



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT DANS LE CADRE DU TROISIÈME CYCLE DE
MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

ALEXIS GENEST

LE 12 MAI 2010

**LA DERMATOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
RÔLES ET ENJEUX DE LA CORRESPONDANCE
MÉDICALE
EXEMPLE DE L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LEGOUEST**

EXAMINATEURS DE LA THÈSE:

MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean-Luc SCHMUTZ

PRÉSIDENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean-Dominique DE KORWIN

MADAME LE PROFESSEUR Annick BARBAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR Alain AUBREGE

MADAME LE MEDECIN EN CHEF Yolande VERAN

}

JUGES

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT DANS LE CADRE DU TROISIÈME CYCLE DE
MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

ALEXIS GENEST

LE 12 MAI 2010

**LA DERMATOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
RÔLES ET ENJEUX DE LA CORRESPONDANCE
MÉDICALE
EXEMPLE DE L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LEGOUEST**

EXAMINATEURS DE LA THÈSE:

MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean-Luc SCHMUTZ

PRÉSIDENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean-Dominique DE KORWIN

MADAME LE PROFESSEUR Annick BARBAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR Alain AUBREGE

MADAME LE MEDECIN EN CHEF Yolande VERAN

}

JUGES

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :
- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ

Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Jean BEUREY - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ
Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX
Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - NICOLAS Pierre
PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD
Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT - Antoine RASPILLER
Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT- Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE – Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie ; cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)
Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES
5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL
64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre Maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMUTZ,

Professeur de Dermatologie-vénéréologie. Chef du Service de Dermatologie de l'Hôpital Fournier ;

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de cette thèse.

Que ce travail soit l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Madame le Professeur Annick BARBAUD,

Professeur de Dermatologie-Vénéréologie dans le Service de Dermatologie de l'Hôpital Fournier,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au jury de notre thèse.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN,

Professeur de Médecine Interne, Chef de Service de Médecine Interne du CHU de Nancy Braboïs ;

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail, nous vous remercions vivement et vous prions d'accepter notre respectueuse gratitude.

A notre Maître et juge,

Monsieur le Docteur Alain AUBREGE,

Professeur associé de Médecine Générale au CHU de Nancy Braboïs ;

Nous avons pu apprécier vos qualités comme professeur de Médecine Générale, votre présence comme membre de notre jury nous honore.

A notre Directrice de thèse,

Madame le Médecin en Chef Yolande VÉRAN,

Chevalier de la Légion d'Honneur, Médecin-chef du service de Dermatologie-vénéréologie de l'HIA Legouest.

Vous avez eu la gentillesse de nous proposer le sujet de cette thèse.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez témoignée.

Vous avez toujours su nous orienter, nous encourager, et faire preuve à notre égard de patience et de disponibilité.

Nous espérons vous avoir donné satisfaction.

Soyez assuré de nos plus sincères remerciements.

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Maurice VERGOS,

Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur,

Officier de l'Ordre National du Mérite,

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques- échelon vermeil

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées.

* * *

A Monsieur le Médecin Général Jean-Didier CAVALLO,

Directeur adjoint de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Officier de l'Ordre National du Mérite,

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques- échelon argent

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées.

* * *

Nous remercions vivement tous ceux qui nous ont aidé à réaliser ce travail et tout particulièrement :

Monsieur le Médecin en Chef Thierry MATTON, chef du Service d'Information Médicale de l'HIA Legouest, sans l'aide de qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Le personnel du secrétariat de dermatologie de l'HIA Legouest, pour m'avoir toujours bien reçu et avoir accepté avec le sourire le surcroît de travail qu'a représenté le recueil des correspondances.

Au personnel du service de Dermatologie,

Je n'oublierai jamais avec quel plaisir j'ai travaillé avec vous tout au long de mon stage.

A l'ensemble des médecins et internes que j'ai pu côtoyer à l'hôpital d'instruction des armées Legouest et dans le civil,

Monsieur le Professeur REY, Médecin-chef du service d'Hepato-Gastro-Entérologie et référent pédagogique de l'HIA Legouest,

Monsieur le Professeur Bruno GRAFFIN, Médecin-chef du service de Maladie Infectieuse et Maladie Tropicale de l'HIA Legouest,

Le Médecin en Chef Henri LEHOT, Médecin-chef du Service des Urgences.

Le Médecin en Chef Christian GODREUIL, Médecin-chef du Service de Cardiologie.

Merci à tous pour votre accueil, votre enseignement, votre sens clinique et votre envie de faire partager vos connaissances.

Aux équipes paramédicales des services dans lesquels je suis passé,

Merci pour votre bonne humeur et votre motivation au travail. Merci également pour votre aide dans mes premiers pas d'interne.

A mes parents,

Merci d'avoir toujours été là avec moi, pour partager mes moments de joie, pour me soutenir dans les moments difficiles et m'avoir donné le goût du voyage...

A Marina,

Comment te dire que tu as été mon plus grand soutien durant tous ces moments difficiles, que tu es et resteras mon point de repère dans l'horizon.

A ma sœur et mes frères,

Merci d'avoir supporté avec patience le petit (ou grand pour le chouchou) frère parfois collant que j'ai été. La famille est quelque chose de sacré et j'espère que l'on pourra toujours se soutenir les uns les autres.

A Pierre,

Frangin d'étude, témoin d'un des plus grands moments de ma vie, voyageur solitaire, tu es unique et je te remercie pour tous ces fous rires qui ont participé à ma réussite.

A Baptiste,

Tu es mon plus vieil et mon meilleur ami, et nous sommes toujours heureux de nous revoir même si nous vivons dans des mondes différents. Je te souhaite toute la réussite possible et je crois qu'elle n'est pas loin...

A mon Ancien 9909,

Merci à toi pour tous tes conseils, sans toi je ne serais probablement pas le Navalais que je suis...

A mes amis de Santé Navale,

Julien, Guillaume futur Ministre de la Santé Ivoirienne, Laurence, Souleymane et Carole, Sarah et Brice, Delphine... Toutes nos séances à théoriser resteront comme de grands moments de « délires ». Je vous souhaite bonne chance pour vos carrières.

A tous les autres que je n'oublie pas...

Notamment ma Mamie Charlotte et son italien Gaël, ma **Noisette** préférée et « sa » Magali, la famille Billot et la « presque » équipe de foot Wannin (encore un petit effort !!). Ce sera avec plaisir que je vous recroiserai dans le petit monde du service de santé des Armées. Une pensée également à Marion et Flora, plus rapide que chronopost, pour avoir diffusé mon *œuvre*...

Serment

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	23
-------------------	----

ÉVOLUTION, PLACE & ACTUALITÉ DU COURRIER.....	26
---	----

I. La correspondance médicale.....	27
---	-----------

- A) De l'Antiquité...
- B) ...À nos jours

II. Place administrative & juridique.....	31
--	-----------

- A) Code de la Santé Publique et de Déontologie
- B) Conseil National de l'Ordre des Médecins

III. L'actualité de la correspondance.....	39
---	-----------

- A) Rôle du médecin généraliste
- B) Caractéristiques du courrier pour cette spécialité

MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	44
--------------------------	----

I. Objectifs.....	45
--------------------------	-----------

II. Méthodes relatives à l'étude d'analyse des courriers des généralistes.....	46
---	-----------

- A) Méthode de sélection
 - 1- Choix des critères
 - 2- Définition de l'étude réalisée

- B) Méthode d'observation des courriers
 - 1- Critères administratifs
 - 2- Critères médicaux

III. Méthodes relatives à l'étude des questionnaires aux dermatologues.....53

- A) Méthode de sélection des avis
- B) Modalités de recueil utilisées

IV. L'avis des généralistes.....55

- A) Méthode de sélection des avis
- B) Modalité de recueil utilisée
- C) Contenu de l'entretien

RÉSULTATS.....57

I. L'analyse des courriers.....58

- A) Échantillon des correspondances étudiées
- B) Critères sélectionnés
 - 1- De type administratif
 - 2- De type médical
 - 3- Répartition des critères en fonction du support rédactionnel

II. Recueil d'opinion des dermatologues.....65

- A) Critères souhaités
- B) Comparaison attentes/réalité

III. L'avis des médecins généralistes.....70

- A) Les conditions de rédaction
- B) Les motifs et qualités de rédaction
- C) La lettre type

DISCUSSION.....	74
------------------------	-----------

I. Biais de l'étude.....	75
---------------------------------	-----------

- A) Concernant les courriers des généralistes
 - 1-Perte du courrier
 - 2-Rentrée des informations
 - 3-Recueil des courriers uniquement hospitaliers
- B) Concernant les questionnaires
 - 1-La méthodologie
 - 2-Le recueil
- C) Concernant les entretiens
 - 1-La méthodologie
 - 2- Le recueil

II. À propos des critères d'un courrier.....	78
---	-----------

- A) De type administratif
- B) De type médical
 - 1- Concernant le patient, son histoire médicale
 - 2- Concernant le motif de consultation
 - 3- A propos du type de support rédactionnel

III. Comparaison à d'autres études.....	87
--	-----------

- A) « Les courriers des médecins généralistes en vue d'une admission aux urgences »
- B) « Pertinence de la lettre du médecin adressant un patient au S.A.U.»
- C) « Évaluation de la lettre du médecin accompagnant le patient admis aux urgences »

IV. Perspectives.....	91
A) Mise en place du Dossier Médical Personnel	
B) Réalisation d'une lettre-type	
C) Modèle de lettre-type en cabinet	
 CONCLUSION.....	 96
 BIBLIOGRAPHIE.....	 100
 ANNEXES.....	 104

INTRODUCTION

Lors de notre stage dans le service de Dermatologie de l'HIA Legouest, nous avons pu remarquer au cours des consultations que les courriers rédigés par les médecins généralistes à l'attention de leurs confrères dermatologues variaient de nombreuses fois dans leur présentation et surtout dans leur contenu. Nous avons été à de nombreuses reprises mis en difficulté dans la prise en charge de certains patients pour lesquels l'interrogatoire était difficile ou parce qu'ils étaient dans l'impossibilité de nous indiquer leur histoire médicale. Ainsi nous avons voulu vérifier nos impressions et définir les informations les plus fréquemment renseignées.

S'il est évident que les affections de peau peuvent se manifester et évoluer dans le temps rapidement, il faut considérer l'avis des dermatologues pour comparer leur besoin d'informations spécifiques à la réalité observée dans les courriers recueillis. En effet nous ne savons pas si les praticiens sont actuellement satisfaits des correspondances ou s'ils souhaiteraient une meilleure communication avec les généralistes.

La relation entre deux spécialistes implique un échange d'informations essentiellement à travers le courrier manuscrit. Devant la diversité des pathologies et l'importance de la construction d'un parcours de soin le plus adapté à chaque patient, nous nous demandons si la rédaction d'un courrier exigeant une synthèse utile et fonctionnelle pour le dermatologue n'entraîne pas quelques difficultés dans l'exercice du médecin généraliste.

Ainsi nous nous sommes interrogés sur la possibilité pour le médecin traitant d'élaborer quelque soit le motif de consultation une base de données médicales pour chaque patient afin d'agir au mieux pour sa santé.

C'est pourquoi nous avons recherché auprès des dermatologues leurs attentes concernant ces courriers afin de les comparer secondairement avec ceux que les médecins généralistes réalisaient. La raison de cette étude n'est pas de critiquer les usages actuels mais de concevoir une lettre-type attractive pour les médecins généralistes dans sa rapidité de rédaction et sa simplicité d'élaboration ; et d'autre part apporter aux dermatologues un courrier contenant des informations médicales utiles et plus adaptées à la prise en charge des patients.

Afin de mieux cerner la particularité du courrier médical, nous souhaitons d'abord le replacer dans son contexte historique, légal et actuel. Ensuite nous abordons la méthodologie choisie pour parvenir à l'analyse de cette correspondance en fonction de nos moyens. Nous finaliserons l'étude par la présentation et la discussion des résultats avec pour objectif de suggérer une lettre-type, support de travail de collaboration entre le généraliste et dermatologue.

**ÉVOLUTION, PLACE &
ACTUALITÉ DU COURRIER
MÉDICAL**

I. LA CORRESPONDANCE MÉDICALE

Il nous a paru intéressant de développer cet aspect anamnestique afin de connaître d'une part les origines de la rédaction du courrier et d'autre part d'en expliquer son importance croissante.

A) DE L'ANTIQUITÉ...

Voici d'abord en témoignage de l'évolution de la communication, un extrait du serment d'Hippocrate rédigé probablement au IV^{ème} siècle avant Jésus Christ :

« Je ferai part de mes préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. ».

Bien que ce texte n'ait aucune valeur juridique et qu'il ne soit prononcé officiellement qu'en Occident, il demeure une base incontournable de la déontologie médicale qui s'en est largement inspiré. Il est une des premières preuves écrites du devoir de confidentialité et de transmission des renseignements médicaux entre pairs. Initialement la notion de correspondance médicale comme nous l'entendons de nos jours, relevait plus d'une communication verbale entre un maître et son apprenti dans un but pédagogique. Jusqu'au XIV^{ème} siècle, les concepts médicaux de l'Antiquité évolueront peu et resteront intimement liés au monde religieux. L'Église se chargera, à travers ses cloîtres de conserver par écrit les préceptes de la médecine. S'ensuit une longue période qui verra la médecine se développer en tant que science de l'humain dans sa composante anatomique au cours de la Renaissance puis, sous l'impulsion des découvertes scientifiques en chimie et en physique, verra naître à la fin du XIX^{ème} siècle le début de la médecine moderne. **(1 et 2)**

Même si le médecin, comme d'autres professions, a cherché à conserver des traces de son travail – à des fins personnelles ou pour partager sa pratique, ses connaissances, ses découvertes – il est difficile de parler de correspondance entre deux médecins dans son intérêt à la prise en charge du patient avant le début de la médecine moderne.

