

DOCTEUR BÉNÉDICTE DE CLIPPELE

Promotrice : Dr Marie-Dominique Vagenhende

TABLE DES MATIERES

I.	REMERCIEMENTS	3
II.	ABSTRACT	4
III.	INTRODUCTION	5
IV.	CONTEXTE	6
1.	ÉVOLUTION DE LA MÉDECIN GÉNÉRALE ET LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE	6
2.	MODÈLES-TYPES DE SOINS DE SANTÉ DANS LE MONDE	7
3.	SYSTÈME BELGE	7
V.	MÉTHODOLOGIE	8
1.	PRÉPARATION DES QUESTIONS	8
2.	CARACTÉRISTIQUES DU QUESTIONNAIRE	8
3.	DIFFUSION	9
4.	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON- MARGE D'ERREUR ET NIVEAU DE CONFIANCE	10
5.	ANALYSE DES RÉPONSES	10
6.	CRÉATION DE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE	10
7.	CONFLITS D'INTÉRÊT	10
VI.	RÉSULTATS	11
1.	ENTRETIENS	11
2.	QUESTIONNAIRE	11
	<i>Répartition des réponses</i>	<i>11</i>
	<i>PARTIE 1 : Profil des médecins spécialistes</i>	<i>12</i>
	<i>PARTIE 2 : Situation actuelle</i>	<i>15</i>
	<i>PARTIE 3 : Préférences des médecins spécialistes</i>	<i>20</i>
	<i>PARTIE 4 : Autres moyens de communication</i>	<i>25</i>
VII.	DISCUSSION	29
1.	BIAIS DE L'ÉTUDE	29
2.	ENTRETIENS	30
3.	QUESTIONNAIRE	31
	<i>Nombre de réponses</i>	<i>31</i>
	<i>PARTIE 1 : Profil des médecins spécialistes</i>	<i>31</i>
	<i>PARTIE 2 : Situation actuelle</i>	<i>33</i>
	<i>PARTIE 3 : Préférences des médecins spécialistes</i>	<i>35</i>
	<i>PARTIE 4 : Autres moyens de communication</i>	<i>37</i>
VIII.	LA LETTRE DE RÉFÉRENCE TYPE	40

IX. CONCLUSION.....	42
X. RÉFLEXION PERSONNELLE	43
XI. BIBLIOGRAPHIE	44
XII. TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	46
XIII. ANNEXES.....	47
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	48
ANNEXE 2 : MAIL ENVOYÉ AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES	56
ANNEXE 3 : ENTRETIEN DR MARIE-THÉRÈSE MARÉCHAL	57
ANNEXE 4 : ENTRETIEN DR OLIVIER DE COSTER.	62
ANNEXE 5 : RÉPONSE DU PRÉSIDENT D’ABEFRADOC	68
ANNEXE 6 : RÉPONSE DU DIRECTEUR MÉDICAL DU GROUPE JOLIMONT	68
ANNEXE 7 : GRAPHIQUES	69
ANNEXE 8 : TABLEAU COMPARATIF DE CONTENU DE LETTRES DE RÉFÉRENCE	70

I. REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le **Dr Marie-Dominique Vagenhende**, médecin généraliste, excellent maître de stage et promotrice de ce mémoire. Sa confiance, ses conseils, son accompagnement et sa relecture mais aussi son énergie positive ont contribué à sa concrétisation.

Je tiens à remercier le **Dr Guy Beuken**, professeur de l'Université Catholique de Louvain, médecin généraliste et mon maître de stage pendant les six premiers mois de cette année académique, pour m'avoir confortée et encouragée dans le choix du sujet.

Je tiens à remercier le **Dr Matthieu de Codt** et **Cédric Léonard** pour la relecture du questionnaire et pour leurs commentaires précis.

Je tiens à remercier le **Dr Marie-Thérèse Maréchal**, chirurgienne généraliste et le **Dr Olivier De Coster**, cardiologue, d'avoir accepté de m'accorder une interview pour faire un premier test de mon questionnaire afin d'affiner les questions adressées aux médecins spécialistes.

Mes remerciements vont aussi à tous les **directeurs médicaux** ayant transmis le questionnaire aux médecins spécialistes à l'intérieur de leur hôpital et aux **médecins spécialistes** qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire en répondant au questionnaire avec beaucoup de rigueur.

Je tiens à remercier **Tanguy Stas**, mon colocataire, pour son aide et sa connaissance approfondie de Google Sheets ainsi que mes **autres colocataires** pour leur soutien et pour avoir partagé mon quotidien en ces moments de confinement.

Je tiens à remercier **mes parents** ainsi que ma sœur et mon frère, Hélène et Henri, qui m'ont soutenue et aidée avec enthousiasme et beaucoup d'amour et qui ont pris le temps de relire minutieusement ce travail de fin d'études.

Je tiens à remercier **Guillaume** pour son soutien et ses petites attentions de motivation si appréciées.

II. ABSTRACT

Contexte: Une bonne communication entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste est primordiale pour une prise en charge de qualité des patients. La communication écrite, telle que la lettre de référence, demeure la forme de communication la plus courante et parfois la seule, entre professionnels de la santé.

Objectif: L'objectif de cette étude est d'évaluer les attentes des médecins spécialistes concernant les lettres de référence afin de proposer une lettre de référence type dactylographiée.

Méthode: Ce travail est une étude quantitative transversale, moyennant un questionnaire contenant des questions ouvertes et des questions à choix multiples, rempli par des médecins spécialistes à Bruxelles et en Wallonie. Les données recueillies ont été analysées, catégorisées et comparées avec celles d'autres études.

Résultats: 372 médecins spécialistes ont répondu au questionnaire de 36 questions. Plus de la moitié des médecins spécialistes, soit 51,3%, préconisent une lettre dactylographiée avec comme argument capital la lisibilité. L'autre moitié n'a pas de préférence et fait primer le contenu sur le contenant. Six éléments ont été retenus comme indispensables pour plus de la moitié des médecins : le traitement actuel (89,2%), les antécédents personnels (83%), l'anamnèse (70,2%), les protocoles des examens complémentaires adéquats (66,7%), une copie de la dernière prise de sang pertinente (51,3%) et les allergies (50, 2%). De plus, 80,1% des médecins spécialistes préconisent que le médecin généraliste soulève des hypothèses diagnostiques.

Conclusion: Une lettre de référence type dactylographiée contenant entre autres ces six éléments indispensables (traitement actuel, antécédents personnels, anamnèse, protocoles des examens complémentaires adéquats , dernière prise de sang et allergies) est proposée afin d'optimiser les lettres du médecin généraliste vers la médecine spécialisée.

Mots-clés: continuité des soins; lettre de référence ; communication; dossiers médicaux électroniques; qualité des soins.

III. INTRODUCTION

« Chère consœur, Cher confrère, je vous adresse mon patient,... »

Chaque semaine, de nombreux médecins généralistes réfèrent leurs patients aux confrères spécialistes. Une bonne communication est essentielle afin d'optimiser la prise en charge du patient. Cette communication se fait essentiellement par lettre de référence. Pourtant les médecins généralistes n'ont que rarement des retours sur la satisfaction des médecins spécialistes à propos de leurs lettres.

Au cours de mes trois années de spécialisation en médecine générale, j'ai constaté que les lettres de référence divergent fortement entre médecins, tant dans leur forme, que dans leur contenu : lettres manuscrites ou dactylographiées, lettres sommaires ou détaillées.

L'informatisation de la médecine permet aujourd'hui de créer des lettres types à partir d'un dossier patient clair et complet. Ces lettres sont à compléter en fonction du patient, de la pathologie et du médecin auquel nous référons.

Dès lors, une bonne lettre de référence du médecin généraliste nécessite (1) un dossier complet et (2) une communication fluide avec le médecin spécialiste.

Mais quelles sont finalement les attentes des médecins spécialistes ? Comment pouvons-nous en tant que médecin généraliste améliorer nos lettres de référence ? Quelles sont les informations à tenir à jour dans nos dossiers afin de faciliter la création de ces lettres ? La lettre de référence type pourrait-elle être une solution pour harmoniser la façon dont nous référons nos patients aux médecins spécialistes ?

IV. CONTEXTE

1. ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ET LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Contrairement aux médecins égyptiens qui traitaient chacun un système du corps plutôt que plusieurs, les médecins grecs, comme Hippocrate (460 avant J.-C.), étaient des généralistes qui ne faisaient pas la distinction entre les spécialités. Leurs cabinets étaient une salle de consultation, une salle d'opération et une pharmacie. Hippocrate a été un des premiers à proclamer que la base de la médecine réside dans l'observation du patient et non dans les spéculations des philosophes. Il a placé l'anamnèse et l'examen clinique au premier plan : la base de la médecine actuelle (1).

Ce n'est qu'au XVIII^e siècle qu'une différence est apparue entre les médecins de campagne omnipraticiens et les médecins des villes travaillant dans les facultés. Plus tard, au XIX^e siècle sont apparus les hôpitaux suite à la séparation des sexes, des âges et de l'état mental des patients. S'en sont suivies la gynécologie, la pédiatrie et la psychiatrie. Au cours des années 1960, les soins de santé en Belgique ont été réorganisés afin de réserver le travail hospitalier aux médecins spécialistes et les visites à domicile aux médecins généralistes (2).

En Belgique, le rapport du KCE 2018 note que convaincre les jeunes diplômés à s'orienter vers la médecine générale reste problématique même si sa part par rapport aux autres spécialités passe de 25% en 2010 à 31% en 2016. Idéalement, ce pourcentage devrait être à 40% (3).

Selon un rapport de la Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé sur les Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique, publié en mai 2019, la Belgique compte 56.090 médecins en droit d'exercer et domiciliés en Belgique en 2018. Parmi ces médecins, il y a 28.919 médecins spécialistes agréés et 16.263 médecins généralistes agréés. Les 10.908 médecins restants sont en formation ou sans titre professionnel particulier (4).

Plusieurs articles du code de déontologie mise à jour en juillet 2019, mentionnent l'importance d'un bon dossier du patient et d'une bonne communication entre confrères. L'article 6 du code de déontologie stipule que *«le médecin est conscient des limites de ses connaissances et de ses possibilités (...) et sollicite l'avis de confrères si l'intérêt du patient le*

justifie ». Pour ce faire «*il communique de façon adéquate(...)*», conformément à l'article 11. Les articles 26 et 27 stipulent que « *à la demande du patient ou avec son accord, le médecin transmet les informations et éléments pertinents à un autre professionnel de la santé* ».

Pour pouvoir communiquer les informations adéquates, « *le médecin tient à jour pour chaque patient un dossier (...)* », article 22. Celui-ci doit contenir, entre autres, les données socio-administratives, les comptes rendus de chaque consultation, les documents contenant les informations et les évaluations utilisées pour le suivi du patient. Le deuxième paragraphe de l'article 22 énonce les réserves sur l'informatisation des données de santé, qui malgré ses grands avantages, risque de porter atteinte à la confidentialité et au respect de la vie privée. L'objectif des réseaux de communication tel que e-Heath, le Réseau Santé Wallon ou Bruxellois et Abrumet est de promouvoir l'échange sécurisé d'informations médicales (5).

2. MODÈLES-TYPES DE SOINS DE SANTÉ DANS LE MONDE

Il existe trois modèles-types de soins de santé dans le monde (6) :

- Le modèle normatif hiérarchisé : un système régulé par l'Etat, autour des soins de première ligne, en fonction du lieu de résidence (Espagne, Finlande et Suède)
- Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme chef d'orchestre obligatoire du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Danemark et Australie)
- Le modèle professionnel non-hiérarchisé : une organisation des soins de première ligne à l'initiative des acteurs (Belgique, Allemagne, Canada et France)

3. SYSTÈME BELGE

En Belgique, chaque patient est libre de choisir son médecin généraliste afin que ce dernier constitue un dossier médical global centralisant les données médicales du patient. Le patient peut également choisir librement les médecins spécialistes, référé ou non par son médecin traitant. Si le patient est néanmoins référé, un petit remboursement est prévu moyennant une lettre type à joindre à la lettre de référence. Ce remboursement est valable une fois par an, par spécialisation.

V. MÉTHODOLOGIE

Ce travail est une étude quantitative transversale, moyennant un questionnaire contenant des questions ouvertes, à proportion et à choix multiples, rempli par des médecins spécialistes à Bruxelles et en Wallonie.

1. PRÉPARATION DES QUESTIONS

Afin d'élaborer une lettre type, il a fallu évaluer les attentes des médecins spécialistes. Pour ce faire, ils ont été interrogés sur la pratique actuelle et la pratique idéale en matière de lettres de référence. Pour obtenir un résultat objectif, j'ai établi un questionnaire anonyme via la plateforme Google Forms.

J'ai commencé par parcourir Pubmed en utilisant les Medical Subject Headings (MeSH) suivants : « *primary-secondary care interface* » avec les filtres « *familyphysician TW OR general* » et « *less than 10 years* ». Avec le MESH « *Referral Letter* » d'autres articles intéressants ont été retenus. Des informations supplémentaires ont été obtenues en recherchant des références dans ces articles (méthode boule de neige). Ceux-ci m'ont permis de préparer des questions plus ciblées. Par après, ces articles m'ont permis de comparer les résultats de l'enquête à la littérature.

J'ai fait relire ma liste de questions par un collègue gynécologue en formation pour avoir un avis. Ensuite, elle a été relue par ma promotrice, le Dr Marie-Dominique Vagenhende.

Pour tester le questionnaire, j'ai posé mes questions à deux médecins spécialistes, à l'aide d'une interview directive. Les deux entretiens m'ont permis d'ajuster et d'ajouter certaines questions. De plus, un directeur médical d'un hôpital à Liège m'a spontanément fait part de ses observations. Enfin, ma promotrice et son mari pédiatre ont relu la version finale.

2. CARACTÉRISTIQUES DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été créé avec Google Forms (annexe 1). Il est anonyme et composé de 36 questions dont 12 questions ouvertes, 19 à choix multiples et cinq questions de proportion avec une échelle de 1 à 10. Deux tiers des questions, majoritairement à choix multiples, sont obligatoires pour remettre le questionnaire.

Les critères d'inclusion sont : les médecins spécialistes travaillant dans la région de Bruxelles-Capitale et en Wallonie, possédant un accès au questionnaire en ligne.

Le critère d'exclusion est: les médecins généralistes.

Aux médecins spécialistes souhaitant recevoir les résultats de l'étude, une adresse mail est demandée à la fin du questionnaire.

Remarque: il était prévu d'inclure les candidats spécialistes mais le mail transmis qu'aux médecins spécialistes diplômés a généré un taux de réponses suffisant. Finalement, l'avis des candidats spécialistes de mon année a été demandé fin mars afin de trouver des concordances et discordances à présenter pendant l'examen oral. Ce dernier a été annulé suite au COVID-19. Les avis ont toutefois été inclus dans l'analyse de mon travail de fin d'étude.

3. DIFFUSION

Afin d'atteindre un grand nombre de médecins de différentes spécialités, j'ai adressé un mail aux directeurs médicaux des hôpitaux de Bruxelles et de Wallonie, leur demandant de bien vouloir transmettre le questionnaire aux médecins spécialistes de leur hôpital. Pour ce faire, je me suis basée sur les listes des hôpitaux généraux et universitaires de l'AVIQ¹ et sur le site cliniques-et-hôpitaux de BLUEBOOK².

Pour les spécialistes ne travaillant que dans le privé il a été beaucoup plus compliqué de trouver les adresses électroniques. L'idée a été abandonnée.

Le 2 mars 2020, le courrier électronique a été envoyé aux directeurs médicaux des hôpitaux (annexe 2). Le délai de réponse était fixé au 15 mars 2020, à prolonger jusqu'au 20 mars, si nécessaire. Suite à la crise du COVID-19, la date a été prolongée jusqu'à fin mars. Cette prolongation a permis de récolter également plus de réponses de médecins spécialistes travaillant à Bruxelles et dans le Hainaut, ces derniers étant beaucoup moins représentés. Finalement, l'enquête a été adressée à des médecins spécialistes de deux hôpitaux bruxellois dont les adresses électroniques ont été collectées sur le site de l'hôpital.

¹ AVIQ. Offre de soins agréés en C.F.W.B. <http://sante.wallonie.be> 2016. (consulté le 26/02/2020)

² Bluebook. Cliniques et hôpitaux dans votre région,. 2020 <https://www.cliniques-et-hopitaux.be> (consulté le 27/02/2020)

4. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON- MARGE D'ERREUR ET NIVEAU DE CONFIANCE

Pour une population de 13.201 médecins spécialistes agréés en Fédération Wallonie-Bruxelles, avec une marge d'erreur de 5% et un intervalle de confiance de 95%, on calcule une taille d'échantillon de 374 médecins. Si nous ajoutons les 2.835 candidats spécialistes, nous arrivons à un total de 16.036 médecins avec une taille d'échantillon de 376 médecins.

5. ANALYSE DES RÉPONSES

Un Google Sheets, c'est-à-dire un tableur en ligne, a été généré à partir des réponses des spécialistes au questionnaire créé avec Google Forms. Ce Google Sheets permet de produire des tableaux croisés dynamiques. Ces derniers affinent l'ensemble des données sous forme de graphiques et de tableaux qui sont repris dans ce travail. Pour les questions ouvertes, une analyse sémantique des réponses a été effectuée afin de les classer par catégorie. Des corrélations ont été recherchées entre les réponses en fonction de l'âge et des spécialisations des participants.

Remarque : un document Excel contenant toutes les réponses des médecins spécialistes à l'enquête peut être trouvé en annexe à la version électronique de ce Travail de fin d'études sur le site <http://www.mgtfe.be>.

6. CRÉATION DE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE

A partir des résultats de l'enquête, une lettre de référence type est proposée en fonction des réponses des médecins spécialistes et des articles scientifiques. Les lettres du Centre de Santé du Miroir à Bruxelles, où j'ai fait ma deuxième année d'assistantat en médecine générale, ont servi de base.

7. CONFLITS D'INTÉRÊT

Comme j'ai travaillé en tant qu'assistante en médecine générale et en milieu hospitalier pendant la rédaction de ce travail, je ne pense pas avoir de conflits d'intérêt.

L'objectif de mon TFE est de créer une lettre type de référence informatisée. Les questions pourraient être orientées dans ce sens.

VI. RÉSULTATS

1. ENTRETIENS

Le premier entretien a eu lieu le 30 janvier 2020 avec le Dr Marie-Thérèse MARÉCHAL, chirurgienne généraliste à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles. Le second, le 24 février 2020 avec le Dr Olivier DE COSTER, cardiologue exerçant principalement en cabinet privé à Schaerbeek. Les deux entretiens ont été très instructifs. Ils ont permis d'affiner et de perfectionner le questionnaire afin d'éviter les questions ambiguës et peu claires. La retranscription des interviews se trouve en annexe 3 et 4.

Dr Marie-Thérèse MARÉCHAL	Le 30 janvier 2020	Durée : 25min 24
Dr Olivier DE COSTER	Le 24 février 2020	Durée : 26min 28

2. QUESTIONNAIRE

Au total, 372 médecins spécialistes ont répondu au questionnaire entre le 1^{er} et le 31 mars 2020. Il était prévu de le clôturer le 20 mars mais suite à l'épidémie de COVID-19, le questionnaire a été prolongé jusqu'au 31 mars. Avec les 372 répondants à l'enquête, pour une population de 16.036 médecins, avec un niveau de confiance de 95%, nous obtenons une marge d'erreur de 5,02%.

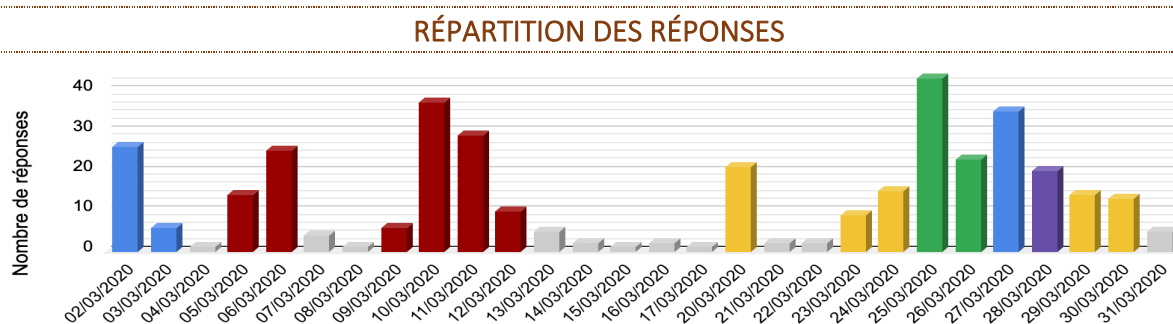


FIGURE 1: RÉPARTITION DES RÉPONSES SUR LE MOIS DE MARS

Les médecins spécialistes ont répondu en différentes vagues, selon la diffusion du questionnaire par les directeurs médicaux des hôpitaux. Les premiers à réagir ont été deux hôpitaux de Namur (en **bleu**), puis trois grands hôpitaux à Liège (en **rouge**). Il y a eu une baisse de réponses à la mi-mars, suite au COVID-19 et à la difficulté de relancer les directeurs médicaux très sollicités. Le 20 mars j'ai décidé de renvoyer le questionnaire auprès de plusieurs hôpitaux de Bruxelles (**jaune**) et du Hainaut (**vert**) afin de répartir les réponses sur les différentes provinces. Les couleurs sur le graphique représentent les jours de grande affluence de réponses provenant de ces provinces. Le 28 mars, les candidats spécialistes (en **mauve**) ont été nombreux à réagir.

PARTIE 1 : PROFIL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

1. AGE DES PARTICIPANTS

La tranche d'âge la plus représentée est celle de 41-50 ans avec 111 réponses, soit 29,84%.

30 des 34 répondants de moins de 31 ans, sont des candidats spécialistes.

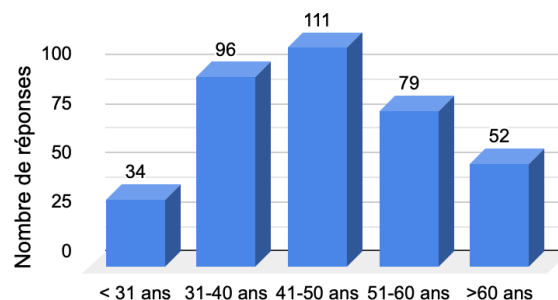


FIGURE 2: ÂGE DES PARTICIPANTS

2. ANNÉE DE PROMOTION EN MÉDECINE

L'année de promotion en médecine ayant été confondue avec l'année d'obtention du titre de médecin spécialiste, par plusieurs répondants, celle-ci ne sera mentionnée et illustrée qu'ici. De plus, elle est en corrélation avec l'âge, demandé à la question précédente.

