



HAL
open science

Évaluation de l'outil IDIAS en soins primaires, dans trois cabinets de médecine générale en Aquitaine : premiers résultats et étude de faisabilité

Géraldine Gourrat

► **To cite this version:**

Géraldine Gourrat. Évaluation de l'outil IDIAS en soins primaires, dans trois cabinets de médecine générale en Aquitaine : premiers résultats et étude de faisabilité. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01214002

HAL Id: dumas-01214002

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01214002v1>

Submitted on 9 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse n° 62

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 09 juin 2015 par

Géraldine GOURRAT

Née le 02 octobre 1985 à Pau

**ÉVALUATION DE L'OUTIL IDIAS EN SOINS PRIMAIRES, DANS TROIS
CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN AQUITAINE. PREMIERS
RÉSULTATS ET ÉTUDE DE FAISABILITÉ.**

Co-directeurs de thèse

Docteur Philippe CASTERA
Madame Arlette COMMUNIER

Membres du jury

Professeur Jean-Louis DEMEAUXPrésident du jury
Docteur François PETREGNERapporteur
Professeur François DABISJuge
Docteur Philippe FAROUDJA-DEVEAUXJuge

Remerciements

Au président du Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX,

Professeur des Universités

Médecin généraliste

Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Directeur adjoint du Département de Médecine Générale de l'Université Bordeaux 2

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Soyez assuré de mon respect le plus sincère et de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury,

Monsieur le Docteur François PETREGNE,

Maître de conférences associé

Enseignant du Département de Médecine Générale de l'Université Bordeaux 2

Médecin généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon rapporteur. Vous avez contribué par vos remarques et suggestions à améliorer la qualité de ce travail, et je vous en suis très reconnaissante. Je tiens à vous exprimer mon profond respect.

Monsieur le Professeur François DABIS,

Professeur des Universités "Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention",

Université Victor Segalen Bordeaux 2

Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Je suis honorée de vous compter parmi les membres du jury. Je vous remercie de l'attention que vous avez bien voulu accorder à mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Philippe FAROUDJA-DEVEAUX,

Médecin généraliste

Philippe, merci infiniment d'avoir accepté de superviser ce travail. C'est un grand plaisir de t'avoir parmi mon jury. Reçois mes remerciements tous particuliers pour ta disponibilité en ce jour si précieux et pour ta gentillesse.

Madame Arlette COMMUNIER,

Ingénieur Education Santé

Arly, je te remercie pour ton soutien, tes précieux conseils, ta disponibilité et ton suivi. Tu m'as proposé ce sujet et travailler à tes côtés fut un véritable enrichissement. J'espère que tu trouveras dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA,

Maître de conférences associé

Enseignant du Département de Médecine Générale de l'Université Bordeaux 2

Médecin généraliste

Coordinateur médical du réseau addictions Gironde

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Je vous remercie chaleureusement pour votre suivi, vos conseils, et votre disponibilité. Veuillez croire en mes sentiments les plus respectueux.

Je remercie également tous les professionnels de santé ayant participé à notre étude, un grand merci pour votre disponibilité.

Table des matières

I- Introduction.....	15
II- Justification du sujet.....	18
2.1- La promotion de la santé.....	18
2.2- La prévention en médecine générale.....	19
2.2.1- La prévention : une des missions du médecin généraliste.....	19
2.2.2- La prévention : une réalité perçue par le médecin généraliste	20
2.2.3- La prévention : une demande des patients	21
2.3- Implication du patient pour sa santé.....	21
2.4- Les comportements en lien avec la santé	23
2.5- Freins à la pratique de la prévention en médecine générale	26
2.5.1- Un sentiment d'inefficacité de la part des praticiens.....	26
2.5.2- Un manque de temps	27
2.5.3- La non valorisation financière de la prévention	27
2.5.4- Une formation insuffisante des praticiens à la prévention	28
2.6- Leviers et opportunités à l'intégration de la prévention en médecine générale.....	29
2.6.1- Place des outils axés sur la prévention en médecine générale.....	29
2.6.2- Formation des médecins généralistes à la prévention.....	34
2.6.3- Délégation des tâches et coopération inter-professionnelle en médecine générale ...	35
2.6.4- Valorisation financière de la prévention.....	41
2.7- L'outil informatique IDIAS.....	42
2.8- Question de recherche	46
2.9- Hypothèses.....	46

2.10- Objectifs de l'étude	47
III- Matériels et méthode.....	48
3.1- Schéma de l'étude et méthode.....	48
3.2- Population utilisatrice de IDIAS	49
3.2.1- Choix des différents lieux d'étude	49
3.2.2- Population source pour l'objectif principal de l'étude	50
3.3- Recueil des données	51
3.3.1- Les données des questionnaires IDIAS	51
3.3.2- Les entretiens semi-dirigés avec les professionnels de santé	51
3.3.3- Les questionnaires patients.....	53
3.4- Analyse des données.....	54
3.4.1- L'analyse des données IDIAS	54
3.4.2- L'analyse des entretiens auprès des professionnels de santé	55
3.4.3- L'analyse des questionnaires patients	56
IV- Résultats.....	57
4.1- Analyse descriptive des données des questionnaires IDIAS.....	57
4.1.1- L'alimentation	58
4.1.2- L'activité physique	62
4.1.3- L'alcool	66
4.1.4- Le tabac	70
4.1.5- Le sommeil	73
4.1.6- L'état psychologique	75
4.1.7- Utilisation des médicaments	77
4.1.8- Utilisation des services de prévention	79
4.2- Analyse qualitative thématique des entretiens avec les professionnels de santé (PS).....	80
4.2.1- Description des professionnels de santé inclus	80

4.2.2- Description des entretiens réalisés	80
4.2.3- Avant utilisation de IDIAS par les patients.....	81
4.2.4- Pendant l'utilisation de IDIAS	86
4.2.5- La synthèse des réponses IDIAS	91
4.2.6- La consultation d'analyse (CA).....	94
4.2.7- L'orientation du patient.....	100
4.2.8- L'outil IDIAS.....	102
4.2.9- Devenir de IDIAS.....	108
4.3- Analyse descriptive des questionnaires patients	108
4.3.1- La présentation de IDIAS	109
4.3.2- L'utilisation de IDIAS	110
4.3.3- L'utilité de IDIAS.....	110
4.3.4- L'opinion sur la synthèse	111
4.3.5- L'analyse de la synthèse en consultation	111
4.3.6- L'orientation	112
V- Discussion	114
5.1- Biais et limites de l'étude.....	114
5.1.1. Biais de recrutement des professionnels de santé et des patients.....	114
5.1.2- Limites inhérentes à la méthodologie	114
5.1.3- Biais d'information	115
5.2. Les points forts de l'étude	115
5.3-Interprétation des résultats.....	116
5.3.1- La description des données IDIAS.....	116
5.3.2- Les entretiens professionnels de santé.....	123
5.3.3- Les questionnaires satisfaction patients	128
5.4- Perspectives pour IDIAS.....	132
5.4.1- Propositions d'amélioration	132
5.4.2- Devenir de IDIAS.....	134
5.4.3- Ouverture vers d'autres sujets	135

VI- Conclusion	136
VII- Bibliographie.....	138
VIII- Annexes	149
Annexe 1 : Ecran IDIAS pour les thèmes Activité physique et Alcool.....	149
Annexe 2 : La synthèse IDIAS	152
Annexe 3 : La grille de support aux entretiens semi-dirigés.....	154
Annexe 4 : Le questionnaire de satisfaction patient.....	158
Annexe 5 : Proposition d'un support à l'analyse de la synthèse IDIAS.....	163
IX- Le serment d'Hippocrate	166

Index des figures

Figure 1 : Les 10 principales causes de mortalité dans le monde (estimées en millions) (1).....	23
Figure 2 : Evolution de l'utilisation de questionnaires préétablis par les médecins entre 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage) (51)	30
Figure 3 : Ecran IDIAS (thème alimentation) : informations, perception globale, habitudes, raisons, bénéfices perçus du changement, capacité au changement et utilité d'en parler à un professionnel de santé.....	45
Figure 4 : Besoins ressentis par les patients à la fin de IDIAS (n=77)	58
Figure 5 : Perception de l'équilibre alimentaire (n=77)	58
Figure 6 : Consommation quotidienne de fruits et légumes (n=77).....	59
Figure 7 : Raisons évoquées d'une faible consommation quotidienne de fruits et légumes par les 69 patients	60
Figure 8 : Bénéfices perçus d'une augmentation de la consommation quotidienne de fruits et légumes (n=69).....	60
Figure 9 : Capacité à modifier son alimentation (n=69)	61
Figure 10 : Utilité de parler de son alimentation avec un professionnel de santé (n=69)	62
Figure 11 : Perception du niveau d'activité physique (n=77).....	62
Figure 12 : Pratique activité physique au moins 30 min d'affilée (n= 77).....	63

Figure 13 : Raisons évoquées d'un faible niveau d'activité physique par les 60 patients	64
Figure 14 : Bénéfices perçus d'une augmentation de l'activité physique (n= 60)	64
Figure 15 : Capacité à augmenter son activité physique (n= 60)	65
Figure 16 : Utilité de parler de son activité physique avec un professionnel de santé (n=60).....	65
Figure 17 : Perception de la consommation d'alcool (n= 77)	66
Figure 18 : Habitudes de consommation d'alcool (n= 63).....	67
Figure 19 : Raisons évoquées de la consommation d'alcool par les 63 patients	68
Figure 20 : Bénéfices perçus d'une diminution de sa consommation d'alcool (n=63)	69
Figure 21 : Capacité à diminuer sa consommation d'alcool (n= 63)	69
Figure 22 : Utilité de parler de sa consommation d'alcool à un professionnel de santé (n= 63).....	70
Figure 23 : Raisons évoquées de la consommation de tabac par les 20 patients	71
Figure 24 : Bénéfices perçus d'une diminution de consommation de tabac (n=20)	72
Figure 25 : Capacité à arrêter de fumer (n= 20)	72
Figure 26 : Utilité de parler de sa consommation de tabac à un professionnel de santé (n=20).....	73
Figure 27 : Perceptions sur la qualité du sommeil (n=77)	74
Figure 28 : Raisons évoquées d'un sommeil perturbé par les 51 patients	74

Figure 29 : humeur triste ou déprimée la plupart du temps (n=77).....	75
Figure 30 : Perte d'intérêt/ Anhédonie (n=77)	75
Figure 31 : Raisons évoquées de ce mal être par les 31 patients.....	76
Figure 32 : Utilité de parler de son état psychologique à un professionnel de santé (n=77).....	77
Figure 33 : Perception du niveau de difficulté de suivi d'un traitement (n=77).....	78
Figure 34 : Raisons évoquées des difficultés à suivre un traitement sur plusieurs jours des 14 patients.....	78
Figure 35 : Schéma du concept de l'EBM.....	130

Index des tableaux

Tableau 1 : Evolution de la perception de santé globale des patients utilisateurs de IDIAS (n=77).....	57
Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens des professionnels IDIAS (n=7).....	81

Abréviations

- Adsp : Actualité et dossier en santé publique
- AGIR 33 : Addictions Gironde
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- BIP : Borne Interactives de Prévention
- CA : Consultation d'analyse
- CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
- CCR : Cancer Colo-Rectal
- Cespharm : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
- CFES : Comité Français d'Education pour la Santé (devenu INPES)
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
- CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (devenu IRDES)
- DMP : Dossier Médical Personnel
- EACPR : Association Européenne pour la prévention et la réhabilitation cardiovasculaire
- EBM : Evidence Based Medecine
- ECG : Electrocardiogramme
- EM : Entretien Motivationnel
- ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique
- EPS : Education pour la Santé
- ESC : European Society of Cardiology
- ETP : Education thérapeutique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HbA1c : Hémoglobine glyquée
- HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
- HPST : Hôpital Patients, Santé et Territoires

- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- INED : Institut National d'Etudes Démographiques
- INIST : Institut de l'Information Scientifique et Technique
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- InVS : Institut de Veille Sanitaire
- IPPSA : Institut de Promotion de la Prévention en Addictologie
- IRCM : Institut de Recherches Cliniques de Montréal
- IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- MG : Médecin généraliste
- MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- ORS : Observatoire Régional de la Santé
- PACE : Plateforme Aquitaine pour des Compétences en Education du patient
- PPP : Plan Personnalisé de Prévention
- PS : Professionnels de Santé
- ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
- RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève
- SFMG : Société Française de Médecine Générale
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
- URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé/Médecins Libéraux
- WHO : World Health Organization

I- Introduction

D'après les dernières données de l'OMS, au cours de l'année 2012, les maladies non transmissibles ont été responsables de 68% des décès dans le monde, contre 60% en 2000 (1). Les quatre principales maladies non transmissibles sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète et les pneumopathies chroniques.

Les maladies cardio-vasculaires ont fait près de 17,5 millions de morts en 2012, c'est-à-dire 3 décès sur 10. Parmi ces 17,5 millions, 7,4 millions de personnes sont décédées de cardiopathies ischémiques et 6,7 millions d'accidents vasculaires cérébraux (1). D'ici 2030, près de 23,3 millions de personnes mourront d'une maladie cardio-vasculaire (cardiopathie ou AVC principalement). D'après les projections, ces maladies devraient rester les premières causes de décès (1) (2).

En France, les pathologies cardio-vasculaires représentent la 2ème cause de mortalité et la 3ème cause de mortalité prématurée (avant 65 ans), avec environ 15 000 décès par an (3).

On constate à travers ces données que les maladies cardio-vasculaires sont un problème majeur de santé publique.

Les circonstances d'apparition des maladies cardio-vasculaires dépendent essentiellement de l'âge et de facteurs de risques associant des comportements individuels (tabagisme, déséquilibre nutritionnel, sédentarité) et des conditions environnementales, potentialisant des susceptibilités individuelles acquises ou génétiques familiales (obésité, hypercholestérolémie, diabète de type 2, hypertension artérielle).

Cela dit, il est important de souligner qu'une partie de ces maladies cardio-vasculaires, et donc des décès prématurés, pourraient être évités par le meilleur contrôle des facteurs de risque et la promotion des facteurs de protection.

Ces facteurs sont essentiellement des facteurs comportementaux ayant un effet sur la santé du patient. Le repérage de ces comportements semble donc essentiel pour maintenir ou améliorer l'état de santé de ces patients.

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans ce repérage. En effet, c'est vers lui que se tourne en premier le patient. Aujourd'hui, la place du médecin généraliste est en

train d'évoluer pour le replacer dans un système de plus en plus centré sur la prévention.

Après avoir identifié certains comportements à risque, le médecin aide et accompagne le patient dans une modification éventuelle du comportement tout en respectant ses priorités et son autonomie (4) (5) (6) (7) (8).

Malgré certaines difficultés, les médecins généralistes semblent être conscients de leur rôle à jouer dans le domaine de la prévention (9). Cependant il existe encore de nombreux obstacles à la pratique de cette activité en médecine générale, par manque de temps par exemple. Aussi, le repérage des habitudes de vie est parfois difficile, par oubli ou difficulté à aborder certains sujets trop intimes et « sensibles ».

Aujourd'hui, l'intérêt donné à la prévention est grandissant. Cela nous permet de nous interroger sur les efforts à fournir et les solutions à apporter afin d'améliorer l'intégration de la prévention en soins primaires.

En prévention, rien ne peut se faire sans l'adhésion du patient à tous les niveaux. En 2007, un article de Pierre Gallois et ses co-auteurs publié dans la revue Médecine (10) confirme l'implication du patient pour sa santé qui en devient l'acteur principal : le médecin est là pour l'accompagner et le conseiller.

Une étude plus récente publiée en 2011 (11), démontre que le patient est avide d'informations en lien avec sa santé. En effet, sur une population de 80 patients de médecine générale, près de 80 % des patients interrogés considèrent l'« *obtention d'informations sur le problème de santé* » comme leur priorité principale.

Il est vrai que les informations sont aujourd'hui plus facilement accessibles, notamment avec le développement d'internet à la portée de tout un chacun. Les patients multiplient alors leurs sources médicales, parfois sans garantie quant à la validité des données recueillies. Cependant, il est démontré dans l'étude menée par David & Gall en 2008, que le médecin reste le principal pourvoyeur d'information pour 50% des usagers (12). Mais le partage de l'information n'est possible que s'il existe une relation durable et de confiance entre le médecin et son patient.

Ces préoccupations portant sur l'échange d'informations sont prises en compte par la réforme du 4 mars 2002 sur les droits du patient et la qualité du système de santé, qui a introduit une obligation d'information des patients (13).

Afin de faciliter le repérage de ces comportements à risque et impliquer le patient dans le maintien ou l'amélioration de sa santé, plusieurs outils ont été imaginés et développés à l'étranger comme en France.

On peut en effet observer dans la littérature l'existence de différents outils informatisés, axés sur la prévention, permettant d'aider le professionnel de santé (14) (15) (16). Nous pouvons également noter l'existence d'auto-questionnaires papiers (17) (18), qui relèvent d'une démarche de promotion de la santé visant à la fois la maîtrise de la santé par les individus et la mise à leur disposition de moyens pour l'améliorer (19).

Ainsi, l'outil informatique IDIAS (Information Dialogue Santé) a été créé et développé par PACE et l'URPS-ML en Septembre 2013. L'un de ses objectifs est de repérer précocement, en médecine générale, des comportements à risque chez les patients, ceci de manière hiérarchisée. Par ailleurs, IDIAS permettrait d'en améliorer la prise en charge par la mise en place d'actions éducatives hiérarchisées et ciblées.

IDIAS regroupe plusieurs des notions citées ci-dessus. Tout d'abord, cet outil rentre dans le cadre de la promotion de la santé. Il implique les patients, les incitant à maîtriser leur santé par une auto-évaluation de leurs habitudes de vie et de leur impact sur leur santé. Il cherche aussi à développer une réflexion autour de leur intérêt pour leur santé et de leur motivation au changement. IDIAS ne permet pas seulement de repérer des habitudes de vie, il va plus loin, dans la mesure où il apporte aussi des informations qui semblent prendre une place importante au regard du patient. IDIAS demande également l'implication du professionnel de santé qui apportera des solutions par différentes actions dans le but d'améliorer la prise en charge du patient.

Franck Biraben, dans le cadre de sa thèse soutenue le 20 mai 2014, a décrit les différentes phases de construction de l'outil IDIAS (20).

C'est donc dans cette continuité que nous avons souhaité évaluer l'outil IDIAS dans différents contextes d'exercice de médecine générale, afin de définir la place d'un tel outil en soins primaires.

II- Justification du sujet

2.1- La promotion de la santé

D'après l'Avis de la Conférence nationale de santé du 22 Mars 2007, la santé est considérée comme une préoccupation majeure pour nos concitoyens. Les enquêtes d'opinion la situent comme leur deuxième inquiétude après l'emploi.

Reprenons la définition de la santé par l'OMS datant de 1946 (21) « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Cette conception de la santé a considérablement évolué au fil des années et c'est avec l'adoption de la Charte d'Ottawa (19) sur la promotion de la santé en 1986, que le tournant a été majeur. Le contenu de cette Charte a indéniablement contribué à inscrire la promotion de la santé à l'agenda international et à considérer les déterminants de la santé, plus particulièrement ses déterminants sociaux, comme faisant partie intégrante de ses préoccupations.

En 1986, Nutbeam donnait une définition de la promotion de la santé. Il s'agit d'un « *processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, d'améliorer leur santé (...). La promotion de la santé représente une stratégie de médiation entre les gens et leur environnement, alliant choix personnel et responsabilité sociale afin de créer un futur plus sain. La promotion de la santé, en tant que principe, engage la population entière dans le contexte de sa vie quotidienne* » (22).

L'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé. Même si elles correspondent à des niveaux différents de prévention, elles relèvent d'un même état d'esprit dans une perspective positive de la santé : contribuer à l'amélioration de la qualité de vie d'une personne ou d'un groupe.

L'éducation pour la santé s'intéresse aux attitudes et aux comportements en lien avec la santé, aux modes de vie, actuels ou potentiels, des individus et rassemble des approches qui ont pour but d'aider, motiver et informer la population à maintenir et à améliorer sa santé (23) (24). L'éducation thérapeutique, définie par l'OMS (25) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Les différents niveaux de prévention cités ci-dessus ont connus plusieurs définitions. Nous retiendrons celle de l'OMS de 1948 qui distingue trois types de prévention correspondant à des états successifs de la maladie. La prévention primaire regroupe l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. La prévention secondaire recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Elle consiste donc à diminuer la prévalence d'une maladie. Enfin, l'OMS envisage une « prévention tertiaire » qui intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

2.2- La prévention en médecine générale

2.2.1- La prévention : une des missions du médecin généraliste

Les missions du médecin généraliste sont précisées dans divers documents. En 2002, la WONCA a su impliquer les différentes structures européennes de médecine générale pour valider une définition consensuelle de la médecine générale, publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau européen de l'OMS (26). Aussi, le rapport du Haut Conseil de La Santé Publique de 2009, le Baromètre de Santé des Médecins Généralistes de 2009, le Rapport Flajolet de 2008, le Bulletin de l'Académie de Médecine de 2011 (27), le Rapport de la Société Française de Santé Publique de 2008 (28) définissent ses missions. Ces dernières doivent permettre d'assurer une médecine curative de premier recours, une médecine « globale », autant médicale que psychologique et sociale, une médecine d'orientation vers les spécialistes concernés, puis de synthèse et de suivi et aussi, une médecine de dépistage, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique.

Pratiquer la médecine au XXI^e siècle c'est gérer et promouvoir la santé des patients (29). Il s'agit d'une activité bien plus complète et complexe que de répondre à la plainte. La prévention en médecine générale ne date pas d'aujourd'hui. En effet, la consultation de prévention est un droit acquis depuis les ordonnances de 1945, créant le système de

protection sociale français : chaque assuré peut bénéficier tous les cinq ans d'un bilan de santé.

Le contexte actuel reste dans une approche clinique de la prévention. En effet, il existe des lois qui vont dans ce sens et donnent ainsi un cadre législatif à cette orientation. Ces lois sont reprises dans le rapport du HCSP de Mars 2009 sur la consultation de Prévention : la loi de santé publique qui met en avant des consultations de prévention à certaines périodes de la vie (30) et la loi de réforme de l'Assurance maladie qui met l'accent sur le médecin traitant et le continuum de la prise en charge en terme de soins et de prévention (31).

Par son rôle essentiel en matière de coordination du parcours de santé et son implication dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé, le médecin généraliste se doit d'identifier ou de dépister chez son patient des habitudes de vie (16). Il a été démontré que le médecin généraliste s'intéresse non seulement aux maladies mais surtout au patient (malade ou non), à toute sa personne et à son contexte de vie. Cette approche humaniste est familière et gratifiante pour le généraliste (32). Elle est aussi utile pour le patient et tout aussi gratifiante (33) (34).

Pour faire de la prévention, le médecin de famille, devra de plus en plus régulièrement être proactif, tout en préservant l'autonomie de son patient.

2.2.2- La prévention : une réalité perçue par le médecin généraliste

Deux études montrent l'importance que prend la prévention dans l'activité médicale. Aujourd'hui, la prévention en médecine générale se rapproche probablement des 32,5 % de l'étude de la SFMG (Société Française de Médecine Générale)(10).

Les médecins généralistes semblent être conscients de leur rôle à jouer dans la prévention. Une étude (9) réalisée entre janvier et mars 2006 en région PACA auprès de 528 médecins généralistes montre que plus de 83% d'entre eux considèrent que la prévention fait partie de leur rôle. 55,5% déclarent devoir s'impliquer d'avantage dans les actions de prévention.

Dans ce sens, le baromètre de santé des médecins généralistes de 2009 (35) montre que seulement 3,8 % des médecins généralistes interrogés considèrent que l'éducation ne relève pas du rôle du médecin.

2.2.3- La prévention : une demande des patients

Une étude menée en 2005 en région Rhône-Alpes (32) met en avant cette volonté des patients à aborder la prévention. En effet, parmi le groupe de patients interrogés concernant la médecine générale et sa place dans le système de santé de demain : plus de 70 % souhaitent voir aborder la prévention et le dépistage et plus de 50 % la vaccination.

En effet, l'évolution de la société pousse les patients à rechercher une démarche préventive : « je suis en bonne santé et je souhaite y rester ».

2.3- Implication du patient pour sa santé

Deux études ont montré que le patient est plus actif et plus exigeant pour sa santé mais surtout que ses attentes vis à vis des médecins généralistes ont évolué. En effet, l'étude menée en 2005 en région Rhône-Alpes (32) a permis d'observer que le patient est plus exigeant dans la « demande-rencontre », il ne cesse de vouloir « être écouté » et « entendu ». Le patient veut savoir et pouvoir choisir, en fonction des informations qui lui sont données, mais aussi de sa propre expérience en tant « qu'utilisateur de la santé ».

L'autre étude confirmant cette notion est canadienne (36). Elle met l'accent sur l'approche centrée sur le patient. Ce modèle exclut entièrement l'attitude traditionnelle de plein contrôle par le professionnel avec un patient passif. En effet, « *pour mettre le patient à l'avant-plan, le praticien doit l'inciter à prendre le contrôle et à partager le pouvoir dans la relation* ».

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, renvoie aussi à cette participation du public (19).

Ainsi est né le concept « d'empowerment », qui confère à autrui la capacité à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie en développant une représentation positive de soi-même (37). Les patients deviennent demandeur pour participer aux décisions thérapeutiques. La décision médicale devient partagée, permettant au patient d'être reconnu comme acteur de sa santé.

Cette participation du patient semble lui être bénéfique. En effet, une publication de professionnels de santé canadiens adressée aux médecins généralistes a démontré

qu'une plus grande participation du patient aux décisions médicales, si elle était souhaitée, améliorerait sa santé, sa satisfaction et diminuait son anxiété (36).

Cependant, le partage de cette décision n'est possible que s'il existe une relation de confiance entre médecin et patient. Cette confiance doit être réciproque. Elle s'installe progressivement au fil des consultations et est basée sur la communication de qualité.

Le partage de la décision médicale et cette notion de communication ont ainsi été repris et légiférés par la loi du 4 Mars 2002 (13) qui consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la Santé Publique). Ainsi, tout patient, pour être inclus dans une démarche de santé, doit nécessairement être consentant, ce qui implique un accord des deux protagonistes, donc un partage. Par ce partage, la communication entre médecin et patient n'en est que renforcée.

Il semblerait que cette confiance des patients envers leur médecin soit toujours présente malgré les exigences accrues des patients. Cette notion est développée et confirmée dans l'étude menée en 2005 en région Rhône-Alpes (32) : en effet 91% des personnes interrogées expriment leur confiance en leur médecin généraliste.

En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins, a permis de mettre le patient au cœur du système de santé. En effet, elle a introduit le droit, pour toute personne, d'accéder directement à son dossier médical.

De plus, le DMP (Dossier Médical Personnel), instauré par la loi du 13 août 2004, prend sa source dans les années 90, au cours desquelles la société et les associations de patients expriment une forte volonté de maîtriser davantage leurs données de santé. Soumis à de nombreuses vicissitudes techniques, financières et organisationnelles, victime d'atermoiements politiques qui ont retardé son lancement finalement intervenu début 2011, le DMP n'est toujours pas opérationnel sauf quelques exceptions.

Le projet de loi santé présenté en Octobre 2014 par le ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Mme Marisol Touraine, (38) prévoit de relancer le DMP. Il change de nom, le « dossier médical personnel » devient le « dossier médical partagé ». Destiné à mieux coordonner le parcours médical des patients, le nouveau DMP devrait accorder un droit important aux malades en leur garantissant *"un droit de masquage des informations qu'ils ne souhaitent pas y voir figurer"*. Les patients pourront y accéder librement et à tout moment. Par ailleurs, ce projet prévoit également de

faciliter l'accès aux données de santé dans le cadre d'un projet « open data ». Réclamée par de nombreuses associations, cette ouverture des données de santé a fait l'objet d'une "clarification juridique" selon le ministère de la Santé. Ainsi verra le jour "un dispositif qui concilie les deux impératifs de l'accès aux données, notamment à des fins de recherche scientifique, et de protection des informations personnelles".

Ces projets ne sont pas encore mis en place et doivent être débattus au cours de l'année 2015.

2.4- Les comportements en lien avec la santé

Plus de la moitié des patients consultant en médecine de famille présentent au moins deux comportements à risque parmi le tabagisme, l'abus d'alcool, la sédentarité et l'excès alimentaire (39).

Ces comportements à risque peuvent entraîner à plus ou moins long terme des maladies, notamment des maladies cardio-vasculaires et des décès prématurés.

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde (figure 1) : il meurt chaque année plus de personnes en raison de maladies cardio-vasculaires que de toute autre cause (1).

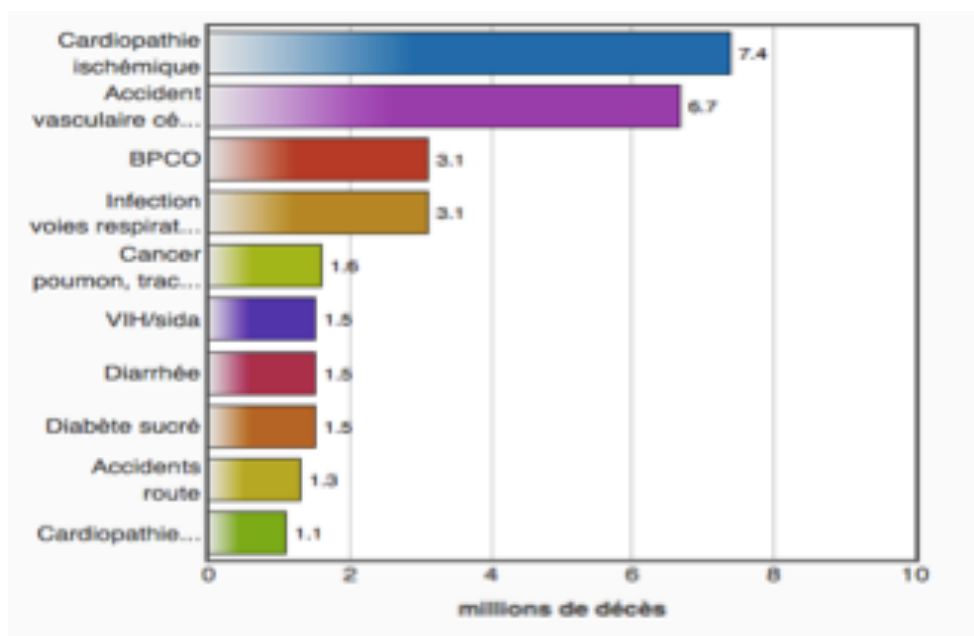


Figure 1 : Les 10 principales causes de mortalité dans le monde (estimées en millions)
(1)

Ces maladies cardio-vasculaires sont liées à l'existence chez le patient de facteurs de risque cardio-vasculaires, modifiables et non modifiables.

Parmi les facteurs non modifiables on retrouve l'âge et le sexe : homme âgé de 50 ans ou plus, femme âgée de 60 ans ou plus ou ménopausée, antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce : infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père/frère et infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère/sœur ; antécédent familial d'AVC avant l'âge de 45 ans.

Les facteurs modifiables donc évitables par le patient sont divisés en deux groupes : les facteurs de risque comportementaux (tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans, le régime alimentaire, la consommation d'alcool, l'obésité, la sédentarité, les facteurs psychosociaux) et les déterminants biochimiques et biophysiques des facteurs de risque (l'hypercholestérolémie avec LDL-cholestérol élevé ; HDL-cholestérol inférieur à 0,40 g/L, l'hypertension artérielle, le diabète de type II traité ou non et le syndrome métabolique).

En France, en 2008, le constat est clair : les maladies dues à l'alcool, au tabac, aux comportements à risques, à une mauvaise alimentation sont en augmentation (40). Ainsi, la prise en charge de ces facteurs de risque cardio-vasculaires est une action qui permet de diminuer la mortalité spécifique de ces pathologies (41).

Cette notion est reprise dans le rapport Flajolet (40) ; en effet une partie de la mortalité prématurée cardio-vasculaire est évitable par action soit sur les facteurs comportementaux individuels soit sur la prise en charge. Chez les hommes, les trois quarts des décès évitables le sont par modification des comportements individuels alors que chez les femmes la moitié l'est par l'amélioration du dépistage.

L'OMS a aussi permis de mettre en avant que certains comportements de vie peuvent avoir un effet bénéfique pour la santé des individus. En effet, ces derniers peuvent réduire le risque qu'ils encourent de développer une maladie cardio-vasculaire et ainsi diminuer la mortalité cardio-vasculaire par l'intégration de facteurs de protection dans leur mode de vie (pratiquer une activité physique régulière, privilégier un régime alimentaire riche en fruits et en légumes), ainsi que par la limitation des facteurs de risque (éviter la consommation de tabac et le tabagisme passif, consommer le moins possible d'alimentation riches en graisses, en sucre et en sel, se maintenir à un poids sain mais aussi éviter l'usage nocif de l'alcool).

Nous allons développer de façon plus précise l'impact de ces facteurs sur notre santé en termes de morbidité et de mortalité.

L'activité physique ou sportive est considérée comme un facteur à priori favorable à la santé. Ses effets bénéfiques sont connus depuis l'Antiquité. Les premiers travaux scientifiques, réalisés en 1843 à Londres, montraient que les taux de mortalité de personnes sédentaires étaient plus élevés que ceux de travailleurs physiquement actifs (42). Par ailleurs il a aussi été démontré que le changement de comportement vis à vis de l'activité physique a un effet sur le taux de mortalité. En effet, déjà en 1993, Paffenbarger et ses co-auteurs, montrent dans leur étude que les hommes ayant augmenté leur activité physique jusqu'à un stade modéré ont un taux de mortalité de 23 % plus faible que ceux restés sédentaires (suivi sur 11 ans) (43).

En Europe, selon les estimations, la sédentarité cause quelques 600 000 décès annuels (5 à 10 % de la mortalité totale selon les pays) (44).

Les bénéfices de **l'arrêt du tabac** en termes de mortalité spécifique ont également été démontrés. Ceux-ci s'avèrent d'autant plus importants que le sevrage tabagique est plus précoce. Doll et ses co-auteurs (45) ont ainsi estimé le gain d'espérance de vie à 3 ans chez un fumeur de 60 ans si celui-ci s'arrête de fumer. Ce gain atteignait 6 ans si l'arrêt avait lieu à l'âge de 50 ans, 9 ans s'il avait lieu à 40 ans. L'arrêt du tabac a aussi un effet sur la morbidité. Il entraîne de façon constante une diminution des risques de survenue ou d'aggravation des pathologies associées au tabagisme. Dans le cadre de la Lung Health Study (46), les patients atteints de BPCO d'intensité faible ou modérée ayant bénéficié d'une intervention d'aide au sevrage tabagique présentaient une amélioration fonctionnelle respiratoire dans l'année suivant l'arrêt du tabac.

Le **type d'alimentation** peut être un facteur protecteur comme un facteur de risque. En effet, une étude menée en France publiée en 2005 (47), a montré que les personnes qui ingèrent le plus d'aliments riches en fibres (céréales non raffinées, légumes, fruits, fruits secs, noix et amandes) réduisent leur risque cardio-vasculaire de 30 à 50 %. Un autre article publié en 2010, montre qu'il existe des preuves formelles de l'effet d'une mauvaise alimentation sur la survenue de la maladie vasculaire athéromateuse (48).

La mauvaise nutrition est à l'origine de 5 % de la charge de morbidité totale en Europe (34).

Dans l'ensemble de l'Union européenne, **l'alcool** est l'une des causes les plus importantes de morbidité et de décès prématurés, derrière le tabagisme et l'hypertension, mais devant l'hypercholestérolémie et le surpoids (49).

Les conditions de vie quotidienne des patients influencent considérablement leur santé : stress, tabac, obésité, alcoolisme problématique, alimentation déséquilibrée, etc. Cependant, il existe d'autres facteurs, environnementaux, économiques et sociaux, pouvant aussi influencer la santé des individus : la précarité, les conditions de travail, les ruptures familiales et sociales provoquant des sentiments d'insécurité ou de perte d'identité (4).

2.5- Freins à la pratique de la prévention en médecine générale

Tous les médecins généralistes ne sont pas prêts à faire de la prévention. Il y a plusieurs raisons à cela, raisons que nous allons maintenant développer.

2.5.1- Un sentiment d'inefficacité de la part des praticiens

Pour faire de la prévention, il faut croire en son efficacité. Or, certains praticiens croient peu en leur efficacité en la matière (50) (9). En effet, faire de la prévention demande des efforts de la part du médecin généraliste. Ainsi, il peut préférer réaliser un acte curatif pour lequel il est convaincu de l'intérêt pour la santé du patient plutôt qu'un acte préventif. Ce sentiment est conforté par le Baromètre de santé des médecins généralistes de 2009 (51) qui montre une diminution du pourcentage de médecins se sentant « très efficaces » pour l'éducation des patients diabétiques, hypertendus et asthmatiques entre 2003 et 2009. Aussi, une autre étude menée auprès de médecins de la Somme démontre qu'un quart des médecins interrogés déclarent se sentir inefficaces en éducation thérapeutique (52). Les auteurs émettent plusieurs hypothèses : une méconnaissance de l'éducation du patient par certains médecins, l'inadéquation des référentiels dans ce domaine pour la médecine générale. Ils évoquent par ailleurs l'expérience et le recul des médecins se heurtant à la difficulté d'aider les patients à modifier leurs comportements, les amenant encore à douter de leur efficacité.

2.5.2- Un manque de temps

Dans un certain nombre de cas, cette prise en charge ne peut se faire dans le cadre des consultations médicales habituelles, principalement par manque de temps. Cette notion est reprise dans le Baromètre de Santé des Médecins généralistes de 2009. En effet pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation 91,4 % des médecins souhaiteraient disposer de plus de temps (51).

2.5.3- La non valorisation financière de la prévention

La France est un des rares pays européens à maintenir le paiement à l'acte quasi exclusif pour les médecins exerçant en ambulatoire, avec remboursement par l'assurance maladie. Ce système a montré ses limites : il ne prend pas en compte l'activité du médecin en dehors de la consultation, ne favorise pas une prise en charge globale du patient et présente un risque inflationniste.

Ainsi les médecins généralistes pourraient manquer à leur devoir de prévention du fait d'une non valorisation de cette pratique en médecine générale.

On retrouve en effet dans le Baromètre de Santé des médecins généralistes de 2009, que 64% des médecins généralistes interrogés souhaiteraient une rémunération spécifique pour la pratique de la prévention (51). On retrouve également ce sentiment dans une autre étude interrogeant des praticiens de la Somme (52). La rémunération spécifique est le premier facteur favorisant de l'acte éducatif cité spontanément par les praticiens de l'étude.

En revanche, dans d'autres travaux menés auprès de médecins généralistes libéraux brestois, l'absence de rémunération n'est citée comme étant un obstacle aux pratiques de prévention que par 23 % des médecins (53).

En France, cette rémunération à l'acte nettement dominante, n'est donc pas favorable à une activité de prévention consommatrice de temps, tout particulièrement en ce qui concerne la prévention comportementale et l'éducation pour la santé (54).

Par ailleurs, la nomenclature très sommaire des actes ne permet pas de prendre en compte la spécificité d'une consultation qui serait largement dédiée à la prévention.

2.5.4- Une formation insuffisante des praticiens à la prévention

La formation initiale des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes n'est pas encore complètement adaptée et centrée sur la prévention et l'éducation pour la santé.

En effet, différentes publications ont montré que la formation initiale des professionnels de santé dans le domaine de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique est assez limitée (55) (56) (57).

En 2003, le rapport de l'IGAS affirmait (58) « *la formation en santé publique, celle qui leur permet de situer leur patient et ses pathologies dans son environnement et l'échelle des risques, est encore relativement faible* ». De même « *cet enseignement demeure extrêmement centré sur une approche strictement médicale et peu ouverte aux sciences humaines* ».

En 2009, l'enquête de l'INPES confirme que le manque de temps est aussi un frein pour la formation des médecins généralistes à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique. Elle montre en effet, que 57,8% des praticiens interrogés ne souhaitant pas participer à une de ces formations évoquent cette raison en premier lieu (49).

Une fois que le médecin aura identifié les comportements à risque de son patient, il devra mettre en place une stratégie pour permettre d'améliorer son état de santé. Il devra le conseiller et l'accompagner dans une démarche visant à modifier son comportement. Certains médecins pourraient être réticents à cette démarche du fait d'une méconnaissance des stratégies et des solutions à apporter. Trois études permettent de confirmer cette tendance. Elles mettent en avant la complexité perçue des stratégies thérapeutiques ayant pour but de modifier les comportements des patients (6) (5) et la résistance des patients (9). C'est ici que la formation à l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique prend toute son importance.

Tous ces facteurs permettent d'expliquer pourquoi en France la prévention en médecine générale reste encore difficilement intégrée à la pratique courante.

Des démarches tendent à être développées pour essayer de moins centrer la médecine générale sur le curatif afin de mieux prendre en compte les aspects préventifs.

Certains pays sont en avance sur nous dans ce domaine, notamment le Québec et la Belgique. Le Québec a, depuis les années 2000, prévu l'intégration des pratiques cliniques préventives dans l'exercice des médecins généralistes (59) (60).

2.6- Leviers et opportunités à l'intégration de la prévention en médecine générale

2.6.1- Place des outils axés sur la prévention en médecine générale

Certains outils axés sur la prévention, peuvent être une aide pour le médecin généraliste dans la prise en charge globale du patient et son suivi. Ils peuvent ainsi permettre un repérage précoce et une évaluation plus rapide des comportements à risque ainsi que le dépistage d'une pathologie. Certains de ces outils ont déjà montré leur intérêt dans la prévention en soins primaires. Il existe des questionnaires papiers, des questionnaires accessibles en ligne, mais aussi des logiciels informatiques.

2.6.1.1. Questionnaires papiers et informatiques d'aide à la prise en charge des patients, au repérage des facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie

→ *En France*

Nous remarquons que l'utilisation de questionnaires préétablis en médecine générale est en évolution croissante. D'après la figure 2, en 2009, 62,4% des médecins généralistes interrogés déclarent utiliser au cours de leur consultation des « *questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles* ». Pour 70% d'entre eux cette utilisation est occasionnelle. Aussi, le pourcentage des médecins généralistes déclarant ne jamais en utiliser à nettement diminué ces dernières années. Il est passé de 64,8% en 2003 à 37,6% en 2009 (51).

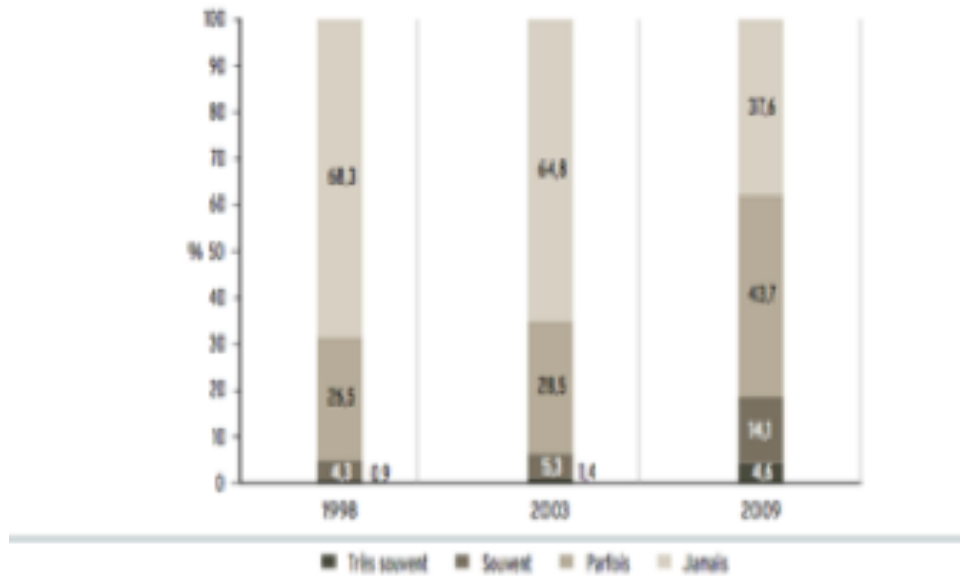


Figure 2 : Evolution de l'utilisation de questionnaires préétablis par les médecins entre 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage) (51)

Dans le cadre de sa thèse, Maïaita GUIRESSE a élaboré et expérimenté un auto-questionnaire papier centré sur les soins primaires pour aider à la prise en charge de nouveaux patients en médecine générale (18). Les nouveaux patients devaient remplir le questionnaire à la fin de la première rencontre avec le médecin et le ramener lors de la deuxième consultation, en cas de déclaration de médecin traitant. Les résultats de cette étude sont en accord avec le fait que les médecins généralistes sont prêts à utiliser des questionnaires dans leur pratique. En effet, les trois quarts d'entre eux vont continuer à utiliser cet auto-questionnaire, en l'état ou modifié.

D'autres questionnaires sont utilisés dans le cadre du programme RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève). Ils permettent de repérer des consommateurs à risque ou nocif d'alcool. Deux questionnaires simples ont été validés en France : l'Auto questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Mais sa longueur en fait un test difficile à utiliser au cabinet de médecine générale. Pour pallier ce défaut, deux versions courtes : AUDIT-5 et AUDIT-C ont été établies. Un autre questionnaire a aussi été validé : l'hétéro questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) (8).

→ *A l'étranger*

L'équipe de recherche de l'IRCM (Institut de Recherches Cliniques de Montréal) a créé une trousse d'enseignement spécialement conçue pour les groupes de médecine de famille ayant pour objectif de supporter leurs efforts en prévention primaire des maladies cardio-vasculaires.

Cette trousse contient un questionnaire d'évaluation des habitudes de vie des patients (61), ainsi que 61 dépliants informatifs et éducatifs ciblant les comportements révélés au questionnaire et fournissant des pistes de solutions pratiques dans différents domaines de la santé cardio-vasculaire.

Ce questionnaire doit être imprimé par le patient, il ne peut pas être rempli en ligne. Il s'agit d'une aide pour les intervenants à connaître les habitudes de vie de leurs patients toujours dans le but d'améliorer leur santé.

A l'étranger, on retrouve aussi dans la littérature l'existence d'autres outils informatisés sous forme de questionnaires axés sur la prévention. Certains sont accessibles en ligne. Ils sont ciblés sur les habitudes de vie des patients. Notamment, le site canadien de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (62) présente un questionnaire de ce type. Il permet d'évaluer le risque cardio-vasculaire pour les patients âgés de 19 à 90 ans. Les habitudes de vie saines sont une préoccupation certaine au Canada. On y retrouve dans la documentation la rédaction d'un plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids (63).

2.6.1.2. Les logiciels informatiques

→ *En France*

Il existe des exemples français de supports informatiques novateurs avec des logiciels facilitant le calcul des risques et le suivi du patient en médecine générale (16).

Le logiciel EsPeR est un système d'aide à la décision accessible via Internet. Il s'agit d'un outil informatique s'intéressant au domaine de la prévention et au dépistage, permettant de structurer une consultation de prévention dédiée (64). Il utilise des données épidémiologiques actualisées et les recommandations nationales. Il semble que ce logiciel ait un intérêt. Cependant cette consultation avec EsPeR double la durée de consultation habituelle : 40 à 50 minutes avec les médecins de la Société Française de Médecine Générale.

Le logiciel PPP (Plan Personnalisé de Prévention) permet de lister et hiérarchiser des facteurs de risque d'un individu adulte qui, une fois cochés, établissent automatiquement un profil de risque et un plan de prévention personnalisé inscrit dans le long terme. Le médecin priorise avec son patient les actions de prévention à instaurer. La mémorisation par le logiciel des consultations antérieures permet de faciliter le suivi et de suivre l'évolution d'un individu dans une démarche de prévention.

Ce logiciel est disponible gratuitement depuis 2005 et téléchargeable.¹

Aussi, l'institut de Promotion de la Prévention Secondaire en Addictologie (IPPSA) a mis en place depuis 2008 des Bornes Interactives de Prévention (BIP) à destination des consommateurs de substances psychoactives, dont l'alcool est la cible principale. Ces bornes délivrent immédiatement à l'utilisateur les résultats de son auto-évaluation par des auto-questionnaires validés, ainsi que des conseils personnalisés. Elles sont destinées aux centres hospitaliers, pharmacies, centres scolaires et sportifs, etc... (65).

→ *A l'étranger*

En 2004, un outil interactif à l'attention des médecins nommé HeartScore a été développé par L'ESC (European Society of Cardiology) et sa branche dédiée à la prévention, l'Association Européenne pour la prévention et la réhabilitation cardiovasculaire (EACPR). Il s'agit d'un logiciel simple, accessible en ligne ou en application à télécharger, traduit en français en août 2011. L'accès au calculateur est gratuit, mais nécessite de s'inscrire. Il permet aux professionnels de santé de calculer rapidement le risque cardiovasculaire de leurs patients et de leur prodiguer les conseils les plus adaptés afin de le réduire (15).²

2.6.1.3- L'intervention brève

Les logiciels informatiques et les questionnaires permettent de repérer des comportements à risque pour la santé, comme par exemple le mésusage de l'alcool, la consommation de tabac, l'absence d'activité physique etc. Secondairement, le médecin commente au patient les résultats, lui donne les informations nécessaires sur les risques, lui montre l'intérêt du changement de comportement, évalue la motivation au

¹ <http://www.masef.com/non-medecins2/planpreventionpersonnalise.htm>

² <http://www.heartscore.org/fr/Pages/Accueil.aspx>

changement et valorise le rôle de la personne dans cette démarche : c'est ce que l'on appelle l'intervention brève.

Plusieurs études ont été publiées pour démontrer la validité de l'intervention brève dans les domaines de la consommation excessive d'alcool, du tabagisme (66) (67) (68) (69) (70) et de la consommation de fruits et légumes (71).

Un programme RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) a été développé en Gironde (7). Il permet un repérage précoce des mésusages de l'alcool par le médecin généraliste à l'aide d'une intervention brève de quelques minutes en consultation. Ce programme RPIB a été évalué en conditions réelles et a montré son intérêt. En effet, 97 médecins généralistes du Médoc et de la communauté urbaine de Bordeaux se sont engagés à effectuer le RPIB alcool sur tous leurs patients, durant un an. Parmi les résultats de cette étude (6) on retrouve que 41% des patients repérés n'étaient pas connus de leur médecin traitant comme ayant un problème avec l'alcool.

Promu par l'OMS, le RPIB est actuellement reconnu comme l'une des mesures ayant le meilleur rapport coût/efficacité en matière de prévention alcool.

La revue médicale Suisse publie un article (14) présentant un autre outil d'intervention brève en consultation de médecine générale qui peut s'adapter à quatre comportements à risque : le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, la sédentarité et l'obésité. Pour ses auteurs l'obésité n'est pas un facteur de risque comportemental, mais est utilisé comme marqueur d'une alimentation inadéquate.

Cet outil est en fait un guide ou fil conducteur pour l'entretien clinique. Il s'inscrit dans le cadre de la consultation médicale et peut durer 5 à 15 minutes. Il permet d'aborder de manière brève et systématique le changement de comportement du patient. Cet outil est appelé « the 5 A's » nommé aussi « les 5 étapes » : 1) Evaluer (Assess), 2) Conseiller (Advise), 3) Se mettre d'accord (Agree), 4) Aider (Assist) et 5) Organiser (Arrange). Cet outil permet au praticien d'accompagner un changement éventuel de comportement en respectant les priorités et l'autonomie du patient.

Ces différents outils axés sur la prévention en soins primaires sont donc une aide pour le médecin généraliste dans la prise en charge globale de ses patients et leur suivi.

2.6.2- Formation des médecins généralistes à la prévention

2.6.2.1. La formation initiale à la prévention

Le rapport du HCSP de 2009 insiste sur la notion indispensable de l'apprentissage initial à la formation des professionnels de santé à la prévention (72).

Pour que les médecins soient mieux à même de soigner et d'accompagner les patients au long cours, il faut donner une vraie place aux sciences humaines et sociales dans la formation, aborder systématiquement la prévention, l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique dans les cours et dans les stages. Il faut aussi former les étudiants à la relation avec les patients et à l'écoute et, enfin, recourir à des modalités d'évaluation qui permettent d'apprécier les compétences réellement acquises dans ces domaines.

Il est utile et important de pouvoir évaluer, par des mises en situation par exemple, les compétences acquises par les étudiants en médecine, dans les domaines de l'écoute, de la relation avec le patient.

On ne peut que louer la volonté du département de médecine générale de l'Université de Bordeaux, qui fait bénéficier l'ensemble des internes (plus de 200 par année) de la possibilité de valider les 40 heures de formation en éducation thérapeutique, ceci depuis l'année universitaire 2014/2015 associant un enseignement et des stages pratiques en ville ou à l'hôpital. Cette formation est validée par deux scripts centrés sur l'ETP. Il existe également une formation optionnelle sur l'entretien motivationnel permettant de travailler sur l'aide au changement. Enfin, la région Aquitaine est une région pilote sur le repérage précoce et l'intervention brève en soins primaires, avec plusieurs milliers de professionnels de santé déjà formés, depuis 2003.

2.6.2.2- La formation continue à la prévention

Une fois initiée, cette formation doit se poursuivre au cours des années de pratique et doit être incluse dans la formation médicale continue des médecins généralistes.

Certaines études ont démontré que les médecins généralistes sont plutôt intéressés. L'une d'entre elle montre que pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, 78% des médecins interrogés souhaiteraient en bénéficier (51).

On remarque que ces formations en EPS et/ou ETP ont des répercussions légèrement positives sur les pratiques. En effet, les médecins formés déclarent informer et conseiller

plus systématiquement que les « non formés » (60,6 % vs 54,5 %) et mettent en œuvre régulièrement ou systématiquement des activités d'éducation (35). Il faut sans doute aller au-delà.

2.6.3- Délégation des tâches et coopération inter-professionnelle en médecine générale

2.6.3.1- Une demande de soins primaires en augmentation en France

En France, la demande de soins primaires a évolué. En effet, après un fort accroissement sur la période 1980-2000, le nombre de médecins généralistes libéraux s'est globalement stabilisé et baissera en volume et plus encore en densité jusqu'en 2020. Aussi, sous les effets du vieillissement de la population, l'évolution des attentes des usagers, l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques, cette demande ne cesse d'augmenter.

Cette évolution se traduit par de nouveaux besoins, notamment en termes de coordination, d'information ou encore d'éducation pour la santé. Ces modifications de la demande ont un impact sur la pratique de la médecine générale.

C'est ainsi que ces dernières années, les compétences de l'ensemble des professionnels de santé ont considérablement évolué.

Il semblerait aujourd'hui que certaines activités ne justifient plus la seule intervention des médecins et pourraient être transférées à d'autres professionnels de santé. Le Pr. Yvon Berland a pu mettre en évidence cette notion au cours de sa mission sur la démographie des professions de santé (73).

2.6.3.2- L'état des lieux en France

Certains médecins généralistes semblent être conscients de ce besoin de coopération interprofessionnelle. Le Dr Jean Gautier (précurseur du projet ASALEE) affirme « *Soyons honnêtes : le médecin ne peut plus tout faire. Par manque de temps, il y a clairement des choses qu'on a arrêté de faire ou qu'on fait moins bien* ».

Ce dernier a été l'un des premiers, en 2003, à lancer une expérimentation, nommée ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) dans le département des Deux-Sèvres (74).

ASALEE propose une coopération entre des infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle et des médecins généralistes pour assurer le suivi du patient diabétique de type 2, du patient à risque cardio-vasculaire, du patient tabagique à risque BPCO (incluant prescription et réalisation d'examens complémentaires comme par exemple les ECG ou la Spirométrie), ainsi que le repérage des troubles cognitifs et la réalisation des tests mémoires chez le sujet âgé, ceci selon différents protocoles bien définis.

Lors d'une consultation ASALEE, cinq dimensions sont abordées : cognitive (connaissance de la maladie, du traitement), biologique (pathologie, antécédents) socio-professionnelle (profession, loisirs), psychoaffective (stade d'acceptation de la maladie), projective (projets source de motivation). Toutes ces informations sont consignées dans le dossier médical du patient.

D'autres études montrent que certains médecins généralistes sont favorables à cette coopération interprofessionnelle, mais plutôt dans le domaine de la prévention.

Une enquête menée en 2009 montre que parmi les 81,6 % de médecins généralistes pensant que les paramédicaux devraient jouer un rôle dans la prévention, 91,3 % seraient prêts à leur déléguer des tâches de prévention (51).

On retrouve dans une autre enquête menée en 2008 dans les Pays de la Loire (75) que la plupart des médecins généralistes interrogés semblent favorables à la délégation de tâches, mais sous certaines conditions. En effet, 66 % des généralistes de l'étude se déclarent favorables à la délégation de certaines de leurs tâches, mais sous leur responsabilité, à des professionnels de santé qui en ont les compétences (30 % "tout à fait" favorables et 36 % "plutôt" favorables). La proportion de praticiens très ou plutôt favorables à la délégation de tâches aux infirmiers, atteint 91 % pour la réalisation des vaccins antigrippaux, mais est seulement de 11 % pour le renouvellement des prescriptions de contraceptifs oraux. 60 % des médecins sont favorables à ce que les sages-femmes réalisent le suivi gynécologique de prévention, 59 % à ce qu'elles puissent prescrire une contraception, et 51 % une IVG médicamenteuse.

D'autre part, à l'occasion du projet de recommandation de la HAS intitulé « Délégation, transferts, nouveaux métiers, conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », l'Académie Nationale de Médecine et le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappellent notamment, en 2008, que face à un besoin de soins et de prévention, le médecin doit rester, sauf circonstances exceptionnelles, le premier recours du patient (76).

Ces institutions nationales réagissent quant au transfert des actes médicaux aux

infirmiers, sages-femmes et pharmaciens.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins souhaite en 2014, que l'indépendance éthique et déontologique des professionnels de santé soit défendue, quel que soit le secteur d'exercice, et souhaite une "*analyse soigneuse des conséquences que cela entraîne*" : concertation sur les référentiels métiers d'une part, concertation avec les organisations représentatives et ordinales d'autre part, pour évaluer les conséquences "*organisationnelles, économiques, juridiques et déontologiques*" de telles modifications (77).

L'Académie Nationale de Médecine a également réagi en 2014. Elle redoute des problèmes de compétences des infirmiers cliniciens chez des malades "*requérant des soins complexes*". Elle s'inquiète aussi d'une multiplication des recours en cas d'incident ou d'accident et craint une augmentation des dépenses pour l'Assurance Maladie (78).

Ces deux institutions se demandent s'il n'est pas plus efficace d'alléger voire transférer les tâches administratives plutôt que de favoriser l'extension des délégations, pour un gain de temps médical et une amélioration de l'exercice (76).

2.6.3.3- L'état des lieux à l'étranger

Le transfert de compétences des activités médicales aux acteurs paramédicaux s'est organisé dans plusieurs pays et souvent depuis de nombreuses années. Les expériences les plus abouties concernent les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni. Elles figurent dans le rapport Berland de 2002 (79) et concernent plusieurs domaines : la néphrologie, l'ophtalmologie, la pratique d'actes comme les endoscopies ou les échographies, ...

Les pays anglo-saxons et scandinaves sont en avance dans le domaine de la coopération entre professionnels de santé et surtout dans le binôme médecin-infirmière. Le fonctionnement est totalement différent du système français actuel. En effet, ces structures d'exercice collectives et pluridisciplinaires y sont prédominantes et le champ d'intervention des infirmiers est particulièrement développé.

Ces structures s'intéressent d'une part aux soins courants et d'autre part à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Dans ces pays, les infirmier(e)s peuvent assurer un appui technique au médecin en réalisant des soins de plaies et autres traumatismes légers, des vaccinations, etc. Dans certains pays, ils jouent même un rôle de « triage » (80) et ont ainsi un rôle différent du rôle attribué en France. L'infirmier(e) devient alors le principal point d'entrée dans le

système de soins. Aussi et surtout, au sein de ces structures, l'infirmier(e) délivre des messages de prévention et d'éducation à la santé.

2.6.3.4- La coopération interprofessionnelle : un intérêt démontré

En Juin 2006, est publié le rapport sur les 5 expérimentations de coopération de délégation de tâches entre professions de santé par le Professeur Yvon Berland et le Docteur Yann Bourgueil (81). Les conclusions de ces 5 expérimentations ont montré la faisabilité de cette coopération de délégation de tâches entre professions de santé sans dégradation de la qualité des soins et souvent avec une amélioration.

Quelques années plus tard, en 2009, a été définie la coopération entre professionnels de santé en France par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) (82). L'article 51 de cette loi a permis à des professionnels volontaires d'organiser des délégations d'actes ou d'activités à travers des protocoles validés par la HAS et autorisés dans chaque région par l'ARS.

Cette loi renvoie à deux dimensions. L'une consistant à opérer des transferts d'activités, redéfinissant ainsi les périmètres d'intervention de chaque professionnel. L'autre amenant les acteurs à réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient, notamment en se regroupant.

Il existe deux modes de regroupements :

- le regroupement intra-professionnel (entre membres d'une même profession : médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, ...) qui constitue la forme d'exercice prédominante en France
- le regroupement inter-professionnel en ambulatoire (associant des membres de différentes professions) qui est moins fréquent mais que l'on trouve dans les centres de santé et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles plus récentes, créées en 2007.

Le projet ASALEE a aussi fait l'objet de nombreuses évaluations. En Juillet 2005, la thèse du Docteur Emmanuelle DELEAU (83) démontre l'efficacité du dispositif ASALEE dans la prise en charge des patients diabétiques avec un nombre plus important de patients ayant des valeurs cibles de leur hémoglobine glyquée par rapport à la population témoin.

De plus, on observe un meilleur suivi des recommandations de bonnes pratiques (mesures régulières des Hba1c, fond d'œil, ECG) (84).

La thèse du Docteur Evelyne LIUU, en juillet 2011 (sur « L'Education thérapeutique du patient diabétique de type II dans le cadre d'une délégation de tâches interprofessionnelles : impact de l'infirmière de santé publique de l'association « ASALEE ») (85) confirme les répercussions positives de l'éducation thérapeutique du patient tant sur l'observance de ses médicaments, son suivi biologique et clinique, que son suivi par les autres spécialistes.

Un autre article publié en 2011 (86) insiste sur le fait que la coopération entre professionnels de santé apporte une aide indiscutable au médecin et à la prise en charge du patient. Elle permet une optimisation du temps de travail ainsi qu'une amélioration des conditions d'exercice, de la productivité et de la continuité des soins.

Cette coopération permet également une amélioration de l'accès aux soins, notamment courants, pour les patients. En effet, le transfert de tâches dégage du temps médical et un raccourcissement du délai d'attente de prise en charge des patients. Cela entraîne aussi une amélioration de la qualité de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques avec le développement de nouveaux services couvrant des besoins non satisfaits des patients.

Un autre effet positif de cette coopération sur l'efficience globale du système de santé a été démontré. Notamment avec une réduction du recours à l'hôpital, plus coûteux, ainsi que la pratique en ville de certaines activités habituellement hospitalières (petite chirurgie, urgences non vitales) (87).

La HAS propose aussi dans un rapport d'activité 2013, un premier bilan de la mise en œuvre des protocoles de coopération (88). Cette institution a ainsi donné un avis sur 38 dossiers et 19 dossiers sont en instruction à la fin 2013 : 30 ont reçu un avis favorable avec réserves. Ces réserves portent le plus souvent sur les indicateurs proposés (fiches incomplètes ou manquantes), sur les formations nécessaires à l'acquisition de compétences ou sur l'information donnée aux patients. 8 protocoles ont reçu un avis défavorable. Les avis défavorables correspondent à des projets locaux qui ne garantissent pas la qualité et la sécurité des prises en charge ou qui ne présentent pas un rapport bénéfices / risques suffisant.

Ces différents protocoles restent dans les mêmes objectifs : faire face à une insuffisance de présence médicale ; permettre aux médecins de se concentrer sur des prises en charge plus complexes et faciliter les parcours des patients ; proposer une prise en

charge innovante, un service supplémentaire notamment aux patients souffrants d'une pathologie chronique.

Parmi ces différents protocoles, 8 ont eu un avis favorable avec réserve par la HAS et concernent une coopération en cabinet libéral de ville, entre le médecin généraliste et une infirmière ou un pharmacien ou un kinésithérapeute ou un biologiste. Parmi ces 8 protocoles, on retrouve le protocole ASALEE, qui est aujourd'hui présent dans 16 régions de France, dont l'Aquitaine.

A ce jour, les conditions de généralisation de ces protocoles ne sont pas réunies du fait d'une absence de décision des pouvoirs publics en matière de rémunération (modalités de rémunération, organisation des relations entre les professionnels: lien de subordination...), reconnaissance des formations, création de métiers intermédiaires).

Selon la recommandation de la HAS de 2008 (82) sur les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, une réflexion doit s'étendre, au-delà des coopérations entre médecins et infirmiers, à l'ensemble des professions de santé (pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes par exemple), aux autres professions intervenant dans le domaine sanitaire (comme les aides-soignantes ou les secrétaires médicales), aux professionnels avec lesquels ils sont amenés à travailler (travailleurs sociaux notamment), jusqu'aux patients, acteurs de leur propre prise en charge.

Aussi, le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm), commission permanente de l'Ordre national des pharmaciens, soutient activement l'implication des pharmaciens d'officine dans l'éducation thérapeutique.

En éducation thérapeutique, ou prévention tertiaire, il est relaté dans un article publié en 2009 (89), que le médecin généraliste n'apparaît pas comme le principal acteur de ces séances. En effet, les séances d'éducation thérapeutique du patient sont, pour la plupart, animées par des professionnels paramédicaux. Le rôle des infirmières est prépondérant, avec les diététiciennes et les podologues dans le diabète et les kinésithérapeutes dans l'asthme. Les médecins n'interviennent en général dans l'animation que de manière ponctuelle.

Malgré ces données qui démontrent l'intérêt et l'efficacité de ces coopérations interprofessionnelles, le débat sur les modifications possibles des fonctions et des rôles des différents professionnels de santé reste présent en France.

Tous les médecins généralistes ne semblent pas en accord avec ces changements.

Cependant, le système de santé français doit apporter des solutions pour faire face aux réalités actuelles : diminution du nombre de médecins généralistes libéraux, vieillissement de la population, augmentation du nombre de maladies chroniques, évolution des attentes des usagers et ainsi augmentation des besoins de la population.

Pour cela, le projet de loi santé (38), présenté par le ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Mme Marisol Touraine, en Octobre 2014, prévoit, entre autre, de faire évoluer les métiers de la santé. Il reconnaît de nouveaux métiers et repense le rôle et la place de certains. Le métier d'infirmier clinicien sera reconnu : celui-ci pourra formuler un diagnostic, établir une prescription, participer à des activités de prévention dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Aussi les compétences de certains professionnels de santé seront étendues : les sages-femmes pourront vacciner l'entourage des femmes et des nouveau-nés (père, fratrie, grands-parents et personnes impliquées dans la garde de l'enfant), les pharmaciens pourront pratiquer la vaccination, les médecins du travail, sages-femmes et infirmiers pourront prescrire les substituts nicotiniques.

De même, le projet de loi fera évoluer le rôle et la place des sages-femmes. Elles pourront réaliser des IVG médicamenteuses.

A l'heure actuelle, ce projet suscite réserves, critiques et mobilisation des acteurs du système de santé.

Le CNOM réagit en Novembre 2014, il "*regrette que le texte présenté n'apporte pas les réponses aux problèmes rencontrés par les médecins dans leur pratique, ni aux attentes des usagers dans les territoires, et propose une vision très administrative de l'organisation des soins*" (77).

Ce projet de loi est en train d'être relu et modifié de façon à maintenir l'objectif affiché, qui est d'améliorer le système de santé français tout en essayant d'obtenir une meilleure adhésion des différents acteurs.

2.6.4- Valorisation financière de la prévention

Nous avons vu précédemment que la valorisation financière de la prévention pourrait être un facteur favorisant la pratique de la prévention en médecine générale, même si ce facteur reste secondaire. La tendance actuelle va dans le sens d'une diversification de la rémunération : à côté du paiement à l'acte, sont apparus successivement les indemnités

de participation à la permanence des soins, la rémunération forfaitaire des médecins traitants, puis le paiement à la performance.

En effet, depuis 2008, c'est l'assurance maladie qui a mis en place un dispositif de paiement à la performance, d'abord unilatéralement (le contrat d'amélioration des pratiques individuelles - CAPI) puis dans le cadre des relations conventionnelles (la rémunération sur objectifs de santé publique - ROSP).

Cette diversification des modes de rémunération doit être intensifiée en particulier pour les activités de prévention et le suivi des maladies chroniques.

Aussi, le projet de la loi santé présenté en octobre 2014 par Mme Marisol Touraine, prévoit une évolution progressive et négociée des modes de rémunération des professionnels de santé.

2.7- L'outil informatique IDIAS

Le 1^{er} septembre 2011, lors d'une réunion de la commission « maladies chroniques et éducation thérapeutique » réunissant 7 médecins membres de l'URPS-ML, est imaginé un questionnaire validé pour le repérage des principaux facteurs de risque cardiovasculaires. Mais l'intérêt de l'utilisation d'un outil informatique est vite suggéré. Ainsi, l'URPS-ML s'est rapprochée du réseau AGIR 33 Aquitaine et de PACE (Plateforme Aquitaine pour des Compétences en Education du Patient) afin de s'entourer de personnes qualifiées en repérage précoce et en éducation thérapeutique.

Une fois le projet défini, il est intégré dans le projet global de PACE. L'appel à projet est ensuite rédigé auprès de l'ARS (Agence Régionale de la Santé) en mars 2012 qui accepte son co-financement avec l'URPS-ML. Après plusieurs propositions, ce projet est finalement nommé IDIAS : Information Dialogue Santé.

L'objectif principal de cet outil, décrit à l'ARS, est de mettre en place les conditions susceptibles de favoriser le repérage des principaux facteurs de risque de morbi-mortalité en soins primaires et d'en améliorer la prise en charge par des actions éducatives hiérarchisées et ciblées.

IDIAS a d'abord été mis en place et testé en septembre 2013 dans la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Saint Pardoux la Rivière au Nord de la Dordogne (Périgord Vert), dans le cadre du projet expérimental PACE. Franck Biraben dans le cadre de sa thèse a décrit les différentes phases de construction de l'outil.

IDIAS est un logiciel informatique donnant accès à un questionnaire et des informations, présentés sous la forme d'un écran tactile. Des informations sont données au début de grand thème (que nous détaillerons dans un prochain paragraphe) et défilent spontanément. Si besoin, le patient peut revenir à la page précédente grâce aux flèches situées en bas à gauche de l'écran. En revanche, le défilement des questions posées est contrôlé par le patient lui-même. Pour passer à la question suivante, il doit appuyer sur la flèche en bas à droite de l'écran. La durée de remplissage de IDIAS est d'environ 15 min.

IDIAS permet aux patients de s'interroger sur différents facteurs ayant une influence sur le risque cardio-vasculaire. Il s'agit de l'alimentation (figure 3), l'activité physique, la consommation d'alcool (Annexe 1), la consommation de tabac et de cannabis.

Chaque thème est présenté de la même manière : une page d'accueil et des informations, puis une question de perception globale de leur habitude, et enfin des questions sur leur habitude de vie. Ensuite, si l'évaluation de ces perceptions ne correspond pas aux recommandations, apparaissent les questions favorisant la réflexion sur les raisons, puis les 3 interrogations finales orientées vers le processus de changement d'habitude ou de comportement : bénéfices perçus d'un changement de comportement, capacité perçue à modifier ce comportement et utilité d'en parler à un professionnel de santé.

En revanche, si l'évaluation des perceptions correspond aux recommandations, le patient passe directement au thème suivant.

A noter que pour le cannabis, il n'y a pas d'autre exploration que les habitudes de consommation.

IDIAS permet également d'interroger le patient sur d'autres domaines participant à la santé et à la qualité de vie des personnes : les troubles du sommeil, l'état psychologique, l'utilisation des médicaments et l'utilisation des services de prévention (regroupant les capacités d'adhésion de la personne aux campagnes de dépistages organisés, à la vaccination antitétanique et antigrippale).

Pour ces différents thèmes, le déroulement est un peu différent. En effet, pour le sommeil on ne retrouve pas les questions réflexives autour du processus de changement de comportement. Pour le thème « état psychologique », le patient fait une auto-évaluation du syndrome dépressif en répondant à deux questions. On retrouve aussi les questions sur les raisons de ce comportement et l'interrogation sur l'utilité d'en parler à un professionnel de santé.

Pour le thème « utilisation des médicaments » il y a une question sur la perception de capacité de prise. Ensuite, mis à part ceux trouvant la prise d'un traitement facile ou très facile, les patients se voient proposer une aide à la réflexion sur les causes d'une observance médicamenteuse difficile. Concernant le domaine des services de prévention, on retrouve une question de perception d'utilité globale et pour chaque item (vaccin DTP, anti grippal, test hémocult II, mammographie, FCV), une question sur la position du patient face à cette prévention (« à jour », « non à jour », « ne sait pas »)

ALIMENTATION ET SANTÉ IDIAS

PORTIONS DE FRUITS ET LÉGUMES

Une portion c'est ...

80 à 100 g = la taille d'un poing = Deux cuillères à soupe pleines

1 Pour répondre à la prochaine question, prenez le temps de lire ces informations.

ALIMENTATION ET SANTÉ IDIAS

Exemples d'une portion de légumes

1 part de salade 2 c. à soupe d'épinards 1 grosse carotte

1 poignée d'haricots verts 1 tomate 2 blancs de poireaux

Autres légumes : betteraves, chou fleur, chou de Bruxelles, salifs, céleri, champignons, poivrons, courgettes, aubergines, navets, oignons, brocolis, radis, asperges, courges, endives ...

Précédent

ALIMENTATION ET SANTÉ IDIAS

Exemples d'une portion de fruits

4 / 5 fraises 2 abricots 1 petite pomme

1 orange 1/2 pamplemousse 1 tranche de melon

Autres fruits : kiwi, poire, cerises, prune, clémentine, pêche, brugnons, groseilles, framboises, cassia, myrtilles, miris, pastèque ...

Précédent

ALIMENTATION ET SANTÉ IDIAS

Ne sont pas comptés comme fruits ou légumes ...

Les jus de fruits qui ne portent pas la dénomination « pur jus » sans sucre ajouté ou qui ne sont pas élaborés à partir de fruits pressés

Les yaourts aux fruits

Les féculents : pomme de terre, pâtes, riz, céréales, châtaignes, petits pois, semoule, fèves, haricots blancs ...
Les légumes secs : lentilles, haricots rouges et blancs, pois cassés ...

Précédent

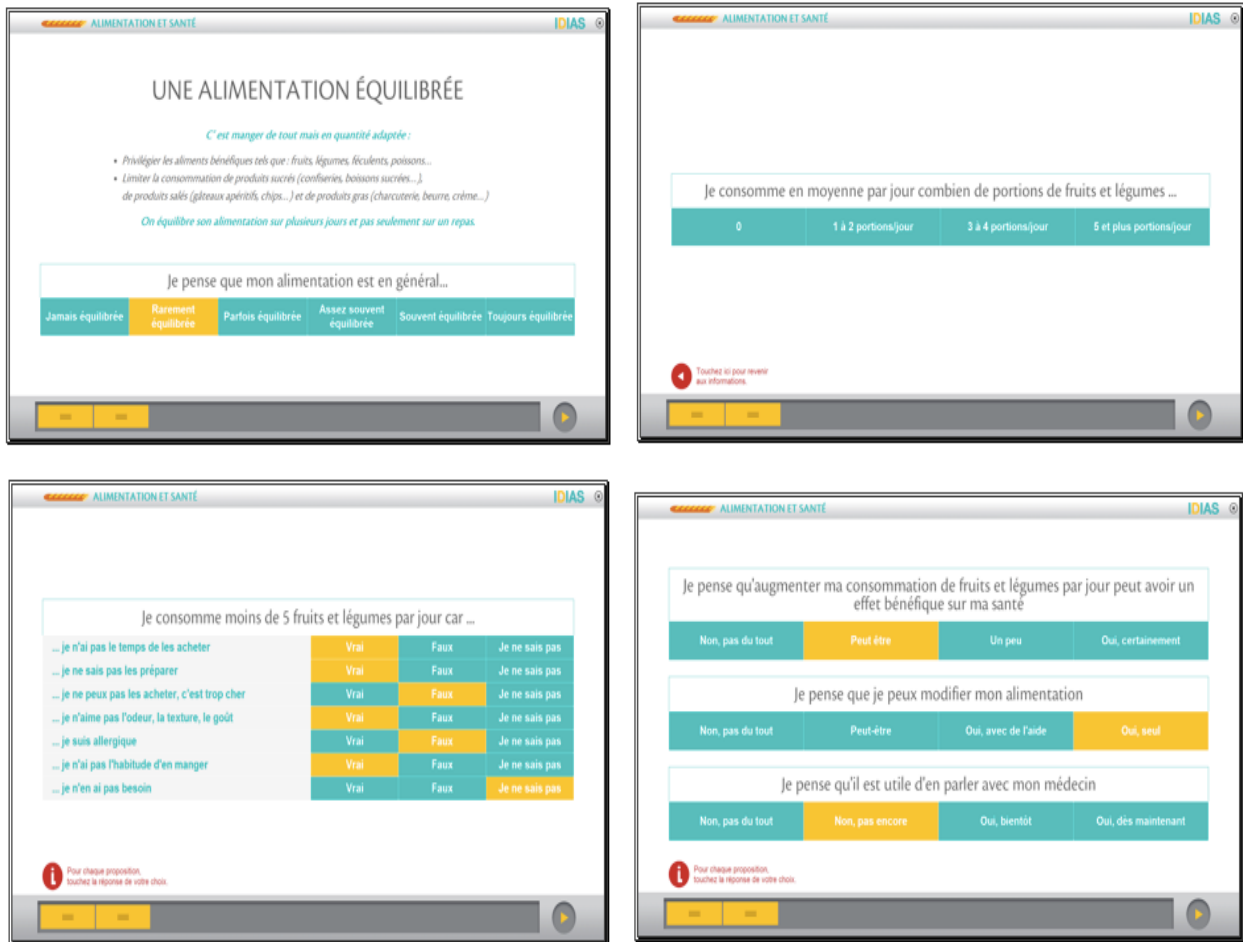


Figure 3: Ecran IDIAS (thème alimentation) : informations, perception globale, habitudes, raisons, bénéfices perçus du changement, capacité au changement et utilité d’en parler à un professionnel de santé.

Une fois que le patient s’est interrogé sur ses habitudes de vie et ses comportements dans chacun des thèmes, la question de la perception globale de son état de santé, aussi posée en début de questionnaire, lui est de nouveau proposée, afin de lui permettre une nouvelle auto-analyse plus générale sur son état de santé.

Dès que le questionnaire est terminé, une synthèse (Annexe 2) des réponses est envoyée de façon sécurisée sur la boîte mail du professionnel de santé. Celle-ci peut être imprimée.

Une analyse conjointe (médecin-patient) de cette synthèse pourra s’effectuer lors d’une consultation spécifique à la demande du patient. En fonction des besoins identifiés lors

de cette consultation, une orientation du patient sera envisagée. Cette décision sera partagée par les deux protagonistes.