« Longtemps, le dossier médical a été la simple matérialisation d'un besoin du médecin qui, craignant la trahison de sa mémoire, conservait des notes qui lui permettaient de ne rien oublier de l'histoire de son patient. Il a pu s'y adjoindre les écrits échangés avec d'autres confrères ou avec les proches ou la famille du malade. Tout au plus, ce dossier embryonnaire pouvait-il être partagé avec d'autres médecins au sein d'équipes soignantes. La morale professionnelle la plus élémentaire interdisait qu'il en fût autrement. » (3)

B) ...À NOS JOURS

L'Histoire de la médecine nous apprend l'influence croissante de la correspondance et surtout l'évolution de sa fonction : d'une simple prise de notes, le médecin a fini par l'utiliser comme moyen de communication appartenant aux premiers dossiers médicaux et aujourd'hui, il devient un outil au centre de la prise en charge des patients comme nous allons le voir par la suite.

En raison du fonctionnement de notre société, la médecine a dû s'adapter aux droits et libertés d'un individu - d'où la création de comités d'éthique par exemple - qui a le droit d'être informé sur sa santé, sur les soins prodigués, sur le diagnostic s'il y a lieu, et de participer aux choix thérapeutiques. Le système de soin devenant de plus en plus multidisciplinaire s'est réorganisé autour du patient avec l'ensemble des professionnels de santé dévoués à celui-ci.

La passivité du patient face à ce document a toujours existé et comme peut l'expliquer le Dr Mercat lors d'un rapport sur la correspondance médicale au Conseil National de l'Ordre « *Pendant longtemps, le courrier d'un généraliste à un spécialiste, par exemple, s'est inscrit dans la relation de l'élève à son maître ou inversement, et, (...) à propos des documents pouvant être l'objet d'une saisie, il s'assimilait alors à une production littéraire, propriété de son auteur.* » (4). Le patient était exclu de cette correspondance et se préoccupait peu de sa santé.

Nous constatons ici la volonté consciente de ne pas informer le patient qui n'était pas autorisé à consulter son dossier médical. Ainsi l'importance du courrier fût relative au début de l'Histoire de la médecine, dans le sens où le patient ne disposait pas des informations le concernant, il s'agissait de produire des manuscrits davantage pour faire progresser la Médecine et former les futurs praticiens. On peut également noter que la correspondance comportait des écrits de la part d'autres médecins mais également de la famille ou des proches. L'ensemble était conservé dans ce que l'on pourrait appeler les premiers dossiers médicaux personnalisés.

Progressivement il va représenter un véritable outil de travail dès lors où le patient ne sera plus pris en charge uniquement par celui qu'on appelait le "médecin de famille". En effet les spécialités vont se développer en regard d'une médecine de plus en plus moderne. C'est ainsi qu'une personne sera amenée à consulter différents médecins au cours de son existence et, en raison des moyens de communication existant il y a encore un siècle, ne pourra transmettre les informations la concernant seulement par le biais d'un courrier.

En outre, du fait de l'étendue et de la complexité du système médical

moderne dans notre pays, tant pour la pose du diagnostic que sur les aides techniques pour y parvenir, l'activité du médecin généraliste s'est modifiée. Au-delà de l'aspect thérapeutique (soins), il doit axer sa prise en charge autour de la prophylaxie et de la bonne orientation du patient. D'ailleurs cette notion préventive est renforcée par l'utilisation du courrier qui trouve sa légitimité par la décision collégiale du pronostic et du traitement adapté.

« Actuellement, la correspondance médicale à portée du patient est devenue un gage de confiance dans la relation thérapeutique et dans la qualité de la prescription. La nécessaire collaboration de multiples partenaires médicaux dans la prise en charge d'une même pathologie par exemple a favorisé le partage des données essentielles au diagnostic ou au soin, toujours dans un cadre confidentiel et avec l'accord du patient. » (4)

Par ce résumé historique de la correspondance médicale, nous constatons alors son importance et la constante nécessité de chercher à améliorer sa rédaction car elle appartient pleinement à la qualité de la prise en charge du malade.

II. PLACE ADMINISTRATIVE & JURIDIQUE DU COURRIER MÉDICAL

La définition de la « correspondance médicale » est définie ainsi par le code de la Santé Publique : Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

Bien que le raisonnement médical s'appuie actuellement sur la notion de l'«Evidence Base Medecine», il semble paradoxal comme le souligne le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine qu'il n'existe pas ou peu de recommandations sur le mode de transmission, la forme et le contenu de cette correspondance. (5)

A) Code de la Santé Publique et de Déontologie

Dans le code de Déontologie médicale qui s'appuie sur le code de la Santé Publique, les droits et les devoirs du médecin dans l'exercice de sa profession sont des éléments bien décrits et développés. Les éléments relatifs au secret médical et à l'éthique médicale que chaque praticien se doit de connaître et d'appliquer laissent peu de place à des pratiques peu scrupuleuses ou à des divergences d'opinion sur les pratiques médicales.

Bien que notre étude porte essentiellement sur le courrier médical, ce dernier est dépendant du système de soins auquel il appartient. Il s'inscrit donc dans la réforme du parcours de soin adoptée par la loi du 13 août 2004. Il faut à présent considérer que le courrier n'a plus la même fonction qu'auparavant dès l'instant où il a une valeur médico-légale, c'est-à-dire qu'il fait office de support d'informations pour le praticien, appartient au dossier médical du patient et sert de justificatif administratif et juridique dans le parcours de soins coordonné.

Les textes suivants sont tous des extraits du Code de la Santé Publique et même si ce rappel de lois apparaît comme un exercice fastidieux, il nous semble nécessaire de l'utiliser pour identifier ses avantages et ses limites dans la rédaction d'un courrier médical. Ce recueil légal représente la seule référence officielle pour l'élaborer. C'est pourquoi nous détaillons ensuite les articles utiles à notre étude.

Selon l'Article 32 (article R.4127-32)

Dès lors que le médecin se voit confier un patient et qu'il accepte de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Article 34 (article R.4127-34)

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution

Article 45 (article R.4127-45)

Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

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.

Cet article met en évidence la nécessaire transparence des informations si cela s'avère nécessaire dans la prise en charge et la réactualisation des données médicales des patients de chaque médecin afin d'apporter si besoin les données passées du malade dans les meilleures conditions.

Article 56 (article R.4127-56)

Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre.

Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

Article 69 (article R.4127-69)

L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.

A la lecture de cet extrait du code de la Santé Publique apparaît indiscutablement l'idée que, tout en respectant des règles d'éthique, le médecin reste le seul juge des choix de bonne pratique.

Article 76 (article R.4127-76)

L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

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.

La précision de cette réglementation épistolaire montre l'intérêt porté à la forme du courrier médical dans sa composante administrative.

Article 64 (article R.4127-64)

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. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.

Les règles concernant les rapports médecin-patient au sujet des informations qu'il lui divulgue sont précises mais a contrario les dispositions relatives à la correspondance entre praticiens semble succinctes et donc sujet à des différences qualitatives de rédaction évidentes.

Les devoirs du médecin quand à la tenue d'un dossier médical personnel sont bien codifiés ainsi que la rédaction des ordonnances médicamenteuses, on peut se demander dans le contexte actuel du développement des réseaux de santé quelles sont les règles de bonnes pratiques de rédaction des courriers de correspondance qui relèvent désormais d'un lien médico-légal entre le médecin traitant, le patient, et un autre praticien. En effet comme chaque élément d'information orale ou écrite concernant la prise en charge du patient, le courrier médical prend sa place dans le dossier du patient comme élément de suivi médical.

Enfin, l'article suivant démontre la concision de la réglementation concernant le courrier médical. En effet il insiste sur de multiples détails : nécessaires légalement et utiles pour le médecin correspondant du point de vue administratif mais également pour la Sécurité Sociale. Et pourtant une question demeure : quels renseignements le médecin doit-il indiquer au sujet de la maladie du patient?

Article 79 (article R.4127-79)

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnances sont :

- 1) ses noms, prénoms, adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation ;***
- 2) si le médecin exerce en association ou en société, les noms des médecins associés ;***
- 3) sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie ;***
- 4) la qualification qui lui aura été reconnue conformément au règlement de qualification établi par l'Ordre et approuvé par le ministre chargé de la santé ;***
- 5) ses diplômes, titres et fonctions lorsqu'ils ont été reconnus par le Conseil national de l'Ordre ;***
- 6) la mention de l'adhésion à une société agréée prévue à l'article 64 de la loi de finances pour 1977 ;***
- 7) ses distinctions honorifiques reconnues par la République française.***

Le Code de déontologie et Santé Publique apportent peu de réponse car s'ils imposent au médecin de constituer un dossier médical pour chaque patient, le contenu du courrier médical n'est pas « formalisé » et le médecin a toute liberté pour en choisir la présentation et la rédaction. Le courrier médical doit pourtant être considéré comme relevant du secret médical et il faut désormais le rédiger comme si le document allait ensuite être examiné lors d'un contentieux. Ainsi il devient important de déterminer des critères de rédaction pour limiter les contentieux. (6)

B) Conseil National de l'Ordre des Médecins

Le conseil de l'Ordre des médecins a été plus loin dans cette notion d'harmonisation des correspondances en décrivant dans sa globalité l'ensemble des données à renseigner sur une lettre.

Ce rapport nous a permis de dégager plusieurs éléments essentiels selon le conseil de l'Ordre dont l'*auteur*, la *date* (utile pour le suivi du patient et l'évolution de sa maladie), le *style* (attention à la familiarité ou au jugement de valeur), la *confidentialité* (même si la lettre est donnée directement au patient) comme le rappelle le code de déontologie.

Au sujet du contenu du courrier, « *le médecin traitant, (...), ne doit échanger avec [son confrère] que les informations médicales nécessaires pour son intervention diagnostique ou thérapeutique* ». (4) En outre, le courrier doit être approprié au niveau de compréhension du sujet et éviter un excès de terminologie médicale.

Il n'est pas utile non plus de relater les habitudes de vie du patient (pratiques sexuelles, addiction, etc.) si elles ne sont liées à l'objet du courrier ni d'avancer d'éléments pronostiques qui influencent le médecin correspondant et sont source d'inquiétude avant même le diagnostic.

Les modalités de transmission sont également évoquées dans ce rapport qui rappelle que le courrier doit être **présenté dans une enveloppe décachetée ou lue auparavant**. Cette lettre est ensuite confiée au malade qui, contrairement aux règles générales de la protection et du secret des correspondances, garde la liberté d'en faire l'usage qu'il désire (article 187, alinéa 2 de l'ancien code ou 226-15 du nouveau code pénal).

Le conseil de l'Ordre National des Médecins fait mention d'autres particularités telles que les différents destinataires mais finalement ne détaille pas tous les éléments du courrier : quelles informations sur le patient, sa pathologie ? Quel traitement mis en place ? Il laisse encore une fois au médecin prescripteur une liberté de rédaction avec comme seule ligne de conduite à ne pas omettre : la confidentialité médicale et le consentement libre du patient à utiliser son dossier médical.

Néanmoins cette description concise et soignée nous prouve à la fois le souci d'une constante amélioration de la prise en charge et aussi la complexité d'une application concrète de ces conseils qui relèvent souvent d'une évaluation personnelle du praticien adaptée au cas du patient, autrement dit d'une multitude de facteurs. Ainsi, tout comme dans le Code de Déontologie, le choix des données du courrier reste libre et sous la responsabilité du praticien.

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

C'est pourquoi nous avons décidé d'approfondir ce sujet en s'approchant au plus près de la réalité grâce à une enquête départementale auprès des médecins généralistes et des dermatologues de Moselle. À ce titre, il n'est pas question selon nous de donner des conseils de rédaction mais bien de déterminer un cadre de travail qui aurait pour but non pas d'imposer une conduite au

médecin généraliste mais plutôt de proposer une base de travail à partir des témoignages recueillis sur les pratiques de rédaction des courriers. Ce recueil d'opinion permettrait ainsi de mettre en relation les attentes peut-être non comprises des uns avec les difficultés rencontrés des autres et d'harmoniser leur travail.

III. L'ACTUALITÉ DE LA CORRESPONDANCE

Il nous semble nécessaire de redéfinir le cadre de travail actuel des médecins généralistes notamment en dermatologie pour mieux appréhender les objectifs de notre étude.

Le courrier a évolué face à la spécialisation de la médecine mais a pris une nouvelle dimension depuis la mise en place du nouveau parcours de soin. Le courrier du généraliste est un élément qui doit favoriser la coordination et la qualité des soins (7) ; pour autant nous nous sommes questionnés sur l'intérêt de ces lettres dans la prise en charge du patient, notamment ce que pouvait apporter le médecin généraliste comme aide au dermatologue dans sa démarche diagnostique. Ainsi nous pouvons déjà nous interroger sur les connaissances des généralistes vis-à-vis des informations médicales spécifiques attendues par les dermatologues lors d'une consultation et leurs implications dans la qualité rédactionnelle des médecins traitants.

A) RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

La réforme de l'Assurance maladie instaure une nouvelle forme d'organisation de l'accès aux soins, le parcours de soins coordonnés, qui incite les patients de 16 ans ou plus à ne plus consulter directement certains spécialistes, mais à passer par leur médecin traitant qui éventuellement les

dirigera vers un spécialiste.

Au-delà de cette restructuration qui accroît l'activité du généraliste en terme d'actes médicaux stricts mais également administratifs (8), une enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques ainsi que des ministères du Travail, de la Santé et du Budget a montré que « **40 % des généralistes considèrent que depuis l'instauration du dispositif du médecin traitant, leur place dans le parcours de soins s'est affirmée grâce à une meilleure définition du partage des rôles avec leurs confrères spécialistes.** » (9).

Ce précédent constat est un aspect positif de la réforme mais il ne faut pas oublier qu' « **environ 70 % des généralistes partagent l'idée que certaines consultations ont uniquement pour objet la délivrance d'une ordonnance d'accès au spécialiste, permettant au patient d'être mieux remboursé. L'ensemble des responsabilités et des activités induites par le rôle du médecin traitant explique que près de neuf généralistes interrogés sur dix estiment que leur charge administrative a augmenté.** » (9).

Depuis la mise en place du nouveau parcours de soins, les comportements des patients se sont modifiés en favorisant leur rapport avec leur généraliste. Malgré tout, la majorité des médecins considèrent toujours leur correspondance comme un élément administratif supplémentaire plus qu'une aide diagnostique et/ou thérapeutique. Pourtant la politique actuelle de santé semble penser le contraire et souhaite inciter les médecins à s'intégrer davantage dans ce projet de coordination. Il nous paraît important pour cela de connaître les attentes et les difficultés de chacun pour aider les généralistes à mieux cerner le rôle de leur correspondance.

Le courrier ne se limite plus à une utilisation en cabinet ou entre professionnels. Il est élaboré et fait partie du dossier médical du patient. Le dossier médical doit rester en premier lieu un outil d'amélioration de la qualité du travail du médecin pour une meilleure gestion de la santé de son patient. Il est donc fonction du type de malade que l'on suit et du type d'exercice professionnel que l'on développe.

B) CARACTÉRISTIQUES DU COURRIER EN DERMATOLOGIE

« D'après l'Enquête Santé et Protection Sociale menée par l'IRDES en 2004, et donc avant la mise en place de la réforme du médecin traitant, environ un tiers des séances de spécialistes résulte d'un accès direct des patients, avec d'importantes variations selon la spécialité du praticien (...) : les spécialistes pour lesquels l'accès est principalement à l'initiative du patient [sont] les dermatologues, les ophtalmologues et les gynécologues. » (10)

Ce premier constat évoque la (trop grande ?) facilité avec laquelle le patient pouvait accéder aux différents praticiens notamment les dermatologues sans justification de la nécessité de ces consultations.

En 2004, l'IRDES indique que 61% des consultations en accès direct concernent les dermatologues. Le patient n'hésitait pas à contacter directement le dermatologue avant la réforme du système de santé mais à ce jour, la tendance s'inverse dès lors que le remboursement des frais dépend du passage par le médecin généraliste. Ces résultats s'expliquent par le fait que les affections dermatologiques sont des pathologies courantes en médecine générale. Le patient se montre fréquemment soucieux ou insatisfait à la vue de ses symptômes. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il souhaite souvent un diagnostic et un traitement rapide et efficace.

Nous pouvons toujours nous demander comment était réalisée la prise en charge du patient en « accès direct » vu par le dermatologue avant la réforme du réseau de santé. Et qu'en était-il de la pertinence des courriers des généralistes dans un réseau de soin qui ne les plaçait pas au cœur du parcours de santé ? En effet, il existe peu de "traces" officielles des correspondances d'abord en raison du secret médical et ensuite parce qu'elles appartiennent aux patients et ne sont en général pas archivées mais plutôt destinées à voyager d'un praticien à un autre.

D'autre part, une deuxième enquête a été réalisée par l'IRDES en 2006 afin de comparer les résultats avec ceux de 2004 et d'évaluer la mise en place du parcours de soins coordonnés. La nouvelle organisation du parcours de soins a entraîné un afflux plus important d'affections dermatologiques dans les cabinets de médecine générale comme le prouve les résultats de l'IRDES en 2006. L'accès direct chez le dermatologue a baissé de 33% et cela c'est logiquement répercuté sur les autres modes d'accès, notamment le médecin généraliste avec une hausse des consultations de plus de 50 %. (9)

Grâce à ces deux recherches, nous pouvons constater d'une part que le nouveau parcours de soins amène le patient à consulter davantage le médecin généraliste. Et d'autre part, que cela implique une augmentation de la rédaction des courriers à l'attention des autres spécialistes en particulier le dermatologue.

En outre, nous avons confronté nos opinions à une enquête réalisée par le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (5). Ce dernier vise à améliorer la communication entre praticiens en identifiant les critères indispensables (définis comme devant figurer obligatoirement dans un courrier médical) et les critères pertinents (ne devant être renseignés que dans un contexte particulier). Cette étude, quoique très

complète, n'a pas pris en compte l'avis des dermatologues qui diffère peut-être de celui des autres spécialistes.

Ce document est le préalable à l'informatisation des données du dossier médical. Parmi les modalités de cette communication, le courrier reste un élément indispensable, même si les conditions matérielles de réalisation et de transmission évoluent rapidement.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. OBJECTIFS

À travers cette étude qui regroupe des avis de généralistes et ceux de correspondants dermatologues, il s'agit avant tout de déterminer le besoin réel d'amélioration d'une pratique médicale en s'appuyant sur des éléments concrets. En effet il nous semble important de connaître l'état actuel des courriers dans sa composante rédactionnelle (quelles informations sont retrouvées dans les lettres) et de les comparer aux besoins des dermatologues.

Dans un premier temps, cet état des lieux nous permettra de déterminer concrètement l'intérêt d'améliorer ou de modifier les pratiques de correspondance. Ensuite nous nous intéresserons, en nous appuyant sur l'avis de généralistes, aux conditions de rédaction et aux facteurs pouvant influencer leur pratique. Cela permettra de mettre en relation les différents intervenants du parcours de soin, d'évaluer cette forme de communication en vue de définir une lettre type en dermatologie pour les médecins généralistes.

II. MÉTHODES RELATIVES A L'ETUDE D'ANALYSE DES COURRIERS DE GENERALISTES

Pour tenter d'atteindre les objectifs précédemment cités, nous avons choisi dans un premier temps d'analyser la correspondance des médecins traitants. Il s'agit d'un audit clinique de pratiques, de type ciblé, consistant en une évaluation de courriers de consultation recueillis exhaustivement au secrétariat de Dermatologie de l'HIA Legouest durant une période donnée. Dans un second temps nous avons souhaité comparer ce relevé d'informations avec les attentes des dermatologues afin de dégager des axes d'amélioration pour la correspondance des généralistes.

A) MÉTHODE DE SELECTION

1- CHOIX DES CRITÈRES

a/ Critères d'inclusion

Nous étudions les courriers accompagnant tous les patients venant en consultation à l'HIA Legouest, tout âge confondu, quelque soit leur sexe, se présentant au secrétariat de dermatologie du 11 décembre 2007 au 11 mars 2008 puis du 11 juin 2008 au 11 août 2008. Dans le souci de réaliser une étude au plus près de l'activité réelle en dermatologie des médecins généralistes, nous avons étendu la recherche sur les saisons hivernale et estivale. Les courriers pris en compte doivent être rédigés par un médecin généraliste, qu'il s'agisse du médecin habituel du patient ou d'un remplaçant, militaire ou civil.

b/ Critères d'exclusion

Nous avons exclu du groupe de courriers :

- Les lettres pour un avis dermatologique dont le rédacteur n'est pas médecin généraliste.

Il s'agit de courriers écrits par un médecin spécialiste exerçant en ville (dermatologue, interniste, gynécologue...) ou de médecin exerçant dans un autre hôpital rédigeant un courrier pour avis.

- Les courriers de généralistes ayant une fonction hospitalière ou exerçant dans une maison médicalisée ou de convalescence.

- Les courriers de médecins généralistes non thésés, c'est à dire les internes en formation à l'hôpital ne pouvant rentrer dans l'étude car soumis au contrôle rédactionnel de leur maître de stage généraliste ou hospitalier.

2- DÉFINITION DE L'ÉTUDE RÉALISÉE

Nous menons une étude prospective, descriptive et exhaustive sur les courriers des médecins généralistes présentés par les patients au secrétariat de dermatologie de l'HIA Legouest.

Nous avons volontairement réalisé ce recueil de données sur deux périodes - l'une de trois mois et l'autre de deux mois - car les pathologies dermatologiques peuvent varier en fonction des saisons et donc les demandes d'avis également.

B) MÉTHODE D'OBSERVATION DES COURRIERS

Afin d'extraire des courriers sélectionnés les éléments attendus dans une correspondance médicale, nous nous sommes basé sur l'étude du Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) dont le rapport final a été rédigé en 2003 (items standards attendus et choisis dans la rédaction d'un courrier). L'intérêt de ce rapport (résultats joints en annexes) était d'initier une démarche d'amélioration de la qualité de la correspondance médicale. Issue d'une collaboration entre les médecins libéraux correspondants régionaux de l'ANAES en Aquitaine et le CCECQA, une réflexion commune a été menée sur les courriers d'admission en milieu hospitalier.

L'objectif de cette étude est d'élaborer des recommandations pour la rédaction de ces courriers. Un panel de spécialités médico-chirurgicales (pneumologie, gynécologie-obstétrique, cardiologie, orthopédie, gastro-entérologie) et de généralistes (le groupe comprenait 9 praticiens hospitaliers et 8 généralistes) a permis, à partir de 101 courriers, de mettre en évidence les éléments indispensables d'un courrier afin d'apporter une aide diagnostique au spécialiste.

Les critères choisis pour observer notre échantillon de courriers concernent deux genres d'informations :

- les critères de type administratif
- les critères de type médical

1- LES CRITÈRES ADMINISTRATIFS

Ils comportent :

- **Médecin prescripteur** (*nom, prénom, qualification et signature*) ;
- **Identité du patient** (*nom, prénom, sexe, âge, poids et taille si nécessaire*) ;
- **La date de rédaction ;**
- **Le support du courrier ;**

Dans cet item nous mettons en évidence deux types de courriers soit :

- la lettre manuscrite complète (ensemble du courrier, y compris la date)
- La lettre informatisée complète (date & corps du courrier tapé à l'ordinateur).

2- LES CRITÈRES MÉDICAUX

- **Antécédents / comorbidités du patient notés :**

Ce critère est conforme si le courrier contient les antécédents personnels du sujet sans rapport avec la symptomatologie aiguë ou si le rédacteur du courrier précise que le patient n'a pas d'antécédent notable. De plus nous y ajoutons la présence ou non des antécédents familiaux du sujet pouvant entrer en compte dans l'élaboration du diagnostic par le dermatologue. Le médecin prescripteur peut également inscrire la présence des réactions médicamenteuses ou allergies connues.

- Traitement habituel noté :

Nous avons répertorié dans cet item la présence des noms et posologies des médicaments quotidiens du patient.

- Habitudes de vie du patient :

Il s'agit de retrouver si la notion de tabagisme, de prise d'alcool par exemple est prise en compte dans le courrier.

- Histoire de la maladie :

Ce critère comprend toute la chronologie des symptômes dermatologiques. Il prend en compte la date d'apparition du symptôme, la localisation de l'affection et sa description, et enfin le détail de son évolution dans le temps (aggravation ou amélioration).

- Motif de la demande :

Dans cette catégorie, nous prenons en compte l'intérêt du généraliste à demander un avis dermatologique. Nous retenons si le rédacteur oriente son patient pour une stratégie diagnostique et/ou thérapeutique précise ou non. Ainsi nous distinguons trois sous-catégories :

- la demande du généraliste comprend une aide diagnostique et thérapeutique.
- la consultation est demandée après le diagnostic du généraliste, le spécialiste lui apportant une aide technique.
- Le médecin généraliste ne stipule pas ouvertement l'intérêt de sa demande de consultation.

- Traitement des symptômes aigus noté :

Nous retenons aussi dans cet item les traitements éventuels ayant été appliqués par le médecin généraliste lors de la phase aigüe des symptômes, avant la demande d'avis auprès du spécialiste.

C) MÉTHODE D'ÉVALUATION DES COURRIERS

1- RECUEIL DES COURRIERS

Les courriers des généralistes sont recueillis par les secrétaires médicales travaillant à l'accueil des consultations de dermatologie pendant toute la durée de la période définie. Leur rôle étant de photocopier systématiquement, sans triage, toutes les lettres de demande de consultation qui sont apportées par les patients et de les rassembler afin de les analyser secondairement.

Nous établissons une grille d'évaluation sur ordinateur grâce au logiciel Excel rassemblant l'ensemble des critères étudiés décrits précédemment. Chaque lettre a été analysée avec attention et numérotée afin de séparer les courriers des médecins généralistes et ceux d'autres professionnels ne rentrant pas dans les caractéristiques de l'étude. Nous avons analysé la totalité des courriers et nous avons rempli pour chacun la grille d'évaluation. La réponse à la majorité des items est de nature objective et ne fait pas l'objet d'hésitation, la présence de l'item étant notée « 1 », son absence « 0 ». Seul les items « histoire de la maladie », « description de la maladie » et « localisation de la maladie » suscitent des réponses subjectives.

