception du courrier.

## **4. Limite de l'étude : Biais de sélection des médecins répondant à l'enquête**

En effet les médecins ont dû répondre à un questionnaire en ligne dont le lien a été envoyé par courrier électronique ; un biais est relevé du fait même d'une nécessité d'être informatisé et à l'aise avec ce moyen de technologie. De ce fait, on note un taux de participation plus important de médecins de moins de 35 ans et de médecins utilisant le courrier électronique, pas forcément représentatifs de la population des médecins généralistes, ce qui limite l'interprétation des résultats.

Enfin il a été très compliqué de définir sur cette enquête le nombre de participants dans les deux groupes « médecins installés sur Villeurbanne » ou « médecins novices, n'ayant pas pour certains renseigné leur nom. Aussi, on ne peut affirmer que ces médecins inclus, n'appartiennent à aucun des deux groupes.

## V. CONCLUSION

La communication en matière médicale joue un rôle primordial dans la relation médecin-patient, la qualité des prescriptions et la prise en charge des patients. Cette communication s'articule en grande partie grâce aux courriers médicaux entre les différents acteurs de santé notamment entre médecins généralistes et leurs confrères spécialistes.

De nombreuses études ont montré une insatisfaction réciproque de ces deux parties concernant les courriers médicaux. Les principaux critères caractérisant cette insatisfaction, portaient sur le manque d'informations médicales contenues dans le courrier et le délai de réception jugé trop long.

Plus spécifiquement, lors de la consultation mémoire, le spécialiste s'attend à un certain nombre d'éléments, y compris psycho-sociaux, ce qui lui permettra de cibler son évaluation. Si bien qu'il paraît capital que la communication soit optimale.

Le Dr SANDJIAN sur un précédent travail de thèse a cherché à identifier les critères de qualité de la transmission des informations médicales par courrier, dans le cadre d'une consultation mémoire. Les résultats de cette première approche ont permis la réalisation de deux courriers type (un courrier d'adressage en consultation et un courrier de réponse).

Ainsi l'hôpital des Charpennes (Villeurbanne, CHU de LYON) en modifiant le modèle de courrier issu de la consultation mémoire, a pu le standardiser et l'informatiser, et intégrer ces critères de qualité.

Ce travail fait suite à celui du Dr. SANDJIAN.

Nous avons recueilli dans ce même hôpital cent des courriers d'adressage à la consultation mémoire afin d'en extraire les items du courrier type de son étude.

L'objectif de l'étude est d'apporter des éléments de réflexion pour une meilleure communication entre les médecins ambulatoires et les médecins d'une consultation mémoire. Une description est établie à partir du recueil d'avis des médecins généralistes via un

questionnaire. La première partie concerne les courriers des médecins généralistes adressant en consultation mémoire. La seconde établit les critères de satisfaction des médecins généralistes concernant le nouveau modèle de courrier standardisé, issu de la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes à Villeurbanne.

Les résultats ont montré que :

- Concernant le courrier d'adressage en consultation mémoire :

L'analyse des 100 courriers des médecins généralistes a montré qu'une majorité étaient dépourvus d'un grand nombre d'informations, avec une enquête confirmant que pour 60% d'entre eux (N=51) ces résultats sont comparables à leur pratique ; le manque de temps paraissant la principale cause de ce manque d'exhaustivité.

Suite à ces résultats, 85,9% des médecins interrogés (N = 73) seraient prêts à modifier leurs habitudes.

90,6% des médecins généralistes (N=77) aimeraient d'ailleurs disposer d'un modèle pré-rempli pour en faciliter la rédaction avec pour une majorité un modèle informatique (intégré à leur logiciel informatique (55,7% N=44) ou via internet (34,2%) (N=27)).

- Concernant le nouveau courrier, standardisé, proposé par la consultation mémoire :

L'enquête auprès des médecins généralistes révèle une bonne satisfaction et trouvant effectivement ce modèle plus informatif (pour 97,6% d'entre eux) et plus pertinent (pour 82,4% d'entre eux).

Les remarques libres soulignent d'ailleurs le caractère exhaustif de ce courrier même si parfois sa longueur trop importante pouvait constituer un écueil.

En revanche, les courriers d'adressage en consultation mémoire manquent d'informations.

L'utilisation d'un courrier standardisé a permis de montrer son efficacité dans de nombreuses études. Dans ce travail, une grande majorité des médecins interrogés serait prêts à modifier

leurs habitudes en utilisant un courrier pré-rempli informatisé (via Internet ou via leur logiciel).

L'intérêt grandissant pour l'informatique des médecins généralistes et l'installation progressive de nouveaux médecins, plus enclin à intégrer les nouvelles technologies d'informations et de communications dans leur procédure de travail, pourraient permettre la mise en place de ce type de courrier standardisé plus rapidement.

Il serait alors intéressant de prolonger cette réflexion en étudiant les retombées de la mise en place de ce type de communication. Il faudrait alors évaluer la qualité des informations apportées ou encore le degré de satisfaction des médecins spécialistes afin de caractériser l'impact concret de cette nouvelle procédure sur la prise en charge du patient.



Nom, prénom du candidat : DBOUK Claude-jad

## CONCLUSIONS

L'objectif de l'étude est d'apporter des éléments de réflexion pour une meilleure communication entre les médecins ambulatoires et les médecins d'une consultation mémoire. Une description est établie à partir du recueil d'avis des médecins généralistes via un questionnaire. La première partie concerne les courriers des médecins généralistes adressant en consultation mémoire. La seconde établie les critères de satisfaction des médecins généralistes concernant le nouveau modèle de courrier standardisé, issu de la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes à Villeurbanne.

Concernant ce dernier, l'enquête auprès des médecins généralistes révèle une bonne satisfaction avec un modèle jugé plus informatif (pour 97,6%) et plus pertinent (pour 82,4%).

En revanche, l'analyse de 100 courriers des médecins généralistes adressant à la consultation mémoire a montré qu'une majorité était dépourvue d'un grand nombre d'informations. L'enquête confirme que pour 60% d'entre eux (N=51) ces résultats sont comparables à leur pratique. Le manque de temps paraît être la principale cause de ce manque d'exhaustivité. Suite à ces résultats, 85,9% des médecins (N=73) seraient prêts à modifier leurs habitudes. 90,6% des médecins généralistes (N=77) aimeraient disposer d'un modèle pré-rempli pour en faciliter la rédaction avec pour une majorité un modèle informatique.

La standardisation des courriers permettrait d'augmenter la richesse de leur contenu. L'intérêt grandissant pour l'informatique des médecins généralistes, pourrait permettre la mise en place de ce type de courrier plus rapidement. Il serait intéressant de prolonger cette réflexion en étudiant les retombées de la mise en place de ce type de communication (qualité des informations apportées, degré de satisfaction des médecins spécialistes, impact sur la prise en charge du patient).

### Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature **Pr P. Krolak-Salmon**

Institut du Vieillissement

Hôpital des Charpennes

Vu : 27, rue G. Péri - 69100 Villeurbanne

Pour Le Président de l'Université

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 09 AVR. 2018

## BIBLIOGRAPHIE

1. Mercat F-X. Les courriers entre médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des médecins; 1998 Jan. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/courriers.pdf>
2. Nicodeme R, Bouet P, Blanc J-L. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale: Etude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2014.
3. Conseil national de l'ordre des médecins. Code de déontologie médicale. Novembre 2012.
4. Loi du 13 aout 2004. Le parcours de soins coordonné. Ministère de la santé et des sports; 2004.
5. Chapoulart H, Pellet F, Roger P. Correspondance médicale, critères de qualité. ANAES; 2004.
6. Décret 2006-119 du 6 février 2006 relatif au droit des personnes malades et des usagers du système de soins. JO 7 fev 2006.
7. HAS. Document de sortie d'hospitalisation > 24h. Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document\\_de\\_sortie\\_contenu\\_metier\\_23102014.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_contenu_metier_23102014.pdf)
8. FCMRR. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées-recommandations [Internet]. Fédération Nationale des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche; 2012. Disponible sur : <http://cmrr-nice.fr/doc/recommandations-FCMRR-fevrier2012.pdf>
9. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Internet]. [PARIS NORD]: FACULTE DE MEDECINE DE BOBIGNY; 2012. Disponible sur : [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/767/fichier\\_hbinard\\_these109be.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/767/fichier_hbinard_these109be.pdf)
10. Long A, Atkins JB. Communications between general practitioners and consultants. Br Med J. 1974 Nov 23;4(5942):456-9.
11. Francois P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. S.F.S.P.
12. Signol B. La communication ville-hopital en 2016 : constat et pistes d'amélioration. Université de DIJON; 2016.
13. Ducreux J, Causse D. Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière. Paris : Fédération hospitalière de France. Pôle organisation

sanitaire et médico-sociale; 2007.

14. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med.* 2000 Sep;15(9):626–31.
15. O’Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Baker DW. Outpatient physicians’ satisfaction with discharge summaries and perceived need for an electronic discharge summary. *J Hosp Med.* 2006 Sep;1(5):317–20.
16. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 2007 Feb 28;297(8):831–41.
17. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res.* 2007 Aug 24;7:133.
18. Sandjian L. Identification des critères de qualité de la communication des informations médicales transmises par courrier entre médecins généralistes et médecins spécialistes dans le cadre de la consultation mémoire par enquête Delphi. Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
19. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors’ letters. *Med J Aust.* 2002 Nov 4;177(9):516–20.
20. Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner-specialist referral process. *Intern Med J.* 2005 Aug;35(8):491–6.
21. Chambonet J-Y, Barberis P, Peron V. How long are consultations in French general practice? *Eur J Gen Pract.* 2000 Jan 1;6(3):88–92.
22. Popeller A, Duhot D, Kandel O. Quels sont les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale ? *Exercer.* 2008;80(suppl1):56–7.
23. Yemm R, Bhattacharya D, Wright D, Poland F. What constitutes a high quality discharge summary? A comparison between the views of secondary and primary care doctors. *Int J Med Educ.* 2014 Jul 5;5:125–31.
24. Planel B. Evaluation des pratiques professionnelles : qualité de rédaction des courriers de consultation mémoire sur le site de Champmaillot-CHU Dijon : focus sur les déterminants de l’épuisement de l’aidant. Université de Bourgogne; 2017.
25. O’Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Evans DB, Kulkarni N, et al. Creating a better discharge summary: improvement in quality and timeliness using an electronic discharge summary. *J Hosp Med.* 2009 Apr;4(4):219–25.
26. Alderton M, Callen J. Are general practitioners satisfied with electronic discharge summaries? *Health Inf Manag J Health Inf Manag Assoc Aust.* 2007;36(1):7–12.

27. Bureau M-L. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation. Université de Poitiers; 2012.
28. Maslove DM, Leiter RE, Griesman J, Arnott C, Mourad O, Chow C-M, et al. Electronic versus dictated hospital discharge summaries: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2009 Sep;24(9):995–1001.
29. Merle Y. Étude des relations entre les médecins généralistes et les médecins des consultations mémoire de la région de Strasbourg et du Kochersberg. Université de Strasbourg; 2014.
30. Gasc L. Etude transversale de la vision du courrier de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse par les médecins généralistes. Enquête auprès des médecins généralistes dont les patients ont été évalués à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse [Internet]. Toulouse; 2016. A Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1187/>
31. Bouet P, Rault J-F, Le breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en france. Situation au premier janvier 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015.
32. Irekti F. Evaluation de la qualité des lettres d'adressage des médecins généralistes à destination des médecins spécialistes. Université Paris Diderot-Paris 7; 2014.
33. Fournier E. Le courrier des médecins généralistes: la lettre d'admission au Service d'Accueil des Urgences. Poitiers; 2011.
34. Galfard M, Garot B. Les courriers d'adressage des médecins généralistes aux urgences des hôpitaux du Hainaut-Cambresis. Lille; 2013.
35. Robart-Playez E. Les courriers des médecins généralistes en vue d'une admission aux urgences. Lille 2; 2005.
36. Chauvière G. Etude descriptive et prospective des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des patients aux urgences. Limoges; 2013.
37. Gaget M. Communication entre les médecins généralistes et urgentistes. Poitiers; 2010.
38. Nhan TT. Etude de la communication «médecins généralistes- praticiens hospitaliers». Amiens; 2010.
39. Toleman J, Barras M. General practitioner referral letters: are we getting the full picture? *Intern Med J.* 2007 Jul;37(7):510–1.
40. Clerc P, Le Breton J, Mousques J, Hebbrecht G, De Pourville G. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polypathologies: Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. *Inst Rech Doc En Econ Santé IRDES Paris FRA.* 2010;(156):1–6.

41. Genest A. La dermatologie en médecine générale: rôle et enjeux de la correspondance médicale. Exemple de l'hôpital d'instruction des armées Legouest. Nancy 1; 2010.
42. Carney SL. Medication accuracy and general practitioner referral letters. *Intern Med J*. 2006 Feb;36(2):132–4.
43. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, Nicholson R. Referral letters: are form letters better? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 1997 Feb;47(415):107–8.
44. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes: un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes Résultats*. 2008;649.
45. Gouyon M. Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés: comportements et opinions. 2009;11.
46. Key-Solle M, Paulk E, Bradford K, Skinner AC, Lewis MC, Shomaker K. Improving the quality of discharge communication with an educational intervention. *Pediatrics*. 2010 Oct;126(4):734–9.
47. 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*. 1996 Dec;86(12):1540–2.
48. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelson M, 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 QHC*. 2001 Mar;10(1):33–9.
49. Francois P. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire: le point de vue de médecins généralistes. 2014;26(2):189–97.
50. Chen Y, Brennan N, Magrabi F. Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. *Int J Med Inf*. 2010 Mar;79(3):167–72.

# ANNEXES

**ANNEXE 1 : proposition de courrier type du DR SANDJIAN**  
**destiné à l'usage des médecins généralistes adressant en**  
**consultation mémoire**

Nom et coordonnées du médecin traitant

Date :../../ ....

