

UNIVERSITE TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2018

2018 TOU3 1092

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Pierre RAULIN

Le 2 octobre 2018

**Déterminants de la non utilisation des Fiches d'Information
Patient en soins premiers en Midi-Pyrénées**

Directeur de thèse : Dr. Jordan BIREBENT

JURY

Pr. Pierre MESTHE

Président

Dr. André STILLMUNKES

Assesseur

Dr. Michel BISMUTH

Assesseur

Dr. Jordan BIREBENT

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Philippe Pédiatrie
M. ALRIC Laurent Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E) Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E) Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E) Urologie-Andrologie
Mme BURAS-RIVIERE Alessandra Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E) Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E) Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud Rhumatologie
M. COURBON Frédéric Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E) Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E) Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer Cardiologie
M. GALINIER Michel Cardiologie
M. GALINIER Philippe Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E) Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E) Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E) Endocrinologie

M. KAMAR Nassim Néphrologie
M. LARRUE Vincent Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E) Biochimie
M. MALECAZE François (C.E) Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette Dermatologie
M. MINVILLE Vincent Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E) Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E) Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E) Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E) Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E) Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E) Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E) Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E) Urologie
M. SUC Bertrand Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E) Gériatrie

M. ACCADBLED Franck Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe Psychiatrie
M. BERRY Antoine Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice Radiologie
M. BOUNES Vincent Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick Anatomie
Mme DALENC Florence Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric Urologie
Mme LAPRIE Anne Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe Cardiologie
M. MEYER Nicolas Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe Radiologie
M. SOLER Vincent Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan Physiologie
M. VERGEZ Sébastien Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

Remerciements

Remerciements aux membres du jury

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse et de l'intérêt que vous avez apporté à ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur André STILLMUNKES

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse.

À Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse et de l'attention que vous avez apporté à ce travail.

A monsieur le Docteur Jordan BIREBENT

Je te remercie sincèrement de m'avoir accompagné et soutenu tout au long de ce travail, de ton implication et de ta disponibilité. Je te remercie également pour ces six mois de stage au sein de ton cabinet où ce projet de thèse a pu s'affiner. Je tâcherai de conserver et d'approfondir les connaissances que tu m'as transmises.

Remerciements aux professionnels de santé que j'ai rencontrés au cours de mon parcours.

Au Docteur Gérard HENNER, qui m'a fait découvrir et apprécier une spécialité qui pourtant ne m'attirait guère de prime abord. Je garde d'excellents souvenirs de ces mois à vos côtés.

À Yannick, merci pour ton accueil ainsi que pour celui de ta famille, pour tes enseignements et pour ta gentillesse. Grâce à toi j'ai pu également découvrir ou redécouvrir les magnifiques paysages du Gers au cours de nos visites (et les routes que même ton GPS ne connaissait pas).

À Christine, Hélène, Sandrine, Anne-Laure, mais aussi Aurélie (malgré les milliers de kilomètres de distance) pour votre accueil, votre gentillesse, vos conseils quotidiens et tant d'autres choses. J'espère que ma petite touche masculine ne perturbera pas trop votre cabinet de filles.

Remerciement à mes proches

À mes parents pour leur amour et leur soutien inconditionnel au cours de ces longues années d'études, pour m'avoir appris la curiosité, mais surtout à croire en soi et à se dépasser.

À ma sœur et mon frère, Claire et Frédéric, pour les films, les livres, les voyages, bref pour m'avoir fait découvrir le monde. Pour les exemples que vous avez toujours été. J'ai hâte de faire plus ample connaissance avec la nouvelle partie argentine de la famille.

À mes grands-parents, ceux partis trop tôt et toi grand-mère. C'est fait, tu as maintenant une infirmière et un docteur dans la famille comme tu l'espérais des années auparavant.

À ma belle-famille, pour leur accueil, leur gentillesse et leur soutien. Nous serions encore les mains dans la peinture sans vous !

Aux amis d'enfance, Thibault, Hugo, Clément, Paul-Emile et Sandrine. Merci pour votre amitié et tous les bons moments que nous avons passés et que nous passerons encore ensemble.

Aux "Aveyronnaises" et associées, Anaïs, Audrey, Charlotte, Julie, Laura, Margot, Marie, pour avoir accepté la pièce rapportée cantalienne. En espérant pouvoir continuer à tricher au tarot avec vous.

Aux Saint-Gaudinois, Damien, Emilie, Fanny, Guillaume, Laurence (alias maman du groupe). Nous avons survécu aux Comminges au cours d'un semestre mémorable, nous déplorerons seulement la perte d'une C1 vert pomme.

À ceux du CHU, Antoine, Hélène, Mélanie, Mathou et Naia. Grâce à vous, et malgré le surnom dûment gagné de Grumpy Bear, ce stage est définitivement à ranger du côté des bons souvenirs.

À Marine

Merci pour ta présence à mes côtés et ton amour depuis six ans sans lesquels rien ne serait possible. Six ans qui sont passés bien trop vite mais, qui je l'espère, ne sont que les prémices d'une grande et longue aventure tous les deux.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront 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.

Sommaire

Introduction	1
Matériel et méthode	8
Résultats	10
Discussion	16
Conclusion	26
Bibliographie	27
Annexe 1	31
Annexe 2	32
Annexe 3	36
Résumé	37

1. Introduction

L'information du patient est un point essentiel de la relation médecin malade. L'évolution de cette relation, en passant d'une relation paternaliste à une relation devenant plus égalitaire pour une décision partagée a accru le rôle de l'information médicale (1). Le patient doit fournir le plus fidèlement possible les données nécessaires au praticien, il incombe au médecin de lui fournir les informations relatives à sa pathologie, pour l'aider à prendre au mieux une décisions éclairée.

Comme la Haute Autorité de Santé (HAS) l'a décrit dans sa recommandation de 2012, l'information du patient est un droit (2). Il peut le faire valoir à tout moment et doit pouvoir obtenir de la part de son médecin une information claire loyale et adaptée à son niveau de compréhension. Cette information doit concerner l'état de santé du patient et sa probable évolution. En cas de maladie elle se porte sur ses caractéristiques, son évolution avec et sans traitements, et les traitements en eux-mêmes (durée, effets indésirables, modalité de réalisation, ...). L'information médicale intervient à toutes les étapes de la maladie : prise en charge diagnostique, thérapeutique et surveillance.

Ce droit à l'information médicale est une réelle demande de la part des patients. Nair montrait en 2002 par le biais de plusieurs focus groups que les patients étaient demandeur d'information concernant leur pathologie et leurs traitements, et notamment sur les éventuels effets secondaires de ceux-ci (3). Butler en 1998 montrait dans l'exemple des pathologies infectieuses ORL que de nombreuses demandes d'antibiotiques émanaient d'un besoin de réassurance et donc d'un manque d'information (4). Cette demande des patients touche toutes les catégories socio-économiques (5).

L'information du patient est un droit pour ce dernier et un devoir pour le praticien. C'est d'une part une obligation légale, comme le précise la même recommandation HAS de 2012. Cette obligation a été inscrite dans l'article 35 du Code de la santé publique :

"Article R4127-35

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

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite."

Ce devoir d'information est également important en santé publique. Dans le cadre de la prescription d'antibiotiques il semble selon une étude, qu'elle pourrait être liée à un désir d'éviter un conflit (4). D'après cette étude une meilleure information des patients permettrait de diminuer la consommation d'antibiotiques, de limiter leur usage aux cas où ils sont réellement nécessaires et donc de limiter l'émergence de résistances. Lee montrait en 2014 la nécessité d'une meilleure information des parents dont les enfants sont atteints de viroses ORL, afin de limiter la consommation d'antibiotiques ou le nombre de nouvelles consultations pour le même épisode (6). Ces mêmes conclusions sont apparues dans des études portant sur les maladies chroniques (7) (8), la contraception (9), ou la vaccination (10).

Dans le cadre de l'information du patient, le médecin généraliste tient un rôle essentiel. Il est l'acteur principal des soins premiers et le premier recours des patients dans une grande majorité des situations. Ses missions sont diverses : prévention, dépistage, orientation dans le système de soins ou encore éducation thérapeutique. Le médecin généraliste est le principal interlocuteur des patients et leur principale source d'informations médicales (11). Il se doit de fournir des informations concernant tous les pans de la santé du patient.

L'information la plus naturellement dispensée par les praticiens reste l'information orale. Elle est la base de l'information du patient. Elle est adaptée à chaque situation et à chaque patient.

Elle permet non seulement de fournir les données les plus spécifiques au cas du malade mais également de répondre aux possibles questions qui en découleraient. Elle peut être fournie au patient seul ou en présence d'une personne de confiance s'il le souhaite (2).

Devant une demande de plus en plus importante de la part des patients, le médecin généraliste a parfois besoin d'utiliser des aides, d'autant plus que l'information orale présente certaines limites.

La première limite de l'information orale est l'oubli de son contenu par le patient après la consultation. En 1990, Kitching reprenait des données montrant que 50% des informations données en consultation par le praticien étaient oubliées dans les cinq minutes qui suivaient la consultation. Des chiffres similaires ont été retrouvés en 2003 par Kessel, 40 à 80 % des informations ne sont pas retenues ou sont erronées (12).

Une autre limite de l'information orale est la mauvaise compréhension par le patient. D'une part du fait d'une méconnaissance des termes médicaux mais également du problème de la barrière de la langue.