2- MÉTHODE STATISTIQUE DE L'ÉTUDE RÉALISÉE

Nous réalisons la saisie et l'analyse des données sur le logiciel Excel, avec lequel nous pouvons créer des statistiques comparatives entre les résultats des lettres de médecins généralistes et l'attente des dermatologues.

3- MÉTHODE DE RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

La recherche de données s'est effectuée à la base par internet pour connaître les sources des informations et les références des ouvrages.

Les sites utilisés pour la réalisation de ce travail sont :

- <http://www.abes.fr/abes/index.html> (l'Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur)
- <http://www.chu-rouen.fr/cismef> (le Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones)
- <http://www.legifrance.gouv.fr/> (service public de la diffusion du droit)
- <http://www.irdes.fr/> (l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé)

III. MÉTHODE RELATIVE À L'ETUDE DES QUESTIONNAIRES DES DERMATOLOGUES

Afin d'évaluer le besoin réel d'amélioration d'une pratique médicale, nous allons maintenant prendre en compte un panel d'avis de dermatologues pour connaître leurs attentes vis-à-vis des courriers de leurs confrères.

A) MÉTHODE DE SÉLECTION DES AVIS

Nous avons souhaité recevoir l'opinion des dermatologues de Lorraine concernant les informations citées dans les courriers afin de mettre en évidence les similitudes et/ou les discordances entre l'étude de la CCECQA (qui ne représente pas l'avis des dermatologues) et la pratique quotidienne des médecins. Ces renseignements nous permettent ainsi de mieux cerner les informations obligatoires à retrouver dans un courrier et celles plus spécifiques liées à la dermatologie afin d'organiser un modèle de lettre le plus adapté possible.

B) MODALITÉ DE RECUEIL UTILISÉE

Nous avons au préalable réalisé un questionnaire (**annexe 1**) reprenant les éléments obligatoires précédemment cités à retrouver dans un courrier. Ce questionnaire comprend une zone libre d'expression afin de laisser aux praticiens la possibilité d'apporter leur opinion personnelle.

Ce type de questionnaire semi-dirigé (questions orientées mais réponses libres) présente l'avantage de rester anonyme et de ne pas être aussi directif que celui à choix multiples mais évite aussi une multitude de réponses dont le tri serait long et fastidieux.

Nous avons recueilli lors d'une Journée de Dermatologie en Lorraine organisée à l'HIA Legouest, l'avis de 45 dermatologues exerçant tous en Lorraine.

IV. L'AVIS DES GÉNÉRALISTES

Nous avons tenté dans un second temps de comprendre dans quelles conditions les médecins généralistes rédigent leurs courriers afin de mieux cerner leurs besoins. Le recueil d'opinion s'adresse à un groupe de médecins généralistes qui caractérise la population des praticiens mosellans. Ainsi cet échantillon nous permet de mettre en évidence des contrastes de situations afin de faire apparaître les conditions de travail des uns et des autres.

A) MÉTHODE DE SÉLECTION DES AVIS

Nous avons sélectionné un échantillon de médecins généralistes qui présentent comme critère commun d'exercer en Moselle et cela dans un périmètre de 20 kilomètres autour de la ville de Metz. Nous avons fait ce choix afin d'extraire de la population médicale du département les praticiens ayant une forte probabilité de travailler en collaboration avec le service de dermatologie de l'HIA Legouest.

Ensuite nous tentons d'établir un panel varié avec des professionnels :

- de tout âge avec trois catégories (moins de 40 ans, les 40-60 ans et les plus de 60 ans).
- exerçant aussi bien dans l'agglomération messine (centre-ville ou Zone Urbaine Prioritaire) qu'en milieu rural.

B) MODALITÉ DE RECUEIL UTILISÉE

Nous avons privilégié l'entretien semi-dirigé **(10)** en accordant une attention particulière à ce qu'il se déroule de manière individuelle dans leur cabinet respectif, pour une question de disponibilité et pour des raisons de neutralité : pas d'influence mutuelle entre praticiens ni d'impression de jugement de la spécialité de médecine générale.

L'entretien se base sur une liste de questions pré-établies **(annexe 1)** avec une prise de notes au fur et à mesure des réponses. Ce système permet soit de guider un éventuel discours trop large et hors-sujet, soit d'étayer des avis succincts mais toujours en gardant à l'esprit de laisser le praticien s'exprimer sans l'influencer.

C) CONTENU DE L'ENTRETIEN

Nous interrogeons les médecins sur trois thèmes distincts :

- Les conditions de travail et la place de la dermatologie dans leur activité.
- Les informations contenues dans le courrier.
- Les moyens mis à leur disposition pour les rédiger.

L'objectif est de comprendre dans quel contexte ils rédigent leurs ordonnances afin de comparer la réalité quotidienne aux souhaits des dermatologues et des résultats de la CCECQA. Autrement dit notre démarche s'appuie sur la recherche de facteurs et de moyens influençant la rédaction des courriers en cabinet.

RESULTATS

I. L'ANALYSE DES COURRIERS

A) ÉCHANTILLON DES CORRESPONDANCES ÉTUDIÉES

Comme nous l'avons précisé auparavant, notre étude se décompose en deux périodes, l'une hivernale et l'autre estivale, donnant lieu à 445 courriers qui correspondent aux critères d'inclusion précédemment cités. Il faut également mentionner les éléments suivants :

- nous avons recueilli 1052 courriers dont 678 durant la période hivernale et 374 durant la période estivale.
- 495 courriers ont été retirés comprenant des lettres d'autres spécialités.
- 557 courriers de médecins généralistes ont été répertoriés, seul 445 correspondaient aux critères de sélection.

B) CRITÈRES SÉLECTIONNÉS

1- DE TYPE ADMINISTRATIF (Tab.1)

Identité du prescripteur : Sur l'ensemble du recueil, 100% des praticiens ont indiqué leur nom.

Date de la lettre: Ce critère est renseigné dans 96,63% des courriers.

Identité du patient : Le nom est manquant pour seulement 2 courriers (99,33%) et le prénom a été précisé dans 93,26% des cas, soit pour 416 patients.

Âge du patient : Cet item est retrouvé dans 57,33% (N= 257).

Type de courrier : Parmi les lettres, nous observons 27,19% (N=121) de courriers informatisés, les courriers manuscrits étant majoritaires, soit 72,81% (N=324).

Critères administratifs	Recueil des courriers	
	N	%
Identité rédacteur	445	100
Nom patient	443	99,33
Prénom	416	93,26
Age	257	57,33
Date de la lettre	431	96,63
Courrier informatisé	121	27,19
Courrier manuscrit	324	72,81

Tableau 1. Présence des critères administratifs dans les courriers

2- DE TYPE MEDICAL (Tab.2 et 3)

Traitement habituel (*nom du médicament, posologie, date de prescription*) : Il est figuré dans 20% des cas (N=89).

Antécédents : Les antécédents personnels sont présents dans 28,33% (N=126) et les familiaux dans 0,67% (N= 3). L'absence d'ATCD a été notifiée dans 2,02% des cas (N=9).

Habitudes de vie et allergie: La notion de prise de toxiques ou de tabagisme est indiquée dans 2,25% des cas (N=10) et la présence d'allergies dans 2,92% des cas (N=13).

Critères médicaux	Recueil des courriers	
	N	%
Antécédents personnels	126	28,33
Antécédents familiaux	3	0,67
Absence d'antécédents	9	2,02
Traitement habituel	89	20
Posologie	35	7,87
Allergies	13	2,92
Habitudes de vie	10	2,25

Tableau 2. Présence des critères médicaux ne concernant pas le motif de consultation dans les courriers

L'histoire de la maladie:

La date de l'apparition des symptômes est notée dans 26,97% des cas soit N=121, **l'évolution clinique** quant à elle est présente dans 7,42% (N= 33). La **description de la lésion** est indiquée dans 59,10% (N= 263) et la **localisation** dans 34,16% (N=152). Enfin le **traitement réalisé** est précisé dans 26,97% des cas (N=121).

Le motif de consultation:

La demande d'avis du dermatologue est dans 62,92% (N=281) formulée pour une aide diagnostique et thérapeutique.

Dans 33,71% (N=151) soit un tiers des correspondances, le médecin prescripteur est en mesure d'indiquer la prise en charge à effectuer mais n'a pas

les moyens techniques à disposition pour assurer le suivi (**motif thérapeutique**). Nous retrouvons principalement des demandes d'actes chirurgicaux (ongles incarnés, exérèse de lipome ou de kystes sébacés, cryothérapie, etc.) ou la réalisation de tests allergologiques.

Il n'y a pas de motif de consultation dans 3,6% des courriers (N=16).

Critères médicaux	Recueil des courriers	
	N	%
Date de début des symptômes	121	26,97
Evolution clinique	33	7,42
Description	263	59,1
Localisation	152	34,16
Traitement réalisé	121	26,97
Diagnostique et thérapeutique	281	62,92
Motif thérapeutique	151	33,71

Tableau 3. Présence des critères médicaux concernant le motif de consultation dans les courriers

3- REPARTITION DES CRITERES EN FONCTION DU SUPPORT REDACTIONNEL

Concernant en premier lieu les **critères administratifs (Tab.4 et 4bis)**, nous observons que les courriers informatisés apportent en moyenne 4,81 des critères et les manuscrits 4,34 avec un écart-type plus important pour ces derniers.

	Informatique		Manuscrit	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Critères administratifs (N/5)	4,81	0,31	4,34	0,58

Items présents (N/5)	Type de support		Total
	Informatisé	Manuscrit	
N*	N**	N**	
2	0	2	2
3	3	28	31
4	16	149	165
5	102	145	247
Total	121	324	445

* Nombre d'items administratifs présents

** Nombre de courriers

Tableaux 4 et 4bis. Présence des critères administratifs en fonction du support rédactionnel

Si nous considérons à **présent les informations médicales antérieures au motif de consultation** (antécédents personnels et familiaux, traitement habituel et posologie, habitudes de vie et allergies), les courriers informatisés apportent 1,05 des items en moyenne sur 7 ; quant aux manuscrits, nous en comptabilisons 0,48 en moyenne. Nous remarquons également la présence maximale de 4 critères tout courrier confondu. (**Tab .5 et 5bis**)

Critères médicaux	Informatique		Manuscrit	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Histoire du patient (N/7)	1,05	1,02	0,48	0,45

Items présents (N/7)	Type de support		Total
	Informatisé	Manuscrit	
N*	N**	N**	
0	58	226	284
1	28	54	82
2	10	30	40
3	21	12	33
4	4	2	6
Total	121	324	445

*Nombre d'items médicaux présents antérieurs au motif de consultation

**Nombre de courriers

Tableaux 5 et 5bis. Présence des critères médicaux ne concernant pas le motif de consultation en fonction du support rédactionnel

Les **critères médicaux propres à la demande de consultation** correspondent à la date de début des symptômes, au mode d'apparition des symptômes, à la description et localisation de la lésion, au traitement réalisé, aux hypothèses diagnostiques et motif thérapeutique. Concernant le support informatisé, sont présents 2,59 critères en moyenne sur 7 et pour les manuscrits, nous notons 0,98 critère sur 7. (**Tab.6 et 6 bis.**)

Critères médicaux	Informatique		Manuscrit	
Motif de consultation (N/7)	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
	2,59	1,35	0,98	0,90

Items présents (N/7)	Type de support		Total
	Informatisé	Manuscrit	
N*	N**	N**	
0	17	226	49
1	15	54	65
2	23	30	120
3	36	12	101
4	11	2	63
5	13	16	29
6	6	3	9
7	0	9	9
Total	121	324	445

*Nombre d'items médicaux présents concernant le motif de consultation

**Nombre de courriers

Tableau 6 et 6bis. Présence des critères médicaux concernant le motif de consultation en fonction du support rédactionnel

II. RECUEIL D'OPINION DES DERMATOLOGUES

A) CRITÈRES SOUHAITÉS

1- DE TYPE ADMINISTRATIF (Tab.7)

L'identité du prescripteur, ainsi que **l'identité du patient** et **la date du courrier** sont attendues par tous les dermatologues. **L'âge du patient** étant relativement moins indispensable avec 84,40% (N=38) des dermatologues qui souhaitent qu'il soit mentionné.

Critères	Avis des Dermatologues	
	N	%
Identité rédacteur	45	100
Date de la lettre	45	100
Nom patient	45	100
Prénom patient	45	100
Age	38	84,4

Tableau 7. Tableau des critères administratifs souhaités par les dermatologues

2- DE TYPE MEDICAL (Tab.8)

Le traitement habituel du patient est attendu dans la grande majorité par les dermatologues (97,78% soit N=44/45) avec l'attente des posologies pour 91,11% (N=41) d'entre eux.

Les habitudes de vie sont attendues pour 46,67% (N=21) des dermatologues. **La notion d'allergie** est souhaitée dans 88,89% (N=40). Les **antécédents personnels** du patient sont à signaler obligatoirement dans le courrier pour 40 dermatologues (88,89%) et les familiaux pour 28 dermatologues (62,22%).

