UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté de Médecine

Partager l'information avec les patients :

L'intérêt du support écrit

Travail de fin d'étude en vue de l'obtention

Du Master complémentaire en Médecine Générale

De Pierre Rousseaux

Promoteur : Dr Bruno Verstraete

Année académique 2013-2014

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail, et tout particulièrement :

Delphine, Marie, François et Bruno pour les conseils avisés et l'aide pour la réalisation et la distribution de la fiche informative. Un merci tout particulier à Bruno, promoteur de ce travail, pour ses nombreux conseils, sa disponibilité et son écoute.

Geneviève et Diane pour leur présence au quotidien.

Le Séminaire loco-régional de Marche pour toutes les idées partagées.

Ma belle-famille, en particulier Charlotte pour son aide précieuse.

Mes parents et à Elise pour leur soutien de toujours.

Catherine. Simplement merci.

Glossaire

BMJ : British Medical Journal

HAS : Haute Autorité de la Santé

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

LUSS : Ligue des Usagers des Services de Santé

MeSH : Medical Subject Headings

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCTs : Randomized Controls Trials

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

TFE : Travail de fin d'études

Abstract

Avec les avancées technologiques de ces dernières années, l'information médicale est disponible partout et tout le temps. Néanmoins, la majorité des patients considère leur médecin comme la source la plus fiable d'information médicale.

L'information médicale entre le médecin généraliste et le patient prend place dans un cadre légal en Belgique. Le lien entre information, relation et communication entre le médecin et le patient est essentiel. L'information médicale a 2 objectifs. Le premier concerne la prise de décision partagée qui encourage le partage de la consultation durant laquelle le médecin et le patient prennent les décisions d'un commun accord. Le deuxième est l'*empowerment* qui vise à l'autonomie du patient par l'éducation.

L'information médicale qui est essentiellement orale peut être complétée par une information écrite à condition que celle-ci suive la même optique et les mêmes objectifs. Les supports écrits destinés au patient doivent respecter certaines règles. Le code de conduite « BASIC » reprend les principes de base. Le guide de rédaction reprend des conseils sur la syntaxe, la sémantique, la structure et la mise en page du support écrit.

Ces recommandations ont été appliquées pour la réalisation d'une fiche informative sur la fièvre chez l'enfant. L'élaboration et la phase de test au sein de la patientèle du cabinet médical d'Aye sont présentées.

Mots-clés : Information, support écrit, relation médecin-patient, *empowerment*, décision médicale partagée.

1. Introduction

Le Master complémentaire en médecine générale est une expérience riche d'apprentissage. C'est évidemment la continuité de l'apprentissage scientifique débuté quelques années auparavant. C'est surtout la découverte d'une relation avec les patients, avec leurs interrogations, leurs peurs, leurs doutes vis-à-vis du monde médical. Durant ces 2 années, j'ai découvert un rôle essentiel que nous avons tous en tant que médecins généralistes : celui de répondre aux questions des patients. Ce rôle correspond à une démarche d'information du patient.

Pour structurer la fin des consultations, j'ai très vite réalisé des mémos sur des feuilles vierges pour le patient, ceux-ci reprenant un plan de prise en charge, sans doute pour m'aider à structurer mon discours. J'ai commencé à utiliser des supports écrits[i] pour informer et délivrer des conseils aux patients. J'ai trouvé ces documents sur le site de *la Société Scientifique de Médecine Générale* (SSMG) ou dans la rubrique Info-Patients de *La Revue Prescrire.*

Au moment de choisir le thème de mon travail de fin d'études (TFE), le premier sujet à m'intéresser concernait les nouvelles technologies de l'information dans la relation médicale. J'ai commencé mes recherches sur l'utilisation d'internet par le patient en quête d'informations médicales. J'ai par après recentré mon travail sur l'utilisation de fiches informatives par le médecin généraliste.

Mon thème défini, mes lectures et échanges m'ont amené à une réflexion plus globale sur l'information entre le médecin et le patient. Quelques articles ont levé le voile sur la communication médecin-patient. Je trouvais séduisant d'associer un travail scientifique avec une réflexion sur un rôle à mon sens peu connu du médecin généraliste. A ce stade, je me retrouvais avec non pas un mais 2 thèmes de TFE : l'information du patient par le médecin généraliste et l'utilisation de fiches informatives écrites. Avec l'aide du Dr Verstraete, mon promoteur, et l'avis de mes collègues, j'ai pu lier ces 2 thèmes. Le titre et l'objet de mon TFE apparaissaient clairement : « Partager l'information avec le patient : l'intérêt du support écrit ».

[i] Dès à présent, nous considèrerons comme équivalent les termes « fiche informative », « document d'information », « document écrit » et « support écrit ».

Bien que ma réflexion ait d'abord porté sur les supports écrits, ce travail est volontairement structuré différemment. Le support écrit n'est finalement que la face visible de l'iceberg. Ne parler que de lui, c'est méconnaitre tout ce qui se passe en amont et donc le considérer comme une feuille de papier comme tant d'autres. Sa bonne utilisation ne peut se concevoir que dans un certain type d'approche de l'information du patient. Cette approche est, à mon sens, une spécificité du médecin généraliste.

Nous ferons, tout d'abord, un rapide survol de l'information médicale et du cadre légal belge qui constituent un balisage essentiel à notre pratique. Nous verrons ensuite qu'il existe un lien fort entre information, relation et communication médecin-patient. L'objectif de cette triade correspond à une volonté d'éducation, d'*empowerment* et de prise de décision éclairée. Cette base de réflexion mise en place, nous nous pencherons pleinement sur le support écrit. Son utilisation sera abordée dans un premier temps. Dans un second temps, nous nous intéresserons à sa rédaction et enfin nous appliquerons ces préceptes dans une fiche informative sur la fièvre chez l'enfant.

2. Méthodologie

La recherche dans la littérature a porté sur 3 thèmes. La première recherche s'est intéressée à la transmission d'information au patient par le médecin généraliste et sur l'intérêt du support écrit. Une seconde recherche s'est penchée sur les outils de réalisation de support écrit. Finalement, une troisième recherche a porté sur le contenu de la fiche informative sur la fièvre chez l'enfant.

Les première et deuxième recherches ont été réalisées pour la première fois le 3 septembre 2013 et la dernière fois le 15 mars 2014. La troisième recherche a eu lieu une seule fois le 1er février 2014.

Les ressources bibliographiques du Cebam[ii] ont été largement utilisées. Les ressources de *La Revue Prescrire*, d'*UpToDate*, de *La Revue Médicale Suisse*, de la SSMG et de la Haute Autorité de la Santé (HAS) ont complétés les recherches. D'autres sites internet ont été consultés, ils sont repris en annexe 1.

[ii] Les ressources de la Cebam Digital Library of Health disponibles à l'adresse http://www.cebam.be/

La stratégie de recherche a consisté premièrement en une identification des termes Medical Subject Headings (MeSH) qui ont servis de terme de recherche dans les bases de données : « General Practitioner », « Family Medicine », « Health Information Management » et « Patient Education Handout ». Les équivalents français : « Gestion de l'information en santé » et « Brochure pédagogique pour les patients » ont été utilisés. Les titres et les abstracts ont été parcourus. Les articles concernant la publication ou l'évaluation d'un support écrit en particulier n'ont pas été sélectionnés. Les articles pertinents dans le cadre de ce travail ont été lus et leur bibliographie analysée à la recherche d'autres sources. La recherche a été limitée à des articles parus depuis moins de 10 ans.

Diverses personnes ont été contactées pour leur expertise dans le domaine de l'information au patient :

Dr Patrick Trefois	Question Santé / SSMG
Mr Thomas Van Hirtum	Service de Médiation Fédéral « Droits du Patient »
Mr Fabrizio Cantelli	Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)

L'ouvrage *Communication et Promotion de la Santé* édité par l'ASBL Question Santé a été abondamment utilisé. Le livre *Une Logique de la communication* de Paul Watzlawick a également été précieux.

La participation à une journée d'études le 2 décembre 2013 sur le thème des thérapies à distance organisée par le département des affaires sociales de la Province de Liège a enrichi la réflexion. Le programme de la journée est repris en annexe 2.

3. Etat des lieux de l'information médicale

« L'information, c'est comme l'eau : cela semble couler de source qu'elle soit là, à portée de main, disponible et accessible à tous. Parfois, il y en a trop, parfois trop peu et difficile à trouver. On a parfois du mal à en reconnaitre la qualité, la fiabilité » [1].

Avec les avancées technologiques de ces dernières années, internet en tête, l'information de tout type est devenue disponible très rapidement. L'information en médecine n'échappe pas à la règle. Assistons-nous pour autant à un bouleversement dans le monde médical ?

3.1 Les patients

Un sondage publié en avril 2010 commandité par le Conseil national de l'Ordre des médecins français sur les conséquences des usages d'internet sur les relations patients-médecins montre que 7 patients sur 10 consultent des informations médicales sur internet [2]. Le sondage révèle aussi que 34% des patients indiquent avoir parlé avec leur médecin de ce qu'ils ont vu sur internet [2]. Ce nombre passe à 51% en 2013 dans un sondage réalisé pour le compte de l'organisme Les Entreprises du Médicament[iii] [3].

Comme le montrent les données reprises en annexe 3, le médecin est la source d'information privilégiée pour 9 personnes sondées sur 10. Il se situe devant internet, les proches et le pharmacien qui se partagent la 2ème marche du podium. Au niveau de la confiance accordée à l'information reçue, le médecin arrive en tête avec 9 personnes sur 10, le pharmacien recueille la confiance de 4 personnes sur 10, les autres sources recueillent un faible taux de confiance [2].

De ces quelques valeurs, nous pouvons tirer 2 conclusions. Premièrement, le médecin, le généraliste en particulier, reste la principale source de renseignement pour le patient en quête d'information de santé. De plus la confiance qu'accorde le patient à l'avis du médecin

[iii] Le LEEM, Organisme qui regroupe les entreprises du secteur de l'industrie pharmaceutique en France.

est bien supérieure à celle accordée aux autres sources d'information. Ceci rejoint la réflexion lancée par Micky Fierens, présidente de la LUSS : « *L'avis des médecins reste prépondérant, les patients risquent de rester hermétiques à tout autre message, qu'il vienne du ministre de la santé ou du pape* » [1]. Deuxièmement, les patients ont tendance à utiliser de plus en plus internet et parlent de leur recherche aux médecins.

3.2 Les médecins

En première ligne de soin, chaque médecin rencontre plus de 500 sujets médicaux différents par an [4]. Or la majorité des informations des médecins proviennent de leur mémoire. Certaines de ces informations sont fausses ou ne correspondent plus aux recommandations actuelles. Les médecins généralistes sont *a priori* amenés à effectuer fréquemment des recherches d'information vu la variété de leur pratique.

La littérature internationale s'est peu intéressée à la recherche d'information par les médecins. En 2007, des chercheurs espagnols ont observé 112 médecins généralistes et pédiatres travaillant à Madrid [4]. Ils se sont intéressés, d'une part, aux questions que les médecins se posent en consultation et d'autre part, à la méthode de recherche des réponses aux questions soulevées. Lors des 3511 consultations enregistrées pour l'étude, les médecins se sont posé 635 questions. Un schéma illustratif est repris en annexe 4. Les médecins ont essayé de répondre à seulement 25% des questions soulevées. Les médecins qui effectuent leurs recherches durant la consultation trouvent la réponse dans tous les cas en 2 minutes environ. Ceux qui postposent leurs recherches mettent 30 minutes à trouver la réponse et la réponse est trouvée dans 75% ces cas. On peut pointer ici un biais. En effet, ceux qui cherchent l'information directement sont sans doute plus à l'aise avec les outils de recherche et ont probablement accès à du contenu de qualité. Nous pouvons néanmoins conclure de cette étude que les médecins n'ont pas cherché la réponse pour 75% des questions qu'ils se posent et qu'une recherche durant la consultation est plus efficace et plus rapide.

D'autres sources montrent une tendance identique [5]. Bien que le médecin se pose fréquemment des questions, il ne cherche l'information que dans une minorité des cas. Or, la réponse aux questions soulevées en consultation pourrait probablement modifier certaines prises de décision.

3.3 Internet

Comme le mentionne Pamela Hartzband, rien n'a modifié aussi fondamentalement la pratique clinique qu'internet [6]. Auparavant, le médecin était le seul à transmettre

l'information médicale au patient. Les proches du patient fournissaient parfois des compléments d'information, principalement sous forme d'anecdotes [6]. Les informations du patient s'arrêtaient souvent là. Seules les bibliothèques pouvaient fournir un complément d'information valide.

Ces dernières années, nous sommes passés d'une information quasi exclusivement transmise par le médecin à une information illimitée disponible sur internet. On peut véritablement parler d'un bouleversement de l'information médicale et de sa gestion [7].

Ce phénomène internet introduit inévitablement un tiers dans la relation médecin-patient et modifie en profondeur la communication médecin-patient [6]. Le patient se retrouve avec une information disponible partout mais il ne peut être sûr de la qualité et de la pertinence de celle-ci. Le médecin doit composer avec cette nouvelle source d'information. Il dispose aussi d'un outil lui permettant un accès rapide à l'information. En effet, on peut accéder en quelques secondes aux articles de journaux scientifiques, au site de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), à *UpToDate*,….

Comme toute avancée technologique, l'émergence d'internet dans la relation médicale a des avantages et des inconvénients. Il est cependant certain qu'internet permet de réduire l'asymétrie de l'information entre médecin et patient.

4. L'information au patient par le médecin généraliste

« L'information est à la médecine générale ce que la technologie est à la médecine spécialisée » [1].

4.1 Loi et déontologie

Avant de nous intéresser à l'information du patient par le médecin généraliste, il est important de l'intégrer dans le cadre juridique belge en nous référant d'une part à la loi de notre pays et d'autre part au code de déontologie médicale.

La loi

Le législateur précise les caractéristiques de la relation entre le médecin et le patient dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Les articles de cette loi en lien avec

l'information au patient sont repris en annexe 5. Cette loi a, par ailleurs, reconnu le droit du patient à l'information. Cette loi place le patient au centre du système de soin. Il n'est plus spectateur mais il devient acteur à part entière des décisions médicales et des orientations thérapeutiques. L'information délivrée par le médecin est le maillon essentiel pour que le patient puisse faire les choix qui lui correspondent le mieux.

Cette information sous-tend une bonne communication entre les différents protagonistes comme le mentionne Thomas Van Hirtum, collaborateur au Service de Médiation Fédéral « Droits du Patient » : « *Chacun des droits du patient se rapporte, d'une manière ou d'une autre, à la communication entre le patient et le praticien professionnel. C'est particulièrement concret et limpide lorsque l'on parle du droit à recevoir l'information sur son état de santé (Art 7) ; du droit au consentement libre et éclairé moyennant information préalable (Art 8) ; de la tenue et de l'accès au dossier du patient (Art 9) ».*

Le premier paragraphe de l'article 7 mentionne que « *Le patient a droit à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable »* [8]. Le patient a donc le droit de savoir et de recueillir toutes les informations qu'il désire. Le médecin doit tout mettre en œuvre pour permettre au patient de comprendre son état de santé. Laurette Onkelinx, ministre de la santé, va même plus loin en indiquant dans une dépêche du *Journal du médecin* que *« Le patient doit être incité à poser des questions sur les soins de santé afin qu'il puisse faire les meilleurs choix à ses yeux »* [9]. Le rôle d'incitant n'est-il pas un des rôles du médecin généraliste, médecin de premier recours du patient ?

Le deuxième paragraphe de l'article 7 insiste sur le fait que *« La communication avec le patient se déroule dans une langue claire. Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit »* [8]. Le médecin doit adapter son langage au patient pour être compris de manière optimale. Le support écrit jouit d'une « reconnaissance » légale. Son utilisation se fait dans un cadre précis. Questionné sur la remise d'un document d'information écrit au patient lors de la consultation, Thomas Van Hirtum répond sans ambiguïté : « *Un document écrit peut certainement constituer un plus pour certains patient (l'information pouvant être relue ultérieurement au calme) mais ne peut en aucun cas décharger le praticien de son devoir d'information orale au moment de la consultation ».*

Par ailleurs, le troisième paragraphe de l'article 7 indique que *« Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande. »* [8]. Le patient

a le droit de ne rien savoir sauf si la non-communication de ces informations peut causer : « *un grave préjudice à la santé du patient ou de tiers* » [8].

Thomas Van Hirtum insiste, par ailleurs, sur le fait que *« L'esprit de cette loi est de promouvoir le dialogue et la communication patient-praticien dans les différents aspects de la relation de soins ».*

La Déontologie

Le code de déontologie médicale élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins insiste également sur l'information que le médecin doit prodiguer à son patient. Cette information vise, d'abord, le plein accomplissement du consentement éclairé. Le code aborde ensuite l'information médicale à visée éducative.

L'article 29 indique que *« Le médecin doit s'efforcer d'éclairer son malade sur les raisons de toute mesure diagnostique ou thérapeutique proposée »* [10].

L'article 33 aborde l'accessibilité de l'information par le patient. Il l'indique ainsi : *« Le médecin communique à temps au patient le diagnostic et le pronostic : ceci vaut également pour un pronostic grave, voire fatal. Lors de l'information, le médecin tient compte de l'aptitude du patient à la recevoir et de l'étendue de l'information que celui-ci souhaite »* [10].

L'éducation du patient par le médecin est abordée dans l'article 104 : *« Tout médecin quelle que soit son activité médicale doit être attentif tant à l'aspect préventif et éducatif de sa mission, qu'à son aspect curatif »* [10].

4.2 La relation et la communication médicale

Pour un médecin, informer un patient, c'est avant tout communiquer avec lui. Or, le mot communiquer signifie *« entrer en relation avec »* [11]. Il s'agit d'une rencontre interpersonnelle entre un médecin et un patient. Le médecin est l'expert de la démarche diagnostique car il a les aptitudes à identifier ce qui dysfonctionne. Grâce à sa démarche, il peut aider le patient à améliorer son état de santé. Le patient a l'expérience de sa pathologie. La relation médicale est par essence asymétrique. Nous verrons cependant qu'il est possible de la rendre symétrique.

