



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

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



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

**DELIVRANCE D'INFORMATION ECRITE DESTINEE AU  
PATIENT EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE**

**Enquête qualitative sur les opinions et comportements de  
quatorze médecins généralistes**

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 19 janvier 2017

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**DUPRE-LAILLER Axelle**

**Née le 23 Juin 1985 à Champigny-Sur-Marne**

**Sous la direction du Docteur LEVY Yvan**

## Faculté de Médecine Lyon Est

### Liste des enseignants 2016/2017

#### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

##### Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ninet	Jacques	Cancérologie ; radiothérapie
Philip	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Ponchon	Thierry	Radiologie et imagerie médicale
Revel	Didier	Cancérologie ; radiothérapie
Rivoire	Michel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Anatomie et cytologie pathologiques
Thivolet-Bejui	Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vandenesch	François	

#### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

##### Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie

Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Durieu	Isabelle	Patrick Génétique
Edery	Charles	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Fauvel	Jean-Pierre	Neurochirurgie
Guenot	Marc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Gueyffier	François	Radiologie et imagerie médicale
Guibaud	Laurent	Pédiatrie
Javouhey	Etienne	Néphrologie
Juillard	Laurent	Dermato-vénéréologie
Jullien	Denis	Ophtalmologie
Kodjikian	Laurent	Pierre Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale ; addictologie
Krolak	Salmon	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Lejeune	Hervé	Chirurgie générale
Mabrut	Jean-Yves	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Merle	Philippe	Physiologie
Mion	François	Néphrologie
Morelon	Emmanuel	Chirurgie infantile
Mure	Pierre-Yves	Hématologie ; transfusion
Négrier	Claude	Pédiatrie
Nicolino	Marc	Parasitologie et mycologie
Picot	Stéphane	Radiologie et imagerie médicale
Rouvière	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roy	Pascal	Neurologie
Ryvlin	Philippe	Psychiatrie d'adultes
Saoud	Mohamed	Biologie cellulaire
Schaeffer	Laurent	Biophysique et médecine nucléaire
Scheiber	Christian	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Physiologie
Tilikete	Caroline	Oto-rhino-laryngologie
Truy	Eric	Radiologie et imagerie médicale
Turjman	Francis	Anatomie
Vallée	Bernard	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vanhems	Philippe	Neurologie
Vukusic	Sandra	

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie

Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

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

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

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

Lainé	Xavier
-------	--------

### **Professeurs émérites**

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

Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

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

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuiet	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

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

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau	Frachon	Sophie Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie	Nathalie Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire

Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy	Guidollet	Véronique Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

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

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

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

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## REMERCIEMENTS

---

Au président et membres du jury,

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre Dubois,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet, votre lecture de ce travail et vos conseils. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Cyrille Colin,

Je vous remercie sincèrement pour votre présence dans le jury. Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour vos conseils. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Liliane Daligand,

Je vous remercie sincèrement de faire l'honneur de votre présence dans le jury. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Yvan Levy,

Je vous remercie de m'avoir accompagné tout au long de ce travail de thèse, pour votre implication et votre disponibilité. Merci également pour avoir été mon maître de stage et de m'avoir fait découvrir la médecine générale. Je garde en mémoire ce que vous m'avez appris.

Aux professionnels de santé que j'ai rencontré durant mon parcours et avec qui j'ai travaillé, à l'hôpital ou en ville qui m'ont donné l'envie d'exercer ce métier et m'ont montré sa richesse.

Au Professeur Laurent Letrillart. Je vous remercie d'avoir accepté de présider ma thèse, puis de m'avoir mis en relation avec le Professeur Dubois. Merci pour vos conseils avisés. Au Docteur Vincent Rebeille-Borgella. Merci d'avoir été mon tuteur et pour votre soutien. Vous êtes pour moi un modèle. A mes maitres de stages, les Docteurs Emmanuel Viry et Leila Talbi, pour ce que vous m'avez transmis. Aux quatorze médecins généralistes qui ont accepté de participer à l'étude. A toute l'équipe de l'USAA, Aline, Angeline, Jean-Claude, Jerem' et les autres. Aux équipes de pneumologie-infectiologie et soins palliatifs de Valence, du pavillon K de l'HEH, et du centre MGEN. A Bernard Gres, Philippe Brun, Géraldine, Anne-Claude, Capucine.

A Corinne, un grand merci pour ta collaboration efficace, ta motivation, et ton travail si consciencieux.

A ma famille,

A Martine et Thierry, de fabuleux coachs. Merci pour votre aide sans limite, morale et matérielle tout au long de mon parcours d'étudiante et de médecin. Martine, tu as été un élément majeur de l'accomplissement de ce travail. Merci pour l'intérêt que tu y as porté et de m'avoir motivé sans relâche. Thierry, merci pour la considération que tu as, au soutien que tu m'as apporté, et d'avoir régalié ma panse en bon carburant.

A Maxime, le magicien de la dernière ligne droite. J'ai toujours pu compter sur toi, merci d'avoir su être présent aux bons moments, et pour ta si grande efficacité.

A Maman, sans qui toute cette « aventure » n'aurait jamais commencé. Tu m'as aidée à choisir cette voie, m'as donné la confiance nécessaire pour avancer et as guidé mes pas. Merci pour tout ce que tu m'as apporté et les valeurs que tu m'as transmises, si précieuses dans ce métier.

A Michel, tu m'as toujours soutenue et valorisée dans cette voie. Merci de ta présence.

A mes sœurs, mes chères co-saucisses, merci de m'avoir supporté tout au long de ces études. Elodie, seurane, notre dicton EGBAR était donc vrai. Malgré les épreuves, nous avons réussi à construire notre réussite, avec tout le temps nécessaire à tortue luth. Merci pour ton soutien et ta présence indéfectible. Océane et Roxane, je suis fière de vous et suis persuadée de votre succès dans les voies que vous avez choisi, vous savez que vous pouvez compter sur moi.

A Julian, mon cher cousin, merci de l'intérêt pour mon travail. Tes taquineries m'ont fait rire même dans les moments difficiles.

A Mamie, pour ton précieux soutien qui m'a permis d'abattre mes dernières cartes et de remporter la partie. Merci pour les valeurs que tu m'as transmises, tu m'as appris le prix du travail et du courage. Merci de prendre soin de nous. A Papi, ton petit pastis est devenu un vrai docteur Fourchette. Malgré ton caractère de 23 juin, tu t'es tenu au courant de mon parcours.

A Mamie et Papi D, vous m'avez encouragée à réussir avec une telle bienveillance. J'essaie d'utiliser au mieux dans mon travail les valeurs et les qualités que vous m'avez transmises.

A Nathalie, ton humour et nos visions de la pratique de la médecine se rejoignent. A la famille Dujardin pour vos encouragements.

#### A mes amis et cointernes,

##### De Fontainebleau :

Isa, tu sais que tu es une amie très spéciale pour moi, merci encore de ton soutien et de ta présence malgré la distance, Guigui, Laurie-Anne, Tatiana, Mélanie. Amélie, FX, Jérôme, le groupe des bacots, je ne vous oublie pas.

##### De Paris :

Flo merci pour ta présence en tout temps et ton amitié, Cécile. Les siss' forever : Claire (tout premier banc de fac!), Annab' et Popo. Merci pour votre amitié intemporelle et votre soutien en toutes circonstances. Les coupines : Chloé, Marie, Margaux. Cécile. De longues heures de bibli' à se serrer les coudes. Merci pour votre amitié.

Audrey, Grégoire, Lucie, Camille, Deborah, Hélène, Clarissa, Marine. Mes co-externes Louis-Marie, Laeticia, Cécile et Thibaut.

##### De Montélimar, Valence et Lyon :

Isa, Eva (the famous bibiches), Juliette, Clotilde, merci pour votre amitié et votre soutien. Mélanie, Anaïs, Sophie, Bérénice, Yanis, Nabil, Silène, Emeline, Caroline, et les autres. Que de bons souvenirs au pays du nougat!

Alex zinvoi (Fire!), Lolo le roi des os, Audrey, Anne, merci pour votre soutien et votre amitié. Jonjon, Matthieu, Simon, Ingrid, Clémence, Rebecca, Jerem', Amine et les autres internes de ce semestre fou!

Anne-Li viele danke, Anne-Chacha, Cyndy, Thierry (déjà sur les bancs de P5), Marine, Pauline. Anne-So toujours la patate merci pour ton soutien et ton humour, Julien, Anaïs chica, Ana, Olivier, Alice, Lucile, Fred, Sophie et toute la bande à Pierre-Luc.

Imen ma coco, depuis le service double K on ne s'est plus quitté, Emilie roommate, The Francois. Merci pour votre soutien et votre aide anti-blitz au quotidien. Pau la loca et Cyril, nos Gruciano drômois. Thomas et Anaïs, merci pour votre soutien et votre tempérament si positif. John mon voisin merci pour ta présence et les nombreux services que tu m'as rendu.

A Pablo. Merci pour ton infinie patience, ton aide en informatique, ton coaching du début à la fin de ce travail et ton optimisme à toute épreuve. Je suis chanceuse et fière de faire partie de ta vie. Grâce à toi, je vais aussi bientôt découvrir d'autres façons de pratiquer la médecine et d'autres horizons... Te amo tanto.

A toutes les personnes que j'ai rencontrées et qui m'ont encouragé,

Lamia, merci pour nos échanges toujours enrichissants et de m'avoir motivé dans la dernière ligne droite. Margot la coloc. Bruno et David, qui supportent des générations et des générations d'internes.

## SOMMAIRE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>II.</b>	<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>8</b>
A.	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....	8
1.	<i>Les mots clés MeSH utilisés .....</i>	<i>8</i>
2.	<i>Les bases de données utilisées.....</i>	<i>8</i>
B.	TYPE D'ETUDE .....	9
C.	ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN.....	9
1.	<i>Evolution du guide d'entretien (cf « Annexe 1 ») .....</i>	<i>9</i>
2.	<i>Guide d'entretien final (cf « Annexe 1 »).....</i>	<i>9</i>
D.	POPULATION DE L'ETUDE.....	10
1.	<i>Critères d'inclusion des médecins.....</i>	<i>10</i>
2.	<i>Recrutement.....</i>	<i>11</i>
3.	<i>Caractéristiques de l'échantillon étudié .....</i>	<i>12</i>
E.	DEROULEMENT DES ENTRETIENS .....	16
1.	<i>Dates et lieux des entretiens.....</i>	<i>16</i>
2.	<i>Consentement et anonymisation .....</i>	<i>16</i>
3.	<i>Enregistrement.....</i>	<i>16</i>
F.	RECUEIL DES DONNEES.....	16
G.	ANALYSE TRANSVERSALE ET TRIANGULATION .....	17
<b>III.</b>	<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>18</b>
A.	CARACTERISTIQUES DES DOCUMENTS D'INFORMATION TRANSMIS AUX PATIENTS .....	18
1.	<i>Support utilisé.....</i>	<i>18</i>
2.	<i>Traçabilité et mise à jour.....</i>	<i>20</i>
3.	<i>Thèmes et contenu de l'information .....</i>	<i>21</i>
4.	<i>Schéma de synthèse de la première partie des résultats.....</i>	<i>26</i>
B.	MODALITES DE LA DELIVRANCE DE L'INFORMATION ECRITE .....	27
1.	<i>Eléments favorables à la délivrance d'information écrite : critères de choix .....</i>	<i>27</i>
2.	<i>Obstacles à la délivrance d'information écrite .....</i>	<i>32</i>
3.	<i>Profil de délivrance d'information écrite.....</i>	<i>35</i>
4.	<i>Schéma de synthèse de la deuxième partie des résultats .....</i>	<i>41</i>
C.	EVALUATION PAR LES MEDECINS DE L'UTILITE DE LA DELIVRANCE D'INFORMATION ECRITE ET DE SON MODE DE PRATIQUE .....	42
1.	<i>Evaluation de l'utilité des documents écrits d'information .....</i>	<i>42</i>
2.	<i>Attentes des médecins.....</i>	<i>46</i>
3.	<i>Schéma de synthèse de la troisième partie des résultats .....</i>	<i>54</i>
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>55</b>
A.	RESULTATS PRINCIPAUX.....	55
B.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	56
1.	<i>Forces .....</i>	<i>56</i>
2.	<i>Limites .....</i>	<i>57</i>
C.	DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES .....	59
1.	<i>Recommandations difficilement applicables en pratique.....</i>	<i>59</i>
2.	<i>Nécessité de s'approprier l'information et de l'adapter au cas par cas .....</i>	<i>61</i>

3.	<i>Des intérêts pourtant démontrés et perçus.....</i>	63
4.	<i>Ambivalence des médecins et différences de pratiques.....</i>	64
5.	<i>Propositions.....</i>	65
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>67</b>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>69</b>
<b>VII.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>73</b>
A.	ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN EVOLUTIF ET FICHE DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES .....	73
1.	<i>Canevas d'entretien initial (mémoire octobre 2014) .....</i>	73
2.	<i>Canevas d'entretien modifié (à partir de l'entretien 4) .....</i>	74
3.	<i>Canevas d'entretien final (à partir de l'entretien 6) .....</i>	76
4.	<i>Recueil des caractéristiques des participants.....</i>	80
B.	ANNEXE 2 : GUIDE METHODOLOGIQUE DE LA HAS (JUN 2008) : « ELABORATION D'UN DOCUMENT ECRIT D'INFORMATION A L'INTENTION DES PATIENTS ET DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE » .....	83
C.	ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS .....	88
D.	ANNEXE 4 : CONCLUSIONS SIGNEES .....	88

TABLE DES TABLEAUX

---

<b>TABLEAU 1</b>	<b>IDENTITE DES MEDECINS.....</b>	<b>12</b>
<b>TABLEAU 2</b>	<b>ORGANISATION DE L'EXERCICE MEDICAL .....</b>	<b>13</b>
<b>TABLEAU 3</b>	<b>EXPERIENCE, LIEU DE TRAVAIL ET PATIENTELE .....</b>	<b>14</b>
<b>TABLEAU 4</b>	<b>COMPETENCES COMPLEMENTAIRES .....</b>	<b>15</b>
<b>TABLEAU 5</b>	<b>DUREE DES ENTRETIENS.....</b>	<b>17</b>

## TABLE DES ABREVIATIONS

---

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

AVK : Anti-Vitamine K

BDSP : Banque de Données de Santé Publique

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CiSMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CLGE : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNGOF : Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français

CNMG : Campus Numérique de Médecine Générale

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

CRIPS : Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida

DMG : Département de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medicine

FIP : Fiches Information Patients

FMC : Formation Médicale Continue

FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INR : International Normalized Ratio

IVS : Institut de Veille Sanitaire

MeSH: Medical Subject Headings

MG : Médecin Généraliste

MAPA: Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

MSP: Maison de Santé Pluridisciplinaire

MST: Maladie Sexuellement Transmissible

NHS : National Health Service

NHMRC : National Health and Medical Research Council

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PIL : Prescription Information Leaflet

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PSA : Prostate Specific Antigen

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFTG : Société Française de Thérapeutique du Généraliste

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

UNESCO : United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

WOS : Web of Science

## I. INTRODUCTION

L'évolution de la relation médecin-patient place ce dernier au centre des décisions le concernant, ce qui suppose qu'il soit bien informé. Les professionnels de santé ont le devoir de délivrer une information au patient qui l'éclaire sur son état de santé mais lui permet aussi d'accepter ou de refuser les actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique qui lui sont proposés (1). Bien qu'Internet et les médias soient des sources d'information non négligeables pour les patients, le médecin reste l'interlocuteur privilégié et celui en qui ils ont le plus confiance. Le discours oral occupe une place centrale, mais il a été montré qu'un patient a oublié la moitié de ce que le médecin lui a dit cinq minutes après avoir quitté le cabinet (2). L'information peut être complétée par un document écrit destiné au patient.

L'intérêt des documents écrits d'information délivrés au cours de la consultation a été largement démontré, avec un haut niveau de preuve, notamment pour des situations physiologiques ou des pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale (3). Il a été montré que 75% des patients souhaitent une information écrite accompagnant le traitement et que 80% d'entre eux la lisent (4). Cette pratique améliore sensiblement la satisfaction des patients et ce, surtout lors des consultations brèves (5,6). Ces documents peuvent être lus en dehors du stress du cabinet (7) et accroissent leurs connaissances, par exemple sur la contraception (6), les vaccinations (8-10) ou la consommation d'alcool pendant la grossesse (11). Chez des patients souffrant de lombalgie aiguë, le support d'un document écrit a amélioré la qualité de vie (12) mais aussi les capacités fonctionnelles et les comportements préventifs (13). Quand le médecin généraliste remet le «Back book» («Guide du dos»), il y a, non seulement, une meilleure connaissance de la pathologie mais aussi une diminution de la durée de la douleur et une réduction de la consommation d'anti-inflammatoires et de myorelaxants (14). Il a été observé des changements de comportement chez des femmes espagnoles consultant pour condylomes (utilisation du préservatif, limitation du nombre de partenaires) (15) et même une diminution des récurrences de condylomes (16). Un livret sur l'alimentation s'est révélé efficace pour faire diminuer la quantité de lipides et augmenter la consommation de fibres chez des patients américains (17). L'observance thérapeutique peut aussi être améliorée par l'utilisation de documents écrits (18,19) qui favorisent l'adhésion au traitement. Ils permettent de réduire le nombre de consultations répétitives pour le même problème de santé, par exemple, les douleurs lombaires (20), les infections respiratoires (21) et les maladies infantiles (4). Les

membres de la même famille, ayant reçu une information écrite sur la gastroentérite ou l'angine, consultent moins pour les mêmes symptômes (22). Il est même observé une réduction de prescription d'antibiotiques pour des enfants anglais, lors de consultations pour des infections des voies respiratoires (23) et également pour des conjonctivites, des infections urinaires, des gastro-entérites et des angines (24). La remise de documents écrits d'information semble également diminuer l'anxiété et n'engendre pas d'augmentation des effets secondaires des traitements (25), elle donne de meilleurs résultats sur la morbidité et sur la santé (2), améliore la participation active aux traitements en diminuant la douleur et la dépression chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (25). Il a été montré qu'il y a plus d'impact à donner un document écrit portant sur un médicament qui vient d'être prescrit ou une pathologie qui vient d'être diagnostiquée. Les documents d'information transmis peuvent donc être considérés comme des «homeworks» entre deux consultations et permettre aux patients de poser les bonnes questions (4). L'utilisation de brochures d'information apparaît également comme un outil d'aide à la prise de décision partagée, en améliorant les connaissances des patients sur les options cliniques, et en rendant la perception du risque plus précise (26,27).

L'intérêt de la remise d'information écrite a donc été plusieurs fois démontré mais les médecins semblent cependant en remettre peu aux patients. Quelle place accordent-ils à l'information écrite ? Sous quelle forme la délivrent-ils et pour quel type de problèmes de santé et quel type de patients ? En quelles sources ont-ils confiance et quels sont, selon eux, les critères de qualité d'un document ? L'objectif de l'étude est de mieux comprendre le point de vue et le comportement des médecins généralistes en consultation concernant la délivrance de documents écrits d'information destinés aux patients, et de connaître leurs suggestions pour améliorer cette pratique.

## **II. MATERIEL ET METHODE**

### **A. Recherche bibliographique**

Les recherches bibliographiques ont été réalisées à partir du site Internet de la bibliothèque universitaire de l'Université Lyon-Est. Le logiciel « Zotéro » a permis de classer et d'établir la bibliographie. Les termes MeSH étaient traduits en anglais grâce à l'outil de terminologie CiSMéF.

#### **1. Les mots clés MeSH utilisés**

- Echange d'informations de santé/ Health Information Exchange
- Diffusion de l'information / Information Dissemination
- Information en santé des usagers / Consumer Health information
- Communication
- Documentation
- Brochure / Pamphlet, Booklet
- Education du patient / Patient Education
- Soins primaires / Primary Care
- Médecin généraliste, Médecine générale / General Practitioners, General practice
- Rôle du médecin/ Physician's role

#### **2. Les bases de données utilisées**

Les bases de données ont été : PubMed, Medline, CiSMéF, WOS, la HAS, Google Scholar, le SUDOC, EM Premium et le CAIRN. Nous avons obtenu différents types de documents : articles de revues scientifiques et sociologiques, thèses d'exercice, livres, documents extraits de sites Internet.

## **B. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. La méthode qualitative semblait la plus intéressante et la plus adaptée à notre question de recherche. Elle permettait notamment aux médecins interrogés de s'exprimer librement sur leur pratique professionnelle.

## **C. Elaboration du guide d'entretien**

### **1. Evolution du guide d'entretien (cf « Annexe 1 »)**

Une étude « pilote », dans le cadre du mémoire de stage chez le praticien, a permis de tester certaines questions. Le titre du mémoire était « Les freins à la délivrance de document écrits d'information en médecine générale ». Le sujet a ensuite été repensé et élargi afin d'être moins orienté et laisser libre cours au discours des médecins interrogés. Enfin, un entretien-test (celui du Dr 4) a permis d'utiliser le nouveau canevas. La trame a été conservée par la suite et seules quelques modifications ont été apportées, au fur et à mesure des entretiens. En parallèle, le questionnaire sur les caractéristiques des médecins interrogés a aussi été évolutif et imprimé séparément à partir de l'entretien du Dr 5. Il a été enrichi en nouvelles questions qui s'avéraient utiles. Il était alors remis au médecin en fin d'entretien, qui le complétait à la main en quelques minutes et le remettait à l'enquêtrice ensuite. Il est à noter que, dans un second temps, certaines données manquantes ont été ajoutées grâce aux réponses à un mail. Sur les huit mails envoyés, quatre médecins ont répondu.

### **2. Guide d'entretien final (cf « Annexe 1 »)**

- Présentation rapide de l'enquêtrice et de l'étude
  - Présentation de l'enquêtrice
  - Présentation du sujet de l'étude
  - Demande de consentement oral pour l'enregistrement audio de l'entretien
  - Explication du système d'anonymisation
  
- Ouverture
  - Demande de présentation du médecin

- Questions générales et larges sur le sujet
  - Exercice d'évocation (description d'une situation clinique précise)
- Corps du canevas (4 grands thèmes)
- 1) Intérêts de cette pratique (Pourquoi ?) *6 questions*
  - 2) Choix du type de patient (Pour qui ? *6 questions*) et des thèmes abordés (Sur quoi ? *4 questions*)
  - 3) Modalités de la délivrance d'information (Comment ?) *4 questions*
  - 4) Sources, accès (*5 questions*) et validité de l'information (*4 questions*)
- Fin de l'entretien
- Suggestions pour améliorer la délivrance de ce type d'information
  - Remerciements et proposition d'informer des résultats, si souhaité
  - Remise du questionnaire pour recueil des caractéristiques du médecin interrogé qui aborde trois grandes caractéristiques :
    - l'identité et la situation personnelle
    - le parcours professionnel
    - le mode d'exercice

## **D. Population de l'étude**

### **1. Critères d'inclusion des médecins**

Les médecins inclus dans l'étude devaient être :

- Docteurs en médecine générale
- Installés (quel que soit le mode d'exercice) depuis au moins deux ans

Le nombre de sujets à inclure était non déterminé en début d'étude. Les entretiens ont été arrêtés à partir de la saturation des données. L'entretien d'un médecin de PMI, inclus lors de l'étude pilote, a été exclu de l'analyse car il ne correspondait plus à la nouvelle question de recherche.

## 2. Recrutement

Le recrutement a été hétérogène selon le principe de variation maximale. Un échantillon raisonné a été composé selon certaines variables qui étaient :

- la tranche d'âge
- le sexe
- le mode d'exercice
- le lieu, milieu d'exercice et type de patientèle

Les médecins ont été recrutés principalement par du bouche à oreille via les maîtres de stage, les collègues médecins généralistes remplaçants et le médecin d'un proche de l'enquêtrice. Celle-ci a aussi laissé ses coordonnées auprès de secrétariats de cabinets libéraux et de centres de santé choisis en fonction des variables précédentes. Le premier contact avec les médecins a été le plus souvent téléphonique. L'enquêtrice se présentait, décrivait l'objet de l'étude sans apporter trop de précisions (« Communication médecin-patient ») pour ne pas orienter les médecins dans leurs réponses et garder une spontanéité des réactions lors du rendez-vous.

### 3. Caractéristiques de l'échantillon étudié

	Sexe et âge	Etat Civil
<b>Dr 1</b>	Homme, 54 ans	Marié, 3 enfants
<b>Dr 2</b>	Femme, 35 ans	En couple, 2 enfants
<b>Dr 3</b>	Homme, 56 ans	Marié, 2 enfants
<b>Dr 4</b>	Femme, 34 ans	Pacsée, Pas d'enfant
<b>Dr 5</b>	Homme, 58 ans	Marié 3 enfants (1 étudiant en médecine)
<b>Dr 6</b>	Femme, 34 ans	En couple, 1 enfant
<b>Dr 7</b>	Femme, 31 ans	En couple sans enfant
<b>Dr 8</b>	Femme, 37 ans	En couple, 2 enfants
<b>Dr 9</b>	Femme, 56 ans	Mariée 3 enfants (1 étudiant en kinésithérapie)
<b>Dr 10</b>	Homme, 50 ans	Marié, 1 enfant
<b>Dr 11</b>	Homme, 57 ans	Marié, 1 enfant (kinésithérapeute)
<b>Dr 12</b>	Homme, 59 ans	Marié, 3 enfants (1 étudiant en médecine et 1 psychologue)
<b>Dr 13</b>	Homme, 68 ans	Marié, 2 enfants
<b>Dr 14</b>	Homme, 38 ans	Pacsé, 3 enfants

*Tableau 1 Identité des médecins*

	<b>Mode d'exercice</b>	<b>Secrétariat</b>	<b>Emploi du temps</b>	<b>Durée moyenne d'une consultation</b>
<b>Dr 1</b>	Cabinet libéral de groupe (8 MG)	Sur place	25 patients/jour 3 jours/semaine	20 min
<b>Dr 2</b>	Cabinet libéral de groupe (8 MG)	Sur place	25 patients/jour	20 min
<b>Dr 3</b>	Cabinet libéral de groupe (4 MG)	A distance	20 patients/jour	15-20 min
<b>Dr 4</b>	Cabinet libéral de groupe (3 MG)	A distance	15 patients/jour 4 jours/semaine	30 min
<b>Dr 5</b>	Cabinet libéral de groupe (7 MG)	Sur place	30 patients/jour 4,5 jours/semaine	15 min
<b>Dr 6</b>	Centre de santé (3 MG, 7 spécialistes, 4 paramédicaux)	Sur place	20 patients /jour 4 jours/semaine	20 min
<b>Dr 7</b>	Centre de santé (3 MG, 7 spécialistes, 4 paramédicaux)	Sur place	20 patients /jour 5 jours/semaine	20 min
<b>Dr 8</b>	MSP (9 MG, 5 IDE)	A distance	20 patients /jour 5 jours/semaine	30 min
<b>Dr 9</b>	Cabinet libéral (2 MG)	A distance	26 patients /jour 4 jours/semaine	20 min
<b>Dr 10</b>	Cabinet libéral (1 MG, 1 pédiatre)	A distance	30 patients /jour 5,5 jours/semaine	20 min
<b>Dr 11</b>	Cabinet libéral seul	Non	35 patients/jour 5,5 jours/semaine	10-15 min
<b>Dr 12</b>	Cabinet libéral de groupe (2 MG)	A distance	25 patients /jour 5 jours/semaine	20 min
<b>Dr 13</b>	Cabinet libéral seul (secteur 2)	Non	15-20 patients /jour 5 jours/semaine	5-45 min
<b>Dr 14</b>	Cabinet libéral de groupe (4 MG)	Sur place	28 patients /jour 3 jours/semaine	15-20 min

*Tableau 2 Organisation de l'exercice médical*

Année d'installation	Lieu de travail	CSP patientèle- type	Patientèle (selon estimation du médecin)				
			Enfants	Soins aux femmes	Personnes âgées	CMU	
<b>Dr 1</b>	1991	Lyon 8 <sup>ème</sup> (69), Urbain	Défavorisé	++			
<b>Dr 2</b>	2011	Lyon 8 <sup>ème</sup> (69), Urbain	Défavorisé	++	++		
<b>Dr 3</b>	1992	Saint-Priest (69), Urbain	Défavorisé				
<b>Dr 4</b>	2012	Rillieux-la-Pape (69), Urbain	Classe moyenne				
<b>Dr 5</b>	1991	Tourlaville (50), Rural	Classe moyenne	20%	5%	25%	10%
<b>Dr 6</b>	2010	Paris 20 <sup>ème</sup> (75), Urbain	Défavorisé	30%	30%	5%	40%
<b>Dr 7</b>	2013	Paris 20 <sup>ème</sup> (75), Urbain	Défavorisé	20%	50%	5%	20%
<b>Dr 8</b>	2008	Paris 20 <sup>ème</sup> (75), Urbain	Défavorisé	20%	25%	20%	5%
<b>Dr 9</b>	1988	Rillieux-la-Pape (69), Urbain	Défavorisé	32%	15%	9%	14%
<b>Dr 10</b>	2009	Francheville (69), Semi-urbain	Classe moyenne	15%	5-7%	11%	5-7%
<b>Dr 11</b>	1978	Barbières (26), Rural	Classe moyenne	15%	5%	15%	1%
<b>Dr 12</b>	1987	Villeurbanne (69), Urbain	Défavorisé	10%	5%	15%	15%
<b>Dr 13</b>	1979	Sérezin-du-Rhône (69), Rural	Aisé	20%	10%	35%	1%
<b>Dr 14</b>	2011	St Jean-de-Muzols (07), Rural	Classe moyenne	++		++	

Tableau 3 Expérience, lieu de travail et patientèle

	<b>Maître de stage</b>	<b>Groupe de pair ou FMC</b>	<b>Abonnement à une revue médicale</b>	<b>Formations complémentaires</b>
<b>Dr 1</b>	Oui (internes)	Oui (1)	Prescrire	Haptonomie
<b>Dr 2</b>	Non	Oui (1)	Prescrire	DU gynécologie
<b>Dr 3</b>	Non	Non	Prescrire	Non
<b>Dr 4</b>	Non	Oui (1)	Non	Non
<b>Dr 5</b>	Non	Oui (2)	Prescrire	Médecine tropicale
<b>Dr 6</b>	Oui (internes)	Non	Non	
<b>Dr 7</b>	Non	Non	Non	DU de régulation des naissances
<b>Dr 8</b>	Oui (externes et internes)	Oui (2)	Prescrire	Non
<b>Dr 9</b>	Oui (externes et internes)	Oui (2)	Prescrire	Non
<b>Dr 10</b>	Oui (Externes)	Non	Non	Ostéopathie, posturologie, auriculothérapie
<b>Dr 11</b>	Non	Oui (2)	Non	Non
<b>Dr 12</b>	Oui (internes)	Oui (1)	Prescrire	DIU échographie, Capacité de gérontologie
<b>Dr 13</b>	Oui (externes et internes)	Non	Prescrire	Psychanalyse
<b>Dr 14</b>	Non	Oui (2)	Prescrire	Non

*Tableau 4 Compétences complémentaires*

## **E. Déroulement des entretiens**

### **1. Dates et lieux des entretiens**

Les entretiens individuels ont eu lieu entre le 4 juillet 2014 et le 11 juillet 2014 (pour la première partie) et du 28 janvier 2016 au 19 août 2016 (pour la suite), soit sur une période au total de sept mois. Ils se sont déroulés en tête à tête, dans le bureau de consultation du médecin et sur le lieu de travail universitaire pour le Dr 9. Il est à noter qu'il y a eu deux entretiens avec le Dr 11 (le 24 mars et le 27 août 2016) pour cause de perte du premier enregistrement audio. Les entretiens ont eu lieu dans quatre départements (Rhône, Drôme, Paris et Manche).

### **2. Consentement et anonymisation**

Ces entretiens ont été enregistrés après consentement oral des interviewés, en leur exposant brièvement le travail réalisé et en leur garantissant l'anonymat de l'entretien. Lors de la retranscription, les noms des médecins interrogés ont été remplacés par des chiffres (Dr 1, Dr 2, etc...) et les noms propres, cités lors des entretiens, par des lettres (Dr A, Dr B, ou Mme X1, Mme X2, etc... et M. Y1, M. Y2, etc...).

### **3. Enregistrement**

Les entretiens ont été enregistrés avec un smartphone et un dictaphone numérique. La durée des interruptions extérieures a été notifiée et décomptée du temps de parole.

## **F. Recueil des données**

Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité en verbatim de manière à respecter l'expression des médecins. La perte d'information a été minime, constituée principalement par des mots inaudibles. La retranscription a été effectuée par l'enquêtrice (pour cinq entretiens) et par une secrétaire (pour neuf entretiens). Durant chaque entretien, des notes ont été prises au fur et à mesure, sur un carnet, et ont été utiles pour relancer l'interlocuteur et pour l'analyse.

<b>Dr 1</b>	<b>Dr 2</b>	<b>Dr 3</b>	<b>Dr 4</b>	<b>Dr 5</b>	<b>Dr 6</b>	<b>Dr 7</b>
26 min	28 min	10 min	28 min	44 min	38 min	36 min
<b>Dr 8</b>	<b>Dr 9</b>	<b>Dr 10</b>	<b>Dr 11</b>	<b>Dr 12</b>	<b>Dr 13</b>	<b>Dr 14</b>
43 min	41 min	48 min	37 min	33 min	51 min	50 min

*Tableau 5 Durée des entretiens*

## **G. Analyse transversale et triangulation**

Le logiciel « NVivo » a facilité le codage axial et l'extraction des données. Chaque partie du verbatim a été mise dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Les catégories émergentes de chaque entretien ont été réutilisées pour les entretiens suivants, regroupées en thèmes plus généraux et déclinées en sous-thèmes plus détaillés. La construction de l'arbre des concepts a donc été évolutive. Il en est sorti 202 pages de verbatim analysées à trier. Le Docteur LEVY a écouté les entretiens audio, lu les retranscriptions et confirmé le codage des verbatims pour assurer la triangulation des données.

### III. RÉSULTATS

#### A. Caractéristiques des documents d'information transmis aux patients

##### 1. Support utilisé

###### 1.1 Ordonnance

Une grande majorité de médecins utilisent l'ordonnance comme support pour y ajouter un texte, manuel ou dactylographié (Dr 3, 4, 5, 6, 9, 11, 13, 14). Choisir l'ordonnance comme support permet de donner plus de poids à l'information transmise (Dr 4, 9, 14).

---

*Dr 4 : C'est moi qui le rajoute en écriture libre. Sur une ordonnance ça a plus de poids.*

*Dr 14 : Je mets à côté du médicament, euh... "pour les artères, pour ..." (petit rire).*

---

###### 1.2 Papier libre ou document Word

Les médecins écrivent des informations en direct au cours de la consultation, sur papier libre avec ou sans en-tête (Dr 1, 4, 6, 8, 9, 12, 14). Plusieurs médecins font des dessins et schémas explicatifs (Dr 4, 6, 7, 10, 11). Ils donnent l'adresse de sites Internet qu'ils trouvent bien fait, pour que le patient aille y trouver l'information (Dr 1, 7, 9, 13). Le support papier sert également à transmettre des coordonnées et des noms de contacts (Dr 6, 8).

---

*Dr 7 : Euh...je dessine! Je fais des dessins. (rire)(...)les femmes enceintes, elles repartent toutes avec l'adresse du CRAT. Voilà, pour la pilule, je donne "j'ai oublié ma pilule.com" et je donne "choisir sa contraception.com" ou ".fr".*

*Dr 9 : Je donne plutôt le nom de l'adresse du site plutôt que de donner les fiches ou de les imprimer. (...) Ca sort sur un papier à entête, y'a mon nom. Ca sort un peu sous forme d'ordonnance.*

---

### 1.3 Carnets du patient

Les médecins écrivent sur le carnet de santé, à chaque consultation pédiatrique, et expliquent les deux pages sur la diversification alimentaire uniquement (Dr 6, 7, 12, 14). Les carnets de surveillance et d'automesures ambulatoires sont des outils de pratique courante. L'automesure tensionnelle est utilisée fréquemment (Dr 8, 12, 13), ainsi que les carnets de suivi glycémique, d'INR (Dr 8, 14) et les échelles d'évaluation (Dr 9).

---

*Dr 8 : Oui, je l'utilise énormément (insiste) et notamment pour la diversification, j'utilise beaucoup! Maintenant, je note aussi tous les jours des conseils... Noter les INR et les dextros, les carnets de vaccination, les petits carnets AVK.*

*Dr 12 : La fiche dont on se sert finalement, c'est la fiche de MAPA. Le carnet de santé (...) au niveau alimentaire, je crois que c'est la seule page dont je me sers.*

---

### 1.4 Fiches imprimées

Certains documents sont imprimés depuis l'ordinateur, que ce soit celles rédigées par le médecin lui-même ou issues d'Internet (Dr 8, 10, 11, 13, 14).

---

*Dr 13 : (...) souvent il m'arrive d'imprimer des... des documents que j'ai trouvés sur Internet.*

---

### 1.5 Flyer ou dépliant papier

Plusieurs médecins se servent des documents papier reçus par courrier. La plupart des documents reçus peuvent aussi être imprimés depuis Internet ou commandés (Dr 5, 6, 9, 11, 14).

---

*Dr 14 : Elles sont sur le bureau, et quand on en discute, on peut les utiliser en tant que supports et les gens peuvent les emmener.*

---

## 1.6 Autres

Les courriers entre le médecin généraliste et les spécialistes peuvent aussi constituer des supports d'information pour le patient (Dr 14). Des photocopies d'un livre médical peuvent être faites (Dr 6, 10).

---

*Dr 10 : Ca c'est une photocopie. Elle est ressortie de la consultation avec des photocopies du tableau des symptômes.*

---

## 2. Traçabilité et mise à jour

### 2.1 Traçabilité non systématique

Souvent, la traçabilité n'est pas systématique (Dr 4, 5, 6, 7, 9, 13). Trois médecins n'effectuent jamais cette démarche (Dr 10, 11, 13). Le Dr 10 parle de manque de temps et dénonce le modèle basé sur les preuves. Le dossier informatisé permet de garder trace de l'information remise, que ce soit des annotations associées à l'ordonnance (Dr 9, 11, 12,14) ou des notes spécifiées dans l'observation (Dr 5, 8).

---

*Dr 4 : Je ne le marque pas automatiquement.*

*Dr 10 : On peut pas... on peut pas être à l'américaine ou à l'anglo-saxonne et noter tout ce qu'on fait, tout ce qu'on dit.*

*Dr 5 : Moi je le note que j'ai donné cette fiche dans le logiciel (...).*

---

### 2.2 Mise à jour

La plupart des médecins sont conscients des difficultés à actualiser l'information et vérifier si celle-ci est toujours adaptée au patient (Dr 3, 7, 9). Certains décrivent la difficulté de mise à jour du fait de recommandations qui changent trop souvent (Dr 2, 7, 14). D'autres estiment qu'ils n'ont pas besoin de la vérifier car les recommandations sur les principaux thèmes ne changent pas (Dr 7, 8) ou que la mise à jour se fait régulièrement par les grandes institutions (Dr 8). Le Dr 14, concernant le carnet de santé, ne voit pas l'utilité d'une traçabilité.

---

*Dr 3 : On connaît pas l'évolution dans le temps des patients donc... ça aussi il faut vérifier dans la durée que c'est toujours pertinent.*

*Dr 7 : Sur certaines pathologies (...) où il y a beaucoup de nouvelles molécules et des nouvelles reco' là c'est vrai il faut se garder actualisé... (soupir) Où il n'y a pas des trucs de recherches monstrueux (...) globalement ça change pas.*

---

Quelques médecins font le travail de vérification des dates et actualisent l'information, notamment pour des documents rédigés par eux-mêmes (Dr 4, 6, 8, 13).

---

*Dr 4 : Donc régulièrement je change un peu pour les choses que je fais moi. Je simplifie...*

*Dr 13 : Quand on lit un truc, qu'est-ce que je vais faire en premier c'est regarder ça date de quand.*

---

### **3. Thèmes et contenu de l'information**

#### **3.1 Situations fréquentes en médecine générale**

##### ➤ Pathologies aiguës bénignes

Les médecins disent délivrer en grande partie des documents sur des pathologies bénignes, fréquentes et simples (Dr 4, 13, 14). Les pathologies citées sont : les viroses (ORL, bronchiolite, gastroentérite, fièvre) (Dr 4, 7), la diarrhée chez l'enfant (Dr 3, 5), la douleur (lombalgie, gastrite, RGO, pathologie du genou) (Dr 7, 10), les accidents (brûlures, accidents domestiques, trauma crânien) (Dr 1, 3, 8, 9), les affections cutanées (eczéma, chalazion, acné) (Dr 8), les parasitoses et mesures de lutte contre la transmission (gale, poux) (Dr 7, 9). L'information peut aussi porter sur le déroulement ou les complications d'un geste (BCGite) (Dr 8).

---

*Dr 13 : Les fiches c'est intéressant quand c'est des trucs simples.*

---

##### ➤ Pédiatrie

C'est en pédiatrie que les conseils sont les plus nombreux, en particulier pour les nouveaux parents (Dr 2). Les documents écrits portent sur l'éducation et les soins à donner à l'enfant (Dr 2, 14), des mises en garde (Dr 8) ou sont destinés aux adolescents (Dr 3).

---

*Dr 2 : Les fiches pédiatriques, j'en donne quand même pas mal, surtout pour les premiers enfants. Les gens qui sont vraiment perdus qui n'ont pas de repères, je trouve que ça s'y prête.*

*Dr 3 : (...) sur la sexualité chez l'ado par exemple.*

---

Le carnet de santé est utilisé comme une interface de suivi et d'information sur la diversification alimentaire (Dr 5, 6, 8, 14). Le Dr 9 avoue ne jamais l'utiliser.

➤ Gynécologie-obstétrique

Les médecins disent utiliser beaucoup de fiches sur la gynécologie car l'information est dense (Dr 6, 9). Plusieurs médecins remettent un livret d'information en début de grossesse décrivant le suivi, les conseils sur la prévention de la listériose et de la toxoplasmose, le dépistage de la trisomie 21 et le diabète gestationnel (Dr 1, 2, 4, 7, 8, 9). Un document écrit permet aussi d'aider au choix d'une contraception (Dr 6, 7,10) ou d'une IVG (Dr 8).

---

*Dr 2 : Je donne aussi un document à chaque annonce de grossesse. J'ai huit pages de conseils grossesse.*

*Dr 9 : J'ai le document de la trisomie 21 que je remets systématiquement ça c'est sûr.*

*Dr 10 : Ce schéma là c'est pour expliquer qu'est-ce que va faire une pilule par rapport à des règles anarchiques.*

---

➤ Prévention et dépistage

Les médecins transmettent des informations écrites sur les vaccinations (Dr 6, 8, 9, 14), les programmes de dépistage des cancers, en particulier le cancer du sein (Dr 3, 9), de la prostate (Dr 5, 9), et colorectal (Dr 3, 14). Les médecins abordent aussi la prévention des maladies cardiovasculaires en remettant des documents sur le sevrage tabagique (Dr 4, 6, 9), la MAPA (Dr 14), l'hyperlipidémie et le diabète (Dr 9). Il a été évoqué également la prévention des MST (Dr 6) et des chutes chez les personnes âgées (Dr 1).

---

*Dr 6 : sur les aides à l'arrêt au tabac, des fiches de réduction des risques avec mettez un préservatif, faites votre dépistage...*

---

---

*Dr 9 : J'explique le pourquoi du dépistage des cancers, j'explique comment se fait le dépistage, j'explique ce qui se passe si jamais le dépistage est positif...*

---

➤ Pathologies chroniques

Un petit nombre de médecins jugent que l'information écrite est plus utile dans les pathologies chroniques plutôt qu'aiguës (5, 6, 7, 10). Ils transmettent des documents écrits concernant le diabète (Dr 6, 9, 13), l'asthme et la BPCO (Dr 8, 12), les lombalgies (Dr 11), et l'anémie (Dr 4).

---

*Dr 13 : (...) une fiche qui est sur... les soins des pieds chez les diabétiques.*

---

### 3.2 Règles hygiéno-diététiques et mesures environnementales

➤ Alimentation et régimes

L'alimentation est un thème très souvent abordé, que ce soit de façon générale pour les équilibres alimentaires ou pour des régimes spécifiques en fonction de l'âge, de la pathologie et du traitement médicamenteux. Les médecins délivrent donc des écrits sur les régimes en cas de : grossesse (Dr 4, 6, 8), ménopause ou ostéoporose avec apports en calcium (Dr 7, 9, 11), carence martiale (Dr 4), régime pauvre en sel (Dr 13, 14), symptômes comme les troubles du transit avec régime pauvre ou riche en fibres (Dr 2, 7), surpoids (Dr 2), hypercholestérolémie (Dr 5, 6), certaines pathologies comme la goutte (Dr 1, 12, 14), le diabète (Dr 6) ou l'hémochromatose (Dr 11) et prise médicamenteuse type AVK (Dr 8, 12, 14).

---

*Dr 6 : (...) tout ce qui est grossesse, femme enceinte, petite enfance 0-3 ans, âge adulte pour l'équilibre alimentaire (...) les aliments qui sont riches en acide folique, fer, vitamine B12, pour le régime diabétique.*

*Dr 14 : (...) le régime alimentaire qui peut faire varier l'INR.*

---

➤ Conseils d'hygiène de vie

Les conseils de prévention portent sur le tabac et l'alcool (Dr 8, 13), l'activité physique (Dr 13, 14) et le sommeil (Dr 9).

---

*Dr 13 : J'ai fait beaucoup dans le tabagisme (...) sur les bonnes habitudes sur euh... l'hygiène de vie, sur les mesures hygiéno-diététiques.*

---

➤ Mesures thérapeutiques non médicamenteuses et bon sens

Les médecins ajoutent sur l'ordonnance des conseils et conduites à tenir à associer au traitement médicamenteux. Par exemple, sur les exercices d'économie du dos (Dr 11), l'utilisation d'une canne (Dr 13), l'air intérieur (Dr 8), la conduite à tenir en cas de fièvre et déshydratation (Dr 4, 7, 13) et les mesures pour prévenir la contagion de la varicelle (Dr 13) et la gale (Dr 7).

---

*Dr 11 : (...) des exercices, des positions, des postures...*

*Dr 13 : (...) la varicelle, ben qu'il faut couper les ongles (...) qu'il faut porter la canne du côté opposé de la jambe malade, hein...*

---

### 3.3 Sujet complexe ou à controverse

La fiche écrite peut être utile quand il s'agit de discuter d'un sujet complexe ou source de polémique, et donner du poids au discours du médecin. Les exemples les plus cités sont le PSA pour le dépistage du cancer de la prostate et la vaccination contre le virus de l'hépatite B et le papillomavirus (Dr 5, 6, 8, 9, 10, 14).

---

*Dr 5 : Le dosage du PSA, qui est toujours source de discussion, euh... donc je m'appuie sur cette fiche.*

*Dr 8 : J'en remets facilement dès que je dois discuter un truc et que je sais pas trop comment... hop je mets! (...) Sur l'intérêt de se faire vacciner contre l'hépatite B, sur pourquoi le Gardasil...*

*Dr 9 : Lorsque les informations sont complexes c'est-à-dire comme celles pour le dépistage de la trisomie 21, de même pour les refus de vaccination. Les personnes de confiance (...) ces concepts (...) difficiles à expliquer au patient.*

---

### 3.4 Gravité, complications et surveillance

Les médecins insistent, en s'appuyant sur un support écrit, sur la gravité d'une situation et sur les points qu'ils jugent importants pour le patient (Dr 5, 7, 8, 13, 14). Ils remettent des consignes de surveillance, principalement parentale (Dr 4, 5, 6, 9, 13, 14).

---

*Dr 14 : (...) qu'il y ait des trucs importants dedans. (...) on veut réévaluer si la fièvre persiste, ça c'est bien de le marquer parce que si.. si l'information est mal comprise ça peut être la cata.*

*Dr 5 : C'est l'importance un petit peu des signes euh qui va faire que je vais donner cette fiche-là, et si je crains que cela dégénère ou... Quand est-ce qu'on doit s'inquiéter, quels sont les signes d'alerte.*

---

### 3.5 Autres thèmes

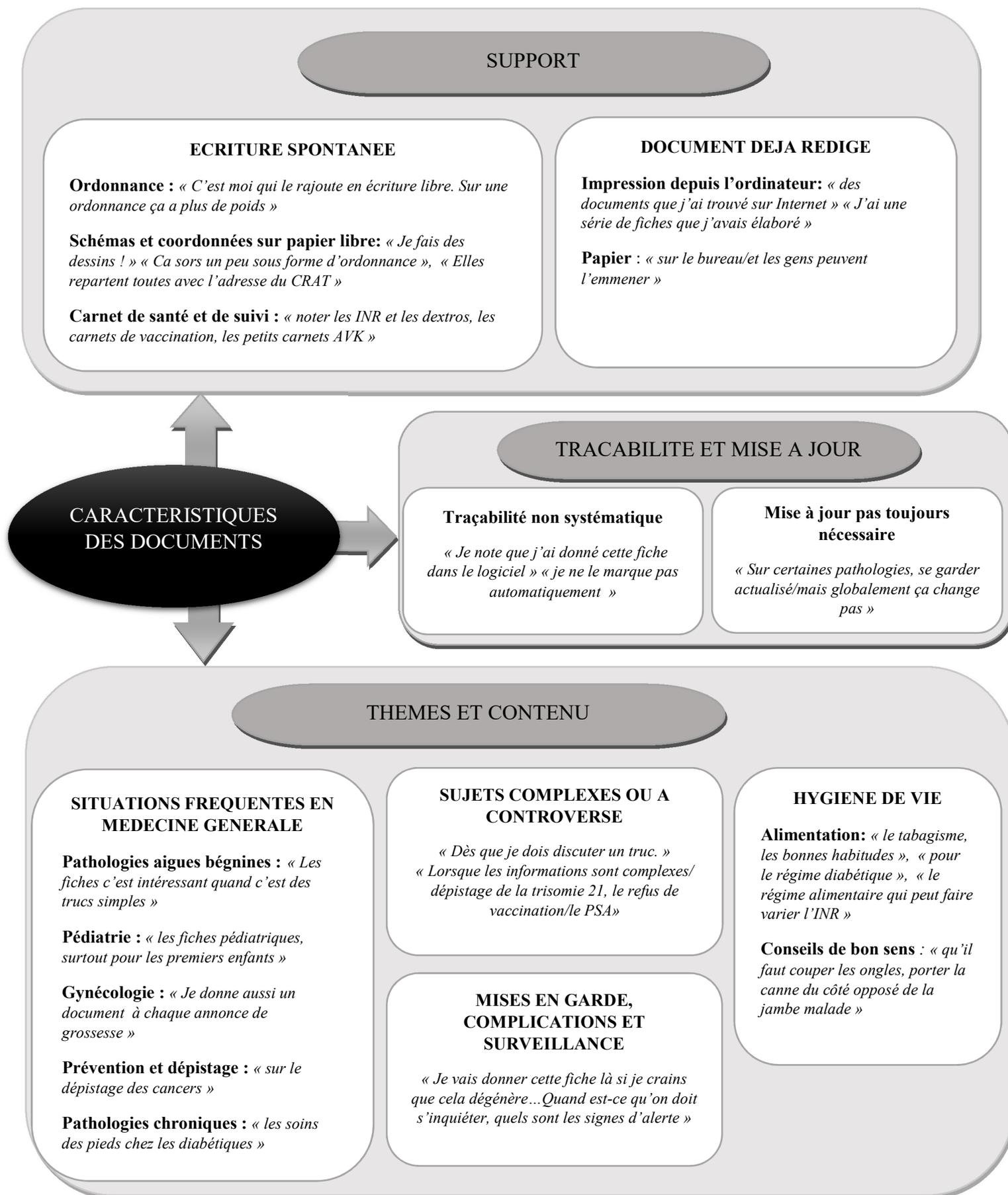
Certains thèmes sont abordés moins fréquemment, comme les maladies rares type lupus (Dr 10), l'éthique avec la personne de confiance (Dr 9) ou la psychologie (Dr 12).

---

*Dr 12 : Je faisais une sorte de thérapie, et à chaque fin de séance, je lui remettais une phrase pour travailler sur les émotions.*

---

#### 4. Schéma de synthèse de la première partie des résultats



## B. Modalités de la délivrance de l'information écrite

### 1. Eléments favorables à la délivrance d'information écrite : critères de choix

#### 1.1 Accès et stockage faciles

Les médecins expriment la nécessité d'avoir les documents à proximité, rapides à trouver (Dr 6, 11). Certains médecins considèrent comme facile l'accès à l'information sur Internet et le téléchargement des documents (Dr 1, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 13). Ils peuvent chercher l'information en direct, devant le patient (Dr 11, 12) en partant de leurs propres connaissances ou d'un moteur de recherche (Dr 8, 10, 11, 12).

---

*Dr 11 : Il faut que je le trouve dans la minute, quoi, sinon...*

*Dr 6 : Maintenant avec Internet c'est tout simple... tout est téléchargeable.*

---

Via le logiciel informatique, ils peuvent parfois utiliser des ordonnances-types qu'ils ont pré-enregistrées (Dr 4, 6, 8) ou y intégrer leur propres fiches (Dr 9). La revue « Prescrire » offre un accès facile via son abonnement (Dr 4, 5) et les documents reçus par courrier peuvent être commandés par Internet (Dr 5, 6, 9).

---

*Dr 6 : Nous, notre logiciel il est paramétrable alors on peut configurer toutes les ordonnances que l'on veut et voilà, puis après effectivement on peut détailler l'ordonnance à la main.*

*Dr 9 : C'est pratique de cliquer sur la petite icône « fiche » et euh... j'en ai recréer d'autres. (...) Je peux inclure dans mon logiciel et y accéder immédiatement. Ça sort un peu sous forme d'ordonnance.*

---

Le stockage des documents se fait, le plus souvent, dans le logiciel de prescription ou dans un dossier sur le bureau d'ordinateur. Ainsi, la recherche est rapide et l'impression facile (3, 4, 7, 9, 13, 14).

---

*Dr 9 : je les mets sur un support Word que je glisse dans mon logiciel et que je garde après.*

---

## 1.2 Information adaptée au patient

### ➤ Au cas par cas

Pour la plupart des médecins, la délivrance doit se faire au cas par cas avec des messages et des objectifs personnalisés (Dr 1, 6, 7, 9, 11, 13).

---

*Dr 1 : (...) définir ensemble des objectifs personnalisés et de les écrire, de façon personnelle, plutôt que de donner des fiches toutes faites. De personnaliser c'était souvent plus marquant pour les personnes que de donner quelque chose de trop général.*

*Dr 9 : La fiche, à mon avis, la plus pertinente qui soit, c'est la fiche qui est créée le jour même, au moment même, pour un patient donné.*

---

### ➤ En fonction du niveau de compréhension

Pour certains médecins, l'information écrite est une aide pour les patients qui ne comprennent pas bien ou sont limités (Dr 2, 6, 9, 13, 14). D'autres médecins, au contraire, estiment qu'un document écrit sera mieux adapté à un patient qui comprend facilement ou est plus cortiqué (Dr 5, 12, 13).

---

*Dr 6 : C'est quand je vois que la personne a du mal, qu'elle ne comprend pas très bien.*

*Dr 12 : Ça demande quand même une certaine habitude, scolaire peut-être, de travailler sur un document écrit.*

*Dr 13 : (...) ce que je perçois de leurs capacités à comprendre, leur cortication cérébrale.*

---

### ➤ En fonction du niveau socio-culturel et de la langue

Dans le cas d'un patient analphabète ou non francophone, certains médecins en remettent en présence d'un accompagnant (éducateur, famille) qui pourra le réexpliquer ou le traduire au patient (Dr 5, 8, 9, 13). Le Dr 6 en remet seulement si le document est traduit dans la langue du patient.

---

*Dr 6 : Si ma patiente ne sait pas parler un mot de français, moi je reconnais je ne vais pas lui donner. (...) S'il existe dans une langue, au contraire, je vais pouvoir l'utiliser en me disant je vais encore mieux faire passer mon message parce que c'est dans la langue de mon patient et que, peut-être que de pouvoir le lire, ça va l'aider.*

---

---

*Dr 13 : Pour les patients qui ont des difficultés avec la langue, je leur demande de venir avec quelqu'un.*

---

➤ En fonction du profil psychologique du patient

Certains médecins ont tendance à remettre plus de documents écrits à un patient sceptique ou qui remet en question la parole du médecin (Dr 5, 8, 13), non observant ou en échec thérapeutique, ou encore obsessionnel (Dr 11). Pour les patients anxieux, le Dr 7 remet des documents dans un but anxiolytique alors qu'au contraire le Dr 10 estime qu'un document écrit peut être anxiogène. Les médecins peuvent aussi délivrer un document si le patient est tout simplement demandeur (Dr 4, 9, 12, 13), ou à l'intuition (Dr 9, 10, 11).

---

*Dr 7 : (...) que je sens qu'il y a de l'angoisse concernant le diagnostic et que, enfin... l'explication peut aider à ce qu'il se détende (...) pour clarifier, apaiser.*

*Dr 8 : Ceux qui savent ce qu'ils ont et qui ne veulent pas déroger (...) Avec ceux qui mettent en doute tout ce que je dis.*

*Dr 11 : S'il est un peu en échec par rapport à la pathologie, quoi, et aux résultats escomptés.*

---

➤ En fonction de l'âge et du degré de maturité

Ils tiennent compte également de l'âge et du degré de maturité du patient (Dr 3, 6, 9) et de la tierce personne présente en consultation. Le document écrit peut être remis au patient (Dr 7, 10), aux parents si l'enfant est jeune (Dr 8), ou à l'aidant si le patient n'est pas en mesure de le lire (Dr 4).

---

*Dr 3 : De donner à un ado un livre de 50 pages sur la sexualité... ça sert pas à grand chose ! Faut mieux donner l'Ipod ! (rires)*

*Dr 6 : En fonction du jeune il y en a qui vont être capables d'ingurgiter une petite brochure qui va bien lui plaire puis un autre on a intérêt à lui donner un flyer assez simple avec des messages très ciblés.*

---

➤ Bonne connaissance du patient par le médecin « de famille »

Les interviewés insistent sur l'importance de bien connaître ses patients (Dr 6, 12). Le médecin traitant qui suit plusieurs générations de patients sera plus à même de cerner chaque patient dans sa globalité (Dr 11, 13).

---

*Dr 11 : C'est peut-être au fil des années qu'on connaît mieux (...) le patient dans son contexte, dans sa famille... on sait très bien comment, après les gens fonctionnent. On s'aperçoit que les non motivés restent non motivés et les motivés restent motivés.*

---

Le médecin doit également être attentif à certains signes pour estimer la capacité de compréhension. Le simple fait de discuter avec le patient renseigne le médecin sur ce qu'il comprend ou est en mesure de comprendre (Dr 5, 6, 8, 10, 14). Le niveau socioéconomique peut être un indicateur, s'évaluant à l'aide d'un questionnaire dans le centre du Dr 8. Dépister l'analphabétisme peut se faire sur de petits signes simples (Dr 8, 10, 11).

---

*Dr 10 : (...) par rapport à ses réflexions, à ses questions...*

*Dr 11 : (...) des gens qui savent pas remplir un chèque.*

---

➤ Délivrance systématique pour un petit nombre de documents

Cependant, pour un petit nombre de documents déjà rédigés, la délivrance peut être systématique et automatique, en fonction de la pathologie du patient (Dr 4, 5, 8, 9).

---

*Dr 4 : Je fais quasiment systématique en fonction des pathologies... Il n'y a pas de critère de choix de patient, ils y ont tous droit.*

*Dr 8 : (...) complètement automatique... dans ma pratique quotidienne.*

---

### 1.3 Source de confiance

Les médecins souhaitent utiliser des documents issus de sources « officielles » en lesquelles ils ont confiance (Dr 7, 8, 9, 13, 14) et diffusant une information validée scientifiquement (Dr 8, 9, 11, 14). Ils insistent sur l'importance de l'indépendance avec les laboratoires

pharmaceutiques (Dr 1, 3, 8, 9, 11, 13), même si les Dr 9 et 13 reconnaissent trouver ces documents pourtant bien faits.

---

*Dr 8 : Tout ce qui a prouvé ses sources. De préférence des études de cohorte, cas-témoin donc s'il faut, il faut faire de la biblio (...) Ici on est complètement indépendant des laboratoires, je ne m'abaisserai pas à en donner.*

*Dr 11 : (...) qu'ils soient validés par une, entre guillemets, soit une haute autorité de santé, soit une, un collègue, que la validité soit officielle.*

*Dr 13 : Je ne remettrai pas des documents qui soient orientés, qui soient sur un support publicitaire.*

---

Certains médecins restent néanmoins méfiants par rapport à des institutions reconnues (Dr 2, 4, 8).

---

*Dr 4 : La HAS je leur fais pas non plus hyper confiance... 'fin on sait pas trop si c'est toujours pour la santé publique ou économique.*

*Dr 8 : (...) comme par exemple l'INPES ou l'ANAES, qui sont quand même bien indépendants je ne suis même pas sûre de le lire. Voilà parce que je ne veux pas m'influencer.*

---

## 1.4 Présentation et contenu du document

### ➤ Présentation (forme)

Les médecins s'accordent à dire que le document doit être facile, agréable à lire (Dr 4, 6, 7, 9, 10, 11) et visuellement attrayant (Dr 6, 9, 10). Pour cela, il doit être concis (Dr 4, 5, 7, 10, 11, 14), structuré (Dr 4, 5), clair et précis (Dr 5, 7, 9), avec peu de texte, des images, de la couleur (Dr 4, 6, 9) et sur un support pratique (Dr 6, 9).

---

*Dr 5 : peu de pages, clair, précis, vite lu, structuré.*

*Dr 6 : La visibilité, la simplicité, le support papier qui peut être plié dans un portefeuille, dans un sac euh ... C'est plus pratique.*

*Dr 9 : Avec surtout des schémas et... des dessins, des images.*

---

➤ Contenu (fond)

Le contenu doit être synthétique (Dr 7, 11,14), user d'une formulation simple et compréhensible (Dr 7, 14), non anxiogène (Dr 4), et issu des questionnements des patients (Dr 10).

---

*Dr 14 : surtout l'info de synthèse. (...) il faut que le message soit, soit d'accès facile pour les gens qu'ils puissent comprendre facilement.*

---

## 2. Obstacles à la délivrance d'information écrite

### 2.1 Manque et perte de temps

➤ Manque de temps pour choisir, lire et élaborer les documents

Devant la densité d'information existante (Dr 5, 8, 10,12, 14), les médecins manquent de temps pour chercher (Dr 4, 6, 10), lire (Dr 4, 5, 12) et valider (Dr 8, 10) l'information. L'élaboration d'un document est aussi une étape qui apparait chronophage et compliquée (Dr 2, 4, 5, 7).

---

*Dr 4 : Il faut aller les chercher, c'est beaucoup plus long (...) Je les ai pas assez potassées pour savoir ce qu'il y a dedans et lesquelles existent.*

*Dr 12 : On prend pas le temps de les lire.*

---

➤ Perte de temps en consultation

Pour certains médecins, cette pratique génère également une perte de temps (Dr 9, 10). Le temps leur manque également pour délivrer et expliquer le document, au cours d'une consultation souvent courte et dense (Dr 1, 7, 10, 13).

---

*Dr 1 : C'est un problème de temps. Vous savez la pression qu'on a...*

*Dr 10 : C'est pas possible, on n'a pas le temps. Pour moi c'est une perte de temps parce que... quand vous remettez le document, vous avez passé du temps à expliquer.*

---

## 2.2 Documents jugés mal faits

### ➤ Manque de lisibilité (présentation et contenu)

Les interviewés déplorent des documents peu lisibles du fait d'une présentation non attractive, d'un texte trop dense et d'un contenu difficile à comprendre (Dr 1, 3, 5, 6, 7, 10, 13).

---

*Dr 10 : Quand j'ai lu les documents notamment le document de l'OMS, c'était in-com-pré-hen-sible! (...) En fait l'objectif, c'était pas la compréhension du patient, c'était d'être exhaustif...*

*Dr 13 : Y'en a qui sont illisibles. Même moi quand je les ai lus, j'ai eu du mal à arriver au bout, je me suis dit personne n'ira au bout.*

---

### ➤ Loin de la pratique de la médecine générale

Ils jugent les documents en dehors des réalités de la vie des patients et de leurs questionnements (Dr 5, 6, 9, 11, 14).

---

*Dr 7 : C'est trop technique et c'est déconnecté des angoisses des patientes.*

*Dr 11 : Est-ce que c'est plus adapté à la pathologie des patients du CHU (...) ils voient des pathologies plus sévères ou autres, c'est peut-être pas toujours adapté à la médecine générale.*

---

### ➤ Message erroné, subjectif ou trop rigide

Le document est jugé mal fait si le message qu'il véhicule est erroné (Dr 9), trop subjectif (Dr 2) ou manque de souplesse (Dr 3, 6, 9, 13, 14). Bien qu'ils utilisent la revue « Prescrire », certains médecins critiquent ses positions très marquées (Dr 3, 13, 14). Le Dr 14 donne comme exemple les vasoconstricteurs nasaux.

---

*Dr 2 : Je me dis pour les mamans qui allaitent pas c'est peut-être un peu culpabilisant la façon dont c'est tourné. C'est très militant comme fiche.*

*Dr 9 : Hellodoc, mon logiciel médical, a élaboré toute une série de fiches. Alors là celles-là elles sont nulles je les utilise jamais parcequ'elles sont entachées d'erreurs.*

---

---

*Dr 14 : Si on donne des fiches comme ça et qu'un jour, on prescrit quelque chose qui ferait bondir « Prescrire », ça met le flou total dans... dans l'esprit des patients.*

---

### 2.3 Information non personnalisée

➤ Pour les patients ayant un degré de littéracie en santé limité

Les médecins décrivent leur réticence à délivrer des documents écrits non adaptés à leur patientèle et les risques à en remettre dans ces cas (Dr 1, 2, 7, 12). Si l'information n'est pas comprise, il peut y avoir des erreurs répétitives (Dr 3).