Les dermatologues dans leur ensemble désirent voir apparaître dans les courriers des généralistes : **la date d'apparition des symptômes** (97,78%, N=44), puis **leur évolution** entre la demande d'avis et la consultation (86,67%, N=39). **La localisation des lésions** est voulue pour 36 dermatologues (80%) et **la description** de la lésion pour 26 dermatologues (57,78%).

On peut noter également que le motif de consultation des généralistes est attendu avec une ou plusieurs **hypothèses diagnostiques** pour 73,33% (N=33). **Le traitement mis en place** par le généraliste est demandé dans tous les cas.

Critères médicaux	Avis des Dermatologues	
	N	%
Antécédents personnels	40	88,89
Antécédents familiaux	28	62,22
Allergie	40	88,89
Habitude de vie	21	46,67
Absence d'antécédent indiqué	18	40
Traitement habituel	44	97,78
Posologie	41	91,11
Date de début des symptômes	44	97,78
Evolution clinique	39	86,67
Description	26	57,78
Localisation	36	80
Traitement réalisé	45	100
Hypothèse diagnostique	33	73,33

Tableau 8. Tableau des critères médicaux souhaités par les dermatologues

B) COMPARAISON ATTENTES/RÉALITÉ

1- LES CRITERES ADMINISTRATIFS (Fig.1)

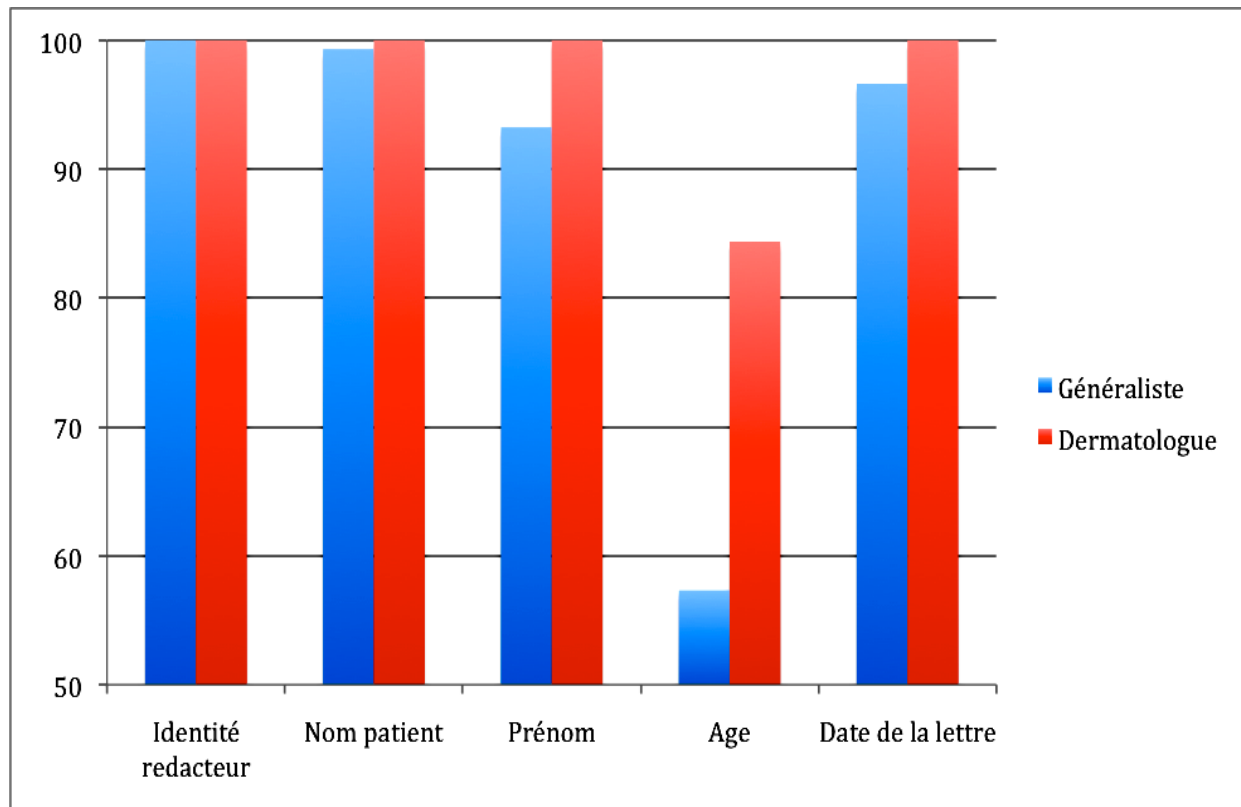


Figure 1. Comparatif des critères administratifs entre les courriers analysés et les attentes des dermatologues

D'après ces résultats comparatifs, nous observons au sujet des critères administratifs une certaine corrélation entre les courriers étudiés et les avis des dermatologues, hormis l'âge du patient.

2- LES CRITERES MEDICAUX (Fig.2)

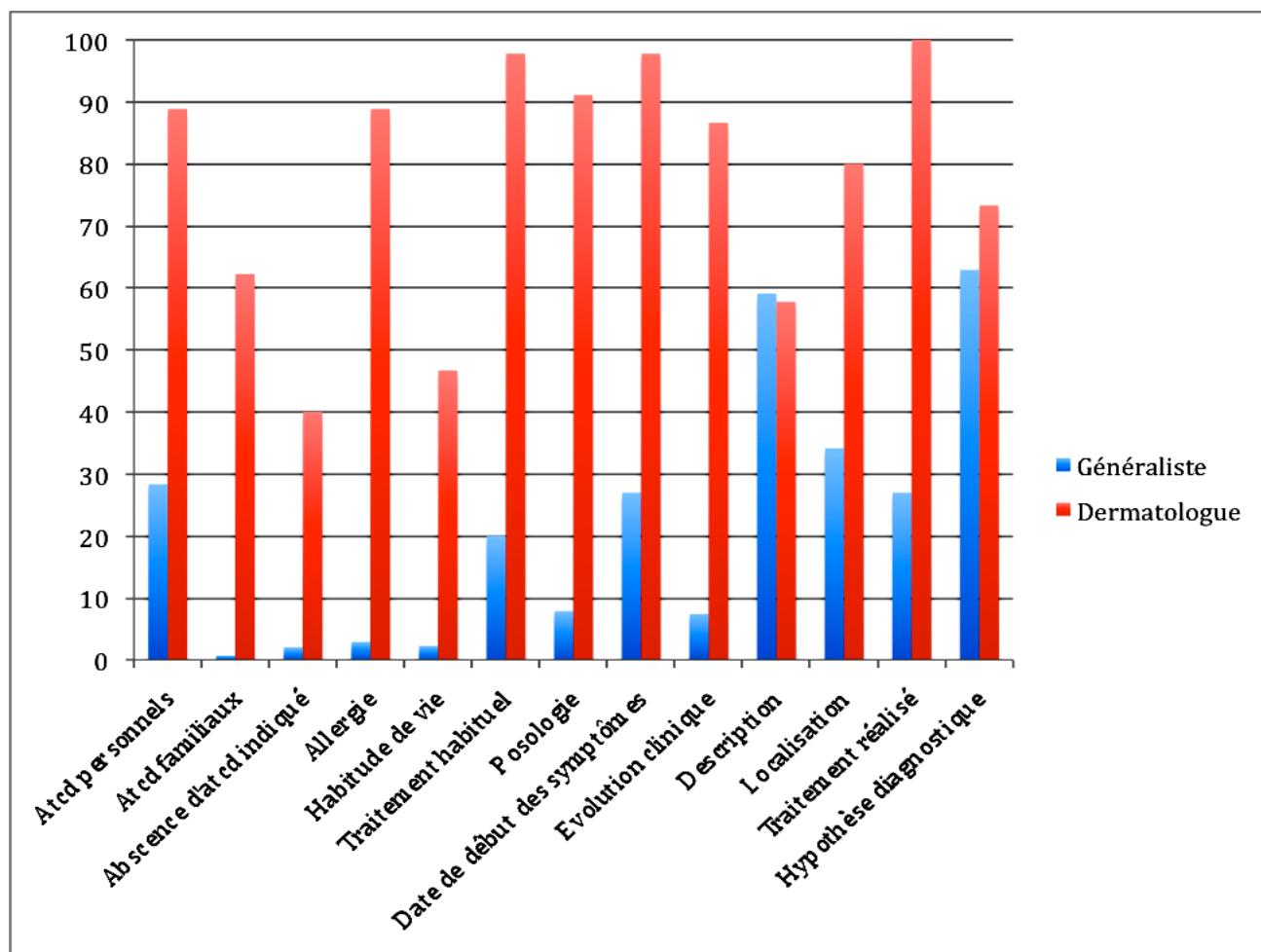


Figure 2. Comparatif des critères médicaux entre les courriers analysés et les attentes des dermatologues

À propos des critères médicaux, il existe une réelle disparité selon les critères. Nous remarquons que les critères concernant l'histoire médicale du patient (antécédents, allergie, habitudes de vie, traitement habituel et la posologie) sont peu détaillés dans les lettres - contrairement aux attentes des dermatologues – tandis que les résultats concernant les critères liés au motif de consultation sont plus nuancés.

III. L'AVIS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Nous avons pu recueillir 8 avis de médecins traitants correspondant aux critères de sélection de notre échantillon.

- 7 médecins pratiquant à Metz et dans son agglomération (4 médecins de 40 à 60 ans dont un travaillant dans une ZUP, 1 médecin de plus de 60 ans, 1 médecin de moins de 40 ans et 1 médecin féminin de plus de 40 ans).

- 1 médecin d'âge compris entre 40 et 60 ans, travaillant en zone rurale.

A) LES CONDITIONS DE RÉDACTION

Le nombre de consultations est un élément difficile à extraire des discours des praticiens interrogés car leur emploi du temps comprend des périodes de consultations sans rendez-vous qui font varier leur activité. Cependant le nombre moyen de consultations dans ce groupe semble globalement compris entre 20 pour la classe des plus de 60 ans et 35 pour les deux autres classes, donc 25 en moyenne. Pour une journée cela représente environ 3 patients par heure.

Le nombre de courriers en dermatologie est également difficile à déterminer. La consultation pour des affections dermatologiques reste néanmoins fréquente avec environ 30% des consultants orientés vers le spécialiste.

Le support de rédaction informatisé est préféré dans sa majorité par les généralistes de moins de 50 ans alors que le support papier reste majoritaire pour les praticiens de plus de 50 ans.

Pour le premier support, les principales motivations pour son utilisation sont la notion d'outil moderne et l'apport de gain de temps pour retrouver les informations du patient et libérer du temps pour rédiger le motif médical de consultation.

Pour le second support, le manque de pratique et de connaissances de l'outil informatique semble être le frein majeur à une utilisation systématique de l'ordinateur.

B) LES MOTIFS ET QUALITÉS DE RÉDACTION

Pour l'ensemble des praticiens, les motivations de consultation chez le dermatologue sont les pathologies chroniques ou les affections ne répondant pas aux premiers traitements et les consultations de prévention (avis sur les naevi par exemple). Les pathologies aiguës (rash cutané, sepsis, etc.) étant souvent traitées lors de la consultation ou bien orientées directement vers une structure d'urgence. Nous pouvons ajouter que le praticien rédige encore parfois des courriers davantage à la demande du patient que par nécessité médicale.

L'exhaustivité des renseignements dans les courriers d'après les praticiens varie en fonction d'une part du motif de consultation ; les pathologies chroniques semblent plus difficiles à expliciter à l'écrit car il n'est pas si évident de relater leur anamnèse en quelques minutes et en quelques mots. Et d'autre part, la langue d'origine du patient ne permet pas toujours de rapporter tous les

éléments de son histoire médicale et donc d'informer de manière complète et précise le médecin destinataire.

Les généralistes demeurent attachés à cette forme de communication et sont globalement satisfaits de leurs écrits. Cependant il faut noter que ceux qui utilisent exclusivement la version manuscrite ne sont pas réfractaires à l'informatique mais manquent plutôt de pratique avec cet outil.

Ceux qui se servent des deux supports trouvent un intérêt à l'informatique lorsqu'il s'agit d'écrire un courrier au sujet de patients polypathologiques, polymédicamenteux et/ou ayant réalisé des examens complémentaires (gain de temps pour le prescripteur selon eux). Les praticiens sélectionnent ainsi, grâce à leur expérience, les informations médicales des patients qu'ils estiment judicieuses pour leur confrère.

Lorsque nous leur demandons s'ils pensent que leur courrier apporte une aide au dermatologue, la réponse est variable. Dans le cas d'avis diagnostiques (les grains de beauté par exemple) ou lorsqu'il s'agit d'une aide thérapeutique (les verrues, etc, le courrier semble peu utile au regard des médecins traitants. Selon eux, il prend toute son importance pour les affections déjà traitées sans efficacité ou bien lorsque l'affection concerne d'autres spécialités (maladies infectieuses, plaie des diabétiques...).

Le temps apparaît souvent comme le facteur qui influence le plus la qualité de la rédaction, notamment la hiérarchisation et le développement des informations.

C) LA LETTRE-TYPE

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes s'il leur serait utile de posséder un courrier avec des items prédéfinis, la moitié des praticiens se dit intéressée, particulièrement pour le gain de temps en consultation qu'il pourrait apporter. Néanmoins l'ensemble du groupe s'interroge sur sa réalisation et sa mise en place. Selon certains, cela remet en cause leurs pratiques : qui détermine les items ? Crainte de la perte de confraternité, courrier trop rigide aux diverses pathologies. Et pour d'autres, le choix des items doit être jugé par chaque praticien, mieux placé pour déterminer les informations utiles.