Cher confrère,

Je vous remercie de recevoir Mr/Mme NOM, Prénom ..... , né(e) le ....., pour réalisation d'une consultation mémoire.

ATCD médicaux et psychiatriques :

Les habitudes toxiques

Le traitement habituel du patient :

L'ancienneté des troubles : *Préciser les éventuelles consultations mémoire antérieures*

Les troubles du comportement : *Nature des troubles*

Les dépendances :

Résultats d'imagerie :

L'identité de l'aidant :

Les aides à domicile en place :

La notion de chute :

SIGNATURE DU MEDECIN

## **ANNEXE 2 : proposition du Dr SANDJIAN concernant le courrier type issu de la consultation mémoire, à l'usage des médecins spécialistes**

Nom et coordonnées du médecin spécialiste :

Date :.../.../...

Je vous remercie de m'avoir adressé Mr/Mme..., né(e) le..., pour réalisation d'une évaluation cognitive.

Diagnostic étiologique et niveau d'information diagnostique délivré au patient et à sa famille :

Modifications médicamenteuses apportées : *Raisons des modifications du traitement habituel le cas échéant*

Autres pathologies et/ou comorbidités diagnostiquées :

MMSE :

Mise en évidence de troubles du comportement : *Nature des troubles*

Résultats d'imagerie :

Résultats biologiques anormaux :

Recommandations sur les aides à domicile :

Préconisations d'éventuelle prise en charge en hôpital de jour/accueil de jour :

Démarches administratives réalisées ou conseillées :

Suivi envisagé par le spécialiste :

### **Conclusion**

SIGNATURE DU MEDECIN

# ANNEXE 3 : ancien modèle de courrier issu de la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes

**HÔPITAL DES CHARPENNES**  
**HOSPICES CIVILS DE LYON**  
27, rue Gabriel Péri  
69100 Villeurbanne  
France



Hôpitaux de Lyon

Professeur Pierre KROLAK-SALMON :  
Chef de Service  
Secrétariat 04 72 43 31 24  
Fax 04 72 43 20 54

Villeurbanne, le 20/05/2011

Centre de Mémoire, de Ressources et de  
Recherche  
Secrétariat 04 72 43 31 24

PH/jd

Consultations : Mémoire - Gériatrie -  
Douleur  
Rendez vous 04 72 43 20 79  
Secrétariat 04 72 43 20 80  
Fax 04 72 43 20 62

Docteur [REDACTED]

Hôpital de Jour  
Dr G. MARTIN GAUJARD - Dr A. MALTAVERNE  
Dr A. WAISSI - Dr K. DAVID  
Accueil 04 72 43 20 69  
Cadre infirmier : Mme FAUVET 04 72 43 20 77  
Secrétariat 04 72 43 20 76  
Fax 04 72 43 20 78

Unité Cognitive Comportementale (1B)  
Dr G. MARTIN GAUJARD - Dr C. GRANET  
Cadre infirmier : Me THIVEND 04 72 43 31 22  
Infirmière de Coordination 04 72 43 31 38  
Secrétariat 04 72 43 20 50

Unité Neuro-Vasculaire (4C)  
Dr Y. GUILHERMET - Dr L. VALDEBLIEVRE  
Dr F. BERTIN HUGAULT  
Cadre infirmier : M. TREILLE 04 72 43 21 05  
Secrétariat 04 72 43 20 50

Unité de soins palliatifs (1A)  
Dr P. HAOND - Dr C. JUTARD  
Dr S. GARREL-LUYA  
Cadre infirmier : Mme THIVEND 04 72 43 31 22  
Secrétariat 04 72 43 20 49

Soins de Courte Durée  
**2B**  
Dr P. HAOND - Dr G. MARTIN-GAUJARD  
Cadre infirmier : Mme ASTIER 04 72 43 20 93  
Secrétariat 04 72 43 20 48

**2C**  
Dr A. SARCIRON - Dr A. LACOUR  
Cadre infirmier :  
Me MARTIGNOLLES 04 72 43 20 97  
Secrétariat 04 72 43 20 49

**3C**  
Dr Z. MAKAROFF  
Cadre infirmier : Mme DUBOIS 04 72 43 21 02  
Secrétariat 04 72 43 20 50

Soins de Suite et Réadaptation  
**3A**  
Dr A. SARCIRON  
Secrétariat 3A 04 72 43 20 49

**3B**  
Dr Z. MAKAROFF  
Cadre infirmier : Mme DENNI 04 72 43 20 99  
Secrétariat 3B 04 72 43 20 48

Soins de Longue Durée  
Dr P. CHESSSEL - Dr V. GUILHERMET  
Secrétariat 04 72 43 20 48

**4A**  
Cadre infirmier : M. TREILLE 04 72 43 21 06

**5AB**  
Cadre infirmier : Mme D'HERLIN 04 72 43 21 08

**5C**  
Cadre infirmier :  
Mme DUC 04 72 43 21 10

Chère consoeur,

Je vois ce jour [REDACTED],  
[REDACTED], accompagnée de sa fille et de sa sœur.

L'évaluation a montré cette fois un déficit modéré en mémoire épisodique visuelle et nous discutons avec sa fille sur la meilleure manière de la prendre en charge.

Dans un 1<sup>er</sup> temps, j'essaye de faire rapatrier le dossier de l'Hôpital Neurologique car elle avait eu un bilan, il y a un an  $\frac{1}{2}$  et la comparaison serait utile car les tests ne sont pas franchement pathologiques et même se normalisent au-delà du temps normal.

Sa fille me fait part d'une prescription d'orthophoniste qui n'a jamais été suivie. Cela me semble une bonne prise en charge pour le moment.

Dès que vous aurez refait la prescription, elle me communique le nom et j'enverrai le double de l'évaluation orthophonique que nous avons réalisée à l'Hôpital de Charpennes.

Je vous prie de croire, Chère consoeur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Hospices Civils de Lyon

## **ANNEXE 4 : nouveau modèle de courrier issu de la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes**

Entête Sce Charpennes

Villeurbanne, le Date  
courante

Cher confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le  
compte-rendu d'hospitalisation de jour de votre  
patient(e):

Je vous prie de croire, cher confrère, à l'expression  
de mes salutations les meilleures.

**COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION EN HOPITAL DE JOUR**  
Dr M.H. COSTE – Dr F.MORIN – Dr J.VERNAUDON  
Accueil : 04 72 43 20 69 – Secrétariat : 04 72 43 20 76 – Fax : 04 72 43 20 78

**Genre court Nom patient Prénom patient en minuscules, né(e)  
le Date de naissance**

**BILAN HDJ-SCD le(s) J1 Date entree  
J2 Date**

**Motif :**

**Médecin référent :** Adressé par  
**Médecin traitant :** Médecin traitant

### CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL & MEDICAL

#### **DONNEES SOCIO-ENVIRONNEMENTALES :**

*Statut familial* : Nombre d'enfants Commentaires de l'entourage

*Personne de ressource* : Ressource Personnes ressources

*NSC* : Niveau d'études Scolarité Profession

*Habitation* : Habitation Commentaires habitat

*Plan d'aide actuel* :

Professionnels para-médicaux

Prestataires de service

Matériel paramédical

Aide à domicile

Réseaux de soins

Transport

APA	Si oui GIR	ALD	Si oui motif	Mesure de protection	Si oui type	Coordonnées
APA	GIR	ExoTM	Commentaires administratif	Adulte Enfant aucune	Type de protection	Coordonnées

#### ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITES :

Antécédent

#### TRAITEMENTS :

Traitement habituel

*Observance* : score GIRERD : Observant Non observant

*Analyse ordonnance* : Nb de traitements / anticoagulants/AAP / Psychotropes

*Commentaires* :

#### HISTOIRE ACTUELLE :

### SYNTHÈSE OBSERVATION CLINIQUE ET EVALUATION GERIATRIQUE PLURIDISCIPLINAIRE

#### ETAT GENERAL :

**Douleur** Echelle de douleur

*Sur le plan cardio-vasculaire :*

*Sur le plan respiratoire :*

*Sur le plan neurologique :*

*Sur le plan abdominal :*

*Sur le plan uro-génital :*

*Sur le plan cutané :*

*Sur le plan thyroïdien :*

*Sur le plan ganglionnaire :*

#### ETAT SENSORIEL

#### ETAT VISUEL :

Plainte ou baisse d'acuité visuelle

*Port verres correcteurs*

<b>Acuité visuelle</b>	OD	OG
------------------------	----	----

De près (Parinaud)		
De loin (Monnoyer)		
<b>Dépistage DMLA Grille Amsler</b>		
<b>Vision des couleurs</b>		

### **ETAT AUDITIF:**

*Port appareillage auditif:*

*HHIES (évaluation des difficultés d'écoute):*

### **ETAT NUTRITIONNEL**

**Taille mesurée Poids. IMC**

**MNA:** Score MNA/ 30

**Anorexie**

**Amaigrissement de**

**Nombre de repas :**

**Apports journaliers :**

Protéiques

Calciques suffisant

Hydriques suffisants

**Etat buccal :** bon / médiocre / mauvais

Appareil dentaire

Mycose, Ulcération, Sécheresse buccale

### **CAPACITES LOCOMOTRICES**

Signes fonctionnels locomoteurs

**SPPB :** /12 vitesse de marche Handgrip

**Phénotype de Fried**

**BILAN KINESITHERAPIE (REALISE PAR \*) :**

### **FONCTIONS LANGAGIERES**

**BILAN ORTHOPHONIQUE (REALISE PAR \*) :**

### **EVALUATION NEUROCOGNITIVE et PSYCHOCOMPORTEMENTALE**

#### **SUR LE PLAN PSYCHOCOMPORTEMENTAL :**

Signes fonctionnels psychocomportementaux

[Score total] [MMS - Score] / 30 [Date evaluation]

*Au niveau thymique mini GDS :* Mini-GDS - Score/4

**SUR LE PLAN COGNITIF (Bilan neuropsychologique (réalisé par \*)) :**

**BIOLOGIE**

Créatinémie	µmol/L	CKD-EPI	ml/mn
Hémoglobine	g/l	VGM	fL
Albumine	g/l	Pré albuminémie	g/l
TSH	mUI/L	Vit D	nmol/l
Sérologie Syphilis		Vit B12	ng/l
Bilan hépatique		Vit B9	µg/l
Ionogramme		CRP	mg/l

Commentaires :

**PONCTION LOMBAIRE**

- Protéine TAU totale : ng/L (N < 315)
- Protéine TAU phosphorylée en 181 : ng/l (N<54)
- Ratio TAU totale/ phospho tau181 : (N< 9.99)
- Peptide ABETA1-42 : ng/l (N >770 ng/l)
- Peptide ABETA 1-40 : ng/l (N : 7.000-12.000)
- Ratio ABETA1-42 /ABETA 1-40 : (N> 0.075)
- I.A.T.I : (N > 1.19)

**IMAGERIE**

**IRM CEREBRALE** date:

**CAPACITES FONCTIONNELLES**

**ÉVALUATION FONCTIONNELLE :**

- Activités de loisirs :
- Activités instrumentales : **I-ADL score autonomie:** IADL - Score d'autonomie / 8
- Activités basales : **B-ADL** : ADL – Score / 6
- **DAD 6** : DAD-6 – Score / 18
- **New AGGIR** : GIR - Score

**RISQUES ENVIRONNEMENTAUX :**

- Conduite automobile : OUI NON.
- Utilisation seul des transports en commun : OUI NON
- Utilisation du gaz sans surveillance : OUI NON
- Utilisation seul des moyens de paiement : OUI NON
- Démarchage à domicile : OUI NON
- Risque d'errance : OUI NON

**RETENTISSEMENT FAMILIAL:**

*Fardeau* : mini Zarit : Mini-ZARIT – Score /7 ressenti comme Ressentiment charge

**BILAN EN ERGOTHERAPIE (REALISE PAR \*) :**

*Entretien IDE famille* : Synthèse

**EVALUATION SOCIALE**

**BILAN SOCIAL ( REALISE PAR ) :**

**EN CONCLUSION**

**RCP** : Conclusions de la RCP

**DIAGNOSTIC RETENU :**

**AUTRES PROBLEMATIQUES :**

Signes fonctionnels conclusion saisis dans la fiche

**MARQUEURS DE FRAGILITE :**

Phénotype robuste/pré-fragile/fragile  
Troubles cognitifs, troubles de comportement, dysthymie  
Problématique sociale/familiale : isolement social/ familial ; logement non-adapte ; revenu  
insuffisant ; protection juridique ; refus des aides  
Hospitalisations répétées  
Chutes  
Dépendance, mobilité  
Déficits sensoriels  
Dénutrition, amaigrissement  
Poly médication, iatrogénie  
Escarres, plaies

**PLAN DE SOINS PERSONNALISE**

**MODIFICATIONS THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES :**

Vaccinations :

Protocole UVEDOSE :

**Investigations complémentaires :**

**ETUDES/ESSAIS THERAPEUTIQUES A PROPOSER :**

**THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES :**

**Aides prescrites/conseillées :**

**Démarches administratives conseillées:**

**Suivi neurocognitif préconisé :**

Suivi en consultation mémoire

**Consultation de Synthèse le                      avec le Dr**

## **ANNEXE 5 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes**

### **PLAN DU QUESTIONNAIRE**

Les objectifs de ce travail de thèse sont d'apporter des éléments de réflexion pour une meilleure communication entre les médecins de soins primaires dits médecins traitants et les médecins d'une consultation mémoire.

#### **Première partie : retour sur les courriers des spécialistes de la consultation mémoire**

Ce travail fait suite à celui de la thèse du Dr L. SANDJIAN du huit octobre 2015. Celle-ci avait questionné les médecins traitants dans l'idée de connaître leurs attentes au niveau du courrier retour issu de la consultation spécialisée ; elle a pu ainsi établir un courrier type, recueillant les items les plus importants pour eux.