---

*Dr 2 : Non, car pour nos patients, ceux qu'on voit dans notre cabinet, c'est trop compliqué.*

*Dr 3 : Si la consigne n'est pas bien comprise euh.. la faute peut être répétitive et avoir des conséquences importantes.*

*Dr 9 : Elles sont trop simples et pis elles ne s'adaptent pas particulièrement à chacun, à chaque patient, à sa personnalité, à sa culture, à sa manière d'être...*

---

➤ Pour les patients analphabètes ou non francophones

Les médecins disent ne pas donner de documents aux patients analphabètes ou non francophones car ils n'en possèdent pas de bien adaptés (Dr 1, 2, 6, 7, 11, 12).

---

*Dr 1 : (...) y'a quand même beaucoup de personnes qui n'ont pas accès à la lecture ou très peu donc il faudrait probablement avoir des documents qui soient plus des documents visuels que des documents écrits.*

*Dr 7 : La barrière de la langue... c'est, enfin un des freins.*

*Dr 13 : Y'a des patients, ça sert à rien, ils savent pas lire. (...)*

---

### 2.4 Difficultés d'accessibilité et de stockage

La grande densité d'information existante sur Internet rend difficile le choix des documents (Dr 10, 13). Certains sites sont jugés mal agencés ou difficiles à retrouver (Dr 9, 11, 13, 14).

---

*Dr 10 : Y'a une difficulté majeure, c'est que vous avez un flot incroyable sur google.*

*Dr 14 : Des fois c'est mal rangé (petit rire) donc, (...) on doit chercher longtemps dans le document pour sortir la fiche.*

---

Le stockage des documents n'est pas toujours facile, du fait de fonctionnalités informatiques limitées via leur logiciel de prescription (Dr 6, 8) et pour avoir un bon rendu esthétique au moment de l'impression (Dr 9). Certains médecins concèdent un manque d'organisation personnelle dans le rangement des documents (Dr 5, 8). Le stockage des documents-papiers est décrit comme moins pratique (Dr 9).

---

*Dr 9 : Quand moi je l'imprime en noir et blanc elle rend beaucoup moins bien ! (rire) La présentation n'est plus la même...*

*Dr 5 : Je sais pas toujours où elles sont et....c'est ça plus la difficulté pour moi de les retrouver et d'y penser.*

*Dr 9 : Le format papier il a un obstacle c'est qu'il faut les garder, il faut les conserver et ça prend de la place...*

---

### **3. Profil de délivrance d'information écrite**

#### **3.1 Provenance de l'information écrite**

##### ➤ Recherches personnelles

La plupart du temps, il n'y a pas d'échange avec des confrères au sujet des documents, notamment pour les médecins exerçant seuls ou ne faisant pas partie d'un groupe (Dr 9, 11, 12, 13).

---

*Dr 11 : Ah, c'est ma démarche personnelle.*

---

##### ➤ Circulation des documents entre professionnels de santé et relais via le patient

Le partage de documents d'information peut toutefois se faire entre internes et maîtres de stage (Dr 2, 4, 12), au sein d'un groupe de pairs ou d'une FMC (Dr 4, 5, 8, 9, 11, 14) ou d'une structure

de groupe (cabinet de groupe, centre de santé ou maison médicale) (Dr 7, 8) et avec des médecins spécialistes de ville (Dr 7) et hospitaliers ou via un réseau ville-hôpital (Dr 6, 7, 8, 9, 13).

---

*Dr 6 : C'est aussi un collègue qui travaille à l'hôpital... donc c'est une fiche, c'est un protocole intrahospitalier du service de diabétologie, (...) j'en fais la photocopie en enlevant effectivement l'entête de l'hôpital.*

*Dr 7 : Je l'ai pour moi, et puis j'ai partagé des codes avec des collègues.*

*Dr 8 : Une fois tous les deux mois, on se retrouve en tant que médecins, on discute de ça (...) Tout est partagé chez nous. Donc, dès qu'un médecin en fait intègre une fiche... tout le monde l'a.*

---

Le patient peut aussi être un relai d'information. Lorsque le médecin veut transmettre l'information à un proche du patient (famille, conjoint), non présent à la consultation, ou à un aidant à domicile (aide-soignant, infirmière), il peut utiliser le support écrit (Dr 7, 9, 14). L'information écrite peut être relayée par le patient lui-même, qui fait part à son médecin d'information écrite qui lui a été utile. Ce sont des documents issus des propres recherches du patient ou qu'il a reçu des autres soignants (paramédicaux, spécialistes, hospitaliers) (Dr 5, 6, 12).

---

*Dr 5 : c'est des gens qui sont allés voir, par exemple, une diététicienne, qui ressortent avec un régime (...) donc là je supprime le nom (rire) et parfois je m'en sers pour d'autres patients.*

*Dr 9 : Quand je tiens à ce qu'il y ait une autre personne de l'entourage qui ait ... qui en prenne connaissance.*

---

Le Dr 2 évoque aussi une circulation de l'information via le médecin en tant que patient.

---

*Dr 2 : Les fiches sur la grossesse, je me suis inspirée de ce que j'ai reçu moi pour ma grossesse, j'ai trouvé ça très bien.*

---

### 3.2 Fréquence et nombre de documents remis

#### ➤ Utilisation courante de l'écriture spontanée

La délivrance d'information peut être considérée comme fréquente, voire très fréquente, pour les annotations sur l'ordonnance (Dr 6, 7, 8, 9).

---

*Dr 7 : Si on compte conseils écrits sur l'ordonnance ou petits dessins faits en consult'... Tous les jours, j'pense.*

---

➤ Un petit nombre seulement de documents déjà rédigés

Les médecins sélectionnent en général, un petit nombre de FIP et insistent sur le fait que la quantité de documents remis ne doit pas être trop importante (Dr 5, 8, 10, 14). Les documents les plus utilisés sont : la carte de poche sur « Que faire en cas d'oubli de pilule » de l'INPES, le tableau sur la diversification alimentaire du carnet de santé, les dix règles d'or du sportif de la Fédération française de Cardiologie, et les fiches info-patients de la revue « Prescrire » (Dr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 14).

---

*Dr 5 : (...) toujours les mêmes fiches (petit rire) qui sont assez peu nombreuses.*

*Dr 6 : Les petites cartes pour la fiche d'information sur que faire en cas d'oubli de pilule, ça par contre c'est une fiche qui est donnée très très fréquemment.*

*Dr 14 : Une fiche très simple avec dix conseils pour les sportifs qui est plutôt bien faite. (...) quand on donne trop d'informations c'est trop (rire). Ça noie complètement l'esprit des gens. Il faut vraiment le faire avec parcimonie.*

---

➤ Pas d'installation d'une habitude dans la pratique médicale pour la majorité des fiches déjà rédigées

Les médecins déclarent que leur délivrance est peu fréquente concernant les fiches « toutes faites », pour certains par exemple, moins d'une fois par mois (Dr 8, 9, 12). Les médecins ne développent donc pas d'automatisme de cette pratique dans leur exercice médical (Dr 5, 12, 14).

---

*Dr 5 : (...) faut connaître et puis il faut l'utiliser, c'est comme tout, quelque chose qu'on n'utilise pas assez après on l'oublie et puis voilà on ne sait même plus si ça existe.*

*Dr 12 : C'est plutôt le fait que ce soit pas systématique... J'y pense pas, j'sais plus où c'est.*

---

### 3.3 Déroulement lors de la consultation

#### ➤ Choix de la consultation

Les médecins interrogés choisissent de remettre un document : en début de maladie chronique (Dr 6, 8, 9, 10), quand le diagnostic est confirmé (Dr 8), ou à la consultation précédant celle où un geste est pratiqué (Dr 13). Le Dr 11 attend de voir l'évolution d'une pathologie et l'attitude du patient avant de remettre un document, alors que le Dr 5 peut en remettre n'importe quand.

---

*Dr 8 : Le carnet de grossesse je ne le donne qu'un petit peu plus tard ... je le donne en fait comme « trophée » après l'échographie. Pour l'HTA ou la BPCO, c'est au moment de la découverte, on essaie de les prendre en charge assez rapidement.*

*Dr 11 : J'attends plutôt un peu l'évolution. Il faut que j'aie un peu de recul.*

---

#### ➤ Moment le plus propice pour remettre un document

Tous les médecins choisissent de remettre le document écrit en fin de consultation, au même titre qu'une prescription (Dr 1 à 14), sauf exception faite du schéma dessiné en direct par le médecin (Dr 7).

---

*Dr 14 : Je leur donne à la fin comme quand on leur donne leurs ordonnances. (...)*

---

#### ➤ Discours oral accompagnant la remise du document

Un discours oral accompagne systématiquement la remise du document (Dr 1 à 14). Le médecin cible et met en avant les points importants pour le patient (Dr 5, 6, 8) en utilisant des annotations ou des effets visuels ajoutés sous les yeux du patient (Dr 11, 14). Chaque point est repris avec le patient (Dr 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14).

---

*Dr 8 : J'entoure l'endroit où c'est... en disant « ça pour vous c'est important ».*

*Dr 9 : J'ai commenté chaque item de la fiche. Je tourne carrément l'écran de l'ordinateur vers le patient puis euh... puis on lit les 4 volets ensemble et avec le doigt je leur montre.*

*Dr 13 : (...) de toute façon le document il est toujours accompagné d'un discours... hein autrement je les mets dans la salle d'attente ! (éclat de rire).*

---

➤ Durée de cette étape de remise de document

La délivrance d'un document écrit d'information comprend les étapes de remise du document en main propre, de rédaction des annotations et du discours accompagnant. Sa durée est ressentie comme courte généralement (de quinze secondes à trois minutes) (Dr 4, 5, 11, 14) ou plus longue proportionnellement à la durée de la consultation (de 5 à 15 minutes) (Dr 6, 7, 8, 9, 13).

---

*Dr 9 : Je prends vraiment un grand temps d'explication.*

*Dr 14 : Ca doit prendre 20 secondes, en fait. Comme l'explication orale a eu lieu avant, c'est très rapide.*

---

➤ Discussion au sujet du document remis

Les réponses aux questions des patients se font en direct le plus souvent (Dr 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14), mais, dans certaines situations, la réponse sera donnée lors d'une consultation ultérieure (Dr 2, 8, 9, 14). En dehors du temps de consultation, le médecin et le patient peuvent aussi discuter de ces documents (Dr 4, 5, 6).

---

*Dr 5 : S'ils ont des questions, ils me les posent à ce moment-là, mais...on revient assez rarement sur la fiche que j'ai donnée.*

---

### 3.4 Différences de pratiques

➤ Médecins faisant partie d'un groupe

Les médecins faisant partie d'un groupe de professionnels de santé (groupe de pairs, FMC, appartenant à un centre de santé ou pôle de santé, ou un réseau) disent s'impliquer plus dans la délivrance d'information, notamment sous forme écrite. Ils délivrent des documents créés au sein du groupe, en discutent avec leurs collègues et peuvent avoir accès à des programmes éducatifs spécifiques pour leurs patients (Dr 1, 3, 6, 8, 9).

---

*Dr 1 : Je donne ce qu'on a élaboré dans le cadre du pôle de santé.*

---

---

*Dr 6 : Moi je suis responsable médicale du centre de santé donc c'est aussi mon rôle justement de faire de la prévention, de gérer tous ces aspects.*

*Dr 8 : A la fois on travaille en groupe de pairs (...) Plus ça avance, plus on protocolise, en fait plus on en relit en commun, avant.*

*Dr 9 : (...) par le biais de l'université. J'avais participé à l'élaboration de cette fiche, c'est comme ça que je l'ai connue.*

---

➤ Selon les circonstances

En fonction du degré de motivation du jour, de fatigue ou du temps qu'ils ont, les médecins délivrent une information différente (Dr 8, 10, 13).

---

*Dr 8 : Ca dépend de ma forme et du jour et de l'heure et de ma façon dont je maîtrise mon retard ou pas (rire).*

---

➤ Selon l'expérience

Les médecins notent une évolution de la délivrance de documents écrits en fonction des années de pratique. Certains en remettent moins qu'auparavant (Dr 1, 9, 12, 13) tandis que d'autres en délivrent plus car ils ont une meilleure connaissance de leur patients et des nouvelles fiches existantes (Dr 8, 11). Deux médecins en remettent autant qu'avant, mais ont changé les fiches qu'ils utilisent (Dr 5, 6). Le Dr 4 est en début d'activité et dit ne pas se servir beaucoup de l'écrit. Ces différences dépendent de l'âge du médecin mais aussi de la façon dont il travaille (Dr 8, 12, 13).

---

*Dr 12 : J'ai essayé au début et puis je me suis rendu compte que je les utilisais pas.*

*Dr 8 : (...) parce que je les connais de mieux en mieux en fait donc j'en remets de plus en plus.*

---

#### 4. Schéma de synthèse de la deuxième partie des résultats



## C. Evaluation par les médecins de l'utilité de la délivrance d'information écrite et de son mode de pratique

### 1. Evaluation de l'utilité des documents écrits d'information

#### 1.1 Limites de l'information orale

L'information orale manque d'exhaustivité, par exemple dans le cas des régimes (Dr 8,11). Le médecin peut aussi avoir des difficultés à donner des explications orales sur un sujet complexe (Dr 9).

---

*Dr 9 : C'est pas facile à expliquer oralement.*

*Dr 11 : Parce qu'il y a tellement de choses donc, on peut pas se permettre de leur en dire qu'oralement, il faut quand même détailler un peu.*

---

L'information orale occupe la première place et prime sur le support écrit (Dr 1 à 14). Cependant, du fait d'une durée de consultation relativement courte et de la densité du discours oral, les informations peuvent être mal comprises et vite oubliées (Dr 1,2, 4, 6, 7, 9, 11, 12).

---

*Dr 1 : « On sait déjà que l'information orale y'a peut-être 20 % de ce qu'on dit qui est entendu, enregistré, compris.*

*Dr 7: On dit que les patients retiennent que 10% de ce qu'on raconte.*

---

#### 1.2 Utilité pour les patients

##### ➤ Satisfaction des patients

Les médecins sentent les patients satisfaits de recevoir des documents écrits et en ont des retours positifs (Dr 1, 7, 8, 9, 14).

---

*Dr 7 : Moi, j'ai l'impression que ça leur plaît ... ça les intéresse.*

---

➤ Outil d'aide à la mémorisation, à la réflexion et à l'autogestion

Les médecins laissent un support écrit au patient pour qu'il puisse intégrer l'information à domicile. Cela permet de faire émerger de nouvelles questions et d'agir en se référant à ces informations quand une situation médicale similaire se présente (Dr 1 à 13). Les patients adoptent un nouveau comportement et consultent plus tard pour le même problème de santé (Dr 4, 7, 14). Le médecin peut aussi, dans certaines situations, rédiger des ordonnances pré-préparées pour anticiper les besoins du patient (Dr 10). Le Dr 13 explique que le support écrit est un moyen de répéter l'information, ce qui facilite le travail de mémorisation.

---

*Dr 4 : Parfois ils attendent de voir comment ça évolue et ils viennent à un stade plus avancé, ils savent quand ils arrivent maintenant, ils ont déjà mis en place les conseils.*

*Dr 2 : C'est toujours intéressant d'avoir un support auquel se référer, quand on est plus en consultation. (...) Donc voilà, ça permet peut-être d'y revenir.*

*Dr 13 : Alors, comme maître de stage, j'ai appris qu'enseigner c'était répéter et c'est la répétition qui euh... permet de faire passer les messages... (soupir).*

---

➤ Augmente la compréhension et le niveau de littératie en santé des patients

A l'aide de ces remis écrits, les médecins transmettent aux patients des connaissances sur leur problème de santé (Dr 6, 7, 8, 11,12, 14), les aident à mesurer leur pronostic (Dr 11), ou leur expliquent un geste fait en consultation (Dr 13). Cela aide aussi à expliquer le raisonnement médical et à faciliter l'adressage à un spécialiste, ou pallier au manque d'information fourni par certains spécialistes (Dr 10, 14). Le support écrit est aussi une aide pour rectifier des erreurs ou de fausses croyances, notamment véhiculés par Internet (Dr 10, 13).

---

*Dr 13 : Les patients ont tellement euh d'informations euh... mal digérées, d'informations de préconçus, euh... erronés (...) le charlatanisme euh à l'état pur sur Internet ! (...) donc on passe beaucoup de temps à corriger des erreurs.*

*Dr 14 : Les patients ont besoin d'avoir un support pour mieux comprendre les choses. Ils ont besoin de ce guide pour euh... mieux comprendre ce que font les docteurs, en fait. Je leur explique un petit peu ce qui se passe dans ma tête, quoi, la démarche déjà que je vais avoir intellectuelle.*

---

➤ Education thérapeutique

Le praticien transmet, via les annotations sur l'ordonnance, des informations sur les indications et les modalités des prises médicamenteuses (Dr 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14), les mises en garde et interactions médicamenteuses (Dr 4, 5, 8, 12) et s'appuie sur des documents écrits pour expliquer une attitude thérapeutique (Dr 8). Les documents écrits peuvent également servir de justification à une non-prescription (Dr 5).

---

*Dr 5 : Là je leur donne un papier, c'est écrit noir sur blanc, ils vont sûrement plus se poser la question.*

*Dr 12 : Attention ne pas associer tel médicament et tel autre.*

---

Ces remis écrits favorisent l'observance (Dr 6, 7, 10, 14), la motivation (Dr 1) et l'acceptation d'une maladie chronique (Dr 10). En délivrant l'information sous forme écrite, le médecin montre au patient son implication dans l'accompagnement thérapeutique.

---

*Dr 1 : J'avais aussi participé à des formations (...) et ce qui était ressorti c'était souvent plus parlant et plus engageant pour les personnes qu'on leur écrive quelque chose.*

*Dr 14 : Qu'il jette pas leur Kardégic 75 parce qu'il croyait que c'est un truc... une poudre qui sert à rien (rire) (...) Ca peut avoir un impact de marquer les choses.*

---

### 1.3 Intérêts pour le médecin

➤ Améliore les compétences

La lecture des documents remis participe à l'autoformation et la mise à jour des connaissances des médecins (Dr 8, 10). Cela peut aussi favoriser l'empathie et le rôle pédagogique du médecin (Dr 7).

---

*Dr 7 : Se remettre dans la posture du patient qui sait pas (...) ça me permet d'être plus pédagogue et de moins penser que tout est évident.*

*Dr 8 : Accessoirement ça me permet de relire régulièrement les choses, parce que quand je les donne, je les lis avec eux (...) Ca confirme un peu, ça me met de l'aplomb, je pense, voilà.*

---

➤ Aide à la gestion de l'exercice médical

Même si le temps de consultation peut être plus long du fait des explications, il y a ensuite un gain de temps lors des consultations ultérieures (Dr 6, 14). Cela permet aussi d'être moins interrompu dans le travail, notamment en appels téléphoniques, que ce soit par le patient ou le pharmacien (Dr 6, 11, 12, 14).

---

*Dr 7 : Si c'était écrit (rire) noir sur blanc, tamponné, ça éviterait qu'il débarque... (rire).*

*Dr 12 : Pt'être pas gagner du temps, mais du dérangement, oui.*

---

➤ Protection médico-légale

Certains médecins évoquent la protection médico-légale, précisant qu'il faut bien faire la distinction avec le consentement écrit (Dr 9, 11, 14).

---

*Dr 9 : Oralement, y'aura pas de trace, c'est plus difficile d'apporter une preuve, tandis ce que si c'est écrit... quelque part je me protège un peu.*

---

## 1.4 Impact sur la relation médecin-patient

➤ Donne du poids et de la crédibilité au discours du médecin

(Dr 5, 6, 7, 8, 9)

---

*Dr 9 : J'ai l'impression que ça apporte aussi plus de crédit à ma parole. (...) tandis que si je lui avais seulement dit, ça aurait pt'être pas eu le même impact j'ai l'impression... Ça augmente la confiance.*

---

➤ Renforce le lien de confiance

Le fait de remettre une information écrite au patient crée une proximité et augmente la confiance accordée au médecin. Si la fiche est faite par le médecin lui-même ou s'il entreprend une recherche spécifique pour son patient, le sentiment de confiance du patient est d'autant plus grand (Dr 10, 12).

---

*Dr 10 : C'est enrichir la relation avec le patient.*

*Dr 12 : Ca a permis de renforcer le lien de confiance.*

---

➤ Autonomiser le patient et créer un engagement moral « contractuel »

Le patient devient un acteur de sa santé en remplissant les carnets de suivi et en ayant connaissance de ses objectifs personnels (Dr 8, 12, 13, 14). Pour obtenir l'adhésion et la motivation du patient, certains médecins utilisent des techniques relationnelles, dont fait partie intégrante l'information écrite. Les documents remis peuvent constituer un contrat de soin implicite. La notion de répétition de l'information est de nouveau évoquée (Dr 1, 14).

---

*Dr 14 : De le rajouter sur l'ordonnance alors qu'on en a parlé, ça laisse la trace écrite plusieurs fois à la personne qui va le lire, ça lui rappelle son engagement, c'est un peu des techniques, pas vraiment de manipulation, mais c'est la psychologie humaine ! (rires).*

---

## **2. Attentes des médecins**

### **2.1 Avis sur les recommandations pour l'élaboration d'un document écrit d'information**

L'enquêtrice, lors de l'interview, présente les fondements des recommandations actuelles, qui sont « issues de l'ANAES, l'INPES et l'HAS, sur la méthodologie d'élaboration des documents, sur le contenu et la qualité de l'information. Il y est dit notamment, que l'information doit s'appuyer sur des données validées par la littérature médicale et être basée sur les attentes des patients ». Les médecins interrogés sont nombreux à ne pas connaître ces recommandations mais expriment leur avis à leur sujet.

➤ Validité de la démarche « EBM » pour élaborer les documents d'information

Certains médecins se disent d'accord, en théorie, avec la vision « EBM » pour élaborer des documents écrits d'information, c'est-à-dire la validité scientifique de l'information mais aussi les attentes et préoccupations des patients (Dr 1, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 14).

---

*Dr 1 : Et ça serait intéressant de... croiser en fait les attentes des personnes et les connaissances scientifiques, voilà. Et pis de vérifier par une évaluation que ces documents sont lisibles et qu'on en retire quelque chose quoi...*

*Dr 9 : Oui que ça soit validé euh... par l'EBM dans le sens où l'EBM fait intervenir le côté patient et le côté médecin, et pas seulement le savoir pur, les données actualisées de la science.*

---

➤ Non applicable en pratique

Cependant, en pratique, les médecins trouvent ces recommandations impossibles à appliquer par eux pour rédiger leurs documents d'information et doutent qu'elles soient appliquées par les organismes qui en rédigent (Dr 4, 7, 9, 10). Ils jugent qu'elles ne permettent pas de fournir une information au plus près des attentes et de la vie réelle des patients (Dr 2, 7, 10, 11, 12) mais aussi que toutes les informations ne peuvent pas être validées par des preuves scientifiques. Ce que les médecins décident de transmettre par écrit au patient relève plus de leur bon sens médical (Dr 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11).

---

*Dr 2 : Y'a pas de reco, d'ailleurs y'a rien de médical là-dedans, c'est juste du bon sens.*

*Dr 7 : C'est hyperdur à faire en fait, (...) c'est hypercompliqué. (...). C'est très très bien mais comment on fait ça en pratique ?! (rire) Enfin tout seul dans son cabinet... Je pense que c'est pas possible parce qu'il y a plein de trucs où c'est pas validé par l'EBM ... des fois c'est du bon sens. Ce qui leur importe c'est genre par exemple, que la pilule ne rend pas stérile, que le stérilet ne rend pas stérile, euh... que c'est pas dangereux de ne pas avoir les règles...*

*Dr 9 : C'est difficile sur une fiche déjà toute faite d'être complètement EBM, parce (...) elle va pas toujours tenir compte des patients qu'il y a en face, en face de nous.*

*Dr 10 : Ils font des règles, écrites, qui sont (...) in-a-ppli-cables.*

---

Les autres critiques portent sur le fait de faire des recommandations sur ce sujet. Plusieurs médecins déplorent que la HAS parle de l'EBM et ne se l'applique pas à elle-même (Dr 8,10) ou que les recommandations deviennent vite obsolètes (Dr 11). Le Dr 10 précise que ces recommandations ne sont pas valables car, selon lui, rédigées majoritairement par des hospitaliers.

---

*Dr 8 : D'abord, il faudrait qu'ils se l'auto-appliquent, ce qui n'est pas souvent le cas...*

---

---

*Dr 10 : (...) y'a très peu de généralistes qui y participent à ces recommandations. Donc on a affaire à des universitaires qui traitent ça pour des généralistes qui font de la médecine libérale...*

---

## 2.2 Besoin d'appropriation de l'information

### ➤ Lecture attentive et bonne connaissance du document

Avant toute délivrance de document, il faut que le praticien ait bien lu le contenu de l'information pour pouvoir faire un tri (Dr 6, 10, 12, 13, 14). La délivrance d'information écrite engage la responsabilité du praticien, ce qui sous-entend qu'il ait une bonne connaissance de l'ensemble du document (Dr 4, 5, 8, 13).

---

*Dr 4 : c'est celles que j'utilise le plus parce que c'est celles dont j'ai le plus connaissance.*

*Dr 13 : parce que si je suis pas capable de parler avec le patient du document, je le ferai pas. (...) Donner quelque chose ça engage. (...) moi je fais attention à ce que je fais... et donc je ne donne pas des trucs que je ne connais pas.*

---

### ➤ Information en accord avec les idées du médecin et sa manière de pratiquer la médecine

Une des conditions requises pour délivrer un document est que le contenu de l'information soit entièrement en accord avec les connaissances du médecin (Dr 7, 13), ses idées, et les messages qu'il veut faire passer (Dr 5, 6,8). Pour les Dr 3 et 5, si le médecin n'est pas confronté à une situation dans sa pratique courante, il ne remettra pas d'information au patient à ce sujet (Dr 3, 5).

---

*Dr 3 : Un document écrit si on le donne il faut qu'on puisse le valider et qu'on soit d'accord à 100 %.*

*Dr 6 : Je vais les lire et je vais quand même choisir les documents qui correspondent à ma (appuyé) façon de voir les choses et puis au discours que j'ai envie de faire passer. (...) en gros, si j'avais voulu élaborer un document il se rapprocherait de ça.*

*Dr 13 : Celles qui plaisent à moi (petit rire). Que je me sente à l'aise en le donnant. Les critères de validité c'est que moi j'ai compris et que moi je trouve que c'est bien.*

---

➤ Les sources choisies

Le document considéré comme le plus optimal est celui que les médecins s'approprient en le rédigeant eux-mêmes ou avec un groupe de confrères (Dr 3, 4, 8, 9, 10, 12, 14). Le contenu est écrit à partir de leurs connaissances et de leur expérience, ou en faisant une synthèse des différentes sources, notamment à partir de la revue « Prescrire » (Dr 2, 4, 6). Ils peuvent aussi utiliser des fiches que des confrères ont fait eux-mêmes, par exemple un médecin de bonne réputation (Dr 3, 7).

---

*Dr 3 : C'était sur le site de Winckler qui est un médecin bien connu.*

*Dr 9 : J'ai fait toute une série de fiches que j'avais élaborées... en relisant « Prescrire ». Mais donc voilà, mais c'est, c'est de la sauce personnelle. (...) j'ai réécrit les choses en les simplifiant encore plus.*

*Dr 12 : Voilà, j'ai sélectionné l'info pertinente, oui sur, hein, deux ou trois sites (...) J'ai fait ma petite synthèse à chaque fois.*

---

De nombreux médecins sont abonnés à la revue « Prescrire » et utilisent les Fiches Info-Patient qu'elle propose (Dr 1, 3, 4, 8, 9).

---

*Dr 8 : Donc moi je n'accepte que de lire des choses qui sont issues de « Prescrire » ou recommandées par « Prescrire », ça me crée un sens critique (...) il y a toutes les Fiches Infos-Patient « Prescrire », là j'en remets énormément (appuyé).*

---

Les médecins utilisent moins les fiches des organisations médicales « officielles », bien qu'ils les considèrent dignes de confiance. Les quelques exemples cités concernent des documents issus de sociétés savantes, de collèges d'enseignants et de syndicats professionnels concernant la médecine générale (SFTG, CNGE) (Dr 1, 9) et des spécialités comme la gynécologie, la cardiologie ou la gastroentérologie (Dr 1, 7, 9, 10, 13, 14), des organisations nationales et régionales de santé comme l'INPES (Dr 1, 5, 6, 7, 8, 9), la HAS (13, 14), l'Institut National du cancer (Dr 1), la Ville de Paris, le CRIPS (Dr 6) et l'IVS (Dr 8). Concernant le carnet de santé, c'est un support d'information délivré par le Ministère de la Santé. Les médecins utilisent aussi l'information de cours universitaires ou issue de formations qu'ils ont faites (Dr 7, 10, 11, 12). Le Dr 10 transmet au patient des photocopies d'un livre qu'il utilise pour sa propre formation.

---

*Dr 10 : Je cible les facs. Je cherche un cours de fac, un truc assez simple.*

---

---

*Dr 7 : J'essaie de trouver souvent par rapport au collègue de la pathologie en question.*

---

Certains médecins délivrent des documents issus de laboratoire (Dr 5, 8, 13), d'autres ont décidé d'arrêter de le faire par soucis d'indépendance (Dr 11, 12).

---

*Dr 13 : C'est MSD, Univadis, donc il y aussi des sites des labos qui ont, qui a beaucoup de documents qu'on peut éditer et donner aux patients.*

---

De façon plus sporadique, les médecins utilisent des informations issues de sites Internet destinés aux patients comme « Doctissimo » (Dr 10), de sites destinés aux médecins comme « Aporose » (Dr 7), « Esculape » (Dr 7), ou « Orphanet » (Dr 5), et de sites de réseau ville-hôpital comme « REVHO » (Dr 8) ou « Courlygones » (Dr 9).

---

*Dr 5 : Pour certaines maladies rares, je vais sur Orphanet, je l'imprime et puis je la donne.*

*Dr 9 : Y'a aussi un site de pédiatrie, il s'appelle « Courlygones ». Ils ont des fiches intéressantes à remettre aux parents.*

---

Quelques médecins ne se souviennent pas spontanément du nom de leurs sources (Dr 3, 9, 13).

---

*Dr 3 : Ah... c'est très variable (rire). C'est des choses que j'ai trouvées à un moment donné qui a été validé, donc ...*

*Dr 9 : j'en sais rien, je ne sais pas. (...) je ne sais plus les sources. Il faut que je cherche...*

---

### **2.3 Doutes et réticences des médecins sur cette pratique**

#### ➤ Pratique considérée comme inutile

Parfois, il y a simplement un désintérêt sur ce sujet (Dr 9, Dr 14).

---

*Dr 14 : Euh, je me suis pas beaucoup posé la question (petit rire).*

---

Les médecins ne sont pas convaincus de l'utilité de l'information écrite remise au patient (Dr 11, 12, 13, 14). Ils ont le sentiment que les patients ne lisent pas ces documents (Dr 1, 4, 6, 8,10, 13) et ont peu de retours des patients pour en juger (Dr 4, 5, 6, 7, 9, 11, 14). Certains font ce constat

de façon empirique (Dr 12, 13). Par exemple, le Dr 13 s'est aperçu qu'il n'y avait pas eu de changement de comportement chez les patients diabétiques à qui il avait remis une fiche sur l'auto-surveillance.

---

*Dr 1 : J'ai plutôt lu et entendu que finalement il y avait assez peu de gens qui lisait les documents.*

*Dr 13 : Je crois qu'ça sert à rien, ça me fait plaisir à moi mais c'est tout. La fiche ils l'emmènent, mais ils ne s'en servent pas. (...) quand j'ai vu les pieds qu'ils avaient alors que je savais que je leur avais donné un document...*

---

La plupart des médecins ignorait l'existence de preuves dans la littérature et d'autres ont des doutes sur la fiabilité des études qui prouvent l'utilité de cette pratique (Dr 9, 11).

---

*Dr 9 : Euh... nan je savais pas que ça avait été démontré.*

*Dr 11 : Trouver l'impact du remis écrit sur la pathologie, je pense que c'est assez difficile quand même à prouver. Ca c'est compliqué, je pense, à évaluer vraiment l'attente du patient... j'ai un petit doute moi là-dessus.*

---

#### ➤ Overdose d'information

Certains médecins estiment que le patient est déjà bien informé, par Internet, les médias et l'assurance maladie, et qu'il pourrait en avoir une « overdose » (Dr 11, 12, 13).

---

*Dr 11 : Le patient maintenant de nos jours, il est tellement soumis à de multiples informations, que je ne pense pas qu'il vienne chez nous pour avoir un remis écrit. Il a tellement lu de choses sur sa pathologie sur Internet...*

*Dr 13 : Je pense qu'aujourd'hui, les patients sont déjà gavés d'informations.*

---

#### ➤ Obstacle à la relation duelle médecin-patient

Les fiches déjà rédigées peuvent être perçues comme une intrusion à la relation médecin-patient par un tiers (Dr 11, 12, 13).

---

*Dr 12 : L'info on a l'impression qu'elle est validée par les deux, que quand on remet un document, c'est déjà plus nous qui la validons. (...) ça fonctionne bien comme ça, quand c'est*

*de personne à personne. (...) Ils ont besoin vraiment d'une relation personnelle et je pense que si on induit encore un tiers là-dedans...*

---

## 2.4 Pistes d'amélioration proposées

### ➤ Augmenter le temps de travail d'élaboration de documents

Les médecins souhaiteraient pouvoir prendre plus de temps pour élaborer des fiches, en augmentant le temps de travail individuel ou en groupe (Dr 2, 6, 8).

---

*Dr 2 : Si je prenais la peine de faire vraiment des fiches correctes alimentaires, je pense que j'en distribuerai beaucoup plus souvent.*

*Dr 6 : Je prendrai moins de temps finalement à faire les fiches une bonne fois pour toute (rire) à s'y atteler et puis à les remettre après. On est en train d'y travailler justement, à fabriquer des fiches déjà toutes faites.*

---

### ➤ Créer de nouveaux documents plus adaptés

Les médecins émettent le souhait d'avoir à disposition des documents plus adaptés. Par exemple, des documents issus des questions des patients (Dr 1, 7), avec des pictogrammes ou des images (Dr 1, 7), et traduits en plusieurs langues (Dr 6).

---

*Dr 7 : Je réfléchissais à la communication par pictogrammes, mais c'est super dur à trouver, j'ai fait des recherches et je ne trouve rien, je pense que ça pourrait être à creuser.*

*Dr 6 : Ce serait d'imaginer, mais c'est compliqué, que un de ces supports soient traduits en plusieurs langues, (...) donner une brochure ou un papier qui soit dans la langue du patient pour l'aider chez lui tranquillement à lire les choses, ce serait pas mal.*

---

### ➤ Faciliter l'accès et mutualiser les documents

Les médecins souhaitent avoir plus de discipline dans le rangement et le stockage des documents (Dr 4, 5, 14) et que l'accès aux documents soit plus rapide. Ils suggèrent, comme certains le font déjà, d'intégrer les fiches info-patients au logiciel de prescription (Dr 1, 6, 7, 9).

---

*Dr 5 : Moi, sur le plan individuel, je me dis déjà qu'il me manque un présentoir raccroché au mur avec toutes les fiches que j'utilise et qui soit facile à prendre.*

*Dr 6 : Notre logiciel est paramétrable donc on pourrait effectivement mettre dans notre base de données.*

*Dr 7 : Ben, j'aimerais bien que ce soit dedans mais vu notre éditeur de logiciel, c'est pas gagné.*

*Dr 9 : Déjà qu'elles aient un accès informatique rapide, facile. (...) Je les mets sur un support Word et, un document Word que je glisse dans mon logiciel.*

---

Les médecins expriment le souhait de mutualiser les FIP et d'en faciliter l'accès, grâce à la création d'une banque de données, sur un site Internet dédié qui regrouperait des fiches destinées aux patients sur les situations les plus fréquemment rencontrées en médecine générale. Certains mutualisent déjà leurs documents avec leurs collègues du même centre médical (Dr 6, 8, 11, 12).

---

*Dr 6 : L'idée oui, c'est de pouvoir partager des fiches entre tous. On est obligé de mutualiser, d'avoir un discours plus commun, c'est le but et puis d'essayer d'uniformiser nos pratiques aussi.*

*Dr 11 : Il faudrait qu'on ait un site dédié, ce serait bien (rire)... documents à remettre aux patients en fonction des pathologies. Ca serait bien, un spécial « médecine générale ».*

---

➤ S'inspirer d'autres pratiques et les tester sur les patients

Les médecins proposent de délivrer les documents par série de thèmes (Dr 1), s'inspirer des consultations d'éducation de la sécurité sociale (Dr 12), ou s'inspirer des techniques de communication écrite d'autres pays (Dr10).

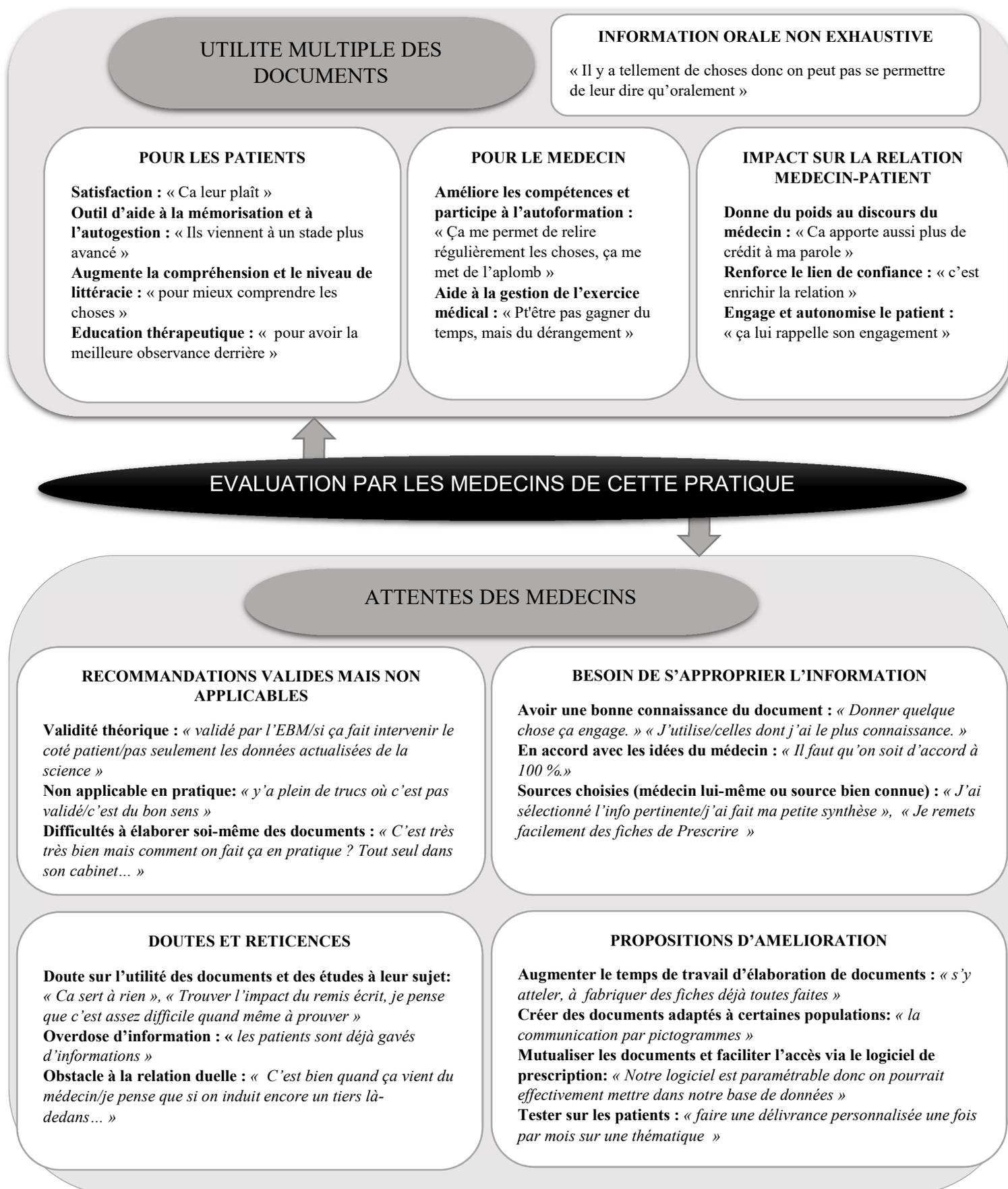
---

*Dr 1 : On avait réfléchi avec le Dr X mon collaborateur à utiliser les fiches construites par « Prescrire » qui sont destinées au patient. Mais on se disait que peut être on pourrait faire sur un mois, les distribuer selon un thème... Donc faire une délivrance personnalisée une fois par mois sur une thématique.*

*Dr 10 : Il suffirait peut-être de s'inspirer du Québec aussi.(...) Ils sont beaucoup plus proches de la communication patient que nous.*

---

### 3. Schéma de synthèse de la troisième partie des résultats



## IV. DISCUSSION

### A. Résultats principaux

Nous observons une ambivalence des médecins au sujet de la délivrance d'information écrite en consultation. Ils sont conscients des nombreux intérêts pour les patients et pour le médecin lui-même ainsi que l'impact positif sur la relation médecin-patient, mais en pratique les documents existants sont sous-utilisés. En revanche, ils utilisent de façon courante une forme d'information écrite plus spontanée comprenant les annotations sur l'ordonnance, les schémas sur papier libre ou les consignes sur les carnets de suivi.

Il y a une grande variabilité des pratiques médicales à ce sujet, notamment en fonction du mode d'exercice, de l'expérience et des convictions personnelles. Il n'y a pas d'attitude stéréotypée. Le plus souvent, l'information écrite est délivrée en fin de consultation, rédigée en direct sous forme d'annotations sur l'ordonnance ou de fiche que le médecin a lui-même rédigée, et accompagnée d'un discours mettant en évidence les principaux messages et répondant aux questions posées. La majorité des médecins vérifient peu la mise à jour, mais sont attentifs aux sources. La traçabilité de l'information n'est pas systématique.

Les thèmes les plus fréquemment abordés sont des situations ou pathologies courantes bénignes de médecine générale concernant la pédiatrie, la gynécologie ou la diététique mais pouvant aussi aborder des sujets controversés comme le PSA dans le dépistage du cancer de la prostate ou la vaccination. Le contenu de l'information porte principalement sur des conseils de bon sens, d'hygiène de vie et de mise en garde insistant sur des éléments importants de suivi et de surveillance au quotidien.

Il n'y a pas de patient-type, la délivrance est adaptée au cas par cas, ce qui n'est pas permis par un document déjà rédigé. Le patient est choisi selon plusieurs critères : capacité de compréhension, niveau socio-culturel, profil psychologique et âge. Le médecin « de famille » sera plus à même d'avoir une bonne connaissance de son patient.

Les médecins insistent sur l'importance de bien s'approprier le contenu d'un document avant de le remettre. Cela sous-entend d'en avoir une bonne connaissance et qu'il corresponde aux messages que le médecin veut faire passer ainsi qu'à sa manière de pratiquer la médecine. Ce sont les documents rédigés par le médecin lui-même ou avec un groupe de confrères qui

paraissent les plus appropriés. Les fiches-patients de source extérieure remises le plus souvent sont issues de la revue « Prescrire » et de documents au format pratique comme la carte de poche sur l'oubli de pilule (INPES), le tableau sur la diversification alimentaire du carnet de santé (Ministère de la Santé) et les dix règles d'or du sportif (Fédération française de Cardiologie). Les avis convergent sur les critères de qualité d'une fiche destinée aux patients. La source doit être de confiance, indépendante des laboratoires et avoir des bases scientifiques. La présentation doit être facile, attrayante, pratique, le contenu compréhensible, non anxiogène et issu des questions des patients. Nous observons une circulation des documents, entre confrères d'un même groupe de travail principalement, mais aussi avec les hospitaliers. Le patient peut être un relais pour transmettre à sa famille et aux aidants à domicile le document qu'il a reçu de son médecin.

Les médecins rencontrent des difficultés à trouver des documents adaptés mais aussi à élaborer eux-mêmes des fiches, ce qui leur apparaît pourtant comme la meilleure option. Ils ne connaissent pas les recommandations sur le sujet, utilisent peu les documents déjà existants et seulement une minorité en a déjà rédigé à l'aide d'un groupe de pairs. Ils ne sont pas non plus vraiment convaincus de leur réelle utilité. Ainsi, cette pratique n'est pas ancrée dans le quotidien du médecin. Les obstacles à la délivrance de ces documents sont : le manque de temps, l'existence de documents jugés mal faits (trop denses et de mauvaise lisibilité), le manque de documents adaptés aux patients analphabètes, ne parlant pas français ou ayant un degré de littéracie médicale limité, et aussi les obstacles techniques comme les difficultés de tri, d'accessibilité et de stockage. Des stratégies d'amélioration ont été proposées comprenant l'augmentation du temps de consultation et de travail en groupe, la simplification de l'accès aux documents sur Internet et une mutualisation des fiches existantes.

## **B. Forces et limites de l'étude**

### **1. Forces**

#### **1.1 Liées à la question**

Notre travail est original par son sujet. S'il est fréquent de trouver dans la littérature des articles démontrant les intérêts des documents d'information pour les patients, il l'est bien moins pour l'attitude des médecins vis-à-vis de la délivrance d'information écrite. Nous n'avons pas

retrouvé d'étude similaire à la nôtre. Seule une étude qualitative australienne s'en approche, et a étudié les opinions et comportements de médecins généralistes et de pharmaciens concernant la délivrance de documents portant sur les thérapeutiques médicamenteuses. Le fait de s'intéresser à toute information écrite au sens large, et pas seulement aux fiches d'information, a permis de découvrir toute la diversité des formes de communication écrite pouvant être utilisée en consultation.

### **1.2 Liées à la méthode**

Nous avons respecté les principaux critères de fiabilité définissant une étude qualitative. Ces critères sont : l'existence d'une étude pilote, le respect d'une méthodologie systématique, l'obtention de la saturation des idées et la reproductibilité de l'analyse. Le logiciel « NVivo » a permis de diminuer la perte de données.

### **1.3 Liées aux résultats**

Les entretiens ont été riches, avec des réponses libres. La qualité de l'enregistrement a permis de limiter la perte de données. Nous avons obtenu une bonne diversité dans la population interrogée, grâce à un échantillonnage raisonné.

## **2. Limites**

### **2.1 Liées à l'enquêtrice**

Le manque d'expérience de l'enquêtrice a pu se faire sentir lors des premiers entretiens. Il a pu exister un biais d'interprétation lié à un manque d'objectivité lors de l'entretien et dans l'analyse des données, l'enquêtrice étant aussi médecin généraliste. La triangulation des données a permis de limiter ce biais.

## **2.2 Liées à la question**

L'intitulé « information écrite » étant très large, les interviewés avaient du mal à identifier exactement de quoi il s'agissait. L'enquêtrice a dû parfois suggérer certains exemples de documents (ex : ordonnance, carnet de santé, etc...) pour que cela vienne à l'esprit des médecins.

## **2.3 Liées à la méthode**

Les biais sont propres à ceux d'une étude qualitative. Ce type d'étude ne permet pas de généraliser les résultats à une population, ni de chiffrer ou pondérer des tendances. Il existe un biais de sélection. Les médecins ayant accepté de participer à l'étude, sur la base du volontariat, étaient à priori plus concernés ou intéressés par la communication médecin-patient. Le recrutement a été effectué dans trois régions différentes, mais pas de manière homogène car les déplacements de l'enquêtrice étaient limités. Il aurait été intéressant de comparer les réponses de médecins de centres de santé urbains mais cela n'a pas été possible à Lyon. A l'inverse, il n'y avait pas de médecin de ville ou exerçant seul à Paris. Cependant l'échantillon global reste varié en termes d'âge, de genre et de mode d'exercice. Il y a également un biais de mesure. La retranscription dactylographiée intégrale des entretiens a été effectuée par deux personnes différentes, dont une (l'enquêtrice) avait mené l'entretien en direct alors que la secrétaire, plus neutre, se fiait seulement à l'écoute de l'enregistrement.

## **2.4 Liées aux résultats**

Les médecins avaient des contraintes professionnelles et personnelles de temps, ce qui a pu écourter la durée de l'entretien. Le fait d'effectuer l'entretien sur leur lieu de travail exposait aussi à des interruptions extérieures répétées. Un biais de déclaration a pu exister, car certaines questions pouvaient être perçues comme culpabilisantes ou comme un jugement de l'enquêtrice. Ainsi les réponses des médecins apparaissaient parfois consensuelles plutôt que spontanées, donc ne reflétant pas vraiment la réalité de leur pratique. Il est possible que la présence du dictaphone ait induit une certaine retenue chez les interviewés. Le fait d'avoir interrogé deux fois le même médecin (Dr 11) a pu influencer ses réponses car il avait eu connaissance du sujet et des questions quelques mois auparavant.

## C. Discussion des résultats et perspectives

### 1. Recommandations difficilement applicables en pratique

Plusieurs organisations de santé ont établi des recommandations au sujet de l'élaboration d'un document écrit destiné au patient. Neuf guides méthodologiques ont été publiés de 1980 à 2008, dont un par l'UNESCO, quatre au Royaume-Uni (King's Fund Centre et NHS), un en Australie (NHMRC) et deux en France (FNCLCC et HAS) (28). La HAS, dans une recommandation de bonne pratique de 2012, parle de l'usage de documents écrits et de la traçabilité de l'information (1). Il est rappelé que le document n'a pas à être signé par la personne ce qui le différencie d'un consentement. Les critères de qualité d'un document retenus par l'ANAES (ex-HAS) en 2000 (29) ont été repris et améliorés par la HAS dans son guide publié en 2008 (28) (cf « Annexe 2 »). L'INPES, en 2005 (30), décrit les mêmes aspects dans un référentiel de bonnes pratiques.

Les critères de qualité du document « idéal », décrit par les médecins de notre étude et ceux des guides méthodologiques, se rejoignent et suivent une démarche dite « EBM ». Le contenu doit reposer sur des données validées ayant une base scientifique, telles que des recommandations professionnelles ou une synthèse de la littérature, en impliquant des experts de différentes disciplines. Il doit y être décrit les bénéfices, les risques et les conséquences des traitements ou des actes, les soins dans la vie quotidienne, la qualité de vie, une conduite à tenir concrète avec les moyens mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par le patient. Il est donné des conseils de rédaction comme, par exemple, se baser sur les préférences et les questions des patients, utiliser un langage objectif et nuancé sans dramatisation ni optimisme excessif ou choisir des illustrations pertinentes. Le support est pratique, facile à actualiser et peu encombrant et l'information doit être hiérarchisée, synthétique, claire et courte. Il est important d'impliquer les patients dans l'élaboration du document, notamment par l'intermédiaire de leurs associations, puis de faire une évaluation de leur satisfaction et de l'utilisation qu'ils font du document. Tous les nouveaux documents devraient donner un score de lisibilité selon une grille standardisée. Pour cela, on utilise une analyse statistique sous forme de test de lisibilité (par exemple celui de Flesh). Plus la note est élevée, plus le document est facile à comprendre. Enfin, des mentions obligatoires doivent figurer de façon explicite, comme le nom des différents secteurs d'activité avec lesquels les auteurs sont en lien, les sources d'informations, de financement, et la date de publication du document. Il ne doit pas faire la promotion d'un produit ou d'une marque.

Cependant, les médecins constatent que ces recommandations sont difficilement applicables lors de la rédaction d'un document et que les documents existants ne respectent pas tous les critères de qualité. Le langage employé par les communautés professionnelles est trop savant (29) ou l'information délivrée n'est pas assez flexible ou nuancée, comme l'évoque certaines critiques faites à la revue « Prescrire ». L'étude de l'impact en terme de compréhension et de satisfaction sur les patients, avant diffusion, est en pratique rarement réalisée (31) ou les patients interviennent uniquement à la phase finale de relecture. Les auto-soins et la prévention sont insuffisamment décrits pour être utiles au quotidien (28). Les médecins constatent que la démarche « EBM » n'est pas souvent applicable à la pratique de la médecine générale. Les patients sont demandeurs de conseils pratiques souvent non validés par la science. Certaines pathologies n'ont ni recommandations ni consensus, d'autres sont source de polémiques et de recommandations contradictoires ou non réactualisées. Il n'existe pas de liste des termes médicaux compris par le grand public, utile pour rédiger de tels documents. Le score de lisibilité utilisé n'évalue ni la logique, ni l'adéquation entre le contenu du texte et sa cible, ni la lisibilité graphique. Plus le nombre de pathologies traitées est important, plus il est difficile d'impliquer les patients dès le départ, faute de moyens humains. C'est en se basant sur ce constat que le Docteur Sustersic a proposé aux médecins généralistes une méthode pour élaborer eux-mêmes des fiches destinées aux patients. Il serait souhaitable que les documents, destinés à être utilisés en médecine générale, viennent d'une initiative locale d'un ou de plusieurs médecins, que les informations délivrées fassent l'objet d'un consensus professionnel tout en exposant bien l'absence de preuve formelle, et que les compétences d'un infographiste et d'un groupe de relecteurs soient demandées.

Il existe depuis les années 1980, de nombreux documents destinés au patient à remettre par les médecins en consultation, mais peu semblent satisfaisants. Aux Etats-Unis, on constate une amélioration de la qualité des documents entre 2004 à 2012, mais la lisibilité pour un adulte moyen reste encore mauvaise (32). L'étude « INDIC-MG » (33) a fait, en 2012, un inventaire national et une évaluation des documents destinés aux patients produits par les départements universitaires français de médecine générale et il a été trouvé peu de documents informatifs de bonne qualité, selon les critères de la HAS. Un inventaire des fiches existantes, produites par 59 sociétés savantes, a été fait en 2000 par l'ANAES (29). Dans 70 % des cas, les sociétés savantes considèrent qu'il est nécessaire d'établir des documents d'information destinés aux patients et sont demandeuses de conseils pour se faire et, dans 52 % des cas, ces fiches sont déjà rédigées ou en cours de rédaction. Suite à l'étude « EDIMAP » (34), 120 fiches sur les

motifs les plus fréquents en médecine générale ont été diffusées et sont actuellement sur le site des médecins généralistes francophones de Belgique, la SSMG. Outre les documents jugés mal faits, les médecins interrogés mettent en évidence d'autres obstacles à cette pratique. Ils évoquent le manque de temps, la carence en documents adaptés aux patients analphabètes, ne parlant pas français ou ayant un degré de littéracie médicale limité, et les obstacles techniques comme les difficultés de tri, d'accessibilité et de stockage. L'accès n'est en effet pas toujours simple. Il n'a pas été trouvé, par exemple, de rubrique où sont regroupées les fiches sur les sites de médecine générale comme la SFMG ou le CNGE. Le site du CLGE possède actuellement trois fiches destinées au patient (issues de deux thèses et d'une étude du DMG) qui sont dans la rubrique « Recherche ». Les sociétés ou collèges de spécialités publient des documents mais sur des thèmes parfois loin des pathologies de médecine générale comme, par exemple, le CNGOF dont les fiches-patients portent sur des gestes médicaux et chirurgicaux uniquement. Certains sites sont l'initiative de médecins généralistes exerçant en libéral comme par exemple comme « Antisèches de consultation » qui a une rubrique « Info-patients » où l'on trouve des fiches de différentes sources. Les médecins de notre étude étaient souvent tentés de choisir les documents issus des laboratoires car les trouvaient bien faits, et parce que l'offre est grande. Mais tous insistaient sur le souci d'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Plus de la moitié des médecins interviewés étaient abonnés à la revue « Prescrire », qui est autofinancée, et publie actuellement 229 fiches à destination du patient, téléchargeables sur leur site.

Il y a donc une difficulté à obtenir des documents destinés aux patients utilisables par le médecin généraliste, à la fois validés scientifiquement, précisant les références utilisées, lisibles, attractifs et testés par les patients. Le médecin a du mal à se les approprier, ils sont souvent non validés, peu accessibles aux patients et difficiles à stocker (35, 36).

## **2. Nécessité de s'approprier l'information et de l'adapter au cas par cas**

Les médecins de notre étude mettent en avant le besoin de s'approprier l'information qu'ils délivrent. C'est pour cela que l'on peut observer dans leur pratique courante deux modes de transmission de l'information. Le premier est un mode de communication spontané, qui consiste à écrire un texte court tout en interagissant avec le patient, délivré au même titre qu'une prescription à respecter. Cela se prête facilement à des pathologies aiguës, simples et bénignes

ou des conseils généraux de prévention. Cette façon de procéder permet de personnaliser l'information transmise et dans ce cas, une fiche déjà rédigée par un organisme et non modifiable peut être perçue comme une intrusion dans la relation médecin-patient par un tiers. Le médecin guide aussi le patient vers la bonne information, en lui transmettant des noms de sites Internet. Le deuxième mode de délivrance est basé sur l'utilisation de fiches déjà rédigées. C'est le cas de fiches bien connues, soit faites par les médecins eux-mêmes, souvent dans le cadre d'un groupe de travail comme un pôle de santé ou un DMG universitaire, soit de sources extérieures de confiance, faciles et rapides à lire. Les fiches-patients que les médecins de notre étude se sont appropriés sont celles de la revue « Prescrire », lues dans le cadre de l'autoformation, et des fiches ayant un format pratique et une information synthétique comme la carte de poche sur l'oubli de pilule, le tableau sur la diversification alimentaire du carnet de santé et les dix règles d'or du sportif. Les fiches déjà rédigées semblent être plus utilisées quand le médecin veut apporter une justification à son propos en s'appuyant, cette fois, sur une source extérieure. Le médecin les utilise donc pour aborder des thèmes plus complexes comme une maladie chronique en échec thérapeutique, et des sujets à polémique tel que le PSA ou la vaccination.

L'art de la personnalisation de l'information implique d'avoir une bonne connaissance de son patient. C'est ce que soulignent les médecins les plus âgés de l'étude, ils connaissent bien le profil psychologique et le mode de vie de leurs patients. Ainsi la tâche de délivrer une information personnalisée leur paraît plus simple. Cependant, pour certaines populations de patients, les médecins interrogés disent ne pas pouvoir fournir de documents adaptés ou les jugent inutiles. Ils ont souvent recours dans ce cas aux documents à leur disposition et demandent l'aide d'un accompagnant qui pourra les lire ou les traduire. Il a été montré que des informations écrites adaptées peuvent être efficaces aussi chez les adultes ayant un faible niveau d'éducation ou d'alphabétisation. Cette population est moins bien informée au sujet de sa santé, a plus de mal à comprendre les consignes médicales et est également plus susceptible d'être hospitalisée (37). Par exemple, les femmes ayant un degré de littéracie en santé inférieur ont tendance à se faire moins dépister et à avoir plus de cancer du col utérin (38). Ce serait donc pour les catégories de patients les plus défavorisés qu'il y aurait le plus grand gain à remettre une information écrite. Les fiches testées dans l'étude « EDIMAP » retrouvent des scores de compréhension élevés et homogènes d'une fiche à l'autre quel que soit le niveau d'études, elles sont donc adaptées à un large panel de patients.

### 3. Des intérêts pourtant démontrés et perçus

La majorité des médecins interrogés n'avait pas connaissance des multiples études démontrant l'utilité de la remise de documents écrits. Certains doutaient de la fiabilité de ces études ou n'étaient pas convaincus de l'utilité de cette pratique. Les médecins perçoivent pourtant de nombreux intérêts pour le patient et pour le médecin lui-même. Ils ont des retours positifs des patients sur l'information écrite, elle leur sert d'outil d'aide à la mémorisation et à l'autogestion, favorise la compréhension et augmente le niveau de littéracie en santé des patients. Pour le médecin, cela peut être un outil pédagogique intéressant, peut participer à son autoformation et l'aider dans la gestion de son travail. Sur un sondage de 400 médecins (sur une population de médecins généralistes, pédiatres et gynécologues), 94% pensent que les brochures d'information facilitent le dialogue, 86% qu'elles permettent d'aborder plus facilement certains sujets délicats et 81 % qu'elles favorisent le dépistage (39). Une revue de la littérature a retrouvé quatorze articles dont quatre méta-analyses (de 1989 à 2013) décrivant l'impact positif de la remise d'information écrite en consultation sur les connaissances, attitudes et comportements des patients (3). La lombalgie est le thème qui y est le plus souvent abordé. La simple consultation d'une fiche mise à disposition dans la salle d'attente a un impact moins important que la délivrance de documents informatifs par le médecin, dans le prolongement de ce qui a été abordé pendant la consultation (35). Concernant la présentation, la forme dactylographiée (contre numérique) a plus d'impact sur la prise de décision (40). Une méta-analyse américaine montre que c'est le fait d'accompagner la remise du document par des conseils « avisés » qui améliore les connaissances, d'autant plus si elles sont faibles au départ, et engendre de meilleures attitudes et une meilleure compliance (41). L'étude EDIMAP (34), en 2010, a testé l'impact sur les patients de fiches élaborées en se basant sur une nouvelle méthodologie (31). L'étude de six de ces fiches sur 259 patients de médecine générale a montré que la demande en FIP était forte, les patients étaient satisfaits, qu'ils les trouvaient utiles et en avaient une bonne compréhension. La plupart des patients ont conservé la FIP, en ont parlé à leur entourage. L'utilité a été montrée aussi pour les pathologies chroniques, notamment au début de la prise en charge médicale. La majorité des patients avaient un sentiment d'efficacité personnelle majoré. L'effet est ressenti sur le comportement des patients face à leur pathologie, par exemple concernant l'angine ou la gastroentérite aiguë, mais aussi sur celui de leurs proches (42). Il a été montré, dans une étude scandinave, que la délivrance de livrets d'information sur la prévention et les auto-soins augmente la capacité à gérer seul un problème de santé (57% versus 13%) et diminue le besoin de contacter le cabinet par téléphone (43). Une méta-analyse

sur le choix éclairé des patients, candidats à un programme de dépistage, montre une amélioration des connaissances sur le dépistage du cancer de la prostate dans cinq études sur sept (44). Un des aspects non évoqué par les médecins de notre étude est l'intérêt en matière d'économies de santé. Le fait de remettre une fiche d'information, notamment pour des pathologies pouvant se traiter en automédication, peut être une alternative à une prescription médicamenteuse et est souvent plus approprié (45). Donner une information écrite réduit donc le nombre de prescriptions et le taux de re-consultation pour ces pathologies souvent récurrentes. En France, l'automédication est sous-développée et les médecins ont tendance à prescrire plus de médicaments que leurs homologues européens, d'autant plus pour des patients réguliers ainsi qu'aux femmes et aux personnes âgées (46,47). Il serait donc intéressant d'amener les médecins à substituer une ordonnance par un document informatif.

#### **4. Ambivalence des médecins et différences de pratiques**

Une étude qualitative australienne en 2013 (48) avait trouvé des résultats similaires à ceux de notre étude, mais au sujet d'un type particulier de documents qui décrivent les effets secondaires, risques et avantages des médicaments. Il a été retrouvé la même ambivalence des médecins qui délivrent peu de documents mais ont une bonne connaissance des bénéfices apportés aux patients. Le caractère anxiogène pour le patient était l'obstacle le plus mis en avant dans cette étude. Certains praticiens ont en effet une certaine réticence à informer leurs patients, de peur de les effrayer inutilement. Pour faciliter leur mission de prévention, 78,5 % des médecins aimeraient disposer de supports d'information écrits adaptés (49). Le nombre élevé de documents disponibles en libre accès peut aussi diminuer la perception des médecins sur la nécessité d'informer par écrit en consultation, par exemple sur les programmes de dépistage des cancers (38).

Les pratiques de délivrance d'information écrite semblent varier en fonction du mode d'exercice de la médecine. Les médecins, faisant partie d'un groupe (centre de santé, groupe de FMC, groupe de pairs, département universitaire) ou exerçant dans un autre lieu en parallèle comme le centre de planification, semblent avoir connaissance d'un plus grand nombre de documents et en remettre plus. Les pratiques divergent en fonction des différences de points de vue également. Nous avons constaté que certains médecins décrivaient des facteurs comme favorisant la délivrance d'information écrite alors que d'autres percevaient les mêmes facteurs comme des obstacles. C'est ce que nous observons, par exemple, pour le facteur-temps et

l'anxiété générée. Pour certains, délivrer un document écrit est un gain de temps car diminue le nombre d'interruptions et de consultations ultérieures alors que pour d'autres, c'est une perte de temps car oblige aux étapes de lecture, d'appropriation et de temps explicatif. Certains médecins jugent que cette pratique est anxiogène pour le patient, alors que d'autres le font, au contraire, à des fins anxiolytiques.

## 5. Propositions

En s'inspirant des idées évoquées par les médecins interviewés, on pourrait imaginer la création d'une banque de données unique à l'échelle nationale que les médecins généralistes pourraient utiliser dans leur pratique courante. Cette idée avait déjà été évoquée dans l'étude INDIC-MG (33), en 2012, qui proposait la création d'une banque de documents validés, librement accessibles en ligne sur un site Internet tel que le CNMG, mais ce projet n'a pas encore vu le jour. Un comité éditorial pourrait être chargé d'évaluer les documents, avant leur publication sur le site, en suivant par exemple les recommandations d'élaboration adaptées à la médecine générale proposées par le Dr Sustersic. Il serait aussi souhaitable d'avoir à disposition des documents d'information dans les principales langues étrangères parlées en France ainsi que des supports adaptés aux personnes malvoyantes, ou aux personnes souffrant de troubles envahissants du développement (1). On pourrait s'inspirer, par exemple, des brochures remises dans des centres tels que le centre de planification et la PMI.

Compte tenu de l'utilisation quasiment généralisée des logiciels de gestion des dossiers-patients et des remarques issues de notre étude, il serait intéressant de pouvoir intégrer des fiches personnalisables au logiciel du praticien. Cela faciliterait l'accès et l'utilisation des documents informatifs. L'option indispensable serait la modification en saisie libre du document pour le personnaliser. La nouvelle version de certification des logiciels de prescription, établie en septembre 2016 par la HAS, rend obligatoire l'intégration d'un outil d'aide à la stratégie thérapeutique. On pourrait donc imaginer que la HAS ajoute à ce module une banque de documents écrits destinés aux patients, en s'inspirant du modèle anglais. En effet, au Royaume-Uni, la NHS avait donné l'obligation aux éditeurs de logiciels de prescription d'intégrer un module d'aide à la décision appelé « Prodigy » (50), ce dernier proposait des directives cliniques reliées à une base de données de 240 brochures destinées aux patients. Une fiche était accessible rapidement et pouvait être personnalisée et imprimée pendant la consultation. L'idée était de pouvoir « prescrire » des brochures à la place d'une

prescription médicamenteuse (45,51). A l'heure actuelle, en France, les technologies de l'informatique médicale sont en expansion et la HAS encourage le développement de modules d'aide à la prescription, mais les médecins semblent encore réticents à les utiliser. En 2006, seulement 20% des médecins avaient un système de ce type et 10% en utilisaient les fonctions (52). Une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes permettrait d'évaluer l'acceptabilité de ces nouvelles pratiques.

Il serait intéressant d'étudier l'impact sur les patients de la communication écrite « interactive » pratiquée par les médecins, probablement tout aussi bénéfique que les fiches. Est-ce qu'une augmentation du temps de consultation et une meilleure qualité de l'information, comme proposées, pousseraient les médecins à délivrer plus de documents informatifs ? Ce problème relève de l'organisation du système de santé. On pourrait également sensibiliser les enseignants de médecine générale à la remise d'information écrite en consultation, et qu'ils soient avant tout convaincus de son utilité.

## V. CONCLUSIONS

Les intérêts pour le patient à recevoir des documents écrits de son médecin généraliste sont multiples et ont été démontrés dans la littérature. Les patients sont demandeurs de documents écrits, les lisent et les utilisent. L'information écrite est un complément essentiel à l'information orale dispensée par le médecin. Elle améliore la qualité des soins, est un outil éducatif et d'aide à la décision, favorise l'autogestion et permet de diminuer le nombre de consultations répétitives. Pourtant les médecins semblent en remettre peu. Cette étude vise à connaître les opinions et les comportements de médecins généralistes français concernant la délivrance d'information écrite en consultation.

Au travers des quatorze entretiens individuels, les médecins généralistes ont décrit une utilisation courante d'information écrite sous forme d'annotations ou issue d'une fiche que le médecin a lui-même rédigé, pour adapter la délivrance à chaque patient selon sa capacité de compréhension, son niveau socio-culturel et son profil psychologique. Les thèmes les plus fréquemment abordés étaient des conseils de bon sens, d'hygiène de vie et de surveillance concernant des situations courantes bénignes de pédiatrie, gynécologie ou diététique mais aussi des sujets à controverse. Les documents étaient issus de recherche sur Internet ou étaient recommandés par des confrères. Le patient pouvait être un relais pour transmettre à sa famille et aux aidants à domicile le document qu'il avait reçu de son médecin. Un document de qualité était décrit comme ayant une base scientifique de confiance et indépendante des laboratoires pharmaceutiques. La présentation devait être attrayante, pratique et le contenu compréhensible, non anxiogène et issu des questions des patients. Les médecins ont insisté sur l'importance de bien s'approprier le contenu de l'information, les fiches déjà rédigées pouvant être perçues comme une intrusion dans la relation médecin-patient. Il apparaissait donc plus simple d'utiliser des documents rédigés par soi-même, seul ou en groupe, et des fiches bien connues comme celles de la revue « Prescrire » ou celles au format carte de poche de l'INPES. Les médecins comprenaient les intérêts de l'information écrite mais déclaraient utiliser peu les documents déjà existants, avoir des difficultés à élaborer ce type d'écrit et ne pas connaître les recommandations sur le sujet. Les obstacles à la délivrance de ces documents étaient : un manque de temps, une carence de documents jugés bien faits ou adaptés à certaines populations de patients, des difficultés techniques dans l'accès, le tri et le stockage de l'information, et une méconnaissance des réels bénéfices. Des stratégies d'amélioration ont été proposées

comprenant l'augmentation du temps de consultation et de travail en groupe, une mutualisation des fiches existantes et une facilité d'accès à l'information via le logiciel de prescription.

Malgré les efforts déployés ces dernières années pour améliorer la qualité de ces documents et les recommandations pour encadrer cette pratique, les médecins utilisent peu les documents existants et ne sont pas toujours convaincus de leur efficacité, même s'ils en perçoivent les intérêts. La dernière recommandation de la HAS sur la méthodologie d'élaboration d'une brochure d'information, rappelle la nécessité d'avoir un contenu clinique validé par les pairs, basé sur des connaissances scientifiques, évalué et testé par les patients avec un score objectif de lisibilité. Les médecins interrogés décrivent les mêmes critères de qualité du document « idéal » mais en pratique, ils souhaitent une information plus modulable et adaptée à la médecine générale. Notre étude montre que les médecins préfèrent un mode de communication écrite plus spontané qui consiste à écrire un texte court, tout en interagissant avec le patient, délivré au même titre qu'une prescription à respecter. Il serait intéressant d'étudier l'impact de ce type d'information sur les patients, probablement tout aussi bénéfique. Le choix de documents déjà rédigés, de sources de confiance, semble réservé aux situations où le médecin doit donner du poids à son propos ou le justifier. Au même titre qu'une prescription, adapter l'information écrite à chaque patient est primordial. En s'inspirant des idées évoquées par les médecins interviewés, on pourrait imaginer la création d'une banque de documents unique, à l'échelle nationale, qui serait intégrée au logiciel de prescription, ce qui permettrait aux médecins généralistes d'avoir un accès facile à des fiches modifiables. Cette étude de terrain a pour ambition d'interpeller les médecins sur l'utilité de cette pratique et de la faire évoluer.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Recommandation de bonne pratique. 2012.
2. Kitching JB. Patient information leaflets-the state of the art. *J R Soc Med*. 1990;83(5):298-300.
3. Isaac-Mandil A. Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur les connaissances, attitudes et comportements des patients : une revue de littérature. Thèse, Faculté de médecine de Grenoble. 2014.
4. Kenny T, Wilson RG, Purves IN, et al. A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. *Family Practice*. 1998;15:471-479.
5. Shank JC, Murphy M, Schulte-Mowry L. Patient preferences regarding educational pamphlets in the family practice center. *Fam Med*. 1991;23(6):429-32.
6. Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, et al. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. *BMJ*. 1998;316(7149):1948-52.
7. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Library*. 2008.
8. St-Amour M, Guay M, Perron L, et al. Are vaccination information leaflets useful for vaccinators and parents? *Vaccine*. 2006;24(14):2491-6.
9. Oestreicher-Bous L. Impact d'une information écrite sur la modification de l'acceptabilité maternelle du vaccin anti-papillomavirus humain. Thèse, Faculté de médecine de Strasbourg. 2009.
10. Vannice KS, Salmon DA, Shui I, et al. Attitudes and beliefs of parents concerned about vaccines: impact of timing of immunization information. *Pediatrics*. 2011;127 Suppl 1:S120-126.
11. Mimura A, Sudo N, Kato N. Educational effects of a single distribution of a leaflet on alcohol and pregnancy among female university students. *Nihon Koshu Eisei Zasshi (Japanese Journal of Public Health)*. 2010;57:431-8.
12. Bucker B, Butzlaff M, Isfort J, et al. Effect of written patient information on knowledge and function of patients with acute uncomplicated back pain (PIK Study). *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentlichen Gesundheitsdienstes Ger*. 2010;72(12):e78-88.
13. Roberts L, Little P, Chapman J, et al. The Back Home Trial: General practitioner-supported leaflets may change back pain behavior. *Spine*. 2002;27(17):1821-8.

14. Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, et al. Effect of a simple information booklet on pain persistence after an acute episode of low back pain: a non-randomized trial in a primary care setting. *Plos One*. 2007;2(8):e706.
15. Cortes-Bordoy J, Vidart JA, Coll-Capdevila C, et al. Usefulness of an educational leaflet to modify sexual risk behavior in women with external genital warts. *Eur J Dermatology*. 2010;20:339-44.
16. Vilata JJ, Badia X. Effectiveness of an educational leaflet on the prevention of external genital warts recurrences. *Int J STD AIDS*. 2005;16:784-8.
17. Beresford SA, Curry SJ, Kristal AR, et al. A dietary intervention in primary care practice: the Eating Patterns Study. *Am J Public Health*. 1997;87(4):610-6.
18. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull*. 1997;23(4):637-51.
19. Collings CH, Pike LC, Binder AI, et al. Value of written health information in the general practice setting. *Br J Gen Pract*. 1991;352:466-467.
20. Roland M, Dixon M. Randomized controlled trial of an educational booklet for patients presenting with back pain in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1989;39(323):244-6.
21. Little P, Rumsby K, Kelly J, et al. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(24):3029-35.
22. Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, et al. Impact of Information Leaflets on Behavior of Patients with Gastroenteritis or Tonsillitis: A Cluster Randomized Trial in French Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2012;28(1):25-31.
23. Francis NA, Butler CC, Hood K, Simpson S, et al. Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2009;339:b2885.
24. Bont E, Alink M, Falkenberg FCJ, et al. Patient information leaflets to reduce antibiotic use and reconsultation rates in general practice: a systematic review. *BMJ*. 2015;5(6):e007612.
25. Bishop P, Kirwan J, Windsor K. The ARC Patient literature Evaluation Project. The Arthritis and Rheumatism Council (UK). 1996.
26. Légaré F, Ratté S, Stacey D, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(5):CD006732.
27. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD001431.
28. HAS. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé-Guide méthodologique. 2008.

29. ANAES. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. 2000.
30. INPES. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. Référentiel de bonnes pratiques. 2005.
31. Sustersic M, Meneau A, Dremont R, et al. Élaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale : Proposition d'une méthodologie. *Rev Prat*. 2008;58(19):17-24.
32. Schoof M, Wallace L. Readability of American Academy of Family Physicians Patient Education Materials. *FamilyMedicine*. 2014;46(4):291.
33. Antoine A, Létrilliart L. Inventaire et évaluation des documents écrits d'information destinés aux patients produits par les départements universitaires de médecine générale. *Exercer*. 2012;103:148-56.
34. Sustersic M., Voorhoeve M., Menuret H, et al. Fiches d'information pour les patients: quel intérêt? L'étude EDIMAP. *Rev Médecine Générale*. 2010;276:332.
35. Sustersic M, Meneau A. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. Thèse, Faculté de médecine de Grenoble. 2007.
36. Sustersic M, Meneau A, Drémont R. Fiches d'information patient: quelle méthodologie? *Revue du praticien*. 2007;21:700.
37. Smith SK, Trevena L, Simpson JM, et al. A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low education: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;341:c5370.
38. Williams JH, Carter SM, Rychetnik L. Information provision in cervical screening in Australia. *Med J Aust*. 2014;201(5):295-7.
39. IDS France. Médecins/pharmaciens et l'information santé. Taylor Nelson Sofres. 2003;49.
40. Nicolson DJ, Knapp P, Raynor DK, et al. Written information about individual medicines for consumers. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2009;(2).
41. Henrotin YE, Cedraschi C, Duplan B, et al. Information and low back pain management: a systematic review. *Spine*. 2006;31(11):E326-334.
42. Jeannet E, Cozon-Rein L. Évaluation de l'impact de Fiches d'Information Patient (FIP) sur le comportement des patients face à des pathologies courantes en médecine générale étude rando : mise et contrôlée. Thèse, Faculté de médecine de Grenoble. 2011.
43. Platts A, Mitton R, Boniface D, et al. Can self-care health books affect amount of contact with the primary health care team? *Scand J Prim Health Care*. 2005;23(3):142-8.
44. Fox R. Informed choice in screening programmes: do leaflets help? A critical literature review. *J Public Health Oxf Engl*. 2006;28(4):309-17.

45. Kenny T, Wilson R, Purves IN. Prescribing patient information leaflets may be better than prescribing drugs. *BMJ*. 1998;317(7150):80.
46. Amalric F, Looock J. Caractériser le « modèle français de prescription ». Une évaluation critique des indicateurs utilisés. *IMS Health*. 2008.
47. DREES. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. 2005;440.
48. Hamrosi KK, Raynor DK, Aslani P. Pharmacist and general practitioner ambivalence about providing written medicine information to patients. A qualitative study. *Res Soc Adm Pharm*. 2013;9(5):517-30.
49. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. *Adsp*. 2011;77.
50. Bras PL, Ricordeau P, Roussille B. L'information des médecins généralistes sur le médicament. *Inspection générale des affaires sociales*. Sept 2007;136P.
51. Renaud-Salis JP, Lagouarde P, Darmoni S. Etude des systèmes d'aide à la décision médicale. *Cegedim-Activ*, commandité par la HAS. 2010.
52. Moreno M. Développement des systèmes d'aide à la décision dans les cabinets de médecine générale en France. Thèse, Faculté de Nancy. 2015.

## VII. ANNEXES

### A. Annexe 1 : Guide d'entretien évolutif et fiche des caractéristiques des médecins interrogés

#### 1. Canevas d'entretien initial (mémoire octobre 2014)

Bonjour, je suis interne en médecine générale à l'Université Lyon-Est, et je réalise un travail de recherche dans le cadre d'un stage chez le praticien. Je réalise une étude sur la communication médecin-patient et notamment la transmission écrite de documents d'information. Cet entretien est confidentiel et enregistré avec votre accord, ceci afin de rester fidèle à vos propos.

- 1) Selon vous, quel est l'intérêt de remettre une fiche d'information au cours d'une consultation ?
- 2) Pour quels types de pathologies ou sur quel thème estimez-vous que ces fiches seraient les plus utiles ? Et pour quel type de patient ?
- 3) Pensez-vous que les fiches peuvent remplacer, au moins partiellement, une information orale ?
- 4) Combien estimez-vous délivrer de document écrit d'information aux patients par jour, par semaine ou par mois ?
- 5) Trouvez-vous facilement des documents d'information à remettre aux patients ? Et, pour vous, quel est le problème le plus important d'accès à ces documents (reçus par courrier ou trouvés sur Internet) ?
- 6) Que reprochez-vous aux fiches actuelles que vous possédez et que vous ne distribuez que rarement/fréquemment aux patients ?
- 7) Que pensez-vous de la qualité de ces fiches ? Pensez-vous qu'une meilleure connaissance et évaluation de ces documents pourraient en augmenter l'utilisation ?
- 8) Savez-vous sur quels critères et selon quelles recommandations devraient être faits ces documents ? La méthodologie HAS est ici exposée.
- 9) Qu'en pensez-vous ?

10) Pour finir, je me permets de vous demander : votre âge, votre année d'installation, la localisation du cabinet, combien de consultations faites-vous par jour environ, combien de temps prenez-vous par consultation ?

## 2. Canevas d'entretien modifié (à partir de l'entretien 4)

Bonjour, je m'appelle Axelle Dupré-Lailler et je suis médecin généraliste remplaçante. Je vous remercie de votre participation à cette étude. Au cours de l'entretien, nous allons aborder le thème de la délivrance d'information écrite en consultation de médecine générale. Cet entretien est confidentiel et enregistré avec votre accord, ceci afin de rester fidèle à vos propos.

### ➤ Ouverture

Quel moyen utilisez-vous pour délivrer des informations à vos patients ? Délivrez-vous des FIP ? Si oui à quelle fréquence en moyenne ?

Donnez-moi un exemple d'une consultation où vous avez remis une FIP. C'était quand, quel patient et quel type de problème de santé, votre raisonnement de prise de décision pour remettre ce document à ce patient en particulier, à quel moment de la consultation, discours qui a accompagné la remise du document, réponses aux questions du patient.

### ➤ Corps du canevas :

#### 1) Pourquoi ? (intérêts pour les patients/pour le médecin)

- Avez-vous le sentiment d'une réelle utilité de la délivrance de FIP en consultation ?
- Pour quelles raisons décidez-vous d'en remettre au patient/ de ne pas en remettre au patient ?
- Quel est, selon vous, le bénéfice pour le patient qui reçoit une information écrite ? Est-ce que vous avez pu constater un changement de comportement chez les patients.
- Les patients sont-ils, selon vous, demandeurs de ce type d'information ?
- Dans votre pratique personnelle, par quel(s) moyen(s) avez-vous pu déjà tester leur efficacité ? (retour des patients, évaluation de la satisfaction des personnes, ...)
- Avez-vous connaissance de l'utilité avérée des FIP ?
- Quel en est l'intérêt pour vous en tant que médecin ?

- Comment définiriez-vous l'effet sur la relation médecin/patient ?

## 2) **Comment ? (modalités de la délivrance des FIP)**

- Quelle est votre gestion du temps pour délivrer une FIP ? A quel moment de la consultation et combien de temps y est consacré ? (choix du moment opportun)
- Quel est le contenu du discours qui accompagne la remise du document ?
- Quelle place occupe l'information orale ?
- Y a-t-il une traçabilité de l'information (dans le dossier médical) ?
- Est-ce que vous jugez bon de reconvoquer ou d'aborder de nouveau le sujet à la prochaine consultation, après lecture à domicile ?
- Comment se déroule l'entretien en présence d'un accompagnant ? (personne de confiance, parents, rôle de l'aidant à domicile ou conjoint, ...)

## 3) **Pour qui ? Sur quoi ? (choix du type de patient et du sujet des FIP)**

### **Quel patient :**

- Pour quel type de patient destinez-vous ces documents ?  
Est-ce que le degré d'alphabétisation, ou le niveau d'étude a de l'importance pour le choix ?
- Quel critère (parmi ceux cités précédemment) prime, selon vous, pour la prise de décision du choix du patient à qui vous allez délivrer une FIP ?

### **Quel sujet :**

- Sur quoi portent les FIP que vous estimez utiles ? Quelle est la nature de l'information contenue dans ces documents ?
- Les utilisez-vous plus souvent pour des pathologies chroniques ou aiguës ?
- A quel moment de l'évolution d'une pathologie choisissez-vous de donner ce type de document ?

## 4) **Choix et validité des FIP**

### **Choix/critères de qualité :**

- Trouvez-vous facilement des FIP ?
- Pouvez-vous me citer des FIP que vous jugez bien faites ? Mal faites ?
- En avez-vous déjà discuté avec un confrère ? (du choix des FIP)
- Sous quelle forme choisissez-vous ces documents à remettre ?
- Quels sont les critères de choix d'une FIP ? Comment vous représentez-vous la FIP idéale ?

**Accès :**

- Par quel biais avez-vous pris connaissance de l'existence de ces documents ?
- Par quel moyen avez-vous accès à ces documents ?
- Trouvez-vous cet accès facile ?

**Validation/critères de qualité :**

- En quelles sources avez-vous confiance ? Connaissez-vous des médecins ou groupes de médecins qui ont réalisé leur propre FIP ?
- Comment évaluez-vous la qualité de l'information contenue dans ces documents ?
- A quelle fréquence remettez-vous à jour ces documents, et regardez-vous la date du document choisi ?
- Connaissez-vous les recommandations professionnelles sur l'élaboration des FIP (sur le contenu et qualité de l'information) ? Selon vous, les FIP doivent-elles se baser uniquement sur ces recommandations ?

**➤ Fin de l'entretien :**

Pour finir, je vais vous poser quelques questions sur vous : votre âge, le lieu de vos études, votre situation personnelle (marié, en couple, enfants), votre mode d'exercice (cabinet libéral/salariat), votre date d'installation, votre mode de fonctionnement, le nombre de consultations par jour et nombre de jours travaillés par semaine, la durée moyenne d'une consultation, le nom de votre logiciel de prescription.

Y a-t'il des aspects que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?

Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien. Je vous tiendrai informer des résultats de cette étude si vous le souhaitez.

**3. Canevas d'entretien final (à partir de l'entretien 6)****➤ Ouverture**

- Pour commencer, pouvez-vous vous présentez svp ?
- De manière générale, quels moyens utilisez-vous pour délivrer des informations à vos patients ? Quels documents écrits remettez-vous dans votre pratique quotidienne ? Pour chaque document, citez-moi le titre, la source et sous quelle forme vous le donnez.

Préciser le type de document remis (fiche/conseils écrits sur l'ordonnance/nom d'un site Internet/carnet de santé, ...)

- A quelle fréquence en moyenne remettez-vous des documents écrits d'information à vos patients ?
- Tout d'abord, je vais vous demander de me raconter la dernière consultation où vous avez remis un document écrit. Questions si besoin : C'était quand ? Quel était le type de document et le sujet abordé ? Quelles étaient les caractéristiques du patient ? Age, sexe, profession ? Quel moment de la consultation avez-vous choisi pour le faire ? Quel a été votre raisonnement de prise de décision pour remettre ce document à ce patient en particulier ? Quel discours a accompagné la remise du document ?

### ➤ **Corps du canevas**

#### 1) **Pourquoi ? : Intérêts pour les patients/pour le médecin**

- Quelles sont, pour vous, les intérêts de cette pratique ? (Les bénéfiques/but recherché) C'est-à-dire l'utilité pour le patient qui reçoit l'information mais aussi pour vous (en tant que médecin) qui remettez le document.
- Quel changement avez-vous remarqué dans la prise en charge des patients ?
- Quel est, selon vous, l'impact sur la relation médecin - patient ?
- Trouvez-vous les patients demandeurs de ce type d'information ? Quel est le retour de vos patients sur cette pratique ?
- Qu'est-ce qui influence votre choix de délivrer ou de ne pas délivrer le document ?
- Les « fiches d'informations patient » (FIP) ont une utilité avérée dans de très nombreuses études. Le saviez-vous ?

#### 2) **Pour qui ? Sur quoi ? : Choix du type de patient et des thèmes abordés**

##### **Quel patient :**

- Quelles sont les caractéristiques des patients à qui vous destinez ces documents ?
- Quelles craintes ou hésitations avez-vous avant de donner un document à un patient ?
- Avec quel type de patient rencontrez-vous le plus de difficultés de communication (à l'oral) et pourquoi ?
- Comment estimez-vous les capacités intellectuelles et le degré d'alphabétisation d'un patient en consultation ? Est-ce que le degré d'alphabétisation ou le niveau d'étude a de l'importance dans ce choix de patient ?

- Comment faites-vous si le patient parle peu ou pas français ? Comment faites-vous en présence d'un accompagnant ou d'une tierce personne ? (conjoint, personne de confiance, parents, aidant naturel, éducateur)

### **Quels thèmes :**

- Rappelez-moi les thèmes des documents que vous remettez habituellement et expliquez ces choix. Les jugez-vous plus utiles pour des pathologies chroniques ou aiguës ? A quel moment de l'évolution d'une pathologie choisissez-vous de donner ce type de document ?
- Plus précisément, quelle est la nature de l'information contenue dans chaque texte ?
- Quels sont les autres thèmes selon vous qu'il serait intéressant d'aborder dans un document écrit pour le patient ? Connaissez-vous un document qui traite ce sujet ? Pourquoi avez-vous choisi de ne pas le donner ?

### **3) Comment ? : Modalités de la délivrance**

- Quelle place accordez-vous à l'information orale ? Quel discours accompagne la remise du document ? Pouvez-vous me donner un exemple.
- Quel est le moment opportun pour donner ce document ? Combien de temps consacrez-vous à ce moment ?
- Y a-t'il une traçabilité de cette information dans le dossier médical ? Si oui, sous quelle forme ?
- Comment gérez-vous les questions du patient au sujet du document remis ? (en direct, à la prochaine consultation après lecture à domicile)

### **4) Sources, accès et validité de l'information**

#### **Sources et accès :**

- Rappelez-moi les sources des documents que vous avez choisis et expliquez ces choix. En quelles sources d'information avez-vous confiance et pourquoi ?
- Comment avez-vous pris connaissance de l'existence de ces documents ? En avez-vous déjà discuté avec un confrère ? Connaissez-vous des médecins ou des groupes de médecins qui ont réalisé leurs propres fiches ?
- Quelles sont les difficultés ou obstacles que vous avez rencontrés pour accéder à ces documents ?

**Critères de qualité et validité :**

- Citez-moi des fiches issues de sources que vous jugez fiables mais que vous ne donnez pas au patient. Pour quelles raisons ? Pouvez-vous me citer des documents écrits d'information que vous jugez mal faits ? Pour quelles raisons ?
- Quels sont les critères de qualité et de validité d'un document écrit destiné au patient, selon vous ?
- Remettez-vous à jour ou vérifiez-vous la mise à jour de ces documents ? Si oui à quelle fréquence ?
- Il existe des recommandations professionnelles (issues de l'ANAES, l'INPES et l'HAS) sur la méthodologie d'élaboration de ces documents, sur le contenu et la qualité de l'information. Il y est dit notamment, que l'information doit s'appuyer sur des données validées par la littérature médicale et être basée sur les attentes des patients. Qu'en pensez-vous ?

**➤ Fin de l'entretien**

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la délivrance de ce type de documents ? Y a-t-il des aspects que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ? Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien. Si vous le souhaitez, je vous tiendrai informée des résultats de cette étude.

## 4. Recueil des caractéristiques des participants

*Certaines réponses sont à choix multiples.*

*(\*) : Votre nom ne sera ni communiqué ni diffusé, les réponses sont anonymes*

**DATE :** ..... / ..... / .....

### IDENTITE ET SITUATION PERSONNELLE

**Nom, prénom (\*) :** Dr .....

**Age :** .....

**Sexe :**  Femme  Homme

**Adresse mail** (si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude) :

.....

**Langue(s) parlée(s) :** .....

**Situation familiale :** (cochez puis entourez la mention qui vous concerne)

Célibataire  En couple / marié(e) / pacsé(e)  Séparé (e)/divorcé(e)  Veuf(ve)

Sans enfant  Avec enfant(s) → Nombre.....

→ Sont-ils étudiants ou professionnels de santé ?

Non  Oui:

.....

### PARCOURS PROFESSIONNEL

- **Faculté où vous avez fait vos études** (externat et internat):

.....

.....

- **Lieu(x) de travail** (nom(s) et localisation)

→ **Actuel :**

.....

→ Le quartier est-il dit « défavorisé » ?  Non  Oui

→ Quelle est la catégorie socio-professionnelle prépondérante de votre patientèle ?

.....

→ **Passé(s)** : (en tant que *remplaçant* et *MG installé*)

.....  
 .....

- **Année d'installation** : ..... → C'était dans votre lieu de travail actuel ?

Non → Depuis combien de temps travaillez-vous ici ?

.....

Oui

- **Nombre d'années de pratique** (de la médecine générale) : .....

- **Formations complémentaires / autres compétences** :

.....

- **Etes-vous maître de stage ?**  Non

Oui → Depuis: .....  Externes  Internes

- **Faites-vous parti d'un groupe de pairs ou de FMC (ou autre groupe de médecins) ?**

Non

Oui

→ Le(s)quel(s)?.....

- **Etes-vous abonné(e) à une revue médicale ? Si oui, laquelle ?**

.....

### MODE D'EXERCICE

Cabinet libéral

Salariat

Secteur 1

Secteur 2

Tiers payant systématique

Seul

En groupe:

→ Nombre de collègues médecins généralistes : .....

→ Autres spécialités (médical et paramédical) :

.....

→  Cabinet libéral avec:  Collaborateurs  Associés

Centre de santé → Financé par : .....

Maison de santé pluridisciplinaire → Financée par: .....

Pôle de santé → Nom: .....

- **Recevez-vous les laboratoires ?**  Non  Oui

- **Secrétariat :**
  - Sur place
  - Plateforme téléphonique
  - Pas de secrétariat
  - Qui gère les RDV et l'administratif? .....
- **Logiciel informatique :** .....
- **Organisation du temps : (en moyenne)**
  - Durée d'une consultation : .....
  - Nombre de consultations par jour : .....
  - Nombre de jours travaillés par semaine : .....
  - Nombre de jours ou semaines de congés par an : .....
- **Patientèle :**
  - *Vous pouvez utiliser votre « RIAP » (Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions) pour remplir les chiffres ci-dessous*
  - Non (estimation moyenne)                       Oui
  - **Nombre (en pourcentage) :**
    - d'enfants (< 15 ans) : .....
    - de soins aux femmes (*suivi ou pathologie gynécologique*) : .....
    - de personnes âgées (> 65 ans) : .....
    - de patients ayant la CMU : .....
    - d'immigrés ne parlant pas ou peu français : .....

**B. Annexe 2 : Guide méthodologique de la HAS (juin 2008) :  
« Elaboration d'un document écrit d'information à  
l'intention des patients et des usagers du système de  
santé »**

**Encadré 1. Préférences des patients et des usagers pour la présentation des documents écrits.**



- ton positif, rassurant, encourageant, optimiste, constructif
- information honnête, pratique, non condescendante
- personnalisation : utilisation du « vous » plus impliquant
- vocabulaire d'usage, clair, facile à lire et à comprendre
- phrases courtes, explication des termes
- texte concis, avec une structure visible
- caractères lisibles
- édition professionnelle
- mélange équilibré du texte et des illustrations
- éléments interactifs qui favorisent la participation active : liste de questions pour préparer une consultation, possibilité d'enregistrer des informations sur les symptômes et leur évolution, espace pour des notes personnelles



- ton négatif, alarmiste, trop centré sur ce qui va mal
- information masquant les problèmes réels
- dépersonnalisation : parler des patients en général
- langage et explications compliqués, texte mal écrit
- texte trop long, termes trop techniques
- texte trop dense et non structuré
- taille trop petite des caractères
- édition d'amateur, d'apparence « bon marché »
- présentation triste, non attractive

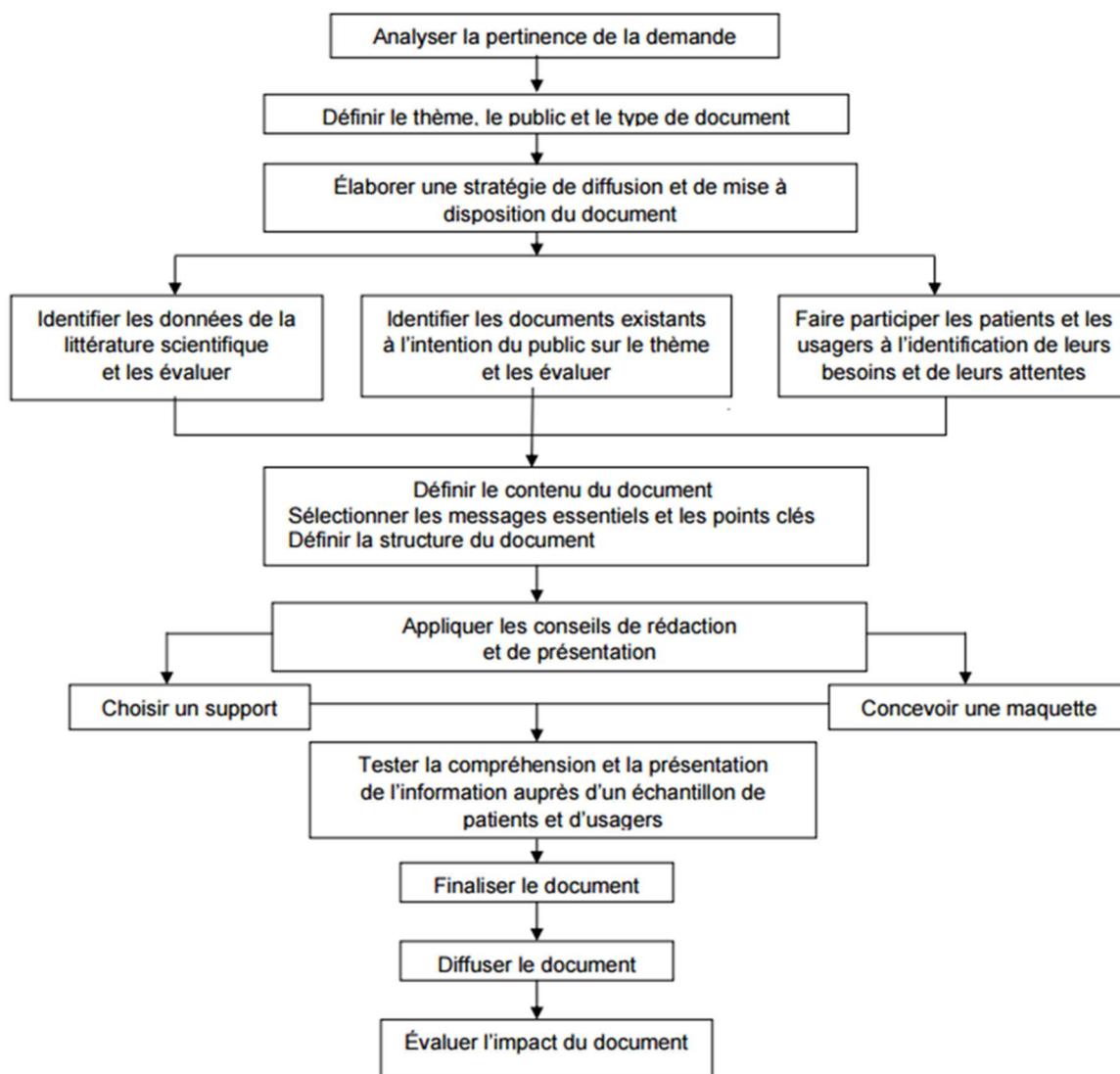


Figure 1. Étapes clés de l'élaboration d'un document écrit.

Tableau 3. Méthodes de recherche et d'évaluation des données.

Données recherchées	Méthode de recherche	Évaluation des données
<b>Données de la littérature scientifique</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les recommandations professionnelles récentes sur le thème</li> <li>ou</li> <li>Les revues de synthèse (revues systématiques)</li> <li>ou</li> <li>Les données scientifiques</li> <li>Les expériences d'élaboration et d'utilisation de documents écrits sur le thème retenu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interroger les banques de données</li> <li>Consulter les sites Internet des sociétés savantes et des associations professionnelles</li> </ul>	<p>S'il existe des recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier la qualité méthodologique de leur élaboration<sup>1</sup>, leur exhaustivité et leur actualité</li> </ul> <p>Si non,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier la qualité méthodologique des synthèses de la littérature et/ou rechercher le niveau de preuve des articles pertinents<sup>1</sup></li> </ul> <p>Si non,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Discuter de l'élaboration en amont de recommandations professionnelles<sup>2</sup> ou au minimum de la réalisation d'une revue systématique. Ces travaux doivent être disponibles, voire diffusés avant d'élaborer le document écrit d'information</li> </ul>
<b>Brochures existantes sur le thème</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les thèmes abordés et leurs limites</li> <li>La présentation des informations</li> <li>L'utilisation des illustrations</li> <li>Les contacts utiles proposés coordonnés d'associations numéros d'appel (numéros vert) liens vers des sites Internet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulter les sites Internet ou interroger les organismes et sociétés savantes qui élaborent des documents d'information concernant la santé pour le public (<i>annexe 1</i>)</li> <li>Rechercher les meilleures pratiques dans le domaine (<i>Benchmarking</i><sup>3</sup>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer leur qualité méthodologique à l'aide des critères d'évaluation du contenu et des modalités d'élaboration (<i>annexe 3</i>)</li> <li>Envisager la traduction et/ou l'adaptation d'un document écrit existant</li> </ul>
<b>Besoins et attentes des patients ou des usagers</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les besoins d'information, les préoccupations et les questions les plus fréquentes des patients ou des usagers, les représentations les plus courantes</li> <li>Leur niveau de connaissance sur le thème du document</li> <li>L'information nécessaire à donner pour prendre des décisions concernant la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interroger les banques de données et recherche manuelle de la littérature grise</li> <li>Organiser des groupes de discussion (<i>focus group</i>)<sup>4</sup> avec les patients, les usagers et leurs représentants</li> <li>Utiliser une liste des principales préoccupations et questions que se posent les patients ou les usagers au cours de l'évolution de la maladie, de la situation ou des symptômes (<i>annexe 2</i>) lors des discussions de groupe</li> <li>Recueillir l'expérience des professionnels de santé et la confronter à celle des patients, des usagers et de leur entourage (<i>focus group</i>)<sup>4</sup></li> <li>Réaliser une enquête auprès de la population cible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyser la littérature sur les besoins d'information, d'aide, d'accompagnement, sur la satisfaction</li> <li>Analyser le contenu des entretiens de groupe : l'analyse est systématique, argumentée, focalisée sur les questions clés et débouche sur des propositions pratiques</li> </ul>

<sup>1</sup> Selon le « Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations », Anaes, 2000. <sup>2</sup> Selon « Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » Anaes, 1999. <sup>3</sup> Le *benchmarking* est la recherche des meilleures pratiques qui conduisent à une performance supérieure par comparaison avec celles d'organismes reconnus afin de les adopter dans un but d'amélioration : « Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé », Anaes, 2000. <sup>4</sup> Le *focus group* est une technique qualitative d'entretiens approfondis de groupes, destinée à collecter de l'information auprès des personnes. Elle est utilisée pour obtenir des informations et non pour aplanir des différences d'opinions ou pour atteindre un consensus : « Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé », Anaes, 2000.

Critères d'évaluation de la qualité des documents écrits adaptés de Coulter *et al.* (6,16), de Charnok (24) et du Health Consumers' Council (41).

#### **Critères d'évaluation de la rigueur de l'élaboration d'un document écrit d'information**

- Implication des patients ou des usagers à toutes les étapes de l'élaboration du document
- Implication des experts de différentes disciplines
- Hiérarchisation de l'information : identification d'un message principal et de points clés
- Description précise du sujet abordé et de son importance : champs couverts (soins, investigation, thérapeutique, dépistage, etc.), ainsi que les limites du thème
- Précision et clarté des objectifs du document
- Description précise du public auquel le document est destiné
- Lien explicite entre le document d'information et les recommandations professionnelles ou les synthèses bien construites sur le plan méthodologique ou sur une synthèse de la littérature réalisée au préalable
- Description précise de la manière et du moment opportun d'utilisation du document dans une stratégie de participation du patient ou de l'utilisateur aux décisions qui le concernent
- Choix d'un support pratique, facile à actualiser et peu encombrant
- Définition précise d'une stratégie de diffusion comportant les canaux de diffusion les plus adaptés à la cible et les modalités de mise à disposition du document
- Test de la lisibilité, de la compréhension du document, de sa présentation
- Évaluation de l'utilisation du document et de la satisfaction des utilisateurs
- Planification de l'actualisation du document

#### **Critères d'évaluation du contenu d'un document écrit d'information**

- Prise en compte des attentes et des questions posées par les patients ou les usagers
- Précision et explicitation des données validées sur lesquelles se fondent les informations
- Présentation objective de l'information (non biaisée et équilibrée en particulier sur les bénéfices et les risques, les conséquences des traitements)
- Présentation des informations quantitatives sur la fréquence de la maladie ou des symptômes
- Description des bénéfices/risques et des conséquences des traitements et des soins sur la vie quotidienne et tous les aspects de la qualité de vie
- Description précise et concrète d'une conduite à tenir
- Proposition d'une liste de questions que le patient ou l'utilisateur peut poser au professionnel de santé
- Intégration d'une rubrique de sources d'information complémentaires
- Application des conseils de rédaction et de présentation d'un document écrit : être concis, simple et compréhensible, utiliser un langage et un ton appropriés, sans dramatisation ni optimisme excessif, choisir des illustrations pertinentes et adaptées
- Mention claire des rédacteurs du document, des différents secteurs d'activité avec lesquels ils sont en lien, les sources d'informations et de financement
- Mention de la date d'élaboration sur le document

Questions que se posent les patients ou les usagers à un moment ou à un autre de l'évolution de leur maladie, de leur situation ou de leurs symptômes, adaptées des travaux de Coulter *et al.* pour le NHS (6,16).

- Que m'est-il arrivé et comment peut-on expliquer mes symptômes ?
- Mon cas est-il unique ? En quoi mon expérience est-elle comparable à celle des autres ?
- Quelles sont les choses que je peux faire moi-même pour soigner mon problème de santé ?
- À quoi vont servir les examens complémentaires et autres investigations ?
- Est-il indispensable de suivre un traitement pour ce problème de santé ?
- Quelles sont les différentes options thérapeutiques ?
- Quels bénéfices attendre du traitement ?
- Quels sont les risques du traitement ?
- Le traitement soulagera-t-il mes symptômes ?
- Le traitement aura-t-il des effets sur mon psychisme et mes émotions ?
- Le traitement aura-t-il des effets sur ma vie sexuelle ?
- Le traitement empêchera-t-il d'éventuelles rechutes ?
- Comment me préparer à ce traitement ?
- En combien de temps serai-je rétabli ?
- Que me fera-t-on si je suis hospitalisé ?
- Quand pourrai-je regagner mon domicile ?
- Quelles sont les informations qui doivent être connues de ceux qui prennent soin de moi et de ceux avec qui j'exerce des activités professionnelles ou autres ?
- Que puis-je faire pour accélérer le processus de guérison ou faciliter la gestion de ma maladie ?
- Quelles sont les possibilités de rééducation ?
- Comment puis-je prévenir les rechutes ou éviter ce problème à l'avenir ?
- Où puis-je trouver plus d'information sur ce problème ou sur ces traitements ou sur la gestion de ma maladie ?

### **C. Annexe 3 : Retranscriptions des entretiens**

Vous trouverez les retranscriptions intégrales des quatorze entretiens dans le CD-Rom ci-joint.

### **D. Annexe 4 : Conclusions signées**

**DUPRE-LAILLER Axelle**

**Délivrance d'information écrite destinée au patient en consultation de médecine générale.  
Enquête qualitative sur les opinions et comportements de quatorze médecins généralistes.**

Thèse de Médecine. Lyon, UFR de Médecine Lyon-Est, 2017-N°7.

**RESUME :**

**Introduction:** L'intérêt pour le patient à recevoir des documents écrits de son médecin généraliste, au cours d'une consultation, est multiple et a été démontré dans la littérature. Pourtant les médecins semblent en remettre peu. Cette étude vise à connaître les opinions et les comportements de médecins généralistes concernant la délivrance d'information écrite.

**Matériel et méthode :** L'étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 14 médecins généralistes, âgés de 31 à 68 ans, exerçant dans différents milieux et dans trois régions. Les entretiens ont été analysés à l'aide du logiciel NVivo.

**Résultats :** Il a été décrit une utilisation courante d'information écrite sous forme d'annotations ou issue d'une fiche que le médecin a lui-même rédigée, pour s'adapter à chaque patient. Les thèmes les plus fréquents sont des conseils de bon sens, d'hygiène de vie et de surveillance concernant des situations courantes bénignes mais aussi des sujets controversés. Les documents sont issus de recherche sur internet et recommandés par des confrères. Un document de qualité est décrit comme ayant une base scientifique de confiance, indépendante des laboratoires. La présentation doit être attrayante, pratique, le contenu compréhensible, non anxiogène et issu des questions des patients. Les médecins ont insisté sur l'importance de s'approprier le contenu de l'information. Les fiches déjà rédigées pouvant être perçues comme une intrusion dans la relation médecin-patient, il apparaît donc plus simple d'utiliser des documents rédigés par soi-même et bien connus comme ceux de la revue « Prescrire » ou au format carte de poche de l'INPES. Les médecins comprennent l'intérêt de l'information écrite mais déclarent utiliser peu les documents déjà existants, avoir des difficultés à élaborer ce type d'écrit et ne pas connaître les recommandations sur le sujet. Les obstacles à la délivrance de ces documents sont un manque de temps, des difficultés à trouver des documents jugés bien faits ou adaptés à certaines populations de patients, des obstacles techniques dans l'accès, le tri, le stockage de l'information et une méconnaissance des réels bénéfices. Des propositions ont été faites comprenant l'augmentation du temps de travail en groupe, une mutualisation des fiches existantes et une facilité d'accès à l'information via le logiciel de prescription.

**Conclusion :** Les recommandations de la HAS rappellent la nécessité d'avoir un contenu clinique validé par les pairs, basé sur des connaissances scientifiques, évalué et testé par les patients avec un score objectif de lisibilité. En pratique, les médecins utilisent un mode de communication écrite plus spontané et adapté au cas par cas, au même titre qu'une prescription. Les médecins s'intéressent donc peu à la délivrance d'information écrite en consultation et ne sont pas toujours convaincus de son efficacité. Cette étude de terrain a pour ambition de faire évoluer cette pratique.

**MOTS CLÉS:** Médecine générale, Information du patient, Document écrit, Fiche d'information.

**JURY:** Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS  
Membres : Monsieur le Professeur Cyrille COLIN  
Madame le Professeur Liliane DALIGAND  
Monsieur le Docteur Yvan LEVY

**DATE DE SOUTENANCE:** 19 janvier 2017

**ADRESSE DE L'AUTEUR:** dl.axelle@gmail.com