La réalisation en 2008 d'une fiche d'information patient traduite en turc pour la minorité turque allemande a permis une réduction de la prescription d'antibiotiques dans la prise en charge de la toux et une meilleure compréhension de ses mécanismes par les patients (13). Ces résultats semblent inatteignables en utilisant l'information orale seule, l'utilisation d'un interprète étant souvent difficile en soins premiers.

Le stress et l'anxiété des patients au cours de la consultation peuvent également entraîner une mauvaise compréhension des informations fournies par le praticien (12). Dans des conditions parfois difficiles pour le patient où ce dernier craint pour son état de santé, l'anxiété d'une mauvaise nouvelle ou d'un traitement long et compliqué entraîne parfois une compréhension partielle des informations fournies par le médecin, se concentrant sur certaines données plutôt que d'autres paraissant aussi importantes.

Le médecin généraliste afin de réaliser sa mission d'information de son patient et de répondre à ses attentes doit utiliser des compléments à ses explications orales. L'information écrite peut être une solution et peut se présenter sous différentes formes

La simple annotation de l'ordonnance par le praticien est déjà une forme d'information écrite. Des mentions telles que "surveillance de la température", "reconsulter en cas de ..." ou encore "surveillance du poids" sont des compléments à l'information orale, et permettent de mettre en avant certains éléments importants de manière simple et facile d'accès. Ces annotations permettent de donner des explications au cas par cas, personnalisées. Elles ne permettent que de fournir des informations très courtes et simples, des points clés que le patient doit retenir. Mais il est difficile de fournir des explications plus complexes, comme par exemple des éléments de physiopathologie ou de surveillance de pathologies chroniques comme le diabète.

L'information sur internet est une autre forme d'information écrite. Cette dernière présente l'avantage d'être facilement et rapidement accessible. Elle permet également d'être exhaustive. La qualité et de la pertinence de ces informations sont difficilement contrôlables. Il existe de nombreux sites de vulgarisation médicale qui peuvent fournir des informations incomplètes, dépassées ou fausses. Les sites à usage professionnel sont peu adaptés au grand public, utilisant une terminologie spécifique difficilement compréhensible, et une information très dense sous une mise en page peu attractive.

Les fiches d'information patient (FIP) sont encore une autre forme d'information écrite. Nous nous concentrerons principalement sur elles dans cette thèse pour plusieurs raisons :

- Elles dispensent une information courte, claire, adapté à la compréhension de la majorité des patients.
- Rédigées pour la plupart par des organismes officiels (HAS, CPAM) ou reconnus (Sites référencés), elles fournissent des informations validées et standardisées.
- Elles permettent au médecin de maîtriser l'information qu'il dispense.
- Les thèmes abordés par ces fiches peuvent toucher les pathologies chroniques, aiguës ou la prévention.
- Leur distribution peut varier selon les thèmes abordés : distribution ciblée afin de mieux toucher la population concernée ou distribution systématique pour toucher un maximum de patients.

Pour les raisons évoquées ci-dessus, les FIP paraissent un bon moyen d'informer le patient par écrit, en plus de l'information orale traditionnelle. Elles semblent plus facilement

utilisables par le praticien en consultation que la simple annotation d'ordonnance ou l'information médicale sur internet. Pour ces mêmes raisons, plusieurs auteurs se sont penchés sur ces FIP.

De nombreuses études se sont intéressées aux FIP. Leurs principaux objectifs pouvaient se regrouper ainsi :

- Quels sont les critères d'une bonne FIP ?
- Quelle est l'efficacité de ces fiches ?

En 1992, Albert mettait en évidence les critères de qualité d'une FIP en utilisant un test de lisibilité simple : le Fog Test (14). Les principales conclusions de ce travail étaient qu'une FIP devait utiliser une police de lecture lisible et suffisamment grande, il était nécessaire de privilégier les phrases courtes et au mode actif. Les termes médicaux devaient également être simplifiés au maximum. L'utilisation d'illustration était également conseillée. La forme de la FIP était ainsi bien établie.

Le fond devait répondre à une problématique pour le patient, les FIP concernaient en majeure partie des problèmes de santé fréquents qui touchaient un grand nombre de patient. Leur contenu devait s'appuyer sur les données de l'Evidence Based Medicine (EBM) et les dernières recommandations, une description de la pathologie était souhaitée ainsi qu'une présentation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique (15) (16).

Il faut ensuite déterminer l'efficacité de ces FIP. De nombreuses études se sont attelées à cette tâche, testant l'efficacité de nombreuses FIP touchant des domaines variés.

En 2015, De Bont a réalisé une revue systématique de la littérature concernant l'utilisation des FIP afin de réduire la consommation d'antibiotiques et le taux de reconsultation (17). 8 études étaient éligibles et concernaient des pathologies telles que les infections respiratoires basses, les angines, les infections urinaires ou encore les conjonctivites. La prescription d'antibiotiques était significativement moins importante dans les groupes où étaient utilisées les FIP dans trois des quatre études étudiant cette variable, le taux de reconsultation était plus variable selon les études.

Des études ont également été menées sur des pathologies chroniques tels que les lombalgies ou la dépression. Roland et Dixon, en 1989, montraient que la distribution d'une FIP sur les

lombalgies chez les patients en souffrant, permettait une réduction statistiquement significative du nombre de consultation pour ce motif (18). Le recours à la kinésithérapie et à des prises en charge spécialisées était également moins important. Cette étude montrait que 94% des patients concernés avaient lu les documents fournis, que 84% les avaient trouvés utiles et que 64% à un an les gardaient. De plus les connaissances sur les lombalgies étaient significativement plus importantes dans le groupe FIP par rapport au groupe contrôle à un an de l'intervention.

Little, en 1989, montrait une meilleure connaissance statistiquement significative de la contraception des patientes sous pilule contraceptive dans le groupe bénéficiant de la distribution d'une FIP (9).

L'étude EDIMAP a montré que les FIP étaient globalement bien comprises par les patients, et ceci sans différence significative au niveau de leur âge, de leur sexe ou de leur niveau d'étude (19). Il était retrouvé une meilleure compréhension des FIP chez les patients évoluant dans le milieu médical. Plus de 60% d'entre eux trouvaient la remise de la FIP utile et 91% l'avaient conservée. L'étude retrouvait un score de satisfaction des patients vis-à-vis des FIP de 7,2 sur 10.

Il apparaît que les FIP ont de nombreux effets bénéfiques, que ce soit au niveau de pathologies aiguës, avec une réduction par exemple de la prescription d'antibiotiques, mais également au niveau de maladies chroniques ou encore dans le domaine de la prévention. Elles sont aussi bien acceptées par les patients et ces derniers en sont demandeurs (20) (21).

Les FIP ne sont pas exemptes de limites. Heaney en 2001, ne montrait pas de bénéfices à une distribution non ciblée d'un manuel de "bonne santé" (22). Une étude similaire en 2005 retrouvait également que la distribution non ciblée ne permettait pas de diminuer le nombre de consultations des patients, et seulement la moitié des sujets avaient lu le document (23).

Se pose également le problème de la qualité des FIP. Protheroe et al. en 2015 montrait que moins de 25% des FIP au Royaume-Uni remplissaient les critères de lisibilité et de compréhensibilité (ou compréhension subjective) (24). Près de 75% des FIP étaient trop complexe pour 15% de la population britannique. En France, l'étude INDIC-MG montrait que peu de FIP de qualité avaient été produites en France (25).

Il existe la question légitime de l'indépendance de ces FIP vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Par exemple, en Allemagne si 88,7 % des praticiens disent utiliser de façon

quotidienne des FIP, ces dernières sont issues à plus de 93% des laboratoires pharmaceutiques (26).

Certaines études (27) rapportent des critiques des patients quant à l'absence de personnalisation des FIP, ces dernières ne tenant pas compte de leurs connaissances et de leur vécu.

Il apparaît que les FIP présentent des limites et sont un mode d'information à améliorer. Amélioration de la forme avec des FIP simples, lisibles, adaptées au patient, mais aussi amélioration du fond avec des informations indépendantes de l'industrie pharmaceutique et basées sur l'EBM. Les études citées ont montré leur efficacité que ce soit sur les connaissances du patient, la réduction des prescriptions ou du nombre de consultations. Elles utilisaient des FIP respectant les critères de qualité ainsi qu'une distribution ciblée.

Malgré ces données, les FIP semblent peu utilisées par les praticiens en France et notamment en soins premiers. Dans d'autre pays européens, la pratique semble bien plus courante voir systématique. En Allemagne, 88,7% des praticiens interrogés disent utiliser de façon quotidienne des FIP et 96,8% d'entre eux considèrent cette utilisation comme une part importante de leur travail au quotidien (26). Au Danemark, dès 1991, 97% des médecins généralistes utilisaient du matériel d'éducation et d'information des patients, dont des FIP (28).

L'objectif principal de notre travail était de trouver les déterminants de la sous-utilisation des FIP par les médecins français spécialistes en soin premiers.

Les objectifs secondaires de notre travail étaient :

- Quelle est la proportion de médecins généraliste utilisant des FIP ?
- Quelle est leur fréquence d'utilisation ?
- Pour quelles raisons utilisent-ils des FIP ?

2. Matériels et méthode

Nous avons effectué une revue narrative de la littérature sur Pubmed ainsi que sur Doc'CISMef, SUDOC, et DUMAS. Pour réaliser cette recherche bibliographique, nous avons utilisé les mots clefs suivants (sauf indication contraire les mots clefs sont indexés MeSH)

- "fiche d'information patient" ou son équivalent anglais "patient information leaflet" (non indexé MeSH)
- "Patient education handout"
- "pamphlet"
- "soins primaires" ; "primary care"
- "médecin généraliste" ; "general practitioners"
- "Patient Education as Topic"

Nous avons sélectionné les études par la lecture de leur titre puis de leur résumé. A partir de cette base de données, nous avons décidé de mener une étude quantitative via un questionnaire destiné aux médecins généralistes.