Suite à cela, le centre hospitalier des Charpennes (CHU –groupement -Est des HCL) à Villeurbanne, a pris le parti de modifier le courrier de sortie de ces patients vus en évaluation approfondie.

Dès lors l'idée de mon travail serait de recueillir votre positionnement sur la qualité des informations de ces courriers.

#### **Deuxième partie : courriers des médecins traitants adressant des patients en consultation mémoire :**

Suite au travail de thèse du Dr. L. SANDJIAN, il a été proposé de mettre en évidence au niveau du courrier des médecins adresseurs les items attendus par les spécialistes de la consultation mémoire.

100 courriers de médecins traitants sont retenus, il s'agira de regarder point par point les éléments.

L'idée étant d'échanger à ce propos et de rejoindre les attentes de chacun autour d'un outil de communication outreman nécessaire pour la prise en charge optimal des malades.

## Renseignements vous concernant

Merci d'entrer votre NOM suivi de votre Prénom

1. Quel est votre sexe ?

- Masculin
- féminin

2. Quelle est votre tranche d'âge

- < 35 ans
- 35-55ans
- 55 ans

3. Depuis combien de temps exercez vous en médecine générale ambulatoire ?

- < 20 ans
- 20 ans ou plus

4. Quel modèle de courrier utilisez vous ?

- Courrier manuel
- Courrier informatique
- Ne s'applique pas

### Première partie : retour sur les courriers des spécialistes de la consultation mémoire

Les questions suivantes concernent le courrier qui vous est adressé à l'issu du bilan gériatrique (première partie) : nouveau modèle. Vous retrouverez celui-ci en annexe, ainsi que l'ancien courrier type.

5. D'une façon générale, ce nouveau modèle vous paraît-il plus informatif?

- NON
- OUI

6. D'une façon générale, ce nouveau modèle vous paraît-il assez exhaustif ?

- NON
- OUI

7. D'une façon générale, ce nouveau modèle vous paraît- il plus pertinent?

- NON
- OUI

8. D'une façon générale, ce nouveau modèle vous paraît- il trop long ?

- NON
- OUI

9. D'une façon générale, le délai de réception du courrier vous paraît il optimal ?

- NON
- OUI
- NE SAIT PAS

10. D'une façon générale avez- vous des remarques concernant ce nouveau courrier ?

*(Réponse libre)*

RETOUR  
SUIVANT

## Deuxième partie : courriers des médecins traitants adressant des patients en consultation mémoire :

Les questions suivantes concernent le courrier, du médecin généraliste adressant au en consultation mémoire. Le Dr L. SANDJIAN avait, après interrogatoire des médecins de la consultation spécialisée, établi une liste des items jugés comme importants à retrouver dans ces courriers.

100 courriers de ces médecins traitants feront l'objet d'une étude d'observation (courriers datant du 01/01/2016 au 31/12/2016).

Les premiers résultats sont les suivants :

- Antécédents : absents dans 39% des courriers.
- Habitudes toxiques : absents dans 93% des courriers.
- Traitement habituel : absents dans 42% des courriers.
- Ancienneté des troubles : Absents dans 61% des courriers.
- Résultats d'imagerie : absent dans 79% (attention ne tiens pas compte du fait qu'une imagerie n'as pas pu être réalisée dans les délais)
- Identité aidant : absent dans 82% des courriers.

- Aides à domicile : absents dans 89% des courriers.
- Notion de chute : absent dans 94% des courriers.
- Valeur du MMS : absent dans 86% des courriers.

11. Ces résultats vous paraissent- ils conformes à votre pratique quotidienne ?

- NON
- OUI

12. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ?

	NON	OUI
Antécédents :		
Habitudes toxiques :		
Traitement habituel :		
Ancienneté des troubles :		
Résultats d'imagerie :		
Identité aidant :		
Aides à domicile :		
Notion de chute :		
Valeur du MMS :		
Antécédents :		
Habitudes toxiques :		
Traitement habituel :		
Ancienneté des troubles :		
Résultats d'imagerie :		
Identité aidant :		
Aides à domicile :		
Notion de chute :		
Valeur du MMS :		

13. Suite aux résultats de cette observation, seriez-vous prêts à modifier vos pratiques concernant l'élaboration de ces courriers ?

- NON
- OUI

14. Aimerez-vous disposer d'un modèle pré- rempli pour en faciliter la rédaction ?

- NON
- OUI

15. Si oui de quelle manière ?

- Format papier

- Modèle en ligne
- Intégré à votre logiciel

16. Si une étude visait à choisir un panel de médecins qui utiliserait ce modèle, aimeriez-vous en faire partie ?

- NON
- OUI

17. Quelles sont les raisons pour lesquelles selon vous, le courrier d'adressage ne serait pas exhaustif :

	NON	OUI
Manque de temps		
Pas utile à l'avis demandé		
Pas du rôle du médecin traitant		
Manque de temps		
Pas utile à l'avis demandé		
Pas du rôle du médecin traitant		

---

## **ANNEXE 6 : Courrier électronique envoyé aux médecins généralistes**

Les objectifs de ce travail de thèse sont d'apporter des éléments de réflexion pour une meilleure communication entre les médecins de soins primaires dits médecins traitants et les médecins d'une consultation mémoire.

### Première partie :

Le centre hospitalier des Charpennes à Villeurbanne, a pris le parti de modifier le courrier de sortie de ces patients vus en évaluation approfondie (après retour des médecins traitants lors d'un précédent travail de thèse).

Dès lors l'idée de mon travail serait de recueillir votre positionnement sur la qualité des informations de ces courriers.

### Deuxième partie :

Il s'agit d'une analyse de courriers des médecins traitants adressant des patients en consultation mémoire : 100 courriers de médecins traitants ont été retenus et analysés, il s'agira de regarder point par point les éléments qui figurent dans ces courriers.

L'idée étant d'échanger à ce propos et de rejoindre les attentes de chacun autour d'un outil de communication nécessaire pour la prise en charge optimal des malades.

Je vous joins donc le lien pour répondre à ce questionnaire en ligne:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd0Pck2fQ8GcIWSnf91Vii4-mIvFIVqCDCsCwjf7SrSBWbMaA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd0Pck2fQ8GcIWSnf91Vii4-mIvFIVqCDCsCwjf7SrSBWbMaA/viewform?usp=sf_link)

Ainsi que l'ancien et le nouveau modèle de courrier issu de la consultation mémoire de l'hôpital des Charpennes.

Je suis, bien sûr, à votre disposition pour toutes questions concernant.

Merci pour votre réponse et votre précieuse aide.

Bien confraternellement.