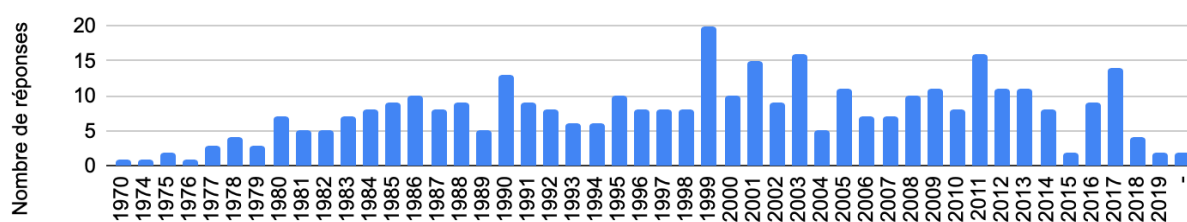


FIGURE 3: ANNÉE DE PROMOTION EN MÉDECINE

3. SPÉCIALISATION DU MÉDECIN

Selon le Service Public Fédéral, il y a 42 spécialités reconnues en Belgique :

Six de ces spécialités ont un contact limité avec la médecine générale et reçoivent rarement de lettres de référence. Parmi ces spécialités figurent la biologie clinique et l'anatomopathologie dont le travail est effectué en laboratoire, la médecine légale qui reçoit les constats de décès, la médecine du travail qui fait plutôt de la prévention, les spécialistes en gestion des données de santé et les médecins d'assurance et d'expertise médicale. Le responsable de ces derniers m'a répondu par mail que les médecins traitants réfèrent rarement leur patient aux médecins experts qui sont par ailleurs totalement étrangers au rôle de thérapeute. (voir annexe 5)

Des 36 restantes, en tout 34 spécialités ont répondu au questionnaire. La médecine aiguë et la réadaptation n'ont pas été citées telles quelles mais elles sont associées respectivement à la médecine d'urgence et à la médecine physique et de réadaptation.

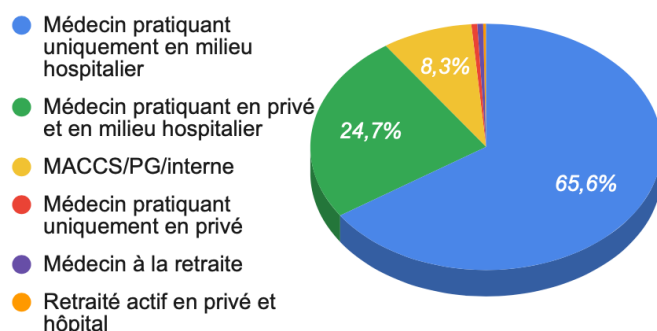
TABLEAU 1: NOMBRE DE RÉPONSES PAR SPÉCIALITÉ

Spécialisation	Agréés	Candidats spécialistes	Total
Anesthésie	20 (5,87%)	1 (3,23%)	21 (5,65%)
Cardiologie	20 (5,87%)	0 (0,00%)	20 (5,38%)
Chirurgie générale	13 (3,81%)	1 (3,23%)	14 (3,76%)
Chirurgie orthopédique	17 (4,99%)	1 (3,23%)	18 (4,84%)
Chirurgie plastique	2 (0,59%)	0 (0,00%)	2 (0,54%)
Dermatologie	6 (1,76%)	0 (0,00%)	6 (1,61%)
Gastroentérologie	18 (5,28%)	1 (3,23%)	19 (5,11%)
Gastroentérologie oncologique	3 (0,88%)	0 (0,00%)	3 (0,81%)
Gériatrie	7 (2,05%)	0 (0,00%)	7 (1,88%)
Gynécologie	22 (6,45%)	2 (6,45%)	24 (6,45%)
Hématologie Clinique	8 (2,35%)	0 (0,00%)	8 (2,15%)
Hématologie/oncologie pédiatrique	2 (0,59%)	0 (0,00%)	2 (0,54%)
Médecine d'urgence	13 (3,81%)	3 (9,68%)	16 (4,30%)
Médecine interne	7 (2,05%)	1 (3,23%)	8 (2,15%)
Médecine nucléaire	8 (2,35%)	0 (0,00%)	8 (2,15%)
Médecine physique et réadaptation	14 (4,11%)	0 (0,00%)	14 (3,76%)
Néphrologie	6 (1,76%)	0 (0,00%)	6 (1,61%)
Neurochirurgie	2 (0,59%)	0 (0,00%)	2 (0,54%)
Neurologie	17 (4,99%)	1 (3,23%)	18 (4,84%)
Neurologie pédiatrique	2 (0,59%)	0 (0,00%)	2 (0,54%)
Oncologie médicale	12 (3,52%)	2 (6,45%)	14 (3,76%)
Ophtalmologie	7 (2,05%)	1 (3,23%)	8 (2,15%)
Otorhinolaryngologie	20 (5,87%)	3 (9,68%)	23 (6,18%)
Pédiatrie	17 (4,99%)	10 (32,26%)	27 (7,26%)
Pneumologie	14 (4,11%)	0 (0,00%)	14 (3,76%)
Pneumologie oncologique	1 (0,29%)	0 (0,00%)	1 (0,27%)
Psychiatrie adulte	3 (0,88%)	1 (3,23%)	4 (1,08%)
Psychiatrie enfant-juvénile	3 (0,88%)	1 (3,23%)	4 (1,08%)
Radiodiagnostic	23 (6,74%)	0 (0,00%)	23 (6,18%)
Radiothérapie	7 (2,05%)	0 (0,00%)	7 (1,88%)
Rhumatologie	2 (0,59%)	0 (0,00%)	2 (0,54%)
Soins intensifs	4 (1,17%)	1 (3,23%)	5 (1,34%)
Stomatologie	4 (1,17%)	0 (0,00%)	4 (1,08%)
Urologie	4 (1,17%)	1 (3,23%)	5 (1,34%)
Endocrinologie	8 (2,35%)	0 (0,00%)	8 (2,15%)
Génétique	1 (0,29%)	0 (0,00%)	1 (0,27%)
Soins palliatifs	3 (0,88%)	0 (0,00%)	3 (0,81%)
?	1 (0,29%)	0 (0,00%)	1 (0,27%)
Total général	341	31	372

Trois spécialisations qui ne sont pas reprises dans les 42 spécialités reconnues en Belgique mais qui méritent d'être mentionnées, ont été citées dans les réponses: l'endocrinologie, la génétique et la médecine palliative. Un médecin, représenté par un « ? », a dû être distrait. Il a donné une réponse autre que sa spécialisation.

4. STATUT DU MÉDECIN :

La quasi-totalité des répondants travaillent en **milieu hospitalier** étant donné que l'enquête a été transférée par les directeurs médicaux.



Deux médecins travaillant dans le privé et deux médecins retraités ont également répondu au questionnaire. Un médecin retraité précise être encore actif en privé et en milieu hospitalier.

FIGURE 4: STATUT DU MÉDECIN

5. LIEU DE PRATIQUE (HORS CANDIDATS SPÉCIALISTES*)

Pour cette question, plusieurs réponses étaient possibles afin que les médecins travaillant dans différentes régions puissent les indiquer toutes.

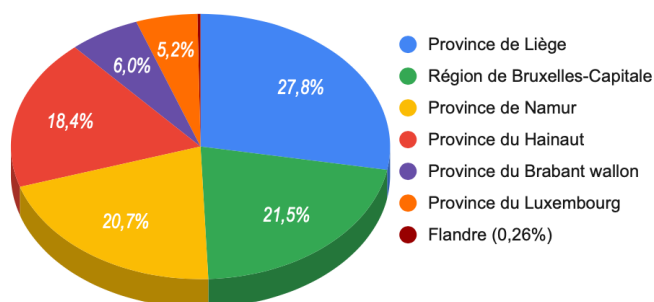
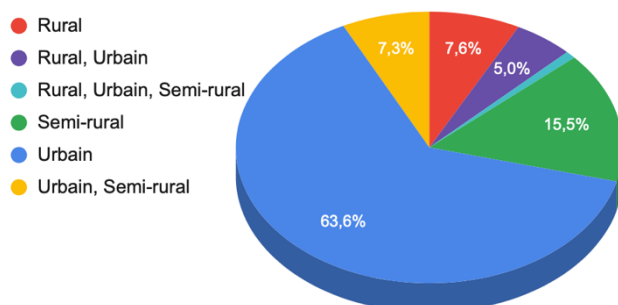


FIGURE 5: LIEU DE PRATIQUE (HORS CANDIDATS SPÉCIALISTES)

Les provinces les plus représentées sont Liège, la région de Bruxelles-Capitale et le Brabant-wallon.

6. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (HORS CANDIDATS SPÉCIALISTES*)



La majorité exerce son métier en **milieu urbain** uniquement. Ce chiffre passe à 76,8% si nous comptons tous les médecins spécialistes travaillant partiellement en milieu urbain.

FIGURE 6: ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (HORS CANDIDATS SPÉCIALISTES)

Chaque province est représentée par différents environnements de travail, sauf Bruxelles. Les médecins y travaillent majoritairement en environnement urbain.

*Les candidats spécialistes ne sont pas repris sur les deux derniers graphiques étant donné qu'ils changent plusieurs fois de province et d'environnement pendant leur formation.

PARTIE 2 : SITUATION ACTUELLE

1. PATIENTS RÉFÉRÉS PAR LE MÉDECIN TRAITANT

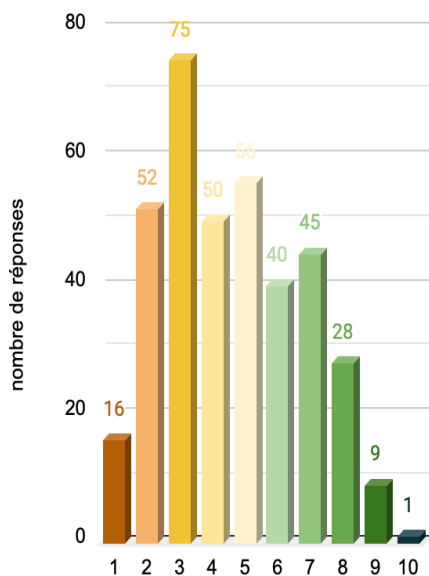


FIGURE 7: PROPORTION DE PATIENTS RÉFÉRÉS PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Quelle proportion des patients sont référés par leur médecin généraliste traitant ? Le chiffre 1 correspond à « aucun patient référé » et le chiffre 10 à « tous les patients référés ».

Un peu moins que la moitié, soit 45,6% des patients sont référés au spécialiste par le médecin généraliste.

La répartition des spécialités dans les catégories est très variée comme illustre la figure 30, en annexe 7. En gynécologie, pédiatrie et médecine d'urgence seule une petite partie des patients est référée par le médecin traitant.

En pneumologie, néphrologie et hématologie, on constate le contraire.

2. PROPORTION DE PATIENTS RÉFÉRÉS MUNIS D'UNE LETTRE

Ce graphique représente la proportion de patients référés par le médecin traitant munis d'une lettre de référence. Le chiffre 10 indiquant « tous les patients ont une lettre de référence » et le chiffre 1 « aucun patient ».

En moyenne, 44,8% des patients référés sont accompagnés d'une lettre de référence.

Dans la catégorie de médecins indiquant que tous les patients ont une lettre de référence, il y a 11 radiologues. Ce chiffre élevé découle de l'obligation pour les patients de disposer d'un formulaire de demande d'imagerie médicale.

La figure 31 en annexe 7 montre que, hormis la radiologie, il n'y a pas de spécialisation recevant plus de lettres de référence que d'autres.

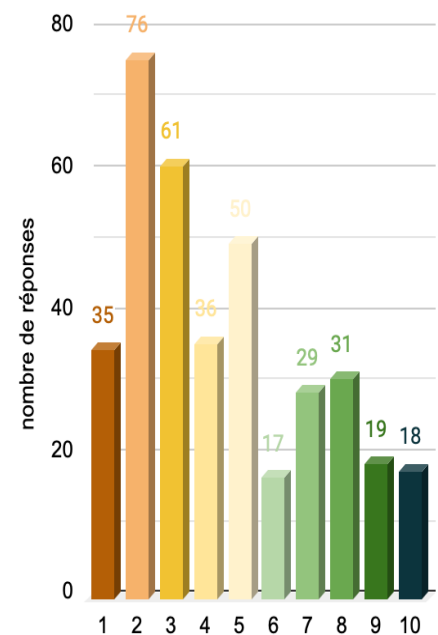


FIGURE 8: PATIENTS SANS/AVEC LETTRE DU MÉDECIN TRAITANT

3. TYPE DE LETTRES REÇUES

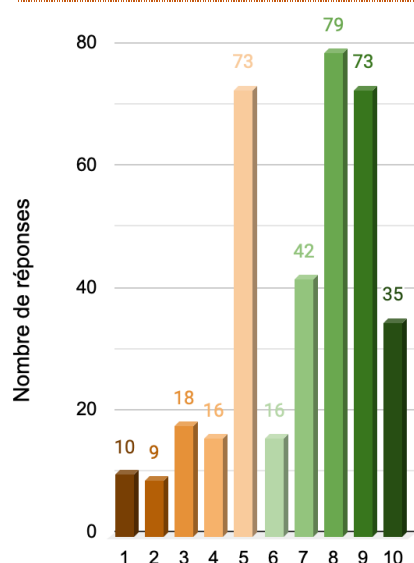


FIGURE 9: LETTRE DACTYLOGRAPHIÉE VERSUS MANUSCRITE

Quel genre de lettres les médecins spécialistes reçoivent-ils actuellement. Le chiffre 1 représentant « le plus souvent des lettres dactylographiées » et le chiffre 10 « le plus souvent des lettres manuscrites ».

Cela fait une proportion moyenne d'environ trois lettres dactylographiées (31,7%) pour sept lettres manuscrites (68,2%). La lettre manuscrite reste donc largement majoritaire actuellement.

4. LETTRE ACCOMPAGNÉE D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La lettre est généralement accompagnée d'examens complémentaires ? Le 1 représentant un « jamais » et le 10 un « toujours ».

En moyenne 34,25%, soit trois à quatre lettres sur dix sont accompagnées d'examens complémentaires.

Les spécialités dans chaque sous-groupe sont très variées, sauf pour le 10 « toujours avec examens complémentaires » où il y a deux anesthésistes et trois radiologues pour cinq réponses.

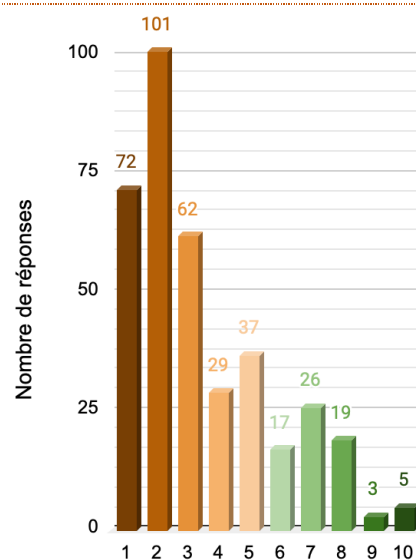


FIGURE 10: SANS/AVEC EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

5. LECTURE INTÉGRALE DES LETTRES DE RÉFÉRENCE

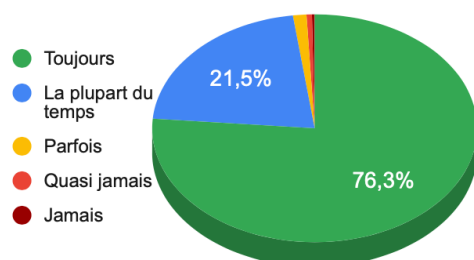


FIGURE 11: LISEZ-VOUS LES LETTRES JUSQU'AU BOUT?

Une vaste majorité des lettres de référence, soit 97,8%, sont lues intégralement par le médecin spécialiste au moins la plupart du temps.

6. LA LETTRE COMME BASE POUR LA CONSULTATION

91.9% des spécialistes se basent toujours (49.2%) ou la plupart du temps (42.7%) sur la lettre de référence. Les médecins, ne se basant quasi jamais ou jamais sur la lettre de référence, sont respectivement un anesthésiste et deux chirurgiens.

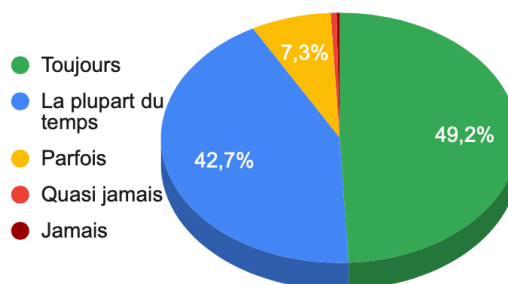


FIGURE 12: VOUS BASEZ- VOUS SUR LA LETTRE POUR LA CONSULTATION ?

7. VIGILANCE QUANT À LA SITUATION CLINIQUE DU PATIENT RÉFÉRÉ

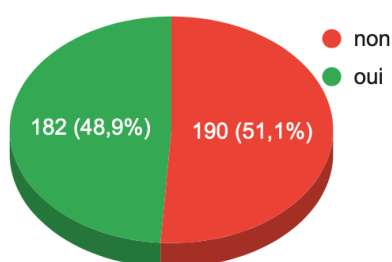


FIGURE 13: VIGILANCE AUGMENTÉE AVEC UNE LETTRE?

Plus de la moitié des médecins déclarent ne pas être plus vigilant quant à la situation clinique du patient lorsqu'il est référé par le médecin traitant.

Une répartition similaire est observée lors de l'analyse de la réponse par spécialisation, comme le montre le graphique ci-dessous.

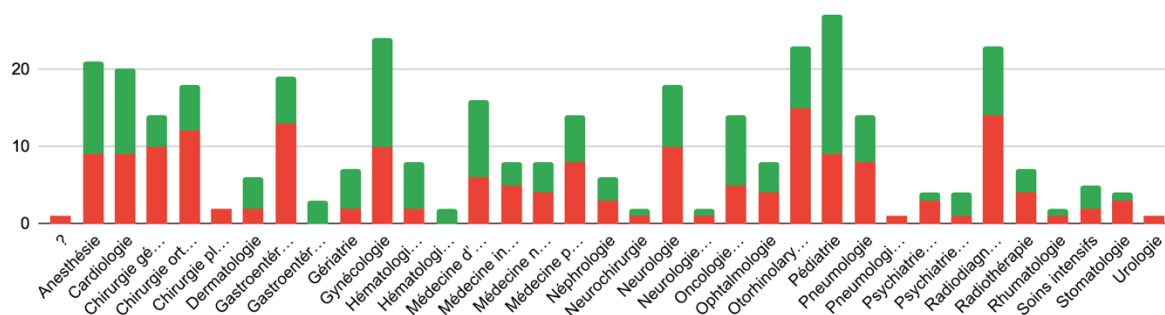


FIGURE 14: VIGILANCE AUGMENTÉE PAR SPÉCIALISATION

8. PROPORTION DE CAS MAL RÉFÉRÉS

Sur les 372 répondants, 236 médecins spécialistes, soit 63,3% estiment que un ou deux patients sur dix sont mal référés par leur médecin traitant.

En moyenne, 24,44% des patients sont mal référés par leur médecin traitant.

Le groupe de médecins estimant qu'au moins six patients sur dix sont mal référés comporte deux dermatologues, deux radiologues, deux gastroentérologues et un ORL.

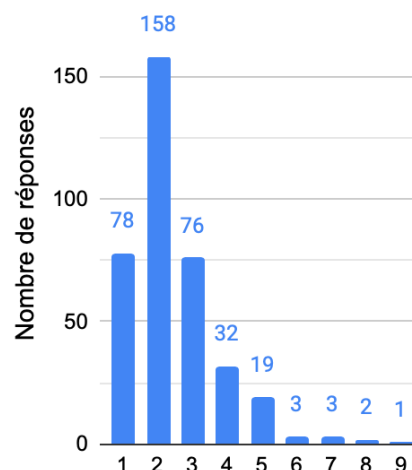
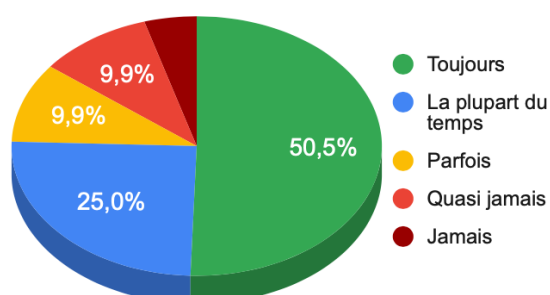


FIGURE 15: PATIENTS MAL RÉFÉRÉS PAR LE MÉDECIN TRAITANT ?

9. LETTRES DE RÉFÉRENCE SCANNÉES ET INTÉGRÉES DANS LE DOSSIER DU PATIENT



Les trois quarts des médecins spécialistes scannent et intègrent la lettre dans le dossier du patient toujours ou la plupart du temps.

Seuls 17 médecins (soit 4,6%) ne le font jamais.

FIGURE 16: LETTRES SCANNÉES ET INTÉGRÉES DANS LE DOSSIER DU PATIENT

10. RÉPONSE AU MÉDECIN TRAITANT

93% des spécialistes répondent aux lettres de référence, tel qu'il ressort du graphique à droite. Seulement deux médecins anesthésistes indiquent ne « jamais » répondre aux médecins généralistes.

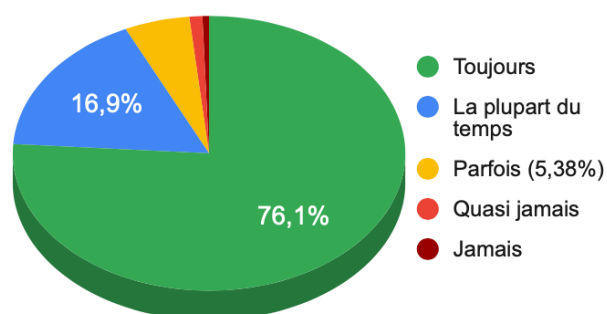


FIGURE 17: RÉPONSE AU MÉDECIN TRAITANT

SI NON, POURQUOI NE PAS RÉPONDRE ?

52 médecins spécialistes ont répondu à cette sous-question ouverte et non obligatoire.

37 ont donné DES RAISONS DE NE PAS RÉPONDRE au médecin traitant :

- Le manque de temps ou la difficulté de joindre le médecin traitant pendant les heures de garde ont été relevés par quinze médecins
- Le manque d'intérêt du rapport (bilan préopératoire) est pour cinq médecins anesthésistes la raison de ne pas répondre à la lettre de référence
- L'oubli exceptionnel est relevé par trois médecins
- Six médecins signalent ne répondre que s'ils estiment qu'il y a une plus-value pour le médecin traitant ou si le patient ou le médecin traitant en font la demande.
- Dans le même ordre d'idées, quatre médecins ne répondent que s'il y a une lettre de référence ou une demande claire du médecin généraliste. Je cite : « *pas de mot du généraliste , pas de lettre du spécialiste !* »
- Dans certains cas, le manque de réponse au médecin traitant découle de raisons propres à la spécialité. A cet effet, voici trois réponses :

- « *En psychiatrie, nécessité de prendre le temps, plusieurs consultations pour comprendre l'entièreté de la situation clinique et se faire une idée diagnostique... En général je rédige une lettre au médecin traitant après trois consultations* » (Psychiatre)
- « *Courrier envoyé à la fin si FIV mais pas lors du bilan* » (Gynécologue)
- « *Les patients que je vois sont généralement référés aux urgences par les MG, la lettre générée est au nom du médecin demandé dans l'ordinateur par les parents à l'accueil (souvent le pédiatre), nous n'avons pas le temps ni le pouvoir de changer cela si ce n'est pas le médecin qui nous le réfère. (...)* » (Pédiatrie)

Quinze médecins spécialistes ont spontanément signalé DES RAISONS DE RÉPONDRE au médecin traitant :

- La déontologie est un premier motif. Neuf médecins estiment qu'il est normal et déontologique d'informer le médecin traitant, même sans lettre de référence de sa part. Huit de ces neuf réponses proviennent de spécialistes ayant plus de 51 ans
- L'envoi systématique d'un compte rendu de la consultation, de l'examen ou de l'hospitalisation est la deuxième raison, relevée par six spécialistes.