Notre questionnaire comportait quatorze questions et était divisé en quatre parties (Annexe 2). La première partie (questions 1 à 6) recueillait les données socio-démographiques des médecins répondus. La deuxième partie concernait les médecins utilisant les FIP. La troisième partie concernait les médecins ne les utilisant pas. La quatrième et dernière partie comportait des questions d'ouverture s'intéressant à la demande de formation des médecins sur le sujet des FIP et les domaines médicaux auxquels devrait s'intéresser les FIP. Notre questionnaire était accessible depuis un lien envoyé par mail, ce dernier comportait une courte explication concernant l'étude et les FIP. Le lien redirigeait vers le questionnaire en lui-même, sauvegardé sur une plateforme cloud.

Ce questionnaire a été validé par l'Union Régional des Professionnels de Santé (URPS) avant sa diffusion.

Nous avons choisi comme population d'étude, les médecins généralistes en ancienne région Midi-Pyrénées en utilisant la base de données de l'URPS. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Docteur en médecine générale
- Installé en libéral
- Exerçant en Midi-Pyrénées
- Ayant fourni une adresse mail valide

N'ont pas été inclus les médecins généralistes remplaçants thésés ou non.

Le questionnaire a été diffusé par mail par l'URPS le 6 février 2018. Une relance a été effectuée à un mois, le 6 mars.

3. Résultats

Nous avons reçu 106 réponses analysables sur les 2255 médecins généralistes qui ont été sollicités par le biais de URPS pour répondre au questionnaire, soit un taux de réponse de 4,7%.

3.1 Caractéristiques socio-démographiques des répondants.

Les caractéristiques démographiques de notre échantillon sont détaillées dans le tableau 1.

Sexe	Femme : 61 (57,5 %)		Homme : 45 (42,5 %)	
Âge moyen	47,4 ans			
Lieu d'installation	Milieu urbain : 43 (40,6 %)	Milieu semi-urbain : 30 (28,3 %)	Milieu rural : 33 (31,1 %)	
Temps d'installation	Moins de 5 ans : 21 (19,8 %)	Entre 5 et 20 ans : 45 (42,5 %)	Plus de 20 ans : 40 (37,7 %)	
Mode d'exercice	Cabinet de groupe : 62 (58,5%)	Maison de santé pluridisciplinaire : 23 (21,7 %)	Seul : 21 (19,8 %)	
Maitrise de stage universitaire	Oui : 52 (49,1 %)		Non : 54 (50,9 %)	
Utilisation des FIP	Oui : 52 (49,1%)		Non : 54 (50,9 %)	

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de sujets de l'étude

Nous avons comparé les caractéristiques démographiques de notre échantillon à celui des médecins généralistes au sein de l'ancienne région Midi-Pyrénées à partir des données disponibles sur le site du DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) (29). Nous avons constaté :

- Un âge moyen de notre échantillon plus bas (47 ans contre 52 ans)
- Une proportion plus importante de femmes (57,5 % contre 44,9 %)
- Une proportion plus importante de maîtres de stage universitaire (49,1 % contre 15,8 %)

Nous n'avons pas pu retrouver les données concernant le mode d'exercice pour l'ancienne région Midi-Pyrénées, mais uniquement pour la région Occitanie. La distinction cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire n'était pas disponible sur le site du DRESS, nous avons retrouvé une plus faible proportion de médecin exerçant en cabinet de ville : 19,8 % contre 45,1 %.

Nous n'avons pas pu retrouver les données concernant l'ancienneté de l'installation et le lieu d'installation.

3.2 Réponses au critère de jugement principal

Parmi les 106 répondants au questionnaire, 54 médecins déclarent n'avoir jamais utilisé de FIP, soit 50,9 % de notre échantillon. Ces 54 médecins devaient alors répondre à la question suivante :

- Quelles sont les raisons de la non-utilisation des FIP ?

Chaque médecin pouvait fournir plusieurs réponses sans nombre limite de choix. Les raisons avancées pour expliquer cette non-utilisation sont rapportées dans le tableau n°2.

Raisons de la non-utilisation des fiches d'information patient	Nombre de réponses	Pourcentage des réponses
Manque d'habitude, d'intérêt ou de connaissance vis-à-vis de l'existence des différentes fiches et de leur contenu	46	85,2 %
Absence de demande de la part des patients	15	27,8 %
Patientèle jugée non adaptée à la remise d'une information écrite (patients non francophones, difficultés socio-économiques majeures, âge, ...)	5	9,3 %
Caractère jugé anxiogène de l'information écrite	1	1,9 %
Contenu jugé inadapté à la demande des patients, à la réalité du terrain	7	13 %
Difficulté de stockage, d'accès aux différentes fiches d'information	20	37 %
Difficulté pour la mise à jour des informations contenues dans les fiches	7	13 %
Inadéquation entre le contenu des différentes fiches et vos pratiques habituelles	1	1,9 %
Crainte du manque d'indépendance du contenu des fiches vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique	5	9,3 %
Crainte d'une overdose d'information pour le patient entre l'information orale, la fiche et l'information déjà recherché par le patient	8	14,8 %
Fiches pouvant être un obstacle à la relation médecin-patient	7	13 %

Tableau 2 : Raisons de la non-utilisation des fiches d'information patient

Le manque d'habitude, d'intérêt ou de connaissance vis à vis des FIP était le principal motif de leur sous-utilisation avec 85,2 % des répondants la choisissant.

Deux autres réponses étaient rapportées par plus de 25% des répondants, il s'agissait de l'absence de demande de la part des patients (27,8 %), et de la difficulté de stockage ou de mise à jour des fiches (37 %).

3.2 Réponses aux critères secondaires

Parmi les 106 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 52 ont déclaré avoir déjà utilisé une FIP soit 49,1% de notre échantillon. Nous avons demandé à ces 52 médecins à quelle fréquence ils utilisaient les FIP ainsi que les raisons qui les poussaient à utiliser ces FIP.

Les résultats sont représentés au sein de la figure 1.

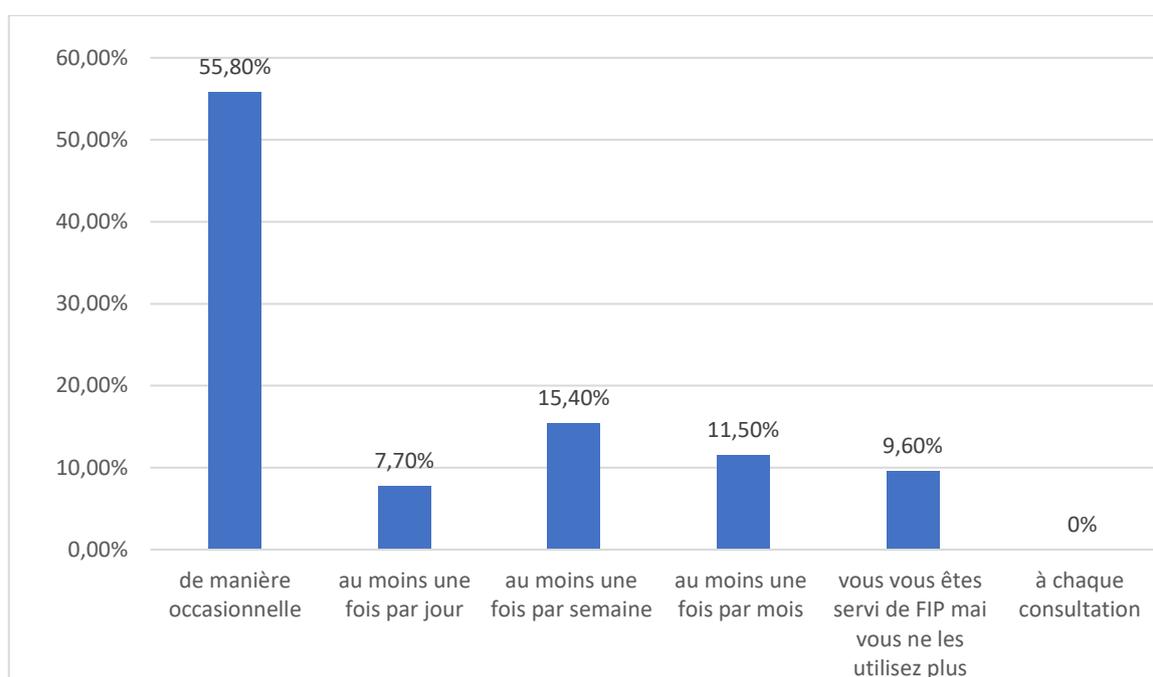


Figure 1 : Fréquence d'utilisation des fiches d'information patient

Parmi les médecins utilisant les FIP, on constate une différence en faveur d'une utilisation ciblée des FIP (50 versus 2).