## **ANNEXE 7: Tableaux de pourcentage de présence/absence des items dans le courrier d'adressage**

### **Antécédents médico-psychiatriques**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	39	39,0	39,0	39,0
Présent	61	61,0	61,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### **Habitudes toxiques**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	93	93,0	93,0	93,0
Présent	7	7,0	7,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### **Traitement habituel du patient**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	42	42,0	42,0	42,0
Présent	58	58,0	58,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### **Ancienneté des troubles**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	61	61,0	61,0	61,0
Présent	39	39,0	39,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Notion de troubles du comportement

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	80	80,0	80,0	80,0
Présent	20	20,0	20,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Résultats d'imagerie

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	79	79,0	79,0	79,0
Présent	21	21,0	21,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Valeur du MMSE

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	86	86,0	86,0	86,0
Présent	14	14,0	14,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Notion de chute

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	94	94,0	94,0	94,0
Présent	6	6,0	6,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Notion de dépendances

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	97	97,0	97,0	97,0
Présent	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Identité de l'aidant

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	82	82,0	82,0	82,0
Présent	18	18,0	18,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Notion d'aides à domicile

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Absent	89	89,0	89,0	89,0
Présent	11	11,0	11,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**ANNEXE 8 : Description des réponses des médecins généralistes concernant les questions du questionnaire portant sur le courrier d'adressage en consultation mémoire. (Q11 à 17 du questionnaire)**

Q11. Ces résultats vous paraissent-ils conformes à votre pratique quotidienne ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	34	40,0	40,0	40,0
	OUI	51	60,0	60,0	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Q12-a. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ? [Antécédents :]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	1	1,2	1,2	1,2
	OUI	84	98,8	98,8	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Q12-b. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ? [Habitudes toxiques]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	7	8,2	8,2	8,2
	OUI	78	91,8	91,8	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Q12-c. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ? [Traitement habituel :]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	2	2,4	2,4	2,4
	OUI	83	97,6	97,6	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Q12-d. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ? [Ancienneté des troubles :]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	1	1,2	1,2	1,2
	OUI	84	98,8	98,8	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Q12-e. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ? [Résultats d'imagerie :]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	7	8,2	8,2	8,2
	OUI	78	91,8	91,8	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Q12-f. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ? [Identité aidant :]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	15	17,6	18,1	18,1
	OUI	68	80,0	81,9	100,0
	Total	83	97,6	100,0	
Manquante	Système manquant	2	2,4		
Total		85	100,0		

Q12-g. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ? [Aides à domicile :]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	7	8,2	8,2	8,2
	OUI	78	91,8	91,8	100,0
Total		85	100,0	100,0	

Q12-h. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ? [Notion de chute :]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	8	9,4	9,4	9,4
	OUI	77	90,6	90,6	100,0
Total		85	100,0	100,0	

Q12-i. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ? [Valeur du MMS :]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	14	16,5	16,5	16,5
	OUI	71	83,5	83,5	100,0
Total		85	100,0	100,0	

Q13. Suite aux résultats de cette observation, seriez-vous prêts à modifier vos pratiques concernant l'élaboration de ces courriers ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	12	14,1	14,1	14,1
	OUI	73	85,9	85,9	100,0
Total		85	100,0	100,0	

Q14. Aimeriez-vous disposer d'un modèle pré- rempli pour en faciliter la rédaction ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	8	9,4	9,4	9,4
	OUI	77	90,6	90,6	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Q15. Si oui de quelle manière ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	PAPIER	8	10,1	10,1	47,1
	LIGNE	27	34,2	34,2	44,3
	LOGICIEL	44	55,7	55,7	100
	Total	85	100,0	100,0	

Q16. Si une étude visait à choisir un panel de médecins qui utiliserait ce modèle, aimeriez- vous en faire partie ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	40	47,1	47,1	47,1
	OUI	45	52,9	52,9	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Q17-a. Quelles sont les raisons pour lesquelles selon vous, le courrier d'adressage ne serait pas exhaustif [Manque de temps]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	4	4,7	4,7	4,7
	OUI	81	95,3	95,3	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Q17-b. Quelles sont les raisons pour lesquelles selon vous, le courrier d'adressage ne serait pas exhaustif [Pas utile à l'avis demandé]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	68	80,0	89,5	89,5
	OUI	8	9,4	10,5	100,0
	Total	76	89,4	100,0	
Manquante	Système manquant	9	10,6		
Total		85	100,0		

Q17-c. Quelles sont les raisons pour lesquelles selon vous, le courrier d'adressage ne serait pas exhaustif [Pas du rôle du médecin traitant]

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	69	81,2	87,3	87,3
	OUI	10	11,8	12,7	100,0
	Total	79	92,9	100,0	
Manquante	Système manquant	6	7,1		
Total		85	100,0		

## **ANNEXE 9 : Facteurs influençant le manque d'exhaustivité des courriers d'adressage selon les médecins généralistes**

		Effectif	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Manque de temps	NON	4	4,7	4,7	4,7
	OUI	81	95,3	95,3	100
	Total	85	100	100	
Pas du rôle du médecin traitant	NON	68	80	89,5	89,5
	OUI	8	9,4	10,5	100
	Total	76	89,4	100	
	Système manquant	9	10,6		
Total	85	100			
Pas utile à l'avis demandé	NON	69	81,2	87,3	87,3
	OUI	10	11,8	12,7	100
	Total	79	92,9	100	
	Système manquant	6	7,1		
Total	85	100			

**ANNEXE 10 : Analyse des réponses des médecins généralistes en consultation mémoire : comparaison des réponses au questionnaire en fonction des groupes « classe d'âge » et « temps d'exercice » des médecins :**

**1/ Concernant le courrier d'adressage :**

**Question 12 :** « 12. Les informations suivantes vous paraissent-elles utiles dans un courrier d'adressage pour une consultation mémoire ? »

**Tableau croisé de l'utilité de item «notion d'aide à domicile » dans le courrier d'adressage selon la Classe d'âge des médecins**

			Classe d'âge			Total
			<35ans	35-55ans	>55ans	
Utilité	NON	Effectif	1	2	4	7
		% compris dans la question	14,3%	28,6%	57,1%	100,0%
		% compris dans la classe d'âge	1,9%	11,8%	28,6%	8,3%
	OUI	Effectif	52	15	10	77
		% compris dans la question	67,5%	19,5%	13,0%	100,0%
		% compris dans la classe d'âge	98,1%	88,2%	71,4%	91,7%
Total		Effectif	53	17	14	84
		% compris dans la question	63,1%	20,2%	16,7%	100,0%
		% compris dans la classe d'âge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tests du Khi-deux de l'utilité de item «notion d'aide à domicile » dans le courrier adresseur selon la Classe d'âge des médecins**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	10,652 <sup>a</sup>	2	,005
Nombre d'observations valides	84		

**Tableau croisé de l'utilité de item «notion d'aide à domicile » dans le courrier  
d'adressage selon la durée d'exercice des médecins**

			Temps d'exercice		Total
			<20ans	>20ans	
utilité	NON	Effectif	2	5	7
		% compris dans la question	28,6%	71,4%	100,0%
		% compris dans Temps d'exercice	3,0%	27,8%	8,2%
	OUI	Effectif	65	13	78
		% compris dans la question	83,3%	16,7%	100,0%
		% compris dans Temps d'exercice	97,0%	72,2%	91,8%
Total	Effectif	67	18	85	
	% compris dans la question	78,8%	21,2%	100,0%	
	% compris dans Temps d'exercice	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tests du Khi-deux de l'utilité de item «notion d'aide à domicile » dans le courrier d'adressage selon la durée d'exercice des médecins**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	11,540 <sup>a</sup>	1	,001
Nombre d'observations valides	85		