PARTIE 3 : PRÉFÉRENCES DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

1. PRÉFÉRENCE POUR LETTRE MANUSCRITE OU DACTYLOGRAPHIÉE

La majorité, soit 51,3%, des médecins spécialistes, préfère une [lettre dactylographiée](#) par rapport à 1,1% qui préfère la lettre manuscrite car la lisibilité est un élément essentiel de la lettre de référence.

46,5% des médecins n'ont pas de préférence mais demandent une lettre lisible (voir après).

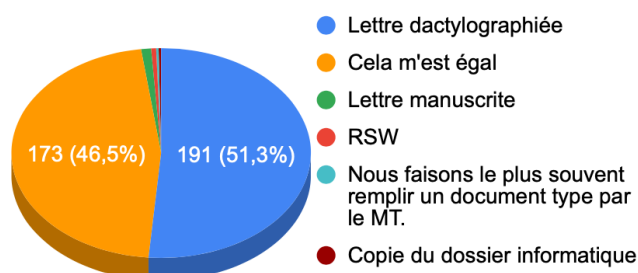


FIGURE 18: LETTRE MANUSCRITE VERSUS DACTYLOGRAPHIÉE

Autres :

- Un anesthésiste précise que le 'Centre de la douleur' où il travaille fait généralement remplir un document type par le médecin traitant.
- Deux médecins signalent qu'ils préfèrent recevoir les lettres par le Réseau Santé Wallon (RSW) ou Bruxellois.
- Un médecin trouve une copie du dossier informatique suffisante, sans précision.

POURQUOI CETTE PRÉFÉRENCE?

302 médecins ont réagi à cette question ouverte et non-obligatoire.

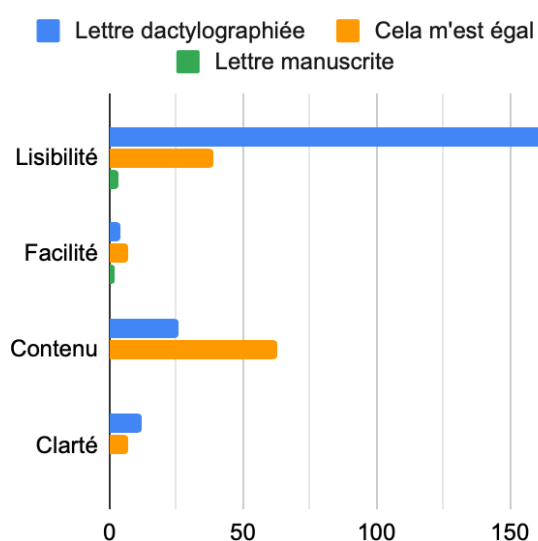


FIGURE 19: RAISON PRÉFÉRENCE LETTRE MANUSCRITE/DACTYLOGRAPHIÉE

La lisibilité de la lettre de référence est essentielle. Elle est mentionnée par 211 médecins, dont 169 marquant leur préférence pour la lettre dactylographiée et 39 médecins pour qui la forme n'a pas d'importance du moment que la lettre est lisible.

63 autres médecins n'ayant exprimé aucune préférence font primer le contenu sur la forme.

Remarque : La clarté et la facilité de rédaction pour le médecin traitant ont également été mentionnées.

2. PRÉFÉRENCE POUR TEXTE CONTINU OU MOTS STRUCTURÉS POUR L'ANAMNÈSE

La majorité (69,3%) des médecins préfère les mots structurés dans la lettre de référence, suivie de 18,3% des médecins optant pour le texte continu.

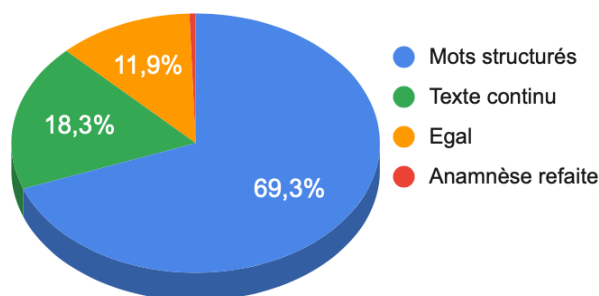


FIGURE 20: PRÉFÉRENCE TEXTE CONTINU VERSUS MOTS STRUCTURÉS

Près de 12% n'ont pas de préférence. Pour eux la forme de la lettre importe peu pour autant que l'information soit claire et compréhensible. A cet effet, un médecin relève qu'il faut éviter les abréviations.

Remarque : deux médecins signalent refaire l'anamnèse eux-mêmes.

3. PRÉFÉRENCE POUR LE CONTENU DES LETTRES

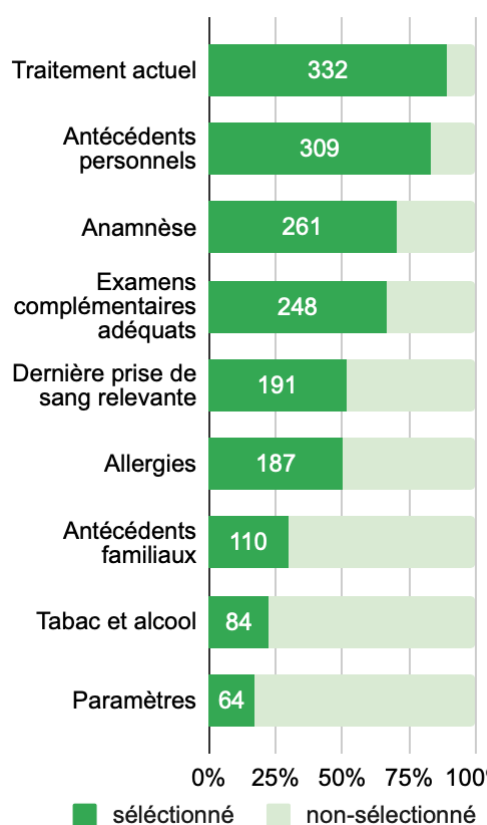


FIGURE 21: PRÉFÉRENCES DE CONTENU

Il y a six données que les médecins spécialistes préfèrent retrouver au niveau du contenu des lettres et qui dépassent la moitié des votes (en ordre décroissant):

1. Le traitement actuel (89,2%)
2. Les antécédents personnels (83%)
3. L'anamnèse (70,2%)
4. Les protocoles des examens complémentaires adéquats (66,7%)
5. La dernière prise de sang pertinente (51,3%)
6. Allergies (50,2%)

47 médecins ont donné une réponse personnelle et suggéré d'autres éléments à ajouter à la lettre de référence. Voici quelques suggestions:

- Le motif d'envoi ou la raison exacte de la consultation (mentionnés dans 23 réponses) ;
- Le contexte social, l'examen clinique, le projet thérapeutique ;
- Les coordonnées du médecin traitant, l'inquiétude du médecin traitant ;
- Éléments propres à la gériatrie : l'état fonctionnel habituel, l'état cognitif, etc.

Remarque d'un médecin: « *ajouter les protocoles entiers des examens complémentaires et pas le résumé (...)* »

4. QUELLES SONT LES INFORMATIONS MANQUANTES QUE VOUS JUGEZ INDISPENSABLES?

A cette question ouverte et non-obligatoire, il y a eu 275 réponses. Certains médecins ont mis plusieurs idées. Chacune des idées a été comptabilisée séparément, donnant un total de 335 idées à catégoriser. Voici les catégories mentionnées quatre fois au moins :

TABEAU 2: INFORMATIONS MANQUANTES

Traitement	117	Anamnèse détaillée/ciblée	12
Examens complémentaires	35	Hypothèses diagnostiques	11
Antécédents personnels	29	Allergies	8
Motivation	22	Coordonnées du MT	7
Biologie	17	Fonction rénale	7
Rien ne manque en général	16	Projet thérapeutique	4
Cadre de vie	14	Antécédents familiaux	4

- Le traitement est l'élément manquant le plus souvent, mentionné dans 31,4% des réponses.
- Parmi les sept médecins signalant la fonction rénale, il y a six radiologues et un néphrologue.
- Autres idées mentionnées : le degré d'urgence, la coagulation (venant d'anesthésistes), les coordonnées de la famille (venant de gériatres).
- Trois médecins trouvent que « toutes les informations manquent en général. »

Remarque d'un pédiatre en formation : « *Chez les enfants, clairement les paramètres: un poids récent et une tension artérielle (...) Les doses de médicaments en milligrammes (...) Il faut que ce soit clair (...) et SURTOUT évitez de dire oralement à vos patients ce que vous voulez (...).* »

5. QUELLES SONT LES INFORMATIONS QUE VOUS JUGEZ SUPERFLUES ?

Il y a eu 200 réponses à cette question ouverte et non-obligatoire.

TABEAU 3: QUE TROUVEZ-VOUS SUPERFLU?

Rien n'est superflu	137	Longue formule de politesse	4
Détail hors pathologie	9	Lettre trop longue	3
Antécédents exhaustifs	8	Mauvaise structure	3
Paramètres	6	Examens complémentaires inadéquats	3
Anamnèse trop détaillée	6	Biologie	3

Autres informations superflues mentionnées: le dossier complet du patient, le subjectif non-argumenté, des propositions d'examens complémentaires non faits, le dépistage...

6. LE MÉDECIN TRAITANT DOIT-IL ÉVOQUER DES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES?

La grande majorité, soit 80,1% des spécialistes, estime que le médecin traitant doit soulever des hypothèses diagnostiques.

De plus, des 72 (19,4%) spécialistes ayant répondu par la négative, 25 ont néanmoins précisé que cela leur est égal si le médecin évoque ses hypothèses diagnostiques.

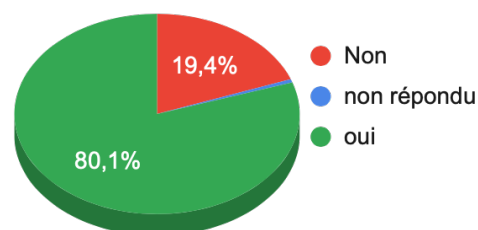


FIGURE 22: HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES?

Seuls deux médecins n'ont pas répondu à cette question non-obligatoire.

POURQUOI « OUI » OU « NON » ÉVOQUER DES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES?

Cette question, ouverte et non-obligatoire a récolté 292 réponses très variées. Elles ont été divisées en treize différentes catégories :

- Il en sort premièrement que pour 75 répondants (20%), les hypothèses diagnostiques ont l'avantage d'aider, orienter ou expliquer la raison d'envoi au médecin spécialiste.
- La connaissance du patient par le médecin traitant est un deuxième avantage relevé par 61 médecins spécialistes. Elle est très utile dans la démarche diagnostique.

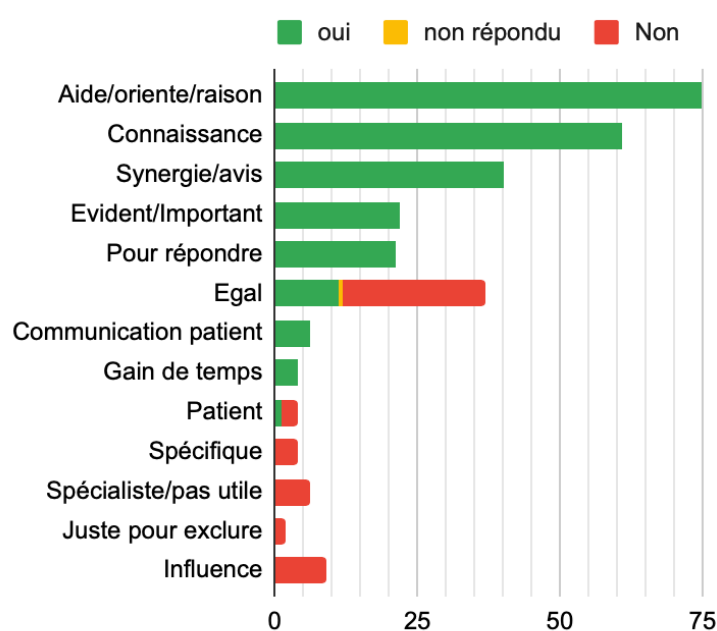


FIGURE 23: RAISONS DONNÉES POURQUOI OUI OU NON UNE HYPOTHÈSE DIAGNOSTIQUE PEUT ÊTRE ÉVOQUÉE

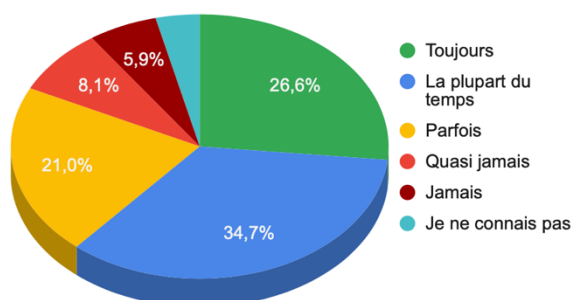
- Synergie/avis : 40 médecins considèrent qu'il y a plus dans deux têtes que dans une. La complémentarité et la prise en charge multidisciplinaire ont été citées. Un médecin évoque également « *qu'en cas de divergence on va plus loin* ».

- Égal : 37 médecins sont d'avis que le médecin traitant peut présenter des hypothèses diagnostiques mais qu'il n'est pas obligé de le faire.

- Évident/important : 22 médecins considèrent que la présence d'hypothèses diagnostiques est importante car elle montre l'implication du médecin traitant et elle fait partie de la démarche diagnostique. Pour certains d'entre eux leur présence est même évidente.
- Pour répondre : pour 21 spécialistes, les hypothèses diagnostiques leur permettent d'apporter des réponses plus complètes et adéquates aux questions des médecins généralistes.
- Communication patient : six spécialistes estiment que les hypothèses diagnostiques les renseignent sur ce qui a été dit au patient et évitent de donner des informations contradictoires.
- Gain de temps : quatre médecins pensent que les hypothèses diagnostiques peuvent accélérer la prise en charge.
- Patient : Les médecins qui ont répondu « non » trouvent difficile d'évoquer un diagnostic lorsqu'un autre a déjà été évoqué par le médecin au patient. Le médecin spécialiste ayant répondu « oui » est du même avis et propose donc de rester plus vague à ce niveau-là pour éviter les reproches du patient s'il y a une erreur de diagnostic.
- Spécifique : quatre médecins jugent qu'il n'est pas nécessaire d'évoquer des hypothèses diagnostiques dans leurs spécialités. *« Dans notre cas, le premier référent est le chirurgien, ou l'interniste qui doit procéder à un examen sous sédation. C'est dans les antécédents médicaux et biologiques que le médecin traitant nous apporte sa meilleure contribution. Sa meilleure connaissance du contexte personnel du patient nous aide en particulier pour des patients frustes pour lesquels l'anamnèse est une épreuve tant pour le prestataire que pour la personne interrogée. »* (anesthésie)
- Spécialiste/pas utile : Six médecins estiment qu'il appartient au médecin spécialiste de formuler les hypothèses diagnostiques en procédant aux examens complémentaires nécessaires. Deux d'entre eux trouvent que les hypothèses diagnostiques du médecin traitant ne sont d'aucune utilité pour la prise en charge.
- Juste pour exclure : deux médecins ne trouvent les hypothèses diagnostiques nécessaires que si le médecin généraliste veut écarter un diagnostic précis ou des maladies rares.
- Influence : neuf médecins, ayant répondu « non » évoquent un risque d'être influencé si le médecin traitant donne ses hypothèses diagnostiques.

PARTIE 4 : AUTRES MOYENS DE COMMUNICATION

1. RÉSEAU SANTÉ WALLON ET BRUXELLOIS



La majorité des médecins spécialistes (61,3%) utilise le Réseau Santé Wallon et Bruxellois au moins «la plupart du temps». 14% connaissent le principe mais ne l'utilisent quasi jamais ou jamais et 3,80%, soit 14 médecins ne le connaissent pas.

FIGURE 24: UTILISATION RÉSEAU SANTÉ WALLON ET BRUXELLOIS

Aucune spécialisation ou province n'est majoritaire dans aucune des catégories.

2. SUMMARIZED ELECTRONIC HEALTH RECORD (SUMEHR)

A la question « Utilisez-vous les SUMEHR? » plus de la moitié des médecins a répondu ne pas savoir ce qu'est un SUMEHR. Il n'y avait aucune explication pour ne pas influencer les réponses. 2,70% l'utilisent pour l'ensemble de leurs patients.

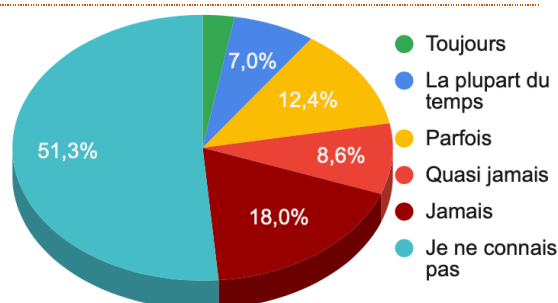


FIGURE 25: UTILISATION SUMEHR

3. PENSEZ-VOUS QUE LE PATIENT DOIT ÊTRE RÉFÉRÉ PAR SON MÉDECIN TRAITANT?

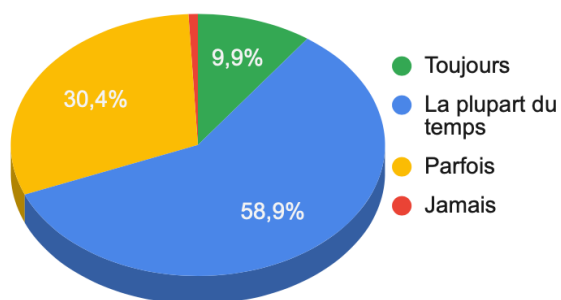


FIGURE 26: RÉFÉRENCE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

La majorité, soit 58,9% trouve que le patient doit « la plupart du temps » être référé par le médecin traitant. Pour 9,9%, cela doit être obligatoire. Les trois médecins trouvant que le patient ne doit jamais être envoyé par le médecin traitant sont un chirurgien, une radiothérapeute et un anesthésiste.

4. COMMENT AMÉLIORER LA MANIÈRE DE RÉFÉRER LE PATIENT ?

Pour cette question ouverte, non obligatoire il y a eu 177 réponses. Cinq ont répondu être satisfaits du fonctionnement actuel et seize ne pas savoir. Cinq spécialistes signalent recevoir des patients référés par d'autres médecins spécialistes et se décrivent comme des médecins de troisième ligne.

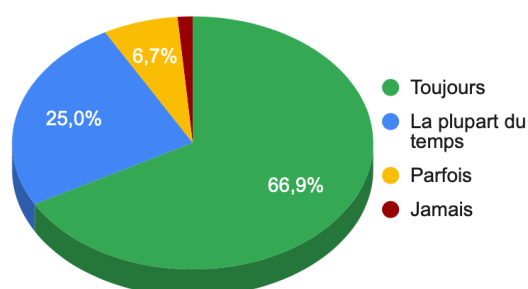
TABLEAU 4: COMMENT AMÉLIORER LA MANIÈRE DE RÉFÉRER (IDÉES CATÉGORISÉES)

Dossier informatisé, type RSW-B	26	Obligation passage MT	7
Communication mail	21	Lettre type	7
Communication téléphone	15	Contact/lettre/dossier avant la consultation	7
Référence/questionnaire informatisé	11	Prise de RDV privilégiée pour les MT	6
Communication mail/téléphone	8	Communication facilitée	6

D'autres idées proposées pour mieux référer le patient: un dossier en possession du patient, une accessibilité et une disponibilité accrues pour tous, un meilleur tri aux urgences, une sanction financière, l'éducation du patient, l'obligation de voir le médecin traitant après la consultation du médecin spécialiste, ...

Deux radiologues et un médecin nucléariste pensent que les médecins traitants doivent être mieux (in)formés sur les examens complémentaires et leurs prescription.

5. INCITEZ-VOUS LE PATIENT À TROUVER UN MÉDECIN TRAITANT QUAND IL N'EN A PAS ?



Une grande majorité (66,9%) des spécialistes incitent « toujours » ses patients à trouver un médecin traitant. Cinq médecins ne le font « jamais » : trois radiologues, un médecin nucléariste et un anesthésiste.

FIGURE 27: INCITATION À TROUVER UN MÉDECIN TRAITANT

6. TÉLÉPHONEZ-VOUS AU MÉDECIN TRAITANT ?

La grande majorité des médecins spécialistes appellent le médecin traitant « parfois ». Seulement cinq médecins le font « toujours » : deux radiologues, un médecin nucléariste, un oncologue et un gériatre.

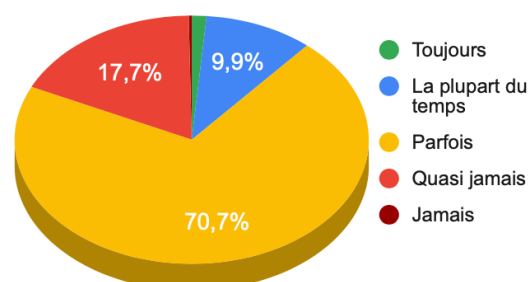


FIGURE 28: CONTACT TÉLÉPHONIQUE VERS MÉDECIN TRAITANT

POUR QUELLE RAISON TÉLÉPHONEZ-VOUS AU MÉDECIN TRAITANT ?

244 médecins ont donné différents raisons. Celles-ci ont été catégorisées puis divisées entre « les raisons d'appeler » et « les raisons de ne pas appeler » le médecin traitant.

TABLEAU 5: RAISON D'APPELER LE MÉDECIN TRAITANT

Informations manquantes	83	Urgence/maladie grave	12
Patient peu fiable	37	Connaissance du patient	11
Continuité des soins/avis/contact	29	Pour informer le médecin traitant	10
Complexité de la situation	16	Si estimé nécessaire	6
Collaboration	15	Examen/demande inappropriée	6

TABLEAU 6: RAISONS DE NE PAS APPELER LE MÉDECIN TRAITANT

Manque de temps	14	Information dans RSW ou autre	7
Non nécessaire	12	Pour ne pas déranger	3
Disponibilité limitée med. traitant	8		

D'autres idées ont été évoquées: en cas d'hospitalisation, pour les informations délicates non reprises dans les lettres, la non-compliance du patient au traitement, discordance entre le discours du patient et la lettre du médecin traitant ...