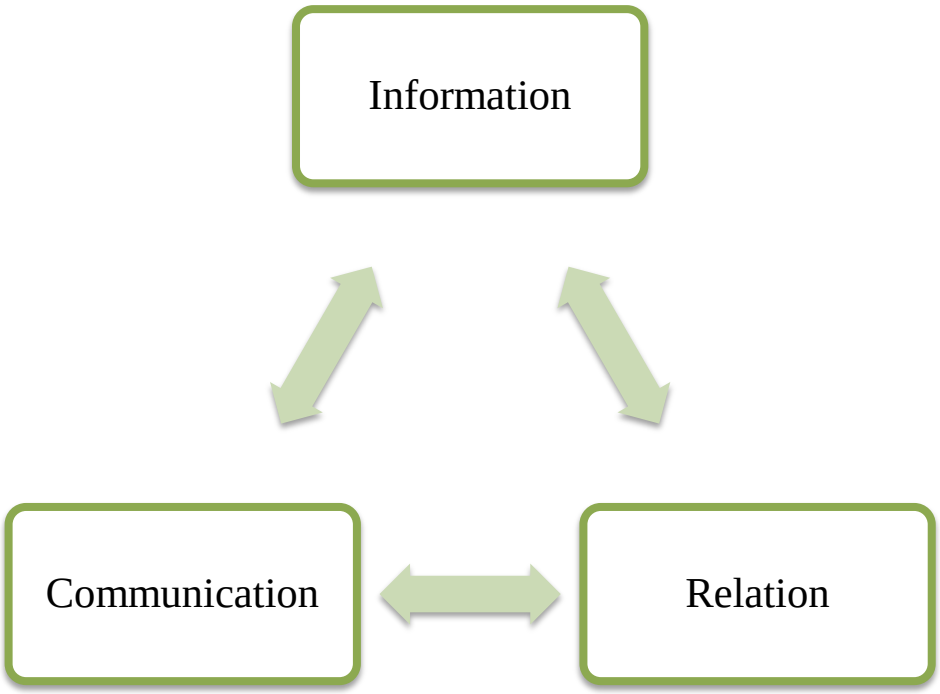


Figure 1 : Les conditions nécessaires à l'information du patient

Comme nous l'avons schématiquement repris dans la figure 1, l'information, la communication et la relation médecin-patient sont intimement liées.

Les auteurs distinguent 2 formes de communication. D'une part la communication interpersonnelle directe qui s'effectue par la parole, le regard ou par les gestes. Paul Watzlawick indique dans son ouvrage *Une logique de la communication*, dont un résumé des concepts clés se trouve en annexe 6, qu'il est impossible de ne pas communiquer [12]. En effet, on ne peut pas ne pas avoir de comportement. Ranger des documents est par exemple une manière d'indiquer au patient qu'on ne prête pas attention à ses propos. D'autre part, la communication peut avoir lieu de manière médiatisée, c'est-à-dire en utilisant un support écrit ou audio-visuel [11]. La transmission d'information écrite ou audio-visuelle s'intègre elle aussi dans le cadre d'une relation.

La communication ne peut fonctionner entre les 2 parties que si elle se situe à l'intersection de leurs expériences respectives. Les troubles de la communication peuvent tenir à la différence des expériences vécues par les interlocuteurs. Ceci concerne le contexte, les préoccupations, les priorités et les valeurs. Il est important de recourir à un langage

commun aux 2 protagonistes : la langue elle-même avec un niveau de langage adapté. Le médecin évite l'utilisation de jargon professionnel et adapte son discours au patient [11].

Pour comprendre la genèse des troubles de la communication et par conséquent d'information, il est intéressant de se pencher sur les préoccupations et les valeurs du médecin. Nous pourrons ainsi mieux comprendre pourquoi la communication est difficile entre un patient X et un médecin A alors qu'elle ne présente aucune difficulté avec un médecin B. Les connaissances scientifiques ne dictent pas à elles seules la tenue d'une consultation. La personnalité et le caractère du médecin jouent un rôle important, tout comme ses valeurs personnelles et son expérience. Le médecin généraliste possède aussi de nombreuses connaissances tacites sur le patient qui est en face de lui. Une équipe de l'université de Gand a interviewé 19 médecins généralistes afin d'identifier les préoccupations et la satisfaction durant les consultations [13]. L'équipe a réalisé des interviews des médecins et a analysé le discours de ceux-ci. Les auteurs constatent qu'une consultation considérée bonne par un médecin généraliste ne le sera pas toujours pour un autre. A l'extrême, elle peut même être perçue comme mauvaise. Les chercheurs ont identifié 4 types de discours. Ces discours s'attachent à un mode de consultation et reflètent les valeurs et les préoccupations du médecin lors de ses consultations. Nous ne présentons ici que les grands points de cette étude, une analyse plus détaillée est reprise en annexe 7. Le premier type de médecin est centré sur le biomédical. La consultation est principalement une démarche diagnostique. Le deuxième type de médecin est centré sur la communication. Ici, le médecin essaie de comprendre ce qui a amené le patient à consulter. Les aspects psychosociaux ont un rôle important. Le troisième type de médecin est orienté sur la résolution du problème. Dans ce cas, le médecin est pragmatique et donne quelque chose de palpable à son patient à la fin de la consultation. Le quatrième type de médecin est orienté sur la satisfaction du patient. Ici, c'est la satisfaction du patient qui prime. Chaque médecin n'exprime pas un seul discours mais recouvre l'entièreté des 4 discours avec une importance plus ou moins marquée pour chacun. Ces résultats rencontrent ceux d'autres études [13].

En fin de compte pour bien informer un patient, il faut bien communiquer. Cette communication est jugée bonne lorsque les attentes du patient rejoignent les préoccupations du médecin [13]. La prise en compte de cette réalité par le médecin est une condition nécessaire à la bonne information du patient. Une revue *Cochrane* rejoint ces considérations en indiquant que de nombreux patients ne sont pas satisfaits de la qualité de l'interaction avec leur médecin car celui-ci se concentre trop sur la maladie et sur sa gestion. Il devrait aussi

s'intéresser à la personne, sa vie et ses problèmes de santé [14]. Les patients sont demandeurs d'une approche plus globale de leur santé. Cette revue indique aussi que le jargon technique est perçu par les patients comme un obstacle à la bonne relation médicale [14].

Nous savons maintenant qu'informer un patient s'intègre dans une sphère plus globale liant la relation médicale à la communication. Penchons-nous à présent sur les finalités de l'information du patient.

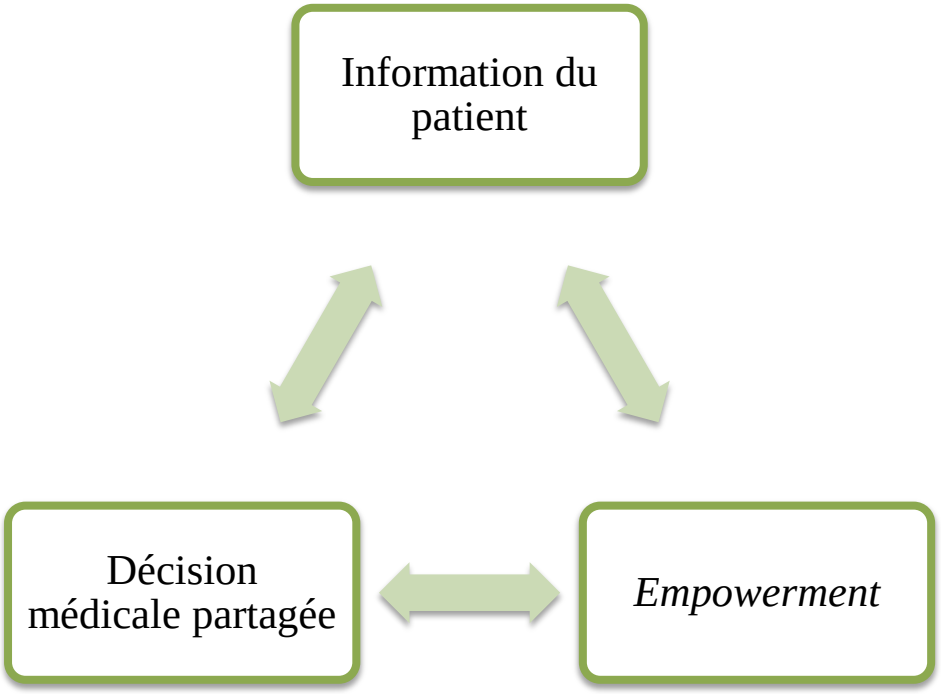


Figure 2 : Les objectifs de l'information du patient

La HAS indique dans une recommandation de bonne pratique que l'information délivrée par le médecin au patient est destinée à l'éclairer sur son état de santé et à lui permettre, si nécessaire, de prendre en connaissance de cause les décisions concernant sa santé en fonction de ce qu'il estime être son intérêt. Cette information permet notamment à la personne d'accepter ou de refuser les actes à visées préventive, diagnostique ou thérapeutique qui lui sont proposés. Pour ce faire, l'information porte sur l'objectif, la nature et le déroulement des actes et du suivi envisagés [15].

En plus de la décision médicale, l'information du patient vise aussi son éducation. Il s'agit de la transmission d'une connaissance du médecin au patient. Elle peut aborder toute une série des sujets divers et variés. Ceci rejoint le concept d'*empowerment*.

Le lien entre information du patient, décision médicale et *empowerment* figure par ailleurs dans la charte d'Ottawa élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle souligne que : *« La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux »* [16].

4.3 La décision médicale

Les décisions médicales sont multiples, allant de la prescription à la réalisation d'examens complémentaires en passant par la décision de référer à la deuxième ligne de soins.

Différents modèles de décision médicale existent, nous allons en faire un rapide tour d'horizon en nous attardant sur la décision médicale partagée.

Tour d'horizon de différents modèles de décision

La littérature décrit de nombreux modèles de décisions. La HAS et *La revue Prescrire* ont réalisé des synthèses des modèles les plus couramment utilisés.

Le modèle paternaliste a prévalu jusque dans les années 1980. La relation médicale y est asymétrique. Le médecin est l'expert et le patient a un rôle passif. Le modèle asymétrique consensuel associe le consentement du patient au modèle paternaliste [17].

Dans le modèle du garant, le patient transmet ses préférences au médecin. Le médecin agira comme représentant du patient et prendra seul la décision [18].

Pour le modèle autonomiste, le patient est le seul à savoir ce qui est bien pour lui-même. Par conséquent, le médecin lui transmet les informations. C'est au patient seul que revient le pouvoir de décision [18].

Le modèle collectiviste, quant à lui, fait intervenir 3 acteurs : le médecin, le patient et la société. Les décisions sont prises en accord avec la collectivité [17].

Le modèle de décision partagée fait figure de modèle intermédiaire, l'information passe du médecin au patient et inversement. La décision est prise d'un commun accord. Le

médecin et le patient participent à des niveaux différents mais sans position dominante [17]. Nous allons le décrire plus en détails car c'est le modèle de prise de décision qui rejoint notre réflexion.

Le modèle de décision partagée

Le modèle de décision partagée apparait pour la première fois en 1982. Il rejoint le concept de soins centrés sur le patient introduit par Michael Balint en 1955. En effet, les soins centrés sur le patient se définissent comme *« une philosophie de soins qui encouragent le contrôle commun de la consultation. Les décisions sont prises d'un commun accord par le patient et le médecin »* [14].

Ce modèle peut inclure des tiers dans le processus de décision. Nous citions précédemment les informations provenant d'internet. Il peut aussi concerner l'avis d'un proche. Par ailleurs, il inclut le point de vue de la société qui est à l'heure actuelle représenté par les *guidelines* et recommandations. La décision prend forme après l'information du patient par le médecin des actes à visées préventive, diagnostique et thérapeutique ainsi que leurs conséquences. Le patient de son coté fait part au médecin de ses préférences et de ses valeurs [17].

Nous pourrions dire que ce modèle a peu de sens car une fois l'information transmise par le médecin au patient, celui-ci prendra la décision seul. La réalité est plus contrastée. Comme le souligne *La Revue Prescrire « Il a été démontré de manière répétée que si la majorité des patients expriment, lorsqu'ils sont interrogés sur les lieux de soins, un fort désir d'être informés, seule une minorité manifeste le désir de prendre une responsabilité dans la décision médicale »* [18]. Par ailleurs, une revue de la littérature s'est intéressée à la préférence des patients sur celui qui possède le rôle de décideur dans la relation médecin-patient [19]. Cette revue porte sur des études réalisées entre 1980 et 2007. Elle montre que 63% des patients sont en faveur d'un partage de la décision. Les auteurs relèvent par ailleurs que ce pourcentage tend à augmenter d'année en année. En effet, les études publiées avant 2000 montrent que 50% des patients sont en faveur d'une prise de décision partagée. Ce pourcentage atteint 71% dans les études réalisées après 2000. Nous relevons ici un point d'action intéressant pour le médecin. En effet, bien que les patients soient demandeurs d'informations médicales et aspirent à prendre les décisions avec les médecins, ils ne sont pas à l'aise avec cette responsabilité. Le médecin, quand il délivre l'information, peut donc aider le patient à prendre la décision qui lui convient le mieux.

L'OMS va dans la même direction. Son bureau régional pour l'Europe a, en effet, publié en 2008 un rapport présentant les différentes actions possibles pour promouvoir la mise en œuvre de politiques de santé visant à reconnaître le rôle des patients et à améliorer leur engagement dans les décisions qui les concernent. Selon ce rapport, les stratégies qui visent à promouvoir un rôle actif du patient portent entre autres sur la décision médicale partagée [17].

Dans le modèle de décision médicale partagée, le médecin peut être défini comme un coach pour le patient. La consultation va être le lieu d'échange entre le médecin, avec sa propre expérience riche de données scientifiques, et le patient. Le patient lui-même peut avoir des connaissances préalables qu'il a acquises d'une autre manière (par un proche, par internet). Le médecin s'assure que l'atmosphère qui émane de la consultation soit propice à l'échange [17]. Cet espace de rencontre et de partage entre le médecin et le patient est un lieu de délibération. Cette délibération aboutira à un choix éclairé accepté par les 2 parties. L'enjeu étant, *in fine*, la participation du patient aux décisions qui le concernent.

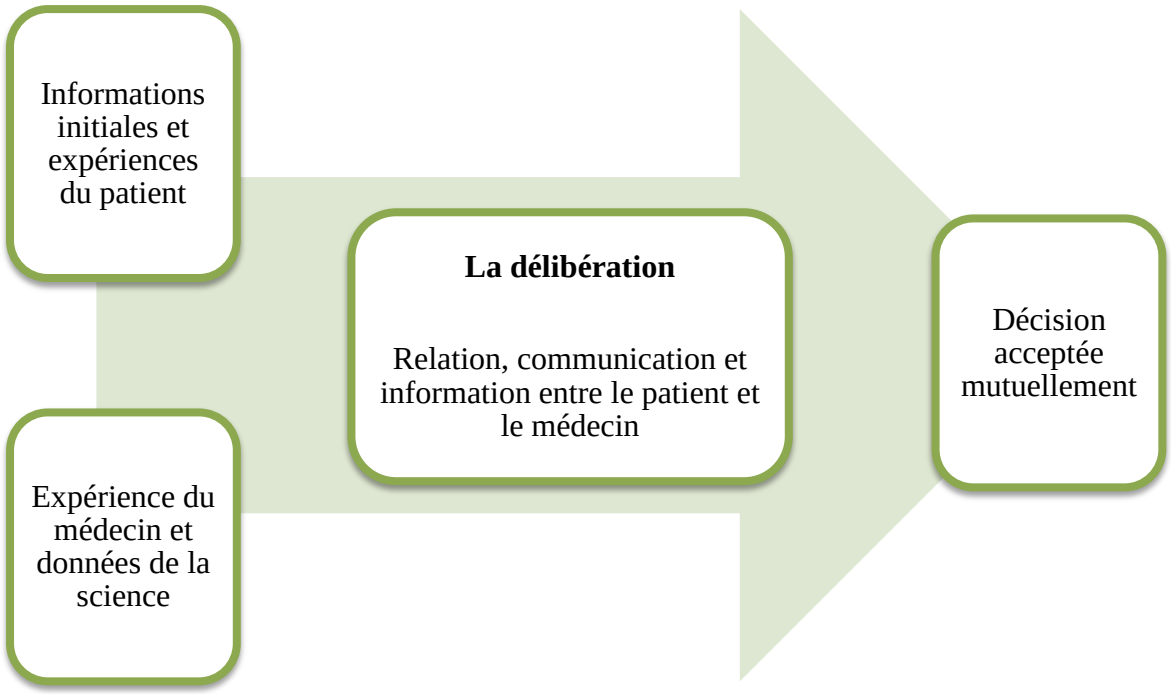


Figure 3 : Le modèle de décision médicale partagée d'après [17].

Un groupe d'auteurs a développé un modèle pour la pratique clinique [20]. Les auteurs structurent le modèle de décision médicale partagée en 3 étapes : le choix, les propositions et

la décision. En résumé, ce modèle présente 2 objectifs. Premièrement, l'échange d'information entre le patient et le médecin. Le médecin part des connaissances préalables du patient et vérifie avec lui ce qui est correct. Il est attentif à délivrer au patient des informations de qualité. Le but est d'éviter que le patient ne prenne une décision en étant insuffisamment informé. Deuxièmement, le médecin veille à soutenir le patient dans les processus de prise de décision. En effet, le patient est parfois perdu quand on lui confie le rôle de décideur. Ce type de modèle prend place sur une ou plusieurs consultations selon le type de décision à prendre et le rythme du patient. La description complète de ce modèle est reprise en annexe 8.