En ce qui concerne le support de rédaction, l'informatique est le choix privilégié pour sa facilité d'exploitation et de diffusion.

DISCUSSION

I. BIAIS DE L'ÉTUDE

A) CONCERNANT LES COURRIERS DES GÉNÉRALISTES

1- PERTE DU COURRIER (par le patient, par le spécialiste, oubli du secrétariat)

Le secrétariat a recueilli systématiquement toutes les lettres, ce qui n'exclut pas une perte de document par exemple. En outre le patient auquel un médecin généraliste aurait confié un courrier peut aussi ne pas l'avoir apporté ou l'avoir égaré lors du rendez-vous.

2- RENTRÉE DES INFORMATIONS (personnelle, lisibilité)

Même si les courriers ont été traités au fur et à mesure du recueil, il n'empêche que les données ont été lues parfois avec difficulté (donc peut-être plus ou moins bien interprétées selon l'écriture), puis enregistrées par ordinateur – ce qui suppose une retransposition des données et ainsi des erreurs possibles.

3- RECUEIL DES COURRIERS HOSPITALIERS

Nous avons choisi d'étudier uniquement les courriers adressés par des médecins généralistes au service de dermatologie de l'HIA Legouest sachant que nous allions ainsi exclure plusieurs aspects de la correspondance entre praticiens.

Ce choix délibéré a sans doute impliqué un type de courriers ou de pathologies par exemple. Les généralistes peuvent orienter volontairement le patient vers le milieu hospitalier en cas d'affections sévères par exemple ou

lorsqu'ils supposent que les moyens techniques hospitaliers seront plus adaptés pour le patient.

B) CONCERNANT LES QUESTIONNAIRES

1- LA METHODOLOGIE

Si le questionnaire présente l'avantage de simplifier l'analyse des données, il restreint évidemment le champ des réponses et influence les avis, même s'il est semi-dirigé.

2- LE RECUEIL

Étant donné que le rassemblement des dermatologues entrainait d'abord dans le cadre de la formation continue et que la distribution des questionnaires s'est effectuée au début de journée, le délai de réflexion et de réponse s'est avéré relativement court. En parallèle, il faut noter que les conditions de cette enquête ont sans doute suggestionné les avis, sans évoquer la possible interprétation de l'enjeu des propos recueillis.

Par ailleurs, le nombre limité de praticiens engendre obligatoirement une prudence de notre part dans l'interprétation des résultats.

C) CONCERNANT LES ENTRETIENS

1- LA METHODOLOGIE

Notre échantillon de médecins généralistes, bien que varié, demeure limité en nombre en raison de leur emploi du temps et du nôtre. Mais une fois de plus, il ne s'agissait pas de recueillir un panel exhaustif des opinions mais davantage de s'appuyer sur des pratiques de généralistes pouvant adresser des patients en service de dermatologie.

2- LE RECUEIL

Les réponses sont à l'évidence orientées par les questions pré-établies même si nous les avons retranscrites le plus fidèlement possible. Par ailleurs, la durée des entretiens ne dépassant pas la demi-heure, il n'est pas toujours possible d' étoffer chaque réponse.

Enfin, si la rencontre a lieu en cabinet et permet une certaine aisance relationnelle du praticien, nous ressentons pourtant de la prudence de sa part lorsqu'il s'agit de qualifier sa façon de travailler, sans doute par souci du jugement.

II.À PROPOS DES CRITÈRES D'UN COURRIER

Afin de n'omettre aucun aspect de notre étude, nous allons détailler les résultats par item selon trois catégories : administrative, médicale concernant l'histoire du patient puis les items médicaux concernant le motif de la consultation. Selon chaque critère, nous comparerons les résultats du recueil de courriers en fonction des avis des dermatologues et de l'enquête du CCECQA car l'objectif est d'évaluer la pertinence de chaque information et de les classer pour élaborer une lettre-type.

A) CRITÈRES DE TYPE ADMINISTRATIF

Il faut rappeler que ces données médicales sont légalement obligatoires.

Nous avons constaté que tous les praticiens ont précisé leur **identité**. La **date de la lettre** est indiquée dans 96,63% ; l'**identité du patient**, quant à elle, est renseignée dans 99,33%. On peut facilement expliquer ces résultats par le fait que tous les praticiens, sur quelque support qu'il soit, ont imprimé par avance leur identité et leurs coordonnées sur l'ordonnancier. Il n'est donc pas surprenant de ne retrouver aucune omission de ces données. En ce qui concerne l'identité du patient, on peut imaginer que les quelques médecins qui ne l'ont pas mentionnée ont estimé que cette information n'était pas capitale pour une prise en charge ponctuelle et immédiate. La présence de ces critères est en corrélation avec les résultats de l'enquête du CCECQA et l'attente des dermatologues.

À propos de l'**âge**, il est attendu comme une composante essentielle pour les dermatologues (88,40% d'entre eux le souhaitent) et pourtant, seuls 57,33% des rédactions des généralistes le mentionne. Ce résultat est pourtant similaire à celui du CCECQA. On peut supposer que cet item n'est pas forcément précisé dans les courriers car la plupart des patients sont capables de préciser leur âge, à défaut d'autres éléments médicaux les concernant cités plus loin, ou présentent une carte Vitale ou d'identité au secrétariat. Il semble néanmoins indispensable pour des raisons légales (problème des homonymes...) de retrouver l'identité complète du patient pour ne pas commettre d'erreur de dossier.

B) CRITERES DE TYPE MÉDICAL

1- CONCERNANT LE PATIENT, SON HISTOIRE MEDICALE

À la différence des critères administratifs, les données médicales qui n'entrent pas dans le cadre des obligations légales dépendent beaucoup du jugement du praticien et de l'importance qu'il accorde à chaque information.

Ainsi 20% des médecins généralistes dans notre recueil communiquent **le traitement habituel du patient**. Cet item est un élément qui est très peu retrouvé malgré ce que l'on pourrait penser. De même que les dermatologues le souhaitent dans 97,78%, il nous paraît évident que l'effet iatrogène des médicaments est une chose à laquelle tout médecin doit penser avant de proposer une thérapie (« primum non nocere »).

Le traitement habituel du patient est mieux renseigné dans l'étude du CCECQA puisque 43,60% des courriers sont conformes pour ce critère. Quant à **la posologie** – respectivement 7,87% (soit seulement 35 courriers sur 445) – nous constatons que ces items, loin d'être systématiquement associés, sont rarement complets alors qu'ils sont attendus par les dermatologues à 91,11%.

Il est compréhensible que les dermatologues souhaitent connaître les médicaments pris par des patients souvent âgés et poly-médicamentés afin d'éviter les interactions médicamenteuses lors de la mise en place du traitement ou avant la réalisation de gestes thérapeutiques, tels que les biopsies-exérèses, ou encore lors d'explorations allergologiques.

Est-ce par inattention, par manque de temps lors des visites à domicile, par exemple, ou encore par méconnaissance de l'attente des dermatologues que ces items sont peu renseignés ? Ces informations sont des éléments détenus par le médecin généraliste, qui placé comme médecin référent se doit de tenir un dossier médical le plus complet possible afin d'orienter ses patients vers le spécialiste dans les meilleures conditions.

À propos **des antécédents**, nous avons observé une différence majeure entre les **personnels** (28,33%) et les **familiaux** (2,25% soit seulement 9 courriers sur 445). Cette différence se retrouve dans l'avis des dermatologues. En effet alors qu'ils souhaitent voir les antécédents personnels dans 88,89% des cas, les antécédents familiaux sont souhaités dans une moindre mesure, soit 62,22%. L'étude du CCECQA donne de meilleurs résultats avec 41,60% des courriers renseignés pour les antécédents personnels.

Au même titre que le traitement des patients, cet item relève du rôle du médecin traitant car bien souvent le patient ne connaît pas son histoire médicale ou ne peut s'exprimer précisément à ce sujet. Nous nous demandons si, parmi ces lettres, l'absence de renseignements correspond à une inexistence d'antécédents, d'autant plus que ce détail n'a été notifié que pour 3 patients...

En ce qui concerne **les habitudes de vie et les allergies**, celles-ci sont rarement mentionnées (2,25% et 2,92%). Les dermatologues semblent peu considérer les habitudes de vie comme un élément « obligatoire » lors de la rédaction du courrier (46,47%), contrairement à la notion d'allergie qu'ils souhaitent dans 88,89%. Le résultat du CCECQA concernant cet item est proche de nos résultats avec 7,90%. Cet item est probablement une nuance liée à la spécificité de la dermatologie qui considère comme important la notion de terrain allergique pour traiter le patient comme par exemple lors de soins de pansements (quel antiseptique choisir ?) ou d'utilisation d'autres topiques cutanés.

2- CONCERNANT LE MOTIF DE CONSULTATION

L'histoire de la maladie recouvre différentes données, c'est pourquoi nous les analyserons séparément.

Il faut tout d'abord noter que **la date d'apparition des symptômes** est assez peu renseignée (28,33% soit plus que le traitement habituel par exemple) ainsi que dans une moindre mesure **la description de la lésion** (59,10%) et **la localisation** (34,16%).

Les dermatologues attendent ces informations dans 97,78% pour la date du début des signes, 80% pour la localisation et seulement 57,78% pour la description du symptôme. L'historique de la maladie est un fait important dans la prise en charge de la maladie et elle est d'ailleurs mieux détaillée dans les courriers des généralistes que les antécédents personnels du patient.

L'évolution clinique n'est quant à elle, détaillée que dans 7,42% alors que les dermatologues la souhaiteraient dans 86,67%. Nous pouvons expliquer ces résultats par le fait que la plupart des symptômes évoluent dans le temps. Ceci paraît d'autant plus vrai que les résultats dans l'étude du CCECQA sont de 73,30% ; or cette étude ne comprend pas la dermatologie. Les généralistes transmettent moins facilement des critères issus de l'interrogatoire (date d'apparition des symptômes et évolution de la maladie) que des données de l'examen clinique car ces informations dépendent évidemment du patient qui est plus ou moins capable de répondre précisément à l'interrogatoire. Dans cet ensemble d'éléments peu fiables, il semble néanmoins attendu une notion de début des symptômes et de localisation initiale de l'affection.

Les médecins s'efforcent, lors de leur rédaction, à être exhaustifs sur les éléments motivant leur demande. Pourtant les attentes des dermatologues sont différentes de ce que pensent les généralistes comme critères obligatoires (mauvaise connaissance des besoins spécifiques des dermatologues ?). Le reste des éléments étant trop influençable, il revient à chacun de réaliser la meilleure description de la pathologie et son mode d'évolution en fonction de ses propres données lors des consultations.

Le motif de consultation est souvent une aide «diagnostique et thérapeutique» pour les généralistes avec la présence d'une ou plusieurs hypothèses diagnostiques (62,92%). La demande de consultation pour une aide technique est également importante avec 33,71%.

Les hypothèses diagnostiques émises par les médecins traitants intéressent les dermatologues qui souhaitent les voir apparaître dans 73,33%. Cependant il est plus difficile de comprendre pourquoi **le traitement réalisé** n'est précisé que dans 26,91% sauf si cela signale une absence thérapeutique de la part du généraliste, ce que le dermatologue doit deviner...

3- À PROPOS DU SUPPORT RÉDACTIONNEL

Il nous a semblé judicieux d'ajouter l'item - **type de support rédactionnel** - en lien avec la modernisation du système de santé et des modes de communication en général. D'ailleurs notre hypothèse s'est vérifiée puisque nous notons des différences entre les courriers manuscrits et ceux informatisés.

Nous pouvons remarquer que le courrier informatisé, qui est le support minoritaire dans notre recueil (N=121), est celui qui apporte le plus d'informations au dermatologue globalement : sensiblement supérieur pour **les critères administratifs** (4,81 critères en moyenne sur 5) et avec un écart-type plus faible, autrement dit les courriers informatisés sont, pour la plus grande majorité, très bien renseignés.

En ce qui concerne **les données d'ordre médical**, la moyenne de critères **liés aux antécédents du patient**, quoique représentant le double de celle des courriers manuscrits, ne dépasse pas 1,05 critère sur 7. De plus les meilleurs courriers, quelque soit le support rédactionnel, ne proposent pas plus de quatre critères sur sept, ce qui est surprenant étant donné que l'ensemble des items retenus sont utiles dans la prise en charge du patient et plus évidents à préciser dans le sens où ils font partie de l'histoire médicale du patient, de sa particularité et ne varient pas dans le temps.

La très grande disparité des courriers vis-à-vis de ces informations est surprenante avec 3/4 des courriers manuscrits n'apportant aucune information (plus de la moitié pour les informatisés). Les médecins généralistes éprouvent-ils des difficultés pour mobiliser ces informations ponctuellement lors de la consultation ? Jugent-ils non nécessaire de répertorier, dans chaque courrier, l'ensemble des antécédents des patients ?

La moyenne des **critères se référant au motif de consultation** s'élève à 2,59 critères sur 7 pour le support informatique, comparativement à 0,98 pour les courriers manuscrits. Nous remarquons ici que seuls les courriers manuscrits présentent l'ensemble des critères de la grille (9 sur 324), néanmoins force est de constater que ce support est surtout caractérisé par son nombre à n'apporter aucune informations médicales (226 sur 324). Même si une fois de plus l'informatique domine, nous devons souligner la plus grande importance accordée par les médecins généralistes à ce type de critères.