7. ÊTES-VOUS DÉRANGÉ PAR L'APPEL D'UN MÉDECIN TRAITANT POUR UN AVIS ?

Presque tous les médecins (97,6%), ont répondu ne pas être dérangés par un appel du médecin traitant :

- Douze médecins précisent qu'il y a des limites, par exemple lorsqu'il s'agit du énième avis de la journée ou au milieu d'une consultation ou opération.
- Trois médecins soulignent l'importance de cette collaboration indispensable.
- Un médecin estime qu'il est essentiel d'appeler en cas d'urgence afin de pouvoir intercaler le patient entre deux rendez-vous.

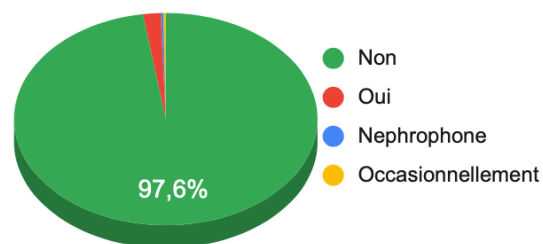


FIGURE 29: DÉRANGÉ PAR UN APPEL D'UN MÉDECIN TRAITANT POUR UN AVIS?

Un médecin veut bien être dérangé « occasionnellement » mais n'est « *pas adepte de la médecine par téléphone* ». Un néphrologue écrit que dans le service ils ont « *un numéro d'appel dit NEPHROPHONE toujours porté par l'un d'entre nous même les samedis* ». Des sept spécialistes à avoir répondu être dérangé par un appel, un précise répondre par écrit.

8. ADRESSES MAILS LAISSÉES POUR ÊTRE TENU AU COURANT DE L'ENQUÊTE

A la proposition de laisser une adresse électronique afin d'être tenu informé des résultats de l'enquête, 117 médecins ont répondu par la l'affirmative. Quatre médecins ont noté « oui » sans laisser leur adresse. Comme l'enquête est anonyme, je n'ai malheureusement aucune trace de leurs coordonnées.

9. COMMENTAIRES

A la fin du questionnaire les médecins spécialistes peuvent laisser un commentaire. Une centaine de médecins l'ont fait. Ne pouvant pas tous les catégoriser, en voici quelques-uns :

Concernant l'interaction entre médecins généraliste et spécialiste:

- « Il devrait y avoir beaucoup plus d'interactions, par exemple des consultations conjointes médecin traitant—médecin spécialiste(...) »
- « (...)J'avais proposé à ma direction d'organiser des journées d'échange pratique entre médecin spécialiste et médecin traitant (...) »
- « Les médecins traitants ne doivent pas hésiter à inviter les médecins spécialistes à venir parler de leurs pratiques en GLEM ou autres réunions scientifiques »
- « Si le médecin traitant ne suit pas mon avis ou s'il demande un second avis (ce qui est parfaitement légitime), j'aimerais être au courant, sinon je ne progresserai pas dans mon métier (...) »
- « Éduquer les patients à avoir une farde avec leurs résultats et traitement et leur indiquer de prendre ce dossier en consultation serait le GRAAL. »

Concernant les difficultés rencontrées avec les réseaux de santé informatiques :

- « La finalité du dossier médical global me laisse perplexe car les données sont totalement inaccessibles, enfermées dans le « coffre-fort informatique » du logiciel du médecin traitant. Très peu de données sont colligées dans les réseaux santé. »

Concernant la satisfaction quant à la relation avec le médecin traitant :

- « Travaillant en région semi-rurale, j'ai la chance d'avoir d'excellentes relations avec les médecins traitants des environs... Nous nous connaissons assez bien, et apprécions les efforts effectués de part et d'autre pour améliorer la communication. »
- « Certains médecins résument tellement bien l'affection du patient que j'ai quasi mon diagnostic à la lecture de leur lettre. »

Une vingtaine de médecins donnent des remarques encourageantes sur l'étude :

- « Superbe travail, réelle nécessité »
- « Bravo pour cette étude intéressante. Je suis très attaché à la relation médecin traitant – médecin spécialiste. Je serais intéressé d'avoir une copie de ton travail »

VII. DISCUSSION

1. BIAIS DE L'ÉTUDE

Le recrutement à l'enquête se faisant par courrier électronique, plusieurs biais peuvent être évoqués. Tout d'abord, l'objet de mon mail «La communication entre médecin généraliste et médecin spécialiste» a possiblement incité les médecins spécialistes intéressés par le sujet à répondre à l'enquête. Les résultats peuvent donc représenter une population de médecins qui trouvent cette communication importante.

Un deuxième biais suite au questionnaire informatisé est l'absence de réponses de médecins n'ayant pas accès à l'informatique - même si cela devient de plus en plus rare - ou de médecins réticents à répondre à une enquête en ligne. Par ailleurs, l'objectif de ce travail de fin d'études étant de créer une lettre de référence type informatisée, il est possible que le questionnaire et les réponses portent sur l'informatisation des dossiers médicaux et de la médecine.

En passant par les directeurs médicaux des hôpitaux, j'ai créé deux autres biais. Premièrement, le biais de ne prendre en compte que les médecins spécialistes travaillant en milieu hospitalier. Deuxièmement, si le directeur médical n'a pas transféré le questionnaire, l'entièreté des médecins spécialistes de cet hôpital ne sont pas repris dans l'étude.

En catégorisant les réponses aux questions ouvertes, il est possible que mon interprétation personnelle ait influencé le tri.

Finalement, l'épidémie du COVID-19 a influencé le nombre de réponses. Si le virus a d'abord surchargé les médecins spécialistes et limité leur temps de réponse à l'enquête, il a ensuite libéré du temps pour certains spécialistes ne pouvant accepter que les consultations urgentes. De plus, le virus a mis en avant l'importance de la communication entre la première et la seconde ligne de soins de santé et par la peut-être incité certains spécialistes à participer à l'enquête.

2. ENTRETIENS

Avant de lancer mon enquête, j'ai eu deux entretiens préparatoires.

La première interview a eu lieu avec le Dr Marie-Thérèse Maréchal, chirurgienne générale, qui m'a conforté dans mon choix de sujet. Elle reconnaît que la communication avec les médecins généralistes est très importante et peut être fluide si les deux interlocuteurs sont motivés et prêts à communiquer. Le Dr Maréchal est satisfaite de la collaboration avec les médecins généralistes : « *On a l'habitude de travailler ensemble (...). On reconnaît la façon d'écrire. En général, c'est bien structuré.* »

Elle ajoute qu'une lettre de référence donnée au patient, « *leur enlève déjà un stress. Ils sont plus à l'aise et plus confiants* » lors de la consultation. Elle pense qu'il serait intéressant de mieux (in-)former les patients sur l'importance d'avoir un médecin traitant. « *On fait plein de campagnes télévisées (...) Mangez ceci, faites pas cela. Mais on devrait encourager les gens à se faire suivre par un médecin généraliste.* »

Elle signale également l'avantage de la visite de certains médecins traitants à hôpital et souligne combien « *cela facilite les choses, parce que c'est un super interlocuteur. (...) Quand il y a des gens qui ont du mal à accepter un diagnostic lourd (...) Le fait que le médecin parle au patient et qu'il explique, la famille, tout d'un coup a l'air de comprendre.* »

Le Dr Olivier De Coster, cardiologue, émet ses réserves par rapport au dossier centralisé du patient sur le Réseau. Le risque d'utilisation des données à des fins non médicales l'empêche d'utiliser le réseau santé Wallonie-Bruxelles. Il propose comme alternative une carte avec un chip en possession du patient. Tant pour responsabiliser le patient au niveau de son dossier médical et de ses données, tant pour le protéger contre d'éventuelles fuites de données médicales.

Le Dr De Coster est satisfait du système de santé en Belgique où le patient a le libre choix tant en ce qui concerne le médecin traitant que le médecin spécialiste car « *il permet, d'une part, qu'un médecin généraliste ne garde trop longtemps un patient qui ne va pas bien, et inversement que les gens ne fassent du shopping médical* ». Toutefois, il insiste auprès du patient d'aller voir son médecin généraliste dans les dix jours après la consultation en

cardiologie. Pour lui, il est important de travailler avec le médecin traitant et de ne pas s'y substituer.

Conclusion : ces deux entretiens préparatoires confirment l'importance primordiale d'une bonne communication entre les médecins traitants et leurs confrères spécialistes. Les deux médecins spécialistes se montrent très accessibles pour leurs patients et leurs confrères généralistes. Ils sont engagés et enthousiastes pour améliorer cette communication au quotidien. En partageant leurs points de vue sur cette communication, ils m'ont aidée à reformuler des questions et à en ajouter à l'enquête.

3. QUESTIONNAIRE

NOMBRE DE RÉPONSES

Le nombre important de répondants à l'enquête, soit 372 et leurs réponses rigoureuses aux nombreuses questions ainsi que leurs réactions positives dans les commentaires montrent que les médecins spécialistes ont été intéressés par le sujet de l'étude.

Il est difficile d'estimer le nombre exact de médecins, sur les 13.201 médecins spécialistes travaillant dans la Fédération Wallonie-Bruxelles ayant reçu le lien vers le questionnaire. Cela dépendait du temps et de la motivation de leurs directeurs médicaux respectifs. En annexe 6 vous trouvez un mail positif et motivant d'un directeur médical expliquant le pic de 43 réponses le 25 mars 2020.

Avec la marge d'erreur de 5,02% que nous obtenons avec les 372 répondants nous pouvons considérer que nos résultats sont susceptibles de refléter l'opinion des médecins spécialistes de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

PARTIE 1 : PROFIL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

1. SPÉCIALISATION DES MÉDECINS

Il est très intéressant et prometteur d'avoir obtenu des réponses de la majorité des spécialisations reconnues en Belgique (34 sur 42). Ceci montre qu'il y a un intérêt à améliorer la communication avec le médecin traitant de la part de toutes les spécialités. Par contre, le travail d'analyse des réponses en devient plus compliqué car certaines réactions sont très spécifiques à la spécialisation du médecin répondant.

Il est difficile d'obtenir des chiffres par spécialité et par région, afin de calculer le taux de réponse exact par spécialité, par rapport au nombre officiel de spécialistes de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

De plus, les spécialités sont catégorisées différemment en fonction des rapports de statistiques annuelles. Je me suis basée sur le rapport STATAN 2018 (4), lequel signale une proportion de spécialistes de 42% pour la Fédération Wallonie-Bruxelles par rapport à 58% pour la Flandre.

Prenons l'exemple de l'ORL et de la gynécologie. Ce sont deux spécialités spécifiques reprises telles quelles dans les rapports. En prenant 42% du nombre de gynécologues et d'ORL en Belgique, nous obtenons respectivement environ 726 gynécologues et 317 ORL, ce qui fait un taux de réponse de 3% et 6%. Ce taux est fort similaire pour les autres spécialités.

TABEAU 7: TAUX DE RÉPONSE CALCULÉ POUR LA GYNÉCOLOGIE ET L'ORL

	Réponses	Agréés en Belgique	Nombre calculé (42%)	Taux calculé
Gynécologie	22	1729	726	3%
ORL	20	755	317	6%

2. AGE DES MEDECINS

La courbe représentant l'âge des répondants dans notre étude ressemble à une courbe de Gauss. Elle n'est pas représentative pour la répartition plutôt linéaire des médecins agréés en Belgique selon le rapport STATAN(4).

La répartition des âges est très satisfaisante. Elle montre que le sujet est intéressant tant pour les jeunes médecins, qui ont grandi à l'ère du numérique, que pour les médecins plus âgés qui n'ont connu l'informatisation des dossiers qu'au cours de leur carrière professionnelle.

3. STATUT DU MÉDECIN - LIEU DE PRATIQUE - ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Les trois éléments sont étroitement liés. Aussi, seront-ils discutés ensemble.

En contactant, puis en relançant les directeurs médicaux de tous les hôpitaux francophones, une belle répartition au niveau des provinces a été obtenue. Pour les deux médecins qui travaillent uniquement en cabinet privé et les deux médecins retraités, il n'est pas possible de savoir comment ils ont reçu mon mail. Le mail a-t-il été transmis par un collègue? Sont-ils repris dans une liste d'un hôpital où ils ne travaillent plus?

Puisque la majorité des hôpitaux sont situés dans les grandes villes, il n'est pas surprenant que la grande partie des répondants exercent en milieu urbain.

4. REMARQUE

Vous remarquez que le sexe des médecins n'a pas été demandé. Il s'agit partiellement d'un oubli. Puis, j'estimais que cette distinction n'apporterait rien de plus aux résultats de mon enquête.

PARTIE 2 : SITUATION ACTUELLE

1. RÉFÉRENCE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE (AVEC OU SANS LETTRE)

Selon les médecins repris dans cette étude entre quatre et cinq patients sur dix sont référés par leur médecin traitant. Plusieurs spécialistes, dont le Dr de Coster font la remarque pertinente qu'une partie des patients qui consultent sont envoyés par un confrère spécialiste ou viennent pour une consultation de routine. Certains se considèrent comme spécialiste de 3^e ligne et ne voient quasi que des patients référés par des confrères spécialistes.

Il est surprenant que plus d'un tiers des médecins spécialistes ne reçoivent une lettre de référence pour seulement deux ou trois patients sur dix envoyés par leur médecin traitant. On peut supposer qu'un nombre important de patients oublient leur lettre comme l'évoquent le Dr De Coster et un radiologue dans l'enquête « *Que faire pour que les patients n'oublient pas leur demande? C'est le cas d'un tiers des patients!* ». Ce dernier propose une prescription d'examen par une plate-forme informatique. Enfin, d'autres patients sont envoyés chez le spécialiste sans lettre de référence après un appel du médecin traitant.

Une lettre de référence type pourrait-elle augmenter la proportion de patients référés par le médecin généraliste à l'aide d'une lettre ?

2. UTILISATION DES LETTRES

Il est très encourageant de savoir que la grande majorité des lettres de référence sont lues intégralement et utilisées comme base pour la consultation par les médecins spécialistes. Grâce à ces lettres, près de la moitié des médecins spécialistes se dit plus vigilant à la situation clinique du patient, ce qui peut influencer positivement les soins dispensés aux patients ainsi que la satisfaction des patients. Ce qui ne veut pas dire que l'autre moitié des médecins spécialistes dispensent mal leurs soins.

Un quart des médecins ne scanne et n'intègre les lettres que de temps en temps ou jamais. Mais comme le soulève le Dr De Coster dans son interview, certains médecins spécialistes reprennent les informations et les intègrent dans le dossier sans pour autant scanner la lettre du médecin traitant.

3. PROPORTION DE PATIENTS MAL RÉFÉRÉS PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Par cette enquête, nous apprenons que les médecins spécialistes sont globalement satisfaits de la fréquence à laquelle les médecins généralistes réfèrent leurs patients. Il est intéressant de constater que deux tiers estiment qu'un ou deux patients sur dix sont mal référés par leur médecin traitant. Les situations où le patient est mal référé n'ont pas été sollicitées dans ce travail. La réponse aurait pu être intéressante et nous éclairer sur les erreurs d'aiguillage, la non-nécessité d'une consultation ou les problèmes de compréhension entre le médecin généraliste et le patient (neurologie-urologie).

4. RÉPONSE AU MÉDECIN TRAITANT

Plus de 90% assurent répondre au médecin traitant la plupart du temps. À ce sujet, nous n'avons pas de chiffres exacts du nombre de réponses qui parviennent aux médecins généralistes. Lors d'un sondage de médecins généralistes et spécialistes à Boston (USA), 87% des médecins spécialistes affirment répondre au médecin traitant dans les sept jours. Pourtant les médecins généralistes déclarent recevoir une réponse dans les sept jours seulement dans 36% des cas. Par ailleurs, quatre semaines après la consultation chez le spécialiste, 25% des médecins généralistes n'avaient toujours pas reçu de réponse du spécialiste (7). La même chose est observée aux Pays-Bas où seulement 22,5% des médecins généralistes estiment que le rapport du médecin spécialiste leur parvient en temps opportun (8). Il est évident que différentes variables entrent en jeu dans l'envoi des rapports: le médecin, le programme informatique, le secrétariat, le patient, la poste, l'adresse et la réception du courrier. En tant que médecin généraliste, il m'arrive régulièrement d'appeler un hôpital ou un confrère spécialiste pour obtenir une copie d'un rapport de consultation qui ne m'est pas parvenu.

Il est donc important pour le médecin traitant de noter correctement ses coordonnées sur la lettre de référence afin d'éviter une erreur d'adressage par le médecin spécialiste.

PARTIE 3 : PRÉFÉRENCES DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

1. LA LETTRE MANUSCRITE VERSUS LA LETTRE DACTYLOGRAPHIÉE

Dans notre étude, il y a un contraste important entre la situation actuelle où près de 70% des lettres sont écrites à la main et la préférence des spécialistes pour les lettres dactylographiées.

Selon une étude rétrospective à Sydney, analysant les lettres de référence de médecins généralistes vers les urgences, les lettres dactylographiées sont plus susceptibles d'inclure une histoire médicale précise et une liste de médicaments, contrairement aux lettres manuscrites de moins bonne qualité et moins lisibles (9).

Une étude en Irlande analyse 3261 lettres de référence de la médecine générale vers la médecine spécialisée entre 2013 et 2015. La grande majorité des lettres est dactylographiée (95%). Presque toutes ces lettres mentionnent la raison d'envoi (98%) et la plupart contiennent l'anamnèse (90%), les antécédents personnels (85%) et le traitement actuel (82%) (10). On pourrait en déduire qu'en augmentant la proportion de lettres de référence dactylographiées on peut obtenir plus de lettres contenant les informations indispensables mis en avant par les spécialistes de notre étude. De plus, Jones *et al.* (11) ont démontré que les dossiers médicaux électroniques améliorent les lettres de référence et leur contenu.

Une étude par le professeur Ramanayake (12) au Sri Lanka met en avant les avantages d'une lettre type, manuscrite ou dactylographiée. Nous y retrouvons les mêmes idées évoquées dans notre étude : la lisibilité n'est plus un problème, en particulier si toute la lettre est informatisée. Le format structuré et les titres rendent le document plus clair et le contenu plus exhaustif. Il s'agit simplement de remplir les informations du patient et c'est un gain de temps pour le médecin généraliste et le médecin spécialiste. D'autres avantages relevés sont le coût minimal, le peu d'importance des compétences en rédaction et le fait que les lettres peuvent être utilisées pour tout type de référence ou médecin spécialiste.

2. CONTENU DES LETTRES

En Irlande, l'Irish Health Information and Quality Authority (HIQA) a développé en 2011 le « National standardised patient referral template », pour référer le patient vers le milieu hospitalier. Une étude de 2013 montre une compliance médiocre à ce formulaire qui est pourtant très complet et qui reprend entre autre le degré d'urgence, les coordonnées du patient et du médecin référent, la raison d'envoi, l'anamnèse, l'examen clinique, les examens

complémentaires, les antécédents personnels et familiaux, le traitement actuel, les allergies,... (13). Toutes ces données ont été mentionnées dans les réponses à notre questionnaire. La faible compliance à ce formulaire standardisé irlandais pourrait être expliquée par le fait que c'est un canevas à remplir à la main. Il pourrait néanmoins être utilisé comme base pour créer notre canevas informatique.

Certaines informations indispensables pour une spécialité peuvent être superflues pour une autre. Selon une revue de la littérature, l'analyse de lettres de référence montre un manque des informations suivantes : le traitement, les examens déjà effectués, les symptômes et le degré d'urgence estimé (14). Le traitement mis à jour et adéquat est l'élément indispensable selon les médecins spécialistes de notre étude. Pourtant, celui-ci manque le plus souvent. Une étude en Australie a évalué les traitements transmis par les médecins généralistes dans les lettres de référence. La précision de la liste de médicaments et de la dose de chaque médicament était correcte dans respectivement 63% et 84% des lettres, soit un taux d'exactitude global de 58% (15).

Un grand nombre de médecins spécialistes dans notre étude ne trouvent aucune information superflue et précisent qu'ils font eux-mêmes le tri des informations. Même s'il va de soi que trop de détails hors pathologie risquent de polluer la lettre.

Le docteur José François (16), professeur de médecine générale à Winnipeg au Canada, propose un outil pour évaluer la qualité des lettres de référence des candidats médecins généralistes. On y retrouve une liste de données à reprendre dans la lettre de référence, basée sur une revue systématique d'articles entre 1970 et 2005. Cette liste, est reprise dans le tableau en annexe 8, comme le formulaire standardisé de l'HIQA et l'étude de Ramanayake ci-dessus.

3. LE MÉDECIN TRAITANT DOIT-IL ÉVOQUER SES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES?

Selon quatre-vingts pour cent des médecins spécialistes de notre enquête il est important que le médecin généraliste évoque des hypothèses diagnostiques dans ses lettres de référence. Celles-ci aident à orienter le médecin spécialiste dans sa démarche et informent des raisons d'envoi car le médecin traitant connaît son patient. Nous retrouvons cet intérêt de mentionner des hypothèses diagnostique dans plusieurs études reprises en annexe 8 (12,13,16,17) .

PARTIE 4 : AUTRES MOYENS DE COMMUNICATION

1. RÉSEAU SANTÉ WALLONIE-BRUXELLES ET LE SUMERH

Il est étonnant de voir que plus de la moitié des médecins spécialistes ne connaissent pas le SUMEHR qui est un résumé du dossier médical global du patient partagé par le médecin traitant sur le Réseau Santé Wallonie-Bruxelles. L'information sur le SUMEHR aurait-elle été mal transmise aux médecins spécialistes ? Serait-ce parce qu'ils ne connaissent pas le terme exact tout en l'utilisant ? Un gériatre de notre étude, signalant ne pas connaître le SUMEHR, propose pourtant de créer *«un dossier médical global accessible aux médecins hospitaliers»* pour mieux référer le patient.

2. PENSEZ-VOUS QUE LE PATIENT DOIT ÊTRE RÉFÉRÉ PAR SON MÉDECIN TRAITANT?

Les réponses à notre questionnaire montrent que la majorité des médecins spécialistes est d'accord avec le système belge selon lequel le patient a le droit au libre choix du praticien. Seulement 9,9% des médecins estiment que le patient devrait toujours être référé par le médecin traitant. Deux médecins trouvent le système aux Pays-Bas fonctionnel: afin d'être remboursé pour une consultation avec un médecin spécialiste, le patient doit disposer d'une lettre du médecin traitant.

Le Royaume-Uni a depuis plus de 100 ans un système de « gatekeeping », où le patient doit voir le médecin traitant avant de consulter un médecin spécialiste, sauf pour entre autres la pédiatrie, la psychiatrie et l'aide à l'arrêt du tabac. En retour, les soins prodigués par le spécialiste sont complètement gratuits pour le patient. En 2016, G.Greenfield (18), décrit les avantages de ce système tels qu'un temps réduit d'attente avant de voir le médecin spécialiste ou une meilleure maîtrise des coûts. Il informe également des inconvénients comme : nier l'autonomie et le choix du patient ou augmenter le délai avant un diagnostic.