**Question 13 :** « Suite aux résultats de cette observation, seriez-vous prêts à modifier vos pratiques concernant l'élaboration de ces courriers ? »

**Tableau croisé des réponses à la Question 13 selon la classe d'âge**

		Classe d'âge			Total
		<35ans	35-55ans	>55ans	
NON	Effectif	2	2	8	12
	% compris dans la question	16,7%	16,7%	66,7%	100,0%
	% compris dans la classe d'âge	3,8%	11,8%	57,1%	14,3%
OUI	Effectif	51	15	6	72
	% compris dans la question	70,8%	20,8%	8,3%	100,0%
	% compris dans la classe d'âge	96,2%	88,2%	42,9%	85,7%
Total	Effectif	53	17	14	84
	% compris dans la question	63,1%	20,2%	16,7%	100,0%
	% compris dans la classe d'âge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tests du Khi-deux des réponses à la question  
13 selon la classe d'âge**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	25,871 <sup>a</sup>	2	,000
Nombre d'observations valides	84		

**Tableau croisé des réponses à la question 13 selon le temps d'exercice**

		Temps d'exercice		Total
		<20 ans	> 20 ans	
NON	Effectif	4	8	12
	% compris dans la question	33,3%	66,7%	100,0%
	% compris dans Temps d'exercice	6,0%	44,4%	14,1%
OUI	Effectif	63	10	73
	% compris dans la question	86,3%	13,7%	100,0%
	% compris dans Temps d'exercice	94,0%	55,6%	85,9%
Total	Effectif	67	18	85
	% compris dans la question	78,8%	21,2%	100,0%
	% compris dans Temps d'exercice	100,0%	100,0%	100,0%

**Tests du Khi-deux des réponses à la question 13 selon le temps d'exercice**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	17,322 <sup>a</sup>	1	,000
Nombre d'observations valides	85		

**Question 14 :** « Aimeriez-vous disposer d'un modèle pré-rempli pour en faciliter la rédaction ? »

**Tableau croisé des réponses à la question 14 selon la classe d'âge**

		Classe d'âge			Total
		<35ans	35-55ans	>55ans	
NON	Effectif	1	2	5	8
	% compris dans la question	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
	% compris dans la classe d'âge	1,9%	11,8%	35,7%	9,5%
OUI	Effectif	52	15	9	76
	% compris dans la question	68,4%	19,7%	11,8%	100,0%
	% compris dans la classe d'âge	98,1%	88,2%	64,3%	90,5%
Total	Effectif	53	17	14	84
	% compris dans la question	63,1%	20,2%	16,7%	100,0%
	% compris dans la classe d'âge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tests du Khi-deux des réponses à la question 14 selon la classe d'âge**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	14,831 <sup>a</sup>	2	,001
Nombre d'observations valides	84		

**Tableau croisé des réponses à la question 14 selon la durée d'exercice**

		Temps d'exercice		Total
		<20 ans	>20 ans	
NON	Effectif	2	6	8
	% compris dans la question	25,0%	75,0%	100,0%
	% compris dans Temps d'exercice	3,0%	33,3%	9,4%
OUI	Effectif	65	12	77
	% compris dans la question	84,4%	15,6%	100,0%
	% compris dans Temps d'exercice	97,0%	66,7%	90,6%
Total	Effectif	67	18	85
	% compris dans la question	78,8%	21,2%	100,0%
	% compris dans Temps d'exercice	100,0%	100,0%	100,0%

**Tests du Khi-deux des réponses à la question 14 selon la durée d'exercice**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	15,327 <sup>a</sup>	1	,000
Nombre d'observations valides	85		

**Question 15 :** « Si oui, de quelle manière ? »

**Tableau croisé du type de modèle pré-rempli souhaité en fonction de la classe d'âge des médecins**

			classe d'âge			Total
			< 35ans	35-55ans	> 55 ans	
Modèle	En ligne	Effectif	18	5	4	27
		% compris dans la question	66,7%	18,5%	14,8%	100,0%
		% compris dans la classe d'âge	34,0%	33,3%	40,0%	34,6%
	Papier	Effectif	1	2	5	8
		% compris dans la question	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
		% compris dans la classe d'âge	1,9%	13,3%	50,0%	10,3%
	Intégré au logiciel	Effectif	34	8	1	43
		% compris dans la question	79,1%	18,6%	2,3%	100,0%
		% compris dans la classe d'âge	64,2%	53,3%	10,0%	55,1%
Total	Effectif	53	15	10	78	
	% compris dans la question	67,9%	19,2%	12,8%	100,0%	
	% compris dans la classe d'âge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tests du Khi-deux du type de modèle pré-rempli souhaité en fonction de la classe d'âge des médecins**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	23,742 <sup>a</sup>	4	,000
Nombre d'observations valides	78		

**Tableau croisé du type de modèle pré-rempli souhaité en fonction du temps d'exercice**

		Temps d'exercice		Total
		< 20 ans	> 20 ans	
Modèle en ligne	Effectif	23	4	27
	% compris dans la question	85,2%	14,8%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	34,8%	30,8%	34,2%
Modèle papier	Effectif	2	6	8
	% compris dans la question	25,0%	75,0%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	3,0%	46,2%	10,1%
Intégré au logiciel	Effectif	41	3	44
	% compris dans la question	93,2%	6,8%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	62,1%	23,1%	55,7%
Total	Effectif	66	13	79
	% compris dans la question	83,5%	16,5%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	100,0%	100,0%	100,0%

**Tests du Khi-deux du type de modèle pré-rempli souhaité en fonction du temps d'exercice**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	22,970 <sup>a</sup>	2	,000
Nombre d'observations valides	79		

**Question 17 :** « Quelles sont les raisons pour lesquelles selon vous, le courrier d’adressage ne serait pas exhaustif »

**Tableau croisé influence du manque de temps dans le manque d’exhaustivité des courriers selon la durée d’exercice**

		Temps d'exercice		Total
		< 20 ans	> 20 ans	
NON	Effectif	1	3	4
	% compris dans la question	25,0%	75,0%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	1,5%	16,7%	4,7%
OUI	Effectif	66	15	81
	% compris dans la question	81,5%	18,5%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	98,5%	83,3%	95,3%
Total	Effectif	67	18	85
	% compris dans la question	78,8%	21,2%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	100,0%	100,0%	100,0%

**Tests du Khi-deux influence du manque de temps dans le manque d’exhaustivité des courriers selon la durée d’exercice**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	7,285 <sup>a</sup>	1	,007
Nombre d'observations valides	85		