Le courrier ne doit surtout pas se résoudre à un échange unilatéral qui mettrait le médecin généraliste dans une simple position de rapporteur auprès du dermatologue. La correspondance médicale doit être un outil constructif, élaborée par des médecins actifs dans leur prise en charge et surtout conscients que leur écrit est en soi un geste thérapeutique.

Nous relevons ainsi que les critères administratifs, que ce soit sur support informatisé ou manuscrit, sont très bien énumérés contrairement aux critères médicaux. Il est important de noter que les informations médicales antérieures à la consultation sont deux fois moins bien renseignées que les critères médicaux motivant la consultation. Force est de constater que les critères qui semblent être les plus facilement transmissibles par écrit sont souvent les premiers oubliés et cela quelque soit le support de rédaction.

Nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : lorsqu'un patient se présente avec une affection dermatologique, qu'elle soit aiguë ou chronique, le médecin généraliste cherche à résoudre une difficulté de prise en charge et à répondre à des besoins diagnostiques et thérapeutiques immédiats. Il se retrouve alors dans un rôle d'observation clinique où la symptomatologie apparaît en premier lieu ; ce qui est donc transcrit prioritairement dans la lettre.

Par ailleurs pour ce qui est de l'exhaustivité des critères médicaux il apparaît délicat de les exiger tous, notamment l'histoire de la maladie qui est trop dépendante du motif de consultation, des explications fournies par le patient et de la notion de pertinence de ces éléments évaluée par le praticien lors de la consultation. Pourtant ces critères intéressent les dermatologues, ils souhaitent par exemple connaître les hypothèses diagnostiques des médecins généralistes dans plus de 70 % des cas.

De plus il ne faut pas omettre le fait que chaque support ait un point commun : il a été élaboré par son propre rédacteur, c'est-à-dire sans vérification objective de son efficacité. Il est évident qu'obtenir 100% des critères est illusoire; tous ces critères semblent difficiles à répertorier le temps d'une consultation.

Les courriers informatisés présentent en plus d'une bonne lisibilité du correspondant, un risque moins important de perte ou d'oubli d'information et des variabilités de rédaction moins marquées que pour les courriers manuscrits. Si les moyens de rédaction ont été élaborés de manière subjective, l'ordinateur reste probablement la meilleure solution pour la transmission des informations indispensables à la prise en charge du patient. Ce support apporte une sécurité maximale dans la capacité à retranscrire l'ensemble des données médicales souvent longues et fastidieuses sous réserve de réactualisation du dossier médical par le médecin.

Cela est d'autant plus vrai que nous constatons que le facteur « temps » est l'élément le plus influent sur la rédaction du courrier. Comme le signale une étude de la DREES sur la durée des séances des médecins généralistes, 70% des séances durent entre 10 et 20 minutes et les facteurs pouvant influencer le temps de consultation sont liés à des variabilités inter-médecins (façon de travailler et patientèles différentes) et surtout à des variabilités intra-médecins (profils divers des patients). Il est peu surprenant que l'âge des patients (notamment après 70 ans) et les patients polypathologiques (souvent en Affection Longue Durée) soient des éléments entraînant un temps de consultation plus important et nécessitant bien souvent un avis spécialisé lié à la complexité des pathologies.

(11)

III. COMPARAISON À D'AUTRES ÉTUDES

A) « LES COURRIERS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN VUE D'UNE ADMISSION AUX URGENCES »

Centre hospitalier de Douai, Lille 2

Cette enquête avait pour objectif de réaliser une lettre-type en évaluant la pertinence des informations données dans les courriers recueillis. Il a été démontré que les critères administratifs étaient globalement bien renseignés (taux de critères de conformité supérieur à 87,5% à l'exception de l'âge tout comme pour notre étude). En revanche, les informations médicales sont moins présentes (taux de critères de conformité inférieur à 47,3% sauf le motif de la demande et l'histoire de la maladie qui sont clairement précisés).

B) « PERTINENCE DE LA LETTRE DU MÉDECIN ADRESSANT UN PATIENT AU S.A.U. »

Urgences Sud, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille

Similairement à notre travail, cette étude analyse le contenu et la forme des courriers des médecins généralistes avec pour but de vérifier si les indications fournies ont une valeur informative pour les médecins urgentistes.

Nous avons remarqué que la grille des critères comportait des différences avec 3 critères administratifs (date de rédaction du courrier, identité du destinataire et état civil du patient) auxquels nous ajoutons l'identité du prescripteur et le type de support, particulièrement important selon nous pour améliorer la correspondance et élaborer une lettre-type.

En revanche, la gravité de l'état du patient inclus dans les critères de cette thèse correspond bien à la spécificité des urgences, de même que la description et la localisation de la lésion sont des critères adaptées à la dermatologie. Ainsi nous pouvons en conclure qu'il n'est pas possible d'établir une lettre-type unique quelque soit la spécialité du praticien destinataire.

Enfin il nous paraît essentiel de préciser que les antécédents (68% contre 15,29%), l'histoire de la maladie (65% contre 40,7%) et le traitement habituel (68% contre 20%) sont nettement mieux représentés dans cette étude que dans la notre. Comment expliquer une telle différence ? Est-ce tout simplement une coïncidence ? Ou bien une meilleure correspondance dans cette région ? Ces hypothèses nous semblent moins plausibles que l'idée qu'un médecin généraliste donnera des informations différentes dans le cadre d'une urgence, principalement à cause de l'état clinique du malade qui ne lui permet pas forcément de s'exprimer clairement à l'inverse des patients adressés en consultation de dermatologie.

**C) « ÉVALUATION DE LA LETTRE DU MÉDECIN
ACCOMPAGNANT LE PATIENT ADMIS AUX URGENCES »**

**Département des Urgences, groupe hospitalier
Pellegrin, C.H.U. Bordeaux**

Service des Urgences, C.H.G. Bayonne

Une fois encore l'objectif est de définir les critères indispensables à l'élaboration du courrier de correspondance.

Nous retrouvons dans cette étude une grande disparité en ce qui concerne les critères médicaux du patient. En effet l'histoire de la maladie (66%), les antécédents (41%) et le traitement habituel (50%) sont comme dans l'étude marseillaise des éléments retrouvés fréquemment. On peut l'expliquer par le fait que nous sommes encore une fois confrontés à des courriers rédigés pour une urgence. L'histoire clinique pour le motif de consultation est souvent très courte car les symptômes surviennent brutalement et sont fortement liés aux antécédents des patients. Cette notion d'urgence et donc de gain de temps pour le risque vital du patient pourrait influencer la manière de rédiger.

Par ailleurs une partie de ce travail a également consisté à demander l'opinion des médecins généralistes sur les critères nécessaires à renseigner dans un courrier. Sur les 39 questionnaires effectués, voici les principaux items retenus :

- MOTIF D'ADMISSION
- ÉTAT CIVIL
- ANTÉCÉDENTS
- TRAITEMENT HABITUEL
- EXAMEN CLINIQUE

Nous pouvons en conclure tout de même que les critères fournis dans le cadre d'une urgence ou dans un autre service sont semblables. La nuance réside au niveau de l'histoire clinique qui apparaît plus évidente à relater pour des symptômes brutaux que pour une maladie chronique. Cela est d'autant plus vrai que notre échantillon élimine la notion de courrier de médecin généraliste pour des affections dermatologiques urgentes.

En conclusion pour cette étude comparative, nous regrettons de ne pouvoir compléter notre enquête par de multiples évaluations des courriers – pas uniquement adressés en service d'urgences – hormis le CCECQA. En effet, nous ne pouvons pas en déduire pour autant que l'ensemble des informations apportées par les courriers des médecins généralistes soit incomplet, d'une part en raison du faible nombre d'études réalisées et d'autre part en considération des particularités de chaque spécialité.

IV.PERSPECTIVES

A) MISE EN PLACE DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

Depuis la mise en place du parcours de soin, les médecins généralistes ont dû adapter leurs pratiques ; leurs habitudes de travail ont nécessairement changé mais de façon individuelle. Ainsi l'accompagnement et le soutien des professionnels de santé sont des conditions favorables à l'évolution des pratiques médicales souhaitée, ce qui suppose une modification profonde des mentalités. La formation permanente et la réactualisation des connaissances se développent en parallèle de la mise en place du dossier médical personnel.

Le développement des réseaux informatisés doit être rediscuté en commençant par le concept du Dossier Médical Personnel avec les avantages escomptés suivants :

- **Permettre au patient de transmettre ses données médicales à n'importe quel soignant** (surtout si la maladie est chronique, avec plusieurs intervenants) **et n'importe quand** (En urgence, même si le patient est inconscient ou lorsque le médecin est en déplacement) ;

- **Eviter la redondance dans la prescription des examens complémentaires**, l'objectif étant de diminuer la pénibilité de la prise en charge pour le patient mais aussi le coût de celui-ci pour la société ;

- **Etre un vecteur d'éducation pour la santé** : ainsi le patient, mieux informé, se sent plus impliqué et responsable ;

- **Favoriser des changements de comportements professionnels** (développer la communication avec les autres soignants, échanger et se remettre en cause dans ses habitudes).

Ce projet est toutefois encore limité dans le cadre juridique et éthique par le risque d'altérer le secret médical du patient, mais aussi par les difficultés que cette nouvelle pratique engendre du point de vue financier (conception et diffusion du DMP) et dans le processus de modifications des habitudes de travail de chaque praticien. (17)

Il existe actuellement différents systèmes de communication informatique protégeant les informations médicales du patient dont un créé par l' APICEM (Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine). APICRYPT est un procédé de cryptage des données confidentielles circulant par messagerie.

L'APICEM a créé sa propre société d'exploitation technique dont elle garde le parfait contrôle éthique. Cette nouvelle technique, quoiqu'en plein essor depuis sa création en 1996 (20000 utilisateurs en octobre 2009), présente néanmoins certaines limites ; d'une part le coût pour la mise en place en cabinet et d'autre part la nécessité d'une formation initiale. (18)

Cela dit, nous pouvons observer la volonté d'adapter la Médecine à la société actuelle tant d'un point de vue éthique qu'organisationnel malgré les obstacles pour concrétiser ces souhaits.

Dans l'attente d'une prise de décision face à ces perspectives de travail, il est tout à fait possible de mettre en place des solutions pour atteindre les objectifs intermédiaires d'harmonisation des dossiers médicaux, et notamment de leurs correspondances.

Il est envisageable de sensibiliser dans un premier temps les praticiens concernés – actuels ou à venir – sur l'intérêt d'une meilleure communication entre spécialistes en vue d'une optimisation de la prise en charge : gestion

administrative du cabinet, implication dans le nouveau réseau de santé, initiation aux logiciels bureautiques et internet.

Ces enseignements, quoique déjà proposés ponctuellement aux internes, devraient s'inscrire dans la formation médicale continue pour donner la possibilité à tout praticien de prendre du recul par rapport à sa pratique et redéfinir à tout moment son rôle dans la coordination du parcours de soin.

B) RÉALISATION D'UNE LETTRE-TYPE

Bien que le système de santé entre pleinement dans l'ère de l'informatique (19), nous avons pu constater que la rédaction des courriers des médecins généralistes est majoritairement manuscrite. Malgré tout, la place de l'informatique dans les cabinets médicaux pour la tenue du dossier médical est majoritaire avec 85% des médecins qui l'utilisent (17).

Il semble indéniable que la correspondance médicale va suivre cette évolution par sa facilité de stockage des données médicales et d'harmonisation des dossiers médicaux. Nous avons pensé qu'une proposition de modèle de lettre apporterait une base de travail à la fois profitable au médecin généraliste ainsi qu'au dermatologue tout en garantissant une libre utilisation du praticien.

Nous pouvons nous rendre compte grâce à nos résultats et aux conclusions des différentes études déjà réalisées, de la nécessité de la présence de certains critères quelque soit le motif de consultation et la possibilité de les hiérarchiser afin de les rédiger au mieux dans le courrier médical en fonction de chaque spécialités.

De plus, nous avons pensé que le simple mot « aucun » à entourer serait une solution pratique pour éviter les oublis et les incertitudes. Cette suggestion de courrier « type » pourrait faire l'objet d'une période d'essai afin de savoir si elle convient aux différents utilisateurs, suivie d'une nouvelle étude portant sur la mise en place et l'amélioration éventuelle de la qualité de la correspondance.

Cette étude contribue à apporter aux généralistes une liste pertinente de critères médicaux à retrouver sur un courrier afin de réduire la part de subjectivité des écrits et tendre ainsi vers un perfectionnement de la correspondance médicale. Alors que la mise en place du dossier médical informatisé est pleinement d'actualité, il pourrait être envisagé d'accompagner ce courrier de photographies numérisées de la manifestation cutanée motivant la demande d'avis spécialisé.

Il est pourtant envisageable, grâce à un support-type de courrier, d'aménager un temps de rédaction spécifique au motif de consultation. Grâce à l'informatisation du dossier médical, le médecin pourrait sélectionner rapidement les éléments médicaux du malade, ajouter des éléments photographiques de l'affection ou encore annexer les examens complémentaires facilement au courrier. Cela permettra au médecin de se concentrer davantage sur l'histoire de la maladie et sur les orientations diagnostiques et/ou thérapeutiques qu'il envisage.