3. COMMENT AMÉLIORER LA MANIÈRE DE RÉFÉRER LE PATIENT EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE ?

Une quinzaine de spécialistes participant à l'enquête proposent d'optimiser et multiplier les contacts téléphoniques. Une étude qualitative anglaise évoque le risque d'un « téléphone ping-pong » suite aux médecins mutuellement occupés ou avec des horaires non concordants (19).

Un trentaine de spécialistes abordent l'idée d'une communication facilitée par mail. Selon l'étude anglaise citée ci-dessus, la nature asynchrone mais instantanée du mail peut être plus

efficace que les autres manières de communication et peut diminuer les références inutiles vers les médecins spécialistes. Les préoccupations suscitées concernent la confidentialité, la sécurité de l'information et la charge de travail. En plus, documenter ces échanges dans le dossier du patient ne peut être oublié.

Une étude gantoise suggère que les mails avec confirmation de lecture sont un moyen de communication rapide. Ils peuvent remplacer le face-à-face et l'appel téléphonique avec l'avantage de la traçabilité et la consultation par des tiers. Selon cette même étude la communication entre les soignants est une compétence essentielle qui devrait figurer dans le curriculum des études de médecine afin de devenir une caractéristique de qualité du soignant (20).

Au Canada, des chercheurs se penchent actuellement sur l'élargissement de l'eConsult, un modèle de communication asynchrone qui permet aux prestataires de soins primaires de consulter électroniquement des spécialistes concernant les problèmes médicaux de leurs patients. Il a été démontré que les projets d'eConsult réduisent les temps d'attente pour les soins spécialisés, empêchent les références inutiles et réduisent les coûts du système de santé (21).

4. INCITEZ-VOUS LE PATIENT À TROUVER UN MÉDECIN TRAITANT QUAND IL N'EN A PAS?

Selon le KCE Report 313B de 2019, 67,5% des belges (dont 76,4% en Flandre ; 57,1% en Wallonie et 49,3% à Bruxelles) avaient un dossier médical global en 2016 (3). Ces chiffres de sont étonnants en voyant qu'environ 90% des répondants à notre enquête incitent la plupart du temps les patients à trouver un médecin traitant s'ils n'en ont pas . Par exemple, aux urgences du CHU Saint-Pierre, où je travaille actuellement, il y a des listes de médecins traitants pour les différentes communes de Bruxelles à donner aux patients n'ayant pas de médecin traitant.

De plus, ce même rapport, indique que seulement 56,6% des patients belges âgés de plus de 65 ans consultent leur médecin traitant dans les sept jours suivant leur hospitalisation, malgré les avantages supposés d'une telle consultation. Ces chiffres ne tiennent pas compte de la durée ou de la raison de l'hospitalisation lesquels influencent la nécessité ou non de voir son médecin traitant.

5. CELA VOUS ARRIVE-T-IL D'APPELER UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

Quelques spécialistes de notre enquête proposent aux médecins généralistes de mettre un numéro de téléphone facilement accessible/privé dans la lettre de référence. Il n'est en effet pas évident de devoir passer par un secrétariat pour se joindre entre médecins.

Certains médecins généralistes ne mettent pas de numéro de téléphone personnel sur la lettre de référence pour éviter que ce dernier se divulgue entre patients car ils laissent l'enveloppe avec la lettre ouverte par respect pour le patient.

Une étude transversale aux Pays-Bas de 2009 souligne que l'accessibilité des médecins généralistes par téléphone est qualifiée de médiocre par un tiers des spécialistes (32,8%), tandis que 85,3% des médecins généralistes considèrent leur accessibilité téléphonique comme bonne (8).

VIII. LA LETTRE DE RÉFÉRENCE TYPE

D'après une revue systématique Cochrane, la mise en œuvre de lettres de référence types a été l'une des rares interventions ayant un effet documenté sur la qualité de la référence (22).

La lettre de référence type proposée (figure 30) est basée sur les informations recueillies par le questionnaire, sur la lettre type du Centre de Santé du Miroir et sur les articles consultés. Ces articles proposent des éléments à reprendre dans la lettre de référence du médecin traitant lesquels sont repris dans le tableau comparatif en annexe 8 (12,13,16,17,23,24). Cette lettre a pour but de faciliter et optimiser la référence du patient vers la médecine spécialisée.

La lettre de référence type proposée est composée de :

- Champs, entre {*accolades*} pouvant se remplir automatiquement grâce aux programmes informatiques intégrant les données du patient dans la lettre.
- Six éléments estimés indispensables par la majorité des médecins spécialistes, en **GRAS**.

Elle contient :

- Les données administratives telles que la date du jour, la spécialité ou les spécialistes cible, les informations du patient et les coordonnées du médecin traitant.
- Les données médicales actuelles : la raison d'envoi, L'**ANAMNÈSE**, l'examen clinique et des hypothèses diagnostiques (également estimées importantes pour 80,1% des spécialistes)
- Les antécédents et problèmes courants : **ANTÉCÉDENTS PERSONNELS, ALLERGIES**, antécédents, familiaux et la consommation de tabac et d'alcool.
- **LE TRAITEMENT ACTUEL.**
- Les protocoles d'**EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ADÉQUATS** et d'une **PRISE DE SANG PERTINENTE.**

Ces informations peuvent évidemment être adaptées par le médecin traitant en fonction de ses préférences. Il peut faire des sous-catégories dans les antécédents personnels et ajouter entre autre le contexte psychosocial ou le projet thérapeutique.

Bien que le but de ce travail est de créer une lettre de référence entièrement dactylographiée, il est évidemment possible de remplir les différents éléments à la main si le médecin traitant le souhaite ou pendant une visite à domicile.

{Nom du cabinet}
{Nom du médecin traitant}
{Adresse du médecin traitant}
{Numéro de téléphone}

{Date du jour}

Spécialité cible/médecin spécialiste :

Chère Consœur, Cher Confrère,

Je vous adresse {intitulé du patient}{prénom} {nom}, né(e) le {date de naissance}, âgé(e) de {âge du patient} ans pour {raison d'envoi}.

ANAMNÈSE :
{anamnèse}

Examen clinique :
{examen clinique}

Hypothèses diagnostiques +-une question précise

Antécédents familiaux :
{antécédents familiaux}

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS médicaux et chirurgicaux:
{antécédents personnels médicaux et chirurgicaux}

ALLERGIES
{allergies}

Consommation :
- Tabac : {tabac}
- Alcool : {alcool}

TRAITEMENT ACTUEL :
{traitement actuel}

(au choix : contexte psychosocial, projet thérapeutique,...)

Remerciements et politesses à personnaliser par le médecin.

{Nom du médecin généraliste}
{numéro INAMI du médecin généraliste}

Ci-joint vous trouvez les protocoles suivants :
- **COPIE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**
- **DERNIÈRE PRISE DE SANG PERTINENTE**

FIGURE 30: LETTRE DE RÉFÉRENCE TYPE INFORMATISÉE

IX. CONCLUSION

Tous les jours les médecins spécialistes reçoivent des lettres de référence de leurs patients référés par leurs médecins traitants. Ce travail tient à évaluer ces lettres de référence et à les comparer aux attentes des médecins spécialistes. L'objectif final est de créer une lettre de référence type à proposer aux médecins traitants.

Actuellement, moins de la moitié des patients qui consultent un médecin spécialiste sont accompagnés d'une lettre de référence de leur médecin traitant. Pourtant, la plupart des médecins spécialistes affirment lire et utiliser la lettre de référence comme base de la consultation du patient sans pour autant spécialement augmenter leur vigilance quant à la situation clinique de ce patient, par rapport à un patient qui se présente sans lettre. Si le patient n'a pas de médecin traitant, une grande majorité des spécialistes incitent le patient à recourir à un médecin généraliste traitant.

Contrairement à la situation actuelle, où la plupart des lettres de référence sont manuscrites, la majorité des médecins spécialistes préfère une lettre dactylographiée car souvent plus lisible, structurée et avec un contenu complet.

Six éléments indispensables à mettre dans la lettre de référence ressortent de cette étude. Je les ai repris d'après leur importance pour le médecin spécialiste : le traitement actuel (89,2%), les antécédents personnels (83%), l'anamnèse (70,2%), les protocoles des examens complémentaires adéquats (66,7%), une copie de la dernière prise de sang pertinente (51,3%) et les allergies (50,2%). Le traitement étant l'information qui manque le plus souvent actuellement.

Pour la grande majorité des médecins spécialistes il est important que le médecin traitant donne ses hypothèses diagnostiques afin d'aider ou orienter la consultation étant donné qu'il connaît son patient.

Le taux de réponses suffisant et les différents commentaires des médecins spécialistes montrent qu'il s'agit d'un sujet qui les intéresse. Cet intérêt vaut pour quasi toutes les spécialités, tous les âges et toutes les régions interrogés. Néanmoins, chaque médecin a ses sensibilités et ses préférences qui ne sont pas toujours liées à sa spécialité. Il reste donc important de cibler le contenu des lettres de référence en fonction du médecin auquel le patient est référé.

Un modèle de lettre de référence est proposé essentiellement sur base de l'étude des préférences des médecins spécialistes. Il serait intéressant de distribuer ce modèle aux médecins généralistes afin d'avoir leurs commentaires et de s'assurer qu'il est compatible avec les réalités de la pratique quotidienne.

X. RÉFLEXION PERSONNELLE

Cela a été un réel plaisir de rédiger ce travail de fin d'étude, tant parce que c'est un sujet qui me tient à cœur et me passionne, que parce que j'ai eu des retours enthousiastes, intéressants et encourageants des médecins spécialistes et collègues.

J'espère écrire des lettres de référence de qualité dans ma future pratique afin d'optimiser la prise en charge de mes futurs patients. J'espère que d'autres médecins généralistes pourront également bénéficier de ce travail en utilisant la lettre référence type.

Il est possible que des médecins généralistes, déjà informatisés, ne sachent pas comment personnaliser et générer ce genre de lettres de référence types informatisées. Pourtant, je les encourage à l'envisager car cette action ne pourra être que bénéfique par la suite. Qui sait qu'un jour, les médecins traitants pourraient partager leur lettre de référence informatisée avec les médecins spécialistes sur le Réseau Santé Wallon et Bruxellois.

Ayant commencé un stage aux urgences le 1er avril dernier, je me suis retrouvée du côté des spécialistes. Ces deux mois de stage m'ont permis d'évaluer les données de mon travail et de constater qu'une lettre de référence complète facilite grandement la prise en charge du patient.

Remarque : Suite à l'épidémie du COVID-19, un chef de service des urgences à Bruxelles m'a envoyé un mail mi-avril, exprimant son regret de ne pas avoir pu répondre avant la date limite de l'enquête. Entre temps, la date de remise du travail de fin d'études est reportée. Dans mon enthousiasme j'ai voulu joindre la réponse à mon enquête et ré-ouvert le questionnaire avec l'idée d'atteindre la taille d'échantillon cible. J'ai obtenu encore onze réponses mais celles-ci n'ont finalement pas été intégrées pour éviter d'ajouter un biais (hors date fixée). Elles se trouvent néanmoins dans le document Excel ci-joint.

XI. BIBLIOGRAPHIE

1. Rohaert K. Serment d'Hippocrate (texte original). <https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-%28belgique%29/serment-hippocrates/>. Date non connue.
2. Schetgen M. L'évolution de la Médecine Générale. Rev Méd Brux. 2006;61-3.
3. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance du système de santé belge – Rapport 2019. Bruxelles: Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE); 2019 p. 124. Report No.: KCE Reports 313B.
4. Facon P, Steinberg P, Mahieu T, Miermans P-J, Horn M, Lardennois M, et al. Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique [Internet]. Bruxelles: Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé; 2019 mai p. 7-21. Disponible sur: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2018>
5. Conseil national de l'Ordre des médecins de Belgique. Articles 6, 11, 22, 26 et 27. Code de déontologie médicale, Bruxelles 2018.
6. Dumont T. Étude des relations entre les professionnels de la santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne : Analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé lors de l'adressage d'un patient. Université Paris Diderot - Paris 7; 2016
7. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. J Gen Intern Med. sept 2000;15(9):626-31.
8. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. BMC Health Serv Res. déc 2009;9(1):143.
9. Nash E, Hespe C, Chalkley D. A retrospective audit of referral letter quality from general practice to an inner-city emergency department: Audit of General Practitioner Referrals. Emerg Med Australas. juin 2016;28(3):313-8.
10. Dinsdale E, Hannigan A, O'Connor R, O'Doherty J, Glynn L, Casey M, et al. Communication between primary and secondary care: deficits and danger. Fam Pract. 2019;6.
11. Jones M, Talebi R, Littlejohn J, Bosnic O, Aprile J. An EMR optimization program to assess data quality and workflow helps practices realize more value from their EMRs: three case examples. JMIR Human Factors. 19 janv 2018;5.
12. Ramanayake RPJC. Structured printed referral letter (form letter); saves time and improves communication. J Fam Med Prim Care. 2013;2(2):145.
13. Oosthuizen JC, McShane D, Kinsella J, Conlon B. General practitioner ENT referral audit. Ir J Med Sci 1971 -. mars 2015;184(1):143-6.

14. Tobin-Schnittger P, O'Doherty J, O'Connor R, O'Regan A. Improving quality of referral letters from primary to secondary care: a literature review and discussion paper. *Prim Health Care Res Dev.* mai 2018;19(03):211-22.
15. Carney SL. Medication accuracy and general practitioner referral letters. *Intern Med J.* févr 2006;36(2):132-4.
16. Francois J. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. *Can Fam Physician.* 2011;57:574-5.
17. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. *Med J Aust.* nov 2002;177(9):516-20.
18. Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care's gatekeeper role. *BMJ.* 23 sept 2016;i4803.
19. Sampson R, Barbour R, Wilson P. Email communication at the medical primary–secondary care interface: a qualitative exploration. *Br J Gen Pract.* juill 2016;66(648):e467-73.
20. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract.* nov 2015;69(11):1257-67.
21. Breton M, Smithman MA, Liddy C, Keely E, Farrell G, Singer A, et al. Scaling up eConsult for access to specialists in primary healthcare across four Canadian provinces: study protocol of a multiple case study. *Health Res Policy Syst.* déc 2019;17(1):83.
22. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev.* 8 oct 2008;
23. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ.* 28 mars 1992;304(6830):821-4.
24. Cambon B, Hidalgo Bachs L, Lusson JR, Boeuf Gibot S, Vorilhon P. Contenu des courriers échangés entre médecins généralistes et cardiologues : consensus d'après une étude Delphi. *Ann Cardiol Angéiologie.* sept 2018;67(4):231-7.

XII. TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. Figures

FIGURE 1: RÉPARTITION DES RÉPONSES SUR LE MOIS DE MARS	11
FIGURE 2: ÂGE DES PARTICIPANTS	12
FIGURE 3: ANNÉE DE PROMOTION EN MÉDECINE	12
FIGURE 4: STATUT DU MÉDECIN	14
FIGURE 5: LIEU DE PRATIQUE (HORS CANDIDATS SPÉCIALISTES).....	14
FIGURE 6: ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (HORS CANDIDATS SPÉCIALISTES).....	14
FIGURE 7: PROPORTION DE PATIENTS RÉFÉRÉS PAR LE MÉDECIN TRAITANT	15
FIGURE 8: PATIENTS SANS/AVEC LETTRE DU MÉDECIN TRAITANT	15
FIGURE 9: LETTRE DACTYLOGRAPHIÉE VERSUS MANUSCRITE.....	16
FIGURE 10: SANS/AVEC EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	16
FIGURE 11: LISEZ-VOUS LES LETTRES JUSQU'AU BOUT?.....	16
FIGURE 12: VOUS BASEZ- VOUS SUR LA LETTRE POUR LA CONSULTATION ?	17
FIGURE 14: VIGILANCE AUGMENTÉE AVEC UNE LETTRE?.....	17
FIGURE 13: VIGILANCE AUGMENTÉE PAR SPÉCIALISATION	17
FIGURE 15: PATIENTS MAL RÉFÉRÉS PAR LE MÉDECIN TRAITANT ?	17
FIGURE 16: LETTRES SCANNÉES ET INTÉGRÉES DANS LE DOSSIER DU PATIENT	18
FIGURE 17: RÉPONSE AU MÉDECIN TRAITANT	18
FIGURE 18: LETTRE MANUSCRITE VERSUS DACTYLOGRAPHIÉE.....	20
FIGURE 19: RAISON PRÉFÉRENCE LETTRE MANUSCRITE/DACTYLOGRAPHIÉE	20
FIGURE 20: PRÉFÉRENCE TEXTE CONTINU VERSUS MOTS STRUCTURÉS	21
FIGURE 21: PRÉFÉRENCES DE CONTENU	21
FIGURE 22: HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES?.....	23
FIGURE 23: RAISONS DONNÉES POURQUOI OUI OU NON UNE HYPOTHÈSE DIAGNOSTIQUE PEUT ÊTRE ÉVOQUÉE	23
FIGURE 24: UTILISATION RÉSEAU SANTÉ WALLON ET BRUXELLOIS.....	25
FIGURE 25: UTILISATION SUMEHR	25
FIGURE 26: RÉFÉRENCE PAR LE MÉDECIN TRAITANT.....	25
FIGURE 27: INCITATION À TROUVER UN MÉDECIN TRAITANT	26
FIGURE 28: CONTACT TÉLÉPHONIQUE VERS MÉDECIN TRAITANT	26
FIGURE 29: DÉRANGÉ PAR UN APPEL D'UN MÉDECIN TRAITANT POUR UN AVIS?	27
FIGURE 30: LETTRE DE RÉFÉRENCE TYPE INFORMATISÉE	41
FIGURE 31: NOMBRE DE PATIENTS RÉFÉRÉS EN FONCTION DE LA SPÉCIALISATION DU MÉDECIN	69
FIGURE 32: NOMBRE DE PATIENTS RÉFÉRÉS PAR LE MÉDECIN TRAITANT ACCOMPAGNÉS D'UNE LETTRE	69

2.

3. Tableaux

TABLEAU 1: NOMBRE DE RÉPONSES PAR SPÉCIALITÉ	13
TABLEAU 2: INFORMATIONS MANQUANTES	22
TABLEAU 3: QUE TROUVEZ-VOUS SUPERFLU?	22
TABLEAU 4: COMMENT AMÉLIORER LA MANIÈRE DE RÉFÉRER (IDÉES CATÉGORISÉES).....	26
TABLEAU 5: RAISON D'APPELER LE MÉDECIN TRAITANT	27
TABLEAU 6: RAISONS DE NE PAS APPELER LE MÉDECIN TRAITANT	27
TABLEAU 7: TAUX DE RÉPONSE CALCULÉ POUR LA GYNÉCOLOGIE ET L'ORL	32
TABLEAU 8: COMPARAISON ENTRE DIFFÉRENTES PROPOSITIONS DE LETTRES DE RÉFÉRENCE.....	70

XIII. ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	48
ANNEXE 2 : MAIL ENVOYÉ AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES.....	56
ANNEXE 3 : ENTRETIEN DR MARIE-THÉRÈSE MARÉCHAL.....	57
ANNEXE 4 : ENTRETIEN DR OLIVIER DE COSTER.	62
ANNEXE 5 : RÉPONSE DU PRÉSIDENT D'ABEFRADOC.....	68
ANNEXE 6 : RÉPONSE DU DIRECTEUR MÉDICAL DU GROUPE JOLIMONT.....	68
ANNEXE 7 : GRAPHIQUES	69
ANNEXE 8 : TABLEAU COMPARATIF DE CONTENU DE LETTRES DE RÉFÉRENCE	70

Comment les médecins généralistes peuvent-ils mieux référer leurs patients vers la médecine spécialisée?

Dans le cadre de mon Travail de Fin d'Etudes (TFE) je fais une enquête sur la communication entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes, et plus spécifiquement sur la lettre de référence adressée par le médecin généraliste au médecin spécialiste.

A l'aide des réponses de médecins spécialistes j'espère créer un outil permettant de générer des lettres de référence complètes.

Ce questionnaire est anonyme.

Si vous préférez passer un entretien, n'hésitez pas à me contacter au numéro de téléphone 0478/01.75.31 ou par mail à l'adresse suivante:

declippele.benedicte@gmail.com

Promotrice: Docteur Marie-Dominique Vagenhende

Maître de stage: Docteur Guy Beuken

***Obligatoire**

Votre profil:

1. Quelle est votre spécialisation: *

2. Vous êtes: *

☐ MACCS/PG/interne

☐ Médecin pratiquant en milieu hospitalier uniquement

☐ Médecin pratiquant en privé uniquement

☐ Médecin pratiquant en privé et en milieu hospitalier

☐ Médecin à la retraite

☐ Autre : _____

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? *

☐ < 31 ans

☐ 31-40 ans

☐ 41-50 ans

☐ 51-60 ans

☐ >60 ans

4. De quelle promotion de médecine êtes-vous? (année approximative) *

5. Où exercez-vous votre profession? (plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Province du Luxembourg
- ☐ Province de Liège
- ☐ Province du Hainaut
- ☐ Province de Namur
- ☐ Province du Brabant Wallon
- ☐ Région de Bruxelles-Capitale

Autre : ☐ _____

6. Vous travaillez dans un environnement: (plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Rural
- ☐ Urbain
- ☐ Semi-rural

7. Quelle proportion de vos patients vous est référée par leur médecin généraliste traitant? *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
aucun patient	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tous les patients

8. Quelle proportion de ces patients viennent avec une lettre de leur médecin traitant? *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
aucun patient	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tous les patients

9. Quel type de document recevez-vous le plus souvent? *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
le plus souvent dactylographiée	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	le plus souvent manuscrite

10. La lettre est généralement accompagnée d'examens complémentaires: *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
non	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	oui

La lettre du médecin généraliste

11. Préférez-vous plutôt une lettre manuscrite ou dactylographiée? *

- ☐ Lettre manuscrite
- ☐ Lettre dactylographiée
- ☐ Cela m'est égal
- ☐ Autre : _____

12. Pour quelle raison?

13. Lisez-vous les lettres intégralement? *

- ☐ Toujours
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Parfois
- ☐ Quasi jamais
- ☐ Jamais

14. Vous basez-vous sur la lettre pour la consultation? *

- ☐ Toujours
☐ La plupart du temps
☐ Parfois
☐ Quasi jamais
☐ Jamais

15. Etes-vous plus vigilants quant à la situation clinique du patient lorsqu'il est référé par son médecin traitant? *

- ☐ oui
☐ non

16. Dans quelle proportion des cas estimez-vous que le médecin traitant a mal référé le patient? *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Jamais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Toujours

17. Ces lettres sont-elles scannées et intégrées dans le dossier du patient par après? *

- ☐ Toujours
☐ La plupart du temps
☐ Parfois
☐ Quasi jamais
☐ Jamais

18. Répondez-vous aux médecins traitants lorsque vous recevez une lettre de leur part? *

- ☐ Toujours
☐ La plupart du temps
☐ Parfois
☐ Quasi jamais
☐ Jamais

19. Si non, pourquoi?

Contenu de la lettre

20. Quelle information trouvez-vous indispensable dans la lettre venant du médecin généraliste? (plusieurs réponses) *

- ☐ Anamnèse
- ☐ Paramètres (Tension artérielle, saturation, Fréquence cardiaque, Température, poids)
- ☐ Antécédents familiaux
- ☐ Antécédents personnels
- ☐ Allergies
- ☐ Tabac et alcool
- ☐ Traitement actuel
- ☐ Dernière prise de sang relevante
- ☐ Examens complémentaires adéquats

Autre : ☐ _____

21. Au niveau de l'anamnèse, préférez-vous un texte continu ou des mots structurés? *

- ☐ Texte continu
- ☐ Mots structurés
- ☐ Autre : _____

22. Pour vous, le médecin traitant doit-il évoquer ses hypothèses diagnostiques?

- ☐ oui
- ☐ Non

23. Pourquoi?

24. Quelle information manque-t-il souvent, qui selon vous est indispensable?

25. Que trouvez-vous superflu?

26. Commentaires

Autres moyens de communication:

27. Utilisez-vous le réseau santé Wallonie-Bruxelles? *

- ☐ Toujours
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Parfois
- ☐ Quasi jamais
- ☐ Jamais
- ☐ Je ne connais pas

28. Utilisez-vous les SUMEHR? (SUMmarized Electronic Health Record) *

- ☐ Toujours
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Parfois
- ☐ Quasi jamais
- ☐ Jamais
- ☐ Je ne connais pas

29. Pensez-vous que le patient doit être référé par son médecin traitant? *

- ☐ Toujours
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

30. Quel système pourrait, selon vous, améliorer la manière de référer le patient?

31. Incitez-vous les patients à trouver un médecin traitant quand ils n'en ont pas? *

- ☐ Toujours
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

32. Cela vous arrive-t-il d'appeler un médecin traitant pour obtenir plus d'informations? *

- ☐ Toujours
- ☐ La plupart du temps
- ☐ Parfois
- ☐ Quasi jamais
- ☐ Jamais

33. Pour quelle raison?

34. Cela vous dérange-t-il d'être appelé par un médecin traitant pour un avis? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre : _____

35. Avez-vous d'autres remarques à ajouter ou des situations à partager?

36. Si vous souhaitez être tenus au courant du résultat de l'enquête, veuillez laisser votre adresse mail ci-dessous:

Voici le mail envoyé aux médecins spécialistes. Adapté en fonction du directeur médical, de l'hôpital et de la date d'envoi.