## 2/ Concernant le courrier de retour issu de la consultation mémoire

**Question 9 :** « D'une façon générale, le délai de réception du courrier vous paraît-il optimal ? »

**Tableau croisé des réponses à la question 9 selon la durée d'exercice des médecins**

		Temps d'exercice		Total
		< 20 ans	> 20 ans	
NON	Effectif	12	8	20
	% compris dans la question	60,0%	40,0%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	17,9%	44,4%	23,5%
Oui	Effectif	21	5	26
	% compris dans la question	80,8%	19,2%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	31,3%	27,8%	30,6%
Ne sait pas	Effectif	34	5	39
	% compris dans la question	87,2%	12,8%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	50,7%	27,8%	45,9%
Total	Effectif	67	18	85
	% compris dans la question	78,8%	21,2%	100,0%
	% compris dans le groupe temps d'exercice	100,0%	100,0%	100,0%

**Tests du Khi-deux des réponses à la question 9 selon la durée d'exercice des médecins**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,936 <sup>a</sup>	2	,051
Nombre d'observations valides	85		

## **ANNEXE 11 : Description des réponses au questionnaire des médecins, concernant le courrier de réponse issu de la consultation mémoire**

5. D'une façon générale, ce nouveau modèle vous paraît-il plus informatif ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	2	2,4	2,4	2,4
	OUI	83	97,6	97,6	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

6. D'une façon générale, ce nouveau modèle vous paraît-il assez exhaustif ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	85	100,0	100,0	100,0

7. D'une façon générale, ce nouveau modèle vous paraît-il plus pertinent ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	15	17,6	17,6	17,6
	OUI	70	82,4	82,4	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

8. D'une façon générale, ce nouveau modèle vous paraît-il trop long ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	NON	33	38,8	39,3
	OUI	51	60,0	60,7
	Total	84	98,8	100,0
Manquante	Système manquant	1	1,2	
Total		85	100,0	

9. D'une façon générale, le délai de réception du courrier vous paraît-il optimal ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	20	23,5	23,5	23,5
	OUI	26	30,6	30,6	54,1
	NE SAIT	39	45,9	45,9	100,0
	PAS				
	Total	85	100,0	100,0	

## **ANNEXE 12 : les remarques des médecins généralistes**

### **concernant le nouveau modèle de courrier issu de la consultation**

### **mémoire**

- Trop long (6)
- La RCP devrait intégrer le mg et le courrier devrait être un dossier avant la RCP
- Bien détailler la partie sociale (dossier APA etc.)
- Il est trop exhaustif, et ne sera pas lu en entier systématiquement !
- Plus complet au niveau social. Bien cadré de façon à ne pas oublier des données. Peut être un peu long, risque de ne pas être lu complètement
- Essayer de synthétiser davantage, un courrier trop long n'est bien souvent pas lu.
- Conclusion pertinente pour une lecture rapide, le détail permet de voir en profondeur un bilan gériatrique complet mais un peu long en lecture dans une consultation.
- Courrier bien conçu et complet dans un objectif de synthèse
- Très clair, paraît exhaustif, j'aime le fait qu'on ne tienne pas compte que du médical avec le GIR, les aides, l'environnement etc..., les bilans paramédicaux sont très informatifs, les dépistages sensoriels également je ne sais plus si nous recevons les courriers via zepira mais ce système informatique est très rapide et bien appréciable
- Un peu long mais complet
- La partie de conclusion et notamment les modifications thérapeutiques (quels médicaments enlevés ou rajoutés et pour quelles raisons), les suites du retour à domicile me semble noyée dans un corps du texte vraiment très dense
- La synthèse en dernière partie est fondamentale, d'où l'importance de sa qualité
- Synthétique en reprenant chaque appareil
- Très bien le cadre conclusion à la fin pour résumer. Permet de faire la synthèse rapidement lors réception du courrier
- C'est un courrier très précis qui donne un bon aperçu de l'état du patient avec évaluation des besoins et possibilités au retour à domicile.
- Plus froid, moins personnalisé

- Oui, il est très long, et si l'on n'a pas compris comment il est articulé, il peut être rébarbatif
- Courrier beaucoup plus long que le premier, donc probablement qui ne sera pas lu en entier. par contre standardisé, donc si besoin normalement plus facile d'y retrouver l'information recherchée
- Très complet mais trop long à lire en cabinet de médecine générale
- Complet
- Trop long avec beaucoup de répétitions. Nécessité de plus de concision pour pouvoir les lire tous de manière attentive et constructive.
- Le nouveau compte rendu est précis et exhaustif, le risque étant de se perdre dans les détails. J'apprécie la conclusion finale et le plan de soin personnalisé de la dernière page qui permet d'avoir une synthèse et de se référer au reste du courrier si l'on a besoin de précisions.
- Beaucoup trop de détails, pas de vue d'ensemble, et une lecture forcément superficielle avec un aller direct à la conclusion. Sinon nouveau courrier très complet, on ne peut rien oublier, mais vraiment trop long... Il faut savoir se restreindre et ne donner que les éléments pertinents.

---

**DBOUK Claude-Jad – Le courrier, outil de communication – Enquête descriptive autour de la consultation mémoire de l’hôpital des Charpennes à Villeurbanne**

---

**RESUME :**

**INTRODUCTION – METHODE** - L’objectif de l’étude est d’apporter des éléments de réflexion pour une meilleure communication entre les médecins ambulatoires et les médecins d’une consultation mémoire. Une description est établie à partir du recueil d’avis des médecins généralistes via un questionnaire. La première partie concerne les courriers des médecins généralistes adressant en consultation mémoire. La seconde établie les critères de satisfaction des médecins généralistes concernant le nouveau modèle de courrier standardisé, issu de la consultation mémoire de l’hôpital des Charpennes à Villeurbanne.

**RESULTATS** - L’enquête auprès des médecins généralistes révèle une bonne satisfaction du nouveau modèle de courrier standardisé issu de la consultation mémoire, jugé plus informatif (pour 97,6%) et plus pertinent (82,4%). L’analyse de 100 courriers des médecins généralistes adressant à la consultation mémoire a montré qu’une majorité était dépourvue d’un grand nombre d’informations. Le manque de temps paraît être la principale cause de ce manque d’exhaustivité. Suite à ces résultats, 85,9% des médecins (N=73) seraient prêts à modifier leurs habitudes. 90,6% des médecins généralistes (N=77) aimeraient disposer d’un modèle pré-rempli pour en faciliter la rédaction avec pour une majorité un modèle informatique.

**CONCLUSION** - La standardisation des courriers permettrait d’augmenter la richesse de leur contenu. L’intérêt grandissant pour l’informatique des médecins généralistes, pourrait permettre la mise en place de ce type de courrier plus rapidement.

---

**MOTS CLES :** communication–consultation mémoire–courriers standardisés

---

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON  
Membres : Madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ  
Madame le Professeur Marie FLORI  
Madame le Docteur Zaza MAKAROFF

---

**DATE DE SOUTENANCE :** 02 Mai 2018

---

**ADRESSE POSTALE DE L’AUTEUR :** 34 rue de la Ruche, 69003 LYON  
**VOTRE EMAIL :** jad.dbouk51@gmail.com