Comme nous venons de le voir ci-dessus, cet outil permet de susciter chez les patients une auto-réflexion sur leurs habitudes de vie afin de les amener à s'interroger, voire prendre conscience de leurs effets sur leur santé ainsi que d'évaluer leur motivation à changer.

IDIAS s'inscrit dans le paradigme actuel de la promotion de la santé et donne davantage de place à la prévention en soins primaires. IDIAS met en avant des facteurs qui relèvent tous d'habitudes de vie influençant la santé des individus (alimentation, activité physique, consommations de tabac, d'alcool, de cannabis, qualité du sommeil, état psychologique...).

De par ses préoccupations, IDIAS est en accord avec celles de la politique de santé actuelle.

En effet, le projet de la loi santé (octobre 2014) donne la priorité à la prévention dans un système de santé français essentiellement développé autour du soin. Le premier objectif doit être de tout faire pour éviter qu'apparaisse la maladie. Pour cela, le gouvernement a choisi de s'attaquer aux principaux risques pour la santé que sont le tabac, l'alcool, l'obésité et le diabète. Le tabac et la consommation d'alcool sont repris dans IDIAS tout comme l'activité physique et l'alimentation qui peuvent être impliquées dans le développement de l'obésité et du diabète.

2.8- Question de recherche

Depuis sa création, IDIAS n'a pas encore été évalué en conditions réelles d'utilisation. Nous nous sommes ainsi posés la question de recherche suivante :

« Comment IDIAS est-il utilisé par les patients et les professionnels de santé en soins primaires, dans divers contextes de médecine générale ? »

2.9- Hypothèses

En phase exploratoire de mise en place, IDIAS sera utilisé différemment et par une proportion limitée de patients des différents cabinets. L'analyse partagée des réponses obtenues aux questionnaires IDIAS permettra une prise en charge individualisée. IDIAS

permettra aussi d'identifier de façon globale les comportements à risque les plus souvent retrouvés et ainsi mettre en place des offres adaptées.

Certains profils de patients seront plus particulièrement adressés à IDIAS, sans doute les profils pour lesquels des comportements à risque sont suspectés ou des profils pour lesquels l'abord a paru difficile. Les professionnels auront une perception probablement partagée sur la faisabilité et l'utilité de l'outil, plutôt favorable vu leur implication. Des difficultés liées aux retours des patients désireux d'analyser leur auto-évaluation seront sans doute signalées.

Enfin, les patients auront probablement des remarques plus ou moins positives sur IDIAS selon leur profil de départ et leur auto-évaluation. On peut imaginer qu'une orientation un peu forcée des patients pourra déboucher sur des critiques de l'outil avec un sentiment d'intrusion, alors que l'orientation empathique ou autonome entrainera des réponses plus positives.

2.10- Objectifs de l'étude

Objectif principal : décrire les profils des patients utilisateurs de IDIAS dans plusieurs contextes d'exercice de médecine générale.

Objectifs secondaires :

- étudier la perception d'utilité de IDIAS par les professionnels de santé et les patients.
- Etudier la faisabilité de IDIAS en conditions réelles de pratique de soins primaires, en explorant ses positionnements possibles.

III- Matériels et méthode

3.1- Schéma de l'étude et méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle exploratoire, transversale, descriptive et multicentrique en Aquitaine avec un volet patients et un volet soignants (professionnels de santé), basée sur le volontariat.

IDIAS a été installé et étudié en conditions réelles d'utilisation dans 3 lieux d'exercices de médecine générale différents en Aquitaine :

- La Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) de Saint Pardoux la Rivière en Dordogne, où IDIAS a été installé en septembre 2013.
- Un cabinet de médecine générale à Bordeaux Bastide où un médecin généraliste exerce seul. IDIAS y a été installé en avril 2014.
- Le cabinet de groupe du Clos Voissard de Mont de Marsan travaillant en coopération avec deux infirmières du programme ASALEE, où IDIAS a été installé en juin 2014.

Il existe plusieurs temps dans le déroulement de l'utilisation d'IDIAS :

- Tout d'abord, le patient se voit informé sur IDIAS par son professionnel de santé, nous appellerons cette étape **l'Information**.
- Avec son accord, le patient est inclus dans notre étude et remplit le questionnaire informatique. Nous nommerons cette étape **le Remplissage**.
- Les réponses au questionnaire IDIAS sont envoyées, grâce au logiciel, sous la forme d'une synthèse, sur la boîte mail sécurisée du professionnel de santé. Cette synthèse peut être imprimée et analysée, sur demande du patient, lors d'une consultation spécifique. Il s'agit de **la Consultation d'analyse ou de prévention**.
- Puis, en fonction des besoins identifiés lors de cette consultation, des actions sont proposées au patient. Ce dernier peut être orienté, c'est ce que nous appellerons **l'Orientation**.

La méthode de l'étude a consisté à :

- récupérer et décrire les données des questionnaires IDIAS remplis par les patients sur la période de mai à septembre 2014 dans les 3 lieux d'étude, afin de répondre à l'objectif principal.
- obtenir l'avis des utilisateurs d'IDIAS sur la perception d'utilité et la faisabilité d'IDIAS. L'avis des professionnels de santé a été recueilli par des entretiens semi-dirigés et celui des patients par un questionnaire papier.

3.2- Population utilisatrice de IDIAS

3.2.1- Choix des différents lieux d'étude

La MSP de Saint Pardoux La Rivière a été choisie pour tester IDIAS dans le cadre du projet expérimental PACE.

IDIAS a été mis en place à Bordeaux Bastide et dans le cabinet de groupe du Clos Voissard de Mont de Marsan car deux des médecins généralistes (l'un à Bordeaux et l'autre à Mont de Marsan) font partie des médecins URPS-ML et étaient volontaires pour tester l'utilisation d'IDIAS au sein de leur cabinet.

Les différents professionnels de santé (PS) inclus dans l'étude exercent la profession de médecin généraliste ou infirmière diplômée d'état.

Ces différents PS sont considérés comme utilisateurs d'IDIAS dans la mesure où ils incluent les patients et/ou réalisent la consultation d'analyse de la synthèse avec le patient.

→ La MSP de Saint Pardoux La Rivière

Cette Maison de Santé Pluri-professionnelle, créée en 2010, agrandie en mai 2014, est située dans le nord de la Dordogne, en Périgord Vert. Elle est composée de 3 médecins généralistes, quatre infirmières libérales, une diététicienne, un podologue et une psychologue. D'autres médecins spécialistes viennent y réaliser de façon régulière des consultations spécifiques.

Cette MSP possède un secrétariat sur place. Les consultations s'effectuent sans et sur rendez-vous. Elle reçoit des internes dans le cadre de leur formation universitaire.

La secrétaire de la MSP est formée à l'utilisation d'IDIAS.

→ *Le cabinet de Bordeaux Bastide*

Le médecin généraliste exerce seul et sans secrétariat. Les consultations se déroulent avec et sans rendez-vous. Le médecin dispose de deux bureaux distincts. Il réalise une consultation classique dans le premier bureau puis une seconde consultation d'acupuncture dans le deuxième. Le passage de la carte vitale et le paiement des consultations s'effectuent dans le couloir reliant les deux bureaux.

→ *Le cabinet de groupe de Mont de Marsan*

Ce cabinet de groupe de Mont de Marsan, du Clos Voissard, est composé de quatre médecins généralistes et de deux infirmières diplômées d'Etat salariées de l'association ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe). Celles-ci travaillent en coopération avec les médecins généralistes, réalisent le suivi de certains patients (les patients à risque cardio-vasculaire avec soit deux facteurs de risque dont un modifiable, soit trois facteurs de risque ou plus, mais aussi les patients diabétiques de type 2, les patients tabagiques à risque de BPCO et les patients de 75 ans ou plus susceptibles de présenter des troubles cognitifs), ainsi que des consultations d'éducation thérapeutique depuis novembre 2012.

Ce cabinet possède un secrétariat téléphonique à distance.

3.2.2- Population source pour l'objectif principal de l'étude

3.2.2.1- Les critères d'inclusion

Les patients recrutés et inclus dans l'étude sont des personnes adultes, âgées de 30 à 75 ans, venant en consultation quel que soit le motif (renouvellement de traitement, problème aigu, consultation de suivi...). Cette étude étant basée sur le volontariat, les patients inclus acceptent donc d'utiliser IDIAS.

3.2.2.2- Les critères de non inclusion

Ne sont pas inclus dans IDIAS les patients refusant d'utiliser l'outil, présentant des troubles cognitifs, analphabètes ou ne maîtrisant pas le français. L'impossibilité matérielle, notamment le facteur temps, est également une cause de non inclusion de patients à l'utilisation d'IDIAS.

3.2.2.3- Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les synthèses qui n'ont pas été enregistrées (bug informatique), mais aussi les patients qui n'ont pas été jusqu'au bout du questionnaire. Ces patients n'ont pas pu être listés, ils sont perdus de vue car les données ne sont enregistrées que lorsque le patient arrive à la fin du questionnaire et clique sur « terminer ».

3.3- Recueil des données

Afin d'obtenir les profils des patients utilisateurs de IDIAS, objectif principal de l'étude, nous avons recueilli les données des questionnaires IDIAS remplis par les patients sur la période de mai à septembre 2014.

Puis, l'avis des professionnels de santé a été recueilli grâce à des entretiens semi-directifs. Enfin, l'avis des patients utilisateurs de IDIAS a été recueilli à l'aide de questionnaires papiers. Ceci afin de répondre aux objectifs secondaires de l'étude

3.3.1- Les données des questionnaires IDIAS

Seuls les patients ayant terminé de remplir IDIAS ont pu voir leurs données exploitées. Ces données brutes ont été exportées des boîtes IDIAS fin septembre 2014 dans les 3 lieux d'étude. Ces données ont ensuite été triées et regroupées en un seul groupe pour obtenir une seule population.

Il est important de souligner que pour le respect de l'éthique nous avons souhaité garder l'anonymat des patients. Ainsi, seules les initiales de chaque patient étaient visibles par l'enquêteur.

3.3.2- Les entretiens semi-dirigés avec les professionnels de santé

3.3.2.1- Choix de cette méthode

Nous avons décidé de réaliser un entretien semi-dirigé avec chaque professionnel de santé.

En effet, les entretiens semi-dirigés laissent une plus grande liberté à l'interviewé en comparaison des questionnaires. L'interviewé peut parler librement sans être jugé et peut ainsi exposer son point de vue.

3.3.2.2- Le guide d'entretien

Ces entretiens ont été guidés par une grille support (Annexe 3).

Nous avons réalisé cette grille support avec des questions ouvertes de sorte que chaque entretien soit mené de façon identique.

Cette grille n'a pu être testée. En effet, les personnes susceptibles de pouvoir la tester devaient être formées à IDIAS et connaître l'outil.

Par conséquent, seuls les professionnels de santé déjà inclus dans notre étude pouvaient jouer le rôle de testeurs. Ils ne pouvaient donc avoir la fonction de testeur et participer à l'étude.

Cette grille a tout de même été quelque peu affinée au fur et à mesure de l'avancement du travail et en fonction des réponses obtenues au cours des entretiens.

La trame de cette grille servant de support est répartie en quatre phases:

- 1- Avant l'utilisation de IDIAS : information et recrutement des patients
- 2- Pendant l'utilisation de IDIAS
- 3- La Consultation d'analyse ou de prévention
- 4- L'Orientation des patients

Pour chaque phase, nous avons essayé de trouver des questions qui intéressent, d'une part le logiciel lui-même, ses effets sur les utilisateurs, les conditions nécessaires pour l'utiliser (faisabilité) et la perception d'utilité.

3.3.2.3- Déroulement des entretiens

Nous avons essayé de contacter par téléphone les 10 professionnels de santé utilisateurs de IDIAS en Aquitaine afin de leur expliquer notre démarche et notre volonté de les rencontrer pour réaliser un entretien. Ils devaient avoir réalisé plusieurs consultations d'analyse (CA) avec leurs patients avant la réalisation des entretiens, de façon à ce qu'ils aient un peu de recul sur l'utilisation de l'outil. Ces entretiens ont été prévus sur la période de juillet à octobre 2014 selon les disponibilités de chacun.

Pour respecter l'anonymat, un numéro a été attribué à chaque professionnel de santé selon l'ordre des entretiens.

Chaque entretien a été enregistré avec un dictaphone puis retranscrit mot par mot à l'aide du logiciel de traitement de texte Word. Les enregistrements ont été écoutés plusieurs fois pour s'assurer de l'absence d'erreur ou d'oubli de retranscriptions.

3.3.3- Les questionnaires patients

3.3.3.1- Choix de la méthode

Pour interroger les patients, il a été décidé de proposer des questionnaires papiers.

En effet, il était difficile d'organiser des entretiens pour cette population. Il est vrai que les patients devaient déjà être disponibles et accepter de remplir le questionnaire IDIAS, puis prendre rendez-vous pour une CA. Il nous a semblé trop « lourd » de les reconvoquer pour un autre entretien avec l'enquêteur.

3.3.3.2- Construction du questionnaire

Nous avons tout d'abord élaboré un premier questionnaire qui a secondairement été modifié après avoir été testé. Ce test a été réalisé auprès de quelques patients de la MSP de Saint Pardoux la Rivière et du cabinet de groupe de Mont de Marsan avec l'aide du professionnel de santé 2 (PS 2).

Après quelques modifications, notamment retrait des questions ouvertes qui n'étaient pas remplies, la version définitive du questionnaire patient a été validée (Annexe 4).

Le début de notre questionnaire débute donc par 4 questions personnelles : Sexe, âge, profession et motif de consultation.

Les quatre étapes du déroulement de IDIAS sont retrouvées : Information, Utilisation, Consultation d'analyse et Orientation.

Nous avons cherché à obtenir pour chacune de ces étapes, les perceptions des patients sur l'utilité de l'outil et sur la faisabilité d'utilisation. Pour cela notre questionnaire comporte deux types de questions. Tout d'abord, des questions à Choix Multiples, où les patients peuvent cocher la case « Oui » ou « Non » à chacune des réponses, plusieurs réponses « Oui » étant possibles. Puis, on retrouve aussi des questions à choix unique, où le patient ne peut entourer qu'une seule réponse.

3.3.3- Remise du questionnaire au patient

Le questionnaire devait être remis en main propre par le PS, à un minimum de 5 patients qu'il pouvait choisir au hasard, à la fin de la consultation d'analyse.

Une fois le questionnaire remis au patient, celui-ci devait le remplir puis le remettre au professionnel de santé ou à la secrétaire du cabinet.

3.4- Analyse des données

3.4.1- L'analyse des données IDIAS

Nous avons réalisé une analyse descriptive des variables qualitatives selon plusieurs thèmes : l'alimentation, l'activité physique, la consommation d'alcool, la consommation de tabac et de cannabis, mais aussi la qualité du sommeil, l'état psychologique, l'utilisation des médicaments et l'utilisation des services de prévention.

Il existe une seule variable quantitative : l'âge des patients.

On retrouve donc plusieurs variables qualitatives selon les différents thèmes. Pour l'alimentation, l'activité physique, la consommation d'alcool et de tabac, on retrouve les mêmes variables, à savoir : la perception vis à vis du comportement, les habitudes pour ce même comportement, les raisons de ce comportement, les bénéfices perçus du changement de comportement, la capacité perçue à modifier ce comportement et l'utilité de parler de ce comportement à son professionnel de santé. Pour ces parties, sauf pour les raisons du comportement, le patient ne peut donner qu'une réponse. Les données sont exprimées en effectifs (n) et pourcentages (%). En revanche, concernant les raisons des comportements, les patients ont la possibilité de donner plusieurs réponses, il s'agit de Questions à Choix Multiples. Pour chacune des propositions, le patient doit répondre « Oui » ou « Non » ou « Je ne sais pas ». Ainsi, dans les résultats sont présentés des effectifs (n) et des pourcentages (%) pour lesquels les patients ont répondu « Oui ».

Toutes ces variables peuvent être retrouvées pour les autres thèmes, mais pas de façon systématique.

Le logiciel informatique utilisé pour cette analyse est le logiciel sas 9.3. Ce dernier a permis d'obtenir des effectifs (n) et des pourcentages (%) pour les variables qualitatives et une moyenne et un écart type pour l'âge.

Il a été décidé de réaliser cette analyse de manière globale, c'est à dire de grouper les résultats des 3 lieux d'étude. Il ne nous semblait pas intéressant de différencier les résultats en fonction des lieux d'exercice. Pour répondre aux objectifs de l'étude, il ne nous a pas paru utile de poursuivre plus loin les études statistiques.

3.4.2- L'analyse des entretiens auprès des professionnels de santé

Nous avons choisi de réaliser une analyse qualitative de contenus. En effet, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à certains types de questions de recherche en soins primaires (90). Elle a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Concernant le mode de constitution de l'échantillon, l'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu, une caractéristique ou une expérience particulière à analyser (91).

Analyser le contenu d'une communication, c'est « *rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté, formuler, classer tout ce que contient ce document ou cette communication* » (Mucchielli 1991).

Nous avons opté pour l'analyse thématique qui permet de repérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé. Il s'agit donc de produire une reformulation du contenu de l'énoncé sous une forme condensée et formelle. Pour réaliser cette tâche, on procède en deux étapes : *le repérage* des idées significatives et leur *catégorisation* (92).

Nous avons donc analysé chaque mot, groupe de mots ou phrases pour former des « codes ou nœuds ». La première phase de codage a permis de sélectionner des mots ou groupes de mots, porteurs de sens, qui ont ensuite été regroupés en thèmes et sous thèmes.

Chaque entretien a été codé intégralement par la même personne, de façon itérative afin de rendre l'analyse le plus valide possible.

3.4.3- L'analyse des questionnaires patients

Nous avons choisi également de réaliser une analyse descriptive d'une variable quantitative : l'âge des patients et de diverses variables qualitatives dont le sexe, la profession, le motif de consultation. Nous avons poursuivi par une analyse descriptive d'autres variables qualitatives réparties en différents thèmes dans le questionnaire.

En effet, dans la partie UTILISATION DE IDIAS, nous retrouvons les variables qualitatives suivantes :

- Le degré de satisfaction sur la présentation de IDIAS
- Les différentes réactions à la proposition de IDIAS
- L'impression sur l'utilisation de IDIAS
- Les difficultés d'utilisation rencontrées
- La perception d'utilité de IDIAS
- Les intérêts et les apports de IDIAS

Dans la partie concernant LA SYNTHÈSE IDIAS, on retrouve d'autres variables qualitatives:

- L'impression sur la lecture de la synthèse
- L'impression sur le contenu de la synthèse

La partie concernant la CONSULTATION D'ANALYSE regroupe 3 autres variables qualitatives :

- La perception d'utilité de l'analyse
- L'impression sur la consultation
- L'effet sur la relation professionnel de santé/ Patient

Un dernier thème concernant l'avis du patient sur son ORIENTATION est évalué par 3 autres variables qualitatives :

- Les propositions et les offres d'orientation mises en place
- La perception d'utilité des offres
- L'impression sur les décisions prises

Nous rappelons que ce questionnaire comporte des questions à choix multiples et à choix unique. L'analyse de ces variables qualitatives a permis d'obtenir des effectifs (n), correspondant aux réponses pour lesquelles le patient a répondu « Oui ». L'analyse de l'âge a permis d'obtenir une moyenne.

IV- Résultats

4.1- Analyse descriptive des données des questionnaires IDIAS

Il s'agit ici de répondre à l'objectif principal de l'étude.

La période de participation des patients à IDIAS pour notre étude va de **mai à septembre 2014**, soit 5 mois.

La population totale sur les 3 lieux d'étude est de **77 patients** :

- 37 dans la MSP de Saint Pardoux la Rivière
- 20 sur Bordeaux,
- 20 sur Mont de Marsan.

La moyenne d'âge sur cette population est de **55,38 ans**. L'âge minimal est 17 ans et le patient le plus âgé a 78 ans. L'écart type est de 12,99 ans.

Il y a **61% de femmes et 39% d'hommes**.

IDIAS a permis d'évaluer la perception de santé globale des patients avant et après l'utilisation de IDIAS. On remarque qu'il y a peu de changement de perception de santé globale (tableau 1).

Tableau 1 : Evolution de la perception de santé globale des patients utilisateurs de IDIAS (n=77)

Perception de santé globale	AVANT IDIAS (%)	APRES IDIAS (%)
Très bonne santé	3	1
Bonne	22	27
Plutôt bonne	56	51
Plutôt mauvaise	14	16
Mauvaise	5	5
Très mauvaise	0	0

Une fois que les patients ont terminé de remplir IDIAS, il leur a été demandé de définir ce dont ils auraient besoin à ce moment-là. Les propositions sont les suivantes : « rien », « y réfléchir », « en parler à un professionnel de santé », « en parler à une autre personne », avoir des « informations », « être orienté ».

On remarque alors que les besoins principaux ressentis sont de « parler à leur professionnel de santé » pour 21 patients (27%) et de « réfléchir » pour 20 patients (26%) (figure 4).

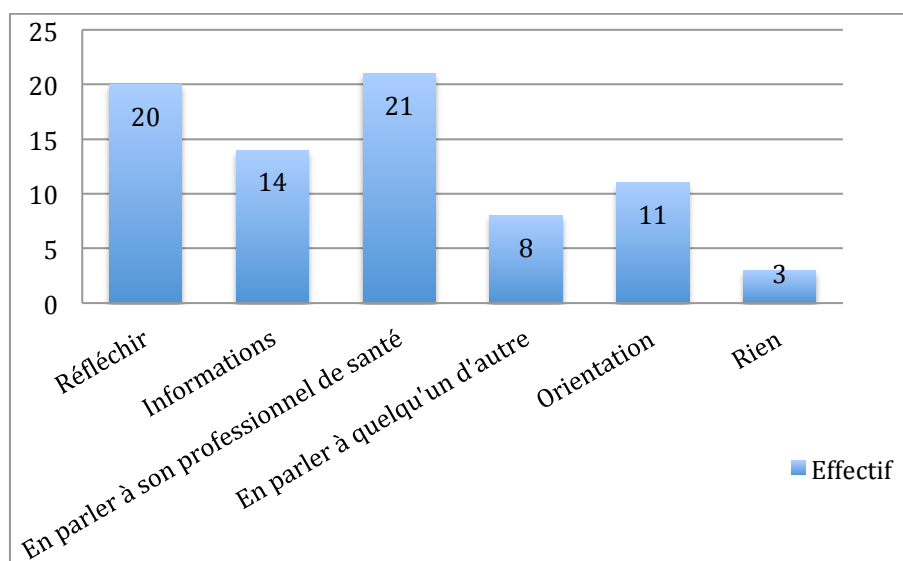


Figure 4 : Besoins ressentis par les patients à la fin de IDIAS (n=77)

4.1.1- L'alimentation

4.1.1.1- Perception des patients vis à vis de leur alimentation

57 patients (74%) pensent avoir une alimentation équilibrée, dont 1 patient « toujours équilibrée », 25 (33%) « souvent équilibrée » et 31 (40%) « assez souvent équilibrée » (figure 5).

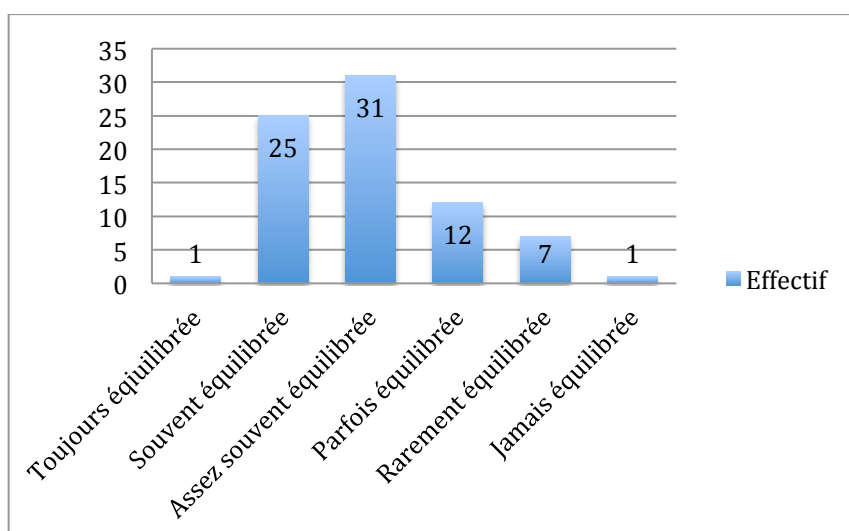


Figure 5 : Perception de l'équilibre alimentaire (n=77)

4.1.1.2- Habitudes de consommation de fruits et légumes

69 patients (89%) consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour. Seulement 8 patients (11%) en consomment au moins 5 (figure 6).

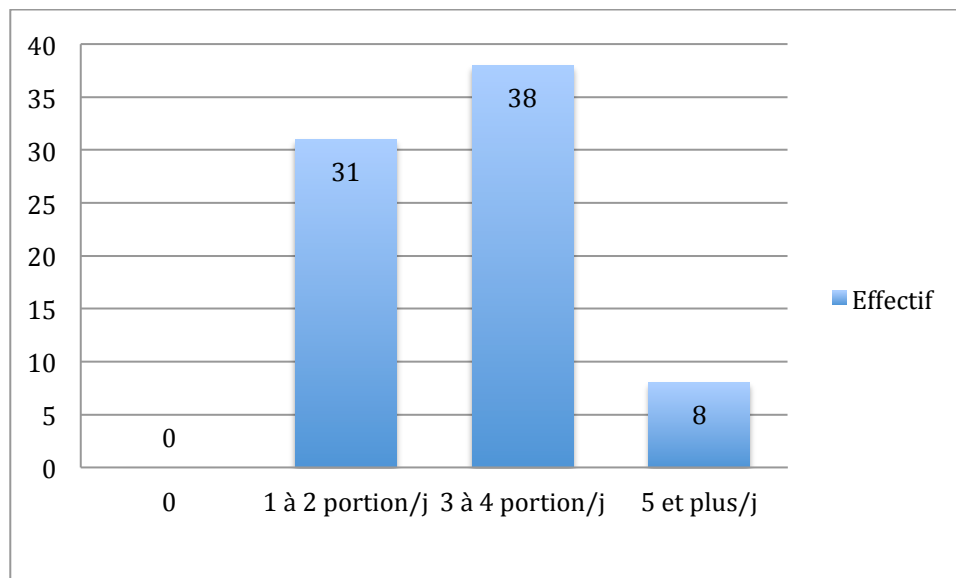


Figure 6 : Consommation quotidienne de fruits et légumes (n=77)

4.1.1.3- Raisons d'une faible consommation de fruits et légumes

Rappelons que pour les raisons des comportements, les patients ont la possibilité de donner plusieurs réponses. Il s'agit de Questions à Choix Multiples. Pour chacune des propositions, le patient doit répondre « Oui » ou « Non » ou « Je ne sais pas ». Ci-dessous sont présentés les résultats : effectifs (n) et pourcentages (%), pour lesquels les patients ont répondu « Oui ».

Les raisons d'une faible consommation quotidienne de fruits et légumes concernent les patients situés en dessous du seuil recommandé, soit 69 des 77 patients (89%).

Ces raisons sont classées en 3 principaux thèmes.

- Tout d'abord **l'accessibilité financière** qui concerne 11 patients
- Puis, nous avons regroupé le thème suivant sous le terme « **compétences** » : En effet 7 patients « ne savent pas préparer » les fruits et légumes et 4 n'ont pas le temps de les acheter ou de les préparer.
- Enfin, les **habitudes et croyances** : 6 patients n'ont « pas l'habitude » d'en consommer et 5 considèrent ne « pas en avoir besoin ».

Les autres raisons retrouvées sont la présence d'une allergie pour 2 patients et 2 autres ne consomment pas de fruits et légumes car ils n'aiment pas ça (figure 7).

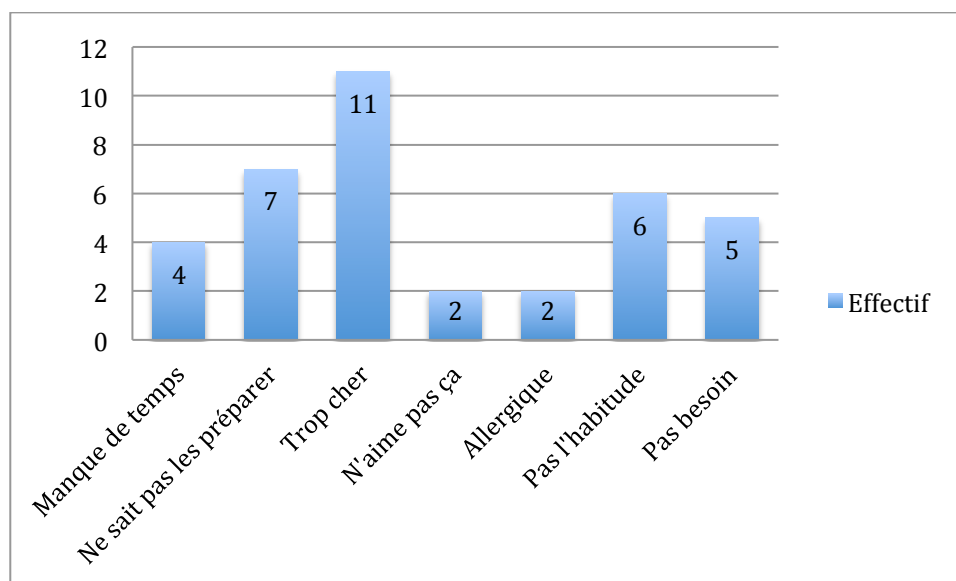


Figure 7 : Raisons évoquées d'une faible consommation quotidienne de fruits et légumes par les 69 patients

4.1.1.4- Bénéfices perçus du changement de comportement vis à vis de l'alimentation

Parmi les patients consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour (n=69), 58 (soit 84%) pensent qu'augmenter cette consommation peut avoir un effet bénéfique sur leur santé (48 répondent « oui certainement », 10 répondent « un peu »). A noter que 7 patients (10%) ont répondu « peut-être ». 4 patients (6%) estiment qu'augmenter cette consommation n'a pas d'effet bénéfique pour leur santé (figure 8).

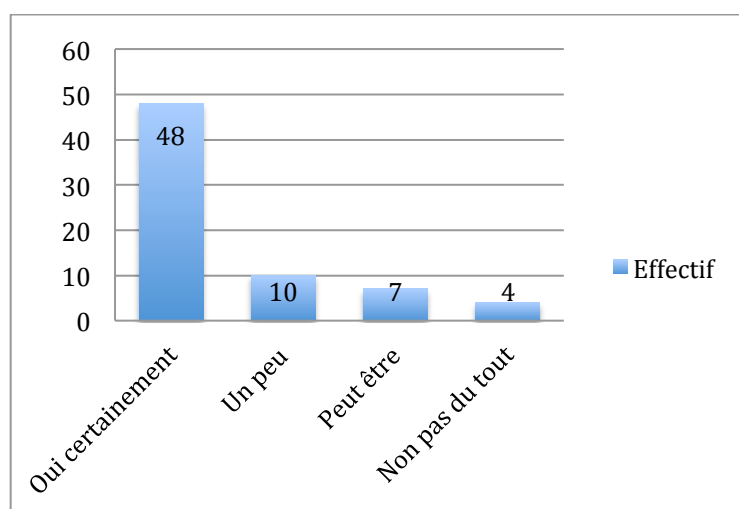


Figure 8 : Bénéfices perçus d'une augmentation de la consommation quotidienne de fruits et légumes (n=69)

4.1.1.5. Capacité perçue au changement de comportement vis à vis de l'alimentation

54 patients consommant moins de 5 portions quotidienne de fruits et légumes (soit 78%) pensent pouvoir modifier leur comportement, dont 31 « avec de l'aide » (soit 45%).

Seuls 2 patients (3%) ne pensent « pas du tout » pouvoir changer de comportement vis à vis de leur consommation quotidienne de fruits et légumes (figure 9).

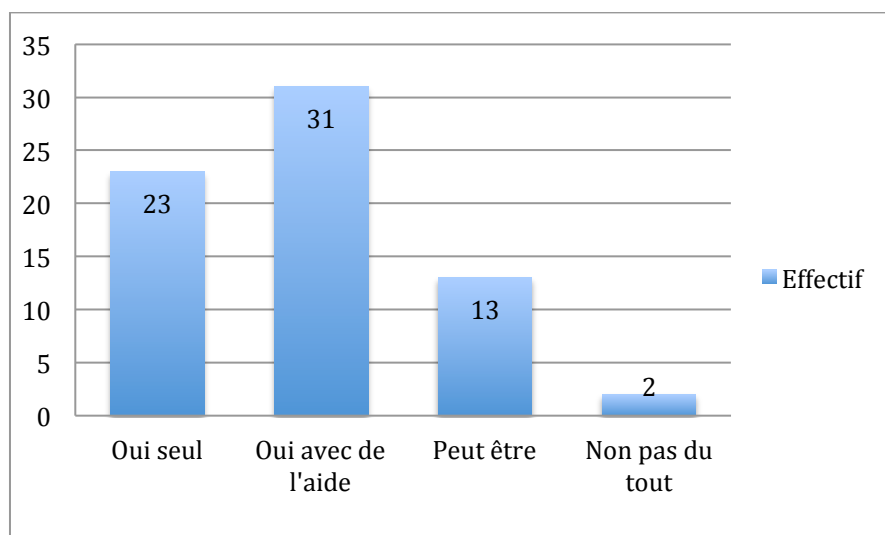


Figure 9 : Capacité à modifier son alimentation (n=69)

4.1.1.6- Utilité de parler de son alimentation à un professionnel de santé

46 de ces patients (soit 67%) pensent qu'il est utile d'en parler à leur professionnel de santé (dont 26 (38%) « dès maintenant » et 20 (29%) « bientôt »). En revanche, 23 patients pensent qu'il n'est pas utile de leur en parler (33%) (figure 10).

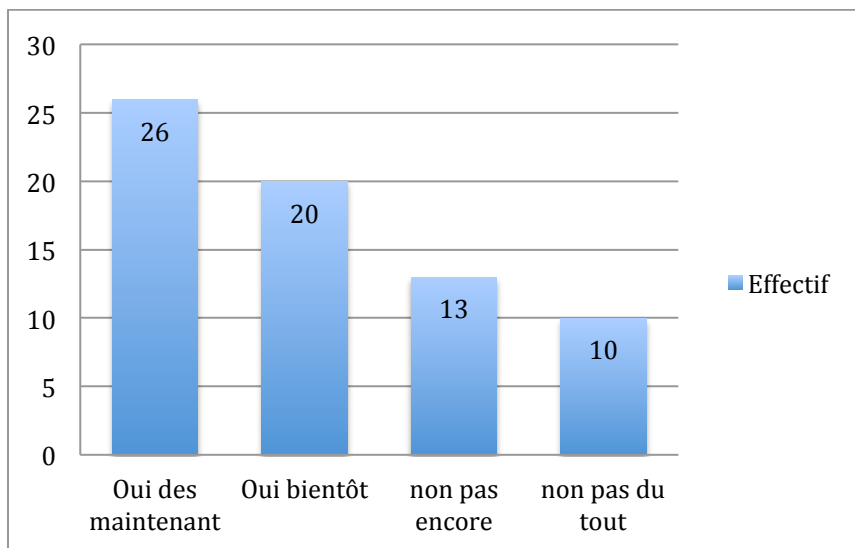


Figure 10 : Utilité de parler de son alimentation avec un professionnel de santé (n=69)

4.1.2- L'activité physique

4.1.2.1- Perception du niveau d'activité physique

50 de nos 77 patients pensent que leur niveau d'activité physique est faible (65%). 27 (35%) estiment avoir un niveau élevé d'activité physique (figure 11).

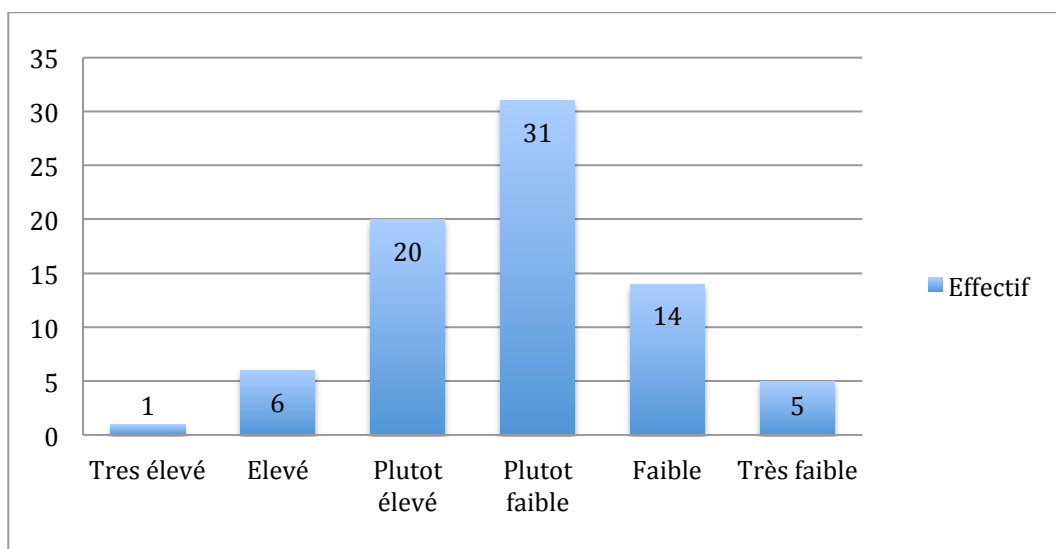


Figure 11 : Perception du niveau d'activité physique (n=77)

4.1.2.2- Habitudes de vie concernant la pratique de l'activité physique

Quand on regarde de façon plus précise, 60 patients pratiquent moins de 5 fois par semaine une activité physique d'au moins 30 minutes d'affilée (soit 78%).

A noter que 17 patients (22%) sont au niveau, ou au-dessus du seuil recommandé, soit pratiquent « au moins 5 fois 30 minutes d'affilée d'activité physique par semaine » (figure 12).

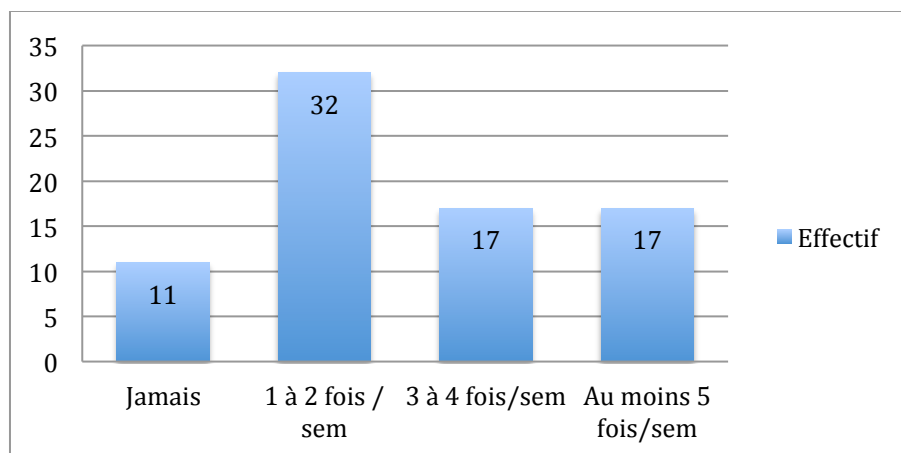


Figure 12 : Pratique activité physique au moins 30 min d'affilée (n= 77)

4.1.2.3- Raisons d'un faible niveau d'activité physique

Les raisons d'un faible niveau d'activité physique sont donc précisées par les 60 patients ayant une pratique d'activité physique inférieure au seuil des recommandations.

La raison principale retrouvée est le « **manque de motivation** » pour 38 patients (63%).

29 de nos patients (48%) se considèrent comme « non sportifs » et 28 (47%) pratiquent peu d'activité physique en raison d'une « mauvaise condition physique ». 24 patients « manquent de **temps** » (40%) et 16 répondent « **ne pas aimer le sport** » (27%).

Les raisons plus secondaires d'un faible niveau d'activité physique sont pour 8 patients l'accessibilité financière et pour 3 des croyances. Ces derniers pensent « ne pas en avoir besoin » (figure 13).

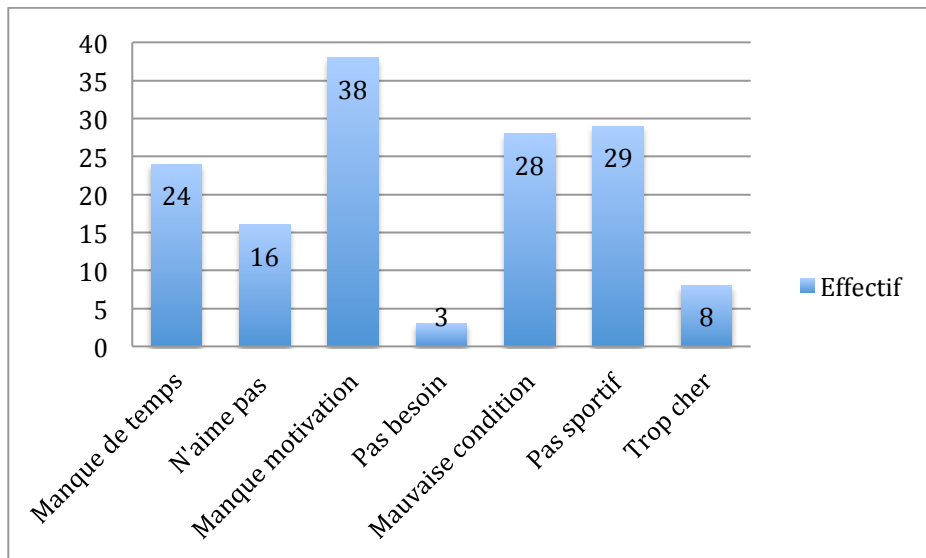


Figure 13 : Raisons évoquées d'un faible niveau d'activité physique par les 60 patients

4.1.2.4- Bénéfices perçus du changement de comportement vis à vis de l'activité physique

Parmi les patients pratiquant moins de 5 fois par semaine au moins 30 minutes d'affilée d'activité physique (n=60), 55 (soit 92%) pensent qu'augmenter leur niveau d'activité physique peut avoir un effet bénéfique sur leur santé (figure 14).

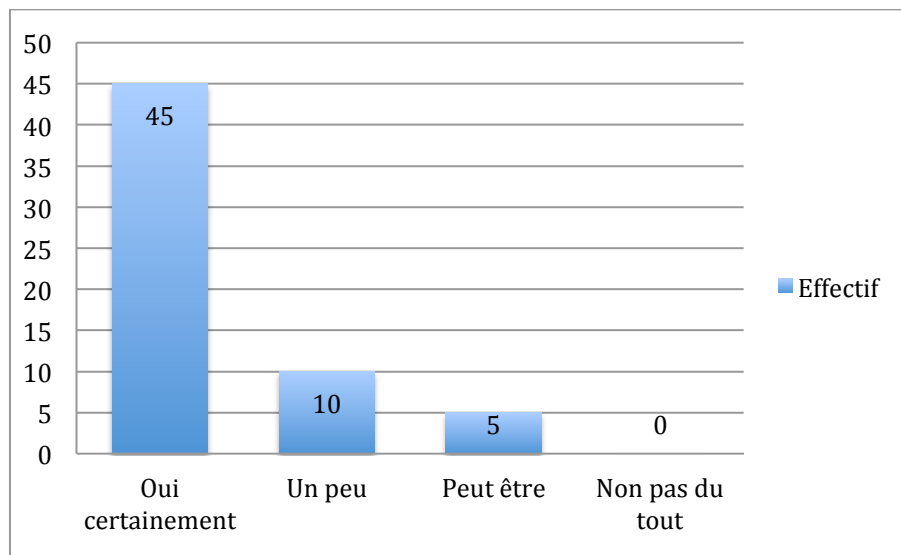


Figure 14 : Bénéfices perçus d'une augmentation de l'activité physique (n= 60)

4.1.2.5- Capacité perçue au changement de comportement vis à vis de l'activité physique

D'après la figure 15, 43 (soit 72%) de nos 60 patients pratiquant moins de 5 fois par semaine au moins 30 minutes d'affilée d'activité physique, pensent pouvoir augmenter

leur niveau d'activité physique, dont 19 « avec de l'aide ». Seulement, 1 patient ne pense « pas du tout » pouvoir changer de comportement vis à vis de l'activité physique. 16 patients semblent encore incertains vis à vis de leur capacité à changer leurs habitudes.

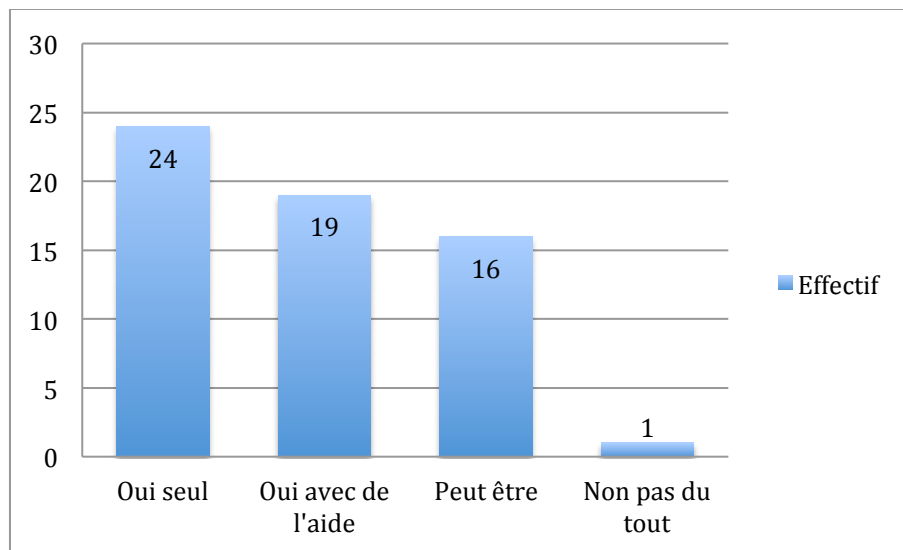


Figure 15 : Capacité à augmenter son activité physique (n= 60)

4.1.2.6- Utilité de parler de son activité physique avec un professionnel de santé

42 de ces patients (soit 70%) pensent utile de parler de leur pratique d'activité physique à leur professionnel de santé (15 « dès maintenant » et 27 « bientôt ») (figure 16).

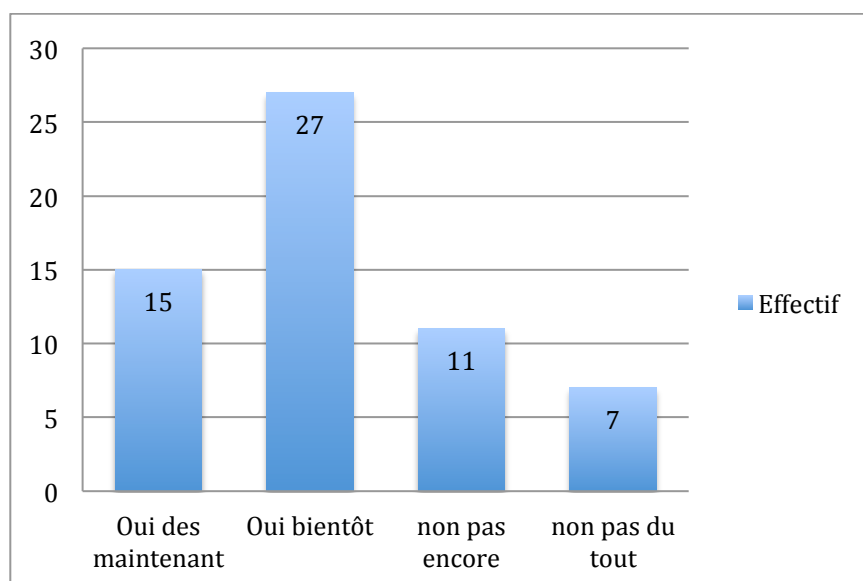


Figure 16 : Utilité de parler de son activité physique avec un professionnel de santé (n=60)

4.1.3- L'alcool

4.1.3.1- Perception concernant la consommation d'alcool

D'après la figure 17, 12 patients estiment n'avoir jamais consommé d'alcool et 2 répondent ne plus en consommer aujourd'hui. Il y a donc 63 patients (soit 81%) qui consomment de l'alcool. Parmi ceux-ci, 32 disent en consommer « occasionnellement » et 17 « très rarement ». En revanche, 13 patients considèrent avoir une consommation d'alcool régulière voire même excessive pour 1 personne.

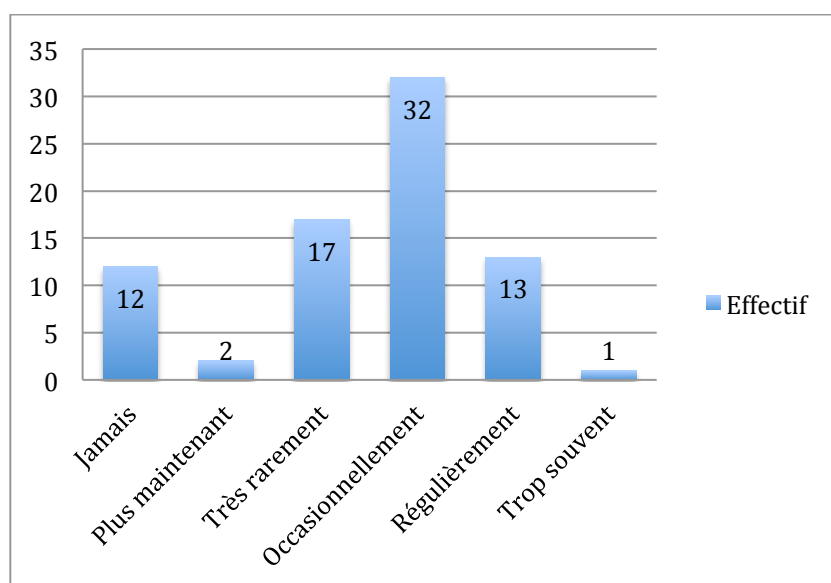


Figure 17 : Perception de la consommation d'alcool (n= 77)

4.1.3.2- Habitudes de consommation d'alcool

Parmi les patients consommateurs d'alcool (n= 63), 8 en consomment « au moins 4 fois par semaine ») (figure 18).

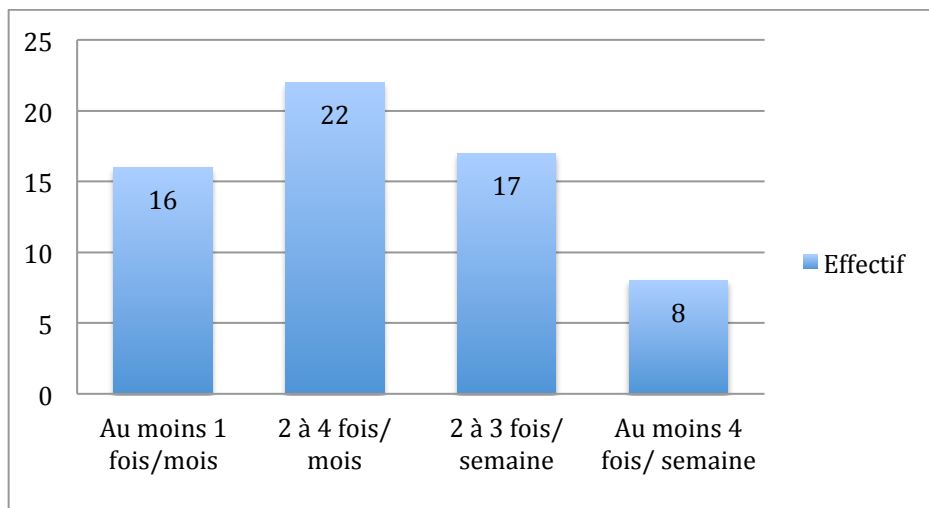


Figure 18 : Habitudes de consommation d'alcool (n= 63)

Les habitudes de consommation d'alcool sont détaillées. Une question sur la consommation moyenne quotidienne en verres standards d'alcool est posée à ces patients.

Parmi ces 63 patients, lorsqu'ils consomment, 46 estiment boire en moyenne « 1 ou 2 verres d'alcool par jour », 13, « 3 ou 4 verres par jour ». 4 patients en consomment en moyenne entre 5 et 9 verres par jour (3 « 5 ou 6 verres par jour » et 1 « 7 à 9 verres par jour »). Soit 17 patients sans doute au-dessus des seuils OMS pour la consommation moyenne quotidienne.

Une seconde question s'intéresse à la fréquence de consommation d'au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion : 42 patients répondent ne jamais boire ces 6 verres, 13 estiment consommer à ce niveau, « moins d'une fois par mois », 5 « une fois par mois », 3 patients « une fois par semaine », dont 1 personne « chaque jour ou presque ». Soit 22 patients ayant des consommations ponctuelles élevées.

Enfin, IDIAS permet aussi d'évaluer si les consommateurs d'alcool ont déjà « ressenti le besoin de diminuer » cette consommation : 11 patients répondent que oui.

4.1.3.3- Raisons de la consommation d'alcool

Les raisons principales sont le « **plaisir** » de consommer pour 35 d'entre eux (soit 56%) et « **l'envie** » pour 28 (soit 44%). Une troisième raison retrouvée fréquemment est « **l'habitude** » de consommation pour 25 d'entre eux. Mais aussi, 16 patients estiment qu'il est « normal » de boire de l'alcool. On remarque également par ces réponses, que

les **croyances** sont aussi une des raisons de consommation d'alcool. En effet, 10 patients pensent que consommer de l'alcool est « bon pour sa santé ».

Par ailleurs, 5 des patients buveurs d'alcool ne peuvent pas réduire leur consommation, ils sont donc dépendants et de la même façon 2 ont répondu en avoir « besoin » (figure 19).

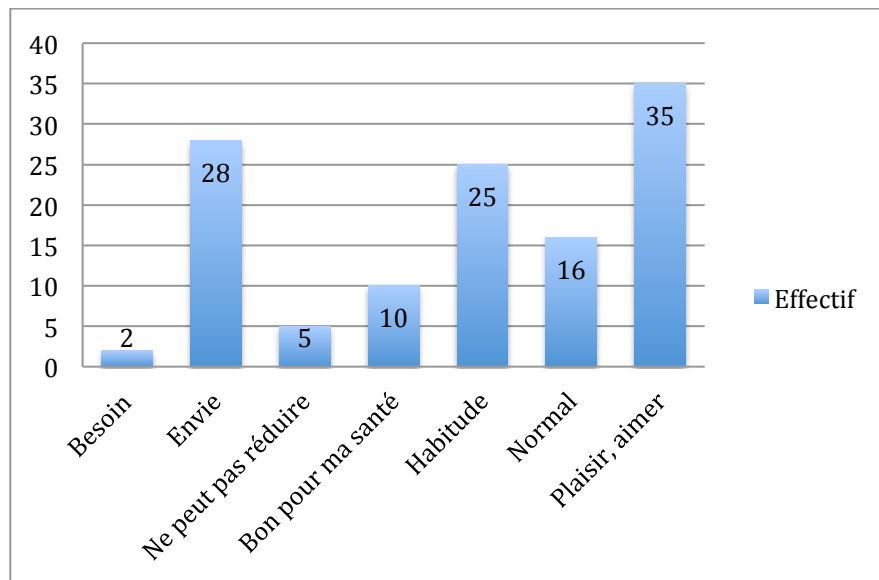


Figure 19 : Raisons évoquées de la consommation d'alcool par les 63 patients

4.1.3.4- Bénéfices perçus du changement de comportement vis à vis de l'alcool

Les résultats montrent que 34 de ces 63 patients (soit 54%) pensent que diminuer sa consommation d'alcool peut avoir un effet bénéfique sur sa santé. En revanche, 19 patients pensent qu'il n'y a pas de bénéfice pour sa santé à diminuer sa consommation d'alcool. Les 10 patients restant répondent « peut être » à la question posée (figure 20).

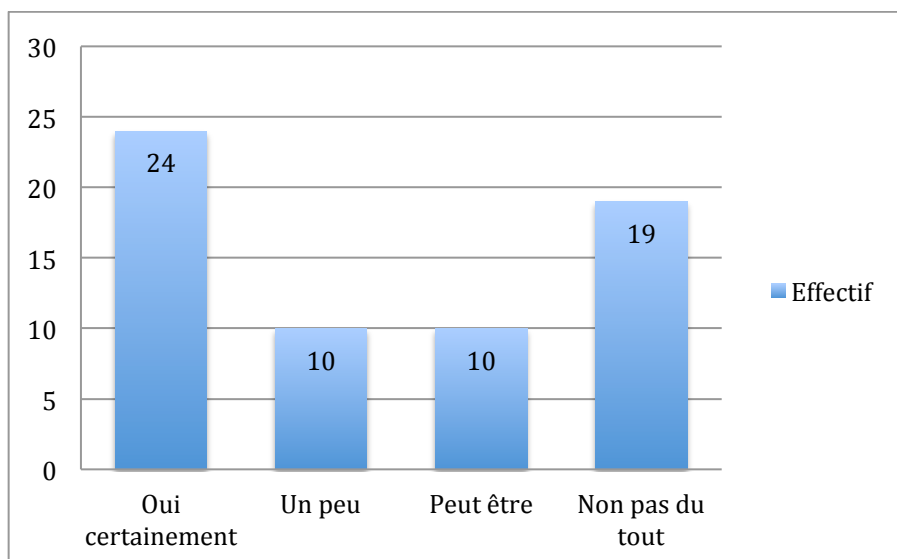


Figure 20 : Bénéfices perçus d'une diminution de sa consommation d'alcool (n=63)

4.1.3.5- Capacité perçue au changement de comportement quant à la consommation d'alcool

38 de nos patients consommateurs (soit 60%) pensent pouvoir modifier leur comportement vis à vis de l'alcool, dont seulement 1 patient « avec de l'aide ».

Il est à noter que 13 patients répondent « peut-être » à la question posée. Ils ne savent pas vraiment se positionner sur leur capacité à changer leurs habitudes vis à vis de ce comportement (figure 21). Surtout 12 patients ne se sentent pas capable de diminuer leur consommation d'alcool.

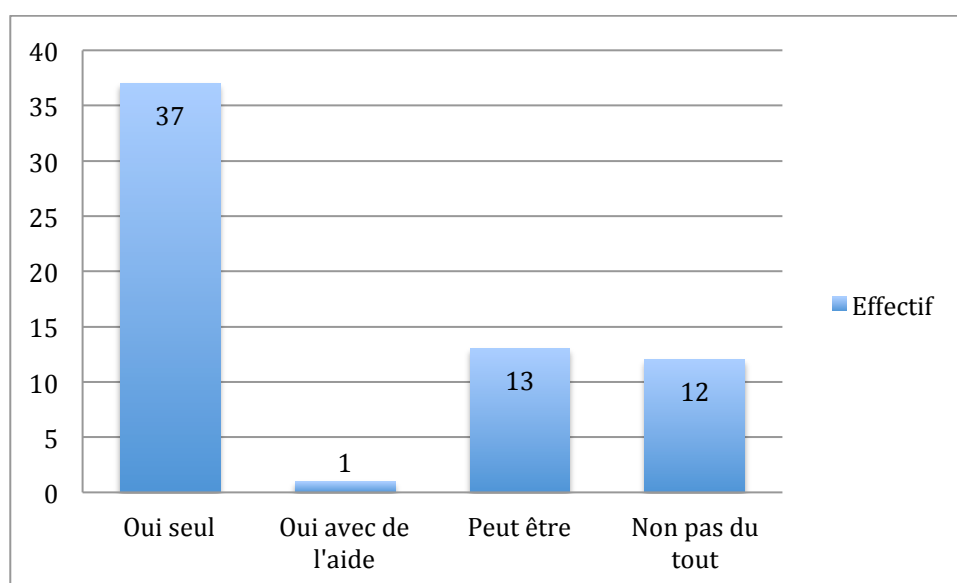


Figure 21 : Capacité à diminuer sa consommation d'alcool (n= 63)

4.1.3.6- Utilité de parler de sa consommation d'alcool à un professionnel de santé

10 patients consommant de l'alcool pensent qu'il est utile d'en parler à un professionnel de santé (soit 16%) (6 répondent « oui des maintenant » et 4 « oui bientôt ») et 14 « non pas encore » donc l'envisagent (22%) (figure 22).

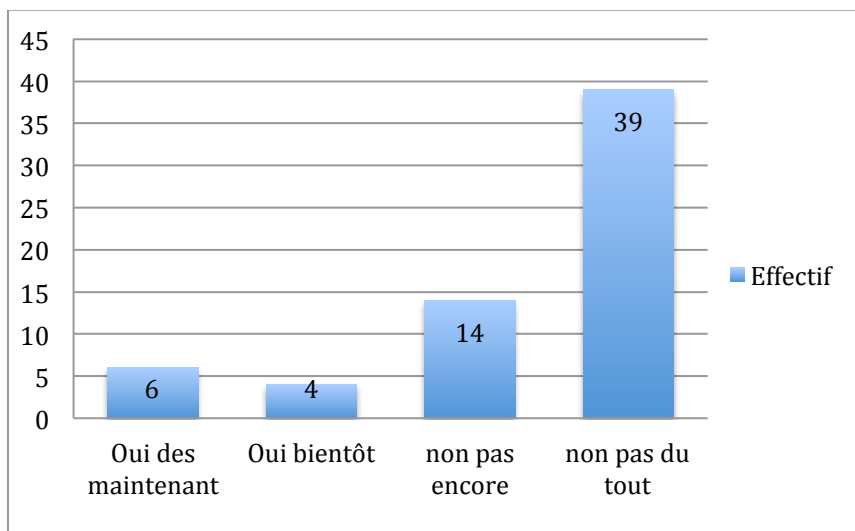


Figure 22 : Utilité de parler de sa consommation d'alcool à un professionnel de santé (n= 63)

4.1.4- Le tabac

4.1.4.1- Perceptions de la consommation de tabac

Dans notre population (n=77), on retrouve **20 patients fumeurs (soit 26%)**.

Parmi ces fumeurs, 19 affirment que fumer est agréable (soit 95%) (2 « très agréable », 8 « agréable » et 9 « plutôt agréable »).

4.1.4.2- Habitudes de consommation de tabac

Parmi les 20 patients fumeurs, 15 fument « tous les jours » et 5 considèrent fumer « de temps en temps ». 46 n'ont jamais fumé, 8 ont arrêté de fumer « depuis plus de 3 ans » et 3 ont arrêté « depuis moins de 3 ans ». Ces 3 patients sont donc encore considérés comme à risque cardio-vasculaire.

IDIAS développe un peu plus les questions sur ce comportement et permet d'interroger le patient sur sa position vis à vis de l'arrêt du tabac. On retrouve que sur les 20

personnes fumeuses, 18 ont déjà « essayé d'arrêter de fumer ». Parmi ces patients, 12 ont déjà arrêté la cigarette pendant au moins 1 semaine.

4.1.4.3- Raisons de la consommation de tabac

IDIAS permet par la suite de questionner le patient fumeur sur les raisons de ce comportement à risque. Les raisons qui reviennent le plus souvent sont « l'envie » (n=18) et le « plaisir » (n=17). 11 patients ressentent le « besoin » de fumer et autant « ne peuvent pas réduire ».

Il existe donc une dépendance au tabac chez un peu plus de la moitié des patients fumeurs de notre étude (55%). 9 personnes y perçoivent une aide. D'autres raisons ont été aussi évoquées : 8 trouvent cela « convivial » et 5 fument car ont « peur de prendre du poids à l'arrêt du tabac » (figure 23).

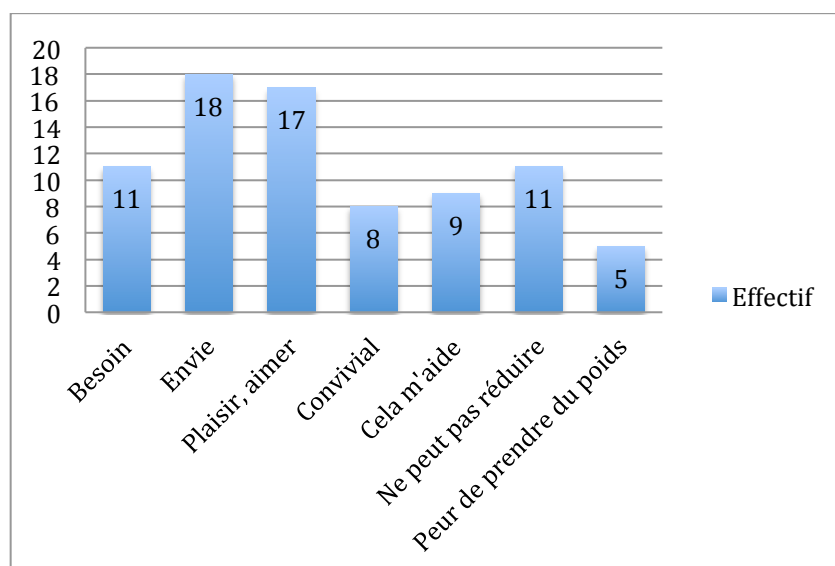


Figure 23 : Raisons évoquées de la consommation de tabac par les 20 patients

4.1.4.4- Bénéfices perçus du changement de comportement vis à vis du tabac

La majorité des patients fumeurs sont conscients des effets du tabac sur la santé. En effet, 19 d'entre eux (soit 95%) pensent que diminuer leur consommation de tabac peut avoir un effet bénéfique sur leur santé (18 répondent « oui certainement » et 1 « un peu »)

Par ailleurs, un seul patient fumeur estime que diminuer sa consommation de tabac n'a pas d'effet bénéfique sur sa santé (figure 24).

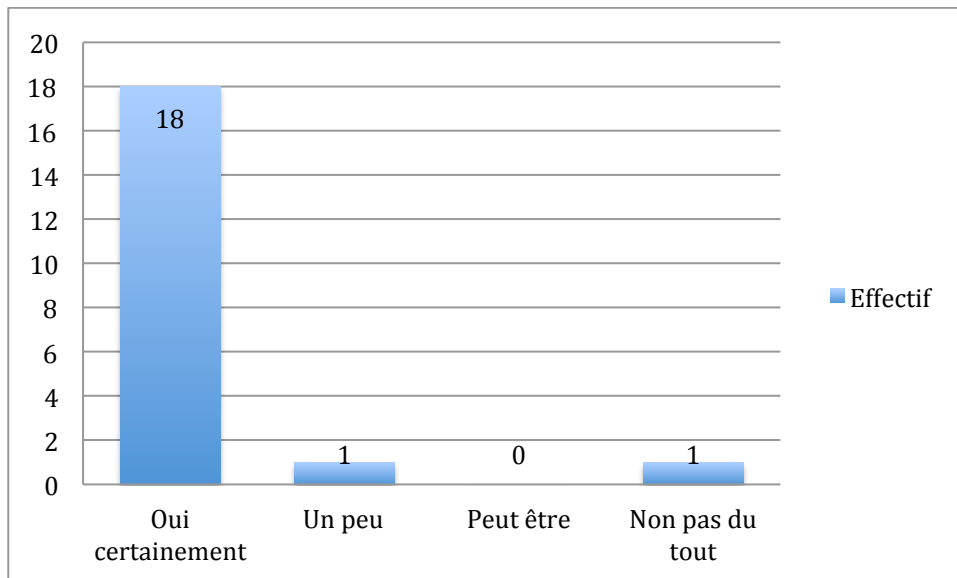


Figure 24 : Bénéfices perçus d'une diminution de consommation de tabac (n=20)

4.1.4.5- Capacité perçue au changement de comportement vis à vis du tabac

13 patients fumeurs pensent pouvoir arrêter de fumer (soit 65%), dont 9 avec de l'aide. En revanche, 3 patients tabagiques ne se sentent « pas du tout » capables de stopper leur consommation de tabac. 4 répondent « peut-être » à la question posée (figure 25).

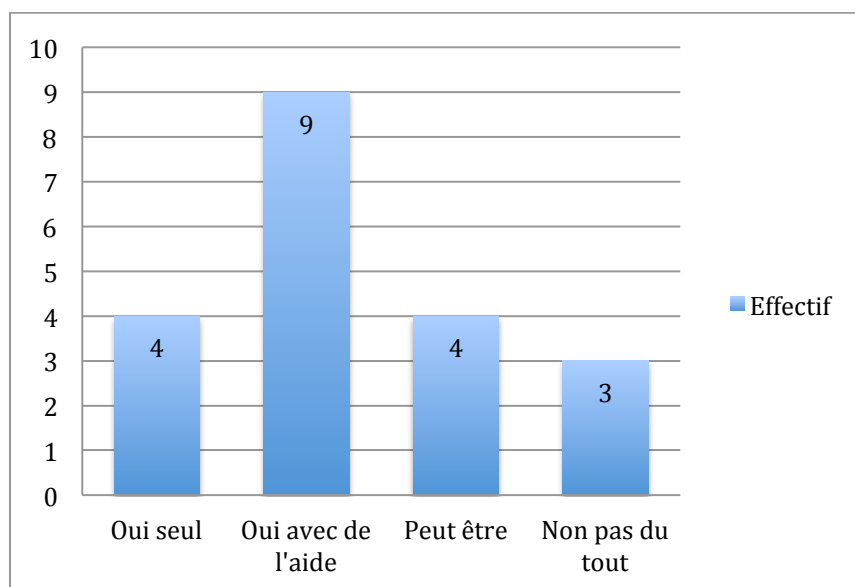


Figure 25 : Capacité à arrêter de fumer (n= 20)

4.1.4.6- Utilité de parler de sa consommation de tabac avec un professionnel de santé

D'après la figure 26, 14 patients fumeurs pensent qu'il est utile de parler de leur consommation de tabac à leur professionnel de santé (soit 70%), 10 répondent « oui bientôt » et 4 « oui maintenant ».

En revanche, 6 patients fumeurs pensent qu'il n'est pas utile d'en parler (4 « non pas encore » et 2 « non pas du tout »).

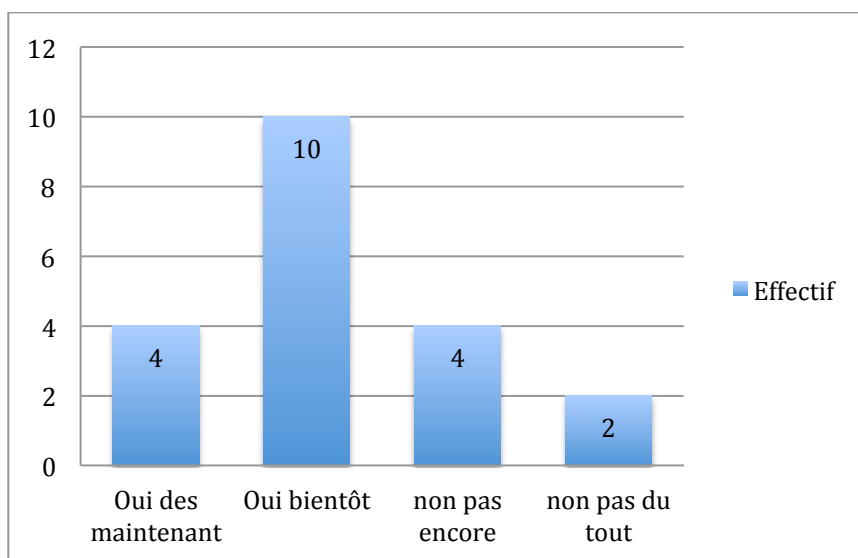


Figure 26 : Utilité de parler de sa consommation de tabac à un professionnel de santé (n=20)

Une question est posée aux patients fumeurs sur la consommation associée de cannabis, car les non fumeurs sont très peu consommateurs de cannabis. On retrouve donc que 4 fumeurs consomment du cannabis (soit 20%), dont 2 « presque tous les jours ». Les 2 autres en consomment occasionnellement (1 patient « si l'occasion se présente » et l'autre « plus d'une fois par mois »).

4.1.5- Le sommeil

4.1.5.1- Perceptions sur la qualité du sommeil

26 patients estiment que leur sommeil est de bonne ou très bonne qualité (20 « bon » et 6 « très bon »). En revanche 51 patients, soit les deux tiers restant, pensent avoir un sommeil perturbé (29 « moyen », 15 « très moyen », 4 « mauvais » et 3 « très mauvais ») (figure 27).

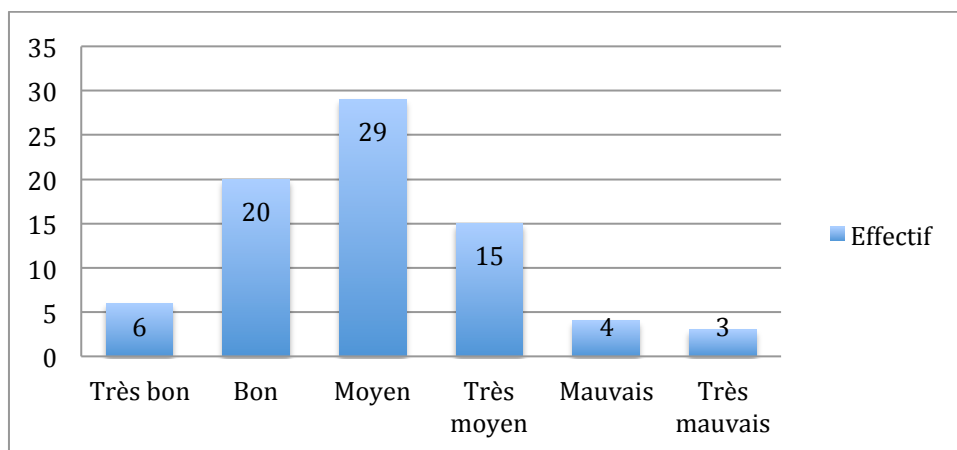


Figure 27 : Perceptions sur la qualité du sommeil (n=77)

4.1.5.2- Habitudes concernant la consommation de « substances d'aide au sommeil »

15 consomment une « aide au sommeil » : somnifères, cannabis, alcool...dont 6 « au moins une fois par semaine », 6 « au moins une fois par mois » et 3 « moins d'une fois par mois ».

4.1.5.3- Raisons d'un sommeil perturbé

Cette question est posée aux 51 patients estimant avoir un sommeil perturbé.

27 répondent que la « **consommation de boissons excitantes le soir** » est responsable de leur mauvais sommeil et 5 accusent le fait de « fumer le soir ».

32 patients pensent que le « **stress** » est une des raisons de ce sommeil perturbé. 17 patients accusent aussi les « **ronflements** ». 13 se disent par contre « sensibles au bruit » et 12 pensent qu'un « diner trop copieux le soir » peut en être la raison. 2 personnes seulement mettent en cause leur literie (figure 28).

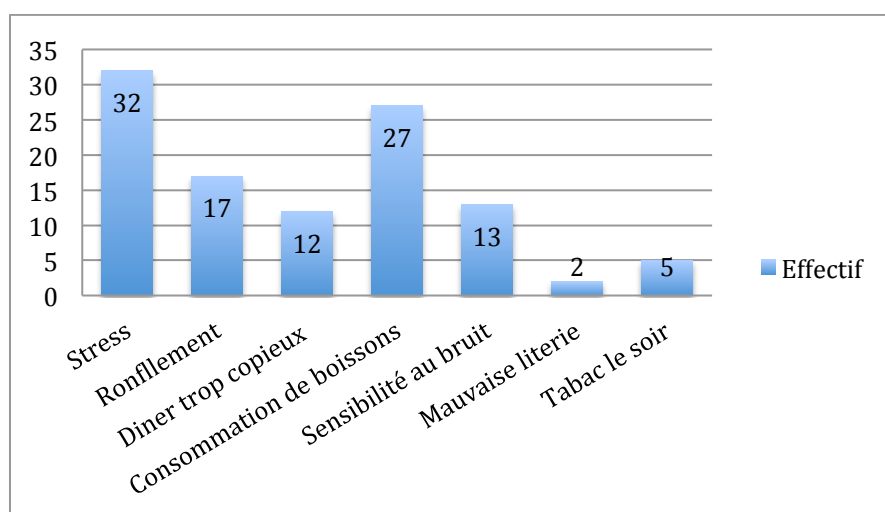


Figure 28 : Raisons évoquées d'un sommeil perturbé par les 51 patients

4.1.6- L'état psychologique

IDIAS permet une auto-évaluation du syndrome dépressif avec deux questions.

18 patients estiment avoir une « humeur triste ou déprimée la plupart du temps » (figure 29).

24 patients considèrent qu'ils présentent une « anhédonie » (figure 30).

11 patients présentent les deux symptômes associés.

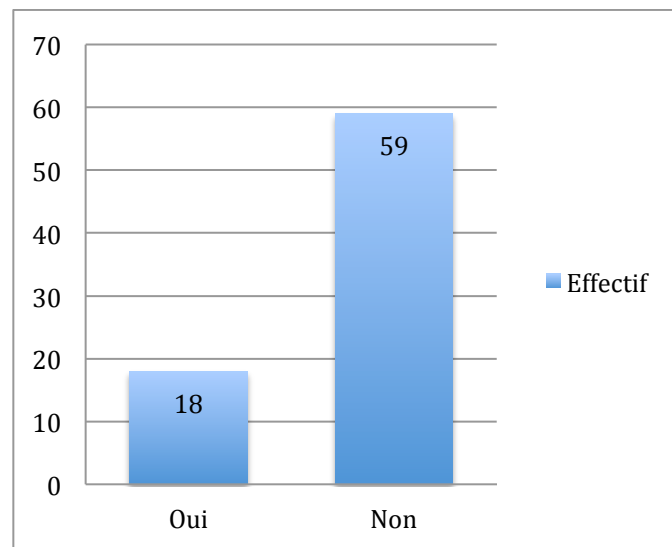


Figure 29 : humeur triste ou déprimée la plupart du temps (n=77)

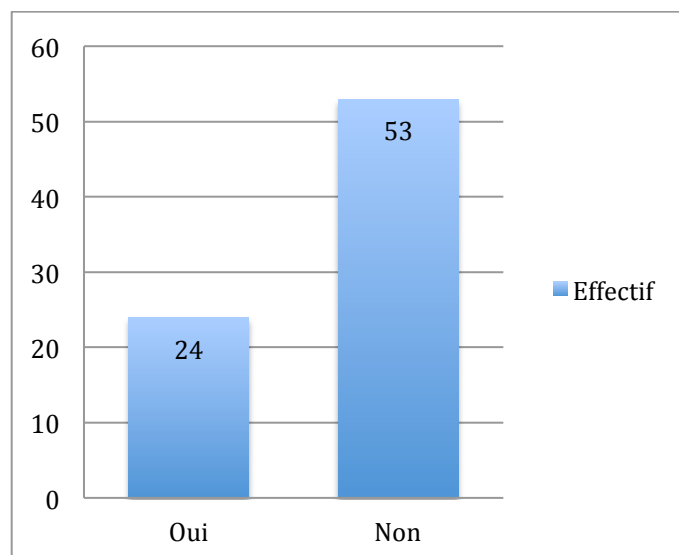


Figure 30 : Perte d'intérêt/ Anhédonie (n=77)

4.1.6.1- Raisons de ce mal être psychologique

Les raisons de ce mal être sont proposées aux 31 patients ayant répondu « Oui » à au moins une des deux questions précédentes.

Les raisons principales de ce mal être sont les « **problèmes de santé** » pour 16 patients. 11 tiennent pour responsables les « **relations familiales** ». Les « **problèmes financiers** » arrivent en troisième position avec un total de 8 réponses. 7 personnes estiment que « le travail » est responsable de leur mal être psychologique. 5 dénoncent les « relations amicales » et autant les « relations conjugales » (figure 31).

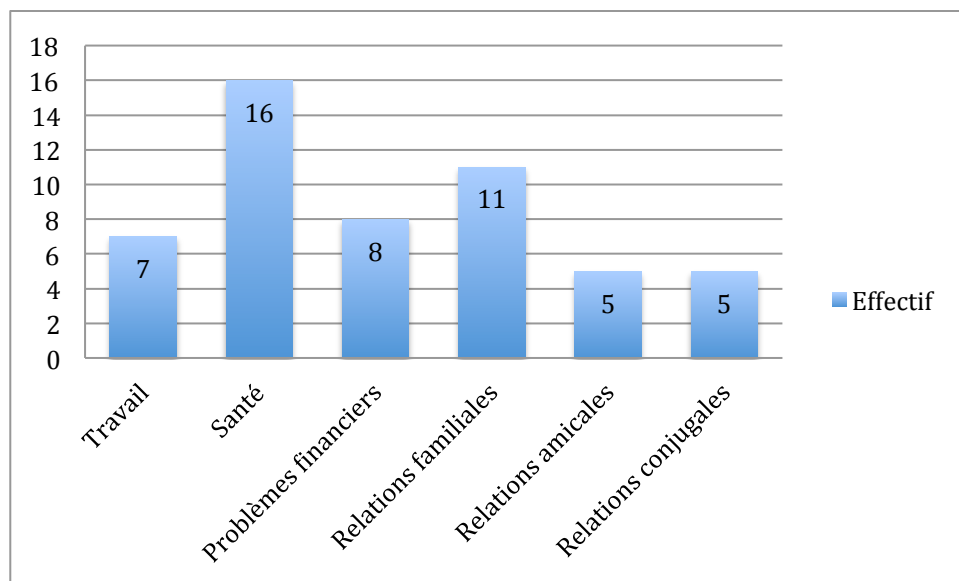


Figure 31 : Raisons évoquées de ce mal être par les 31 patients

4.1.6.2- Utilité de parler de son état psychologique à un professionnel de santé

Tous les patients inclus dans l'étude (n=77) ont répondu à cette question.

On retrouve que 47 personnes pensent qu'il n'est pas utile de parler de leur état de santé psychologique à leur professionnel de santé. 30 patients pensent donc qu'il est utile d'en parler (11 dès maintenant et 19 bientôt) (figure 32).

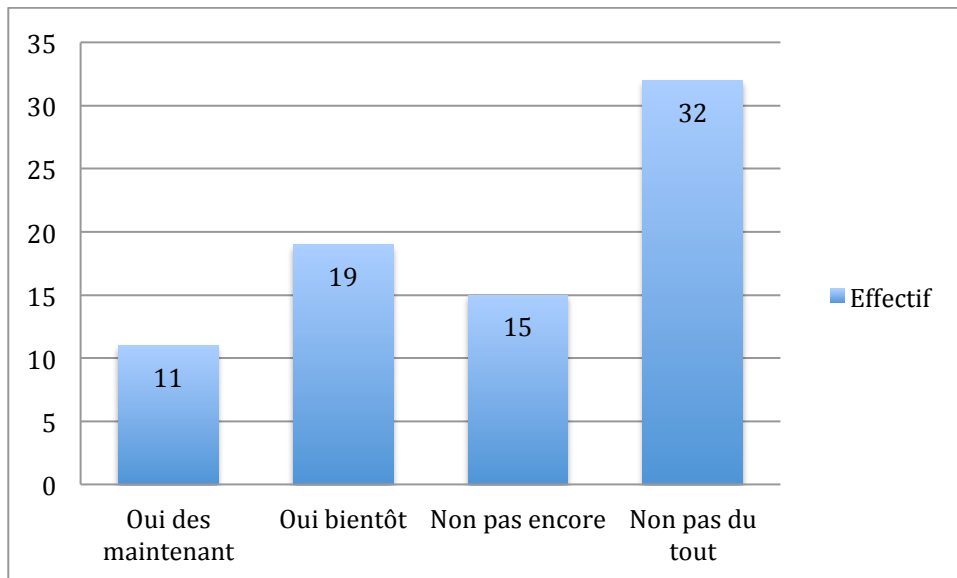


Figure 32 : Utilité de parler de son état psychologique à un professionnel de santé
(n=77)

Nous nous sommes interrogés sur l'intérêt de poser cette question à tous les patients de l'étude (n=77) et non pas à ceux ayant des problèmes psychologiques identifiés. C'est après avoir analysé les résultats que cet intérêt a été identifié.

En effet, certains patients ont répondu « Non » aux deux questions (« humeur triste » et « anhédonie ») mais pensent qu'il est utile de parler de leur état psychologique à un professionnel de santé : 2 patients ont répondu « Oui dès maintenant » correspondant à 3% de la population et 4 autres ont répondu « Oui bientôt » correspondant à 5% des patients.

Il n'est pas possible de savoir si ceci correspond à un problème personnel ou à une opinion générale si jamais la situation se présentait pour eux.

4.1.7- Utilisation des médicaments

4.1.7.1- Perceptions concernant la facilité à suivre un traitement médicamenteux

63 patients estiment qu'il est facile de suivre un traitement sur plusieurs jours (soit 82 %).

En revanche, 14 considèrent le suivi d'un traitement comme difficile : 7 répondent « plutôt difficile », 4 « difficile » et 3 « très difficile » (figure 33).

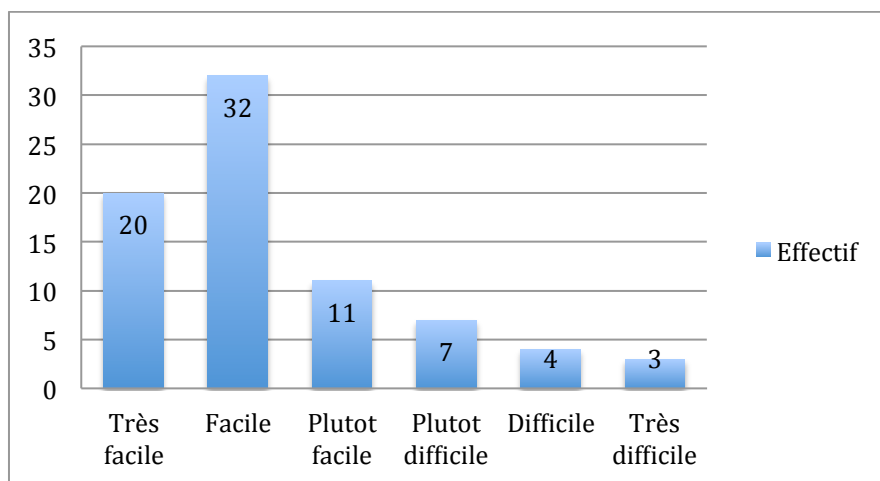


Figure 33 : Perception du niveau de difficulté de suivi d'un traitement (n=77)

4.1.7.2. Raisons des difficultés à suivre un traitement médicamenteux

La question sur les raisons des difficultés de suivi d'un traitement sur plusieurs jours concerne 14 patients. Rappelons qu'ils ont la possibilité de répondre à plusieurs réponses, ceci expliquant que le total dépasse les 14.

Ainsi 12 répondent « **ne pas aimer** » prendre de médicaments. 10 ont des difficultés à suivre leur traitement par « **oubli** ». 7 ont « **peur des effets secondaires** » et 4 estiment en « prendre déjà trop ». 3 ont des problèmes d'accessibilité financière aux médicaments. 2 personnes pensent que suivre un traitement est « inutile » et 1 patient présente des « difficultés de prise » (figure 34).

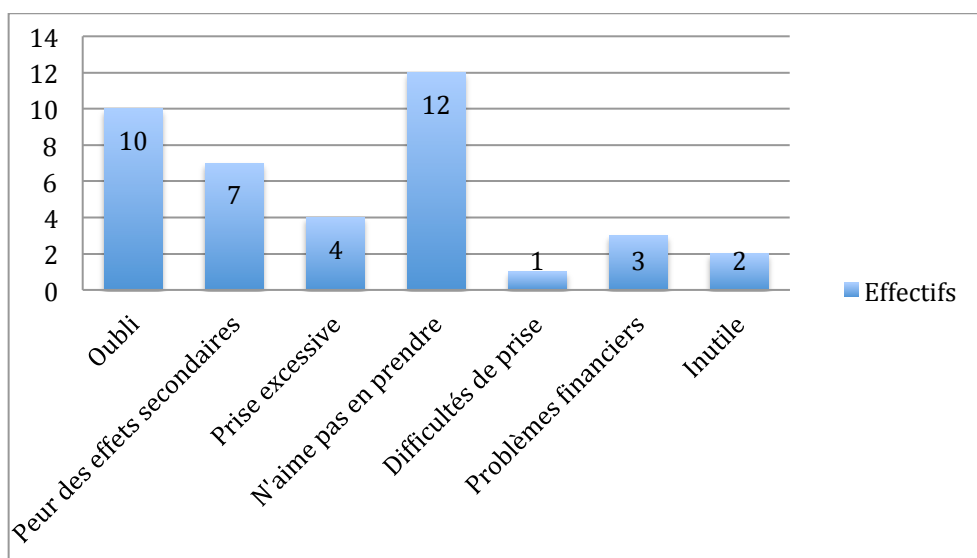


Figure 34 : Raisons évoquées des difficultés à suivre un traitement sur plusieurs jours des 14 patients

4.1.8- Utilisation des services de prévention

4.1.8.1- Perceptions concernant l'utilité des services de prévention

71 des 77 patients de l'étude (soit 92 %) estiment que les services de prévention sont utiles : 29 répondent « indispensables », 22 « utiles » et 20 « très utiles ».

La question sur la vaccination DTP est proposée à tous les utilisateurs, tandis que les suivantes ne le seront qu'en fonction des recommandations : âge et sexe.

4.1.8.2- La vaccination DTP

52 patients sont « à jour » vis à vis de cette vaccination et 12 ne le sont pas. 13 personnes ne connaissent pas leur statut vaccinal DTP.

4.1.8.3- La Vaccination anti grippe

La vaccination anti grippale concerne 28 patients, les plus de 65 ans. 13 d'entre eux considèrent se faire vacciner contre la grippe tous les ans. Autant annoncent ne pas se faire vacciner annuellement (refus, prise d'homéopathie). En revanche, 2 personnes ne connaissent pas leur statut vaccinal anti grippal.

4.1.8.4- Le test Hémocult de moins de deux ans

La question sur le test du dépistage organisé du cancer colo rectal concerne 44 des patients de l'étude, ceux âgés de 50 à 74 ans. On retrouve que 20 patients (45%) n'ont pas réalisé le test dans les deux dernières années.

4.1.8.5- La mammographie

La mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein chez la femme de 50 à 74 ans, concerne 34 femmes de notre étude. 4 de ces femmes n'ont pas réalisé leur mammographie dans les 2 dernières années. 29 (soit 85%) l'ont par contre réalisée dans les délais. A noter qu'une femme ne connaît pas sa situation vis à vis de ce dépistage.

4.1.8.6- Le frottis cervico-vaginal

Le frottis cervico-vaginal concerne les femmes âgées de 25 à 65 ans, soit 39 femmes de notre population. 10 de ces femmes n'ont pas réalisé leur frottis cervico-vaginal dans les 3 dernières années et une ne connaît pas son statut vis à vis de ce dépistage.

4.2- Analyse qualitative thématique des entretiens avec les professionnels de santé (PS)

4.2.1- Description des professionnels de santé inclus

7 PS sur 10 ont été inclus dans notre étude, 3 femmes et 4 hommes. 2 femmes exercent la profession d'Infirmière Diplômée d'Etat. 1 femme et 4 hommes sont spécialistes en médecine générale. 2 PS ont entre 35 et 45 ans, 1 entre 45 et 55 ans et 4 entre 55 et 65 ans. Un PS exerce en ville et seul. Les 6 autres exercent en milieu rural, semi rural et en groupe.

4.2.2- Description des entretiens réalisés

3 médecins généralistes du cabinet de groupe de Mont de Marsan n'ont pu répondre à nos attentes. Ils n'ont pu être interviewés pour des raisons d'accessibilité et de disponibilité.

4 entretiens ont été réalisés en face à face, dans les trois cabinets médicaux et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone par l'enquêteur. A chaque fois, l'entretien s'est déroulé dans une ambiance calme.

Les 3 autres entretiens semi-dirigés ont été réalisés par téléphone, pour des raisons de disponibilité. Ils ont été programmés de façon à ce que le professionnel soit disponible. Ils ont également été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

Ils ont été réalisés entre juillet et octobre 2014. Les principales caractéristiques sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens des professionnels IDIAS (n=7)

N°	Dates	Durées	Pratiques d'IDIAS
1	1 juillet	13'14"	7 consultations d'analyse (CA) au moment de l'entretien. Au total 9 CA ont été réalisées entre mai et octobre pour 21 patients ayant rempli IDIAS
2	7 juillet	44'34"	13 CA au moment de l'entretien, pour 18 au total, soit la totalité des patients IDIAS
3	19 août	34'46"	5 CA au moment de l'entretien, pour 20 patients IDIAS (nombre total de CA non communiqué)
4	19 septembre	15'05"	9 CA au moment de l'entretien et au total pour 12 patients IDIAS
5	9 octobre	27'35"	2 CA au moment de l'entretien et au total pour 2 patients IDIAS
6	13 octobre	18'03"	1 CA au moment de l'entretien et au total pour 4 patients IDIAS
7	13 octobre	7'21"	0 CA au total pour 0 patients IDIAS. N'est intervenu que pour l'information de IDIAS

Nous pouvons ainsi observer 44 consultations d'analyse (CA) pour 77 patients inclus, soit un minimum de 57% de CA réalisées.

Nous avons décidé de distinguer, lorsque cela est possible, le cabinet de Mont de Marsan des deux autres lieux. En effet, l'utilisation de IDIAS y est différente.

4.2.3- Avant utilisation de IDIAS par les patients

4.2.3.1- Proposition et Information de IDIAS aux patients

→ Profil des patients

- Critères d'inclusion

À Mont de Marsan, les deux infirmières ne fonctionnent pas de la même façon pour l'inclusion des patients dans IDIAS.

- La première infirmière explique n'inclure que des nouveaux patients du programme ASALEE et se sert de IDIAS pour établir un diagnostic éducatif dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique.
- La seconde infirmière annonce inclure des nouveaux patients du programme ASALEE mais aussi des patients déjà suivis et pris en charge dans le cadre de ce programme.

Les patients qui remplissent IDIAS sont toujours des patients inclus dans le protocole ASALEE. Mais tous les patients ASALEE ne sont pas inclus pour utiliser IDIAS. C'est le cas des patients de plus de 75 ans qui sont seulement inclus dans ASALEE pour repérer des troubles cognitifs. Le patient ASALEE/IDIAS doit remplir des conditions précises : patient à risque cardio-vasculaire présentant deux facteurs de risque dont un modifiable, soit trois facteurs de risque ou plus, patient tabagique à risque BPCO et/ou patient diabétique de type 2. Aussi d'après l'analyse des entretiens, on remarque que l'âge est un critère d'inclusion pour IDIAS. Les infirmières déclarent ne pas inclure les patients trop âgés ou au contraire trop jeunes, mais plutôt la tranche d'âge des 45 à 65 ans.

Concernant les deux autres cabinets, les critères d'inclusion dépendent du profil du patient, des facteurs de risque cardio-vasculaires, donc de l'âge (entre 30 et 65 ans), de leur état de santé, physique et mental. Les médecins affirment que sont aussi inclus les patients envers lesquels ils supposent des comportements à risque. Deux médecins signalent également qu'un patient lambda peut remplir et utiliser IDIAS.

« En fonction du profil, profil patient, facteurs de risque, ou même du tout-venant »

PS 1

« Le type on se doute que s'il ne fait rien il va nous "péter" quelque chose dans les années qui viennent » PS 7

« Quand je vois qu'il y a des gens qui ont des facteurs de risque ou que en tout cas ils y vont vers les facteurs de risque » PS 6

« Adulte tout venant » PS 3

« Essentiellement un critère d'âge » PS 4

- Critères de non inclusion

Sur les trois lieux d'étude, on remarque que l'âge est un critère de non inclusion.

En effet, comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, à Mont de Marsan, les patients trop âgés ou trop jeunes ne sont pas inclus. C'est aussi le cas dans les deux autres cabinets médicaux.

« Les petits jeunes ne font pas trop ça » PS 3

« Mais je ne les mets pas car ils sont trop âgés » PS 4

- Critères d'exclusion

Les patients exclus de l'étude sont ceux n'ayant pas terminé de remplir le questionnaire IDIAS. Ces patients ne peuvent pas être identifiés car leurs données ne sont pas enregistrées. Ils sont donc perdus de vue.

« Ou alors les patients se sont arrêtés en plein milieu, c'est possible aussi, j'en sais rien moi. Ils sont partis après donc sans retour on ne peut pas savoir » PS 6

→ Moment pour proposer IDIAS au patient

À Mont de Marsan, le médecin généraliste que nous avons pu interroger affirme ne pas parler d'IDIAS au patient mais seulement de ASALEE. Ce sont donc les infirmières ASALEE qui prennent le patient en charge et lui présente IDIAS au cours de leur consultation dédiée.

« Je n'utilise que le mot ASALEE, je suis désolé, (rire) » PS 7

« Non je ne leur parle pas de la tablette numérique. C'est l'infirmière qui leur explique la règle du jeu » PS 7

À Bordeaux, le médecin signale proposer IDIAS au patient soit en fin de consultation classique soit avant la consultation du jour.

« Si je suis en retard c'est plutôt « mais on se voit dans combien de temps ? » et je leur réponds « Je vous vois juste quand vous avez fini de remplir IDIAS » » PS 3

« Aussi je parle d'IDIAS aux patients lorsque je remplis leur feuille de soins et que je passe la carte vitale et effectue le paiement » PS 3

À Saint Pardoux La Rivière la proposition d'IDIAS s'effectue à la fin de consultation du jour par le médecin lui-même.

« Je les informe en fin de consultation » PS 6

➔ **Durée et supports de l'information**

À Mont de Marsan, l'information de IDIAS se fait en consultation dédiée ASALEE par les infirmières. La durée dédiée à l'information est variable et peut aller de 2 min à 10 min. Pour cela, les infirmières utilisent soit la démonstration réelle de la tablette soit une information orale, verbale.

À Bordeaux et Saint Pardoux La Rivière, la durée de l'information est aussi variable d'un PS à l'autre. En effet elle dure de 1 à 5 min selon deux PS et de 5 à 10 min selon les deux autres.

Un médecin signale ne pas avoir assez de temps pour informer le patient.

« Pas assez de temps, c'est une minute quand ils ont une minute » PS 4

Les médecins de ces deux cabinets n'utilisent pas de support papier pour la phase d'information. Les 4 médecins sont unanimes, ils utilisent tous l'information orale et deux professionnels utilisent aussi la démonstration réelle de IDIAS.

« Verbal et écran : démonstration réelle » PS 3

« Pour l'instant moi je n'ai fait que du verbal » « les petites fiches je les ai laissées là-bas, on ne s'en est pas servis » PS 1

➔ **Réaction des patients à la présentation de IDIAS**

- Intéressés

Deux médecins et deux infirmières annoncent que les patients sont intéressés et curieux lorsque IDIAS leur est présenté.

- Surpris

Deux autres médecins signalent par contre que certains patients sont étonnés et parfois même un peu déstabilisés par cette proposition nouvelle.

« Ils sont parfois un peu déstabilisés légèrement parce que c'est quelque chose de très nouveau » PS 4

4.2.3.2- Conditions pour motiver le patient à utiliser IDIAS

6 professionnels de santé sur 7 ont souligné plusieurs conditions permettant de motiver le patient à utiliser IDIAS.

→ Adhésion du patient

Sur Mont de Marsan, une infirmière pose une condition qui semble essentielle à l'utilisation de IDIAS, à savoir que le patient soit prêt à accorder du temps pour lui et à parler de sa santé. C'est lui qui entreprend la démarche et qui devient acteur. Il faut donc l'adhésion totale du patient.

« Il faut que le patient ait envie de parler de lui et de sa santé. » « Il faut que le patient ait envie de prendre du temps pour lui. » PS 2

→ Bien informer le patient sur IDIAS

À Bordeaux et St Pardoux la Rivière, 3 médecins sur 4 semblent d'accord sur le fait que pour motiver le patient à utiliser IDIAS, il faut lui expliquer l'intérêt d'un tel outil, donner les raisons pour lesquelles on lui propose, lui montrer que c'est dans son intérêt. Mais aussi il semble important de prendre du temps pour expliquer clairement et simplement les modalités de fonctionnement de l'outil.

« (...) leur expliquer comment on va faire, comment ça va fonctionner ». « Leur dire que c'est dans leur intérêt. » PS 1

« En fait, il faut leur expliquer les raisons ». « Il faut expliquer quand même un peu la situation aux gens ». « expliquer comment ça fonctionne, quel est l'intérêt » PS 6

« Simplement, c'est d'expliquer de façon simple l'intérêt de l'outil » PS 4

→ Intéresser et rassurer le patient

Une des infirmières du programme ASALEE rajoute que pour motiver le patient, il faut l'attirer par des informations visuelles, des affiches. Un médecin signale que le patient doit être rassuré dans sa démarche.

« On les déculpabilise, il ne faut pas stigmatiser les gens ». « On les rassure dans leur démarche » PS 7

Points essentiels « avant l'utilisation d'IDIAS par les patients »

- **Patients inclus dans IDIAS :** patients inclus dans le programme ASALEE, patients ayant des facteurs de risque cardio-vasculaires connus ou supposés mais aussi patients lambda; âgés de 30 à 65 ans.
- **Présentation de IDIAS :** par le professionnel de santé (IDE ou médecin généraliste), en consultation (ASALEE ou classique), par démonstration réelle ou information orale. La durée de la présentation est comprise entre 1 et 10 min.
- **Réaction des patients à la présentation de IDIAS :** Les patients sont intéressés par l'outil et parfois surpris.
- **Conditions pour motiver le patient à utiliser IDIAS :** Il est essentiel d'informer le patient sur l'outil (intérêt, fonctionnement), de le rassurer dans sa démarche et de l'intéresser notamment par des informations visuelles.

4.2.4- Pendant l'utilisation de IDIAS

4.2.4.1. Lieux d'utilisation

Les lieux d'utilisation de IDIAS sont différents d'un cabinet à l'autre.

A Mont de Marsan, IDIAS est installé dans le bureau des infirmières ASALEE, donc dans un bureau dédié.

« Après nous on n'a PAS testé IDIAS dans la salle d'attente, à libre utilisation » PS 2

À Bordeaux, IDIAS est mis en place dans la salle d'attente à la vue de tous.

« IDIAS est installé dans la salle d'attente à la vue de tous, on le voit d'emblée quand on rentre dans le cabinet » PS 3

Dans la MSP de Saint Pardoux La Rivière l'outil est également mis à disposition dans une salle dédiée.

4.2.4.2- Conditions d'utilisation

→ Opportunité d'utilisation de IDIAS

L'utilisation semble différer d'un endroit à l'autre et aussi d'un PS à l'autre.

À Mont de Marsan : une des infirmières affirme utiliser IDIAS le plus souvent lors de la deuxième consultation ASALEE. L'autre infirmière, fait remplir IDIAS à la première consultation et inclut ainsi des nouveaux patients. Cependant, elle ne l'utilise jamais en début de consultation.

À Bordeaux, le médecin semble utiliser IDIAS quand bon lui semble, quand l'opportunité se présente. En effet, il peut l'utiliser après, mais aussi avant la consultation du jour.

À St Pardoux La Rivière, le remplissage d' IDIAS s'effectue le plus souvent après la consultation du jour ayant permis l'information.

→ Installation du patient

Encore une fois le remplissage de IDIAS ne s'effectue pas de façon identique selon les 3 cabinets.

À Mont de Marsan, les deux infirmières ASALEE sont présentes avec le patient dans le bureau lorsqu'il remplit IDIAS. Cependant, elles signalent que IDIAS est installé de façon à ce que le patient soit un peu isolé pendant le remplissage.

« Le patient s'installe dans le bureau dédié en face de l'écran, moi le plus souvent je fais autre chose sur mon ordinateur » PS 2

« J'ai laissé la personne ...devant l'écran en étant à proximité quand même, c'est à dire à mon bureau derrière » PS 5

Dans les deux autres lieux, c'est différent. À Bordeaux, le patient est dans la salle d'attente avec tous les autres patients. À Saint Pardoux La Rivière, le patient est seul et au calme dans la salle dédiée.

→ Aide nécessaire au remplissage

Pendant le remplissage de IDIAS, la majorité des PS, soit 4 PS sur 6 (le 7ème n'intervenant que sur l'information et la proposition de IDIAS) ont signalé avoir été sollicités par les patients lors de l'utilisation de l'outil. Cela, essentiellement pour les

premières diapositives, jusqu'à ce que les patients rentrent leur nom. Un médecin signale que l'installation du patient doit aussi être accompagnée.

Ainsi, une tierce personne semble nécessaire au démarrage de IDIAS, pour aider le passage des premières pages de l'outil.

« Il faut rester avec eux, il faut voir les 3 ou 4 premières pages » PS 4

« Il faut les faire positionner mais bon des fois j'ai appelé la secrétaire pour le faire » PS 6

Par ailleurs, les avis divergent concernant l'intérêt de la présence du PS pendant **toute** la durée du remplissage.

À Mont de Marsan, les deux infirmières ASALEE sont convaincues de l'intérêt de rester auprès du patient pendant l'utilisation de l'outil. Elles affirment pouvoir ainsi assister aux remarques et aux attitudes des patients. De plus, cette présence aux côtés du patient semble aider une des infirmières pour l'analyse de la synthèse et donc la consultation d'analyse.

« Je l'ai fait parce que j'ai trouvé que c'était plus facile pour moi après pour l'entretien d'avoir vu leurs réponses sur l'écran. » PS 5

En revanche, 2 autres médecins préfèrent laisser le patient seul après le passage des premières diapositives. Un médecin pense même que rester aux côtés du patient peut être un biais au remplissage, les réponses peuvent être influencées.

« Les fois où je suis resté à côté d'eux jusqu'au bout, ils ont tendance à nous regarder : je fais bien ? Je ne fais pas bien ? » « Donc je pense qu'il ne faut pas rester à côté d'eux, c'est un biais quand même. » PS 1

4.2.4.3- Impression globale d'utilisation

➔ Le format informatique de l'outil

- Amène de la nouveauté

Une infirmière ainsi qu'un médecin signalent que l'outil informatique apporte de la nouveauté.

- Attire le patient

Une infirmière et un médecin rapportent aussi que IDIAS attire le patient, de par son côté imagé ainsi que dans une volonté de découvrir l'outil et de participer.

« Dès que dans la salle d'attente ils sont quatre ou cinq et qu'il y a un patient qui commence à remplir, il y a les autres patients qui commencent à trépigner car ils veulent y aller aussi » PS 3

- Un outil simple et accessible

Pour les infirmières, IDIAS semble simple d'utilisation et facilement accessible par les patients.

« C'est simple d'utilisation, facilement accessible » « Les patients trouvent très vite comment utiliser IDIAS » PS 2

- Donne un côté « sérieux » à l'outil

Comme le signale un médecin, le caractère informatisé de l'outil permet de le rendre « sérieux ».

« Ce n'est pas un jeu, on n'est pas là pour jouer » PS 4

➔ **L'utilisation de IDIAS**

- Fonctionnement général de l'outil

Tous les professionnels sont satisfaits du fonctionnement de IDIAS.

« Non, moi je n'ai pas eu de soucis » PS 5

« Faut pas exagérer, c'est bien, ça tourne » PS 4

- Quelques « bugs » informatiques

À Mont de Marsan, une infirmière signale 1 « bug » informatique qui a rapidement été résolu. Le questionnaire a repris à l'endroit où le patient s'est arrêté.

À Bordeaux, le médecin décrit aussi la présence de quelques « bugs » informatiques, mais a une fréquence qui reste faible, 2 fois sur 20.

- Problèmes de contenu de l'outil

- *Défilement trop rapide des informations*

Les deux infirmières et un médecin sont en accord sur le fait que le défilement des informations semble être trop rapide aux yeux des patients.

- Difficulté pour revenir à la page précédente

Une infirmière et deux médecins soulèvent la difficulté pour les patients de revenir à la page précédente et de passer d'une page à l'autre avec les flèches. Cela ne leur apparaît pas intuitif.

- Difficultés pour rentrer son âge et son nom

Deux autres médecins ont soulevé que le patient ne semble pas être à l'aise pour rentrer son âge et son nom.

«Une fois qu'ils ont passé l'inscription de leur nom ça fonctionne très bien » PS 5

- La compréhension des questions

À Mont de Marsan, une infirmière signale un problème de compréhension de certaines questions par le patient, sans évoquer une question en particulier.

En revanche, deux médecins (Bordeaux et Saint Pardoux La Rivière) contredisent l'infirmière sur ce point. En effet, ils ont signalé ne pas avoir rencontré de soucis concernant la compréhension des questions.

« Jamais quelqu'un m'a dit que les questions ne sont pas claires, jamais jamais » PS1

Points essentiels « pendant l'utilisation de IDIAS »

- **Installation de IDIAS :** Elle diffère d'un lieu à l'autre : dans un bureau et une salle dédiés, dans la salle d'attente du cabinet.
- **Opportunité d'utilisation de IDIAS :** IDIAS est utilisé lors de la consultation ASALEE (1^{ère} ou suivante) et avant ou après une consultation classique.
- **Installation du patient :** Le patient peut se retrouver seul face à l'outil (dans la salle d'attente ou dans un bureau dédié) ou en présence des IDE ASALEE dans leur bureau.
- **Accompagnement du patient pendant l'utilisation :** une tierce personne est nécessaire pour aider le patient à passer les premières diapositives. 2 PS pensent qu'il est utile d'assister à toute la durée du remplissage.
- **Impression globale d'utilisation :** l'outil informatique apporte de la nouveauté et amène un côté sérieux. Il est aussi attractif. Il fonctionne bien, il est simple d'utilisation et accessible.
- **Problèmes rencontrés :** quelques « bugs » informatiques sont signalés. Le défilement des informations semble trop rapide et des difficultés pour rentrer son nom et prénom sont rencontrées. Aussi, il semble difficile pour le patient de revenir à la page précédente. Les avis concernant la compréhension des questions divergent.

4.2.5- La synthèse des réponses IDIAS

4.2.5.1- Obtention, visualisation et restitution au patient

- Obtention de la synthèse :

Tous les PS impriment eux-même la synthèse du questionnaire IDIAS.

- Visualisation de la synthèse par les professionnels de santé :

4 PS visualisent la synthèse lors de la consultation d'analyse (CA) c'est à dire en même temps que le patient.

Les deux autres médecins (un à Bordeaux et un à Saint Pardoux La Rivière) visualisent cette synthèse avant la CA, seuls. De façon à s'en imprégner et se préparer à l'analyse.

« Je visualise la synthèse toujours 1 ou 2 min tout seul avant » PS 3

« Je la visualise dès que je l'imprime. Comme ça je me fais une première idée pour me préparer à l'entretien » PS 1

Cependant, une des infirmières qui visualise cette synthèse en même temps que le patient, pense aussi qu'il est préférable de l'analyser avant, de façon à s'y préparer.

- Restitution de la synthèse au patient :

À Mont de Marsan, les deux infirmières impriment la synthèse aussitôt après le remplissage. Ce qui semble d'ailleurs intéresser le patient. C'est aussi le cas pour le médecin de Bordeaux.

« Les patients sont intéressés d'avoir la synthèse de suite papier » PS 2

« Le patient remplit IDIAS dans la salle d'attente, ce que je fais souvent c'est que le patient m'attend et je leur imprime directement. Je remets la synthèse papier au patient » PS 3

Les 3 médecins de Saint Pardoux La Rivière et les 2 infirmières restituent la synthèse au patient au moment de la CA. Seul le médecin de Bordeaux la remet avant.

4.2.5.2- Impression globale sur la synthèse

Selon 3 professionnels, la synthèse permet de répondre à leurs attentes. Deux professionnels parlent de la fidélité de la synthèse aux réponses données par les patients.

4.2.5.3- Difficultés rencontrées

➔ Difficultés d'interprétation de la synthèse

Les deux infirmières de Mont de Marsan, signalent que les premières synthèses sont difficiles à interpréter. C'est la pratique qui permettrait d'en faciliter l'interprétation.

« Le fait de le sortir juste en présence du patient, immédiatement ce n'est pas évident de faire l'analyse de suite ». « Quand on en a fait plusieurs c'est plus facile » PS 5

Deux autres médecins de Saint Pardoux La Rivière relèvent également cette difficulté d'interprétation de la synthèse. Pour faciliter cette analyse, ils proposent une formation à la lecture de celle-ci.

« Il faut former à la visualisation de la synthèse, comment c'est fait » « Il faut vraiment l'identifier » PS 1

« Avoir une petite formation un peu plus spécifique sur la lecture du rapport IDIAS oui ça ne me ferai pas de mal » PS 4

➔ Problèmes de présentation de la synthèse

Une remarque intéressante a été faite par le médecin de Bordeaux, concernant la retranscription de la perception de santé globale. Cette présentation ne semble pas être judicieuse pour ce médecin car on visualise en premier les comportements à risque et non pas les comportements de protection. Cela ne rentre pas selon lui dans le cadre de la motivation du patient.

« Les patients se plaignent que ce qu'on voit d'emblée ce sont les points négatifs des habitudes de vie, certains préféreraient l'inverse ». « Problématique d'expression au niveau de la perception globale » PS 3

Points essentiels « la synthèse des réponses IDIAS »

- **Obtention** : tous les PS impriment eux-même la synthèse.
- **Visualisation** : certains la visionnent avec le patient au moment de la CA, d'autres seuls avant la CA.
- **Restitution au patient** : il a plusieurs modes de fonctionnement : soit le PS la restitue immédiatement après le remplissage, soit au moment de la CA.
- **Impression globale** : la synthèse est fidèle aux réponses et elle répond aux attentes des PS.
- **Difficultés rencontrées** : la plupart des PS ont rencontré des difficultés dans l'interprétation et la lecture. Un PS signale des problèmes d'expression et de présentation.

4.2.6- La consultation d'analyse (CA)

4.2.6.1- Le déroulement de la consultation d'analyse

→ **La prise des rendez-vous**

La prise des rendez-vous pour réaliser la CA ne s'effectue pas de la même manière pour tous les PS.

À Mont de Marsan, la situation est un peu particulière. En effet, pour une première consultation ASALEE avec les infirmières, c'est le médecin traitant qui prend le rendez-vous et adresse le patient. Pour les consultations suivantes, ce sont les infirmières qui sont autonomes pour les prises de rendez-vous.

4 médecins sur 5 ont la même approche vis à vis de la prise de rendez-vous. Ils sont majoritairement d'accord sur le fait que les patients reviennent plus facilement en CA si le rendez-vous est pris par une tierce personne, qu'il s'agisse du médecin, de l'infirmière ou de l'interne en formation dans le cabinet.

« En gros, les seules personnes que j'ai revu en rendez-vous, c'est quand il y avait l'interne qui les coachait » PS 4

« Si tu leur dis, vous prenez rendez-vous alors là une fois sur deux tu es en échec » PS 7

« C'est vrai qu'il faut peut-être que je sois un peu plus incisive sur la prise de rendez-vous, que je prenne rendez-vous avec eux directement » PS 6

« J'ai procédé en effet différemment pour la dernière, j'ai pris rendez-vous avec elle directement avant qu'elle s'en aille du cabinet donc on s'est recalées un rendez-vous. Je lui ai dit bon vous passez IDIAS et puis on se revoit tel jour. Et elle est revenue » PS 6

Finalement, un seul médecin procède différemment et laisse le patient autonome pour la prise de rendez-vous, pour le responsabiliser.

→ **Délais entre remplissage de IDIAS et la consultation d'analyse**

À Mont de Marsan, la consultation d'analyse s'effectue directement après le remplissage de IDIAS, au cours de la même consultation dédiée. Par contre, si le temps manque, cette analyse se poursuit sur une seconde consultation initiée par les infirmières.

Pour les autres professionnels de santé, les délais entre le remplissage et la consultation d'analyse sont variables : cela va de J0 à J21.

« C'est variable, enfin il y a des gens qui sont revenus le lendemain » PS 1

« Il y en a plusieurs pour qui ça a été assez rapide. Il y en a même un, je l'ai revu après avoir fait IDIAS, ça a été immédiat. Il y en a d'autres ça a été à 15 jours, 3 semaines ». PS 4

Un médecin estime cependant qu'il est important que la consultation ne soit pas trop éloignée du remplissage d'IDIAS, de façon à ce que les réponses soient encore bien en tête pour le patient.

« Il ne faut pas aller au delà d'une semaine-15 jours, que ça reste frais pour eux quoi.

Je trouve que c'est mieux comme ça » PS 6

Lorsque l'on regarde la pratique réelle des PS, on retrouve que les délais varient en effet de J0 à presque 4 mois !

PS 1: 9 CA sur la période de mai à octobre 2014

Sexe	Age	Date utilisation	Date consultation	Délais (jours)
Homme	63	21/05/2014	26/05/2014	5 jours
Femme	60	21/05/2104	18/06/2014	28 jours
Homme	44	24/05/2014	03/06/2014	10 jours
Homme	41	27/05/2014	02/06/2014	6 jours
Homme	51	27/05/2014	05/06/2014	9 jours
Femme	62	03/06/2014	17/06/2014	14 jours
Femme	65	05/06/2014	18/06/2014	13 jours
Homme	66	26/08/2014	01/09/2014	6 jours
Femme	64	26/08/2014	01/09/2014	6 jours

Délai moyen entre le remplissage d'IDIAS et la CA pour le PS 1 : 11 jours.

PS 2: 18 CA. Délai immédiat entre le remplissage d'IDIAS et la CA.

PS 3: au moins 5 CA réalisées. On ne connaît pas le nombre exact ni les délais.

PS 4: 9 CA sur la période de mai à octobre 2014.

Sexe	Age	Date utilisation	Date consultation	Délais (jours)
Femme	56	17/06	06/08	50 j
Femme	35	26/08	16/10	51 j
Femme	66	26/08	17/10	52 j
Femme	68	26/08	17/10	52 j
Homme	65	26/08	09/09	14 j
Homme	63	26/08	26/08	0
Homme	64	09/09	11/09	2 j
Femme	62	09/09	11/09	2 j
Homme	68	11/09	11/09	0

Délai moyen entre le remplissage d'IDIAS et la CA pour le PS 4: 25 jours.

PS 5: 2 CA. Délai immédiat entre le remplissage d'IDIAS et la CA.

PS 6: 1 CA réalisée sur la période de mai à octobre 2014.

Sexe	Age	Date utilisation	Date consultation	Délais
Femme	51	18/06/2014	07/10/2014	15 sem et 6j : 111jours

Délai de presque 4 mois entre le remplissage d'IDIAS et la CA.

➔ **Durée de la consultation d'analyse**

À Mont de Marsan, les infirmières nous informent que la consultation dédiée ASALEE dure 45 min à 60 min. Ce temps est dédié à la mise en place des 4 phases de IDIAS (information, remplissage, analyse de la synthèse et orientation) et non à la CA seule. Une des infirmières déclare que la durée est adaptée mais elle signale en revanche que la consultation ne doit tout de même pas dépasser 60 min car au-delà, il y a trop d'informations pour le patient.

Dans les autres structures, la mise en place est différente et la durée de la CA est variable. À Bordeaux, le médecin peut réaliser deux types de CA. En fonction, les durées sont différentes. Il y a la CA qui s'insère dans la consultation du jour, elle dure 15 min. Si les besoins identifiés lors de cette première analyse sont importants, une vraie consultation de prévention est mise en place à distance et cette dernière dure 30 min. Pour ce médecin la durée ne doit pas dépasser 30 min.

Pour les 3 médecins de la MSP de Saint Pardoux La Rivière, le temps consacré à la CA correspond à celui d'une consultation classique. La durée varie donc entre 15 et 20 min pour la plupart.

« J'essaie de garder le cap des 20 min quand même hein. C'est à peu près le temps mis pour une consultation classique » PS 6

En revanche, deux d'entre eux déclarent que cette consultation prévention a tendance à dépasser les délais de la consultation classique et qu'il faut donc rester vigilant.

« Il faut faire attention...de ne pas déborder, parce que l'on peut déborder » « Les patients débordent sur plein de choses » PS 1

4.2.6.2- Conditions pour la réalisation de cette consultation d'analyse

- Conditions générales

- *Le temps* : l'affirmation d'une infirmière permet de deviner que le temps est nécessaire à la réalisation de cette CA.

« Moi j'ai des consultations dédiées, donc j'ai le temps » PS 2

Deux médecins soulignent que bénéficier de plus de temps faciliterait la réalisation de ces consultations.

« Plus de temps, on fait trop de choses » PS 4

- *Bien connaître l'outil* : une infirmière signale que la maîtrise et la connaissance de IDIAS est essentielle au bon déroulement de la CA.

« Il faut bien maîtriser les questions de IDIAS pour faire l'analyse de la synthèse, j'ai dû remplir IDIAS moi-même plusieurs fois » PS 2

- *Connaître les suites de la synthèse* : un médecin et une infirmière estiment qu'il est nécessaire de connaître les aboutissants de la synthèse. Ils insistent sur l'intérêt de connaître les propositions que l'on peut donner au patient.

« Il faut bien savoir ce qu'il va en découler, les propositions qu'on va pouvoir faire derrière » PS 5

- La formation des professionnels de santé à la prévention

À Mont de Marsan, les deux infirmières ASALEE ont des avis divergents concernant l'intérêt de la formation à la prévention et à l'éducation thérapeutique des professionnels de santé. L'une d'elles pense qu'il faut être formé pour savoir mener une telle consultation. En revanche, l'autre estime qu'une formation en éducation thérapeutique n'est pas nécessaire mais apporte une aide supplémentaire au PS.

Un des médecins installé dans la MSP de Saint Pardoux La Rivière affirme aussi que cette consultation d'analyse peut être réalisée sans formation spécifique.

« Oh oui, n'importe quel médecin est capable de gérer ça quand même ! » PS 6

Un autre médecin de cette MSP assure lui aussi que la formation est un atout :

« Ce qui est bien pour nous, c'est que nous avons été formés, et ô combien formés à l'éducation thérapeutique » PS 4

Le médecin de Bordeaux est d'avis que la formation en éducation thérapeutique est nécessaire pour mener à bien cette consultation prévention.

« Pour moi les médecins doivent avoir une formation en éducation thérapeutique » PS 3

Pour deux médecins, la formation du professionnel permet d'adopter la bonne attitude comportementale avec son patient. En effet, selon eux, l'attitude du professionnel a un effet sur les changements de comportement du patient.

« La formation te donne, sans t'en rendre compte, des pistes, des façons de te comporter qui sont différentes. C'est quand même intéressant » PS 4

« L'attitude comportementale du médecin est très importante. Il y a une attitude du médecin qui permet le changement et une attitude qui bloque le changement, Je pars donc du principe qu'il est préférable que le médecin soit formé » PS 3

- Utilité d'une consultation dédiée prévention

Parmi les professionnels n'ayant pas de consultation dédiée, deux d'entre eux ont signalé l'importance de bénéficier d'une telle consultation. En effet, il ne s'agit pas d'une consultation classique, les sujets abordés sont différents, donc la consultation doit être spécifique.

« C'est un mode de consultation différent de d'habitude. Moi je leur dis dès le départ, ne vous inquiétez pas on ne va pas passer sur la bascule, on ne va pas prendre la tension, on ne va pas faire la consultation de d'habitude, c'est que pour ça, on va parler que de votre test. ». « Il faut que les gens viennent pour leur consultation

IDIAS » PS 1

« Il faut absolument effectivement faire une consultation dédiée » PS 6

4.2.6.3- Raisons pour lesquelles les patients ne reviennent pas en consultation

À Mont de Marsan, il n'y a pas eu de perdus de vue, c'est à dire que tous les patients ayant rempli IDIAS ont réalisé leur consultation d'analyse.

Cependant, ce n'est pas le cas dans les autres cabinets.

Un médecin a été confronté à des patients qui n'ont pas souhaité revenir car ils estimaient ne pas en avoir besoin.

« Par contre il y en a qui ont dit d'emblée : « Ah non non, on a rempli ça OK, mais tout va bien, on n'a pas besoin d'en reparler » PS 1

Deux autres médecins émettent des hypothèses sur les raisons des perdus de vue après le remplissage de IDIAS. L'un parle du refus des patients qui ne perçoivent pas l'intérêt de revenir en CA. Ce médecin met aussi en avant le caractère non urgent d'une telle consultation. De ce fait, avec le temps, le patient peut oublier de revenir. L'autre médecin ne pense pas que les patients sont dans le refus mais plutôt que ces derniers ne sont pas encore décidés et préfèrent attendre.

« Ceux qui ne sont pas revenus ce n'est pas qu'ils refusent, c'est peut-être qu'ils attendent une prochaine consultation » PS 1

Points essentiels « la consultation d'analyse »

- **Prise de RDV** : dans la majorité des cas, par une tierce personne (médecin généraliste et IDE, voire interne ou secrétaire). Pour un PS, par le patient lui même.
- **Durée** : variable. Soit la CA est incluse dans la consultation dédiée ASALEE (45 à 60 min). Soit elle dure le plus souvent 15 à 20 min (la durée d'une consultation classique). Le temps manque.
- **Délais entre le remplissage de IDIAS et la CA** : variable. Peut être immédiat (à chaque fois pour les consultations ASALEE, rarement pour les autres consultations), comme à distance.
- **Conditions pour effectuer cette CA** : essentiellement avoir du temps, d'où l'intérêt d'une consultation dédiée. Mais aussi : bien connaître et maîtriser l'outil, connaître les aboutissants de la synthèse. La formation des PS à la prévention et l'ETP est pour certains un atout supplémentaire et pour d'autres une nécessité.

4.2.7- L'orientation du patient

4.2.7.1- Les offres proposées

À Mont de Marsan, le patient utilise IDIAS pour être pris en charge. Il est donc important de connaître les offres mises à disposition.

« Moi j'oriente les patients dans ma démarche pour une prise en charge » PS 7

Les infirmières ASALEE signalent pouvoir réaliser elles-mêmes des consultations d'éducation thérapeutique. Si besoin, elles adressent le patient vers le médecin traitant. Elles soulignent également la volonté de créer des ateliers thérapeutiques au sein de leur cabinet.

« Pour l'instant nous n'avons pas encore d'ateliers à disposition mais cela va venir puisque nous allons avoir une formation sur les ateliers très prochainement » PS 5

Les médecins interrogés ont à leur disposition différentes offres. Ils signalent prodiguer aux patients des conseils, mais aussi leur fournir des brochures. Un médecin annonce également les orienter vers une biologie si besoin. Un autre leur propose des consultations personnelles ou avec d'autres spécialistes. Ce dernier peut aussi adresser certains patients au Centre d'Education Thérapeutique de Bordeaux.

Les 3 médecins de la MSP de Saint Pardoux la Rivière ont aussi la possibilité d'inclure les patients dans des ateliers de groupe organisés dans la MSP. D'après leurs affirmations, les propositions sont faites et les décisions sont prises ensembles.

« Je leur dis soit je vous donne un petit conseil comme ça, soit je vous donne un document, soit on peut aller plus loin, on a une équipe qui est formée en éducation thérapeutique et puis on va vous inclure dans un groupe de travail pour vous aider » PS 1

« (...) on a énuméré ce qui pouvait lui plaire et ce qu'on a à lui proposer dans les environs ».

« Je l'ai dirigé vers un atelier stress et sommeil dans un premier temps qu'on anime ici »

PS 6

« Consultations avec moi, des brochures ». « Orientation parfois chez des spécialistes » PS 3

4.2.7.2- Conditions pour une orientation adaptée

→ Prendre le temps d'échanger avec son patient

Deux médecins affirment qu'il est important d'échanger sur la synthèse et de partager la décision prise.

« Surtout avoir beaucoup échangé sur la restitution de la synthèse et bien leur faire comprendre » PS 1

« Prendre du temps avec le patient dans ces domaines » PS 3

→ S'entourer d'un réseau

À Mont de Marsan, même si les infirmières ne peuvent pas adresser directement le patient vers d'autres PS (hormis le médecin traitant), elles signalent l'importance de connaître un réseau structuré de PS pour assurer la meilleure prise en charge du patient.

Cette nécessité de s'entourer d'un réseau incluant d'autres PS à proximité, est aussi reprise par deux médecins :

« Posséder dans le lieu où nous exerçons ou dans l'environnement proche, un réseau, un carnet d'adresse » PS 3

« Ça dépend des gens qui travaillent avec nous, ce que chacun peut proposer. Des professionnels, ce n'est pas forcément des médecins hein ! » PS 6

→ Evaluer la motivation au changement

Pour que l'orientation soit la meilleure possible, un des médecins évalue la motivation du patient à l'aide d'outils supplémentaires : des questionnaires et une échelle motivationnelle qui lui sont propres. Lorsque cette motivation est faible, il déclare faire appel à l'intervention brève.

« J'utilise un questionnaire de motivation ou mon échelle motivationnelle » « Je fais aussi une intervention brève lorsque la motivation est faible » PS 3

Points essentiels « l'orientation »

- **Offres proposées :** conseils, brochures, consultations avec le médecin traitant, avec les IDE (consultation d'éducation thérapeutique), biologie, autres consultations spécialisées, ateliers d'ETP.
- **Conditions pour une orientation adaptée :** échanger avec son patient, s'entourer d'un réseau d'autres PS ainsi qu'évaluer la motivation du patient.

4.2.8- L'outil IDIAS

4.2.8.1- Perception d'utilité de l'outil IDIAS

➔ Une auto-évaluation et une autoréflexion pour le patient

À Mont de Marsan, pour les 3 professionnels l'outil IDIAS permet au patient une autoréflexion et une auto-évaluation de son état de santé, un questionnement autour de ses habitudes de vie.

« C'est amener le patient à une réflexion » « Proposer une réflexion » PS 5

« D'abord le patient réfléchit seul de son côté et après on en discute ensemble » PS 2

« (...) une enquête sur vos habitudes ... » PS 7

Dans les deux autres cabinets médicaux, on retrouve ces notions d'autoréflexion et d'auto-évaluation qui ont aussi été reprises par 3 médecins sur 4.

« C'est lui qui a en fait trouvé tout seul ce qu'il avait » PS 4

« (...) logiciel qui va vous permettre de pouvoir appréhender un certains nombres de problématiques de votre hygiène de vie, de votre vie » PS 3

➔ Un approfondissement de la consultation d'analyse

3 PS signalent que IDIAS permet aussi un approfondissement et un développement de la consultation.

« J'ai pu développer et approfondir une consultation avec un patient qui aurait été écourtée si IDIAS n'avait pas existé » PS 2

« (...) permettrait au médecin d'affiner » PS 3

➔ **Une nouvelle place pour le patient**

Deux médecins signalent qu'avec IDIAS, le patient se retrouve dans un autre état d'esprit, une autre démarche. Son comportement change, la place qu'il occupe au sein de la relation avec son médecin se modifie : c'est lui qui devient acteur. Dans cette implication, le patient est plus réceptif à la consultation.

« Ce n'est pas moi qui lui dit vous buvez trop, c'est lui qui me dit je bois trop. Ça n'a rien à voir, c'est ça l'intérêt de IDIAS ». « C'est tout l'intérêt de IDIAS, c'est la démarche du patient qui est totalement différente. Ça met surtout le patient dans un état de réceptivité importante » PS 4

« Il y a des patientes qui sont coincées comme ce n'est pas possible...elles parlent de leur test, elles se détendent » PS 1

➔ **Une aide pour certains patients**

Deux médecins proposent IDIAS aux patients ayant besoin d'une aide, d'une prise en charge.

« Soit des gens que je ne vois pas bien : dépressif, autre, bon voilà qui auraient besoin d'aide psychologique » PS 6

« Nos infirmières vont vous aider » « (...) démarche pour une prise en charge » PS 7

➔ **Situer la position du patient envers la prévention**

Deux médecins et une infirmière signalent que l'outil IDIAS permet de situer la position du patient vis à vis de la prévention.

« Avec IDIAS c'est bien de revoir le niveau de vaccination des patients, les tests de dépistage » PS 3

4.2.8.2- Perception de l'utilité de la synthèse

➔ **Un support aidant la consultation**

- Aide visuelle

Une infirmière affirme que la synthèse est une aide à la fois pour le professionnel mais aussi pour le patient, lui servant d'aide visuelle.

- Aide au diagnostic éducatif

Une des deux infirmières utilise la synthèse pour élaborer le diagnostic éducatif toujours dans cette démarche d'éducation thérapeutique.

- Cibler les besoins des patients

Deux médecins signalent que cette synthèse est utile car elle permet de cibler les besoins des patients et reflète leur état de santé.

« On cible plus rapidement les choses » PS 6

« Aller à l'essentiel...ce n'est pas perdre de temps, aller droit au but » PS 4

→ Une ouverture au dialogue

Un médecin et une infirmière signalent que la synthèse permet d'ouvrir le dialogue avec le patient.

4.2.8.3- Perception d'utilité de la consultation d'analyse

→ Aborder de nouveaux sujets

4 médecins estiment que cette CA est différente d'une consultation classique. De ce fait, elle permet selon eux d'aborder de nouveaux sujets.

« (...) on ne va pas passer sur la bascule, on ne va pas prendre la tension, on ne va pas faire la consultation de d'habitude... » PS 1

« « On aborde la prévention, on aborde les risques, on aborde les problèmes d'humeur (...) qui ne sont pas forcément exposés en consultation. On ne parle pas des problèmes médicaux qu'on aborde en consultation, on aborde autre chose voilà » PS 6

→ Identifier de nouveaux besoins

Ces 4 médecins ainsi qu'une infirmière signalent que cette CA leur a permis de découvrir de nouveaux besoins chez leur patient, qu'ils sont ainsi amenés à mieux connaître.

« Découvrir des choses que l'on n' abordait pas forcément (...) cela a permis d'identifier de nouveaux besoins chez mes patients » PS 1

« On découvre des choses » « Elle permet de mieux connaître le patient » PS 3

→ **Intérêt pour l'alliance thérapeutique**

Pour 3 médecins et une infirmière, cette CA apparaît essentielle pour la relation entre le professionnel de santé et le patient. Elle permet de l'enrichir, de la développer.

« Ca l'enrichit c'est évident. J'ai l'impression d'avoir une très bonne relation avec mes patients, mais c'est un élément de plus. Quand on est riche, un peu plus ce n'est pas grave »

PS 4

4.2.8.4- Freins à l'utilisation de IDIAS

→ **Pour les professionnels de santé**

- Le temps

Le manque de temps est a été abordé par 3 des 4 professionnels de santé de Bordeaux et Saint Pardoux La Rivière comme une limite à l'utilisation de IDIAS.

« C'était bien quand il y avait l'interne qui coachait derrière, parce que moi je n'ai pas le temps » PS 4

« Le temps est forcément un frein » « C'est vrai qu'en consultation on a tellement de choses des fois, le temps passe, il y a du monde et voilà quoi » PS 6

À Mont de Marsan, le seul médecin interrogé évoque également le temps comme obstacle à l'utilisation de IDIAS par les médecins.

« Je savais qu'IDIAS était en développement, j'ai dit nous, ça nous intéresse, mais un médecin ne passera pas ce temps, on va plutôt demander à l'infirmière de faire l'enquête, d'utiliser l'outil IDIAS avec la préparation de son enquête » PS 7

- L'oubli

Un seul des professionnels semble avoir reconnu l'oubli comme facteur limitant l'utilisation d'IDIAS.

« Des fois je n'y pensais pas. Je crois que par moment je zappais » PS 6

→ **Pour les Patients**

D'après une infirmière et un médecin, le temps semble aussi être un frein à l'utilisation de IDIAS par les patients.

« La réaction habituelle : « là je n'ai pas le temps » » PS 3

4.2.8.5- Propositions d'amélioration de l'outil

→ Améliorations informatiques

Aux vues des difficultés rencontrées à l'utilisation de IDIAS, certains PS souhaiteraient apporter quelques modifications informatiques.

Pour pallier à la difficulté de rentrer son âge, un médecin propose que celui-ci s'inscrive directement. Par ailleurs, pour résoudre le problème du passage des informations, un autre médecin propose que ce défilement soit moins rapide de sorte que les patients aient suffisamment le temps de les visualiser.

« Il faudrait peut-être modifier pour l'âge. Si ça s'inscrivait directement... » PS 4

« Que les premières diapos ne soient pas si rapides » PS 1

→ Améliorations du contenu de IDIAS

- Plus précis dans son contenu

Une infirmière et un médecin souhaitent que IDIAS soit plus précis et plus développé dans certains domaines.

« Moi je verrais bien IDIAS avec quelques tiroirs ». « Je verrais les thèmes plus détaillés » « Je complèterais le logiciel d'évaluation (...) ». « Explorer de façon plus précise certains paramètres avec 7-8 questions par paramètre » PS 3

Ces mêmes professionnels souhaitent que ces ajouts concernent les thèmes tabac, alcool et celui sur l'alimentation en rajoutant notamment pour ce dernier les recommandations sur la consommation des graisses, de sel et de féculents.

« Je complèterais le logiciel d'évaluation pour le tabac : test de Fagerstrom » PS 3
« Il n'y a pas les recommandations sur la consommation de graisses, de sel, de féculents ». « Les patients peuvent consommer 5 portions de fruits et légumes mais par ailleurs peuvent consommer de la charcuterie, du fromage à outrance, ça ne ressort pas sur la synthèse et ils sont considérés comme ayant une bonne alimentation ». « Au niveau alcool réponses trop limitées, il manque l'item « ça me fait plaisir », le « j'aime ça » est trop directif et péjoratif » PS 2

- Amélioration dans son interprétation

L'item alcool semble poser quelques soucis d'interprétation pour 3 PS. Ils souhaitent que ce domaine soit quelque peu modifié, qu'il soit moins sévère.

« Il y avait une interprétation par excès d'un comportement, essentiellement sur l'alcool » PS 4

Un autre professionnel signale que l'évaluation de l'activité physique est mal interprétée et sous-estimée.

« Une patiente m'a dit : au niveau de l'activité physique je suis en perception globale moyenne alors que je fais une heure de course par semaine, une heure de zumba par semaine et deux heures de marche par semaine » PS 3

Points essentiels de « l'outil IDIAS »

- **Perception d'utilité de l'outil :** IDIAS permet au patient de réaliser une auto-réflexion et une auto-évaluation de son état de santé. Ce dernier devient acteur de sa santé par son implication. IDIAS permet de situer la place du patient par rapport à la prévention. Aussi, il structure et développe la CA.
- **Perception d'utilité de la synthèse :** c'est une aide visuelle permettant de cibler les besoins des patients et d'ouvrir le dialogue. Pour un PS elle est utilisée pour aider à l'élaboration du diagnostic éducatif.
- **Perception d'utilité de la CA :** elle permet d'aborder de nouveaux sujets et d'identifier de nouveaux besoins chez les patients. Aussi, elle renforce l'alliance thérapeutique.
- **Freins à l'utilisation :** essentiellement le temps (pour les PS et les patients). Parfois l'oubli (pour un PS).
- **Propositions d'amélioration :** informatiques (flèches, défilement des informations, rentrer nom et âge), du contenu (développer certains thèmes), d'interprétation (seuil à modifier pour l'alcool surtout).

4.2.9- Devenir de IDIAS

4.2.9.1- Visualiser l'évolution des comportements

Deux PS souhaitent que la synthèse soit conservée informatiquement dans le dossier médical du patient, de façon à pouvoir observer l'évolution des comportements dans le temps.

« On pourrait imaginer de pouvoir garder de manière informatisée certains des résultats pour revoir à distance leur évolution ». « Le parcours de vie des gens » PS 3

4.2.9.2- Développer une consultation dédiée à la prévention et valorisée

Trois des quatre PS n'ayant pas de consultation dédiée souhaiteraient que cette CA le devienne.

« Ça devrait devenir plus tard une consultation prévention » PS 1
« Il faut absolument effectivement faire une consultation dédiée » PS 6

L'un d'entre eux aborde l'intérêt d'une valorisation de cette consultation dédiée dans l'optique d'impliquer un plus grand nombre de médecins à pratiquer la prévention.

« Il faudrait un C spécifique à ces consultations de prévention ». « Une valorisation de la prévention. Beaucoup plus de médecins feraient de la prévention » PS 3

4.3- Analyse descriptive des questionnaires patients

Comme prévu dans la méthode, un échantillon de patients ayant réalisé la CA a répondu au questionnaire, à l'exception de Bordeaux. A chaque fois, le patient a rempli son questionnaire directement après la CA, de façon à récupérer un plus grand nombre de questionnaires.

Les PS de Mont de Marsan ont distribué 5 questionnaires. Ceux de Saint Pardoux la Rivière en ont distribué 11. En revanche, aucun questionnaire n'a été distribué à Bordeaux. En effet, malgré les nombreuses relances téléphoniques et électroniques adressées au médecin généraliste ainsi que les déplacements de l'enquêteur au cabinet médical, aucun questionnaire n'a été distribué aux patients. Le médecin généraliste semblait en effet avoir une charge de travail trop importante pour assurer cette distribution. Il n'a pas eu la possibilité de libérer un peu de son temps à cette tâche.

Ainsi, nous avons recueilli un total de **16 questionnaires patients**.

Dans cette population de 16 patients, on retrouve une égalité parfaite hommes-femmes : 8 hommes, 8 femmes. La moyenne d'âge est de 62 ans. Le plus jeune patient est âgé de 35 ans. Le plus âgé a 72 ans.

Le motif de consultation ayant conduit au remplissage de IDIAS est le suivant :

- Consultations de suivi pour 9 patients
- Consultations pour un motif spécifique, une pathologie aiguë pour 3 patients
- 4 patients n'ont pas répondu à la question posée

Leur profession :

- La majorité des patients sont retraités (n=11)
- 2 sont sans profession
- 1 patient est soudeur
- 1 patiente est éducatrice spécialisée
- 1 patient n'a pas répondu à la question

Le questionnaire permet d'obtenir l'avis du patient sur la présentation d'IDIAS, le déroulement, la CA et l'orientation proposée par le PS. Les résultats donnés ci-dessous sont exprimés en nombre de patients : n=effectifs. **Ils correspondent au nombre de patients ayant répondu « Oui » à chacune des réponses.**

4.3.1- La présentation de IDIAS

14 patients sont satisfaits de la présentation de IDIAS. 2 d'entre eux répondent même être très satisfaits. Les 2 patients restants ne répondent pas à la question posée.

3 patients ne sont pas intéressés, mais acceptent quand même de remplir IDIAS. Il s'agit de 2 hommes et 1 femme, âgés respectivement de 63 ans, 68 ans et 64 ans. Le premier patient redoute que IDIAS soit trop personnel et trop long d'utilisation. Le deuxième ne donne pas de raison particulière mais répond quand même avoir envie de faire le point sur sa santé. La patiente a peur d'utiliser ou de ne pas comprendre l'outil.

Lorsque IDIAS est proposé, 14 patients ont envie de faire le point sur leur santé.

Au moment de la présentation, 5 patients ont des réticences vis à vis de l'outil : 3 ont peur de ne pas savoir l'utiliser ou de ne pas comprendre, 3 craignent que ce soit trop long à remplir et 4 que les questions soient trop personnelles.

4.3.2- L'utilisation de IDIAS

L'utilisation de IDIAS est perçue comme facile pour la majorité des patients interrogés (n=14) et même très facile pour 5 d'entre eux.

En revanche, 2 patients perçoivent tout de même l'utilisation de IDIAS comme difficile. Il s'agit d'une femme retraitée de 64 ans qui, au départ, n'est pas intéressée par le remplissage de IDIAS et a peur de l'utiliser. Il s'agit également d'un homme retraité de 66 ans qui est intéressé par IDIAS mais a également peur d'utiliser l'outil.

Un peu plus de la moitié des patients ne rencontrent aucune difficulté d'utilisation (n=9).

Seulement, 2 patients signalent avoir des difficultés pour utiliser l'écran, dont le patient retraité de 66 ans qui estime l'utilisation de IDIAS difficile.

3 patients ont des problèmes pour écrire leur nom. On retrouve parmi ces 3 personnes, les deux patients retraités qui annoncent percevoir l'utilisation de IDIAS comme difficile. 1 seul patient signale rencontrer des problèmes pour lire les informations. Il s'agit d'un homme retraité de 68 ans.

2 patients ont des soucis pour comprendre les questions. Il s'agit de deux femmes. L'une de 64 ans sans profession, incluse dans le programme ASALEE et l'autre de 62 ans incluse à Saint Pardoux La Rivière.

L'homme retraité de 66 ans percevant l'utilisation de IDIAS comme difficile est le seul à présenter deux difficultés associées.

Par ailleurs, les patients ne sont pas gênés par le fait qu'IDIAS ne possède pas de bande sonore. Aucun patient ne signale avoir été troublé de se retrouver seul devant l'écran.

4.3.3- L'utilité de IDIAS.

12 patients perçoivent IDIAS comme utile, 2 trouvent cela très utile. 1 seul patient n'est pas convaincu de son utilité. 1 patient n'a pas répondu à la question.

13 patients estiment qu'IDIAS permet de s'interroger sur ses habitudes de vie.

12 patients considèrent qu'IDIAS permet de s'interroger sur sa santé.

11 patients répondent qu'IDIAS est utile pour faire le lien entre comportements et santé.

8 patients répondent avoir appris des informations nouvelles.

10 patients ont envie de parler de leurs réponses après le remplissage.

11 patientes répondent avoir envie de modifier leurs habitudes en remplissant ce questionnaire.

Un seul patient signale qu'IDIAS ne lui a rien apporté.

4.3.4- L'opinion sur la synthèse

La **lecture de cette synthèse** est perçue comme facile pour 13 patients et très facile pour les trois autres patients.

Une question permet également de connaître l'avis du patient sur **le contenu de la synthèse**. 3 patients estiment que ce contenu ne leur sert à rien. Cependant, l'un d'entre eux donne des réponses non cohérentes. En effet, il fait aussi parti des 14 patients répondant que la synthèse permet de se positionner sur ses habitudes et des 12 personnes percevant un intérêt pour mieux visualiser l'évolution de ses habitudes.

4.3.5- L'analyse de la synthèse en consultation

L'avis des patients sur la **perception d'utilité de la CA** avec le PS est également exploré. 11 patients perçoivent l'analyse de cette synthèse en consultation comme utile, 3 la considère comme très utile. 1 patient l'estime inutile et 1 patient n'a pas répondu à cette question.

Cependant lorsque l'on pose la question différemment, aucun patient ne considère que cette consultation ne sert à rien. Aucun d'entre eux n'estime que sa durée est trop courte.

14 patients répondent qu'elle permet d'aborder certains sujets avec le PS ainsi que d'obtenir des informations, pour 12 d'entre eux.

De plus, 11 patients répondent qu'il y a un intérêt dans la prise de conscience des risques pour la santé.

Après la consultation, la moitié des patients (n=8) ont envie d'assister à des ateliers thérapeutiques.

Les **effets de cette consultation sur la relation entre le patient et son professionnel de santé** sont évalués. 6 patients répondent que cette consultation a « beaucoup » d'effets sur la relation avec leur PS. Selon 3 patients, cette consultation a peu d'effets. 2 personnes ne se positionnent pas et répondent « peut-être ».

En revanche, pour 4 patients, la consultation n'a pas de retentissement sur cette relation.

À noter que 1 patient ne répond pas à la question posée.

4.3.6- L'orientation

Les 16 patients sont interrogés sur les différentes **offres proposées** après la CA. La majorité des patients (n=15) bénéficient de conseils de la part de leur PS. Ils reçoivent des documents pour 4 d'entre eux.

La proposition d'assister à des ateliers est faite pour 6 patients. Ainsi, d'après les résultats précédents, 2 patients ne bénéficient pas d'une offre adaptée car la moitié souhaitait assister à des ateliers.

Un seul patient bénéficie d'une consultation spécialisée.

Ces **décisions prises** avec le PS, sont **considérées** comme utiles par 13 patients, voire très utiles pour 2 d'entre eux. En revanche, elle est estimée comme peu utile pour 1 personne. 2 utilisateurs ne répondent pas à cette question.

14 patients pensent que ces **décisions** sont adaptées à leurs besoins. 13 estiment qu'elles sont applicables et bénéfiques pour leur santé. Cependant, 6 patients pensent que ces décisions sont difficiles à réaliser.

Points essentiels « questionnaires patients »

Perception d'utilité et faisabilité

- **La présentation de IDIAS :** globalement les patients sont satisfaits (n=14). La majorité a envie de faire le point sur sa santé (n=14). 5 sont réticents vis à vis de l'outil.
- **L'utilisation de IDIAS :** globalement l'utilisation est perçue comme facile (n=14). En revanche, 7 patients ont rencontré quelques difficultés d'utilisation.
- **La synthèse :** La lecture de la synthèse est perçue comme facile (n=16). Elle permet à la majorité des patients de se positionner sur leurs habitudes (n=14) et de percevoir un intérêt pour visualiser l'évolution de leurs habitudes (n=12).
- **La consultation d'analyse :** globalement perçue comme utile (n=14). Elle permet d'aborder certains sujets avec le PS (n=14), d'obtenir des informations (n=12) et de prendre conscience des risques pour sa santé (n=11). Aussi avec la CA, certains ont envie d'assister à des ateliers d'ETP (n=8). 6 patients estiment que cette CA a beaucoup d'effet sur l'alliance thérapeutique, 7 peu ou pas du tout.
- **L'orientation :** globalement perçue comme utile (n=13), adaptée (n=14), applicable et bénéfique (n=13). En revanche 6 l'estiment difficile à réaliser.
- **L'outil IDIAS :** globalement perçu comme utile (n=14). Il permet de s'interroger sur ses habitudes de vie (n=13), sa santé (n=12) et de faire le lien entre comportements et santé (n=11). Certains apprennent de nouvelles choses. IDIAS permet aussi d'avoir un impact sur la volonté de changer ses habitudes (n=11) et de communiquer ses réponses (n=10).

V- Discussion

5.1- Biais et limites de l'étude

5.1.1. Biais de recrutement des professionnels de santé et des patients

Dans notre étude, nous n'avons inclus que des professionnels de santé volontaires et intéressés par l'outil IDIAS. Ils sont également formés à la prévention et à l'éducation thérapeutique. En 2009, il a été démontré que les médecins utilisateurs de questionnaires préétablis sont plus souvent formés en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique (67,5 % vs 56,7 % ; $p < 0,001$) (51).

Dans notre étude, les professionnels sont motivés et ont donc probablement une perception plus favorable sur la faisabilité et l'utilité de l'outil, vu leur implication.

La durée de notre étude sur 5 mois, a probablement été une limite à la participation de certains patients et PS. En effet, IDIAS a été installé récemment dans la MSP de Labrit dans les Landes. Nous n'avons pas eu le temps d'inclure ces utilisateurs dans notre étude.

Aussi, seuls les patients ayant réalisé la CA avec le PS ont eu la possibilité de remplir le questionnaire satisfaction. Ceci constitue un biais supplémentaire. En effet, on pourrait imaginer que les patients motivés par la consultation d'analyse ont des avis plus « positifs et favorables » sur l'outil IDIAS. Il aurait été intéressant d'obtenir des questionnaires satisfaction sur l'ensemble de la population, plus hétérogène (CA effectuée ou non).

5.1.2- Limites inhérentes à la méthodologie

Les auto-questionnaires peuvent entraîner un biais de déclaration. En effet, certains patients peuvent présenter des difficultés à aborder certains sujets dits « sensibles » (alcool, cannabis) par pudeur ou honte, ce qui peut entraîner un biais dans les réponses données.

L'échantillonnage est un autre biais de notre étude. Le nombre d'entretiens avec les PS est réduit, avec seulement 7 entretiens. Celui des questionnaires satisfaction patients l'est également ($n=16$). Ainsi, la puissance de notre étude est faible. Le peu de

questionnaires satisfaction patients recueillis et le faible nombre de PS inclus dans notre étude mettent en avant les limites de leur motivation à l'étude.

Il est important de souligner que la méthode de recueil des entretiens semi-dirigés n'a pu être la même pour tous les professionnels de santé : 4 entretiens en face à face et 3 entretiens téléphoniques. Nous aurions en effet souhaité un recueil de données homogène mais les données de la littérature suggèrent que le lieu de la scène et le moment de l'entretien doivent être opportuns (93). Ainsi, le choix de l'entretien téléphonique est expliqué par le fait que les conditions à la réalisation d'un entretien en face à face n'étaient pas réalisables pour ces 3 professionnels.

Il n'y a pas eu de double lecture pour les codages des entretiens des PS. La validité de l'étude est meilleure si les données sont codées par plusieurs personnes. Cependant, le codage a été réalisé à plus de deux reprises pour chaque entretien.

Par ailleurs, une critique essentielle des méthodes qualitatives par opposition aux méthodes quantitatives est que l'on ne peut ni généraliser ni extrapoler les résultats obtenus.

5.1.3- Biais d'information

Il existe un autre biais dit d'information. En effet, nous n'avons pu obtenir de questionnaires satisfaction patients dans le cabinet de Bordeaux Bastide. Il avait été envisagé de récupérer un total de 5 questionnaires patients dans ce lieu, mais motivation et volonté n'ont pas suffi.

Lorsque l'on fait le calcul, les 5 questionnaires manquant correspondent à environ 1/5ème de la population, ce qui aurait amené une plus grande validité à nos résultats.

Au moment des entretiens, tous les PS n'ont pas réalisé le même nombre de CA. On pourrait donc penser que ceux interrogés en octobre en ont effectuées davantage et donc, ont plus de recul vis à vis de l'utilisation de l'outil. Mais nous constatons que les résultats ne semblent pas être influencés par la date à laquelle s'est déroulé l'entretien.

5.2. Les points forts de l'étude

Notre étude présente plusieurs points forts. Tout d'abord les résultats objectifs fournis par IDIAS permettent de comparer les perceptions des patients vis à vis de

comportements à leurs réelles habitudes de vie, de mettre en avant leur capacité à percevoir le bénéfice d'un changement de comportement et leur motivation à modifier celui-ci.

Par ailleurs, les entretiens semi-dirigés et les questionnaires satisfaction patients ont permis de répondre aux objectifs secondaires de l'étude, d'envisager des perfectionnements pour IDIAS et de mieux préciser sa place en soins primaires.

Aussi, notre étude permet d'imaginer le potentiel d'IDIAS pour de futures recherches sur une cohorte d'utilisateurs.

5.3-Interprétation des résultats

L'objectif principal de notre étude était de décrire les profils des patients utilisateurs de IDIAS.

5.3.1- La description des données IDIAS

5.3.1.1- L'âge des patients

La moyenne d'âge des 77 patients inclus dans notre étude est de 55,38 ans. Le patient le plus jeune a 17 ans et le plus âgé 78 ans.

On remarque que cette moyenne correspond à la tranche d'âge définie au départ pour l'inclusion des patients dans IDIAS : 30-75 ans. Les deux âges extrêmes ne sont pas inclus dans notre fourchette initiale mais il n'y a que 3 patients qui sont âgés de moins de 30 ans et un seul de plus de 75 ans.

Ainsi, la tranche d'âge des 30-75 ans identifiée pour l'inclusion des patients semble adaptée à cette version de IDIAS.

5.3.1.2- Perceptions et Habitudes

On peut remarquer pour l'alimentation et la consommation d'alcool la présence d'une discordance entre les perceptions des patients et leurs habitudes de vie.

Pour l'alimentation, 57 patients de notre étude (soit 74%) pensent avoir une alimentation équilibrée et donc 20 patients non équilibrée. Lorsque l'on compare avec les habitudes de consommation, on retrouve que 69 patients (soit 89%) consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour (31, « 1 à 2 portions par jour » et 38, « 3 à 4 portions par jour ») et sont donc en dessous des recommandations.

Concernant les consommateurs d'alcool : 14 patients considèrent avoir une consommation régulière si ce n'est plus, alors que finalement 25 en consomment « 2 à 4 fois par semaine ».

Lorsqu'ils consomment, 4 patients boivent en moyenne entre 5 et 9 verres d'alcool par jour et 5 patients estiment consommer « 1 fois par mois » au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion, 3 « 1 fois par semaine », dont une personne « chaque jour ou presque ».

IDIAS permet donc de repérer et d'identifier les patients ayant un usage à risque d'alcool. Le PS pourra leur proposer un entretien individuel voire collectif si besoin.

Les perceptions et les habitudes de vie en rapport avec l'activité physique sont un peu moins discordantes.

Les patients ayant un faible niveau d'activité physique ont des perceptions correspondant à leurs habitudes. En effet, 50 patients de notre étude pensent que leur niveau d'activité physique est faible (dont 5 « très faible »). On retrouve dans les habitudes des patients, que 60 d'entre eux pratiquent moins de 5 fois par semaine une activité physique d'au moins 30 minutes d'affilées, dont 11 « jamais ».

Si on soustrait les 5 patients ayant une perception « très faible » du niveau d'activité physique et les 11 qui n'en pratiquent « jamais », on se retrouve avec n=45 en perception contre n=49 en habitudes.

En revanche, les patients ayant un niveau élevé d'activité physique n'ont pas tous une perception adaptée à leur comportement. 27 patients pensent avoir un niveau élevé d'activité physique alors qu'en pratique, 17 patients sont au niveau, ou au-dessus du seuil recommandé. Il y a donc 10 patients qui ont une perception surestimée de leurs comportements.

Les habitudes de consommation de tabac nous permettent d'évaluer la motivation du patient à l'arrêt du tabac. On remarque que sur les 20 patients fumeurs de notre étude, 18 ont déjà essayé d'arrêter de fumer et 12 d'entre eux ont stoppé la cigarette pendant au moins 1 semaine. On pourra ainsi travailler sur l'entretien motivationnel avec ces patients. Cette technique part de l'hypothèse que la plupart des patients sont ambivalents quant au changement de leurs habitudes de vie. Comme le soulignent dans leur article Arkowitz, Miller et leurs auteurs en 2008, à l'heure actuelle plus d'une centaine d'études cliniques randomisées sur l'entretien motivationnel (EM) ont été

publiées (94). Elles amènent des preuves solides quant à l'efficacité de cette approche pour favoriser le changement.

La majorité des patients de l'étude présente des troubles du sommeil (n=51). Un peu plus d'1/4 consomment pour cela des « substances d'aide au sommeil ». Il sera donc intéressant de travailler sur ce thème souvent négligé par des actions individuelles ou collectives (ateliers d'éducation thérapeutique de groupe).

82% des patients inclus dans l'étude estiment ne pas avoir de difficultés à suivre un traitement sur plusieurs jours. Cet item permettra alors de cibler la partie de la population qui pense avoir des difficultés, n=14 (soit 18%) et de mettre en place des actions éducatives sur la prise des médicaments.

Les patients semblent conscients de l'utilité des services de prévention n=71 (soit 92%). Cependant, les résultats permettent d'observer qu'un certain nombre d'entre eux ne sont pas en mesure de donner leur situation vis à vis des tests de dépistage et de la prévention en général (13 pour le statut vaccinal DTP, 2 pour celui de la vaccination antigrippale, 1 pour la mammographie et le frottis cervico-vaginal).

Par ailleurs, plus de la moitié des patients concernés par les différents tests ou vaccins sont à jour, selon leurs déclarations : 52 patients (soit 67%) sont « à jour » vis à vis du DTP, 24 (soit 55%) ont réalisé le test Hémocult II dans les délais recommandés, 29 des femmes ciblées (soit 85%) ont effectué leur mammographie dans les délais et 28 (soit 72%) leur frottis dans les 3 dernières années. En revanche, les résultats sont différents pour la vaccination antigrippale, où seulement 13 des patients concernés (soit 46%) considèrent se vacciner tous les ans, ce qui confirme certaines résistances vis-à-vis de cette vaccination.

Lorsque l'on s'intéresse aux données du Baromètre santé 2010, près d'une personne interrogée sur cinq (soit 19 %) estime ne pas être à jour de ses vaccinations et plus d'un quart (soit 27 %) ne connaît pas la nature de sa dernière vaccination. « *Les adolescents et les jeunes adultes sont près de la moitié (45 %) à ne pas pouvoir citer leur dernier vaccin. Ce résultat illustre le manque d'attention porté à son statut vaccinal* » (95).

Ces données montrent donc l'intérêt de poursuivre les efforts d'information auprès de la population sur les bénéfices de chacune des vaccinations et l'importance d'être à jour.

Les données de IDIAS devront être croisées avec celles du dossier et confirmées. Ceci peut être un moyen de plus de ne pas oublier d'aborder la question.

5.3.1.3- Les raisons des comportements à risque

On remarque qu'une faible proportion de patients ayant une faible consommation quotidienne de fruits et légumes répondent « Oui » aux propositions faites sur les raisons de ce comportement. Ce qui n'est pas le cas pour les autres comportements.

On peut donc se questionner sur la pertinence des options de réponse proposées sur les raisons d'une faible consommation quotidienne de fruits et légumes (trop cher, ne sait pas les préparer, manque de temps, n'aime pas ça, allergique, pas l'habitude d'en consommer, pas besoin). Peut-être sera-t'il intéressant de modifier cette diapositive en proposant d'autres choix de réponses.

La cause principale d'un faible niveau d'activité physique est le manque de motivation pour 38 des 60 patients (soit 63%). Le professionnel de santé pourra ainsi prendre le temps d'amener le patient à identifier les ressources sur lesquels il peut s'appuyer. Il pourra faire verbaliser les bénéfices de la pratique d'une activité physique régulière, mais également explorer et compléter les connaissances du patient sur ce sujet. Le professionnel aura aussi la possibilité d'orienter son patient vers d'autres professionnels de santé.

Pour l'alcool, les raisons permettent de mettre en évidence une dépendance chez certains patients. En effet, 5 patients (soit 8%) pensent ne pas pouvoir réduire leur consommation et 2 (soit 3%) répondent avoir besoin de consommer de l'alcool. Sachant tout de même qu'un patient a la possibilité de répondre aux deux propositions. Ces patients pourront donc être identifiés et pris en charge selon leur motivation.

Pour les 20 patients tabagiques, les principales raisons évoquées sont l'envie (n=18, soit 90%) et le plaisir (n=17, soit 85%). IDIAS permet également de repérer des comportements de dépendance pour un peu plus de la moitié des patients : 11 fumeurs ressentent le besoin de fumer (soit 55%) et autant ne peuvent pas réduire.

Les causes les plus fréquemment responsables d'un sommeil perturbé sont le stress pour 32 patients sur 51 et la consommation de boissons excitantes le soir pour 27 d'entre eux. 17 personnes accusent les ronflements. Il sera intéressant pour ces derniers

de rechercher un syndrome d'apnées du sommeil par un interrogatoire plus approfondi et un enregistrement polysomnographique du sommeil.

Ces repérages permettront également au professionnel de mettre en place des actions d'éducation ciblées sur les règles hygiéno-diététiques. Le patient pourra aussi être orienté vers des ateliers d'éducation thérapeutique comme par exemple l'atelier Stress/Sommeil de la MSP de Saint Pardoux La Rivière.

Les deux principales raisons du mal-être psychologique concernent les problèmes de santé pour 16 patients sur 77 (soit 52%) et les relations familiales pour 11 d'entre eux (soit 35%). IDIAS peut donc être un moyen, pour le patient, d'évoquer ses difficultés alors qu'il ne l'a peut-être pas encore fait auprès de son PS.

IDIAS a permis également d'identifier les raisons des difficultés d'observance d'un traitement. On retrouve que 12 patients, sur les 14 présentant des difficultés, n'aiment pas prendre de médicaments, que 10 oublient leur traitement et 7 ont peur des effets secondaires. Une éducation du patient avec présentation des bénéfices / risques du traitement mis en place pourrait là encore améliorer l'observance.

5.3.1.4- Bénéfices perçus du changement

Les patients sont conscients des bénéfices des changements de comportements sur leur santé pour l'alimentation, l'activité physique et le tabac.

En effet, on retrouve pour l'alimentation que 58 patients (soit 84%) situés sous le seuil des recommandations actuelles pensent qu'augmenter leur consommation quotidienne de fruits et légumes peut avoir un effet bénéfique sur leur santé (48 répondent « oui certainement »).

La tendance est la même pour la pratique de l'activité physique : parmi les patients pratiquant moins de 5 fois par semaine au moins 30 minutes d'affilées d'activité physique (n=60), 55 (soit 92%) pensent qu'augmenter leur niveau d'activité physique peut avoir un effet bénéfique sur leur santé (45 répondent « oui certainement »).

Pour le tabac, parmi les patients fumeurs (n=20), 19 (soit 95%) pensent que diminuer leur consommation de tabac peut avoir un effet bénéfique sur leur santé (18 répondent « oui certainement »).

Concernant l'alcool (n=63), 34 patients consommateurs (soit 54%) pensent que diminuer leur consommation d'alcool peut avoir un effet bénéfique sur leur santé (38% répondent « oui certainement »). En revanche, 19 patients (soit 30%) considèrent qu'il n'y a pas de bénéfice pour leur santé à diminuer leur consommation.

On pourrait expliquer ce point de vue par le fait que ces 19 patients font partie de ceux ayant répondu consommer de l'alcool au moins une fois par mois mais moins de 2 à 4 fois par mois (n=16).

Consommer de l'alcool est ancré dans la culture française, ceci pourrait expliquer que 16 patients (soit 10%) estiment qu'il est normal d'en consommer, notamment pour ceux en faisant une consommation très occasionnelle et conviviale.

5.3.1.5- Capacité perçue au changement

Pour l'alimentation et le tabac, la majorité des patients pensant être capables de modifier leur comportement à risque souhaite l'aide d'une personne extérieure.

Concernant l'activité physique, ce besoin d'aide est beaucoup moins systématique.

Pour l'alcool, la majorité des patients pensant pouvoir changer de comportement ne souhaite pas d'aide extérieure.

Cette différence selon le comportement en jeu doit nous interroger. Nous pouvons évoquer des explications sans pouvoir en affirmer la validité, IDIAS n'explorant pas cette dimension. Le besoin d'aide est sans doute différent selon le cas. Pour l'alimentation, sans doute des conseils diététiques, pour le tabac, des aides médicamenteuses bien médiatisées. Pour l'activité physique, certains peuvent avoir besoin de coaching. Enfin, la demande d'aide pour l'alcool peut signifier la dépendance et donc la stigmatisation encore très forte aujourd'hui. IDIAS montre ici certaines limites qui impliquent son association à une consultation d'analyse.

5.3.1.6- Utilité d'en parler à un professionnel de santé

On remarque que certains sujets sont plus facilement abordables que d'autres.

En effet, l'alimentation et l'activité physique en comparaison à la consommation d'alcool, semblent être des sujets faciles à aborder avec un professionnel de santé.

46 des 69 patients ayant une consommation quotidienne de fruits et légumes inférieure au seuil recommandé pensent qu'il est utile d'en parler à leur professionnel de santé

(soit 67%) et 42 des 60 patients ayant une activité physique inférieure au seuil recommandé pensent aussi qu'il est utile d'en parler à un professionnel (soit 70%).

En revanche, pour l'alcool, sur les 63 patients consommateurs, 53 pensent qu'il n'est pas utile de parler de leur consommation à un professionnel (soit 84%). Ces résultats confirment également que l'alcool est un sujet plutôt sensible et tabou.

On peut aussi imaginer qu'il existe probablement parmi ces 84%, des patients qui consomment peu d'alcool.

Concernant la consommation de tabac, 14 des 20 patients fumeurs (soit 70%) pensent qu'il est utile d'en parler à leur professionnel mais 50% ne sont pas encore prêts et répondent « oui bientôt » à la question.

Les résultats obtenus permettent donc d'observer les comportements et les habitudes de vie des 77 patients de notre étude, mais aussi d'en évaluer leurs perceptions. Ils soulignent également leur capacité à prévoir une modification comportementale seul ou avec l'aide d'une personne extérieure.

En d'autres termes, les résultats décrivent et permettent de mesurer l'état de santé de notre échantillon de patients sur une période donnée (de mai à septembre 2014), de donner la répartition des différents comportements pour cette population.

Une fois les comportements à risques identifiés, il est essentiel d'évaluer la motivation du patient au changement.

Si l'information est importante pour éduquer et renseigner les patients, elle suffit rarement à changer les comportements. Une approche sans doute obsolète du changement part de l'hypothèse que les patients manquent de connaissances et que l'amélioration des connaissances change l'attitude en suscitant l'envie de changer (96). En revanche, elle ne tient pas compte des très nombreux facteurs qui agissent sur le comportement comme par exemple les influences personnelles liées aux croyances, attitudes et compétences de chacun, l'influence sociale (interactions avec d'autres personnes : amis, famille et communauté), l'influence environnementale (l'espace dans lequel vit l'individu) mais également des facteurs économiques qui sont dans notre étude la raison principale d'une faible consommation quotidienne de fruits et légumes (n=11).

Grâce à IDIAS, nous avons pu identifier parmi les différentes raisons proposées des comportements et des habitudes de vie, celles qui sont le plus souvent choisies par les patients et donc de définir des priorités.

Ces raisons regroupent plusieurs domaines : psycho-sociaux, économiques, environnementaux. Ainsi, cette identification pourra permettre de cibler des stratégies adaptées répondant aux priorités.

Cette notion est en effet reprise dans un article publié en 1991 par Gaston Godin (97). Ce dernier annonce que le choix de la stratégie d'intervention doit s'appuyer sur une identification préalable des facteurs qui expliquent le comportement donné dans la population visée. Ainsi, le succès de l'activité proposée n'en est que meilleur.

5.3.2- Les entretiens professionnels de santé

5.3.2.1- Perception d'utilité de IDIAS selon les professionnels de santé

IDIAS a une double utilité. Il permet une évaluation des pratiques et des habitudes de vie de chacun et de faire un bilan des comportements en rapport avec la santé chez des patients qui ne sont pas encore atteints d'une maladie. Il est ainsi utilisé dans un contexte de prévention primaire et secondaire.

D'autre part, IDIAS peut être utilisé dans une démarche de prise en charge du patient en éducation thérapeutique. Il est donc aussi utile dans le cadre de la prévention tertiaire.

D'après les différents PS interrogés, IDIAS a une utilité dans l'amélioration de la connaissance des patients. En effet, cet outil a permis d'identifier de nouveaux besoins, même chez des patients suivis et connus depuis des années.

Avec IDIAS, la relation entre le PS et son patient semble être renforcée. On retrouve cette notion dans l'article de Chevallier et coll., publié en 2008 (64). Celui-ci démontre que l'outil informatique EsPeR permettant de structurer une consultation dédiée n'altère pas la relation médecin-patient mais au contraire semble la renforcer.

La synthèse IDIAS permet aussi de structurer la CA. Elle est utile pour ouvrir le dialogue entre PS et patient, facilitant ainsi la communication et le partage. Elle est également une aide visuelle, ciblant rapidement les besoins de chacun pour aller à l'essentiel.

IDIAS permet donc un gain de temps, favorisant l'intégration de la prévention en médecine générale. Le caractère structuré de la consultation offre également du contenu au médecin (64).

La consultation dédiée à l'analyse de la synthèse IDIAS est différente d'une consultation classique. Elle permet au PS d'aborder d'autres sujets avec le patient et l'amène dans une autre démarche. C'est l'implication du patient qui est amplifiée. Il confie ses pratiques, même les plus intimes. Il semble, grâce à IDIAS, avoir plus de facilité à se confier et aborde des sujets jusqu'alors inconnus du PS. Une étude évaluant la faisabilité et l'acceptabilité d'une consultation de prévention dédiée et structurée par un autre outil informatique EsPeR, montre aussi que cette nouvelle consultation intègre davantage le patient. Ce dernier en devient plus ouvert et plus participatif (64).

IDIAS peut être utilisé à un instant donné mais les PS semblent aussi conscients de son utilité dans le temps afin d'évaluer l'évolution des comportements et l'intérêt des différentes prises en charge mises en place (conseils, documents, ateliers, consultation spécialisée).

5.3.2.2- Faisabilité de IDIAS selon les professionnels de santé

→ Intérêt de l'outil dans le système de soins français

IDIAS s'intègre dans une démarche de promotion de la santé. Il s'agit d'un outil qui entre dans la même logique que le système de santé actuel, souhaitant donner une place plus importante à la prévention en soins primaires.

→ Faisabilité technique

Il est vrai que IDIAS n'est pas encore parfait d'utilisation, mais les PS de notre étude sont unanimes, IDIAS est un outil qui est facile à utiliser, simple et accessible. Quelques rares « bugs » informatiques ont été signalés mais ne semblent pas être perçus comme un véritable handicap. Par ailleurs, quelques difficultés d'utilisation ont été retenues : rentrer son âge et son nom (n=2), passer d'une page à l'autre avec les flèches (n=3), déroulement des informations trop rapide (n=3), compréhension de certaines questions (n=1).

→ Faisabilité organisationnelle

a- L'information sur IDIAS

À ce jour, aucun PS n'utilise de support pour informer les patients sur IDIAS. Il existe cependant des brochures et des affiches, qui pourraient être exploitées dans les salles d'attente notamment, de façon à apporter une première information sur l'outil, et faire gagner du temps aux PS.

b- L'installation de IDIAS

IDIAS est installé différemment selon les cabinets : dans une salle dédiée où le patient se retrouve seul, dans la salle d'attente et dans le bureau des infirmières du programme ASALEE. Ces 3 modes d'utilisation sont propres à chaque fonctionnement de cabinet (cabinet de groupe, MSP et cabinet où un médecin généraliste exerce seul). Malgré leurs différences, ces 3 modes fonctionnent très bien. Les organisations sont propres à chaque cabinet. L'utilisation de IDIAS peut être adaptée selon la volonté de chacun, il suffit de définir en amont les règles d'organisation.

c- Une aide nécessaire pour le remplissage

La présence d'une personne semble nécessaire pour aider le patient à remplir les premières diapositives de IDIAS. Au moins jusqu'à ce qu'il rentre son nom. Celle-ci pourrait être la secrétaire ou l'interne en formation dans le cabinet. Il faudra par conséquent que ces personnes soient formées à l'outil.

Les infirmières du programme ASALEE pensent qu'il existe un réel intérêt à assister au remplissage dans sa totalité. En effet, cela permettrait d'observer les attitudes et remarques des patients. Aussi, la visualisation au préalable des réponses données faciliterait l'interprétation de la synthèse et ainsi la réalisation de la consultation d'analyse. Cependant, cette disponibilité du professionnel de santé n'est pas toujours possible.

d- La lecture et l'interprétation de la synthèse

La majorité des PS ne sont pas à l'aise avec la lecture et l'interprétation de la synthèse papier. Celles-ci deviennent tout de même plus faciles avec la pratique.

Certains PS ont évoqué l'utilité d'une formation à cette tâche. Un support d'aide à l'analyse de cette synthèse a donc été développé en cours d'étude mais n'a peu ou pas

été utilisé par les différents PS (Annexe 5). Une amélioration de ce document pourra certainement être effectuée.

Par ailleurs, il a aussi été signalé l'importance de connaître les aboutissants de cette synthèse et les offres que l'on peut proposer.

Toutes ces raisons montrent qu'il serait préférable que cette lecture soit effectuée par le PS seul, en amont de la CA, de façon à s'y préparer et de la mener à bien.

e- Prise de rendez-vous pour la consultation d'analyse

Les avis des PS divergent concernant la prise de rendez-vous pour la CA. En effet, la majorité prône la prise de rendez-vous par une tierce personne, de façon à ce que le patient ne soit pas perdu de vue et revienne faire sa CA. En revanche, un seul médecin laisse le patient prendre son rendez-vous de façon à le responsabiliser. Cette démarche ne semble pas limiter le nombre de patients revus en consultation, car ce dernier a réalisé 9 CA sur les 21 patients ayant rempli le questionnaire IDIAS, et ce, sur la période de l'étude.

Par ailleurs, il paraît un peu excessif et directif de prendre rendez-vous pour le patient. Cette démarche va également à l'encontre de son autonomisation. En effet, tous les patients ne perçoivent pas l'intérêt de revenir consulter pour analyser leurs réponses, certains ont peut-être besoin de temps pour y réfléchir. Laisser le patient libre de ses choix lui permet d'être prêt si consultation il y a. Comme nous l'avons vu précédemment, en prévention, rien ne peut se faire sans l'adhésion du patient à tous les niveaux (10).

f- Délais entre le remplissage de IDIAS et la consultation d'analyse

Comme nous l'avons vu précédemment dans les résultats, le délai entre le remplissage d'IDIAS et la CA est variable. Il peut être immédiat comme dépasser les 3 mois.

Il est vrai qu'en fin de remplissage d'IDIAS, aucune information sur ce délai n'a été donnée au patient.

On pourrait penser qu'un patient revenant en CA dans un court délai a plus de facilité à se souvenir de ses réponses et est plus à l'aise en CA pour partager avec le PS. Un seul professionnel a évoqué cette idée dans notre étude.

Il pourrait donc être intéressant de rajouter à la fin du questionnaire IDIAS, une note concernant le délai pour revenir faire la CA (15 jours environ). Cela limiterait ainsi le biais de mémorisation.

g- La formation des professionnels de santé à la prévention et l'éducation thérapeutique

La majorité des PS sont d'accord sur l'importance de leur formation à la prévention et à l'éducation thérapeutique. Selon eux, tout praticien est habilité à réaliser ce genre de consultation sans formation spécifique. Cependant, celle-ci semble être un atout supplémentaire. Elle permet de lui donner des pistes et des outils concernant l'attitude à adopter afin d'aider le patient à entrer dans une démarche de changement. Elle permet également au PS de s'interroger et d'adopter une posture plus éducative.

En effet, la prévention implique souvent des changements de comportement et de mode de vie. Une éducation du patient semble nécessaire pour en assurer la pérennité. Il est vrai que la formation médicale initiale, largement dominée par la problématique du soin, nous a rarement préparé à une telle approche. Nombreux sont les médecins généralistes s'étant souvent confrontés aux très fréquents échecs des simples conseils à des patients qui fument, boivent de l'alcool, mangent trop, ne bougent pas assez, ne prennent pas leurs médicaments...

Pour aider les médecins généralistes qui se retrouvent dans cette situation, une formation spécifique à l'entretien motivationnel pourrait être mise en place. Cette formation optionnelle a récemment été développée au sein du département de médecine générale de l'université de Bordeaux, pour les internes de médecine générale. L'entretien motivationnel est une « façon d'être » avec le patient, il est basé sur l'écoute active et l'attitude empathique. L'entretien motivationnel est donc un « état d'esprit » mais aussi une pratique relationnelle qui s'apprend.

h- La consultation dédiée prévention

D'après tous les PS interrogés, la consultation dédiée prévention semble nécessaire au bon déroulement de la CA. Un article publié en 2008, a évalué la faisabilité ainsi que l'acceptabilité par 53 médecins généralistes d'une consultation de prévention dédiée et structurée à l'aide d'un outil informatique accessible en ligne. Les résultats montrent aussi l'intérêt d'une telle consultation (64).

→ Faisabilité dans le temps

L'objectif de IDIAS est aussi de réévaluer les comportements et les habitudes de vie des patients dans le temps. Le changement des mentalités et des comportements de santé pourra alors être apprécié.

→ Faisabilité économique

L'adoption de IDIAS dans son cabinet entraîne un faible coût. Les PS intéressés auront à financer l'écran tactile servant de support, le logiciel IDIAS sera quant à lui gratuit. Il faudra également prévoir un financement pour l'hébergement des données.

5.3.3- Les questionnaires satisfaction patients

5.3.3.1- Perception d'utilité de IDIAS par les patients

→ Perception d'utilité de l'outil

La majorité des patients interrogés (n=14) ont décidé de remplir IDIAS afin de faire le point sur leur santé. Ils ont donc trouvé une utilité à remplir IDIAS en souhaitant faire une auto-évaluation de leur état de santé. Cela renforce l'idée que le désir des patients à devenir acteur de leur propre santé est grandissant.

Par ailleurs, il est important d'évaluer si IDIAS répond aux attentes des patients, c'est à dire si les souhaits et les désirs des patients sont remplis.

On remarque que sur les 14 patients ayant souhaité faire une auto-évaluation de leur santé, 13 se sont interrogés sur leurs habitudes de vie, 12 se sont interrogés sur leur santé, 11 patients ont fait le lien entre leurs comportements et leur santé. Ainsi, la plupart des patients semblent voir leurs attentes satisfaites et estiment que remplir le questionnaire IDIAS est utile pour eux (n=14). La perception d'utilité de l'outil par l'utilisateur est donc confirmée.

Certaines des réponses permettent de donner une autre utilité à IDIAS. En effet, il semble avoir un impact sur la motivation des patients au changement. La majorité des patients interrogés (n=11) répondent avoir envie de modifier leurs habitudes en remplissant ce questionnaire.

Par ailleurs, il est également important de s'intéresser aux patients n'ayant pas été attirés par l'outil (n=3), de façon à apporter d'éventuelles modifications dans la présentation. Parmi ces 3 personnes, une a relevé une appréhension pour utiliser et comprendre l'outil, une autre a redouté que l'outil soit trop intrusif et prenne trop de temps. Ainsi, nous pouvons imaginer que des informations rassurantes sur le mode de fonctionnement et la durée de remplissage soient retranscrites sur les affiches et les brochures mises à disposition dans la salle d'attente. L'écran tactile de IDIAS pourrait être comparé à une balance tactile de supermarché, ce qui le rendrait moins effrayant.

Par ailleurs, il serait intéressant d'indiquer sur ces documents la durée de remplissage du questionnaire, environ 15 min. En effet, il a été démontré qu'un questionnaire trop long risque d'influencer négativement le taux de réponse (98).

→ Perception d'utilité de la synthèse

Nous avons souhaité obtenir l'avis des patients sur la synthèse, de façon à y apporter d'éventuelles améliorations.

Tous les patients de notre échantillon ont perçu la lecture de la synthèse comme facile voire très facile. Cependant, ces résultats sont un peu biaisés et surestimés. En effet, la plupart des patients ont réalisé cette lecture avec un PS et non seuls. Ils ont été accompagnés pour son interprétation. Si cette dernière semble difficile pour certains PS, on peut penser qu'il en est de même pour les patients.

Cette synthèse rejoint l'idée première que l'outil IDIAS permet aux patients d'évaluer leurs comportements. En effet, 14 d'entre eux répondent que la synthèse est utile pour faire le point sur leurs habitudes de vie.

Les patients sont en accord avec les PS sur le fait que le logiciel IDIAS permettra aussi d'évaluer l'évolution des comportements dans le temps (n=12).

→ Perception d'utilité de la consultation d'analyse (CA)

On retrouve toujours 14 patients conscients de l'utilité de l'analyse de la synthèse en consultation avec leur PS. Cette CA a permis à 12 patients d'obtenir des informations. Comme nous l'avons vu précédemment, l'information est importante dans l'éducation et le renseignement des patients, mais elle suffit rarement à modifier les comportements. C'est une première étape dans le changement.

14 patients ont pu aussi aborder et partager certains sujets en consultation d'analyse. On aurait pu penser que cette implication aurait un impact sur l'alliance thérapeutique. Or, on remarque que 6 patients seulement estiment que cette consultation a une utilité dans la relation avec leur praticien (« beaucoup d'effet sur la relation PS/patient »). Ces résultats sont plus probants du côté des professionnels. On pourrait expliquer cela par le fait qu'il existait probablement déjà, avant la CA, une relation solide et de confiance entre ces patients et leur PS.

→ Perception d'utilité de l'orientation

Les différentes offres proposées, qu'il s'agisse de conseils (n=15), documents (n=4), consultations spécifiques (n=1), ateliers thérapeutiques (n=6), semblent convenir et être utiles aux patients (n=13). Ces offres sont considérées comme adaptées (n=14), applicables et bénéfiques (n=13). En revanche, 6 patients pensent qu'elles sont difficiles à réaliser. Il sera alors intéressant d'explorer le ressenti de ces patients lors de la CA.

Pour être adoptées, ces différentes propositions doivent être partagées par le patient. Pour obtenir son adhésion, il faut augmenter sa participation aux décisions qui concernent sa santé individuelle (99).

De façon à assurer la meilleure prise en charge possible du patient, le PS doit donc prendre en considération plusieurs domaines : les préférences et comportements du patient, les données actuelles de la science et la situation clinique observée. Cet ensemble forme le concept de l'Evidence Based Medecine ou médecine fondée sur les preuves (figure 35).

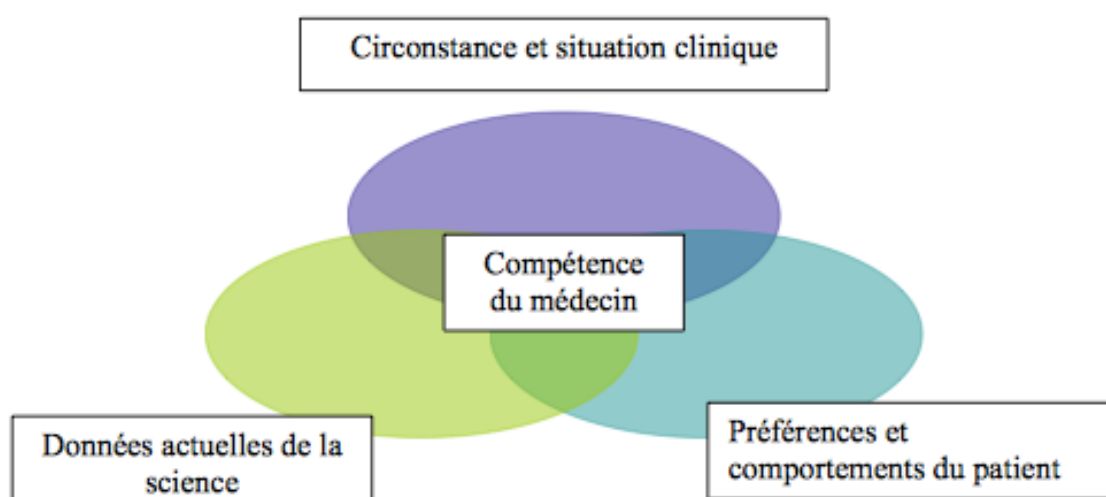


Figure 35 : Schéma du concept de l'EBM

Parmi les offres, les professionnels et les patients semblent intéressés par des ateliers thérapeutiques (n=8). Certains sont déjà mis en place et utilisés dans la MSP de Saint Pardoux la Rivière et devraient prochainement se développer dans le cabinet de groupe de Mont de Marsan.

Plusieurs ateliers de groupe sont animés dans la MSP de Saint Pardoux la Rivière depuis la fin de l'année 2014 : l'atelier Stress/Sommeil, l'atelier sur le ressenti et les facteurs de risque, l'atelier sur l'alimentation et l'activité physique, celui sur le poids appelé « le

poids dans tous ses états », ainsi qu'un atelier sur le repérage des signes avant-coureurs. Un autre atelier est ciblé sur l'éducation à la santé familiale. Enfin, le dernier concerne les moyens de prévention et la vaccination. Tous ces ateliers sont animés par six PS : trois infirmières libérales, une psychologue, une diététicienne et un podologue. Les patients sont adressés par les médecins de la MSP. Les subventions pour la réalisation de ces ateliers thérapeutiques sont versées par l'Agence Régionale de Santé. Les séances collectives peuvent comporter au minimum 3 personnes et au maximum 8 à 10 adultes et durent environ 3h.

D'après les recommandations de 2007 de la HAS sur l'éducation thérapeutique (100), la mise en œuvre d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique (ETP) s'adapte à chaque patient. Il comprend plusieurs phases :

- une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif (une infirmière ASALEE réalise celui-ci pendant la consultation d'analyse),
- des séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives, comme à Saint Pardoux la Rivière : pour l'acquisition des compétences d'auto-soins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation, et leur maintien,
- une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises, des changements mis en œuvre par le patient dans sa vie quotidienne et du déroulement du programme individualisé.

Par la suite, les PS impliqués dans cette prise en charge se mettent en relation de façon à partager sur le contenu de ces séances.

5.3.3.2- Faisabilité perçue par les patients

L'utilisation de IDIAS semble facile pour la majorité de notre échantillon de patients (n=14).

Un peu plus de la moitié des patients n'ont rencontrés aucune difficulté d'utilisation (n=9).

Lorsqu'on observe les résultats de ces questionnaires de façon plus détaillée, 7 patients ont présenté quelques difficultés : pour utiliser l'écran tactile (n=2), pour rentrer leur nom (n=3), pour lire les informations (n=1), pour comprendre les questions (n=2).

En comparant ces résultats à ceux des PS, on remarque que certaines de ces difficultés sont communes. 3 patients ont des soucis pour rentrer leur nom, notion qui a aussi été évoquée par 2 professionnels. Par ailleurs, 2 patients annoncent avoir été gênés pour

comprendre les questions. Sentiment partagé par un seul PS. On peut en conclure que la compréhension des questions reste globalement bonne, ce qui a aussi été soulevé par deux PS lors des entretiens.

En revanche, on retrouve que certains de ces résultats ne semblent pas concorder avec ceux des PS. En effet, un seul patient a signalé avoir rencontré des problèmes pour lire les informations. En revanche, cette difficulté a été relatée par 3 PS.

Nous pouvons peut être expliquer cela par le fait que notre échantillon de patients n'est pas assez grand.

Par ailleurs, 2 patients évoquent une difficulté concernant l'utilisation de l'écran tactile. Aucun PS n'a soulevé ce fait. Ces derniers ont plutôt perçu le format de l'outil comme facilement accessible et simple d'utilisation.

5.4- Perspectives pour IDIAS

5.4.1- Propositions d'amélioration

5.4.1.1- Amélioration Informatique de l'outil

L'analyse des entretiens PS et des questionnaires patients a permis d'identifier certains points à améliorer, notamment dans le domaine informatique. Il faudra modifier les flèches permettant de passer d'une page à l'autre, peut être les rendre plus lisibles. Le défilement des informations devra être plus lent et peut-être pourra-t-il être contrôlable par le patient lui-même.

D'après les résultats, nous avons retenu que la partie où le patient rentre ses données personnelles n'est pas aisée pour lui. Peut-être que son âge pourra s'afficher automatiquement et que ses initiales suffiront à son identification.

5.4.1.2- Amélioration du contenu de IDIAS

D'après l'analyse des données IDIAS, un item ne semble pas apporter de résultats probants. Il s'agit du test Hémocult II. Ces résultats ne sont pas vraiment interprétables car il existe parmi les 20 patients n'ayant pas réalisé ce test (45%), des individus inclus dans un dépistage individuel du cancer colo-rectal (coloscopie tous les 5 ans à la place du test). Ces 45% sont donc surestimés, ils ne correspondent pas au pourcentage de

patients n'ayant pas réalisé ce test par refus ou oubli. De ce fait pour être plus précis, il serait intéressant de rajouter un choix de réponse : non car coloscopie tous les 5 ans.

De plus, le dépistage organisé du cancer colo-rectal par le test Hémocult II va changer. Il sera donc important d'effectuer la modification sur IDIAS en temps voulu.

Ce programme national de dépistage est proposé depuis 2009 et concerne aujourd'hui 18 millions de personnes en France. Cependant, malgré une notoriété croissante, la participation reste encore faible : 31% d'entre elles ont réalisé le test en 2012-2013 (101).

Le test hémocult II devrait être prochainement remplacé par un test immunologique. Ce test repose sur la détection de la présence d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à l'utilisation d'anticorps. Il serait donc plus simple (un seul prélèvement contre six actuellement), plus précis et plus sensible. Cette simplification doit permettre d'élargir la participation des Français aux tests de dépistage organisé du cancer colo-rectal.

D'après l'analyse des résultats, certains professionnels souhaiteraient compléter et développer certains items : sur le tabac en incluant le test d'évaluation de la dépendance (test de Fagerstrom), sur l'alimentation en développant une partie sur les aliments gras, salé ou sucré.

Ces propositions sont intéressantes mais ne doivent pas surcharger l'outil. Pour que IDIAS reste simple d'utilisation et facilement accessible, la phase de remplissage doit rester courte.

Il serait peut-être plus judicieux de développer ces différents facteurs comportementaux lors de la consultation d'analyse.

Aussi, l'interprétation de l'item Alcool semble surestimée. En effet, 3 PS semblent de cet avis. Peut-être que le seuil pour avoir accès aux questions réflexives pourrait être « Occasionnellement » et non plus « Très rarement ».

5.4.1.3- Amélioration de la synthèse

La lecture et l'interprétation de la synthèse ne semblent pas aisées pour tous les PS. Certaines modifications pourraient être apportées, notamment en détaillant les différents niveaux de perception:

Pour le graphique de la perception globale il faudra mettre en avant pour chaque thème les échelles. Par exemple pour l'alimentation : de « très équilibrée » à « jamais équilibrée », pour l'activité de « très élevée » à « très faible », etc...

Concernant les histogrammes, pour la perception des bénéfices d'un changement pour sa santé, il faudra indiquer de façon claire : « Oui certainement », « Un peu », « Peut-être », « Non pas du tout » ; pour la perception de sa capacité à changer d'habitude, il faudra mettre en évidence les différents niveaux : « Oui seul », « Oui avec de l'aide », « Peut-être », « Non pas du tout ».

Par ailleurs un PS souhaite que le graphique pour la perception globale soit quelque peu modifié, c'est à dire que les échelles maximales (« très équilibrée », « très élevée » etc...) soient exprimées à l'extérieur du graphique, de façon à ce que le patient puisse visualiser ses "bons" comportements. En effet, cette approche est développée dans l'entretien motivationnel qui permet d'amener le patient au changement en l'incitant tout d'abord à explorer les côtés « positifs » (39) et augmenter son sentiment d'efficacité personnelle (102).

5.4.2- Devenir de IDIAS

5.4.2.1-Développement de l'outil dans d'autres cabinets

IDIAS pourrait être mis en place dans d'autres cabinets de médecine générale mais aussi dans d'autres cabinets libéraux : pédiatre, cardiologue par exemple.

En effet, lors du congrès e-santé de Novembre 2014 à Bordeaux, un pédiatre a pris la parole et a développé l'intérêt de mettre en place IDIAS dans son cabinet libéral afin d'évaluer l'environnement de l'enfant (tabagisme chez les parents, qualité de l'alimentation...). Ces données sont aussi importantes pour la santé de l'enfant. Une identification de ces comportements environnementaux peut découler sur une prise en charge différente et surtout adaptée.

5.4.2.2- Développement de la version beta disponible en ligne

L'objectif final serait qu'une autre version d'IDIAS, améliorée, soit disponible et accessible en ligne par les PS intéressés. Elle sera encore plus facile d'accès. Pour cela une demande d'autorisation devra être faite à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) et les fonds devront être alloués pour développer cette deuxième version.

5.4.2.3- Cibler d'autres populations

IDIAS pourrait aussi connaître d'autres versions concernant d'autres populations : par exemple les patients de moins de 30 ans avec un outil ciblant davantage les conduites à risque : addictions (drogues), Infections Sexuellement Transmissibles, la conduite automobile ou encore IDIAS pourra avoir une place en médecine du travail pour une évaluation des comportements au travail, ou dans les centres de santé.

5.4.3- Ouverture vers d'autres sujets

Pour l'instant cette étude ne peut répondre à la question de savoir si IDIAS est efficace sur le changement des comportements et donc sur l'amélioration de la santé du patient. Dans quelques années, avec plus de recul, cette question trouvera certainement réponse. Les données de deux articles (103) (104) concernant l'intérêt des outils d'auto-évaluation semblent plutôt donner des résultats favorables. En effet, ces techniques d'auto-évaluation (comme IDIAS) et celles d'auto-régulation (définition d'objectifs, incitation, autoévaluation, renvoi d'informations sur les performances, revue d'objectifs) sont régulièrement citées comme des outils de changement de comportement efficaces.

Il sera intéressant d'effectuer une analyse des variations des résultats biologiques des patients avant et après IDIAS de façon à disposer d'indicateurs objectifs quantitatifs.

VI- Conclusion

IDIAS est un logiciel informatique utilisé dans 3 cabinets de médecine générale en Aquitaine. Il propose au patient un questionnaire et des informations sur des facteurs influençant sa santé.

Il existe quatre temps dans le déroulement de IDIAS : l'information, le remplissage du questionnaire, la consultation d'analyse et l'orientation.

Dans notre étude, IDIAS est utilisé différemment selon les cabinets. En effet, il a un intérêt pour une évaluation simple des comportements mais aussi dans une démarche de prise en charge du patient en éducation thérapeutique. On remarque donc que cet outil a sa place en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Les premiers résultats de IDIAS permettent d'identifier les profils des 77 patients de notre étude, d'observer et de comparer leurs comportements et leurs habitudes de vie. Ils soulignent également leur capacité à percevoir un bénéfice dans le changement de comportement et à prévoir une modification comportementale seul ou avec l'aide d'une personne extérieure.

Du point de vue des patients et des PS interrogés, IDIAS est perçu comme un outil pertinent et utile en soins primaires. Il permet le repérage des comportements à risque et évalue la motivation du patient au changement.

Pour les professionnels, IDIAS enrichit la relation avec le patient, il apporte aussi un gain de temps.

Avec IDIAS, le patient est actif et autonome, il effectue une auto-réflexion sur son état de santé et est impliqué dans la démarche de vouloir l'améliorer. En fonction des besoins identifiés lors de la consultation d'analyse et de la motivation du patient, la décision prise est partagée et peut être adaptée.

Les résultats montrent que malgré la nouveauté de l'outil informatique, IDIAS reste simple d'utilisation et facilement accessible par les patients.

De plus, notre étude a permis de constater que sans offres à disposition, IDIAS n'est pas optimisé. En effet, une fois les besoins ciblés et identifiés, il est essentiel de proposer des solutions au patient.

IDIAS semble pouvoir être utilisé dans plusieurs cabinets médicaux, même si ceux-ci sont de fonctionnements différents. L'organisation est alors à définir en amont.

D'après nos résultats, quelques modifications (informatiques, présentation de la synthèse) doivent être apportées. Une tierce personne doit être disponible et formée à l'outil pour accompagner le patient en début d'utilisation. De plus, les brochures et les affiches à disposition doivent être utilisées et mises en place dans les salles d'attentes, de façon à attirer davantage de patients.

Certains freins à son utilisation et son développement pourraient disparaître grâce à des modifications organisationnelles au sein de chaque lieu d'utilisation mais aussi grâce aux changements à venir de notre système de santé français.

Une autre version de IDIAS devrait être développée et accessible gratuitement en ligne par les professionnels de santé intéressés. Cet outil pourrait aussi avoir une place intéressante dans d'autres cabinets médicaux (cardiologie, pédiatrie...) et centres de santé. Cette mise en place pourra alors faire l'objet d'évaluations dans d'autres études.

VII- Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé : la situation mondiale des maladies non transmissibles. Genève: OMS; 2014.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(11):e442.
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL et al. Heart disease and stroke statistics-2014 update : a report from the American Heart Association. Circulation. 2014;129(3):e28–292.
4. Laperche J. Promotion de la santé: quel rôle pour le médecin généraliste? 2007;(392):46–8.
5. Reynaud M, Bailly D, Venisse J. Médecine et addictions : peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? Elsevier Masson; 2005. 312 p.
6. Maurat F. Repérage précoce et intervention brève des mésusages d'alcool. Étude de faisabilité auprès de 97 médecins généralistes girondins sur une année. [Thèse de Médecine]. Bordeaux 2; 2006.
7. Castera P. Repérage précoce et intervention brève : 5 minutes pour convaincre. Addictions. 2008;(22):10–5.
8. Castera P, Maurat F, Demeaux J-L et al. Peut-on repérer « en routine » les mésusages d'alcool ? Médecine. 2007;3(7):330–4.
9. Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B et al. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Prat Organ Soins. 2007;38(4):259–68.

10. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. *Médecine*. 2007;3(2):74-8.
11. Krucien N, Le vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Quest D'économie Santé*. 2011;(163).
12. David M, Gall B. L'évolution des opinions des Français en matière de santé et d'assurance maladie entre 2000 et 2007. *Etudes Résultats*. 2008;(651).
13. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
14. Rieder Nakhle A, Gache P, Humair J-P et al. Le généraliste face aux quatre principaux facteurs de risque comportementaux. *Rev Médicale Suisse*. 2006;(80).
15. HeartScore. [consulté le 13 septembre 2014]. [en ligne]. Disponibilité sur internet : <http://www.heartscore.org/fr/Pages/Accueil.aspx>.
16. Haut Conseil de Santé Publique: Consultations de Prévention : Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. HCSP; 2009.
17. Roux J. Elaboration et expérimentation d'un questionnaire auto-administré motivationnel au sevrage tabagique en soins primaires. [Thèse de Médecine]. Bordeaux; 2012.
18. Guiresse M. Un auto-questionnaire patient : une aide à la prise en charge des nouveaux patients en médecine générale ? Elaboration et expérimentation d'un auto-questionnaire centré sur les soins primaires. [Thèse de Médecine]. Bordeaux 2; 2012.
19. Organisation Mondiale de la Santé. [consulté le 5 octobre 2014]. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève: OMS; 1986, [en ligne]. Disponibilité sur internet : <http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for->

health-promotion.

20. Biraben F. Un outil informatique d'auto-analyse des habitudes de vie en soins primaires : construction et étude de faisabilité. [Thèse de Médecine]. Bordeaux 2; 2014.
21. World Health Organization. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. New York: WHO; 1946.
22. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion Journal. 1986;113–27.
23. Bury J. Education pour la santé : concepts, enjeux , planification. Bruxelles: De Boeck Université; 1998. 235 p.
24. Deccache A. Education pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale. L'éducation pour la santé en médecine générale. Vanves; 1996. p. 46–55.
25. Organisation Mondiale de la Santé. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease. OMS; 1996 traduit en français en 1998.
26. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. Barcelone: WONCA EUROPE; 2002.
27. Bertrand D. Éducation thérapeutique du patient en France. Acad. Natle Méd. 2011;195 (7):1491–505.
28. Société Française de Santé Publique. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. SFSP; 2008.
29. Vanmeerbeek M. La médecine générale doit contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et y intégrer la promotion de la santé. Presse Médicale. 2009;38(9):1360–5.

30. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
31. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
32. Union Régionale des Médecins libéraux. Etude des mutations de la médecine générale : étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. Lyon : URML Rhône-Alpes; 2005.
33. Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A et al. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. *Fam Pract.* 2004;21(3):234-7.
34. Laperche J, Prévost M. Enquête de participation sur un échantillon de la patientèle de la maison médicale de Barvaux. *Santé Conjug.* 2004;(28):62.
35. Foucaud J, Balcou-Debussche M, Moquet M-J. La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient. INPES; 2009. p. 159-72.
36. Talbot M, Horne E, Inhaber S et al. Outils de communication II : La communication efficace... à votre service. Montréal: Publication du gouvernement du Canada; 2001. 93 p.
37. Dumont D, Aujoulat I, Deccache A. L'empowerment, un enjeu important en éducation du patient. *Educ Patient Enjeux Santé.* 2002;23(3):66-70.
38. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. [consulté le 3 mars 2015]. Projet de loi santé : Changer le quotidien des patients et des professionnels de santé. Dossier de Presse. 2014 Oct, [en ligne]. Disponibilité sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf.
39. Berdoz D, Michaeli Conus K, Daepfen J-B. « Combien de fois il faut que je vous

dise...». Quelques pistes données par l'entretien motivationnel. *Rev Med Suisse*. 2005;1(38):2453-6.

40. Flajolet A. Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. 2008.

41. Delaveyne R, Colombet I. Méthode d'évaluation du risque cardiovasculaire global. France: ANAES; 2004 Juin.

42. Aquatias S, Arnal J-F, Bilard J et al. Activité physique : contextes et effets sur la santé. INSERM; 2008.

43. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med*. 1993;328(8):538-45.

44. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: WHO; 2006.

45. Doll R, Peto R, Boreham J et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.

46. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161(2 Pt 1):381-90.

47. Lairon D, Arnault N, Bertrais S et al. Dietary fiber intake and risk factors for cardiovascular disease in French adults. *Am J Clin Nutr*. 2005;82(6):1185-94.

48. Carsin M, Mahé G. Pourquoi devons-nous évaluer l'alimentation des sujets à risque vasculaire ? *J Mal Vasc*. 2010;35(1):17-22.

49. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris; 2008. 141p.

50. Buttet P, Fournier C. Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens? Saint-Denis: INPES; 2003 p. 64–82.
51. Fournier C, Buttet P, Le Lay E et al. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. INPES; 2009. p. 45–83.
52. Turban F. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme. [Thèse de Médecine]. Université de Picardie-Jules-Verne; 2008.
53. Fourmel A-L. Prévention et éducation à la santé en médecine générale. État des lieux réalisé à partir d'une enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Brest Métropole Océane. [Thèse de Médecine]. Université de Bretagne occidentale; 2006.
54. Franc C, Lesur R. Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention. *Rev Econ.* 2004;55(5):901–22.
55. Sandrin Berthon B. Éducation pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? État des lieux et recommandations. [rapport non publié]. Paris: ministère délégué à la Santé; 2002. p. 85.
56. Lallement A., Jourdain A. Un état des lieux de la formation en éducation pour la santé en France : résultats d'une enquête. Rennes: ENSP; 1992. 151 p.
57. Justumus M, Gagnayre R, D'Ivernois J-F. L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les instituts de formation en soins infirmiers français. *Bull D'éducation Patient.* 2000;19(3):153–62.
58. Santé, pour une politique de prévention durable. Paris: IGAS; 2003 (consulté le 1er Décembre 2014). Disponibilité sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000331/0000.pdf>.
59. Groulx S. Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques

- préventives. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux. [en ligne]. 2007. p. 72. [consulté le 12 Septembre 2014]. Disponibilité sur internet : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-02.pdf>.
60. Provost M-H et al. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant à l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques: revue de la littérature. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux; 2007. p. 168.
61. Institut de Recherches Cliniques de Montréal. [consulté le 12 Aout 2014]. Questionnaire sur les habitudes de vie. 2008, [en ligne]. Disponibilité sur internet : <http://www.ircm.qc.ca/CLINIQUE/educateur/Documents/questionnaire.pdf>.
62. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. [consulté le 7 Aout 2014]. Programmes de prévention et de promotion de la santé. Mon évaluation de risque cardiovasculaire [en ligne]. Disponibilité sur internet : <https://www.cybersante.fmcoeur.ca>.
63. Lachance B, Pageau M, Roy S. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2012. Bibliothèque nationale du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2006. p. 50.
64. Chevallier P, Colombet I, Wajs C et al. Une consultation de prévention dédiée et structurée à l'aide d'un outil informatique. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;19(81):36-41.
65. Alcool et substances psycho-actives : un outil de repérage original offrant auto-évaluation et conseils personnalisés. Clichy-La-Garenne: Institut de Promotion de la Prévention Secondaire en Addictologie; 2008.
66. Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. Alcohol Res Health J Natl Inst Alcohol Abuse Alcohol. 1999;23(2):128-37.

67. Holloway AS, Watson HE, Arthur AJ et al. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting. *Addict Abingdon Engl.* 2007;102(11):1762–70.
68. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2).
69. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2).
70. Puschel K, Thompson B, Coronado G et al. Effectiveness of a brief intervention based on the “5A” model for smoking cessation at the primary care level in Santiago, Chile. *Health Promot Int.* 2008;23(3):240–50.
71. Kearney M, Bradbury C, Ellahi B et al. Mainstreaming prevention: prescribing fruit and vegetables as a brief intervention in primary care. *Public Health.* 2005;119(11):981–6.
72. Haut Conseil de la Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. HCSP; 2009.
73. Berland Y. Mission Démographie des professions de santé. 2002.
74. Gautier J. Ensemble, améliorons la qualité en santé. *Rencontres HAS;* 2007.
75. ORS et URML. Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques et à la question des modes de rémunération. Pays de la Loire: ORS et URML; 2009.
76. Conseil national de l'Ordre des médecins. [consulté le 5 Mars 2015]. Délégation d'actes entre professionnels de santé; 2008, [en ligne]. Disponibilité sur internet : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/delegation-d-actes-entre-professionnels-de-sante-630>.

77. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [consulté le 4 Mars 2015]. Projet de loi de santé. 2014, [en ligne]. Disponibilité sur internet : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1525>.
78. Huguier M. À propos du projet de loi relatif à la santé. [en ligne]. Académie nationale de Médecine; 2014, [consulté le 4 février 2015]. Disponibilité sur internet : <http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100360>.
79. Berland Y. Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences. 2003.
80. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières - L'apport d'expériences européennes et canadiennes. IRDES; 2006.
81. Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. ONDPS; 2006.
82. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? HAS; 2008.
83. Deleau E. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en médecine générale: installation des Infirmières Déléguées à la Santé Publique dans les cabinets de médecine générale, sur un mode de délégation des tâches. Exemple de la prise en charge du diabète de type 2. [Thèse de Médecine]. 2005.
84. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique Tome 1 : Condition de succès et retour sur le succès des expérimentations de 2004 à 2007. HAS; 2010.
85. Liuu E. L'Éducation thérapeutique du patient diabétique de type II dans le cadre d'une délégation de tâches interprofessionnelles : impact de l'infirmière de santé

publique de l'association ASALEE. [Thèse de Médecine]. 2011.

86. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain? Les coopérations entre professionnels de santé. *Cent Anal Strat.* 2011;(254).

87. Hirtzlin I. Rapport d'évaluation sur le recours à l'hôpital en Europe. HAS; 2009.

88. Haute Autorité de Santé. Les protocoles de coopération Art 51 de la loi HPST. HAS; 2013.

89. Midy F, Dekussche C. L'éducation thérapeutique en ambulatoire. *Adsp.* 2009;(66):43-5.

90. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 2008;19(84):142-5.

91. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Rev Médicale Assur Mal.* 2001;32(2).

92. Negura L. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS.* 2006.

93. Gotman A, Blancher A. L'enquête et ses méthodes-L'entretien. Armand Colin; 2005. 128 p.

94. Arkowitz H, Westra H., Miller W et al. *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems.* Guilford Press. New York; 2008;1-25.

95. INPES. Adolescents, jeunes adultes : Penser à vérifier que les vaccins sont à jour. Semaine Européenne de la vaccination du 21 au 27 avril 2012. [en ligne]. Dossier de Presse. INPES; 2012, [consulté le 20/12/2014]. Disponibilité sur internet : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/12/dp120416-1.pdf>.

96. Speller V. *The prevention paradox. Principles and practice of health promotion :*

health promotion models and theories. [en ligne]. Health Knowledge Public Health Textbook. 2007, [consulté le 12/ 11/2014]. Disponibilité sur internet: <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2h-principles-health-promotion>.

97. Godin G. l'éducation pour la santé: les fondements psycho-sociaux de la défibition des messages éducatifs. *Sci Soc Santé*. 1991;9(1):67–94.

98. Ratier C. *Conseils pour mener une enquête par questionnaire*. Paris: CNRS; 1998. 24 p.

99. Haute Autorité de Santé. *Patient et professionnels de santé : décider ensemble*. HAS; 2013.

100. Haute Autorité de Santé. *Education thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser?* HAS; 2007.

101. Communiqué de presse : MARS BLEU 2014. Dépistage du cancer colorectal : Quand en parler à son médecin ? Quelles informations clés lui transmettre ? Paris: Institut National du Cancer; 2014 Février.

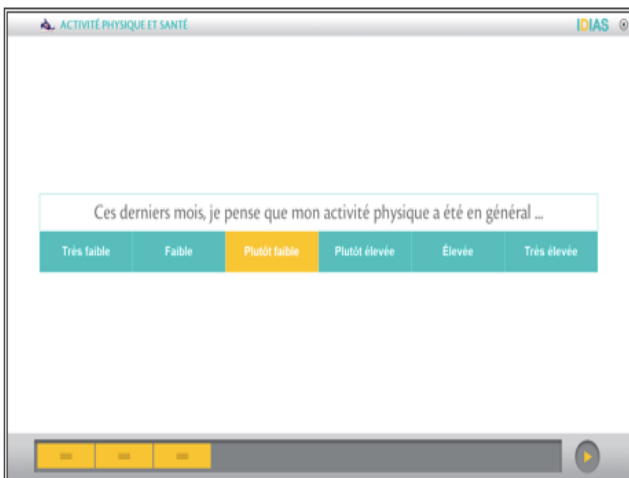
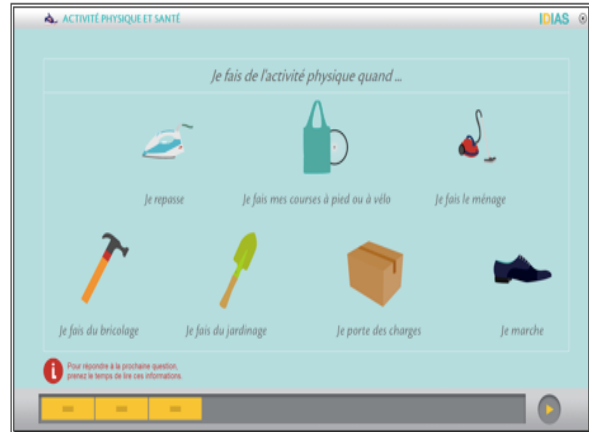
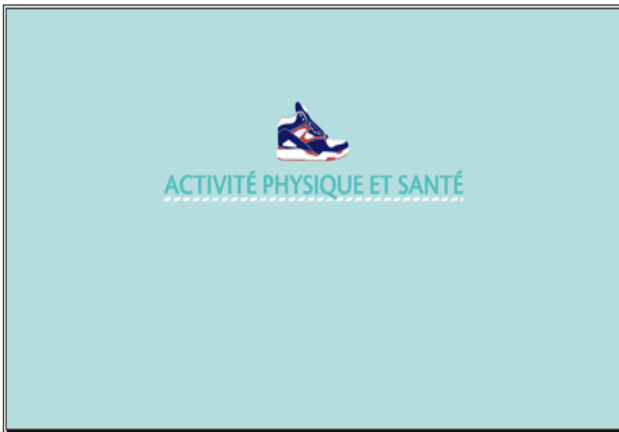
102. Bonsack C, Montagrin Y, Favrod J et al. Une intervention motivationnelle pour les consommateurs de cannabis souffrant de psychose. *L'Encéphale*. 2007;33(5):819–26.

103. Greaves CJ, Sheppard KE, Abraham C et al. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health*. 2011;11:119.

104. Michie S, Abraham C, Whittington C et al. Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 2009;28(6):690–701.

VIII- Annexes

Annexe 1 : Ecran IDIAS pour les thèmes Activité physique et Alcool



ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SANTÉ IDIAS

Je ne fais pas d'activité physique au moins 5 fois par semaine car :

... je manque de temps	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... je n'aime pas cela	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... je manque de motivation	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... je n'en ai pas besoin	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... je ne suis pas en bonne condition physique	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... je ne suis pas sportif	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... je n'ai pas les moyens, c'est trop cher	Vrai	Faux	Je ne sais pas

Pour chaque question, touchez la réponse de votre choix.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SANTÉ IDIAS

Je pense qu'augmenter mon activité physique peut avoir un effet bénéfique sur ma santé

Non, pas du tout Peut-être Un peu Oui, certainement

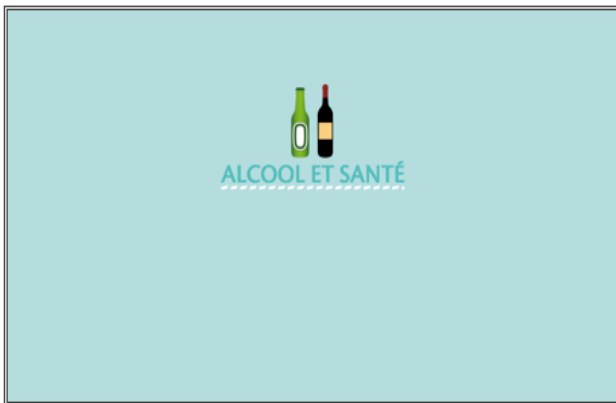
Je pense que je peux augmenter mon activité physique

Non, pas du tout Peut-être Oui, avec de l'aide **Oui, seul**

Je pense qu'il est utile d'en parler avec mon médecin

Non, pas du tout Non, pas encore Oui, bientôt Oui, dès maintenant

Pour chaque question, touchez la réponse de votre choix.



ALCOOL ET SANTÉ IDIAS

BOISSONS ALCOOLISÉES

1 verre standard d'alcool c'est ...

Vin (12 cl) = Porto (8 cl) = Champagne (12 cl) = Bière (25 cl) = Pastis/Ricard (3 cl) = Whisky (3 cl) = Cognac (1 cl)

Le cidre, le vodka, le rhum, l'anisette, la liqueur ... sont aussi des boissons alcoolisées

ALCOOL ET SANTÉ IDIAS

Je consomme des boissons alcoolisées ...

Jamais Plus maintenant Très rarement **Occasionnellement** Régulièrement Trop souvent

Touchez et pour revenir aux informations.

ALCOOL ET SANTÉ IDIAS

Je consomme des boissons alcoolisées ...

Au moins 1 fois par mois 2 à 4 fois par mois **2 à 3 fois par semaine** Au moins 4 fois par semaine

Les jours où je consomme des boissons alcoolisées, je bois en moyenne dans la journée ...

1 ou 2 verres 3 ou 4 verres **5 ou 6 verres** 7 à 9 verres 10 verres ou plus

Lors d'une même occasion, il m'arrive de boire 6 verres d'alcool ou plus ...

Jamais Moins d'1 fois par mois **1 fois par mois** 1 fois par semaine Chaque jour ou presque

ALCOOL ET SANTÉ IDIAS

Avez-vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

Oui Non

ALCOOL ET SANTÉ IDIAS

Je consomme des boissons alcoolisées car :

... je pense que c'est bon pour ma santé	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... c'est normal d'en consommer	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... j'ai l'habitude d'en consommer	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... j'aime ça	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... j'en ai envie	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... j'en ai besoin	Vrai	Faux	Je ne sais pas
... je n'arrive pas à réduire	Vrai	Faux	Je ne sais pas

ALCOOL ET SANTÉ DIAS

Je pense que modifier ma consommation de boissons alcoolisées peut avoir un effet bénéfique sur ma santé

Non, pas du tout	Peut-être	Un peu	Oui, certainement
------------------	-----------	--------	-------------------

Je pense que je peux réduire ma consommation de boissons alcoolisées

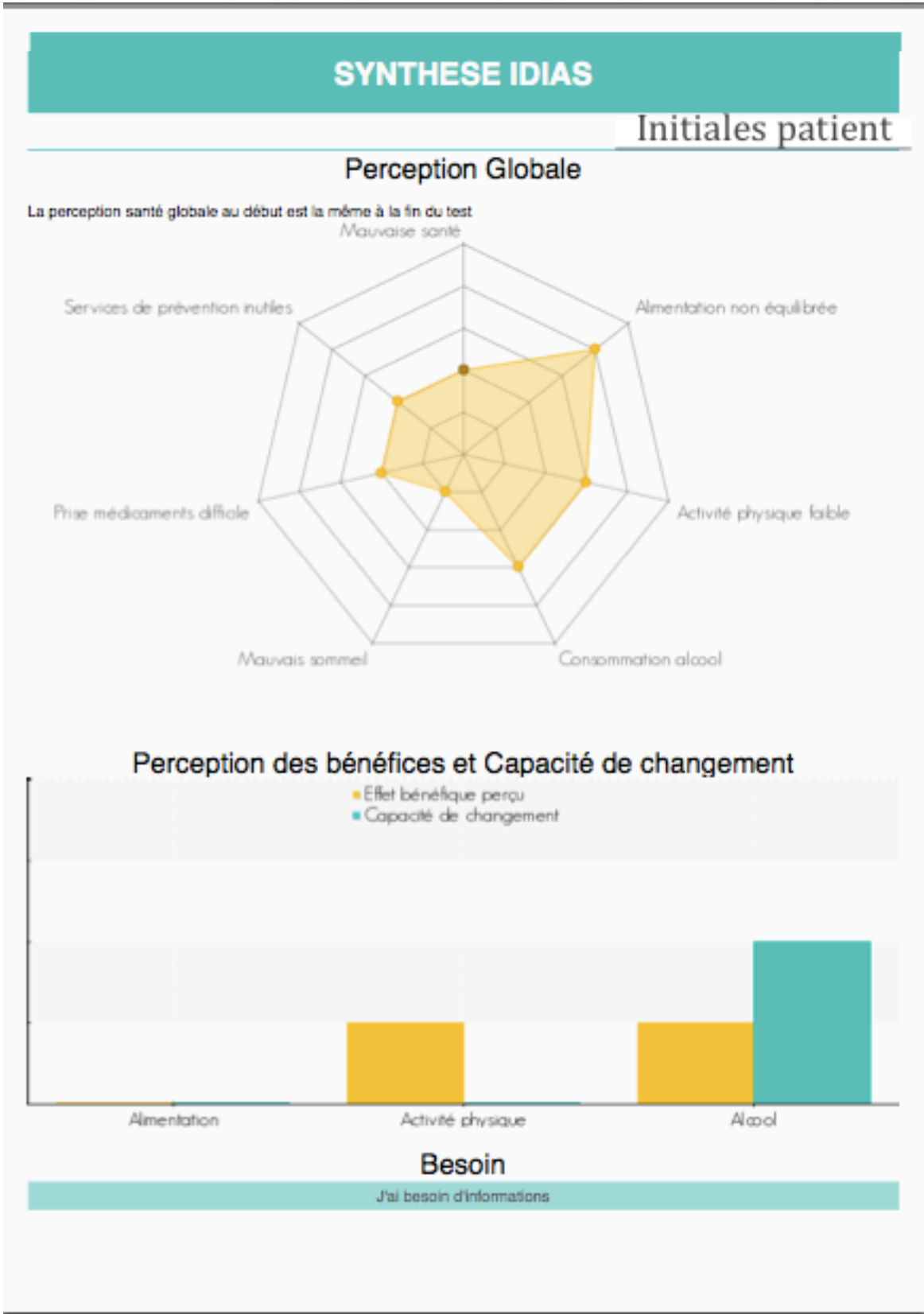
Non, pas du tout	Peut-être	Oui, avec de l'aide	Oui, seul
------------------	-----------	---------------------	-----------










Je pense qu'il est utile d'en parler avec mon médecin

Non, pas du tout	Non, pas encore	Oui, bientôt	Oui, dès maintenant
------------------	-----------------	--------------	---------------------

Navigation: [←] [←] [←] [←] [▶]

Annexe 2 : La synthèse IDIAS



Causes		
	RAISONS	EN PARLER
 ALIMENTATION	<ul style="list-style-type: none"> • ... je n'ai pas l'habitude d'en manger 	Non, pas encore
 ACTIVITÉ PHYSIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • ... je manque de temps 	Non, pas encore
 ALCOOL	<ul style="list-style-type: none"> • ... j'en ai envie 	Non, pas encore
Habitudes		
 ALIMENTATION	Je consomme en moyenne par jour combien de portions de fruits et légumes ...	1 à 2 /jour
 ACTIVITÉ PHYSIQUE	Je fais de l'activité physique au moins 30 minutes d'affilée ...	1 à 2 fois par semaine
 ALCOOL	Je consomme des boissons alcoolisées ... Les jours où je consomme des boissons alcoolisées, je bois en moyenne dans la journée ... Lors d'une même occasion, il m'arrive de boire 6 verres d'alcool ou plus ... Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	2 à 3 fois par semaine 3 ou 4 verres 1 fois par mois Oui
 TABAC	Je fume ...	Jamais
 RYTHME DE VIE	Je prends quelque chose pour dormir (médicaments, alcool, cannabis, ...) Je me sens triste ou déprimé(e) la plupart du temps J'ai perdu de l'intérêt pour les activités que je trouvais agréables auparavant	Moins d'1 fois par mois Non Non
 PRÉVENTION	Où en suis-je de mes vaccins (Tétanos, Diphtérie, Polio) ?	À jour

Annexe 3 : La grille de support aux entretiens semi-dirigés

Grille de support aux entretiens professionnels de santé

Objectifs pour l'évaluateur :

- Obtenir leur avis sur l'utilisation de IDIAS : le recrutement des patients, l'organisation pratique, le déroulement de la consultation d'analyse de la synthèse et l'orientation qui en découle.
- Faire exprimer leur perception de l'utilité de l'outil et des propositions d'amélioration
- Identifier des conditions préalables à l'utilisation d'un tel outil dans un contexte donné

Forme

Entretien semi dirigé avec les médecins généralistes et les IDE ASALEE après réalisation des consultations d'analyse sur une durée d'environ 30 min.

Nom de la personne interviewée :

Age :

Lieu d'exercice :

Profession, qualifications :

Nombre d'années d'exercice dans le cabinet :

Date :

1/ Avant l'utilisation d'IDIAS

Comment informez-vous les patients de l'existence d'IDIAS ?	
Sur quels critères choisissez-vous les patients à inclure ?	
Combien de temps consacrez-vous à un patient pour l'informer et lui proposer IDIAS ?	
Sur quels supports vous appuyez-vous pour proposer IDIAS aux patients ?	
Quelles sont les réactions des patients lorsque vous leur proposez d'utiliser IDIAS ?	
A votre avis, quelles sont les conditions nécessaires pour motiver le patient à utiliser IDIAS ?	

2/ Pendant l'utilisation d'IDIAS

Globalement, comment se déroule l'utilisation de IDIAS par les patients ?	
Avez-vous été sollicité par les patients au moment où ils utilisaient IDIAS?	
Si oui, quels ont été les problèmes rencontrés ? - informatique - utilisation - compréhension - autres	
A votre avis, que faut il modifier ou apporter pour que les patients utilisent IDIAS aisément ?	

3/ Consultation prévention : organisation, analyse des données patients et décision

Combien de temps dure la consultation ?	
Qui prend les RDV ?	
Quel est le délai entre le remplissage de IDIAS et la consultation de prévention ?	
Qui imprime la synthèse ?	
Prenez- vous connaissance de la synthèse en même temps que le patient ou l'avez-vous visualisée antérieurement? Quand l'imprimez-vous ? Directement ?	
Quelles sont les compétences requises pour réaliser une telle consultation ? Selon vous une formation du PS est-elle nécessaire ?	
Quelles étaient vos attentes de cette synthèse ? Y répond-elle ? Conséquences de l'analyse ?	
Quel en est intérêt pour vous, pour la relation médecin-patient ? Ressenti, impression du PS ?	
A t'elle permis d'identifier des besoins nouveaux chez vos patients ?	
Quels types de problèmes avez vous rencontré ? <ul style="list-style-type: none"> - interprétation de la synthèse - Réaction des patients - Prise de décision avec le patient - Gestion du temps - Refus du patient à faire l'analyse 	
Que faudrait il faire pour faciliter le déroulement de ces consultations ?	

4/ Orientation

	Quelles sont les offres dont vous disposez ? ou à venir ?	
	Une fois les besoins identifiés, les patients vont ils assister aux ateliers dans lesquels ils sont inscrits ?	
	A votre avis, quelles sont les conditions nécessaires pour assurer une orientation adaptée pour les patients ?	

5 /Autres Remarques

Annexe 4 : Le questionnaire de satisfaction patient

QUESTIONNAIRE PATIENTS

Objectifs pour l'évaluateur:

Avoir l'avis des patients sur

- l'utilisation de l'outil IDIAS,
- le processus de proposition, analyse et orientation,
- sa perception d'utilité
- des modifications, améliorations éventuelles

de façon à Identifier des pistes d'amélioration de l'outil et de du processus d'utilisation.

Forme

Questionnaire avec questions fermées

Modalités d'utilisation du questionnaire:

Distribué par le médecin généraliste ou les infirmières ASALEE à l'issue de la consultation d'analyse

QUESTIONNAIRE

Initiales du patient :

Age :

Profession :

Motif de consultation :

Proposition d'utilisation de IDIAS

J'ai connu IDIAS par :	Mon médecin	<input type="checkbox"/>
	Un autre professionnel de santé (kiné, pharmacien, infirmière, diététicienne, psychologue, podologue ...)	<input type="checkbox"/>
	La secrétaire du cabinet	<input type="checkbox"/>
	Les affiches dans la salle d'attente	<input type="checkbox"/>
	Les brochures dans la salle d'attente	<input type="checkbox"/>
	Un ami, une connaissance	<input type="checkbox"/>
	Un patient dans la salle d'attente	<input type="checkbox"/>

Les informations sur la présentation de IDIAS me semblent : (Entourez votre réponse)

Pas du tout satisfaisantes	Peu satisfaisantes	Satisfaisantes	Très satisfaisantes
----------------------------	--------------------	----------------	---------------------

Quand on m'a proposé d'utiliser IDIAS	J'ai été intéressé (e)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	J'ai eu envie de faire le point sur ma santé	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	J'ai eu peur de ne pas savoir l'utiliser, ne pas comprendre	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	J'ai eu peur que ce soit trop personnel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	J'ai eu peur que ce soit trop long à remplir	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Autres:	

Utilisation de l'outil IDIAS

L'utilisation de IDIAS a été pour moi :

(Entourez votre réponse)

Très difficile	Difficile	Facile	Très facile
----------------	-----------	--------	-------------

J'ai rencontré des difficultés

- Aucune
- Pour utiliser l'écran tactile OUI NON
- Pour écrire mon nom OUI NON
- Pour lire les informations (trop rapide) OUI NON
- Pour comprendre les questions OUI NON
- Du fait que je sois seul(e) devant l'écran OUI NON
- Du fait qu'il n'y ait pas de bande sonore OUI NON
- Autres: _____

Remplir ce questionnaire a été pour moi

(Entourez votre réponse)

Inutile	Peu utile	Utile	Très utile
---------	-----------	-------	------------

J'ai trouvé que remplir ce questionnaire

- M'a permis de m'interroger sur mes habitudes de vie OUI NON
- M'a permis de m'interroger sur ma santé OUI NON
- M'a permis de prendre conscience du lien entre ce que je fais et ma santé OUI NON
- D'apprendre de nouvelles choses OUI NON
- M'a donné envie d'en parler OUI NON
- M'a donné envie de modifier des habitudes OUI NON
- Ne m'a rien apporté OUI NON
- Autres : _____

Analyse de la synthèse

La lecture de la synthèse écrite a été pour moi :

(Entourez votre réponse)

Très difficile	Difficile	Facile	Très facile
----------------	-----------	--------	-------------

J'ai trouvé que ce document de synthèse

Ne sert à rien pour moi

OUI NON

M'aide à voir où j'en suis sur mes habitudes

OUI NON

Me sera utile pour voir une éventuelle évolution de mes habitudes

OUI NON

Autres :

L'analyse de la synthèse avec le professionnel de santé (médecin traitant, infirmière) a été pour moi :

(Entourez votre réponse)

Inutile	Peu utile	Utile	Très utile
---------	-----------	-------	------------

J'ai trouvé que ce temps d'analyse de la synthèse avec le professionnel de santé

Ne sert à rien pour moi

OUI NON

Ne dure pas assez longtemps

OUI NON

M'a permis de parler de certains sujets avec lui

OUI NON

M'a permis d'avoir des informations

OUI NON

M'a donné envie d'aller à des ateliers santé

OUI NON

M'a permis de prendre conscience des risques pour ma santé

OUI NON

Autres:

Parler de mes habitudes de vie et de ma santé au cours d'une consultation a eu des effets sur la relation avec mon médecin ou infirmière

(Entourez votre réponse)

Non, pas du tout	Peut être	Oui, un peu	Oui, beaucoup
------------------	-----------	-------------	---------------

Orientation

Les décisions prises avec votre professionnel de santé (médecin, infirmière) au cours de cette consultation ont été : (Entourez votre réponse)

Inutiles	Peu utiles	Utiles	Très utiles
----------	------------	--------	-------------

Qu'est ce que votre professionnel de santé vous a proposé ou donné ?

Conseils

OUI NON

Documents à lire

OUI NON

Orientation vers des ateliers

OUI NON

Orientation vers une consultation spécialisée

OUI NON

Autres

Qu'en pensez vous ?

Je pense que :

je peux mettre en pratique les décisions prises avec le professionnel de santé

OUI NON

c'est adapté à mes besoins

OUI NON

c'est bénéfique pour ma santé

OUI NON

c'est difficile à réaliser

OUI NON

cela ne me convient pas

OUI NON

Autres:

Annexe 5 : Proposition d'un support à l'analyse de la synthèse IDIAS

Perception globale

Sur ce graphique, vous trouverez le report des réponses des patients sur les échelles de perception (6 niveaux) :

- santé globale (au début et à la fin du test) : échelle va de très bonne à très mauvaise
- alimentation : échelle de très équilibrée à jamais équilibrée
- activité physique : échelle de très élevée à très faible
- consommation d'alcool : échelle de « jamais » à « trop souvent »
- consommation de tabac : échelle de « jamais » à « tous les jours »
- sommeil : échelle de très bon à très mauvais
- prise de médicaments sur plusieurs jours : échelle de très facile à très difficile
- utilité des services de prévention (vaccins et tests de dépistage) : échelle de très utile à totalement inutile

La lecture de ce graphique avec votre patient, permet de **cibler** dans un premier temps les habitudes pour lesquelles il a une perception plutôt mauvaise.

Type de questions ouvertes pouvant être posées à ce stade

Vous percevez votre santé comme très bonne (ou mauvaise, très mauvaise, etc...), quelles en sont les raisons ? Pourquoi ? qu'est ce qui vous amène à penser cela ?

Vous pensez que votre alimentation est équilibrée, pourquoi ?

Concernant votre activité physique, vous la percevez comme très élevée, pouvez me dire les sports que vous pratiquez ? A quelle fréquence ? et sur quelle durée ? En revanche si l'activité physique est perçue comme très faible : Pour quelles raisons pensez-vous cela ?

D'après le graphique vous pensez consommer trop souvent de l'alcool pour quelles raisons pensez-vous cela ?

La perception de votre sommeil est très mauvaise. Quelles en sont les répercussions sur votre vie quotidienne ? Percevez-vous cela comme un handicap ?

Si par exemple, votre patient considère avoir une alimentation « jamais équilibrée », vous allez analyser avec lui :

1/ Ses habitudes en alimentation (tableau habitude)

Vous les validez avec lui et vous lui faites préciser sa consommation (type de fruits et légumes, sous quelle forme)

Type de questions ouvertes pouvant être posées à ce stade

- ✓ Quels fruits ou légumes consommez-vous ? comment les cuisinez-vous ? Comment les préférez-vous (crus, en salade, cuits, accompagnés, seuls...) ? A quels moment de la journée les consommez-vous ?

2/ Les causes de ses habitudes alimentaires

Vous analysez avec le patient les causes qu'il a coché dans la liste proposée, en l'amenant à préciser sa situation (par des questions ouvertes). Puis, vous pouvez éventuellement l'amener à exprimer d'autres raisons.

Type de questions ouvertes pouvant être posées à ce stade

- ✓ Si pas le temps : comment pensez-vous le prendre, réserver des créneaux dans votre emploi du temps ?
- ✓ Si pas besoin : Quels sont pour vous les effets des fruits et légumes sur l'organisme ? et donc sur la santé ?
- ✓ Si je n'aime pas : Que consommez-vous à la place ? qu'aimez-vous ? que feriez-vous pour les intégrer à votre alimentation habituelle ? à vos plats ?
- ✓ Si allergique : à quel fruit ou légume êtes-vous allergique ? quels autres légumes ou fruits pourriez-vous intégrer à votre alimentation de tous les jours ?

3/ Sa motivation

Vous analyser avec votre patient sa perception des effets bénéfiques d'un changement d'habitude alimentaire sur sa santé (histogramme jaune), en lui faisant expliciter sa réponse

Oui, certainement

Un peu

Peut être

Non pas du tout



Type de questions ouvertes pouvant être posées à ce stade

- ✓ Je m'aperçois sur le graphique que selon vous, un changement de vos habitudes alimentaires aurait un effet bénéfique sur votre santé, pouvez-vous justifier, détailler les raisons?
- ✓ Quelles sont les raisons qui vous motivent à changer ou au contraire vous en empêchent ?

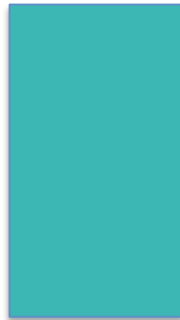
Puis, vous analysez avec votre patient sa perception de sa capacité à changer d'habitude alimentaire (histogramme vert), en lui faisant expliciter sa réponse

Oui, seul

Oui, avec de l'aide

Peut être

Non, pas du tout



Type de questions ouvertes pouvant être posées à ce stade

- ✓ D'après le graphique que j'ai sous les yeux, vous pensez ne pas être en mesure de changer vos habitudes alimentaires, pouvez-vous m'expliquer ?
- ✓ Avec de l'aide : De quelle aide pensez-vous avoir besoin ? Souhaitez-vous en parler ? si oui, à qui ? (que les personnes aient un lien ou non avec le domaine médical)
- ✓ Peut être : Pour quelles raisons pour, oui et contre, non ?
- ✓ Seul : c'est à dire, que pensez-vous faire pour y parvenir ? Quels sont les moyens auxquels vous pourriez avoir recours ?

4/ Ses besoins

Enfin, vous identifiez avec lui ses besoins, à partir de ce qu'il a noté dans IDIAS :

- d'y réfléchir
- d'informations
- d'en parler avec mon professionnel de santé
- d'en parler avec quelqu'un d'autre
- que l'on m'oriente
- de rien (rien n'est coché)

Type de questions ouvertes pouvant être posées à ce stade

- ✓ Vous avez dit avoir besoin d'informations : de quel type, sous quelle forme ?
- ✓ Maintenant que nous avons discuté, avez-vous d'autres besoins ?

Si le patient dit qu'il a besoin d'être orienté vers un spécialiste :

- ✓ Quels spécialistes connaissez-vous ?
- ✓ Quand seriez-vous disponible pour le rencontrer ? à quelle fréquence ?
- ✓ Qu'en attendez-vous ?

IX- Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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