Cher _ _ _

Chères consœurs, Chers confrères,

Dans le cadre de mon Travail de Fin d'Études (TFE) j'analyse **la communication entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes**. Pour cela, j'ai mis en place [une enquête](#) afin de récupérer des retours de médecins spécialistes, comme vous. Serait-il possible de transférer ce mail à vos collègues médecins spécialistes du _ _ _?

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScj9EBAXH4eXcmSYb1cPp3fkDLXiumebq8D-9TVJA1vDiYtg/viewform?usp=sf_link

Pourrais-je vous demander d'y répondre avant le 15 mars?

Ce questionnaire est **anonyme** et prend **cinq minutes à compléter**. Votre réponse permettra de créer un outil pour les médecins généralistes afin de générer des lettres de référence complètes.

Si vous avez d'autres collègues intéressés, n'hésitez pas à leur transférer ce mail.
D'avance je vous remercie pour votre contribution.

Bonne journée,
Dr Bénédicte de Clippele
Assistante en médecine générale
UCLouvain
0478/017.531
declippele.benedicte@gmail.com

B: Bonjour Marie-Thérèse. Comme je vous ai expliqué j'écris un TFE sur la communication entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Je vais donc vous poser quelques questions.

MT: oui

B: Quelle est votre spécialisation?

MT: Alors, je suis chirurgien digestif

B: oké, vous êtes médecin pratiquant en milieu hospitalier uniquement?

MT: oui, uniquement en milieu hospitalier

B: dans quelle tranche d'âge vous retrouvez-vous?

MT: entre 31 et 40 ans

B: de quelle promotion de médecin êtes-vous?

MT: 2011

B: quel pourcentage de vos patients sont référés par leur médecin traitant.

MT: à saint-Pierre c'est un peu particulier mais je dirais que c'est plus ou moins 40% maintenant.

B: et quel pourcentage de ces patients viennent avec une lettre?

MT: pratiquement tous, de ceux qui sont envoyés par le médecin traitant, pratiquement tous donc je dirais même 80-90%.

B: Quel type de lettre recevez-vous le plus souvent? Plutôt manuscrite, plutôt dactylographiée? Plutôt avec ou sans examens complémentaires?

MT: plutôt dactylographiée et souvent avec copie des examens complémentaires.

B: donc bien complètes.

MT: oui, bien complètes, vraiment.

B: la lettre du médecin généraliste: que préférez-vous? Plutôt manuscrite ou dactylographiée?

MT: peu importe, tant que c'est lisible. Même sur une ordonnance à l'ancienne ça me va. Tant que c'est bien écrit. Que je ne dois pas déchiffrer trop longtemps.

B: est-ce que les lettres dactylographiées sont en général plus spécifiques, plus détaillées ?

MT: Elles sont plus détaillées car en général il y a déjà tous les antécédents et tout le traitement. On voit que c'est plus rapide pour préparer. Mais les deux me conviennent.

B Lisez-vous toujours les lettres jusqu'au bout?

MT: La plupart du temps, parce que parfois il y a des listes d'antécédents qui reprennent parfois trop de détails, pas très clairs ou il y a des trucs genre broncho pneumonie traitée par, euh voilà, donc ça tu bâcles un petit peu mais le motif en général est suffisamment court donc en général je lis tout.

B: l'anamnèse surtout?

MT: Oui l'anamnèse surtout, le milieu aussi mais la conclusion en général c'est tellement clair que tu lis tout quoi.

B: Vous basez vous sur la lettre pour la consultation?

MT: oui, toujours. Surtout ici parce qu'on a des patients qui ne parlent pas bien français. Souvent le médecin généraliste soit parle la langue soit il a déjà eu la traduction donc c'est parfois plus facile. Après, j'interroge mon patient, mais je lis tout ce que le médecin m'envoie, ça c'est clair.

B: êtes-vous plus vigilante quant à la situation clinique du patient quand il est référé par son médecin traitant?

MT: Je crois que la vigilance est la même mais en tout cas c'est plus facile. Mais la vigilance pour moi elle est la même, surtout en chirurgie. C'est surtout mon examen clinique qui va compter donc je pense que c'est la même vigilance.

B: dans quelle proportion des cas pensez-vous que le médecin a mal référé son patient.

MT: pas souvent, en chirurgie c'est assez simple. Quand il y a une pathologie organique, ou une hernie, ou une vésicule ils envoient en général au bon médecin. La seule erreur que moi j'ai, mais j'ai du mal à quantifier, c'est parfois des médecins traitants mais peut-être des médecins traitants plus jeunes ou au contraire de plus vieux qui envoient pour une douleur abdominale d'abord au chir avant d'envoyer au gastro. Ca c'est vraiment propre à ma spécialisation. Donc je dirais, c'est rare mais je mettrais 20% maximum.

B: ces lettres sont-elles scannées donc le dossier du patient par après?

MT: moi, si, sauf si il y a une panne de photocopieuse.

B: et pourquoi vous dites, moi si ?

MT: moi si, parce que, maintenant on doit faire attention donc on doit se badger pour accéder à la photocopieuse. Je fais l'effort d'aller chercher le badge auprès de la secrétaire. C'est purement lié à la consultation de Saint-Pierre. C'est nouveau en plus et donc je sais que ça décourage les gens. En général ils rendent la lettre. Si le patient me dit que je peux garder la lettre et je la mets à scanner mais sinon si les patients veulent la garder pour leur dossier, moi je vais scanner le papier car j'aime bien avoir le document, même pour un cas simple, dans l'ordi. Comme ça tu as un dossier complet.

B: Renvoyez-vous une lettre au médecin traitant quand vous avez reçu une lettre du médecin traitant?

MT: alors, je tape toujours mes lettres de consultation, je fais tout pour qu'elles soient envoyées mais je ne sais pas si elles sont toujours reçues. Parce que ça dépend du secrétariat. Donc ça je ne sais pas combien de temps ils mettent etc, donc moi souvent quand j'ai envie de faire passer un message, mais pas une hernie simple qui est au programme, j'imprime pas nécessairement sauf quand il y a une barrière de la langue, alors à ce moment-là j'imprime et je donne aux patients en leur disant de donner au médecin traitant. Ça court-circuite peut-être le timing avec le secrétariat parce que je sais pas parfois que cela ne se fait pas.

B: Mais même parfois quand on donne au patients, on n'est pas sûr que cela arrivera.

MT: c'est ça.

B: parce que les patient ne reviennent souvent pas avec les rapports de consultation ou hospitalisation.

MT: c'est vrai, alors que parfois on le donne. Je le donne quand même souvent. Surtout aux patients qui ne parlent pas bien.

B: et surtout aux patients qui sortent d'hospitalisation.

MT: ah oui, en consultation je leur donne la lettre quand j'ai vraiment envie de faire passer un message en disant au médecin « j'ai vu etcetera » quand c'est un truc plus important. Mais quand ils sortent, ils sortent avec un dossier fini quoi. Et ça on leur dit souvent c'est pour le médecin et c'est vrai que ça disparaît souvent dans la nature.

B: Quelle information trouvez-vous indispensable dans la lettre venant d'un médecin généraliste et là il y a plusieurs réponses possibles. Lesquelles trouvez-vous les plus importantes ?

MT: Je trouve que tout est intéressant. Anamnèse en tout cas. Les paramètres en général, si j'ai par exemple hypertension dans les antécédents c'est pas très grave si je n'ai pas le chiffre, en tant que chirurgien. La fréquence cardiaque, je sais la contrôler moi-même. La température, cela dépend de la pathologie. Je n'en ai pas toujours besoin, par exemple dans une hernie. Le poids, j'ai juste besoin de voir globalement, le BMI en fonction de la chirurgie que je dois faire mais ça c'est dans ma tête et c'est plus avec les yeux. Donc ça à la limite... Mais en tout cas l'anamnèse, pour moi le plus important c'est vraiment les antécédents personnels. Les antécédents familiaux c'est surtout quand j'ai des problèmes oncologiques. Mais ça en général on a déjà interrogé le patient en oncologie etc,.. Les allergies pour moi c'est hyper important. Et même si je les ai déjà dans la lettre je les redemande au patient parce que parfois ils oublient et donc j'insiste. Tabac et alcool aussi pour tout ce qui est péri-

opératoire. Le traitement actuel évidemment oui. Dernière prise de sang, si il y en a déjà une de faite c'est bien mais c'est surtout pour l'anesthésiste après. Car en chirurgie c'est intéressant d'avoir quelques données mais c'est l'anesthésiste qui en général veut valider et qui souvent recontrôle la bio. Les examens complémentaires adéquats évidemment si il y en a qui ont déjà été faits c'est important. Je pense que c'est déjà bien complet comme ça.

B: il y a rien d'autre à quoi vous pensez ?

MT: La comme ça tout de suite (hésitation), non parce qu'en général vous concluez la lettre ou vous avez commencé la lettre en disant, voilà je vous adresse le patient pour ça. En général c'est une question majeure, c'est déjà posé dans l'intitulé donc la comme ça je ne vois rien qui manque.

B: Au niveau de l'anamnèse préférez-vous un texte continu ou de mots structurés?

MT: moi je suis très oldschool, j'aime bien le texte structuré.

B: plutôt structuré donc?

MT: je travaille toujours avec des lettres, même mes lettres sont comme ça. Mais ça c'est peut-être mon côté littéraire. J'aime bien.

B: Et pour l'anamnèse ou pour le tout ?

MT: pour l'anamnèse. Les antécédents on peut les mettre comme ça mais l'anamnèse, le fait que ce soit structuré, ça me semble plus clair.

B: Mais donc vous voulez dire texte continue?

MT: ah oui, excuse-moi, je parle bien d'un texte continue. Tout en texte continu pour l'anamnèse et tout le reste on peut le faire en structuré.

B: donc vous préférez une histoire comme ça s'est passé et pas juste: température 2 jours.

MT: oui, je préfère que ce soit en texte.

B: Le médecin traitant doit-il pour vous évoquer une ou plusieurs hypothèses diagnostiques?

MT: oui, ça peut arriver, c'est intéressant parfois. Pas tout le temps mais parfois par exemple de douleurs abdominales, une échographie abdominale, etc chez une patiente, ça peut-être une tuberculose, un cancer, on peut avoir pleins de trucs en abdominal. Si jamais il y a des facteurs de risques d'exposition, des voyages à l'étranger, ça ne me dérange pas que ce soit déjà évoqué et ça peut déjà orienter. Même pour une adénopathie ou quoi. Donc je pense que c'est intéressant oui. Si il y a déjà une idée qui est déjà sortie autant la partager.

B: Mais ça ne risque pas de t'influencer dans ta démarche ?

MT: Non, pas vraiment. Mais parfois on a une anamnèse tellement complexe avec certains patients que j'aime autant que si un médecin a déjà pensé à

quelque chose qu'au moins je peux exclure. Mais je ne m'arrêterai pas à juste exclure ça et abandonner. Je pense que c'est bien de déjà avoir un premier regard.

B: Mais vous ne trouvez pas ça indispensable ?

MT: ça dépend, si le médecin n'a pas d'idée j'accepte qu'il m'envoie une lettre sans idée. Mais si il y a plusieurs hypothèses diagnostiques, j'en tiendrai compte.

B: quelle information, selon vous manque-t-il souvent qui pourtant est indispensable ?

MT: dans la majorité des cas, les lettres sont complètes. Ou alors le motif, si c'est vraiment pour une hernie, ça va direct droit au but mais j'ai pas besoin de grand-chose. Moi ce qu'il me faut juste, mais c'est pas de votre faute, parce qu'en général les médecins le notent, c'est si jamais on fait un petit mot rapide c'est de noter le traitement. Car les patients, plus d'une fois sur deux oublient ce qu'ils prennent. Ou alors ils sont là: un petit médicament bleu pour ça. Ça c'est vrai que si vous l'avez, c'est vraiment la seule chose qui nous aide vraiment. Car sinon ils doivent revenir avec leur médicaments et puis ils arrivent avec des sachets. Et donc si vous avez déjà une liste bien faite ça peut déjà être facile. Mais bon en général il y a déjà la liste type. C'est plus quand c'est vite écrit à la main. Après si c'est urgent, je peux me passer de la liste.

B: Y a-t-il des choses dans les lettres que vous trouvez superflu ?

MT: moi non car souvent c'est court. J'ai rarement des lettres kilométriques ou je suis obligée d'aller très vite, sincèrement. Donc en général, en tout cas avec les médecins généralistes qui m'envoient leur patients, j'ai l'impression que c'est des gens, on a l'habitude de travailler ensemble parce qu'on connaît presque la lettre. On reconnaît la façon d'écrire. En général c'est bien structuré. Je trouve qu'en général c'est plutôt bien.

B: Pour l'instant si je comprends bien vous êtes assez contente des lettres du médecin généraliste que vous recevez ?

MT: ah, oui très, vraiment.

B: Et pour vous c'est plus facile d'avoir un patient qui est envoyé par son médecin généraliste ?

MT: c'est l'idéal. Ici à Saint-Pierre la majorité viennent spontanément mais c'est idéal. Ça évite justement ces biais. C'est pour ça que je disais pas plus de 20% de patients mal référés car en général ils sont bien référés. Et quand ils sont mal référés c'est parce qu'on a trouvé autre chose en regardant le patient et qu'on s'est dit 'ah, c'est peut-être plus ça'. Mais en général voilà il y a pas beaucoup d'erreurs.

B: il y a déjà du travail fait.

MT: oui, et alors le fait d'être envoyé par le médecin généraliste enlève déjà un stress chez les patients. Ils sont un peu plus à l'aise. Ils sont plus confiants. Ils se disent 'si mon médecin m'a envoyé chez elle, c'est que ça va'. C'est sympa.

B: J'aimerais parler des autres moyens de communication. Est-ce que vous utilisez souvent le réseau santé Wallonie-Bruxelles.

MT: je suis une très mauvaise médecin pour cela. Je ne l'utilise pas souvent. JE ne sais même pas si je l'ai déjà beaucoup utilisé pour être honnête. Donc je commence à m'y intéresser car je commence à avoir de plus en plus de patients qui viennent d'ailleurs avec des avis, pour un second avis donc c'est seulement maintenant que je commence à me dire qu'il faudrait que je me connecte. Voilà je suis pas très douée pour me connecter et je dois m'améliorer.

B: et est-ce facile à utiliser dans votre programme ici ?

MT: En fait non. Il y a pas mal de souci informatique de lenteur etc. Donc je reconnais parfois qu'en consultation quand on a des consultations qui débordent et donc c'est vrai qu'on passe plus de temps à essayer de gérer l'informatique que de pouvoir voir les patients en temps et en heure. C'est pas encore optimal mais ça devient intéressant et ça marche de plus en plus pour de plus en plus de patients donc c'est une bonne chose.

Mais je dois me perfectionner.

B: Est-ce que vous utilisez parfois les Sumehr ? Est-ce que tu sais ce que c'est un Sumehr, déjà ?

MT: Pas du tout.

B: Un SUMEHR c'est le dossier du patient que le médecin traitant envoie sur le net.

MT: ah oui ?

B: Qu'il mets à jour avec le traitement et tout. Ça se retrouve dans le réseau santé-Wallonie Bruxelles.

MT: ah oui ok

B: c'est une catégorie du réseau santé-Wallonie Bruxelles. Mais à la place d'un document c'est une partie informatisée avec tout le traitement et le reste du dossier.

MT: ah oui, c'est bien ça !

B: Mais pour ça le médecin traitant doit décider de l'envoyer. De plus en plus de médecins le font. Et ça doit être mis à jour. On voit la date de la dernière mise à jour. Donc si vous voyez septembre 2019 vous savez que c'est assez récent et plutôt à jour. Il y a pas mal de médecins spécialistes qui ne savent pas encore ce que c'est.

MT: c'est vrai.

B: Pour certains médecins ça fait partie de certains critères pour obtenir la prime de l'INAMI et donc il y a de plus en plus de médecins qui le font donc ça

commence à devenir intéressant. Dans le réseau santé Wallonie Bruxelles il se trouve donc dans la liste sous le nom de Sumehr. Vous appuyez dessus et vous arrivez dans le dossier informatisé du patient. Vous n'arrivez pas sur les consultations mais juste sur les antécédents, traitement, poids... Certaines choses intéressantes.

MT: ok, mais c'est intéressant, je dois m'y intéresser un plus.

B: Mais si vous allez moins sur le réseau santé Wallonie Bruxelles vous ne le verrez pas spécialement souvent.

MT: oui, c'est ça.

B: Pensez-vous que le patient devrait toujours être référé par le médecin traitant?

MT: idéalement il devrait mais le problème c'est que j'ai pas mal de patients qui viennent aux urgences parce qu'ils ont une hernie ou ils ont mal à la vésicule et donc on leur dit vendredi 'tu vas chez le dr Maréchal' et entre-temps il est référé par le médecin urgentiste qui l'a vu à la garde. Ce serait bien que les patients aillent voir leur médecin traitant quand ils en ont un. Mais ça c'est l'éducation du patient. Sur une journée opératoire, la moitié des patients, genre 3-4 il y en a deux qui n'ont pas de médecin traitant. Tu vois, ils viennent aux urgences pour tout et donc c'est vrai qu'il y en a plein qui n'en ont pas. Surtout des jeunes évidemment. Donc idéalement oui si ils en ont un ce serait top.

B: Et à la consultation de base, est-ce que vous avez beaucoup de patients la qui ne sont pas référés mais qui ont une douleur abdo et qui ont pris rendez-vous deux mois à l'avance sans voir leur médecin traitant ?

MT: alors, oui heureusement on n'a pas de délai de deux mois car on prend tout le monde qui s'inscrit. Ils peuvent prendre des rendez-vous en ligne. Et donc le délai est court. Les plages de délai n'ont pas l'air énormes mais ils peuvent s'inscrire pratiquement comme ils veulent. Donc le maximum que j'ai eu c'est deux semaines, pour les consultations. En salle d'op ça dépend des mois évidemment mais en général... tu disais?

B: est-ce que le patient est toujours référé par le médecin traitant ?

MT : du coup il y en a qui viennent sans. Alors il y en a aussi qui viennent parce qu'ils ont une douleur qui ressemble à la douleur qui ressemble à la douleur de la copine qu'on envoie chez leur chirurgien. Mais parfois ils se sont bien aiguillés tout seul hein mais idéalement ils devraient être aiguillé par un médecin traitant ça c'est clair, mais bon.

B: Mais donc ceux qui viennent du médecin traitant sont en général mieux..

MT:: oui, eux en général sont directement envoyés chez le bon spécialiste en fait.

B: Quel système pourrait selon vous améliorer la manière de référer le patient ?

MT: mmh.. Améliorer la manière de référer le patient.

B: par exemple obliger tous les patients à passer par un médecin généraliste avant de pouvoir prendre rendez-vous avec un médecin spécialiste ou des choses comme ça.

MT: ça pourrait être intéressant mais

B: ça risque de surcharger les urgences.

MT: c'est en effet un peu compliqué. On fait pleins de campagnes télévisées pour pleins de trucs au niveau médical. Mangez ceci, faites pas cela.

Mais on devrait encourager les gens à aller chez un généraliste, à être suivi chez un généraliste. Allez bêtement moi je suis d'une famille où il n'y a pas de médecins mais mes parents sont des gens très très biens mais ils n'avaient pas de médecin généraliste quoi.

Donc ils disent notre fille doit faire tel truc jusqu'au moment où je leur ai dit, je ne suis pas votre médecin généraliste donc vous devez trouver un médecin généraliste. Oui mais tu es médecin. Oui mais je ne suis pas du tout la bonne personne pour centraliser votre dossier, pour m'occuper sans sentiments exagérés de vos problèmes de santé maintenant que vous vieillissez donc moi j'ai dû faire l'éducation de mes parents d'aller voir un médecin généraliste que je n'ai pas moi-même pour moi-même. Comme quoi. Je pense qu'on devrait faire des campagnes de sensibilisation. Si on veut dégorger les urgences et que les gens soient bien suivis et qu'on ne passe pas à côté de choses terribles. Parfois on a des patients qui arrivent avec des lésions terribles, d'un autre monde parce qu'ils n'ont jamais été voir quelqu'un et qu'ils n'y ont même jamais pensé. Le problème de cet hôpital-ci c'est que voilà on s'occupe de réfugiés, on s'occupe de gens qui n'ont vraiment rien. Et même si en venant ici on ne refuse aucune prise en charge pour ce problème-là. En plus on les régularise, vraiment on fait tout pour que cela fonctionne mais le problème c'est qu'ils ne vont jamais prendre soin de leur santé. Ils viennent quand ils sont vraiment au bout.

B: Et aux patients qui viennent et qui n'ont pas de médecin traitant, vous leur dites d'aller voir un médecin traitant par la suite?