Cette approche est très élégante en théorie. Qu'en est-il de son utilisation en pratique clinique ? Une revue de la littérature réalisée par *Cochrane* en 2012 s'est penchée sur la formation à mettre en place pour promouvoir une approche centrée sur le patient et son impact auprès des patients et des médecins [20]. Cette revue basée sur 43 Randomized Controls Trials (RCTs) dont la majorité réalisée en première ligne de soins, montre globalement une amélioration de la qualité des consultations. On note une amélioration de la communication au sujet des choix thérapeutiques et une amélioration du niveau d'empathie du médecin. Le patient le perçoit, en effet, comme plus attentif. Une autre revue de la littérature épinglée dans *The Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE) s'intéresse à l'impact des formations en communications sur la relation médecin-patient [21]. 36 RCTs sont incluses dans la revue, deux tiers portent sur la première ligne de soins. Selon les études, les formations sont délivrées aux médecins et/ou aux patients. La majorité des études montrent un effet positif sur les médecins. Ceux qui ont reçu une formation sont plus à même de recueillir les inquiétudes des patients. Ils manifestent globalement un style centré sur le patient et expriment plus d'empathie. Les effets sur les patients sont plus contrastés. Les auteurs notent néanmoins un effet significatif sur la participation des patients dans les processus de décision. Par ailleurs, l'Autriche propose un remboursement spécifique pour la communication médecin-patient qualifiée d'intense. Les autorités ont constaté une efficacité sur l'*empowerment* du patient et sur sa satisfaction. En outre, ils constatent une réduction du coût des soins pour certaines maladies [22].

Nous pouvons affirmer sans risque que le modèle de décision partagée est reconnu par l'ensemble de la communauté scientifique comme améliorant la qualité des consultations médicales. D'ailleurs, *le guide Calgary-Cambridge* aborde le thème de la prise de décision partagée dans la rubrique « expliquer et planifier » [23].

4.4 L'*empowerment*

Comme nous l'indiquions, l'information du patient vise aussi son éducation. La décision médicale partagée est également rapprochée des démarches d'éducation qui visent l'amélioration de la participation des patients à leurs soins [17].

Derrière cette prise de décision partagée et l'objectif d'éducation, c'est l'autonomie du patient qui est visée. C'est ce que les Anglo-Saxons appellent l'*empowerment*. Ce terme est intraduisible en français et relève plutôt du concept.

Le concept d'*empowerment* désigne la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle. Comme le sentiment d'efficacité ou l'estime de soi, l'*empowerment* met l'accent sur le développement d'une représentation positive de soi-même ou de ses compétences personnelles. En plus, l'*empowerment* tient compte du contexte social et des ressources du patient [24].

Les objectifs de l'*empowerment* sont d'une part la participation active des patients à leurs soins et d'autre part une amélioration de leur qualité de vie [24]. Dominique Doumont et Isabelle Aujoulat reprennent, dans leur dossier technique, les caractéristiques de la relation médecin-patient qui visent à l'*empowerment* [24]. Le médecin est attentif à créer un climat créatif et optimiste. Par ailleurs, il se centre sur le point de vue du patient. Le médecin se concentre sur les buts du patient et sur ce qu'il veut mettre en place pour les accomplir. Il part des acquis du patient et il le considère comme l'expert possédant les ressources nécessaires pour résoudre ses problèmes. Enfin, il aide le patient à opérer les bons choix à partir de ce qui est reconnu comme positif. Cette démarche rejoint celle de la décision médicale partagée. Développer l'*empowerment* du patient, c'est aussi lui permettre d'avoir une bonne image de lui-même, d'améliorer son sentiment de satisfaction personnelle. C'est aussi tout mettre en place pour l'aider à sentir le lien thérapeutique entre lui et le médecin. C'est finalement l'aider à être autonome.

Nous avons vu que pour informer efficacement un patient, il ne suffit pas de transmettre le message du médecin au patient. L'information sous-tend une logique de communication et vise finalement l'autonomie du patient, en l'accompagnant dans ses choix.

5. Le support écrit

« Les documents d'information doivent devenir des instruments au service d'un dialogue à établir entre les patients, leurs proches et les professionnels de la santé » [25].

5.1 Contexte d'utilisation

Nous avons vu précédemment que l'information entre un médecin et un patient est principalement orale. Elle peut néanmoins être enrichie d'un support écrit. Celui-ci ne se substitue pas à l'information orale mais lui est complémentaire.

A la lumière des concepts de décision médicale partagée et d'*empowerment*, l'utilisation d'un support écrit prend tout son sens. Un des critères de qualité de l'outil DISCERN[iv] porte sur le fait que le document fournit un support dans le cadre d'une prise de décision partagée [26]. Le support écrit reprend les différentes propositions thérapeutiques. Il constitue aussi un document sur lequel le patient peut revenir à tête reposée [20].

Le document écrit peut se présenter sous des formes très variées. Il peut simplement consister en un document vierge que le médecin complète au fur et à mesure de la discussion en synthétisant la discussion et/ou en réalisant des dessins schématiques. Il peut provenir de sociétés savantes qui en publient régulièrement. Citons les fiches informatives disponibles sur le site de la SSMG, les fiches infos-patients de *La Revue Prescrire* ou encore les fiches patients de *Uptodate*.

La plupart de ces fiches, sont mises à jour régulièrement par les instances qui les éditent, ce qui n'est pas toujours le cas des connaissances du médecin. Elles sont un support pour le patient mais aussi pour le médecin. Nous évoluons vers des connaissances de plus en plus variées. Ce qui importe le plus pour le médecin est-il de tout connaitre ou de savoir où se trouve l'information actualisée ?

L'industrie pharmaceutique a, elle aussi, pris conscience de l'intérêt et de la demande de supports écrits par les médecins et les patients. D'ailleurs, lors d'une conférence à la Wonca en 2000, des auteurs du département de médecine générale d'Hanovre ont présenté une étude sur l'utilisation des supports écrits. Il en ressort que la majorité des documents remis aux patients par les médecins correspond à du matériel d'information fourni par

[iv] The DISCERN Instrument est un outil utilisé pour évaluer la qualité des documents d'information dont nous parlerons dans le guide de rédaction du support écrit

l'industrie pharmaceutique. Les auteurs plaident pour une utilisation plus importante de matériel d'information indépendant [27].

5.2 Objectifs d'utilisation

Les objectifs du support écrit sont multiples. Il permet d'insister sur les points essentiels de la pathologie. Il peut également servir de mémo pour le patient. Il permet aussi au médecin de se centrer sur un aspect du traitement, en insistant moins sur certaines parties comme dans le cas d'un régime suggéré lors d'une gastro-entérite. Dans le cadre des pathologies aigues, il peut être utilisé si le problème se présente à nouveau. Pour les pathologies chroniques, il peut faire office de rappel utile pour les échéances (prise de sang, fond d'œil pour le diabète). Il aura comme intérêt d'accompagner ou de prolonger une explication, une prescription, une dispensation de médicament ou un refus de dispensation par le médecin [28].

Les patients sont favorables à l'utilisation de support écrit. En effet, l'étude EDIMAP a montré que la majorité des patients est convaincue de l'utilité des fiches d'information et la quasi-totalité pense que les médecins devraient les utiliser couramment [29].

6. Guide de rédaction d'un support écrit

« L'écriture est la peinture de la voix : plus elle est ressemblante, meilleure elle est. »[v]

Si nous voulons que le support écrit présente une plus-value à la relation médecin-patient, il est primordial qu'il soit adapté aux connaissances du patient. Nos consultations ne sont pas des parties de Scrabble où nous devons gagner le plus de points en utilisant les mots les plus longs et les plus compliqués. Si nous voulons partager l'information avec le patient, nous devons adapter notre langage. Il en est de même pour les fiches d'informations écrites qui doivent brasser un large public aux connaissances multiples et variées.

Ce guide de rédaction propose un modèle de support écrit. Il ne se veut en aucun cas exhaustif mais se base sur la méthodologie de réalisation proposées par les sociétés savantes suivantes: La SSMG, *La Revue Prescrire*, *UpToDate* et La HAS.

[v] Citation de François-Marie Arouet, dit Voltaire.

6.1 Le code de conduite « BASIC »

Avant de s'intéresser à la rédaction du support, il est important de respecter quelques principes de base. Le code de conduite DISCERN permet d'analyser la qualité d'un document d'information écrit destiné aux patients [26]. Il reprend 16 items. Il est cependant assez fastidieux à compléter et est surtout dédié aux documents proposant plusieurs options thérapeutiques [30]. Une équipe suisse en a réalisé une version simplifiée [30]. Il existe également des codes de conduite pour les sites internet dédiés aux patients. Nous nous référerons à 2 de ceux-ci : Le *Hon Code*[vi] et celui suivi par *Uptodate*[vii] [31, 32].

En nous inspirant, de ces 4 codes de conduite, nous avons créé une synthèse qui peut être utilisée pour l'élaboration d'un support écrit. Ce code de conduite synthétique est composé de 5 principes de base que nous avons réunis sous l'acronyme BASIC pour en faciliter la mémorisation. Il peut aussi être utile comme repère d'analyse d'un support écrit que le médecin souhaite utiliser avec ses patients.

- But

  L'objectif du support écrit est d'apporter une plus-value à la relation médecin-patient et non de la remplacer. Il doit être indiqué sur le document qu'il ne remplace pas le contact avec le médecin.

- Auteur

  Les noms et les qualifications des personnes qui ont réalisé le support écrit sont mentionnés. Une adresse de contact postale ou électronique ou un numéro de téléphone est renseigné sur le support. Ceci permet aux patients de formuler des remarques ou de demander des détails complémentaires.

- Source

  Les sources utilisées pour la rédaction du support sont clairement indiquées sur celui-ci.

- Intérêt

  Tout conflit d'intérêt potentiel doit être indiqué. Si le support est produit avec le financement d'un tiers, il est indiqué sur le document. De même, l'éventuelle publicité est clairement séparée du contenu informatif.

[vi] La Health On the Net Foundation, organisation non gouvernementale qui a mis au point un code de déontologie pour l'information médicale et relative à la santé disponible sur Internet.
[vii] Le code de conduite d'*UpToDate* est adapté de celui disponible sur http://www.judgehealth.org.uk

- Contenu

Les supports informatifs visent un public large, le langage est par conséquent adapté au plus grand nombre. L'écriture doit être de qualité et la présentation générale agréable.

Les différentes options thérapeutiques sont présentées avec les bénéfices et les risques. L'impact de chaque traitement sur la qualité de vie est clairement indiqué.

L'information a, par ailleurs, une validité limitée dans le temps. La date de réalisation doit donc figurer sur le support écrit.

Le code de conduite « BASIC » est repris sous forme de tableau en annexe 9.

6.2 La rédaction du message

La qualité de la rédaction est très importante pour la compréhension du support écrit par les patients. *Question santé* a édité un ouvrage à ce sujet [11]. La HAS a réalisé un guide méthodologique sur l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [33]. Ils servent de référence au présent chapitre. Les exemples sont issus de la réflexion portée pour la réalisation de la fiche d'information sur la fièvre chez l'enfant.

La syntaxe

L'objectif est de rendre le support accessible et lisible par le plus grand nombre de patients. La priorité est donnée aux phrases simples et courtes. L'auteur privilégie une structure classique : sujet-verbe-complément. De plus, la distance entre le sujet et le verbe est la plus réduite possible. Chaque phrase ne doit pas dépasser 10 à 15 mots et contient une seule idée. Les ambigüités sont évitées en utilisant des phrases en enfilade, même si on a tendance à alourdir le texte. Les éléments corrélés en miroir sont à proscrire.

Lors d'une infection, la fièvre qui est une réponse de l'organisme aide votre enfant à la combattre. L'infection est virale ou bactérienne. Le traitement est respectivement symptomatique et peut nécessiter un antibiotique.

Devient

La fièvre est une réponse de l'organisme. Elle aide votre enfant à combattre l'infection. L'infection est virale ou bactérienne. Le traitement est symptomatique pour une infection virale. Le traitement peut nécessiter un antibiotique pour une infection bactérienne.

Les tournures de phrases négatives sont réduites au minimum et les doubles négations sont exclues du texte.

Nul n'ignore que la température se contrôle avec un thermomètre. Il n'y a pas de fièvre si le thermomètre indique moins de 38° au niveau de l'anus. ***Devient*** *Comme vous le savez, nous contrôlons la température avec un thermomètre. Il y a de la fièvre si le thermomètre indique plus de 38° au niveau de l'anus.*

Des locutions communes sont utilisées pour structurer les passages plus complexes dans le texte. L'auteur utilise des locutions du type : D'une part…D'autre part, D'abord…. Ensuite, Par conséquent, Donc, Mais, Car, C'est pourquoi.

Le Paracetamol est le médicament de premier choix. L'Ibuprofen est un médicament de deuxième choix. Par conséquent, nous donnons la priorité au Paracetamol.

En ce qui concerne la syntaxe, l'auteur doit veiller aux 6 points suivants lors de la rédaction du support écrit.

Syntaxe	Une idée par phrase
	10 à 15 mots par phrase
	Sujet-verbe-complément
	Locutions pour structurer
	~~Négations~~
	~~Ambiguïtés~~

Figure 4 : La Syntaxe

Suivre ces différents conseils permet d'obtenir un texte accessible aux patients. Il est néanmoins important de vérifier sa lisibilité. Le test de lisibilité le plus pratique est sans doute le test de lisibilité Flesch. Ce test donne un indice compris entre 0 et 100. Pour information, la formule utilisée est la suivante : 206.835 - (1.015 - ASL) - (84.6 - ASW)[viii]

ASL correspond à la longueur de phrase moyenne obtenue en divisant le nombre de mots par le nombre de phrases.

[viii] Cette formule est tirée du menu aide de Microsoft Word 2007.

ASW correspond au nombre moyen de syllabes par mot, c'est-à-dire le nombre de syllabes divisé par le nombre de mots.

Certains logiciels de traitement de texte proposent automatiquement des statistiques de lisibilité et l'indice de Flesch. L'onglet « aide » du logiciel de traitement de texte apprend à activer et à utiliser ces fonctionnalités.

Par ailleurs, le Centre Clinique Paris-Centre dispose d'un outil de calcul de l'indice de Flesch[ix] disponible sur internet [34].

Plus l'indice de Flesch est élevé, plus le nombre de personnes pouvant comprendre le texte est élevé. Un résultat de 70 est une bonne moyenne.

Tableau 1 : Correspondance de l'indice de Flesch d'après [34].

Indice de Flesch	Mots/ phrases	Syllabes/ mots	Niveau	Type d'ouvrage	Niveau scolaire
0 à 30	≥ 29	≥ 1,92	Très complexe	Scientifique	Master
30 à 50	25	1,67	Complexe	Pédagogique	Bachelier
50 à 60	21	1,55	Assez complexe	Littérature de qualité	Secondaire supérieur
60 à 70	17	1,47	Standard	Magazine	Secondaire inférieur
70 à 80	14	1,39	Assez simple	Roman de fiction	Début secondaire
80 à 90	11	1,31	Simple	Roman de gare	Fin primaire
90 à 100	≤ 8	≤ 1,23	Très simple	Bandes dessinées	Primaire

La sémantique

Le document s'adresse directement au lecteur par l'utilisation de la voie active (phrase dans laquelle se déroule une action, à l'opposé de la voie passive où quelque chose ou quelqu'un subit une action).

Il est important de contrôler la température de votre enfant s'il est grincheux.

Devient

Vous contrôlerez la température de votre enfant s'il est grincheux.

[ix] Cet outil de calcul est accessible gratuitement sur internet à l'adresse suivante : http://www.rechercheclinique pariscentre.fr/?page_id=1069

La forme directe est à privilégier. La deuxième personne du pluriel est préférée. Le « vous » insiste en effet sur un comportement et augmente l'implication du lecteur. La deuxième personne du singulier est à utiliser avec grande prudence. La première personne peut être utilisée pour délivrer un message qui concerne tout le monde ou qui présente des conséquences négatives. Parler des patients en général est à éviter car ceci peut dépersonnaliser le message.

Les enfants ne doivent pas avoir accès aux médicaments.

Devient

Gardez les médicaments hors de portée des enfants.

Le texte est écrit avec un vocabulaire courant. Il est cependant essentiel de maintenir les mots et les concepts-clés, en les expliquant dans des phrases en enfilade si cela s'avère nécessaire. Les mots abstraits sont évités car les patients pourront difficilement les comprendre. Les paraphrases permettent de structurer et d'aérer le texte. Les notions complexes sont divisées en listes précédées d'une puce pour en favoriser la lecture.

Nous contrôlons la température avec un thermomètre. Elle est différente selon la localisation. Il y a de la fièvre si elle est plus grande que 38° en rectal, 37,5° en auriculaire et 37° en axillaire.

Devient

Nous contrôlons la température avec un thermomètre. La température est différente à chaque endroit du corps. Il y a de la fièvre si le thermomètre indique :

- *Plus de 38° au niveau de l'anus*
- *Plus de 37,5° dans l'oreille*
- *Plus de 37° sous le bras*

Le vocabulaire, en plus d'être courant, doit être d'usage simple c'est-à-dire clair, facile à lire et à comprendre. Les mots qui font plus de 3 syllabes sont à limiter car ils entravent la bonne lecture du texte. La clarté est de mise, les mots redondants et les mots inutiles sont donc supprimés. Les mots et les expressions usuels sont à privilégier. Le verbe est préféré au substantif dérivé. Les termes plus techniques ne sont pas à proscrire. Au contraire, c'est une des missions du support écrit de faciliter leur assimilation par les patients. Ils sont donc utilisés, expliqués et répétés si nécessaire.

Pour reprendre un élément déjà évoqué, le rédacteur recourt à l'utilisation du même terme tout au long du document même s'il risque d'alourdir le texte. Au contraire, il facilitera la mémorisation. Il est aussi possible d'utiliser le système pronominal. L'utilisation de synonyme et de l'anaphore par synonymie est à éviter. Seules les abréviations courantes sont utilisées.

Partir d'un cas vécu permet au patient de se sentir proche du texte. Il ne faut pas hésiter à activer les connaissances préalables du patient par des expressions du type : « vous savez déjà que… ».

S'il est opportun d'indiquer des valeurs chiffrées, il est préférable de les exprimer sous forme de figures pour améliorer la compréhension.

Pour la sémantique, l'auteur veille à suivre les 6 recommandations suivantes.

Sémantique	Message personnalisé • Partir d'un cas concret • Partir des connaissances du patient
	Voie active
	Forme directe = VOUS
	Vocabulaire simple • Mots et expression usuels • Mots ≤ 3 syllabes • Texte épuré
	Mots-clés et concepts-clés • A expliquer • A repéter
	Abréviations à éviter

Figure 5 : La sémantique

La structure du texte

Le titre est clair et court. L'auteur doit y réfléchir afin qu'il soit le plus accrocheur possible.

Le support écrit se limite à délivrer un message essentiel. Il passera à côté de son objectif s'il transmet trop de messages différents. Par ailleurs, ce message constitue le titre. Le document aborde de 3 à 5 points clés en relation avec le message.

Le patient doit avoir envie de se plonger dans le document. Plus le texte est structuré, plus il est accessible. L'auteur organise le texte en sections bien visibles. Le texte est découpé grâce à l'utilisation judicieuse de paragraphes et de sous-titres. N'oublions pas que la structure du texte doit faciliter la compréhension du texte. Chaque paragraphe aborde donc un thème.

L'auteur présente dans un premier temps les généralités du sujet et dans un second temps des points plus particuliers. La présentation générale aide à faire ressortir les points-clés du document.

L'auteur identifie de manière claire les points suivants : définitions, invitations, conseils, préconisations. La prudence est néanmoins de mise pour éviter de ne pas les mettre en compétition avec les titres et sous-titres.

Les différentes options thérapeutiques et les investigations sont classées de manière claire. L'usage de puces est utile à ce niveau.

Les sous-titres sont idéalement des phrases-clés qui incitent à lire le reste du document.

Notons que le regard se porte d'abord sur la partie droite du document. Nous utilisons cette particularité pour placer une synthèse, un résumé dans cette partie du document.

Au niveau de la structure, l'auteur respectera les 6 points suivants.

Structure	Titre
	1 message essentiel
	3 à 5 points clés
	Section • Visuellement individualisée • 1 thème • Sous-titre = phrase-clé
	Mise en évidence • Définition • Conseils
	Synthèse ou résumé à droite

Figure 6 : Structure

6.3 La mise en page

L'auteur veille à éviter les grandes masses de texte et ajuste les textes et les illustrations pour obtenir une mise en page équilibrée.

La charte graphique et visuelle

Le but est bien évidemment de rendre le document le plus lisible possible.

Les caractères ont une dimension qui rend les mots faciles à lire. Les mots en minuscules sont globalement plus lisibles que ceux en majuscules.

La longueur des lignes n'est ni trop longue ni trop courte car cela gêne la vitesse de lecture.

L'interligne est extrêmement important, il peut être de 1,5 ou 2. Si l'interligne est trop serré, la vitesse de lecture est réduite. De plus, les espaces trop faibles ou trop importants entre les mots ou les lignes gênent la lecture du texte.

Illustrations

Leur rôle est de condenser ou de compléter une information. Chaque illustration ou figure est complétée par une légende qui permet de ne pas se référer au corps du texte. Elle renforce la compréhension du texte. Elle doit idéalement évoquer quelque chose pour le patient. Elle est optimiste, colorée et elle accroche l'œil. L'auteur utilise uniquement des images pour lesquelles il possède le droit à l'image.

La couleur

C'est un élément important de la hiérarchisation et de l'organisation du texte. Elle peut permettre en outre de valoriser une partie du texte.

Une ou deux couleurs constituent un bon choix. L'excès de couleur entraine un effet inverse. L'auteur utilise plutôt des caractères foncés sur fond clair.

En résumé, la partie mise en page reprend la lisibilité, les illustrations et la couleur.

Mise en page	Lisibilité • Minuscules • Longueur de ligne • Interligne
	Illustration • Légende • Accrocheuse • Droit à l'image
	Couleur • Organisation du texte • Mise en évidence • 1 à 2 couleurs

Figure 7 : Mise en page

Les figures 4, 6, 7 et 8 relatives à la syntaxe, à la sémantique, à la structure et à la mise en page sont réunies dans un tableau en annexe 10.

Un document résumant les points essentiels du guide de rédaction est repris en annexe 11.

7. Elaboration d'un support écrit d'information

Comme nous l'avons bien décrit auparavant, l'utilisation du support écrit prend place dans une approche de soin centré sur le patient.

7.1 Choix du sujet

Des supports écrits sont régulièrement édités par des sociétés savantes, les politiques de Santé (l'INAMI en Belgique) et par l'industrie pharmaceutique. Les supports écrits peuvent également s'intégrer dans un processus d'amélioration de la qualité des soins dans une structure médicale.

Nous trouvions essentiel d'appliquer le guide de rédaction du support écrit en pratique. Nous avons donc réalisé une fiche d'information à destination des patients dans une optique d'information et d'éducation du patient avec, *in fine*, comme objectif une amélioration de la qualité des soins. Nous pouvons faire un parallélisme avec la réalisation d'un cycle d'assurance qualité. Nous ne rejoindrons pas, ici, la rigueur scientifique exigée pour la réalisation de celui-ci.

La première étape de cette démarche est de définir une problématique fréquente dans laquelle on peut pointer une lacune d'information du patient. Suite à l'organisation d'une table ronde de questions-réponses avec les parents dans le cadre de la consultation ONE de Saint-Hubert[x] et une réflexion que nous avons menée au sein du cabinet médical, le thème du support était tout trouvé : la fièvre chez l'enfant. Il s'agit, en effet, d'un thème de consultation fréquent dans la population de médecine générale.

Dans la pratique de notre cabinet médical, l'information au sujet de la fièvre chez l'enfant se fait sans consensus. Elle se base sur l'avis d'expert, sur les cours et formations reçus, sur l'intuition et elle n'est pas donnée systématiquement à chaque consultation.

En théorie, les informations transmises aux patients devraient être validées selon les recommandations actuelles.

[x] En concertation avec l'infirmière de la consultation, nous avons organisé 2 matinées de table-ronde en avril et en octobre 2013. Nous avons proposé aux les parents des enfants fréquentant la consultation ONE d'aborder les questions qu'ils se posaient et d'y répondre ensemble. La gestion de la température était le thème qui était le plus sollicités par les parents présents.

7.2 Projet d'élaboration

Le guide méthodologique de la HAS définit les étapes clés de l'élaboration d'un support écrit d'information [33]. Une adaptation de cette démarche est reprise en annexe 12.

Réflexion sur le thème

Réaliser une fiche sur la prise en charge de la température chez l'enfant apparait important en médecine générale. La littérature montre que les patients sont en faveur de l'utilisation de documents écrits par les médecins [29]. Notre objectif est dans ce cas l'éducation thérapeutique, le but étant donc de « *mieux participer à un traitement et aux soins, se rappeler les conseils donnés* » [33]. L'objectif est de fournir aux parents des repères. Nous souhaitons aborder la définition de la fièvre, les signes d'alertes, son traitement médical et non-médical. Le public cible est constitué de toute personne qui se charge des soins d'un enfant jusqu'à 12 ans. La stratégie de diffusion que nous visons est la remise du document par le médecin au patient lors d'une consultation médicale avec un partage d'informations entre les 2 protagonistes.

Recherche dans la littérature

La recherche dans la littérature a eu lieu le 1er février 2014. Nous avons réalisé une recherche des documents destinés au patient portant sur la fièvre chez l'enfant. Une fiche Infos-Patient de *La Revue Prescrire* et un document d'information au patient d'*UpToDate* sont sélectionnés [35, 36]. Une revue des guides de pratique a permis de retenir une recommandation *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) et une recommandation de l'*American Academy of Pediatrics* [37, 38]. Un article *Minerva* a également été sélectionné [39]. Les sources retenues sont issues d'organismes de qualité et ont été publiées dans les 3 dernières années. Ceci nous permet de transmettre une information de qualité et à jour.

Rédaction

La rédaction de cette fiche a du sens car nous nous adressons à une population dont la langue maternelle est le français. Or le seul document sur le thème à destination des patients est celui d'*UptoDate* qui est en anglais. En effet, la fiche informative de *La Revue Prescrire* porte uniquement sur le traitement médicamenteux et n'aborde pas les autres thèmes que nous voulons aborder.

Le format que nous avons retenu est une page A4 car il s'agit d'un format standard (facilité d'impression) qui est peu encombrant et suffisamment grand pour contenir une information complète. Il peut par ailleurs être plié en 2 ou 4 et glissé dans le carnet de santé de l'enfant. Le texte est présenté en 2 colonnes ce qui permet d'éviter une longueur des lignes trop importante qui entraverait la lecture du document.

Le titre retenu est « La fièvre chez l'enfant ». Les points-clés abordés sont définis à la lumière des 5 articles consultés. Les sections sont au nombre de 6. Ils portent les titres suivants :

- C'est quoi la fièvre ?

Il est question, ici, de la physiologie et du rôle de la fièvre.

- Le contrôle de la température

Nous abordons la manière de contrôler la température corporelle et la notion de valeur seuil de la température selon l'endroit du corps où elle est contrôlée.

- Votre enfant a de la fièvre

Nous donnons des repères sur l'intérêt du contact médical selon les signes de gravité.

- Le traitement de la fièvre

Nous insistons, dans cette section, sur l'importance de l'hydratation

- Les médicaments

Nous reprenons les antipyrétiques habituels en réalisant une hiérarchisation entre eux.

- Le plus important

Ce point résume les recommandations essentielles.

Le document a été réalisé selon le code de bonne conduite « Basic » et selon le guide de rédaction. La lisibilité du document a été évaluée avec le test de Flesch. Il a été soumis à l'outil de calcul du Centre Clinique Paris-Centre. Il a obtenu un score de lisibilité de 70,7. Ce qui correspond au score attendu pour ce type de document.

Une maquette a été conçue, une illustration réalisée à la main a été insérée au document.

La fiche informative ainsi obtenue est reprise en annexe 13.

7.3 Phase de test

Le document a été testé au sein de la patientèle du Cabinet Médical de Aye du mercredi 5 mars 2014 au 1 avril 2014.

La population à qui nous proposons l'inclusion dans la phase de test est constituée des enfants âgés de 6 mois à 12 ans qui consultent au cabinet médical pour un problème infectieux et pour lequel la notion de température est présente à l'anamnèse systématique. Les enfants sélectionnés ont un dossier médical global auprès d'un des médecins du cabinet médical. Par respect pour la relation thérapeutique, lors des consultations particulièrement angoissantes pour les accompagnants, l'inclusion dans la phase de test n'est pas proposée. Il s'agit des consultations pour lesquelles des examens complémentaires sont réalisés (prise de sang, radiographie,…) ou pour lesquelles une prise en charge hospitalière est proposée.

Une fois le consentement de l'accompagnant recueilli, la première partie de la phase test est réalisée. Un document est complété par le médecin. Ce document est repris en annexe 14. Celui-ci reprend diverses données et une série de 5 questions.

- La fièvre est-elle utile ?

Les réponses sont Oui ou Non.

- Quel est le principal traitement de la fièvre ?

Si le patient répond « Hydratation », le médecin entoure cette case sinon il entoure l'autre case.

- Faut-il toujours donner un médicament si un enfant fait de la fièvre ?

Les réponses sont Oui ou Non.

- Quel est le médicament de premier choix pour la fièvre ?

Si le patient répond Paracetamol, Perdolan ou Dafalgan, le médecin entoure la case Paracetamol sinon il entoure l'autre case.

- Combien de temps attend-on entre 2 prises de Paracetamol ?

Si le patient répond 4 heures, le médecin entoure cette case. Pour toute autre réponse, il entoure l'autre case.

Le médecin présente ensuite la fiche d'information au patient en la lui expliquant brièvement. Au minimum, il cite le titre, les sous-titres et complète en l'expliquant le tableau relatif à la dose de Paracetamol du document. Le document est remis en même temps que l'attestation médicale. Il n'est rien dit d'autre au sujet du document.

Les données recueillies sont incorporées au fur et à mesure dans un tableur informatique.

La deuxième partie de la phase test prend place 2 semaines après la remise du document. Les personnes sont contactées par téléphone entre 17h et 19h. Lorsque la personne répond, les termes suivants sont globalement repris : « Bonjour, je suis le Docteur Rousseaux du Cabinet Médical de Aye, il y a 2 semaines vous avez consulté le Dr (nom du médecin) pour (nom de l'enfant). Durant la consultation, il/elle vous a remis une fiche d'information, accepteriez-vous que je vous pose quelques questions à ce sujet ? ».

Si la personne accepte, le support écrit est évalué sur 9 items qui sont repris dans l'annexe 14. Cette méthode se base sur celle citée dans le guide de la HAS [33]. Les 5 questions de connaissances posées lors de la première partie de la phase de test sont à nouveau posées afin d'évaluer une modification des connaissances des patients.

Si la personne ne répond pas, aucun message n'est laissé. Un appel est effectué le jour ouvrable suivant. Après 3 échecs, la personne n'est plus contactée et est considérée comme perdue de vue.

Cette méthodologie a 2 objectifs. Elle permet d'une part d'évaluer le document au niveau de son intérêt, de sa mise en page. D'autre part, elle permet d'évaluer l'impact du document sur les connaissances des personnes. Nous avons remis la fiche à 30 personnes. 17 ont pu être contactées par téléphone et ont répondu à l'entièreté des questions. Le tableau des résultats est repris en annexe 15. Il est certain que nous ne tirerons aucune conclusion

statistique de ces résultats. Ces derniers permettent néanmoins de cerner une tendance et permettent d'améliorer et de finaliser le document.

Evolution des connaissances des patients

Nous avons interrogé à 2 reprises les patients sur leurs connaissances de la fièvre.

Nous constatons une connaissance globalement satisfaisante de la problématique de la fièvre chez l'enfant au sein de la patientèle.

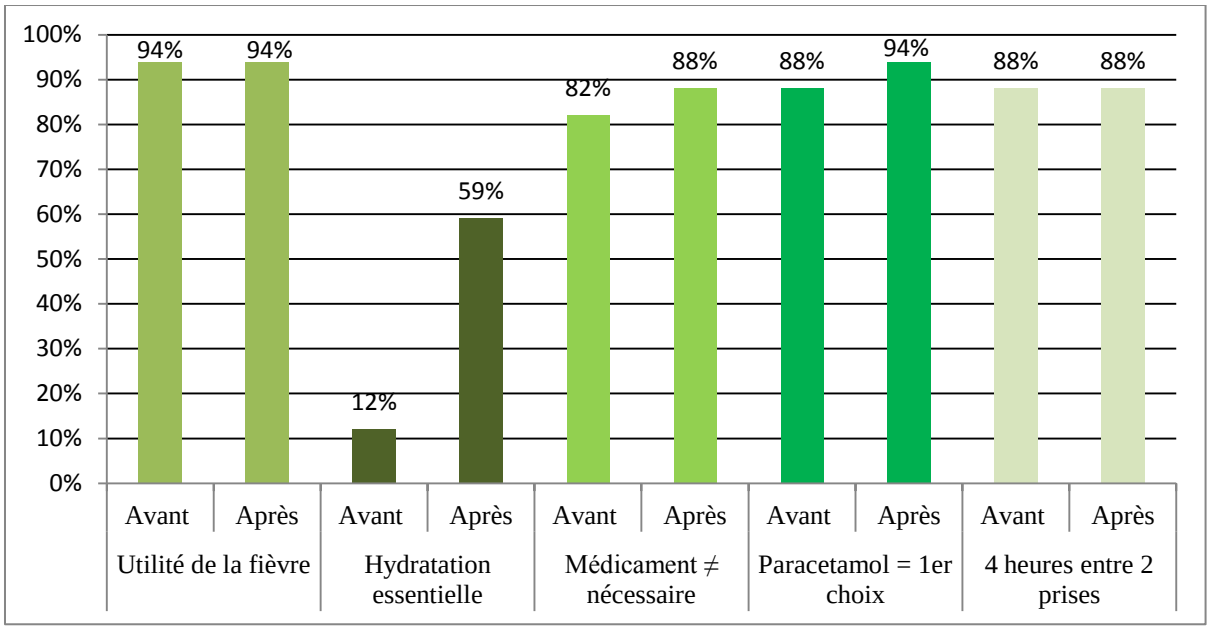


Figure 8 : Comparaison des réponses positives avant et après la remise de la fiche.

Le tableau ci-dessus reprend le pourcentage de bonne réponse aux 5 questions posées avant la remise du document d'information (colonne de gauche) et lors de l'entretien téléphonique (colonne de droite). Nous constatons des résultats similaires pour les questions relatives à l'utilité de la fièvre, la nécessité de recourir au médicament et au délai entre 2 prises de Paracetamol. L'importance de l'hydratation montre une nette augmentation des connaissances parmi les patients après information.

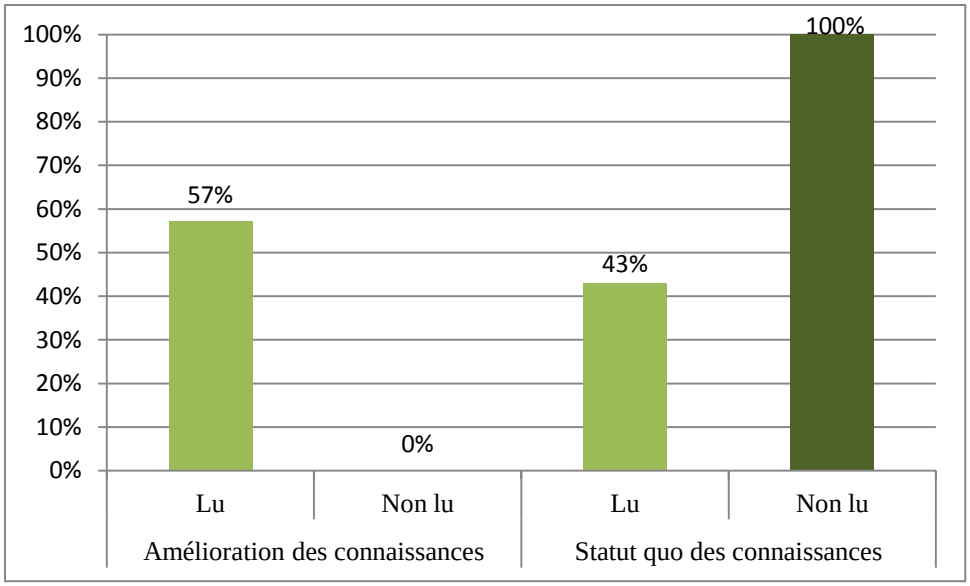


Figure 9 : Modifications des connaissances du patient selon la lecture ou non de la fiche.

Nous remarquons que plus de la moitié de ceux qui ont lu la fiche ont amélioré leur score de connaissance alors qu'aucune amélioration n'est constatée parmi ceux qui ne l'ont pas lu.

Intérêt pour la fiche

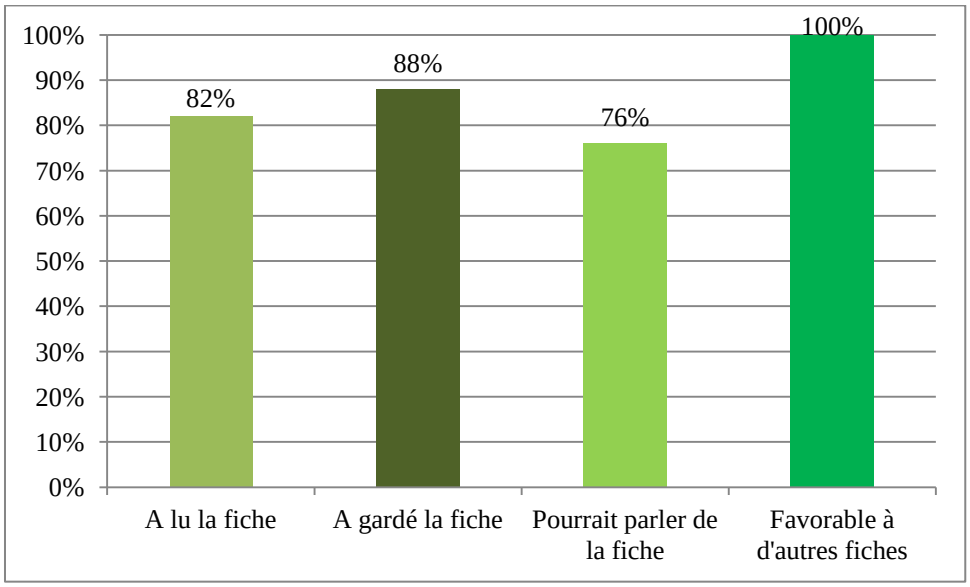


Figure 10 : Intérêt pour la fiche.

Plus de 8 patients sur 10 ont lu et ont gardé la fiche d'information. 7 sur 10 imaginent qu'ils pourraient parler de la fiche d'information sur la fièvre à des proches. 3 ont expliqués

l'avoir déjà fait entre la remise du document et l'entretien téléphonique. Tous les patients sont favorables à recevoir d'autres documents d'information dans le futur.

Contenu de la fiche

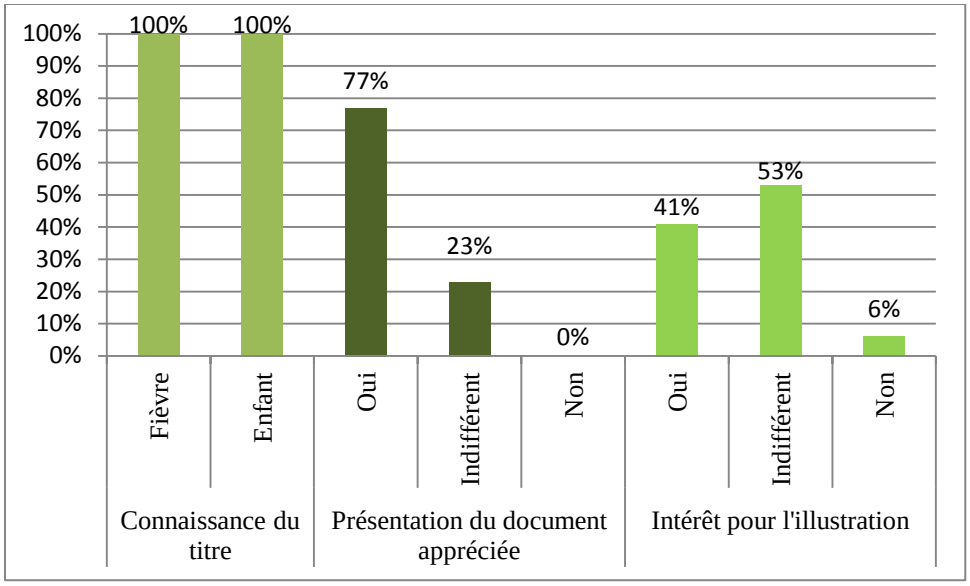


Figure 11 : Réponses relatives au contenu de la fiche.

Tous les patients, qu'ils aient lu la fiche ou pas, se souvenaient avoir reçu un document d'information concernant la fièvre chez l'enfant. La majorité des patients a apprécié la qualité globale du document. L'illustration est peu restée dans la mémoire des patients.

Conclusion de la phase de test

Les patients sont globalement ouverts aux documents d'information. La majorité l'a gardé et lu. Ils sont tous favorables à l'utilisation d'autres fiches durant les consultations. Nous pouvons légitimement nous interrogés sur la plus-value que la fiche amène sur le plan des connaissances des patients. En effet l'amélioration des connaissances est faible mis à part pour l'hydratation. Notons que beaucoup de patient avaient au départ des connaissances plutôt bonne sur la fièvre. Il serait intéressant de retravailler la fiche, de modifier l'illustration en la remplaçant par une autre qui met plus en valeur la fiche.

8. Conclusion

Nous avons, à travers les quelques pages de ce travail, effectué un tour d'horizon de l'intérêt du support écrit dans l'information délivrée par le médecin généraliste à son patient. Le support écrit dans la consultation, c'est la partie émergée d'un iceberg. Il ne peut se concevoir qu'accompagner de la partie immergée : l'information au patient.

Nous avons débuté ce travail par une réflexion sur l'information médicale en nous intéressant aux médecins, aux patients et à l'apport des nouvelles technologies de communication. Celles-ci, à l'heure actuelle, n'ont pas modifié la relation entre le médecin et le patient. Néanmoins, l'utilisation d'internet par le patient à des fins médicales n'est plus un sujet tabou. Il s'agit d'un état de fait. Le médecin a 2 choix possibles, soit il s'y oppose soit il accepte ce tiers dans la consultation. L'accepter, c'est probablement enrichir la consultation.

Les instances politiques de notre pays ont très justement créé un cadre autour de la relation médicale en reconnaissant des droits et des devoirs aux patients et aux médecins, elles ont par la loi du 22 août 2002 sonné le glas de la relation paternaliste. Notre rôle de médecin se redéfinit, nous ne sommes plus uniquement les experts de la démarche diagnostique mais nous nous efforçons d'impliquer nos patients dans les décisions médicales qui les concernent. En mai 2013, le *British Medical Journal* (BMJ) propose un éditorial au titre choc : « Let the patient revolution begin » [40]. Les auteurs indiquent qu'il faut inclure « *la décision partagée dans la pratique quotidienne* » [40] et que ceci permettra « *de recevoir de l'aide de la part de ceux que le système est censé servir* » [40]. Par cette démarche, nous pensons que le patient reprend sa place légitime au centre du système de santé. Comme nous l'avons souligné, la décision médicale partagée et l'information sont intimement liées à un objectif d'éducation du patient. L'éditorial du BMJ reprend ce lien sous ces termes : « *Cette nouvelle vision médicale vise l'autonomie des patients ou encore leur empowerment* » [40]. Ce partenariat médecin-patient est certainement la clé maitresse de la médecine de demain. Le BMJ affirme que « *l'engagement des patients va réduire le coût des soins de santé et va éviter des investigations et des traitements inutiles* » [40]. Si nous voulons assurer la pérennité de notre système de soins de santé, nous devons prendre nos responsabilités. En informant correctement nos patients, nous réduirons, entre autre, le recours à ces nombreux médicaments *over the counter* et autres suppléments alimentaires avec lesquels l'industrie pharmaceutique inonde les pharmacies et les médias.

Ensuite, nous avons vu que le support écrit peut revêtir un rôle utile dans l'information du patient. Interrogé au sujet des fiches de la SSMG, André Moreau mentionne dans *Le Journal du médecin* que : « *Plusieurs études montrent que les patients sont demandeurs. Ils apprécient cette aide et utilisent ces fiches avec sérieux. Mais malgré la littérature scientifique qui prône l'usage de cet outil, nous n'arrivons pas, pour le moment, à convaincre nos médecins* » [41]. L'engouement des patients dont il parle rejoint les résultats de la phase test de la fiche sur la température chez l'enfant. Il est clair que les supports écrits doivent être utilisés dans le cadre d'une consultation en adoptant une démarche participative du patient. Le but en proposant le code de conduite « BASIC » et le guide de rédaction n'est pas de faire de chaque médecin un rédacteur de document à destination des patients mais d'expliquer qu'il est fondamental que le langage doit être adapté aux plus grand nombre de patient afin que l'information transmise soit utile et comprise. L'élaboration de la fiche sur la fièvre chez l'enfant a permis de mettre en pratique tous ces principes théoriques.

Par ce travail, j'ai pu explorer une composante de la médecine que je connaissais peu. A maintes reprises durant sa réalisation, je me suis demandé pourquoi je n'avais pas choisi un thème plus pratique. Finalement, je suis heureux de m'y être intéressé. J'ai pris conscience qu'en tant que médecin généraliste, nous jouons 2 rôles essentiels pour nos patients. Le premier rôle c'est celui de personne de confiance. C'est en effet nous que les patients viennent trouver lorsqu'ils quittent le milieu hospitalier en ne comprenant pas ce qu'ils ont, lorsqu'ils sortent de chez un spécialiste qui proposent des investigations ou une intervention chirurgicale. Devant ces demandes, nous avons plusieurs choix possibles : donner une position tranchée au patient ou l'aider à prendre sa propre décision. Le deuxième rôle, c'est celui d'éducateur. Vu notre situation de médecin de premier recours dans le système de soins de santé, nous sommes les premiers contacts pour la majorité des patients. Nous devons, à mon sens, donner des balises à nos patients pour les aider à savoir quand consulter. J'ai été effaré par le nombre de jeunes patients vu en garde de weekend pour un motif de température. Plus de 70% de ceux qui consultaient étaient fébriles depuis quelques heures. Ils étaient en bon état général et ne présentaient pas de symptômes inquiétants à l'anamnèse. Notre rôle, n'est il pas ici d'éduquer les patients. Nous éviterons ainsi une angoisse et une peur infondée de la température. Nous les aiderons aussi à avoir un lien plus raisonné avec le système de santé.

Finalement, ce travail renforce mon idée que la médecine générale est un métier à multiples facettes et qu'elle reste au centre du système de santé. Elle est loin d'être la médecine la plus technique. Elle ne fait que rarement la une des médias pour ces innovations. Mais, elle reste à disposition de tous les patients. Elle les écoute, les guide et les respecte dans leur choix. N'est ce pas le plus important ?

Références

1. Fierens M, Gillet-Verhaegen A, Picard C et al. **La communication et l'information en santé.** Santé conjuguée, 2005 ; 33 : 23-119
2. Ordre National des Médecins. **Vers une meilleure intégration d'internet à la relation médecin-patient.** http://www.conseil-national.medecin.fr/article/vers-une-meilleure-integration-d%E2%80%99internet-la-relation-medecins-patients-982 consulté le 10/10/2013
3. Les Entreprises du Médicament. **Les français, les médecins et le médicament : résultats 2013.** http://www.leem.org/les-francais-les-medecins-medicament-resultats-2013 consulté le 15/03/2014
4. Gonzalez-Gonzalez A, Dawes M, Sanchez-Mateos J, Riesgo-Fuertes R, Escortell-Mayor E, Sanz-Cuesta T, Hernandez-Fernandez T. **Information Needs and Information-Seeking Behavior of Primary Care Physicians.** Ann Fam Med, 2007; 5: 345-352
5. Jeannot JG. **Dr Google: moteur de recherche-medical.org, un moteur de recherche Google pour la médecine.** Rev Med Suisse, 2008 ; 4 : 1280-1284
6. Hartzband P, Groopman J. **Untangling the Web: Patients, Doctors and the Internet.** N Engl J Med, 2010; 362: 1063-1066
7. Bischoff T, Herzig L, Aubert J, Sommer J, Haller DM. **Le médecin de famille de demain.** Rev Med Suisse, 2012 ; 8 : 1038-1041
8. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245 consulté le 21/12/2013
9. Le journal du médecin. **Une campagne mise sur la bonne entente médecin/patient.** http://www.lejournaldumedecin.com/article/5990-une-campagne-mise-sur-la-bonne-entente-medecinpatient consulté le 19/01/2014
10. Conseil national de l'ordre des médecins. **Code de déontologie médicale.** Bruxelles ; 2007
11. Bontemps R, Cherbonnier A, Mouchet P, Trefrois P. **Communication et promotion de la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques.** Bruxelles : Question Santé ; 2004

12. Watzlawick P, Helmick BJ, Jackson D. **Une logique de la communication.** New York : Points ; 1972

13. Van Roy K, Vanheule S, Deveugele M. **What makes up good consultations? A qualitative study of GP's discourses.** BMC Family Practice, 2013; 14: 62

14. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, et al. **Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review).** Cochrane Database Syst Rev, 2012; 12

15. Haute autorité de santé. **Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé.** Saint-Denis La Plaine ; 2012

16. Organisation mondiale de la santé. **Charte d'Ottawa.** http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf consulté le 15/02/2014

17. Haute autorité de santé. **Patients et professionnels de santé : Décider ensemble : Concepts, aides destinées aux patients et impact de la « Décision médicale partagée ».** Saint-Denis La Plaine; 2013

18. Broclain D. **Consentement aux soins et décision partagée.** La Revue Prescrire, 2012; 346 : 568-570

19. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. **Patient preferences for shared decisions: a systematic review.** Patient Educ Couns, 2012; 86 (1): 9-18

20. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. **Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice.** J Gen Intern Med, 2012; 27 (10): 1361-1367

21. Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. **Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence.** Medical Care, 2007; 45 (4): 340-349

22. Felder-Puig R, Turk E, Guba B, Wild C. **Therapeutic conversation: expectations and results with regard to intensified physician-patient communication.** Vienna: Ludwig Boltzmann Institut fuer Health Technology Assessment. HTA-Projektbericht 01. 2006

23. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, et al. **Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale les processus de communication.** https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/Ressources%20publiques%20du%20DES%20M%C3%A9decine%20

G%C3%A9n%C3%A9rale/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/S%C3%A9minaires/S5/calgary.pdf consulté le 01/02/2014

24. Doumont D, Aujoulat I. **L'empowerment et l'éducation du patient.** http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos18.pdf consulté le 01/02/2014

25. Carretier J, Delavigne V, Fervers B. **Sciences-Croisées n°6 : Du langage expert au langage patient.** http://sciences-croisees.com/N6/Carretier.pdf consulté le 28/12/2013

26. Shepperd S, Charnock D, Needham G, et al. **The Discern Instrument.** http://www.discern.org.uk/discern.pdf p16-52 consulté le 01/03/2014

27. Lichte T, Doering T, Beyer M. **Patient information in a general practitioner's office analysis of the delivery of communication supports.** http://www.woncaeurope.org/content/patient-information-general-practitioners-office-analysis-delivery-communication-supports consulté le 15/02/2014

28. Prescrire. **Infos-Patients Prescrire : Des fiches à partager avec les patients.** http://www.prescrire.org/Fr/126/493/0/0/About.aspx consulté le 24/11/2013

29. Sustersic M, Voorhoeve M, Menuret H, Baudrant M, Meneau A, Bosson JL. **Fiches d'information pour les patients : quel intérêt ? L'étude EDIMAP.** Rev Med Generale, 2010 ; 276 : 332-339

30. Khazaal Y, Chatton A, Zullino D, et al. **Version brève du DISCERN, une voie d'amélioration de la recherche d'information médicale sur le net.** Rev Med Suisse, 2009 ; 5 : 1816-1819

31. Boyer C. **Le HON code, code de conduite déontologique, la certification des sites internet.** In : Journée d'étude : Prévention et thérapie à distance. Liège : 2 décembre 2013

32. Fletcher R, Fletcher S. **Guide to health information resources for patients.** http://www.uptodate.com/contents/guide-to-health-information-resources-for-patients?source=search_result&search=guide+to+health+information&selectedTitle=1~150 consulté le 03/09/2013

33. Haute autorité de santé. **Guide méthodologique : Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé.** Saint-Denis La Plaine; 2008

34. Recherche clinique et pharmacologie périnatale, pédiatrique et adulte. **Lisibilité et information des patients : un outil à votre disposition.** http://www.rechercheclinique pariscentre.fr/?page_id=1069 consulté le 12/01/2014

35. Prescrire. **Douleur ou fièvre chez les enfants : préférer le paracetamol.** http://www.prescrire.org/Fr/D6BFBB76CE5EEBC7DCAD2ADADBE11D2F/Download.aspx consulté le 01/02/2014

36. Martin KA, Villalba C. **Patient information : Fever in children (The Basics).** http://www.uptodate.com/contents/fever-in-children-the-basics consulté le 01/02/2014

37. Richardson M, Bowen L, Bowker R, et al. **Feverish illness in children: Assessment and initial management in children younger than 5 years.** NICE, 2013

38. Sullivan JE, Farrar HC, the section on Clinical Pharmacology and Therapeutics and Committee on Drugs. **Fever and antipyretic use in children.** Pediatrics, 2011; 127: 580-587

39. Vanwelde A. **Fièvre chez l'enfant: Paracetamol et/ou Ibuprofène ?** Minerva, 2012 : 11 (4) : 49-50

40. Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. **Let the patient revolution begin.** BMJ, 2013; 346 : f2614

41. Belpaire P-A. **Fiches d'information SSMG: « Les patients sont demandeurs, les MG beaucoup moins ».** Le Journal du médecin, 2014 ; 2357 : 4

Annexes

Annexe 1 : Liste des sites consultés

Annexe 2 : Programme de la journée d'études : « Prévention et thérapie à distance »

Annexe 3 : Les conséquences des usages d'internet sur les relations patients – médecins

Annexe 4 : La recherche d'information par les médecins

Annexe 5 : Loi relative aux droits du patient

Annexe 6 : Communiquer en santé

Annexe 7 : Analyse du discours des médecins généralistes

Annexe 8 : Modèle de décision médicale partagée

Annexe 9 : Le code de conduite «BASIC»

Annexe 10 : La rédaction du message

Annexe 11 : Points essentiels du guide de rédaction

Annexe 12 : Etapes clés de l'élaboration d'un document écrit

Annexe 13 : Fiche informative « La fièvre chez l'enfant »

Annexe 14 : Questionnaire patient

Annexe 15 : Résultats Phase de test

Annexe 1 : Liste des sites consultés

Annals of Internal Medicine	http://annals.org/
British Medical Journal	http://www.bmj.com/
Centre fédéral d'expertise des soins de santé	http://kce.fgov.be/fr
Centre for Reviews and Dissemination	http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/
CISMEF	http://www.cismef.org/
Cochrane Library Database	http://www.thecochranelibrary.com
Discern	http://www.discern.org.uk/
Domus Medica	http://www.domusmedica.be
EBMPracticeNet	https://www.ebmpracticenet.be
Fédération des Maisons Médicales	http://www.maisonmedicale.org/
Haute autorité de santé	http://www.has-sante.fr/
Health On the Net Foundation	http://www.hon.ch/
Health technology assessment	http://www.hta.ac.uk/
Inami	http://inami.fgov.be/care/fr/doctors/index.htm
Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa	http://decisionaid.ohri.ca/francais/index.html
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	http://www.inpes.sante.fr/default.asp
Le Journal du Médecin	http://www.lejournaldumedecin.com
Minerva	http://www.minerva-ebm.be/fr/home.asp
National Health and Medical Research Council	http://www.nhmrc.gov.au/
National Institute for Health and Care Excellence	http://www.nice.org.uk/
Pediatrics	http://pediatrics.aappublications.org/
Prescrire	http://www.prescrire.org
Promosanté	http://www.promosante.org/
Revue Médicale Suisse	http://rms.medhyg.ch/
SSMG	http://www.ssmg.be
Sumsearch	http://sumsearch.org/
The Journal of the American Medical Association	http://jama.jamanetwork.com
The Lancet	http://www.thelancet.com/
The New England Journal of Medicine	http://www.nejm.org/
Tripdatabase	http://www.tripdatabase.com/
UCL-RESO ((Education santé patient)	http://www.uclouvain.be/reso
Uptodate	http://www.uptodate.com
Wonca Europe	http://www.woncaeurope.org

Annexe 2 : Programme de la journée d'études : « Prévention et thérapie à distance »

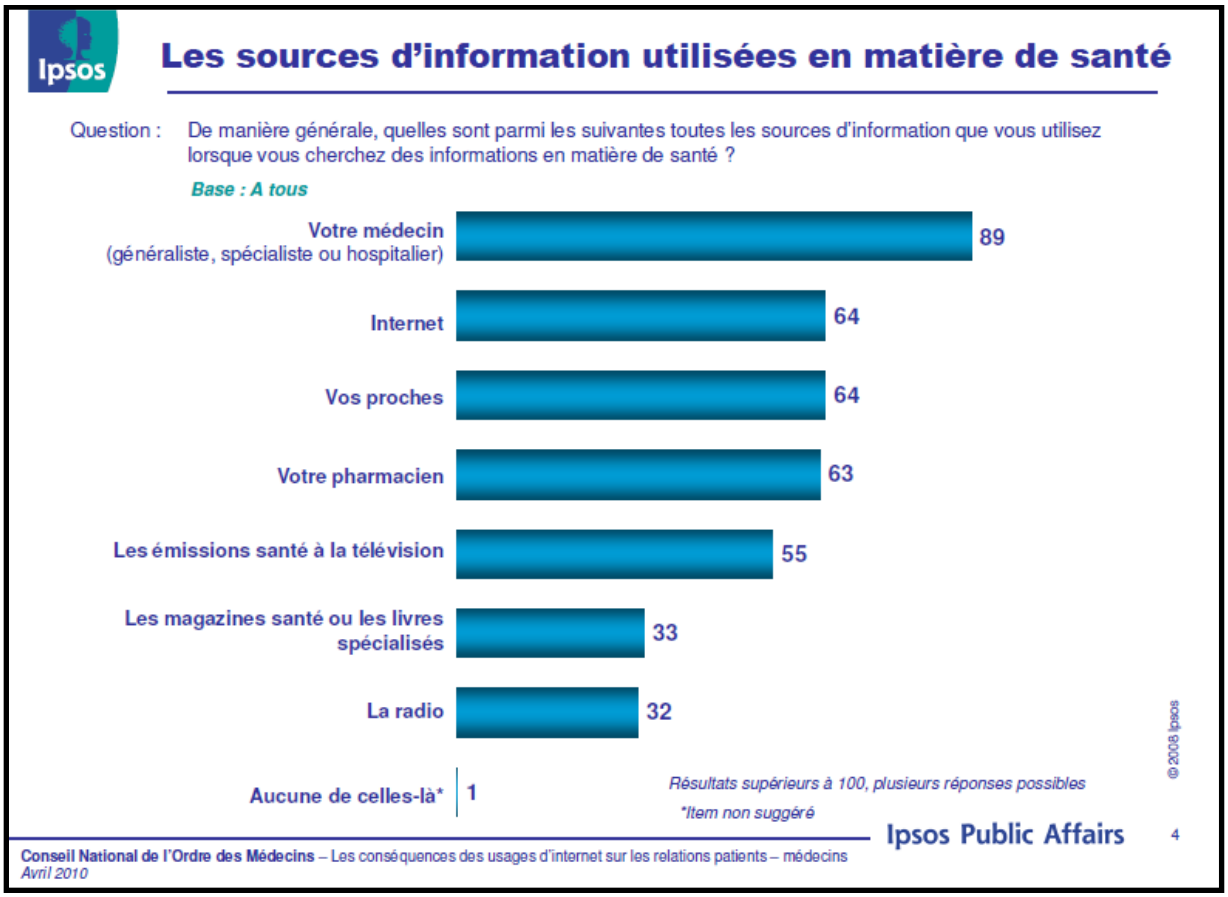
Organisée par le département des affaires sociales de la province de Liège le 2 décembre 2013

Modérateur de la journée : M' Xavier GERNAY, Docteur en psychiatrie, ISOsL

- 08h30 **Accueil des participants**
- 09h00 **Allocution de bienvenue** — *par Mme Katty FIRQUET, Députée provinciale en charge des Affaires Sociales*
- 09h10 **Introduction : Le phénomène sociologique des thérapies à distance** — *par Mr Thomas PERRICK – Assistant – Service de criminologie, ULg*
- 09h30 **Quel cadre juridique pour les thérapies à distance en Belgique ?** — *par Mme Sophie ANDRÉ – Assistante – Service de criminologie, ULg*
- 09h50 **Le HON code, code de conduite déontologique, la certification des sites internet** — *par Mme Célia BOYER, Directrice exécutive de la fondation HON, Suisse*
- 10h20 **Pause**
- 10h35 **Le dispositif de prévention et d'aide à distance en santé (PADS) de l'INPES** — *par Mr Olivier SMADJA, Chargé de mission, département téléphonie santé et Mme Laeticia CHAREYRE, Chef du département téléphonie santé à Institut National de Prévention et d'education à la santé (INPES), France*
- 11h05 **CIAO.ch, un Programme d'intervention précoce auprès des jeunes-Lausanne** — *par Mme Anne DECHAMBRE, Psychologue-responsable du site CIAO.ch et Mme Eva FERNANDEZ, Directrice du site CIAO*
- 11h35 **Les thérapies à distance, la reconnaissance d'une politique de prévention et d'éducation pour la santé en Belgique, état des lieux** — *par Mme Kristel KARLER, Attachée au cabinet de Mme Eliane TILLIEUX, Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances*
- 12h00 **Questions/réponses**
- 12h30 **Lunch**
- 13h30 **www.aide-alcool.be, un chassé croisé entre réflexion et pratique** — *par Mme Angelique BELMONT, Centre Alfa (Liège) et Mme Emilia BOGDANOWICZ, Le Pélican (Bruxelles), Psychologues et Coordinatrices du projet www.aide-alcool.be*
- 14h30 **L'intérêt de la thérapie à distance, les bonnes pratiques et leur efficience, Kleur je leven, KUL** — *par Mme Sofie MERTENS, Psychologue-Unité de Recherche et d''Apprentissage en psychopathologie*
- 15h00 **Fil Santé Jeunes, le web santé des jeunes** — *par Mme Mirentxu BACQUERIE – Ecole des parents et des éducateurs d'IDF – Directrice générale service de la Téléphonie Sociale*
- 15h30 **Questions / réponses**
- 15h30 **Conclusion**
- 16h00 **Clôture**

Annexe 3: Les conséquences des usages d'internet sur les relations patients – médecins

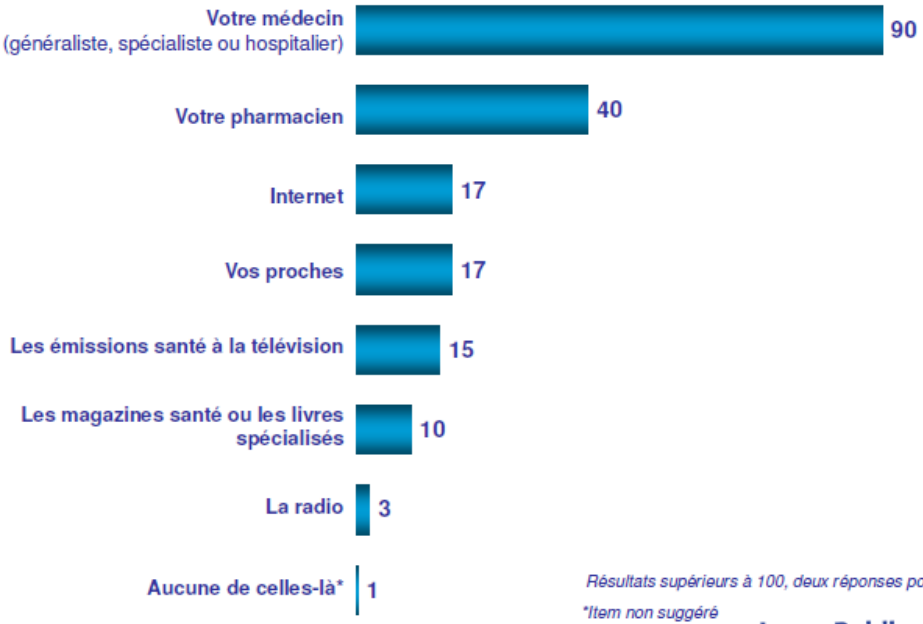
Extrait d'un sondage réalisé par la société Ipsos pour le Conseil National de l'Ordre des médecins français en avril 2010 [2].



Les sources d'information auxquelles on fait le plus confiance dans le domaine de la santé

Question : Et parmi les sources suivantes, quelles sont les deux auxquelles vous faites le plus confiance pour vous informer en matière de santé ?

Base : A tous



Résultats supérieurs à 100, deux réponses possibles

**Item non suggéré*

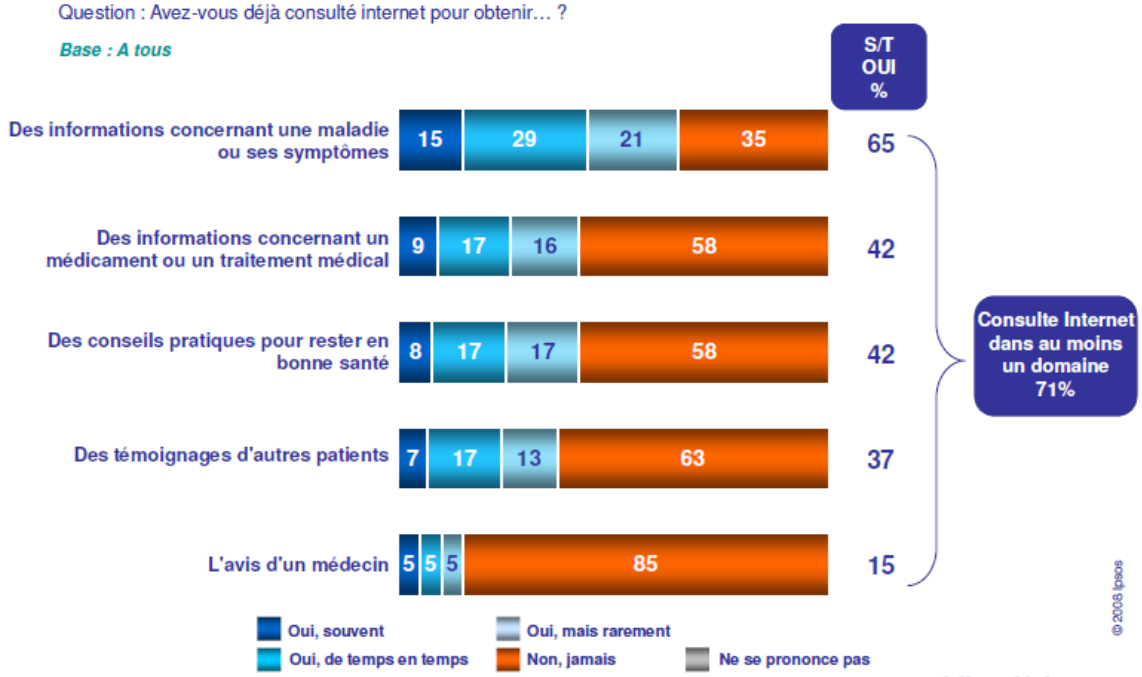
© 2008 Ipsos

Ipsos Public Affairs

La fréquence de consultation d'Internet pour chercher des informations en matière de santé

Question : Avez-vous déjà consulté internet pour obtenir… ?

Base : A tous

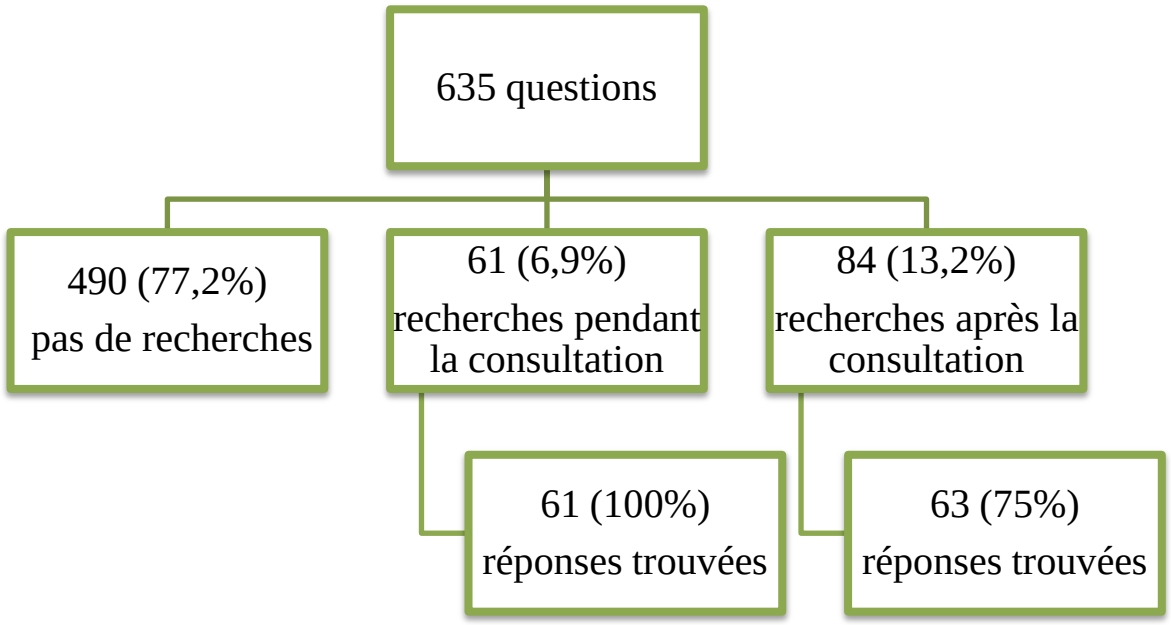


© 2008 Ipsos

Ipsos Public Affairs

Annexe 4: La recherche d'information par les médecins

D'après [4].



Annexe 5 : Loi relative aux droits du patient

Extrait de la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient dont plusieurs articles ont été modifiés à la date du 17 mars 2013 avec date d'entrée en vigueur fixée au 01-06-2014 [8].

CHAPITRE III. - Droits du patient.

Art. 5. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

Art. 6. Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi.

Art. 7. § 1er. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

§ 2. La communication avec le patient se déroule dans une langue claire. Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit. (Le patient a le droit de se faire assister par une personne de confiance ou d'exercer son droit sur les informations visées au § 1er par l'entremise de celle-ci. Le cas échéant, le praticien professionnel note, dans le dossier du patient, que les informations ont été communiquées, avec l'accord du patient, à la personne de confiance ou qu'elles ont été communiquées au patient en la présence de la personne de confiance, et il note l'identité de cette dernière. En outre, le patient peut demander explicitement que les données susmentionnées soient inscrites dans le dossier du patient.)

§ 3. Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande à moins que la non-communication de ces informations ne cause manifestement un grave préjudice à la santé du patient ou de tiers et à condition que le praticien professionnel ait consulté préalablement un autre praticien professionnel à ce sujet et entendu la personne de confiance éventuellement désignée dont question au § 2, alinéa 3. La demande du patient est consignée ou ajoutée dans le dossier du patient.

§ 4. Le praticien professionnel peut, à titre exceptionnel, ne pas divulguer les informations visées au § 1er au patient si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à la santé du patient et à condition que le praticien

professionnel ait consulté un autre praticien professionnel. Dans ce cas, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient et en informe l'éventuelle personne de confiance désignée dont question au § 2, alinéa 3. Dès que la communication des informations ne cause plus le préjudice visé à l'alinéa 1er, le praticien professionnel doit les communiquer.

Art. 8. § 1er. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention. A la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§ 2. Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé au § 1er, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

§ 3. Les informations visées au § 1er sont fournies préalablement et en temps opportun, ainsi que dans les conditions et suivant les modalités prévues aux §§ 2 et 3 de l'article 7.

§ 4. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au § 1er, pour une intervention. A la demande du patient ou du praticien professionnel, le refus ou le retrait du consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient. Le refus ou le retrait du consentement n'entraîne pas l'extinction du droit à des prestations de qualité, tel que visé à l'article 5, à l'égard du praticien professionnel. Si, lorsqu'il était encore à même d'exercer les droits tels que fixés dans cette loi, le patient a fait savoir par écrit qu'il refuse son consentement à une intervention déterminée du praticien professionnel, ce refus doit être respecté aussi longtemps que le patient ne l'a pas révoqué à un moment où il est lui-même en mesure d'exercer ses droits lui-même.

§ 5. Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents.

Art. 9. § 1er. Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr. A la demande du patient, le praticien professionnel ajoute les documents fournis par le patient dans le dossier le concernant.

§ 2. Le patient a droit à la consultation du dossier le concernant. II est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de sa réception, à la demande du patient visant à consulter le dossier le concernant. Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation. A sa demande, le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un praticien professionnel, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3. (Le cas échéant, la demande du patient est formulée par écrit et la demande, ainsi que l'identité de la personne de confiance, sont consignées ou ajoutées au dossier du patient.) Si le dossier du patient contient une motivation écrite telle que visée à l'article 7, § 4, alinéa 2, qui est encore pertinente, le patient exerce son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné par lui, lequel praticien consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3

§ 3. Le patient a le droit d'obtenir une copie du dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci, conformément aux règles fixées au § 2. Sur chaque copie, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle. (Le Roi peut fixer le montant maximum pouvant être demandé au patient par page copiée, copie donnée en application du droit précité d'obtenir une copie ou sur un autre support d'information.) Le praticien professionnel refuse de donner cette copie s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le patient subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers.

§ 4. Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, par l'intermédiaire du praticien professionnel

désigné par le demandeur, le droit de consultation, visé au § 2, pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément. Le praticien professionnel désigné consulte également les annotations personnelles visées au § 2, alinéa 3.

Art. 10. § 1er. Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé. Le patient a droit au respect de son intimité. Sauf accord du patient, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de services dispensés par un praticien professionnel peuvent assister aux soins, examens et traitements.

§ 2. Aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice de ce droit sauf si cela est prévu par la loi et est nécessaire pour la protection de la santé publique ou pour la protection des droits et des libertés de tiers.

Art. 11. § 1er. Le patient a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi, auprès de la fonction de médiation compétente.

§ 2. La fonction de médiation a les missions suivantes :

1° la prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel;

2° la médiation concernant les plaintes visées au § 1er en vue de trouver une solution;

3° l'information du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution telle que visée en 2°;

4° la communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation;

5° la formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte, telle que visée au § 1er, ne se reproduisent.

§ 3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, le financement, les règles de procédure et le ressort.

Annexe 6: Communiquer en santé

D'après le Chapitre 2 : « Propositions pour une axiomatique de la communication » du livre « Une logique de la communication » de Paul Watzlawick [12].

Axiomes

1. **L'impossibilité de ne pas communiquer**

   On ne peut pas ne pas avoir de comportement. Dans une interaction entre 2 personnes, tout comportement correspond à la transmission d'un message c'est-à-dire une communication. Ne pas parler ou ne pas prêter attention est une communication en soi.

2. **Niveaux de la communication : contenu et relation**

   Toute communication présente 2 aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier. Toute communication suppose un engagement et définit une relation.

3. **Ponctuation de la séquence des faits.**

   Une série de communication peut être considérée comme une séquence ininterrompue d'échanges. La ponctuation structure les faits de comportement. La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires.

4. **Communication digitale et communication analogique.**

   On peut désigner un objet soit par un nom soit par quelque chose qui lui ressemble comme par exemple un dessin.

   La communication digitale vise l'utilisation d'un mot pour nommer une chose.

   La communication analogique concerne toute la communication non-verbale c'est-à-dire la posture, la gestuelle, les mimiques, les inflexions de la voix, les successions, rythmes et intonations des mots, ainsi que tout autre manifestation non-verbale. Chaque fois que la relation est au centre de la communication, le langage digital est à peu près dénué de sens. Selon toute probabilité, le contenu sera transmis sur le mode digital, alors que la relation sera essentiellement de nature analogique.

5. **Interaction symétrique et complémentaire**

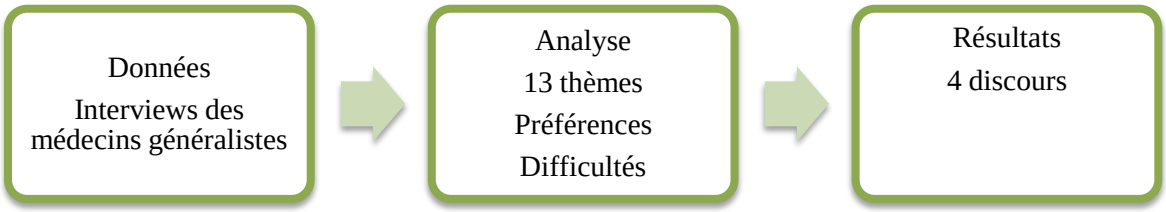
   Dans l'interaction symétrique, les partenaires ont tendance à adopter un comportement en miroir. Cette interaction se fonde sur l'égalité.

   Dans l'interaction complémentaire, le comportement d'un des partenaires complète celui de l'autre. Cette interaction se fonde sur la différence.

Annexe 7: Analyse du discours des médecins généralistes

D'après [13].

19 médecins généralistes ont été interviewés. Ils se sont exprimés sur ce qu'ils considèrent comme une bonne et une mauvaise consultation en l'expliquant en termes généraux. Ils ont ensuite donné des exemples. Une analyse des entretiens a mis en évidence 13 thèmes principaux. Ils ont ensuite été regroupés en 4 types de discours.



Chaque type de discours est lié à un mode de consultation précis. Il est en effet démontré que notre langage se construit sur la relation que nous entretenons avec les autres. Chaque médecin n'exprime pas un discours unique mais recouvre l'entièreté des discours avec une importance plus ou moins marquée pour chacun.

A. Discours centré sur le bio-médical

Le médecin généraliste est un expert en sciences biomédicales. Il possède des connaissances techniques étendues, des connaissances sur les pathologies et il joue un rôle charnière dans le monde médical (relation avec un réseau de spécialistes). La consultation est avant tout une démarche diagnostique. Poser le diagnostic juste est ce qui compte le plus pour le médecin. Le médecin donne un pronostic, un traitement et exécutera des examens complémentaires. Il réfère, si nécessaire, à un médecin spécialiste. Dans cette optique, le médecin s'emploie à appliquer les préceptes de l'*evidence-based-medicine*. La bonne consultation est perçue comme l'identification précise d'un problème de santé avec sa réponse validée. La découverte d'un diagnostic rare ou la découverte d'un problème sérieux qui est directement référé au service adéquat est perçue comme une bonne consultation. Rater un diagnostic, ressentir un manque de connaissance dans un domaine particulier, s'inquiéter pour un problème sans importance ou ne pas gérer correctement une situation sont perçus comme des mauvaises consultations.

B. Discours centré sur la communication

Décoder le message du patient et déchiffrer le pourquoi de sa consultation est l'élément le plus important. Les signes médicaux et les symptômes ne sont pas vus uniquement à la lumière des pathologies mais aussi comme des indicateurs d'une certaine détresse psychosociale. Le médecin est, ici, capable de lire entre les lignes et arrive à mettre en évidence la véritable raison qui a amené le patient à consulter. Le médecin a un œil pour les aspects psychosociaux. L'aspect émotionnel revêt un caractère essentiel. Le but du médecin est de reconnaitre la plainte à l'intérieur de la plainte. Le plus important, c'est qu'en partant le patient la raison de sa venue, que ceci soit conscient ou inconscient. Dans ce contexte, les problèmes avec une base psychosociale sont les problèmes préférés des médecins. Les mauvaises consultations sont celles où le médecin ne parvient pas à décoder le message et où il découvre que le patient lui cache quelque chose.

C. Discours orienté sur la résolution du problème

Le médecin s'efforce d'identifier les problèmes et de fournir les solutions. La consultation est un lieu où le patient présente un problème et espère trouver une solution. Le médecin a pour but de résoudre le problème en utilisant une série d'outils. Le médecin se doit d'être pragmatique et doit donner quelque chose de palpable à la fin de la consultation. Ce quelque chose peut être une recommandation, une prescription, une information ou une opinion. Le médecin structure au maximum sa consultation. Une bonne consultation est une consultation gérée complètement dans le bon temps. Les consultations préférées sont des consultations avec un problème ou une question précise. Les patients avec des demandes vagues ne sont pas appréciés (ce qui est à l'opposé de l'approche centrée sur la communication). De même, les consultations avec une évolution de pathologie qui ne correspond pas au message que le médecin avait délivré au patient sont mal vécues par les médecins.

D. Discours orienté sur la satisfaction du patient

Dans cette vision, l'important est la satisfaction du patient pour l'estime du médecin ou pour des motivations économiques. Le bon médecin est celui qui a rendu son patient heureux. Le but est que le patient qui est perçu comme un client, reconsulte la prochaine fois. Le contenu de la consultation importe peu : ce qui prédomine, c'est une bonne connexion entre médecin et patient. La perte d'un patient est vue comme un échec, le manque de confiance par le patient dans le médecin est mal vécu.

Annexe 8: Modèle de décision médicale partagée

D'après [20].

Le modèle de décision médicale partagée est constitué de 3 étapes : 1) le choix, 2) les propositions, 3) la décision, que nous détaillerons ci-dessous.

Il présente 2 objectifs qui sont

A. L'échange d'information entre patient et médecin. Le médecin part des connaissances préalables du patient, vérifie avec lui ce qui est correct. Il veille à lui donner des informations de qualité. Le but est d'éviter que le patient prenne une décision en étant insuffisamment informé.
B. Le soutien au processus de prise de décision. Le patient est parfois perdu quand on lui confie le rôle de décideur. On s'attachera à le supporter et à l'aider à réfléchir.

Notons que ce type de modèle prend place sur une ou plusieurs consultations selon le type de décision à prendre et le rythme du patient.

Le choix

Le médecin s'assure de la connaissance par le patient des différentes options possibles. Il s'agit d'une étape de planification de la suite de la discussion.

A. Résumer

   Le médecin synthétise le problème médical et introduit le processus de décision médicale partagée par une phrase type : « Maintenant que nous avons identifié le problème, nous allons réfléchir à ce que nous ferons après ».

B. Proposer

   Le médecin propose d'informer le patient sur les différentes attitudes possibles face au problème médical.

   Cette démarche peut être perçue par le patient comme l'expression d'un manque de compétence ou d'information du médecin. Il est utile de prévenir cette possible réaction du patient par une phrase type : « Accepteriez-vous que je vous informe des différences entre les traitements ? »

C. Insister

Respecter les préférences personnelles : le médecin explique que certains éléments (par exemple un effet secondaire) ont plus d'importances pour certaines personnes que pour d'autres. Le médecin veille à aborder à ce moment l'incertitude médicale. Les patients considèrent souvent la médecine comme une science exacte. Le médecin aborde avec eux le faible niveau de preuve de certains traitements. Une phrase type « Les traitements ne sont pas toujours efficaces, le risque d'effet secondaire est variable » permet d'aborder ce sujet.

D. Vérifier

Le patient peut être déconcerté devant ce choix, il peut être inquiet. Une phrase type : « Souhaitez vous que je vous parle des différentes possibilités que nous pouvons envisager pour vous ? » aide le patient à replacer son choix dans un contexte de décision où le médecin l'aide.

E. Reporter

A ce stade, certains patients demandent au médecin ce qu'ils doivent faire. Le médecin évite de clore la discussion trop précocement et propose au patient de continuer. Il utilise ce type de phrase : « Je serais heureux de vous livrer ma vision et de vous aider à prendre la bonne décision. Mais avant de le faire, puis-je vous décrire les propositions de manière plus détaillée ? Vous comprendrez ainsi beaucoup mieux. »

Les propositions

Le médecin expose les différentes propositions thérapeutiques au patient.

A. Vérifier les connaissances

Plusieurs situations sont possibles. Le patient peut ne pas être informé, il peu être mal informé ou partiellement informé. Même si le patient est bien informé, il est peu probable qu'il soit conscient des différentes options thérapeutiques et de leurs avantages et inconvénients respectifs. Le médecin se base sur les connaissances du patient en utilisant cette phrase : « Qu'avez-vous lu ou entendu au sujet de… ? »

B. Enumérer les propositions

Le médecin énumère clairement les différentes options thérapeutiques, les différents choix possibles (médicaments, interventions, hospitalisation,…). Il peut également les noter sur une feuille de papier. Le médecin aborde ce point en utilisant

la phrase : « Laissez-moi énumérer les propositions avant d'entrer dans les détails. » C'est à ce moment qu'une attitude attentiste peut aussi être proposée, on la présentera au patient comme « une surveillance active ».

C. Décrire les propositions

Le médecin décrit les propositions de manière pratique. Il incite à la discussion et identifie les préférences du patient.

Le médecin aborde les avantages et les inconvénients des différentes options. Il s'agit de l'étape clé de la décision médicale partagée. L'information est distillée morceau par morceau pour permettre une bonne assimilation par le patient.

D. Fournir un support informatif

Le médecin peut remettre à son patient un document d'information écrit, un dvd, un lien vers un site internet. Ce support a plusieurs objectifs. Tout d'abord, il reprend les différentes propositions thérapeutiques. Il peut servir de support à la discussion lors de la prochaine consultation. Il peut, de plus, permettre de gagner du temps. Le médecin introduira le support informatif par cette phrase : « Ce support informatif a été conçu pour vous aider à comprendre les propositions thérapeutiques. Consultez-le. Lorsque vous reviendrez, je pourrai répondre à vos interrogations. »

E. Résumer

Le médecin énumère à nouveau les propositions et demande au patient de les reformuler. Le médecin s'assure ainsi de la bonne compréhension du patient et vérifie la présence d'éventuels malentendus.

La décision

A. Se concentrer sur les préférences

Le médecin aide le patient a formuler ses préférences. Il utilise ce type de phrase : « Qu'est ce qui vous importe le plus ? »

B. Recueillir les préférences

Le patient expose ses préférences. S'il ne le fait pas, le médecin lui propose de postposer la décision. A la demande du patient, le médecin peut guider la décision.

C. Prendre une décision

Le médecin vérifie si la décision peut être prise ou si elle doit être postposée.

Il utilise les phrases : « Etes-vous prêt à décider ? », « Souhaitez-vous plus de temps ? », « Avez-vous d'autres questions ? »

D. Proposer une révision

Le médecin rappelle au patient que la décision peut être revue par après et qu'elle n'est pas, à ce stade, définitive.

Annexe 9: Le code de conduite «BASIC»

	Explications	Conduite à tenir
1. But	Apporte une plus-value à la relation médecin-patient en donnant au patient des outils pour comprendre.	Indiquer que la fiche d'information ne remplace pas le contact avec le médecin.
2. Auteur	Un avis éclairé sera toujours donné par des professionnels qualifiés.	Indiquer le(s) nom(s) et qualification(s) de(s) (l') auteur(s).
	Ceux-ci sont disponibles pour fournir des détails aux patients et sont ouverts aux remarques.	Indiquer une adresse de contact.
3. Source	Apporter des preuves suffisantes aux informations indiquées.	Indiquer les sources d'informations.
4. Intérêt	Transparence du financement : sources de financement ?	Indiquer les éventuelles sources de financement.
	Honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale.	Séparer l'éventuelle publicité du contenu informatif.
5. Contenu	L'information sera la plus claire possible et adaptée au plus grand nombre. Une attention particulière est apportée à la qualité d'écriture et à la présentation générale.	Suivre le guide de rédaction
	Les bénéfices et les risques de chaque traitement sont indiqués ainsi que leur répercussion sur la qualité de vie.	Etre exhaustif dans les informations indiquées.
	L'information délivrée prend place à un moment précis.	Indiquer la date de réalisation du document

Annexe 10 : La rédaction du message

Syntaxe	Une idée par phrase
	10 à 15 mots par phrase
	Sujet-verbe---complément
	Locutions pour structurer
	~~Négations~~
	~~Ambiguïtés~~
Sémantique	Message personnalisé • Partir d'un cas concret • Partir des connaissances du patient
	Voie active
	Forme directe = VOUS
	Vocabulaire simple • Mots et expressions usuels • Mots ≤ 3 syllabes • Texte épuré
	Mots clés et concepts clés • À expliquer • A repeater
	Abréviations à éviter
Structure	Titre
	1 message essentiel
	3 à 5 points clés
	Section • Visuellement individualisée • 1 thème • Sous-titre = phrase-clé
	Mise en évidence • Définition • Conseils
	Synthèse ou résumé à droite
Mise en page	Lisibilité • Minuscules • Longueur de ligne • Interligne
	Illustration • Légende • Accrocheuse • Droit à l'image
	Couleur • Organisation du texte • Mise en évidence • 1 à 2 couleurs

Annexe 11 : Points essentiels du guide de rédaction

Le titre est le message clé

Sous-titre 1 = Points clés

Chaque section du document aborde un thème précis. Le sous-titre de chaque section fait office de phrase-clé ou de mots-clés. Il introduit le texte et incite à lire le reste du document. Le texte est organisé de manière à aborder le général puis le particulier.

Les illustrations, outre leur aspect ludique, complètent l'information. Elles sont accompagnées d'une légende.

Sous-titre 2 = Mise en page

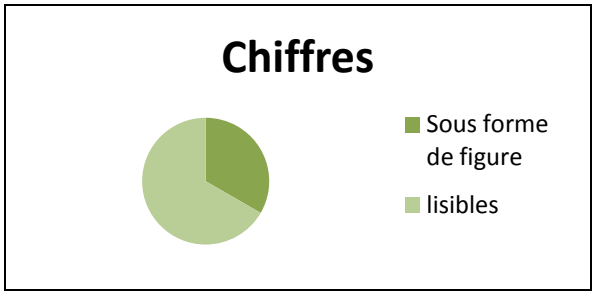
Elle est essentielle pour rendre notre document le plus lisible possible. L'organisation du document en colonnes ou en plaçant judicieusement des illustrations évite les lignes trop longues ou trop courtes. L'interligne qui permet la vitesse de lecture optimale est de 1,5 à 2. L'écriture en minuscules est privilégiée. Si l'auteur souhaite mettre en évidence certains points tels une définition ou un conseil, il utilise un code couleur, la mise en gras ou en italique. Il doit être attentif à ne pas mettre les mises en évidences en compétition avec les titres et sous-titres. L'utilisation de la couleur est une aide précieuse pour l'organisation du texte et la mise en évidence de certains points (maximum 2 couleurs).

Sous-titre 3 : La syntaxe

Les phrases sont simples et courtes. Chaque phrase contient une idée et ne dépasse pas 15 mots. Les locutions structurent les passages plus complexes, on évite toute ambiguïté et l'utilisation de négations.

Sous-titre 4 : La sémantique

L'auteur s'adresse au lecteur en utilisant la voie active et une forme directe : deuxième personne du pluriel. Il utilise un vocabulaire courant en maintenant les mots-clés et les concepts-clés.



Sous-titre 5 : Synthèse

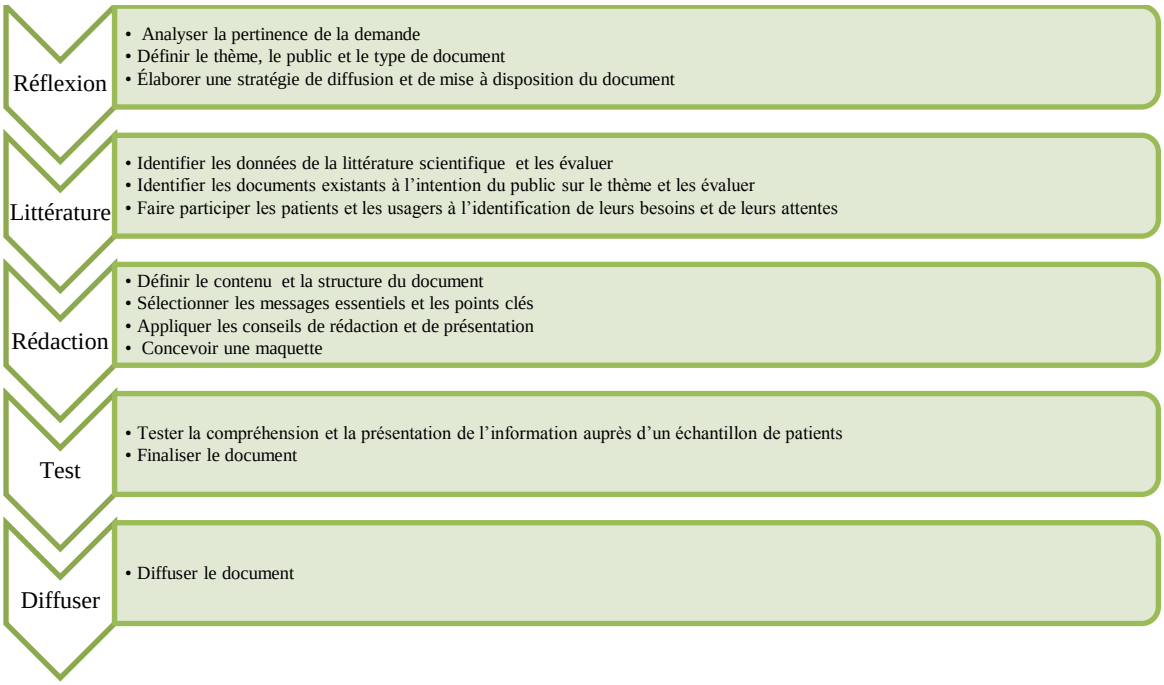
Notre regard est naturellement attiré par la partie droite du document : il est très utile d'y placer une synthèse, un résumé.

Code de conduite

La fiche d'information ne remplace pas le contact avec le médecin. On indique la date de réalisation de la fiche, le nom de l'auteur et une adresse de contact. Les sources sont mentionnées. Les éventuels financements sont renseignés, la publicité est séparée.

Annexe 12 : Etapes clés de l'élaboration d'un document écrit

Adapté de la HAS [33].



Annexe 13 : Fiche informative « La fièvre chez l'enfant »

La fiche informative est reprise à la page suivante.

La fièvre chez l'enfant

C'est quoi la fièvre ?

La fièvre est une augmentation de la température du corps humain. Elle apparait en cas d'infection due à un microbe : bactérie ou virus. La fièvre aide votre enfant à combattre l'infection.

Le contrôle de la température

Comme vous le savez, on contrôle la température avec un thermomètre. La température est différente à chaque endroit du corps.

Il y a de la fièvre si le thermomètre indique :

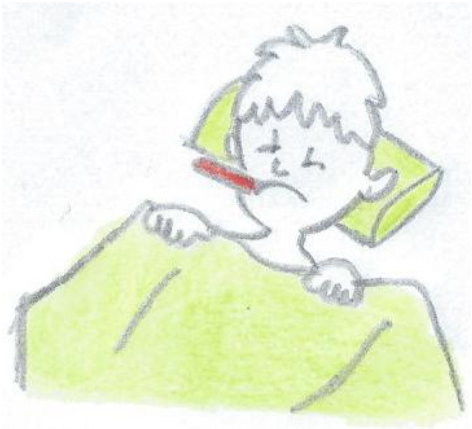
- Plus de 38° au niveau de l'anus
- Plus de 37,5° dans l'oreille
- Plus de 37° sous le bras

Votre enfant a de la fièvre

- Votre enfant a moins de 3 mois et il a de la fièvre. Vous devez voir un médecin même si votre enfant a un bon état général.

- Votre enfant a plus de 3 mois et il a de la fièvre. Vous devez voir un médecin si :

- il est pâle
- il est grincheux
- il ne se réveille pas quand vous le stimulez
- la fièvre dure depuis 3 jours.



Le traitement de la fièvre

Le principal traitement est d'hydrater (faire boire votre enfant). Vous devez proposer souvent des boissons liquides (eau, lait). Vous encouragez aussi votre enfant à se reposer.

Les médicaments

Les médicaments ne sont pas toujours nécessaires. Ils peuvent être utiles pour améliorer le confort. Ils ont aussi une action sur la douleur. Les médicaments existent en sirop, en comprimé et en suppositoire.

- **Le Paracetamol**

(Perdolan, Dafalgan, Mobistix,…)

C'est le médicament de premier choix.

Il a une action 2 heures après la prise.

La dose de médicament dépend du poids de l'enfant.

Mon enfant pèse		Kg
PARACETAMOL	Il peut avoir	
	Maximum 4 fois par jour	
	On attend 4 heures entre 2 prises	

Le poids de votre enfant a changé ?

Calculez la bonne dose avec votre médecin ou votre pharmacien.

- L'Ibuprofen

(Nurofen, Perdophen,…)

C'est un médicament de deuxième choix.

On l'utilise chez les enfants à partir de 6 mois. Il a plus de risques au niveau de l'estomac et des reins. Votre médecin peut le conseiller pour certaines maladies. Il peut aussi vous proposer d'alterner l'Ibuprofen avec le Paracetamol (Donner un puis l'autre).

Ne donnez jamais d'acide acétylsalicylique (Aspirine,…) et de Métamizole (Novalgine) à votre enfant. Ils peuvent donner des réactions graves.

Gardez les médicaments hors de portée des enfants.

Le plus important

Contrôlez la température avec un thermomètre.

Si votre enfant a de la fièvre :

- **Surveillez son état général**
- **Hydratez souvent**
- **Donnez un médicament seulement s'il est inconfortab**

Réalisé par Rousseaux Pierre MC en Médecine générale en Février 2014
Contact : Cabinet Médical de Aye Rue Grande, 14 6900 Aye / rousseauxp@gmail.com
Sources : NICE *feverish illness in children* 2013, PEDIATRICS *fever and antipyretic use in children* 2011, UPTODATE *Patient information : Fever in children* 2014, PRESCRIRE *Douleur ou fièvre chez les enfants: préférer le paracetamol* 2012, MINERVA *Fièvre chez l'enfant: paracetamol et/ou ibuprofène ?* 2012, CBIP *Paracetamol et Ibuprofen : positionnement, indications, effets indésirables* 2014

Annexe 14: Questionnaire patient

Document complété lors de l'inclusion dans la phase de test

Coordonnées	Date	
	Nom enfant	
	Age	
	Nom accompagnant	
	Lien de parenté avec l'enfant	
	Sexe	
	Numéro de contact	

Questions	La fièvre est-elle utile ?	Oui	Non
	Quel est le principal traitement de la fièvre ?	hydratation	Autre
	Faut-il toujours donner un médicament si un enfant fait de la fièvre ?	Oui	Non
	Quel est le médicament de premier choix pour la fièvre ?	Paracetamol	Autre
	Combien de temps attend-on entre 2 prises de Paracetamol ?	4 heures	Autre

Document complété lors de l'appel téléphonique

Questions sur le support écrit			
Vous souvenez-vous du titre de la fiche d'information ?	Oui		Non
Quel est le titre ? La personne répond : Fièvre	Oui		Non
Quel est le titre ? La personne répond : Enfant	Oui		Non
Avez-vous lu la fiche informative ?	Oui		Non
Avez-vous gardé la fiche informative ?	Oui		Non
La présentation donne-t-elle envie de lire le document ?	Oui	Indif.	Non
Appréciez-vous les illustrations ?	Oui	Indif.	Non
Avez-vous envie de parler de ce document autour de vous ?	Oui		Non
Souhaiteriez-vous recevoir dans le futur d'autres fiches de ce type ?	Oui		Non
Questions de connaissance			
La fièvre est-elle utile ?	Oui		Non
Quel est le principal traitement de la fièvre ?	Hydratation		Autre
Faut-il toujours donner un médicament si un enfant fait de la fièvre ?	Oui		Non
Quel est le médicament de premier choix pour la fièvre ?	Paracetamol		Autre
Combien de temps attend-on entre 2 prises de Paracetamol ?	4 heures		Autre

Annexe 15 : Résultats phase de test

Nom	Cyril	Arnaud	Ana	Baptiste	Thomas
Age	3 ans	14mois	14 mois	16 mois	9 ans
Accompagnant	M	P	M	M	M
Fievre utile	Oui	oui	oui	oui	Non
Principal traitement	Autre	autre	autre	autre	Autre
Toujours médicament	Non	non	non	non	Non
Premier choix	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol
Temps entre 2 prises	4 heures	4 heures	4 heures	4 heures	4 heures
Titre	Oui	oui	oui	oui	Oui
Fièvre	Oui	oui	oui	oui	Oui
Enfant	Oui	oui	oui	oui	Oui
A u la fiche	Oui	oui	oui	oui	Non
A gardé la fiche	Oui	oui	oui	oui	Non
La présentation	Oui	indifférent	oui	oui	Indifférent
Illustrations	Oui	indifférent	oui	indifférent	Indifférent
Parler autour de vous ?	Oui	non	oui	oui	Non
Autres fiches de ce type ?	Oui	oui	oui	oui	Oui
Fièvre utile	Oui	oui	oui	oui	Non
Principal traitement	hydratation	hydratation	hydratation	hydratation	Autre
Toujours médicament	Non	non	non	non	Non
Premier choix	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol
Temps entre 2 prises	4 heures	4 heures	4 heures	4 heures	4 heures

Nom	Azani	Huseyn	Honorine	Louise	Sam
Age	28 mois	1 an	6 ans	4 ans	31 mois
Accompagnant	M	GM	M	M	M
Fievre utile	Oui	oui	oui	oui	Oui
Principal traitement	Autre	hydratation	autre	hydratation	Autre
Toujours médicament	Non	non	oui	non	Oui
Premier choix	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	autre	Paracetamol
Temps entre 2 prises	4 heures	4 heures	4 heures	autre	Autre
Titre	Oui	oui	oui	oui	Oui
Fièvre	Oui	oui	oui	oui	Oui
Enfant	Oui	oui	oui	oui	Oui
A u la fiche	Non	oui	non	oui	Oui
A gardé la fiche	Oui	oui	oui	oui	Oui
La présentation	indifférent	oui	indifférent	oui	Oui
Illustrations	indifférent	indifférent	indifférent	indifférent	Indifférent
Parler autour de vous ?	Non	oui	non	oui	Oui
Autres fiches de ce type ?	Oui	oui	oui	oui	Oui
Fièvre utile	Oui	oui	oui	oui	Oui
Principal traitement	Autre	hydratation	autre	hydratation	Hydratation
Toujours médicament	Oui	non	oui	non	Non
Premier choix	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol
Temps entre 2 prises	4 heures	4 heures	4 heures	4 heures	4 heures

Nom	Elodie	Myla	Victor	Gaetan	Mathéo
Age	4 ans	9 mois	31 mois	5 ans	4 ans
Accompagnant	M	P	M	M	M
Fievre utile	Oui	oui	oui	oui	Oui
Principal traitement	Autre	autre	autre	autre	Autre
Toujours médicament	Non	Non	non	non	Non
Premier choix	Autre	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol
Temps entre 2 prises	4 heures	4 heures	4 heures	4 heures	4 heures
Titre	Oui	Oui	oui	oui	Oui
Fièvre	Oui	Oui	oui	oui	Oui
Enfant	Oui	Oui	oui	oui	Oui
A u la fiche	Oui	Oui	oui	oui	Oui
A gardé la fiche	Oui	Oui	oui	non	Oui
La présentation	Oui	Oui	oui	oui	Oui
Illustrations	Oui	Oui	indifférent	non	Oui
Parler autour de vous ?	Oui	Oui	oui	Oui	Oui
Autres fiches de ce type ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fièvre utile	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Principal traitement	hydratation	autre	hydratation	autre	Autre
Toujours médicament	Non	Non	Non	non	Non
Premier choix	Autre	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol
Temps entre 2 prises	4 heures	autre	4 heures	4 heures	4 heures

Nom	Anae	Loméo
Age	9 mois	30 mois
Accompagnant	M	M
Fievre utile	Oui	Oui
Principal traitement	Autre	autre
Toujours médicament	non	Oui
Premier choix	Paracetamol	Paracetamol
Temps entre 2 prises	4 heures	4 heures
Titre	Oui	Oui
Fièvre	Oui	Oui
Enfant	Oui	Oui
A u la fiche	Oui	Oui
A gardé la fiche	Oui	Oui
La présentation	Oui	non
Illustrations	Oui	Oui
Parler autour de vous ?	Oui	Oui
Autres fiches de ce type ?	Oui	Oui
Fièvre utile	Oui	Oui
Principal traitement	Autre	hydratation
Toujours médicament	Non	non
Premier choix	Paracetamol	Paracetamol
Temps entre 2 prises	4 heures	4 heures

Table des matières

Glossaire 3
Abstract 4
1. Introduction 5
2. Méthodologie 6
3. Etat des lieux de l'information médicale 8
3.1 Les patients 8
3.2 Les médecins 9
3.3 Internet 9
4. L'information au patient par le médecin généraliste 10
4.1 Loi et déontologie 10
4.2 La relation et la communication médicale 12
4.3 La décision médicale 16
4.4 L'*empowerment* 20
5. Le support écrit 21
5.1 Contexte d'utilisation 21
5.2 Objectifs d'utilisation 22
6. Guide de rédaction d'un support écrit 22
6.1 Le code de conduite « BASIC » 23
6.2 La rédaction du message 24
6.3 La mise en page 30
7. Elaboration d'un support écrit d'information 32
7.1 Choix du sujet 32
7.2 Projet d'élaboration 33
7.3 Phase de test 35
8. Conclusion 40
Références 43
Annexes 47
Annexe 1 : Liste des sites consultés 48
Annexe 2 : Programme de la journée d'études : « Prévention et thérapie à distance » 49
Annexe 3: Les conséquences des usages d'internet sur les relations patients – médecins 50
Annexe 4: La recherche d'information par les médecins 52
Annexe 5 : Loi relative aux droits du patient 53
Annexe 6: Communiquer en santé 57

Annexe 7: Analyse du discours des médecins généralistes 58
Annexe 8: Modèle de décision médicale partagée 60
Annexe 9: Le code de conduite «BASIC» 64
Annexe 10 : La rédaction du message 65
Annexe 11 : Points essentiels du guide de rédaction 66
Annexe 12 : Etapes clés de l'élaboration d'un document écrit 67
Annexe 13 : Fiche informative « La fièvre chez l'enfant » 68
Annexe 14: Questionnaire patient 70
Annexe 15 : Résultats phase de test 71