Nous avons rédigé une question ouverte pour déterminer les raisons pour lesquelles les praticiens utilisaient les FIP. Les résultats sont exposés au sein du tableau 3 :

Raisons de l'utilisation des fiches d'information patient	Nombre de réponse	Pourcentage des réponses
Complémentarité des informations présentes dans la fiche avec l'information orale	37	71,2 %
Demande des patients d'informations écrites	6	11,5 %
Caractère jugé rassurant de l'information écrite	22	42,3 %
Permet une certaine autonomisation du patient vis-à-vis de sa pathologie	30	57,7 %
Gain de temps au cours de la consultation	12	23,1 %
Permet une information synthétique et adaptée du patient	23	44,2 %
Protection médico-légale de la fiche d'information	2	3,8 %
Permet de s'assurer de la validité et de la mise à jour des informations transmises par le médecin via des sources vérifiées	11	21,2 %

Tableau 3 : Raisons de l'utilisation des fiches d'information patient

3.3 Autres résultats

Les dernières questions du questionnaire se concentraient sur le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des fiches d'information patient. Nous avons demandé aux praticiens n'utilisant pas les FIP s'ils les trouvaient tout de même utiles. Les résultats sont représentés au sein de la figure suivante :

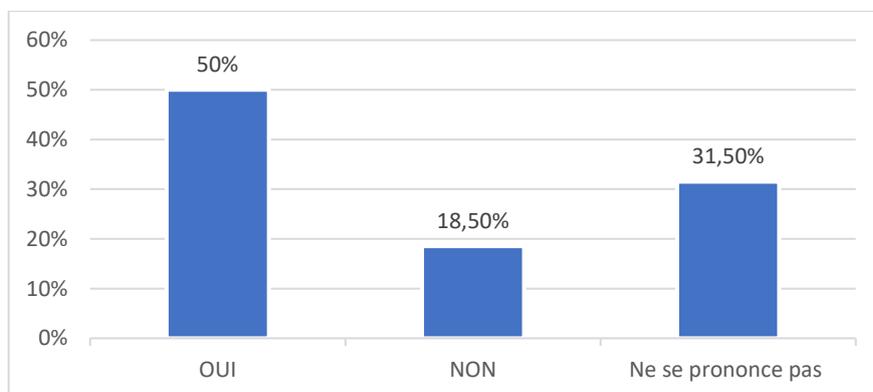


Figure 2 : jugement des médecins n'utilisant pas les FIP sur leur utilité

L'intégralité des sujets de l'étude devait répondre sur le domaine où ils jugeaient que les fiches d'information patient étaient les plus utiles : prévention, pathologies aiguës ou chroniques. Les résultats sont représentés au sein de la figure 3 :

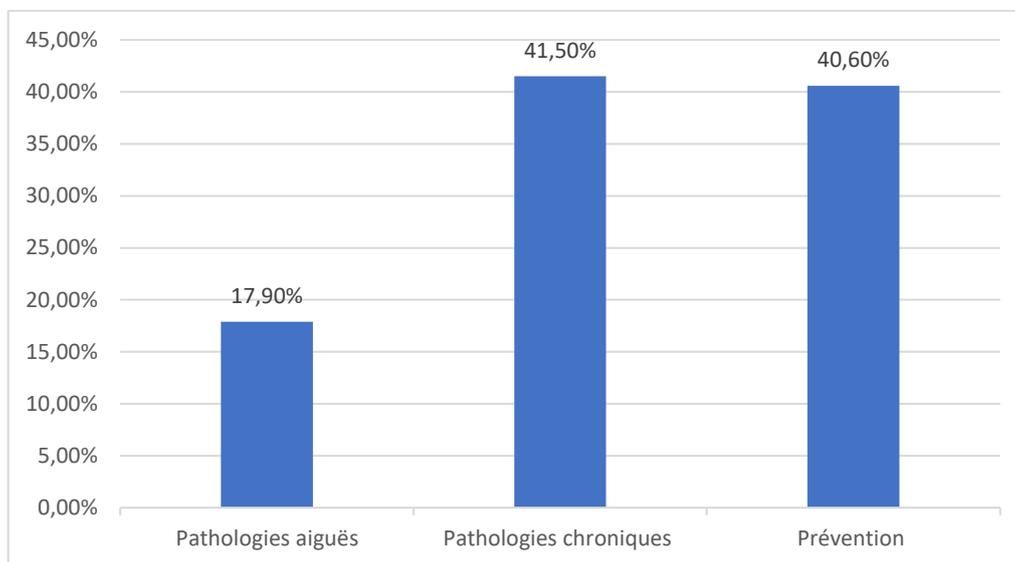


Figure 3 : Domaine d'utilisation des FIP préférentiel selon les médecins

La dernière question concernait la demande de formation vis-à-vis des FIP. On ne retrouve pas de différence significative en faveur de l'une ou de l'autre possibilité. 40,6 % des médecins jugeaient qu'une formation supplémentaire n'était pas utile contre 36,8 % qui la jugeaient nécessaire. 24 praticiens (22,6 %) ne se prononçaient pas.

4. Discussion

Notre étude montre que les FIP sont peu utilisées en France. Ce résultat correspond à ceux retrouvés lors de l'étude qualitative de Dupre-Laillier où la majorité des praticiens avouaient une utilisation très occasionnelle des FIP (30). Au contraire, dans cette étude l'utilisation d'annotation sur l'ordonnance paraissait plus simple, plus rapide et plus personnalisée par rapport au ressenti du patient. Cela confirme le ressenti de la faible utilisation des FIP par les médecins généralistes français, là où nos confrères européens semblent avoir bien plus intégré cette pratique dans leurs habitudes de travail. Nos confrères danois ou allemand, pour rappel, utilisent fréquemment les FIP : en 1991, 97 % des médecins généralistes danois utilisaient déjà du "matériels d'éducation" (29) et 88,7 % de leur confrère allemands en utilisaient en 1999 (26).

La principale raison de la non utilisation des FIP est la méconnaissance des médecins vis-à-vis de leur existence et de leur contenu et ainsi que le manque d'habitude ou d'intérêt pour leur utilisation. Les deux autres raisons avancées par plus d'un quart des médecins ayant répondu au questionnaire sont l'absence de demande de la part des patients et les difficultés d'accès ou de stockage des fiches.

Ce dernier point peut sembler paradoxal à l'heure où la grande majorité des cabinets médicaux sont informatisés et connectés à internet. Nous pourrions penser que de nombreuses FIP seraient facilement accessibles sur internet, pourraient être stockées informatiquement et imprimées à la demande.

Pourtant cette difficulté d'accès et de stockage était déjà évoquée par les médecins généraliste de l'étude qualitative de Dupre-Laillier(30). Certains rapportaient des limitations liées à leur logiciel d'aide à la prescription, ou des problèmes de matériel, d'autres évoquaient des soucis d'organisation personnelle. Si nous pouvons espérer que le matériel informatique des cabinets médicaux s'améliora avec le temps permettant une utilisation plus simple et accessible, il ressortait également de cette étude que le stockage de fiche d'information sous format papier comme les carnets de grossesse fournis par la Sécurité Sociale, était particulièrement peu pratique. Pour les FIP accessibles sur internet, les praticiens évoquaient les difficultés d'accès à certains sites ou leur mauvaise conception, le flot d'information sur internet posait également problème.

Certains sites tentent de fournir un large éventail de documents concernant de nombreux points de la santé comme le site prescrire.org mais leur disponibilité via un abonnement payant limite leur accès et leur distribution.

Un autre exemple est le site de la HAS qui propose des documents d'information destinés au patient. Ces derniers sont malheureusement difficilement accessibles sur le site, ne sont pas classés par thème ni imprimables ce qui limite fortement leur intérêt.

L'existence de documents identique sur d'autres sites de santé officiels comme Ameli.fr ou le site de l'ANSM peut également être source de confusion. Pour ces deux sites également les fiches sont difficilement accessibles et ne peuvent pas être imprimées. Nous voyons donc que la multiplication des sources d'information sur internet pose problème et complique l'accès aux FIP lors de la consultation.

La création d'une base de données centralisée des FIP permettrait sans doute un accès simplifié à ces documents et une distribution plus simple et plus rapide. Il paraît clair, à l'heure d'internet et des clouds, que la distribution de documents pré-imprimés est une méthode obsolète.

La deuxième raison évoquée par plus d'un quart des médecins ayant répondu au questionnaire est l'absence de demande des patients pour des documents d'informations écrites. Nous remarquons que parmi les médecins utilisant des FIP, la demande de la part des patients d'informations écrites n'est avancée que par 11,5 % des répondants pour justifier leur utilisation des FIP. Ces deux résultats semblent cohérents, les patients n'expriment que rarement en consultation leur volonté de disposer de sources d'information écrites.

Pourtant l'étude de Léry en 2016 (31) montrait d'une part que les patients étaient demandeurs d'informations médicales, informations qu'ils pouvaient rechercher auprès de leur médecin mais aussi auprès d'autres professionnels de santé (pharmacien, infirmiers,...) ou encore sur internet. Léry montrait également que l'attente principale des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste était qu'il donne des explications concernant leur santé, le médecin généraliste étant la source majoritaire d'information médicale des patients : 95,1 % des patients utilisent leur médecin généraliste comme source d'information médicale. 98,8% des patients ont confiance en la qualité de l'information délivré par leur médecin traitant. L'étude de Gallet en 2016 a montré le besoin d'information des patients sur des pathologies courantes comme la rhinopharyngite ou l'hypertension artérielle (32). L'étude EDIMAP montrait que

les patients étaient satisfaits lorsque que cette information était fournie via une FIP : 61,4 % des patients les jugeaient utiles, 91 % les avaient conservées et 96 % pensaient que leur médecin généraliste devait en utiliser plus souvent (33). Little a retrouvé des résultats comparables dans deux études différentes (34) (35).

Nous constatons des discordances entre le résultat de notre questionnaire et ceux de la littérature. Nous pouvons penser que cela provient du fait que nous ayons interrogé les médecins généralistes, alors que les études précédentes s'intéressaient au ressenti des patients. Il est possible que les patients n'expriment pas explicitement leur besoin d'information écrite, les résultats de la littérature nous montrent qu'une utilisation plus fréquente des FIP serait bénéfique pour améliorer la satisfaction des patients. Le médecin ne doit pas informer son patient selon ce qu'il pense être bon pour lui mais selon ce qui est réellement bénéfique pour ce dernier. Il existe un travail à faire en ce sens chez les praticiens français, un premier pas serait par exemple de demander au patient s'il souhaite disposer d'information écrite concernant le motif de sa consultation. Des patients mieux informés sont des patients plus satisfait (21) et la FIP est un outil pour tendre vers cet objectif. Pour cela, il s'agit également de lutter contre l'idée encore répandue chez les médecins d'un risque de surcharge d'informations (14,8 % des médecins dans notre questionnaire), qui est également en contradiction avec les données de la littérature.

La raison la plus fréquemment rapportée par les praticiens ayant répondu au questionnaire (85,2 % d'entre eux) est leur manque d'intérêt et de connaissance vis-à-vis des FIP et de leur contenu. Les médecins de l'étude de Dupre-Laillier expliquaient la nécessité de s'approprier les informations contenues dans ces fiches avant de les distribuer aux patients. Il semblerait que nous en revenions aux difficultés d'accès aux FIP. La majorité des médecins ignorent leur sujet et leur contenu. Un important travail de diffusion apparaît nécessaire et concernerait leur existence, leur contenu, mais aussi l'endroit pour où les trouver. Il ressort de ce questionnaire que les médecins généralistes ne souhaitent pas recevoir de formation supplémentaire sur les fiches d'information écrites (40,6 % contre 36,8 %). Sans parler de formation spécifiquement dédiée à ce seul outil, il paraît envisageable de diffuser leur existence et leur contenu aussi bien au cours de la formation initiale que de la formation continue lors notamment de sessions abordant l'éducation thérapeutique, la prise en charge de pathologies chroniques ou encore de sessions concernant la diminution de la consommation d'antibiotiques, domaines où les FIP ont prouvé leur efficacité (36).

Dans ce cas également, la création d'une base de données centralisée regroupant les différentes fiches d'information patient permettrait certainement d'améliorer les connaissances des médecins généralistes sur ces documents et leur contenu.

Les autres items proposés dans notre questionnaire n'ont été choisis que par moins de 15% de notre échantillon alors que la littérature les souligne. Il est possible que les médecins n'appréhendent pas ses difficultés, ou que cela ne soit pas un problème en France. Elles concernaient la question de l'indépendance du contenu des fiches par rapport à l'industrie pharmaceutique et celle de la mise à jour des informations qu'elles contiennent. Ce dernier point avait été évoqué dans l'étude de Dupre-Laillier, où plusieurs médecins qui, pour certains faisaient leurs propres fiches d'information, évoquaient la difficulté de mettre à jour les documents devant des "recommandations qui changent trop souvent". D'autres médecins du focus group faisaient au contraire confiance "aux grandes institutions" afin de régulièrement adapter le contenu des documents aux dernières données de la science, ou jugeaient que sur les principaux thèmes les recommandations ne changeaient que très rarement. Il paraît en effet difficile pour un médecin seul ou un groupe de pairs faisant leurs propres documents d'information de tenir constamment à jour les informations des FIP, certains auteurs recommandant une mise à jour des données tous les trois ans des données (37). Il semble par contre possible que cette mise à jour nécessaire soit le fait des sociétés savantes.

Ces dernières doivent effectuer ce travail afin de garantir également l'indépendance de l'information vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique même si cela ne semble pas être une crainte répandue parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, seulement 9,3 % d'entre eux l'ayant avancé afin d'expliquer leur non utilisation des FIP. Pourtant, d'après les nombreuses études qui se sont penchées sur l'influence des laboratoires pharmaceutiques sur les médecins dès le début de leur formation (38) (39), la prudence est de mise et un travail particulier doit être effectué afin de fournir une information médicale de qualité et indépendante, qu'elle soit délivrée oralement ou par écrit.

Le problème de l'adaptation des fiches à certaines patientèles pouvait également être avancé par les répondants. Si certains patients peuvent présenter des difficultés devant des documents écrits, que ce soit à cause de la barrière de la langue, d'un handicap ou pour toute autre raison, cela n'explique pas la faible utilisation des FIP en France, seuls 9,3 % des médecins ayant avancé cette raison. Si un travail d'adaptation a parfois été mené (traduction,

utilisation de symboles, etc.), et avec succès comme dans l'étude de Sahlan (13) où la traduction en turc d'une fiche d'information patient a permis une amélioration des connaissances des patients sur les viroses ORL, le développement des FIP reste pour le moment insuffisant pour que l'adaptation systématique des documents soit la règle. La création de document au cas par cas paraît pour le moment préférable.

Enfin les FIP pourraient être un frein à la relation médecin-patient. 13 % des médecins ne les utilisant pas ont avancé cette raison. Le médecin traitant pourrait voir dans l'utilisation d'un document écrit l'intervention d'un tiers dans la relation privilégiée qu'il a avec le patient. Peu de médecins l'ont évoqué dans ce questionnaire, les relations médecins-patients semblent avoir évolué au cours des dernières années et le modèle paternaliste, où le médecin prend seul les décisions médicales, ne paraît plus être le modèle de référence. L'intervention de tiers, qu'il s'agisse d'autres spécialistes, d'autres professionnels de santé ou encore de groupes d'éducation thérapeutique, est une pratique courante. Au contraire, des études récentes ont montré que l'utilisation de FIP pouvait améliorer la communication médecin patient (40). Les médecins généralistes ne voient pas dans les fiches d'information patient un frein à leur relation médecin-patient et ne justifient pas ainsi leur non utilisation.

Nous aurions pu être tenté d'expliquer la faible utilisation des FIP par leur utilisation ciblée à l'opposé d'une distribution systématique. 96,2 % des médecins utilisant les FIP effectuent une distribution ciblée de ces dernières, seuls deux praticiens disent les fournir de manière systématique. Ce chiffre semble concorder avec les données de l'étude qualitative de Dupre-Laillier où les médecins disaient délivrer les documents au cas par cas. Si une distribution systématique peut paraître intéressante, notamment sur des thèmes de prévention comme l'alimentation ou l'éducation physique, permettant de toucher un plus large public, ce mode de distribution ne paraît pas plus efficace. Les études s'étant penchées sur la distribution systématique de "livrets de santé" n'ont pas montré d'efficacité (23). La distribution ciblée d'une fiche adaptée à la problématique du patient, mais aussi au patient en lui-même, semble plus efficace. Les études qui ont montré une différence significative que ce soit au niveau de la consommation médicamenteuse ou du nombre de consultations, utilisaient une distribution ciblée des fiches d'information patient. C'est par exemple le cas dans les études rapportées dans la revue de la littérature de Mandil (41). D'autres études ont montré la

volonté des patients de disposer d'une information personnalisée, adaptée à leur cas et à leur compréhension (32), ce que ne permet pas une distribution systématique.

Notre travail présente plusieurs limites. Sa faible puissance provient d'un échantillon de population faible et d'un faible taux de réponse au questionnaire parmi les médecins ayant reçu le lien par mail. Ce taux de réponse est cependant globalement comparable aux autres questionnaires envoyés par ce biais. Ce résultat peut peut-être s'expliquer par un thème déjà souvent abordé pour les thèses : l'information patient, et le manque d'intérêt ou de connaissances des médecins pour les FIP qui ressort d'ailleurs dans les réponses du questionnaire comme raison principale de leur non utilisation. Nous notons également un biais de sélection. Comme pour tout questionnaire, il est probable que les médecins y ayant répondu soient les plus intéressés et concerné par notre sujet. Notre échantillon n'est globalement pas représentatif de la population des médecins généralistes au sein de Midi-Pyrénées. Nous avons constaté une proportion plus importante de femmes, un âge moyen plus bas, ainsi qu'une proportion bien plus importante de maîtres de stage universitaire et de médecins travaillant en groupe. Il est certain que les médecins également maîtres de stage se sentent d'avantage concernés par les travaux de thèse. Un âge moyen moins élevé au sein de notre échantillon est aussi peu étonnant, il est probable que les nouvelles générations de praticiens soient plus sensibilisées à l'information du patient. Un questionnaire envoyé par mail ne peut cependant pas échapper à ce biais de sélection. Enfin si nous avons retrouvé au cours de notre recherche narrative de la bibliographie de nombreuses études s'intéressant à l'efficacité des FIP et au ressenti des patients les recevant, peu d'études s'intéressaient au ressenti des praticiens. Il est possible que certains déterminants de leur utilisation ou de leur non utilisation nous aient échappé.

La principale force de notre travail est son originalité. La grande majorité des travaux concernant l'utilisation des FIP cherchaient à étudier leur efficacité (réduction de la consommation médicamenteuse, du nombre de consultations, amélioration des connaissances), le ressenti des patients les recevant (satisfaction et modification des comportements, ...) ou encore la création de ces documents. A notre connaissance, aucune étude quantitative ne s'était penchée sur la problématique des déterminants de la non utilisation des FIP en France. Les études qualitatives sont elles aussi peu nombreuses, au cours de notre revue de la littérature, certes non exhaustive, la seule étude s'intéressant à

cette problématique était celle de Dupre-Laillier et ne se concentrait pas uniquement sur les FIP. Notre travail permet une première approche quantitative sur ce sujet.

Notre étude a montré que les médecins français utilisaient peu les FIP. Ils leur reconnaissent cependant différents avantages. Le plus avancé dans notre questionnaire (71,2 %) est la complémentarité de l'information écrite avec l'information orale prodiguée au cours de la consultation. Nous avons vu que celle-ci pouvait être en bonne partie oubliée par le patient du fait de certains facteurs (stress et anxiété, difficulté de compréhension, barrière de la langue). Il faut cependant s'assurer de la cohérence entre les informations fournies oralement et celles contenues dans la FIP. Cette dernière fournit également une information plus synthétique (44,2 %), un résumé de la consultation pour ainsi dire, mais également une information simple et claire. Parmi les critères de qualité d'une FIP, nous retrouvons la volonté d'un document court et lisible (42) (32). Il est nécessaire de s'assurer à la fois de la qualité de l'information médicale transmise quant à son fond mais également quant à sa forme, afin de permettre au plus grand nombre sa compréhension. Ce caractère écrit de l'information médicale et sa complémentarité avec l'information orale sont des facteurs rassurants pour le patient (42,3 %), Ils donnent du poids au discours du médecin, validant ses dires. Le patient reçoit des informations de sources différentes, son médecin traitant en lequel il garde une grande confiance (31) et l'Evidence Base Medecine sur laquelle s'appuient les FIP. Il est également rassurant pour un patient de disposer rapidement et facilement à son domicile d'informations médicales fiables, nous pensons notamment aux patients hypertendus ou diabétiques qui auraient besoin de vérifier la normalité ou non de leur tension ou de leur dextro. La FIP permet au patient d'être rassuré et de combler un possible oubli d'une information transmise en consultation.

Le deuxième avantage massivement rapporté par notre échantillon est que la FIP permet une certaine autonomisation du patient (57,7 %). Les fiches d'information améliorent en effet les connaissances des patients sur leur pathologie (41). Ce transfert de connaissances est un élément clé de l'éducation thérapeutique du patient, un élément certes insuffisant seul mais nécessaire (43). Il permet parfois d'engendrer des modifications de comportement chez les patients telles que la diminution de la consommation d'antibiotique ou du nombre de consultations. Il faut cependant garder à l'esprit que cet effet est extrêmement variable selon les travaux et selon les pathologies étudiées. Il nous paraît important de mettre en avant que la FIP est un moyen d'éducation thérapeutique et d'autonomisation du patient parmi d'autre. Utilisée seule, son impact sur la modification du comportement du patient semble pour le

moment limité mais son développement ainsi que celui d'autres moyens d'éducation thérapeutique permettraient une meilleure connaissance chez les malades de leur pathologie et de sa gestion au quotidien.

Nous voudrions insister sur un point qui nous paraît important. Pour 23,1 % des médecins utilisant les FIP, ces dernières permettent un gain de temps au cours de la consultation. Il est probable que sur certains sujets la remise d'une FIP soit plus rapide, là où des informations orales seraient longues et fastidieuses. La remise d'une FIP ne doit cependant pas se substituer totalement aux explications orales en consultation. Les études ayant montré une hausse de la satisfaction des patients étudiaient l'effet de la remise des documents écrits en plus de l'information orale et non pas à la place de cette dernière. L'information orale doit rester la base de l'information du patient pour les raisons que nous avons explicité, la FIP ne doit rester qu'un complément.

Enfin nous avons demandé à notre échantillon en fin de questionnaire dans quels domaines les fiches d'information patient leur paraissaient les plus utiles. Pour 41,5 % d'entre eux, les FIP sont le plus utiles lorsqu'elles concernent les pathologies chroniques, pour 40,6 % lorsqu'elles abordent des sujets de prévention alors que seulement 17,9 % voient leur utilité dans le cadre des pathologies aiguës.

Ce constat est intéressant sachant que les documents écrits ont fait leur preuve dans chacun des trois domaines. Pourquoi les médecins ne pensent-ils pas aux FIP lorsqu'il s'agit de pathologies aiguës ?

L'étude de Lachor proposait au patient de consulter différentes fiches d'information abordant des sujets aussi variés que la contraception, la lombalgie, le diabète de type 2 ou la gastro-entérite mais également des thèmes de prévention comme l'arrêt du tabac ou l'alimentation (44). La fréquence de consultation des différentes fiches montrait un intérêt des patients pratiquement équivalent pour les documents concernant les pathologies aiguës (28,4 % des fiches consultées) les pathologies chroniques (40,9 %) ou la prévention (30,7%) et cela malgré un nombre plus important de fiches concernant les pathologies chroniques (12 contre 8 pour les pathologies aiguës et 8 pour la prévention). Nous voyons donc un intérêt égal des patients pour tous les versants de l'information médicale. L'information concernant les pathologies aiguës, qu'elle soit orale ou écrite, ne doit pas être oubliée sous prétexte qu'il s'agit le plus souvent de "petites maladies". Ces "petites maladies" peuvent aussi être une source d'angoisse et de mal être pour le patient qui sera à la recherche d'informations médicales fiables pouvant répondre à ses interrogations et le rassurer.

Après avoir analysé les résultats de notre questionnaire et les avoir mis en lien avec les données de la littérature, nous pouvons nous demander quelle sera l'utilisation future des FIP. Leur usage est encore peu répandu parmi les généralistes français. Pourtant la moitié des médecins ne les utilisant pas les trouvent tout de même utiles. Les praticiens reconnaissent leurs avantages : complément d'information synthétique et accessible permettant une certaine autonomisation des patients et un gain de temps en consultation. S'ils reconnaissent les avantages des FIP, ils assurent également manquer d'information et d'intérêt sur le sujet, première raison expliquant leur non utilisation dans notre questionnaire. La profession est également divisée quant à l'idée de la formation professionnelle sur ce sujet (40,6 % contre ; 36,8 % pour ; 22,6 % ne se prononçant pas). Si l'information du patient fait partie d'un item pour l'Examen Classant National, ce dernier s'intéresse plus au fond de l'information médicale qu'à la forme qu'elle doit prendre. Nous pouvons nous demander si la formation des médecins sur l'information du patient est suffisante.

Afin de développer l'utilisation des FIP, il paraît intéressant de développer plusieurs axes. Le premier, selon nous serait de développer l'information quant à l'existence des FIP. Dans cet objectif, une meilleure intégration des FIP au sein des logiciels d'aide à la prescription nous paraît une option intéressante, rendant leur accès plus facile lors de la consultation et supprimant le problème du stockage des FIP, qui seraient alors imprimables à la demande. Une autre option serait la création d'une base de données centralisée contenant un grand nombre de FIP et accessible sur internet, à l'image de ce qui existe déjà sur certains sites référencés. Il paraît préférable cependant afin d'éviter tout conflit d'intérêt que cette base de données soit le fait d'un organisme officiel comme la HAS. Le second point sur lequel il semble nécessaire de travailler est la qualité des différentes FIP à la fois sur le fond et la forme. Il existe quantité de fiches différentes qui ne respectent parfois pas les recommandations concernant les documents écrits de la HAS, certains documents ne sont également plus à jour. Une uniformisation du format des FIP, suivant les règles de bonne rédaction (lisibilité, accessibilité des termes employés, ...) permettrait une utilisation plus sûre de ces documents par les médecins généralistes. Dans ce cas également, il nous paraît préférable que ce travail soit sous la tutelle d'un organisme de santé officiel et des sociétés savantes comme les sociétés françaises des différentes spécialités. D'autres soignants utilisent déjà les FIP, bien que de manière occasionnelle là aussi, comme les infirmiers ASALE ou les diététiciens. Le développement de l'utilisation des FIP par ces soignants

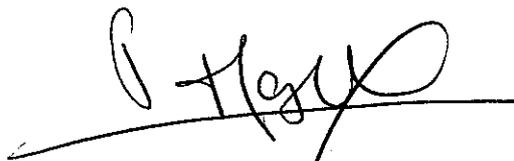
pourrait également être envisagé et élargi à d'autre profession de santé comme les pharmaciens.

5. Conclusion

Les FIP sont peu utilisées par les médecins généralistes français contrairement aux pratiques de nos collègues européens. Les principaux déterminants de cette faible utilisation sont le manque d'intérêt ou de connaissances des médecins sur les FIP, les difficultés de stockage et de mise à jour de ces documents et l'absence de demande explicite de la part des patients. Pourtant de nombreuses études au sein de la littérature ont montré que les patients appréciaient de recevoir l'information médicale sous forme écrite, les FIP ont également montré leur efficacité dans de nombreux domaines, que ce soit au niveau de la prévention ou de la prise en charge des pathologies aiguës ou chroniques. Les médecins reconnaissent l'utilité de ses fiches, louant leur caractère synthétique, la complémentarité qu'elles permettent avec l'information orale, leur caractère rassurant pour les patients et enfin la certaine autonomisation qu'elles offrent au patient. Il nous paraît donc important de développer l'information autour des FIP, d'en faciliter l'accès tout en garantissant leur qualité aussi bien sur la forme que sur le fond. La création d'une base de données centralisant les différentes FIP créées par des organismes officiels est une solution, parmi d'autres, qu'il semble intéressant d'approfondir.

Vu

Toulouse le 4/09/2018



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 05.09.2018



Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Haute Autorité de santé. :76.
2. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/reco2clics_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
3. Nair K, Dolovich L, Cassels A, McCormack J, Levine M, Gray J, et al. What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives. *Can Fam Physician*. janv 2002;48:104-10.
4. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*. 5 sept 1998;317(7159):637-42.
5. Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi K. How Much Information About Adverse Effects of Medication Do Patients Want From Physicians? *Arch Intern Med*. 12 mars 2001;161(5):706-13.
6. Lee C-R, Lee JH, Kang L-W, Jeong BC, Lee SH. Educational Effectiveness, Target, and Content for Prudent Antibiotic Use. *BioMed Res Int*. 5 avr 2015;2015:e214021.
7. Smith H, Gooding S, Brown R, Frew A. Evaluation of readability and accuracy of information leaflets in general practice for patients with asthma. *BMJ*. 25 juill 1998;317(7153):264-5.
8. Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. Effect of a Simple Information Booklet on Pain Persistence after an Acute Episode of Low Back Pain: A Non-Randomized Trial in a Primary Care Setting. *PLoS ONE* [Internet]. 8 août 2007 [cité 21 mai 2017];2(8). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1939729/>
9. Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. *BMJ*. 27 juin 1998;316(7149):1948-52.
10. St-Amour M, Guay M, Perron L, Clément P, Baron G, Petit G, et al. Are vaccination information leaflets useful for vaccinators and parents? *Vaccine*. 24 mars 2006;24(14):2491-6.
11. Fiche SFMG Soins Primaires [Internet]. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf
12. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med*. mai 2003;96(5):219-22.
13. Sahlan S, Wollny A, Brockmann S, Fuchs A, Altiner A. Reducing unnecessary prescriptions of antibiotics for acute cough: Adaptation of a leaflet aimed at Turkish immigrants in Germany. *BMC Fam Pract*. 10 oct 2008;9:57.

14. Albert T, Chadwick S. How readable are practice leaflets? *BMJ*. 21 nov 1992;305(6864):1266-8.
15. Fiches d'information patient : quelle méthodologie ? [Internet]. [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: http://vgiles.free.fr/0000_MGXXX_SUSTERSIC.pdf
16. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. [Internet]. [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: http://vgiles.free.fr/071203_these_BU.pdf
17. de Bont EGPM, Alink M, Falkenberg FCJ, Dinant G-J, Cals JWL. Patient information leaflets to reduce antibiotic use and reconsultation rates in general practice: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 3 juin 2015 [cité 21 mai 2017];5(6). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458684/>
18. Roland M, Dixon M. Randomized controlled trial of an educational booklet for patients presenting with back pain in general practice. *J R Coll Gen Pract*. juin 1989;39(323):244-6.
19. Fiches d'information pour les patients : quel intérêt ? L'étude EDIMAP [Internet]. [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: http://www.rmlb.be/uploads/gallery/enews/009_lesinfosdurmlb_RMG276.pdf
20. Weinman J. Providing written information for patients: psychological considerations. *J R Soc Med*. mai 1990;83(5):303-5.
21. Kenny T, Wilson RG, Purves IN, Clark J, Newton LD, Newton DP, et al. A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. *Fam Pract*. oct 1998;15(5):471-9.
22. Heaney D, Wyke S, Wilson P, Elton R, Rutledge P. Assessment of impact of information booklets on use of healthcare services: randomised controlled trial. *BMJ*. 19 mai 2001;322(7296):1218.
23. Platts A, Mitton R, Boniface D, Friedli K. Can self-care health books affect amount of contact with the primary health care team? *Scand J Prim Health Care*. 1 janv 2005;23(3):142-8.
24. Protheroe J, Estacio EV, Saidy-Khan S. Patient information materials in general practices and promotion of health literacy: an observational study of their effectiveness. *Br J Gen Pract*. mars 2015;65(632):e192-7.
25. Inventaire et évaluation des documents écrits d'information destinés aux patients produits par les départements universitaires de médecine générale [Internet]. [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/103/page/148/pdf/>
26. Linden M, Gothe H, Ryser M. [Information the family physician gives his patients to take home. Utilization, contents and origin of printed information]. *MMW Fortschr Med*. 25 nov 1999;141(47):30-3.
27. Fage-Butler A. Improving patient information leaflets: developing and applying an evaluative model of patient-centredness for text. *Commun Med*. 2013;10(2):105-15.

28. General Practitioners' Use of Health Education Material. Results From a Nationwide Survey in Denmark in 1991. *Fam Pract.* 1 mars 1994;11(1):35-8.
29. Beyond 20/20 WDS - Rapports [Internet]. [cité 23 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
30. Dupré-Lailler A, Lévy Y. Délivrance d'information écrite destinée au patient en consultation de médecine générale: enquête qualitative sur les opinions et comportements de quatorze médecins généralistes. Lyon, France; 2017.
31. Léry Adrien. Quelle perception les patients ont-ils de l'information transmise par leur médecin généraliste ? : analyse des déterminants potentiels pouvant intervenir dans ce cadre de la relation médecin-patient [Internet]. [cité 5 juin 2018]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=11282b17-065f-4774-b7c4-1f9e160e533f>
32. Gallet V. Critères qualité d'une fiche d'information: le point de vue des patients. :44.
33. Évaluation auprès des patients de l'intérêt des fiches d'information sur des pathologies ou des situations courantes en médecine générale: étude EDIMAP [Internet]. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: http://www.rmlb.be/uploads/gallery/enews/009_lesinfosdurmlb_RMG276.pdf
34. Little P, Rumsby K, Kelly J, Watson L, Moore M, Warner G, et al. Information Leaflet and Antibiotic Prescribing Strategies for Acute Lower Respiratory Tract Infection: A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 22 juin 2005;293(24):3029-35.
35. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care [Internet]. [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.bmj.com/content/bmj/328/7437/441.full.pdf>
36. Mandil AI. Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur les connaissances, attitudes et comportements des patients : une revue de littérature. 30 juin 2014;119.
37. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA.* 26 sept 2001;286(12):1461-7.
38. Corré JA. Expérience du contact d'internes en médecine générale avec l'industrie pharmaceutique : une analyse phénoménologique. 6 juill 2017;119.
39. Exposition des internes de médecine générale aux techniques de promotion médicamenteuse au cours de leurs stages | Thèse IMG [Internet]. [cité 19 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/node/415>
40. Tissot M, Tyrant J. EDIFIP study: Evaluation of the Impact of Patient Information Leaflets on doctor-patient communication, satisfaction and global adherence for 6 acute pathologies (medical and traumatic), in 2 emergency departments. A prospective multicentric before-after study. 27 nov 2015;211.

41. Mandil AI. Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur les connaissances, attitudes et comportements des patients: une revue de littérature. :120.
42. Sustersic M, Meneau A. Élaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs des consultations les plus fréquents en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2007.
43. Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [cité 19 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp#toc_1
44. Lachor PA. Le site internet du médecin généraliste et ses fiches-conseils, vecteurs d'information médicale ? :129.

Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques.

DATE : / /

NOM DU PATIENT :

CACHET MÉDECIN

Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ?

Le rhume (rhinopharyngite), la grippe, la bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines sont de nature virale et guérissent donc sans antibiotiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite. Le tableau ci-dessous vous indique la durée habituelle des symptômes de ces maladies (avec ou sans antibiotiques).

<input checked="" type="checkbox"/>	MALADIE	DURÉE HABITUELLE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES
<input type="checkbox"/>	 RHINOPHARYNGITE (RHUME) • <i>Toujours virale.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Nez qui coule (sécrétions de couleur blanche, jaune ou verte), nez bouché : 7-12 jours. • Toux : 1 à 3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 GRIPPE • <i>Infection virale.</i>	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours. • Toux : 2-3 semaines. • Fatigue : plusieurs semaines.
<input type="checkbox"/>	 ANGINE VIRALE • <i>Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Mal à la gorge : 7 jours.
<input type="checkbox"/>	 BRONCHITE AIGÜE • <i>Quasiment toujours virale.</i> • <i>Les toux grasses avec des sécrétions jaunes ou verdâtres font partie de l'évolution naturelle de la maladie.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Toux : 2-3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 OTITE AIGÜE • <i>Après l'âge de 2 ans, guérit le plus souvent sans antibiotiques.</i>	• Fièvre, douleur : 3-4 jours.

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

- Buvez suffisamment : vous ne devez pas avoir soif.
- Adaptez votre activité physique, cela aide votre corps à guérir.
- Il existe des médicaments contre la fièvre ou la douleur. Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.

i SI vous avez de la fièvre (température > 38,5°C) durant plus de 3 jours, ou si d'autres symptômes apparaissent, ou que votre état de santé ne s'améliore pas, vous devez reconsulter votre médecin.

Pourquoi faut-il prendre un antibiotique seulement quand c'est nécessaire ?

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables, comme les allergies ou la diarrhée.
- Les bactéries peuvent s'adapter et survivre en présence d'antibiotiques. Ainsi, plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes.
- Les bactéries résistantes aux antibiotiques peuvent être la cause d'infections difficiles à guérir, et vous pouvez aussi les transmettre à vos proches.

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.

i Ce document est adapté à votre cas. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite.



Questionnaire - Thèse : Raisons de la non utilisation des fiches d'information patient en soins premiers.

Les fiches d'information sont un complément à l'information orale traditionnellement transmise en consultation. Cependant elles semblent être peu utilisée par les praticiens. Quelles en sont les raisons ? Pour les praticiens les utilisant, quelles en sont les motifs ?

1. Êtes-vous

- Une femme
- Un homme

2. Quel âge avez-vous ?

-

3. Êtes-vous installé

- En milieu rural
- En milieu urbain
- En milieu semi-urbain

4. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 20 ans
- Plus de 20 ans

5. Exercez-vous

- Seul
- En cabinet de groupe
- En maison de santé pluridisciplinaire

6. Êtes-vous maître de stage universitaire ?

- Oui
- Non

7. Avez-vous déjà utilisé des fiches d'information patient ?

- Oui
- Non

Si vous répondez « oui » à la question 7, répondez aux questions 8 à 10. Si votre réponse est « non » répondez aux questions 11 et 12. Les questions 13 et 14 sont à remplir quelles que soient vos réponses.

8. A quelle fréquence utilisez-vous les fiches d'information patient ?

- A chaque consultation
- Au moins une fois par jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- De manière très occasionnelle
- Vous vous en êtes déjà servi mais vous n'utilisez plus de fiches d'information patient

9. De quelles manières distribuez-vous les fiches d'information patient ?

- De manière systématique, tous les patients présentant la même pathologie repartent avec la fiche adaptée
- De manière ciblée

10. Pour quelles raisons utilisez-vous des fiches d'information patient ? (Plusieurs réponses possibles)

- Complémentarité des informations présente dans la fiche avec l'information orale
- Demande des patients d'informations écrites
- Caractère jugé rassurant de l'information écrite

- Permet une certaine autonomisation du patient vis-à-vis de sa pathologie
- Gain de temps au cours de la consultation
- Permet une information synthétique et adaptée du patient
- Protection médico-légale de la fiche d'information
- Permet de s'assurer de la validité et de la mise à jour des informations transmises par le médecin via des sources vérifiées

11. Pour quelles raisons n'utilisez-vous pas les fiches d'information patient ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Manque d'habitude, d'intérêt ou de connaissance vis-à-vis de l'existence des différentes fiches et de leur contenu.
- Absence de demande de la part des patients
- Patientèle jugée non adaptée à la remise d'une information écrite (patients non francophones, difficultés socio-économiques majeures, âge, ...)
- Caractère jugé anxiogène de l'information écrite
- Contenu jugé inadapté à la demande des patients, à la réalité du terrain
- Difficulté de stockage, d'accès aux différentes fiches d'information
- Difficulté pour la mise à jour des informations contenues dans les fiches
- Inadéquation entre le contenu des différentes fiches et vos pratiques habituelles
- Crainte du manque d'indépendance du contenu des fiches vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique
- Crainte d'une overdose d'informations pour le patient entre l'information orale, la fiche et l'information déjà recherchée par le patient
- Fiches pouvant être un obstacle à la relation médecin-patient

12. Après réflexion, jugez-vous les fiches d'information utiles ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Quelles que soient vos réponses précédentes, répondez aux deux dernières questions.

13. D'après vous dans quel domaine les fiches d'information patient sont-elles les plus bénéfiques aux patients ?

- Pathologies aiguës
- Pathologies chroniques
- Prévention

14. Pensez-vous qu'une formation sur l'existence de ces fiches, sur leur contenu et leurs possibles utilisations soit nécessaire ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Merci de vos réponses.

ANNEXE 3 : Texte du mail envoyé par l'URPS

Bonjour,

Je réalise une thèse sur **les raisons de la non utilisation des fiches d'information patient**.

Ces fiches qui ont montré leur efficacité dans l'information patient, l'éducation thérapeutique et même dans la réduction de la consommation d'antibiotique, sont disponibles sur Ameli.fr, precire.org, etc...

Elles sont pourtant peu utilisées, ce questionnaire cherche à comprendre pourquoi.

Il peut être complété en **moins de 5 minutes**.

Lien :

https://drive.google.com/open?id=1GvGPAE38lgcK3gQSQ7oxgSWkAK1JTmgqXsOpYE-V_so

Si vous souhaitez connaître les résultats du questionnaire, vous pouvez me contacter à cette adresse mail : pierre-raulin@hotmail.fr

Merci par avance de vos réponses.

Pierre RAULIN

Résumé

Le modèle de décision partagée a accru le rôle de l'information patient. Cette information est un droit du patient et un devoir du médecin. L'information orale reste primordiale mais présente certaines limites que l'information écrite et notamment les Fiches d'Information Patient (FIP) permettent de compenser. De nombreuses études ont montré l'efficacité de ces FIP aussi bien dans le domaine de la prévention que des pathologies aiguës ou chroniques. Elles semblent cependant peu utilisées en France par les médecins généralistes contrairement à d'autres pays européens comme le Danemark. Quelles sont les raisons de cette non-utilisation ?

Pour répondre à cet objectif nous avons réalisé une étude quantitative via à un questionnaire destiné aux médecins généralistes en Midi-Pyrénées, envoyé par mail via l'URPS.

Nous avons obtenu 106 réponses. Les FIP étaient utilisées par 52 médecins, le plus souvent de manière occasionnelle. Les trois motifs principalement avancés étaient l'absence de demande de la part des patients, les difficultés d'accès ou de stockages des FIP et le manque d'habitude, d'intérêt ou de connaissances vis-à-vis des FIP. Les médecins reconnaissent des qualités au FIP : elles sont rassurantes pour le patient, fournissent une information synthétique et adaptée et sont un complément de l'information orale. Ils les trouvent principalement utiles pour la prévention et les pathologies chroniques.

Cette étude, premier travail quantitatif sur ce sujet, confirme la faible utilisation des FIP en France et en retrouve les trois raisons principales malgré un petit échantillon de population non totalement comparable à la population générale des médecins généralistes. Il ressort que si les médecins reconnaissent aux FIP de nombreux avantages, ils manquent de connaissances vis-à-vis de leur existence et de leur contenu, trouve leur accès difficile. Le développement d'une base de données centralisées regroupant les différentes FIP permettrait sans doute de palier à ces problèmes.

Determinants of non-use of patient information leaflet in primary care in Midi-Pyrénées.

Summary

The shared decision model has increased the role of the patient's information. This information is a patient's right and a doctor's duty. Oral information remains paramount but has some limitations which could be compensated by written information and especially the patient information leaflet (PIL). Numerous studies have shown the effectiveness of these PILs in the field of prevention as well as acute or chronic pathologies. However, they seem not to be frequently used in France by general practitioners unlike other European countries such as Denmark. What are the reasons for this non-use ?

To meet this objective we conducted a quantitative study through a survey sent by e-mail via the URPS to general practitioners in Midi-Pyrénées.

We got 106 answers. The PILs were used by 52 physicians, most of them occasionally. The three main reasons given were : the lack of request from patients, the difficulties of access or storage of PILs and the lack of habit, interest or knowledge about the PILs. Physicians recognize the advantages of PILs : they are reassuring for the patient, provide a synthetic and appropriate information and are a complement of the oral information. They find them mainly useful for prevention and chronic pathologies.

This study, the first quantitative work on this topic, confirms the low use of PILs in France and found the three main reasons despite a small sample of population not completely comparable to the general population of general practitioners. While physicians acknowledge a lot of advantages to PILs, it appears that knowledge about their existence and content is lacking and that access to these PILs is difficult. The development of a centralized database encompassing the various PILs would undoubtedly help to overcome these problems.

Déterminants de la non utilisation des Fiches d'Information Patient en soins premiers en Midi-Pyrénées

Résumé en Français :

Le modèle de décision partagée a accru le rôle de l'information patient. Cette information est un droit du patient et un devoir du médecin. L'information orale reste primordiale mais présente certaines limites que l'information écrite et notamment les Fiches d'Information Patient (FIP) permettent de compenser. De nombreuses études ont montré l'efficacité de ces FIP aussi bien dans le domaine de la prévention que des pathologies aiguës ou chroniques. Elles semblent cependant peu utilisées en France par les médecins généralistes contrairement à d'autres pays européens comme le Danemark. Quelles sont les raisons de cette non-utilisation ?

Pour répondre à cet objectif nous avons réalisé une étude quantitative via à un questionnaire destiné aux médecins généralistes en Midi-Pyrénées, envoyé par mail via l'URPS.

Nous avons obtenu 106 réponses. Les FIP étaient utilisées par 52 médecins, le plus souvent de manière occasionnelle. Les trois motifs principalement avancés étaient l'absence de demande de la part des patients, les difficultés d'accès ou de stockages des FIP et le manque d'habitude, d'intérêt ou de connaissances vis-à-vis des FIP. Les médecins reconnaissent des qualités au FIP : elles sont rassurantes pour le patient, fournissent une information synthétique et adaptée et sont un complément de l'information orale. Ils les trouvent principalement utiles pour la prévention et les pathologies chroniques.

Cette étude, premier travail quantitatif sur ce sujet, confirme la faible utilisation des FIP en France et en retrouve les trois raisons principales malgré un petit échantillon de population non totalement comparable à la population générale des médecins généralistes. Il ressort que si les médecins reconnaissent aux FIP de nombreux avantages, ils manquent de connaissances vis-à-vis de leur existence et de leur contenu, trouve leur accès difficile. Le développement d'une base de données centralisées regroupant les différentes FIP permettrait sans doute de palier à ces problèmes.

Titre en Anglais : Determinants of non-use of patient information leaflet in primary care in Midi-Pyrénées.

Discipline administrative : Médecine générale

Mots clés : Fiche d'information patient, soins premiers, médecine générale, Patient Education as Topic.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Rangueil

133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE

Directeur de Thèse : Dr. Jordan BIREBENT