MT: on les prend en charge, on écrit le rapport comme s'ils en avaient un. Et on les incite à aller voir un médecin traitant. Mais je pense pas qu'ils le font nécessairement. Mais on leur dit.

B: Il n'y a pas toujours de place chez les médecins traitants.

MT: non ça c'est sûr.

B: cela vous arrive d'appeler un médecin traitant pour avoir plus d'informations?

MT: sauf si j'ai tout, oui. Par exemple, moi ça m'arrive régulièrement d'avoir des patients qui ne parlent pas français et dont le médecin traitant parfois a l'air de parler la même langue que le patient, j'appelle directement. Mais ça ne m'arrive pas souvent parce qu'ils ont souvent toutes les informations et ils ont souvent et un membre de la famille qui vient ou on a des traducteurs. Donc en général référé par le médecin traitant j'ai la fiche avec les informations. Si j'ai pas d'informations, j'appelle. Mais en général j'ai les infos.

B: Avez-vous facilement un contact avec le médecin traitant?

MT: Les médecins traitants sont souvent les mêmes et donc les coordonnées sont souvent enregistrées ici dans l'ordinateur à Saint Pierre. Et donc on a les coordonnées sauf s'ils ont changé d'adresse.

B: Allez-vous même sur Google pour trouver les numéros?

MT: oui, si il faut.

B: Cela vous faciliterait la vie s'il y avait une liste de numéros de médecins traitants?

MT: oui à condition qu'elle soit bien à jour et remise à jour régulièrement parce que même les adresses ne sont souvent pas les bonnes.

B : Surtout avec les assistants qui tournent chaque année.

MT: Je reçois toujours du courrier à Saint-Luc. Pourtant je n'y suis plus depuis longtemps.

B: Cela vous dérange-t-il d'être appelée par un médecin traitant pour un avis?

MT: non, il y a juste que parfois ça tombe en plein milieu d'une salle d'op et parfois ça tombe au mauvais moment. Si ça tombe au bon moment, avec plaisir. Si ça tombe à un mauvais moment c'est un peu embêtant mais en général les gens avec qui je travaille beaucoup appellent le secrétariat et parfois ils appellent directement sur mon dect parce qu'ils sont passés par la centrale et ils tombent sur moi. Mais la secrétaire en général sait si c'est le moment ou pas. Si c'est une grosse intervention ou pas. Si tu m'appelles pendant une hernie ça va. Si tu m'appelles en plein milieu d'une rate qui saigne, c'est un peu différent. Mais ça ne me dérange pas, au contraire, vraiment ça apaise le patient de voir que le médecin est en contact avec le chir. Je pense que c'est important.

B: Et cela arrive souvent?

MT: que je doive rentrer en contact avec le médecin traitant? Mais non parce qu'en général j'ai toutes les infos et les patients en général une fois qu'ils sont venus à la consultation, ils ne sont plus trop paniqués. Et par exemple les cas onco, là c'est plus délicat, on a plus de contact. Et parfois on les rencontre. Ils viennent à l'hôpital.

B: C'est ce que j'allais demander: Le médecins traitants viennent-ils souvent à l'hôpital? Ça vous dérange quand ils passent ?

MT: non cela facilite beaucoup les choses. Parce que c'est un super interlocuteur. Ça facilite beaucoup les choses quand il y a des gens qui ont du mal à accepter un diagnostic lourd ou le fait qu'on rentre dans le palliatif et qu'ils ont l'impression que le chirurgien a raté alors que la maladie était déjà dépassée. Le fait que le médecin soit venu discuter avec le patient et que le médecin explique, la famille tout d'un coup a l'air de comprendre. Ou en tout cas pour quelques heures, ça apaise.

B: I l y a beaucoup de médecins qui viennent à l'hôpital?

MT: Pas beaucoup, c'est toujours les mêmes. Quatre-cinq. De temps en temps.

B: ça ne vous dérangerait pas que ce soit un peu plus souvent.

MT: pour des cas plus lourd, oui, maintenant pour un bypass ou une hernie, non. Mais pour un cas où c'est plus compliqué, j'ai pas d'exemples mais pour ceux qui traînent des semaines aux soins etc à ce moment là oui ça devient intéressant.

B: ça et les cas onco aussi ?

MT: oui

B: Avez-vous d'autres remarques, des situations à partager? De bons, mauvais contacts avec les médecins généralistes ?

MT: j'ai eu que de bons contacts. Vraiment sans mentir. Mauvais contacts, non. Au contraire. On a pas mal d'infos quand les patients viennent. Je trouve ça top quand les patients viennent et qu'ils ne savent pas parler et qu'il n'y a pas de traducteur parce qu'il est vendredi après-midi et que la traductrice n'est pas là. Qu'il est venu seul en plus ou avec quelqu'un qui ne parle pas non plus et que tu as une lettre bien faite du médecin traitant tu te dis que c'est quand même top, tu vois. Alors tu choisis pas une date opératoire quand le patient n'est pas en état de comprendre mais au moins tu peux écrire une lettre. Et dans ce cas-là j'imprime la lettre directement comme ça il ne doit pas attendre la poste. J'imprime et je dis de donner au médecin. Donc ça c'est top car tout le monde est au courant, tout le monde est content.

B: Bonjour Docteur de Coster, merci de me recevoir. Donc comme je vous ai expliqué, j'écris mon TFE sur la communication entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste et donc j'ai un petit questionnaire pour vous. On va commencer par les questions à propos de votre profil. Donc quelle est votre spécialisation?

DC: je suis cardiologue, j'ai d'abord été interniste puis cardiologue et je suis aussi ce qu'on appelle un cathétériseur. Je fais du cathéter interventionnel à Saint-Luc le mercredi.

B: ok, alors.(je lui montre mon questionnaire sur ordinateur). Donc vous êtes médecin spécialiste pratiquant en hospitalier et en privé?

DC: Exact, oui

B: Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

DC: Je vais avoir 60 ans.

B: De quelle promotion êtes-vous?

DC: Je pense 1986.

B: et vous n'exercez que dans Bruxelles capitale?

DC: oui

B: Vous travaillez donc aussi en milieu urbain.

DC: oui, tout à fait

B: Quelle proportion de vos patients sont référés par leur médecin traitant, environ ?

DC: Il faut compter qu'il y a des patients qui reviennent en contrôle. Si je prends les nouveaux patients, car il y a des patients qui veulent systématiquement un contrôle annuel ou biennuel. Et avec une lettre du médecin généraliste. Et là-dedans, dans les médecins, dans les patients qui viennent pour un contrôle, je dirais que 50%, c'est un contrôle qui est demandé par un médecin généraliste, qui dit ' ça fait deux ans que vous n'avez plus vu votre médecin spécialiste et parfois, déjà que 50 % viennent spontanément en contrôle parce qu'ils ont l'habitude. Et puis 50 % du médecin généraliste, qui leur dit ' il est peut-être temps d'aller revoir votre spécialiste ?'

Alors, dans les nouveaux patients, je dirais, en moyenne 60 % des patients sont envoyés par le médecin généraliste.

B : Ah oui, donc quand même une bonne partie.

DC : oui.

B : Et quel pourcentage de ces patients viennent avec une lettre ?

DC : Environ 60 % vont venir avec une lettre. Dans ces 40 % restant, il y a 20 % qui ont à la maison préparé sur la table de nuit et qui l'ont oublié. (rire) Qui l'ont préparé la veille, c'est classique. Et il y a 20 % qui

viennent spontanément et qui sont envoyés et qui racontent leur histoire tout simplement.

Certainement la moitié des patients, ou plus de la moitié viennent avec un mot du médecin généraliste

B : Et quel type de lettre recevez-vous le plus souvent ? Ce sont plutôt des lettres manuscrites ou dactylographiées ?

DC : Manuscrites, pourcentage, 70-30.

B : Et est-ce qu'il y a en général, les copies des examens complémentaires ?

DC : 10% des cas. Je dis bien, examens complémentaires. Si c'est des prises de sang, je dirais qu'un mot sur deux, est accompagné d'une prise de sang. Mais je considère pas la prise de sang comme un examen complémentaire. Mais je veux dire radio ou autre chose.

B : oui, d'accord. Et est-ce que vous préférez plutôt le manuscrit ou le dactylographié ?

DC : Du moment que ce soit lisible, c'est pratique. Bon on a plus une écriture de cochon parce qu'on écrit beaucoup pendant la journée. Mais du moment que c'est lisible c'est bien.

C'est toujours plus intéressant d'avoir une lettre dactylographiée parce qu'on peut mieux reprendre les antécédents.

DC : oui.

B : Est-ce que vous lisez toujours les lettres jusqu'au bout.

DC : Oui !

B : Et vous basez-vous sur la lettre pour la consultation ?

DC : Bien sûr.

B : Êtes-vous plus vigilant quant à la situation clinique du patient quand il est référé par son médecin traitant ?

DC : Non ça ne change rien. Par contre le fait que j'ai plus d'indications. Il y a un petit mot en disant ' voilà, éventuellement attention , il a eu tel problème, il ne suit pas son traitement. Mais je ne vais pas faire de différence, de mieux faire attention. Mon interrogatoire, mon anamnèse sera la même pour un patient, car même si le médecin traitant n'a pas mal d'informations, il arrive que cette information ne soit pas dans la lettre parce que le patient ne l'a pas dit. Exemple, un patient qui vient pour la première fois chez le médecin traitant, il peut oublier qu'il y a quelque chose, qu'il va dire à l'analyse ici. Et inversement c'est une façon, d'adopter le patient aussi. Par contre, si je vois dans ma lettre qu'il y a un truc particulier sur lequel le médecin a insisté, je vais insister sur ce point-là aussi. Ça c'est clair. Donc c'est

certainement une aide, mais ça ne va pas changer ou orienter mon anamnèse différemment.

B : Dans quelle proportion des cas pensez-vous que le médecin traitant a mal référé le patient ?

DC : ouf... 1% ou un demi %. C'est exceptionnel. Dans mon cas, une douleur thoracique, ça peut être d'origine cardiaque, d'origine pariétale, d'origine digestive et ce n'est pas toujours facile de faire la différence entre les trois. Moi, je suis armé, parce que j'ai un électro, j'ai un écho et j'ai un vélo ce que tous les médecins généralistes n'ont pas. Donc j'ai plus d'armes pour faire le diagnostic. C'est pour ça qu'on me le réfère. Et je dirais, c'est exceptionnel que ce n'est pas le bon endroit. Qu'on me l'ai envoyé parce qu'il a un cors au pied et que je suis cardiologue. Non, même des douleurs digestives, parfois, peuvent être d'origine cardiaque. Donc non, je n'ai jamais eu le sentiment d'avoir un patient qui est mal référé. Mais j'ai plus de moyens diagnostiques et je passe quand même une heure par patient, et donc le médecin généraliste passe entre 10 minutes et 20 minutes par patient, donc j'ai plus le temps de creuser l'anamnèse, qui va me faire avoir un diagnostic. Et d'ailleurs bien souvent le diagnostic est fait à l'anamnèse, dans 90% des cas et les examens cliniques aident à confirmer. C'est parce que j'ai plus de temps et plus de moyens.

B : Donc en général c'est vraiment très très rare que c'est mal référé ?

DC : Oui, oui.

B : Ces lettres sont-elles scannées et mise dans le dossier du patient ?

DC : non. Parce qu'on a un système propre, chez nous. Et donc on a un système où on fonctionne en Word et donc on les met directement, on copie donc c'est plus simple. Je vais vous montrer comment ça fonctionne. Euh. C'est notre ... type, qui reprend systématiquement, voilà, la mise au point faite, malaise, syncope, etc et tout, la prise de sang on a directement. Donc on va recopier ce qui nous intéresse, les éléments clés de la prise de sang. Donc pour le cardiologue c'est, l'hémoglobine, la fonction rénale, le lipidogramme, et puis on rajoutera éventuellement d'autres éléments. Comme les facteurs de risques. Donc on va reprendre, pourquoi, parce que ce dossier nous servira après à nous. Donc au lieu de scanner la lettre, on va la recopier tout simplement. On va effectivement recopier les antécédents chirurgicaux et médicaux oui, mais à notre façon.

Et puis à ce moment-là, on renvoie cette lettre, parce qu'on peut peut-être y mettre, par exemple. Que le patient a fait une thrombophlébite un jour, parce qu'il a été opéré d'une fracture du tibia et puis

la dessus il a fait une embolie pulmonaire. Donc c'est une histoire qui se tient. Donc dans les antécédents médicaux, on va mettre plutôt : thrombophlébite compliquée d'embolie pulmonaire secondaire à l'intervention qui a eu lieu- là. Donc on va mettre aussi la sauce à notre façon.

B : Il n'y a pas de lettre recopiée tel quelle.

DC : Toute la lettre du médecin généraliste ce retrouve dans le dossier, mais aux places qu'il faut, car on ramène l'histoire ensemble, quoi.

B : ok. Donc vous renvoyer toujours une lettre au médecin traitant.

DC : Toujours ! Chez nous, mais ce n'est peut-être pas le cas de mes confrères. Toute visite chez nous, est, chez un spécialiste médical, pas les paramédicaux, il y a toujours une lettre de consultation.

B : Quelle information trouvez-vous indispensable dans une lettre venant d'un médecin généraliste. Et là j'ai mis la liste de base. Est-ce qu'il y en a que vous trouvez pas nécessaires ; Donc l'anamnèse oui. Les paramètres en général pour un cardiologue, quels paramètres sont indispensables pour vous ?

DC : Il manque souvent le poids, la taille. C'est intéressant, car s'il y a un délai entre la consultation avec le spécialiste, ce qui est bien souvent le cas, car il n'y a pas toujours de la place chez les spécialistes. Ben c'est intéressant de voir l'évolution du poids. Dans le cas d'une insuffisance cardiaque qui fait de la rétention d'eau, le généraliste ajoute à juste titre, un début d'un traitement déplétif. Donc voilà il a une perte poids. Ben si on a le poids de base et que je le pèse sur la balance, je pourrai dire 'Tiens, ça a marché.' Ce serait intéressant d'avoir le poids... la taille c'est moins important, dans mon cas en tant que cardiologue.

B : Et la fréquence cardiaque et la tension artérielle ?

DC : Oui, même chose. Généralement la tension y est. Pour une mise au point d'hypertension. La tension artérielle. Mais ce serait intéressant de voir 'tiens, est-ce que, et ça c'est la fréquence n'y est pratiquement jamais et ce serait intéressant de l'avoir.

B : Pourquoi ?

DC : Parce que, imaginons le patient hypertendu mais il vient avec 19 de tension et 70 du pouls et s'il vient chez l'analyste avec 17 de tension et 100 de pouls, ce n'est pas du tout la même chose. Parce qu'il y a une composante adrénergique. Peut-être il y a une hypertension, peut-être il y a un contexte anxiogène, peut-être il y a des mauvaises nuits. Ça va tout changer. Si le patient est traité à ce moment-là par le médecin généraliste qui donne une petite dose de bêtabloquants, je saurai la fréquence de départ et combien il a répondu à son bêtabloquant. Donc ce

serait très intéressant d'avoir la fréquence cardiaque.

B : D'avoir la fréquence cardiaque. C'est pour le cardiologue très intéressant aussi ?

DC : Bien sûr et même pour le pneumologue aussi, car s'il met un Beta-mimétique pour un problème d'asthme par exemple et que le type a sa valeur à 80 et que son puff de Singulair ou autre chose et que le type se balade maintenant à 110, c'est quand même intéressant de le savoir. Par contre s'il respire beaucoup mieux et que sa fréquence va beaucoup mieux,

B : OK. Les antécédents familiaux, indispensables ?

DC : Oui toujours intéressants, oui tout à fait.

B : Personnels ?

DC : oui.

B : Les allergies ?

DC : Oui, bien sûr.

B : Tabac et alcool ?

DC : oui.

B : Traitement actuel ?

DC : Fondamental

B : Une dernière prise de sang relevante ?

DC : C'est toujours intéressant, la dernière prise de sang, oui tout à fait.

B : Et les examens complémentaires adéquats qui sont importants ?

DC : oui.

B : Au niveau de l'anamnèse, est-ce que vous préférez un texte continue ou des points ?

DC : Vous n'avez pas le temps en consultation médecin généraliste de faire une longue phrase tapée à la machine. Votre génération à vous a l'habitude de taper, mais déjà ma génération à moi, tape comme ça à deux doigts, donc c'est un petit peu difficile. Donc je pense que quelques mots structurés, « Cher confrère, cher ami, pourrais-tu voir tel patient... Essoufflement depuis un mois, douleur thoracique suspecte, œdème des membres inférieurs. » Ca suffit. Il ne faut pas une longue histoire. Nous on va refaire l'histoire. Parce que nous allons demander, 'Tiens vous avez mal depuis quand ?' Ah, c'est depuis quand. Et c'est arrivé dans quels circonstances, vous étiez où ? Ce qu'il s'est passé ? Comment l'histoire a commencé. Tiens, ça fait six mois que je constate que je suis de plus en plus essoufflé. Quelque chose d'évolutif. J'ai mal à la poitrine depuis la semaine passée. Ben oui, effectivement, ça s'est arrivée en juin. Et en juin, y a eu énervement. Ben, si j'avais le déménagement de mes parents. Et quoi vous avez dû conduire le camion. A non on a dû déplacer des meubles. Un douleur thoracique suite à un déménagement, fait

penser à une douleur pariétale. Donc nous on va reconstituer l'histoire.

De la douleur pariétale.

B : Donc juste quelques mots suffisent pour un peu...

DC : Oui, pour dire pour quelles raisons il vient et alors éventuellement un petit mot, pour dire attention. Euh Patient dépressif ou patient à difficultés professionnelles, ou patient à difficultés financières. Un peu plus intime, qui me permet de savoir un peu mieux orienter mon anamnèse.

B : Est-ce que le médecin traitant, pour vous, doit toujours évoquer une ou plusieurs hypothèses ou ce n'est pas important ?

DC : Ce n'est pas important. Il peut le faire, avec plaisir. Parce qu'il peut nous aider tout de même aussi, parce qu'il a un contact privilégié avec son patient. Au départ il le connaît beaucoup mieux que nous. Donc si lui a une hypothèse diagnostique, c'est toujours intéressant d'écouter sa proposition, de voir vers quoi il se dirige.

B : Et ça ne risque pas de vous influencer ?

DC : non !

B : Quelles informations manquent-ils souvent qui selon vous sont indispensables ?

DC : La fréquence, la tension et le poids.

B : Qu'est-ce que vous trouvez superflu. Est-ce que parfois il y a des choses qui sont dans la lettre qui ne devraient pas être dans la lettre ?

DC : non. Si c'est un médecin généraliste qui écrit rapidement un petit mot, qui oublie de mettre son adresse. Il faut aller la chercher dans Outlook, voir l'adresse du médecin généraliste. Où ce qu'il consulte et à quel endroit, car certains consultent à plusieurs endroits. Mais ce n'est particulier qu'à certains types de médecins généralistes.

B : oui. Mais donc en fait l'adresse du médecin généraliste et éventuellement son numéro de téléphone.

DC : un GSM. Moi je ne vais jamais appeler un médecin généraliste sur son GSM, sauf si effectivement il y a un traitement important à instaurer ou un examen important à installer. Je ne vais jamais envoyer le patient à la coronarographie si je n'ai pas appelé le médecin généraliste, personnellement.

Le GSM c'est intéressant. Il ne faut pas en abuser, mais c'est quand même un moyen. Car si je dois passer par la secrétaire médicale qui me dit, oui, il est occupé pour l'instant, re-sonnez. Enfin, on perd du temps.

B : Pour les autres moyens de communication, utilisez-vous le réseau santé Wallonie-Bruxelles ?

DC: Jamais. Je suis tout à fait contre. Je trouve le cloud super dangereux. Autant ce serait un bon outil

à avoir dans l'information médicale, autant je trouve ça super dangereux. Même Gmail, même Hotmail se font hacker donc ça veut dire que ces données médicales ne sont pas en sécurité. Ça veut dire que dans n'importe quelles circonstances, ils vont se faire hacker, ça va être revendu aux assurances, ça va être revendu à des gens avec des intérêts différents (ou à des banques ou quoi) et quand vous allez demander votre prêt bancaire ils vont vous dire « ah mais vous avez fumé pendant 3 mois et vous n'aviez pas dit ». Donc je suis tout à fait contre ce système-là.

Par contre, et petite parenthèse, ça fait 30 ans qu'on fonctionne comme ça, on veut tout digitaliser à tout prix, et maintenant donc au lieu que le digital nous serve à nous, on doit servir le digital (c'est personnel mais je trouve ça un peu dangereux). En servant le digital, on sert des banques de données qui sont utilisées à des fins qui ne sont pas toujours des fins médicales mais des fins mercantiles. Donc je pense qu'il faut être très prudent et qu'il faut savoir dire non.

Alors en 30 ans on a fonctionné sans trop de difficultés pour avoir l'information médicale et quand on a l'information médicale on prend son téléphone, on téléphone au traitant directement et on a l'information tout de suite. On a pas besoin d'avoir une banque de données. Maintenant je ne suis pas du tout contre l'évolution mais je pense que la meilleure solution, et ça a été évoqué, (déjà, je ne suis pas un des premiers à le dire mais j'étais un des premiers à l'énoncer à l'époque il y a quatre ans) que le patient est simplement une carte de banque avec un chip, et se connecte ici, en se connectant je confirme l'autorisation et j'ai son dossier médical devant moi et j'en fais les copies que je veux dans ma lettre. Ça appartient à lui et à personne d'autre. Je suis tout à fait contre ces raisons qui sont en fait des façons de dire aux gens « votre dossier est centralisé ». Alors on arrive à des extrêmes un peu différentes maintenant où le patient me demande « vous n'avez pas accès à mon dossier ? » et je dis « non, je ne suis pas responsable ». Donc le patient voudrait que moi je me connecte avec mon ordinateur et que je prenne mon temps pour me connecter sur son dossier à lui. C'est son dossier à lui, c'est à lui de s'en occuper. Il me demande de mettre ça sur son dossier médical. Je lui réponds « ben non je n'ai pas votre dossier, je ne suis pas votre postier, je ne suis pas votre facteur, ce n'est pas à moi d'aller mettre votre dossier médical. Par contre je vais vous envoyer votre dossier médical en PDF sur votre adresse e-mail et vous en faites ce que vous voulez. ». Donc si le patient veut aller mettre lui-même son dossier sur les réseaux, il a tout à fait le droit. Mais moi je ne vais

pas le faire donc je lui envoie son dossier en PDF et il gère son dossier médical. C'est au patient à gérer son dossier médical.

B: Re-responsabiliser un peu le patient quoi.

DC: Voilà, parce que sinon il devient en mode « Aller voir mon dossier médical, vous le mettez sur mon dossier médical et moi je rentre ici et je fais ceci. Et vous ne savez pas mon traitement ? ». Moi je lui réponds « Non, et vous ? ». Donc il faut re-responsabiliser le patient et il faut faire attention : la digitalisation doit nous servir et nous sommes en train de nourrir des banques de données pour lesquelles nous n'avons pas l'ombre d'un doute. Prenez un bête exemple: Google a racheté Fitbit, très bien mais tous les gens de Fitbit ne veulent pas nécessairement que Google ait accès à leur données médicales, leur fréquence cardiaque et compagnie et tout pour leur envoyer des publicités ciblées. Maintenant c'est fait. Est-ce que votre compte bancaire est dans les données de la banque ? Mais il n'est pas sur un cloud commun. Que les jeunes qui aient une carte médicale/une carte de banque se connectent « pouf ! ». Ou sur leur carte d'identité si on veut, on peut faire une carte médicale et une carte bancaire séparées. Et puis on a l'information du poids/ de la taille/ses médicaments/son traitement/des choses basiques. Aucun problème.

B: Et cela a-t-il déjà été exploré ?

DC: Cela a déjà été exploré. Moi j'ai eu des discussions avec des gens de la communauté européenne qui étaient venus comme patients (avec un gars qui était responsable) mais c'est en fait le lobby du digital qui est tellement puissant actuellement et que ces données sont tellement fondamentales pour avoir ces banques de données qui sont à la recherche de données médicales à tout prix. Vous avez maintenant plein d'applications avec des montres connectées ou on essaie d'avoir un maximum d'informations médicales et dans les applications on vous demande maintenant votre poids/votre taille/vous avez des médicaments... on essaie de créer un dossier médical parce on pourra faire une publicité médicale ciblée. Mais c'est le gros danger ça veut dire que ... Je ne sais pas si vous avez vu le vieux film Belge, ça s'est passé près de chez vous avec Benoît Poelvoorde qui voit que la dame a des nitrés sur sa table de nuit et puis crie en un coup l'engueule comme du poisson pourri, le type meurt. Il dit « je ne l'ai pas touché, j'ai vu qu'il y a des nitrés donc je lui ai fait peur ».

Je dirai à la limite, en sachant qu'un patient a telle pathologie ou tel médicament ou tel traitement, il y a moyen de faire chanter les gens et d'avoir quand même des choses qui ne sont pas agréables. Par

exemple un patient est diabétique, vous le privez de son insuline pendant 48 heures, il ne va pas être bien hein. Donc il faut quand même être bien conscient avec quoi on joue pour l'instant. Donc je suis très catégorique et c'est rare que je prenne des positions extrêmes. Là je dis non et je suis tout prêt à le justifier en public, à la presse, à n'importe qui, etc... Et je ne suis pas le seul !

B : Ce serait peut-être le sujet d'un nouveau TFE pour l'année prochaine !

DC: Je ne suis pas bloqué mais actuellement il n'y a rien qui me donne tort.

B: Du coup le Sumehr, vous ne l'utilisez pas non plus ?

DC: Non parce que l'idée en tant que telle est très belle mais mettez le Sumehr sur une carte de banque et pas sur un cloud.

B: Faire exactement la même chose mais sur autre chose ?

DC: Tout à fait d'accord sur le dossier médical pour celui qui le fait. Ça appartient au patient, il se responsabilise et ça ne doit pas être sur un cloud. Voilà.

B: Très bonne idée. Pensez-vous que le patient doit toujours être référé par son médecin traitant ?

DC: Pas nécessairement. Bon c'est toujours intéressant qu'il y ait un contact avec le médecin généraliste parce que pour moi le généraliste reste le chef d'orchestre, ça c'est clair. Mais maintenant il peut arriver qu'un patient n'ait pas le temps d'aller chez le médecin généraliste ou n'ait plus de généraliste, ou n'ait pas un bon généraliste ou ait un généraliste qui ait déménagé...Donc toutes des raisons... si on veut arriver à un système à la hollandaise ou c'est le médecin traitant qui décide quand il va chez le spécialiste c'est très dangereux. Je pense qu'il faut laisser la liberté thérapeutique chez le patient, tant dans le choix de ses prestataires de soins que dans l'endroit où il veut aller. Ce n'est pas indispensable, maintenant c'est une aide certainement mais un patient doit garder la spontanéité d'aller chez un généraliste de son choix.

B: Et vous incitez un patient qui n'a pas de médecin généraliste à aller voir... ?

DC: Toujours ! Donc quand un patient qui vient chez nous et qui n'a pas de médecin, ou qu'il ne l'a plus vu depuis trois ans. Il demande qui est son généraliste, si je lui fais une lettre en disant « Dans 10 jours vous allez chez votre médecin généraliste et voici une lettre pour lui, vous allez le revoir ». Si il n'a pas de médecin généraliste, ce qui arrive quand même dans 10% des cas (parce qu'ils n'en n'ont pas, parce que le type est mort ou parce qu'ils ont déménagé), on dit voilà la liste des généralistes dans votre coin. Si on ne

connait pas suffisamment bien les généralistes pour les référer, on leur dit d'aller voir les pharmaciens qui sont près de chez eux pour leur demander quels sont les bons généralistes. Donc chez nous on ne fait pas de lettre si il n'y a pas de généraliste. Il y aura toujours une lettre et on oblige le patient à revoir un généraliste dans les 10 jours qui suivent la consultation.

B: Et la lettre, vous la donnez au patient à la fin de la consultation alors ?

DC: Ce qu'on fait actuellement c'est qu'on envoie la lettre par internet pour Paramédicis et tout le système et on donne la lettre au patient si on n'a plus d'examen complémentaires. Comme ça le patient peut donner la lettre au généraliste de son choix, il peut relire son courrier à son aise à la maison, il l'a en sa possession et on laisse toujours l'enveloppe ouverte pour bien dire qu'il n'y a rien à cacher.

B: Quel système pourrait selon vous améliorer la manière de référer le patient, est ce que vous trouvez qu'un patient doit passer chez un médecin généraliste ? Pas vraiment... ?

DC: Non, je pense que c'est intéressant, c'est très bien qu'il passe car le médecin généraliste va quand même un petit peu débroussailler et voir si il est essoufflé si c'est plutôt cardiologique, pneumologique ou autre chose donc c'est très très bien qu'il ait un généraliste. Je ne vais pas dire qu'il ne faut pas de généraliste. Si on me demande si c'est obligatoire, je dis non ce n'est pas obligatoire mais c'est très nécessaire.

B: Et pour vous du coup, le système belge où le patient a le choix est le bon système ?

DC: Tout à fait car cela permet de ne pas, d'une part qu'un généraliste ne garde trop longtemps un patient qui ne va pas bien, et inversement que les gens ne fassent pas du shopping non plus. Parce que parfois on apprend en fin de consultation que le patient a déjà été voir un autre cardiologue, puis un autre...Donc ils font du shopping. Et cela permet que le généraliste empêche cela.

B: Comment vous gérez cette situation alors quand... ?

DC: Quand ils font du shopping ? Je leur dit « ben écoutez aller revoir les confrères et j'écris directement une copie de ma lettre aux confrères. » Si Je ne suis pas d'accord avec un diagnostic, si un patient vient pour un second avis, on lui a dit « voilà il faut vous opérer, il faut faire une coronographie, il faut mettre un pace-maker » et le patient est hésitant, il a un petit doute, il vient donc pour un second avis, c'est tout à fait son droit, et alors on envoie à ce moment-là un double de la lettre à l'autre

cardiologue pour qu'il soit au courant. Et on laisse le patient choisir. Toujours.

B: Entre cardiologues alors ?

DC: Moi je fais toujours ça, si quelqu'un vient pour une seconde opinion j'envoie toujours par déontologie une copie de ma lettre au deuxième pour qu'il sache ce que moi j'ai dit et je ne prends jamais position au sens que « vous allez maintenant me revoir ». Alors qu'il y a deux cardiologues, je demande plutôt à ce qu'il en parle à son généraliste et que lui décide qui il doit aller voir. Je ne prends jamais position à ce niveau-là.

B: Cela vous arrive-t-il d'appeler un médecin traitant pour obtenir plus d'informations ?

DC: Oui, régulièrement.

B: Et cela vous dérange-t-il d'être appelé par un médecin traitant pour un avis ?

DC: Non absolument pas. Cela fait partie du métier.

B: Est-ce que vous avez d'autres remarques ou autres choses, des situations à partager ?

DC: Non enfin, c'était très intéressant de parler du dossier médical informatisé donc c'est très bien. On a tous des dossiers médicaux informatisés donc je suis tout à fait pour mais je pense que c'est le patient qui doit gérer son dossier médical et il faut faire très attention à ce qu'il se passe maintenant au niveau de la digitalisation.

B: Merci beaucoup !

DC: Je vous en prie.

B: Est-ce que ça vous intéresserait de faire des réunions pour rencontrer les médecins généralistes du coin avec lesquels vous travaillez ou pas ?

DC: On fait des réunions souvent chez nous pour ça, c'est pour les rencontrer. Alors ici maintenant on va ouvrir une clinique du sommeil donc c'est le projet pour cette année, on va faire un tour d'une dizaine de généralistes, on va aller les voir chez eux pour leur demander qu'est-ce qui vous ferait plaisir qui pourrait marcher là-dedans, en quoi voulez-vous participer et surtout de quoi vous avez besoin ? Parce qu'à un moment on a fait des cliniques pour les insuffisants cardiaques mais c'était ridicule parce que c'était substitué aux médecins généralistes, ça fausse tout, il faut travailler AVEC le médecin

généraliste. Le gros danger du médecin spécialiste c'est quand il se substitue, et parfois il est poussé par le patient, le patient va dire « tiens, est-ce que vous ne pouvez pas regarder j'ai un petit cor au pied là ? ». C'est en effectivement un petit peu bizarre mais il faut le remettre au généraliste, il faut remettre le rôle de chacun.

Le pire ce sont les spécialistes qui re-convoquent les patients systématiquement tous les trois mois et qui finalement se substituent au médecin généraliste. J'ai vu récemment un patient qui était vu par son cardiologue qui était déjà relativement âgé mais qui voyait son patient tous les 4 mois. Et donc le patient n'avait plus de généraliste. Car "pas besoin tous les 4 mois je vois mon spécialiste ». Je trouve qu'on peut re-convoquer un patient, légalement on est obligés en cas de pace-maker et en cas d'infarctus avec une angioplastie coronaire, il faut exclure l'angio-sténose il faut revoir le patient. Au-delà d'un an, c'est au patient et au médecin traitant à décider quand il revient. Moi je dis toujours aux gens, au-delà de 40 ans, il faut voir deux fois par an minimum votre généraliste. Pourquoi, parce que c'est important qu'il vous connaisse parce que le jour où vous avez un problème médical il sait qui vous êtes et il faut voir un spécialiste en fonction des pathologies que vous avez et en fonction de ce que le généraliste vous dit et vos facteurs de risques. En cardiologie c'est la première cause de mortalité, quelqu'un qui est sans facteur de risque, faire un contrôle tous les trois ans c'est pas du luxe. C'est comme si vous allez chez le dentiste quand vous avez mal à la dent.

B: Et du coup chez vous ici, il y a déjà un bon contact avec les médecins généralistes ?

DC: Bon.

B: Mais vous le trouvez très important ?

DC: Ah pour moi c'est fondamental. J'ai le Gsm personnel d'une centaine de personnes que je sais que je peux contacter. Et ils peuvent m'atteindre sur mon Gsm.

B: Merci.

ANNEXE 5 : RÉPONSE DU PRÉSIDENT D'ABEFRADOC

ABEFRADOC : Association Belge Francophone Du Dommage Corporel

Bonjour Madame de Clippele,

Je ne crois pas que votre enquête concerne notre spécialité de médecins experts : il est très rare que le médecin traitant s'adresse à nous et, de plus, nous sommes totalement étrangers au rôle de thérapeute.

Je reste néanmoins à votre disposition

ANNEXE 6 : RÉPONSE DU DIRECTEUR MÉDICAL DU GROUPE JOLIMONT

Chères consœurs, Chers confrères,

Cette consœur futur médecin généraliste fait une étude intéressante sur la relation entre médecin spécialiste-médecin généraliste. Je vous encourage à répondre à ses questions. Ceci ne prend effectivement pas beaucoup de temps. Je l'ai fait moi-même en moins de 5 minutes

BAV

OLIVIER

(Dr Olivier Ravoet)

ANNEXE 7 : GRAPHIQUES

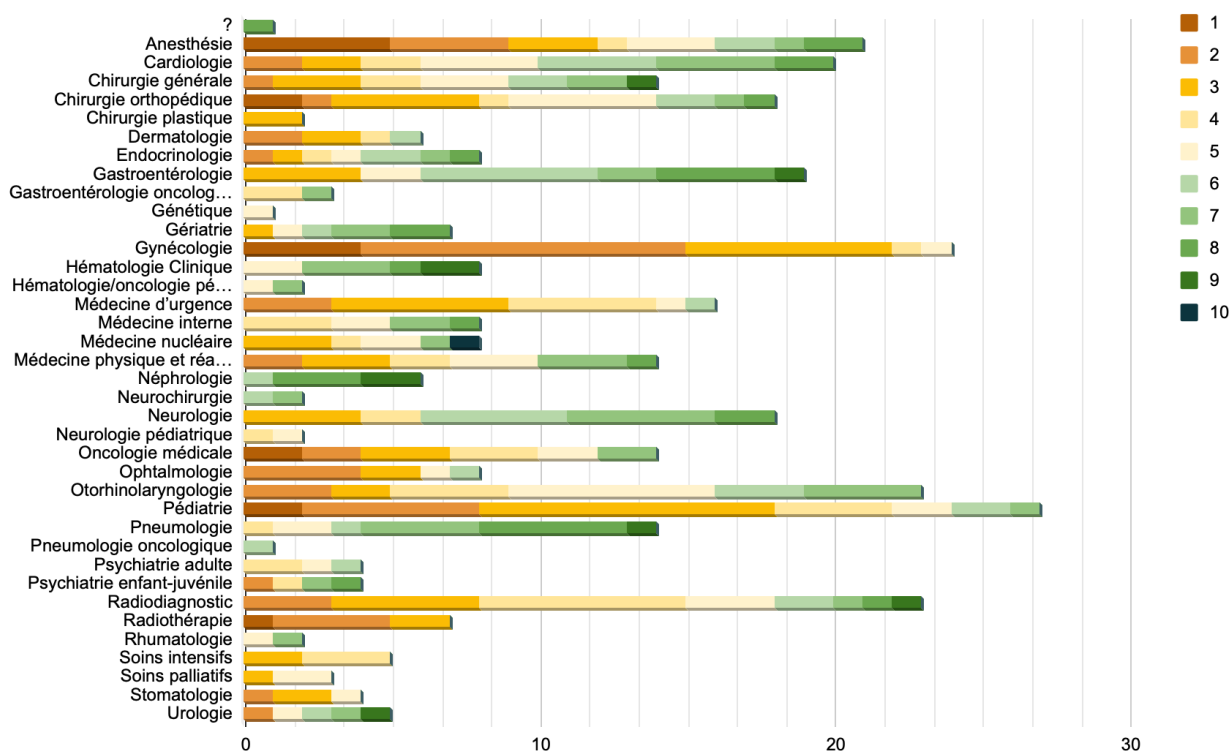


FIGURE 31: NOMBRE DE PATIENTS RÉFÉRÉS EN FONCTION DE LA SPÉCIALISATION DU MÉDECIN

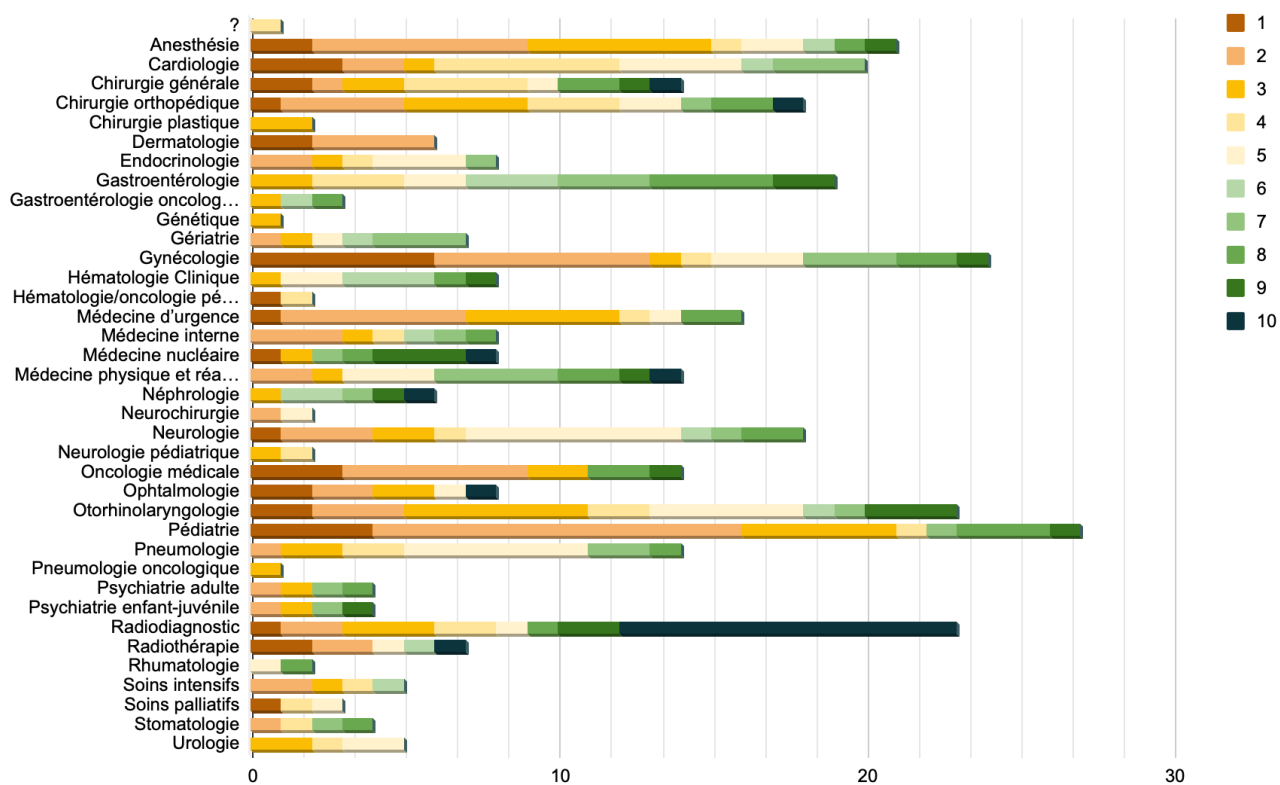


FIGURE 32: NOMBRE DE PATIENTS RÉFÉRÉS PAR LE MÉDECIN TRAITANT ACCOMPAGNÉS D'UNE LETTRE

ANNEXE 8 : TABLEAU COMPARATIF DE CONTENU DE LETTRES DE RÉFÉRENCE

TABLEAU 8: COMPARAISON ENTRE DIFFÉRENTES PROPOSITIONS DE LETTRES DE RÉFÉRENCE

	Newton <i>et al.</i> (1992) (23)	Tattersall <i>et al.</i> (2002) (17)	José francois (2011) (16)	Oosthuizen <i>et al.</i> (2011) (13)	Ramanyake (2013) (12)	Cambon <i>et al.</i> (2018) (24)	TFE B. de Clippele (2020)
Titre	<i>Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain?</i>	<i>Improving doctors' letters.</i>	<i>A tool to assess the quality of consultation and referral request letters</i>	<i>National standardised patient referral template `</i>	<i>Referral Letter</i>	<i>Consensus du contenu du courrier du médecin généraliste.</i>	<i>Comment les médecins généralistes peuvent-ils mieux référer leurs patients vers la médecine spécialisée?</i>
Date du jour	Date of letter		Date of letter	Date of referral	Date	Date du courrier	Date
Endroit de référence	Consultant's name Department and address		Discipline letter directed to	- Hospital - Specialty/ service - Preferred consultant - Has the patient previously attended the hospital - Priority (GP): urgent or not	- Consultant - Discipline		Discipline
Informations patients	- Patient's name - Address - Telephone number - Date of birth - Sex - NHS number		Patient demographics	- Surname - First name - Address - Date of birth - Gender - Next of kin - Mobile number - Telephone (day/evening) - Hospital number - First language	- Name - Age	- Nom et prénom du patient - Date de naissance ou âge du patient	- Nom et prénom du patient - Date de naissance - âge du patient

	- Interpreter required - Wheelchair assistance						
Informations médecin traitant	- name - address - telephone number		- Name - Address - Telephone - Fax - Mobile - Signature - Medical council registration number	Dr ...	- Nom - Adresse -Téléphone	- Nom - Adresse - Téléphone - Numéro INAMI	
Raisons d’envoi	Initial sentence stating reason for referral	Reason for referral	Initial statement identifying the reason for the referral	Reason for referral	Reason for referral	Motif de la consultation cardiologique	Motif de référence
Anamnèse	Outline of the history or statement of the problem	History of problem	- Chief complaint - Associated symptoms - Relevant collateral history	Symptoms (including history of presenting complaints and interventions to date):	Symptoms and signs	Histoire de la maladie	ANAMNÈSE
Examen clinique	Findings on examination	Clinical findings	Relevant clinical findings	Examination findings		Constantes récentes	Examen clinique
Antécédents personnels	Important medical history	Medical history	- Past medical history - Past surgical history	- Past medical history - Additional Relevant information (including special needs, disabilities, clinical warnings)	Cormobidities	- Pathologies actuelles ou antérieures et - facteurs de risque cardio-vasculaires	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS
Consommation						- Tabac - Alcool - Autre	- Tabac - Alcool - Autre
Psychosocial	Sociopsychological matters	Sociopsychological matters	Relevant psychosocial history	Relevant Social history		Contexte psycho- social	Contexte psycho-social
Antécédents familiaux				Relevant Family history	Family and Social Hx	Antécédents familiaux cardio-	Antécédents familiaux

	vasculaires et de mort subite						
Médicaments	Current medication	Current medication	Current medication list	Current medication:	Treatment for comorbidities	Traitement actuel	TRAITEMENT ACTUEL
Allergies	Known allergies	Known allergies	Allergies	Allergies/Adverse medication events	Allergies	Allergies et intolérances médicamenteuses	ALLERGIES
Examens complémentaires	Findings on investigation	Findings on investigation/tests	Results of investigations to date	Relevant tests/investigations	Ix results	Résultats des examens (si déjà réalisés)	- COPIE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES - COPIE DE PRISE DE SANG PERTINENTE
Hypothèses diagnostiques		Provisional diagnosis	Provisional diagnosis or clinical impression	Anticipated outcome	Probable diagnosis		Hypothèses diagnostiques
Prise en charge déjà faite		Previous therapy/ Interventions	Outline of management to date		Treatment given		
Question/de mande	What the general practitioner expects from the referral	What referring doctor expects from referral	Statement of what is expected from the referral			- Question(s) posée(s) - Périmètre d'action attendu	
Autre	- Patient/Family involvement - Whether or how the patient was involved in the referral decision - What the patient or relative has been told or expects from the Referral	- Whether patient was involved in referral decision - What patient/relative has been told and expects from referral - Request for copy of consultation report - Statement about expectation for return of patient	Style: - One topic per paragraph - Paragraphs with fewer than 5 sentences - One idea per sentence - Overall appreciation			- Activité physique habituelle - tolérance aux efforts	