C) MODÈLE DE LETTRE-TYPE AU CABINET

Identité du médecin			
	Date du courrier		
Identité du patient			
Antécédent personnel	Aucun		
Traitement habituel	Aucun	Allergie(s)	Aucune
Motif de consultation			
Histoire de la maladie			
Examens & traitement réalisés	Aucun		

CONCLUSION

Dorénavant la Médecine moderne se caractérise par sa multidisciplinarité et le patient est devenu acteur de sa santé ; il est impossible pour un médecin traitant de travailler de manière isolée, sans interaction avec ses confrères.

Les nombreuses et récentes réformes du système sanitaire et social en France nécessitent une remise en cause des modalités de travail des professionnels ; elle touche tous les secteurs de la pratique médicale et la bonne tenue du dossier médical n'est pas épargnée.

La correspondance médicale, depuis ces 20 dernières années, a pris une place majeure dans la prise en charge du malade. Cet écrit, jusqu'à la loi de réforme de l'Assurance maladie, semble pourtant être considéré comme une tâche fastidieuse et peu attractive par la plupart des médecins généralistes.

Comme nous l'avons remarqué dans cette étude, la place du médecin généraliste comme médecin référent du malade est pleinement d'actualité. Le rôle d'orientation vers un autre spécialiste est conditionné par la relation entre le médecin traitant et le patient d'une part mais également par le lien entre les spécialistes ; ce dernier est bien souvent mis en évidence uniquement par le courrier que réalise le médecin généraliste à l'attention de ses confrères. Il devient ainsi un élément majeur dans le projet de coordination, de stratégie diagnostique et thérapeutique et de prévention tissé autour du patient.

Nous avons démontré que la rédaction d'une correspondance « efficace » relève de nombreux facteurs dépendant de chaque intervenant et du suivi médical du patient. Si la conception d'un courrier unique est illusoire par la multidisciplinarité de la Médecine, il nous semble néanmoins possible d'établir avec l'avis de chaque spécialiste un ensemble de données lié à une prise en

charge globale du patient ; ces informations pouvant être précisées quant aux critères propres à la spécialité de dermatologie.

Il est évident que l'utilisation de cette base de données est conditionnée principalement par l'outil informatique, moyen le plus pratique et adapté, qui se développe de manière exponentielle depuis plusieurs années. Néanmoins le bon usage de cet instrument est dépendant de la possibilité de chaque médecin à moderniser ses pratiques : enregistrement du dossier médical de chaque patient et mise à jour personnalisée de la base des données.

Il nous semble néanmoins indispensable que la politique de santé actuelle tende vers cet objectif - d'une part avec la concrétisation du dossier médical personnel informatisé - et d'autre part - complète cette nouvelle voie empruntée par la médecine en apportant aux médecins généralistes des indications précises concernant la correspondance médicale.

De plus alors que la formation médicale continue est pleinement instaurée dans les bonnes pratiques professionnelles, ce recueil d'informations permettra peut-être de mieux connaître les soucis rencontrés par les médecins généralistes dans leur activité quotidienne et de faire apparaître pour les dermatologues leur rôle dans la rétro-information auprès des généralistes des éléments spécifiques qu'ils attendent dans les courriers.

Enfin cette étude a mis en avant les informations indispensables à transmettre dans un courrier (critères administratifs et médicaux liés au antécédents du patient); celles concernant le motif de la consultation sont nécessaires mais leur synthèse reste propre à chaque médecin.

Elle permet de réaliser l'intérêt d'une lettre-type, tant d'un point de vue pratique et synthétique pour le médecin généraliste que du point de vue du correspondant dermatologue qui bénéficiera d'une lecture et d'une analyse simplifiée de la lettre. Ainsi nous espérons que la communication s'en trouvera plus efficace et plus engageante pour tous et pour le bien du patient!

BIBLIOGRAPHIE

1. DELAUNAY P., la vie médicale au XVIe, XVIIe ET XVIIIème siècles.
Paris : Slatkine, 2001.- p.3-7.
2. WOHNLICH-DESPAIGNE I., les historiens français de la médecine au
XIXème siècle.
Paris : J. VRIN, 1987.- p10-13.
3. Pr HONORAT Ch., apprentissage de l'exercice médical : le dossier
médical.
3 septembre 2007, page1.
4. Dr MERCAT F-X., rapport du conseil national de l'ordre des médecins
« Les courriers entre médecins», 30 janvier 1998, p1-2.
5. Rapport final du Comité de Coordination et de l'Evaluation Clinique et de
la Qualité en Aquitaine et correspondants libéraux régionaux de
l'A.N.A.E.S. (Décembre 2003).
EVALUATION DE LA CORRESPONDANCE MEDICALE
<http://www.ccecqa.asso.fr>
6. BIDET Ph., comment en médecine libérale transmettre directement
l'information à son patient ? Médecine et Droit 2002 ; 56 : p6-7.
7. PELLET F, ROGER P. Evaluation de la correspondance entre médecins
généralistes et médecins spécialistes et son impact dans la prise en charge
des patients. DIU d'évaluation de la qualité en médecine. Université
Bordeaux 2. Mémoire 1999-2000.
8. LE FUR P, BOURGUEIL Y, CASES Ch. Le temps de travail des
médecins généralistes.
Question d'économie de la santé, Juillet 2009, n°144, page 2-3.

9. LE FUR P., YILMAZ E., modalités d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie.
Question d'économie de la santé, Août 2008, n°134, page5.
10. LE FUR P., LENGAGNE P., modes d'accès aux spécialistes : état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés.
Bulletin d'information en économie de la santé, Avril 2006, n°106, page 2.
11. PASQUIER E., comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale.
Mémoire de Médecine Générale : Lyon Nord : 2004
12. BREUIL-GENIER P., GOFFETTE C., la durée des séances des médecins généralistes. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Etudes et résultats, avril 2006, n°481, page 4-7.
13. BOURNOT M.C., GOUPIL M.C., TRUFFREAU F., les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié.
Études & Résultats, août 2008, n°649, page 5
14. ROBART-PLAYEZ E., les courriers des médecins généralistes en vue d'une admission aux urgences. Etude prospective sur 312 courriers dans le service des urgences du Centre Hospitalier de Douai.
Th : Méd. : Lille 2 : 2005
15. GALIEZ F., pertinence de la lettre du médecin adressant un patient au SAU. Urgences Sud, hôpital Sainte Marguerite.
Th : Méd. : Marseille : 2005 ; 18

16. DEDECQUE G, évaluation de la lettre du médecin accompagnant le patient admis aux urgences.
Département des Urgences, Groupe Hospitalier Pellegrin, CHU Bordeaux ;
Service des Urgences, CHG Bayonne.
Th : Méd. : Bordeaux 2 : 2004 ; 17
17. Pr FIESCHI M., MERLIÈRE Y., le dossier médical partagé ;
Rapport au Ministre de la santé, juin 2003, page 26-27 et page 43.
18. APICRYPT, outil de sécurisation du courrier médical
<http://www.apicrypt.org>
19. Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé.
Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis 104 ; p 4-10.

ANNEXES

ANNEXE 1

Madame, Monsieur

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, dont le but est d'étudier les courriers des médecins généralistes concernant la Dermatologie, je vous prie de bien vouloir remplir les items ci-dessous qui me semblent les informations indispensables à retrouver sur les lettres des médecins généralistes. Si d'autre(s) item(s) vous semblent manquant merci de me le(s) signaler afin de réaliser une grille de relevée d'information de référence.

Renseignements généraux :

Identité du Médecin rédacteur	Oui ☐ Non ☐			
Identité patient	Nom Oui ☐ Non ☐ Prénom Oui ☐ Non ☐ Date naissance et/ou âge : Oui ☐ Non ☐			
Date de la lettre	Oui ☐ Non ☐			
Antécédents	Personnels : Familiaux :	Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐	Allergie : Habitudes de vie :	Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐
Traitement	Oui ☐ Non ☐	Posologie	Oui ☐ Non ☐	

Signes cliniques :

Remarques :

Date du début des signes	Oui ☐ Non ☐	
Evolution clinique	Oui ☐ Non ☐	
Description lésion	Oui ☐ Non ☐	
Localisation lésion	Oui ☐ Non ☐	
Traitement déjà réalisé	Oui ☐ Non ☐	

Motif de consultation :

Remarques :

Hypothèse ou diagnostic évoqué	Oui ☐	Non ☐	
Motif thérapeutique	Oui ☐	Non ☐	

Autres suggestions :

--

ANNEXE 2

VU

LA REDACTION DU COURRIER EN CABINET

I. Conditions de rédaction

Nombre de consultation en moyenne par jour, combien de dermatologie ?
Nombre de courriers par jour en moyenne et combien de dermatologie ?

Quel type de support (informatique, manuscrit) et pourquoi ce choix ?

II. Raisons de la rédaction

Pourquoi demandez-vous un avis (systématique, aide diagnostique, aide technique seule, demande des patients) ?

Réalisez-vous toujours un bilan diagnostique (biologique, imagerie) avant la rédaction du courrier ?

III. Qualité de rédaction

Pensez-vous les rédiger exhaustivement ? Si non, pourquoi (facteur temps, facteurs d'isolement par rapport à un hôpital, difficultés liées à l'interrogatoire, autres... ?)

Reprenez-vous systématiquement l'ensemble des informations médicales (atcd, traitement...) du patient lors de la rédaction du courrier (si non, pourquoi = temps, inutilité des informations...) ?

Comment sélectionnez-vous les informations utiles au dermatologue ?

Manquez-vous d'informations sur les techniques de rédaction des courriers, sur les attentes des dermatologues ?

Pensez-vous apporter de l'aide au dermatologue à travers votre courrier dans la prise en charge de vos patients ?

IV. La lettre type

Avez-vous déjà pensé ou vous serait-il utile dans votre pratique de posséder une lettre-type pour chaque patient ? Si oui pour quelles raisons (gain de temps, intérêt pour le patient, pour le dermatologue...), si non pourquoi ?

Sur quel support aimeriez-vous la rédiger ?

VU

NANCY, le 12 avril 2010

Le Président de Thèse

Professeur J.L. SCHMUTZ

NANCY, le 27 avril 2010

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 30 avril 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

Nom : GENEST Prénom : Alexis Titre de la thèse : La dermatologie en médecine générale : rôle et enjeux de la correspondance médicale. Exemple de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest. Thèse de médecine générale, Nancy, 2010- N°
Résumé de la thèse : Lors des consultations en dermatologie à l'HIA Legouest, nous constatons des variabilités de contenu et de présentation des courriers provenant des médecins généralistes. Exercice difficile de rédaction, nous nous demandons néanmoins s'il n'est pas envisageable de construire un courrier type pour faciliter leur pratique quotidienne. Notre travail a consisté à redéfinir la place du courrier comme outil essentiel de la prise en charge du patient dans le nouveau parcours de soin. Ensuite nous avons recueilli des courriers de médecins généralistes afin de faire apparaître les informations présentes ou non et de les mesurer aux attentes des dermatologues. La comparaison de 445 courriers de médecins traitants avec l'avis de 45 dermatologues a permis de dégager les points perfectibles suivants : les critères médicaux antérieurs à la consultation sont peu présents avec l'indication du traitement habituel connu dans 20% des cas, les antécédents du patient dans 28,33%, les habitudes de vie (alcool et tabagisme) dans 2,28% et les allergies indiquées dans 2,92%. Les critères administratifs sont bien renseignés ainsi que dans une moindre mesure les critères médicaux relatifs au motif de la consultation. Les courriers informatisés dans cette étude sont mieux renseignés que les manuscrits. Une discussion avec les praticiens sur les modalités de rédaction en cabinet a mis en évidence que les conditions de travail (temps, nombre de consultations, etc.) depuis l'instauration du parcours de soin conditionnaient en grande partie l'élaboration du courrier. Nous avons réalisé un exemple de lettre-type et mis en évidence l'apport du support informatique comme élément clef de la correspondance médicale de demain.
Résumé en anglais : During consultations in dermatology at the HIA Legouest, we find variability of content and presentation of letters from general practitioners. Difficult task of drafting, however, we wonder if it is not possible to build a standard response to facilitate their daily practice. Our task was to redefine the place of mail as a critical tool for the management of the patient in the new term care. Then we received letters from general practitioners to disclose the information present or not and to measure the expectations of dermatologists. The comparison of 445 letters from doctors with the advice of 45 dermatologists helped identify areas for improvement: the medical criteria prior to the consultation are not present indicating the usual treatment in 20% of known cases, background in 28.33% of the patient, lifestyle (alcohol and tobacco) in 2.28% and 2.92% indicated in allergies. The administrative criteria are well informed and in a lesser extent the medical criteria on the basis of the consultation. The computerized letters in this study are better informed than the manuscripts. A discussion with practitioners on drafting modalities in practice showed that the working conditions (time, number of visits, etc..) Since the introduction of care pathways largely conditioned the development of mail. We made an example of sample letter and highlighted the contribution of it support as a key element of medical correspondence tomorrow.
Titre en anglais : Dermatology in general medicine: roles and stakes of the medical correspondence. Example of the Army Instruction Hospital Legouest.
Mots clefs : Correspondance médicale, Hôpital d'Instruction des Armées, Dermatologie, Rédaction, Qualité.
Intitulé et adresse de l'UFR : Faculté de Médecine de Nancy 9, avenue de la Forêt de Haye 54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY

